

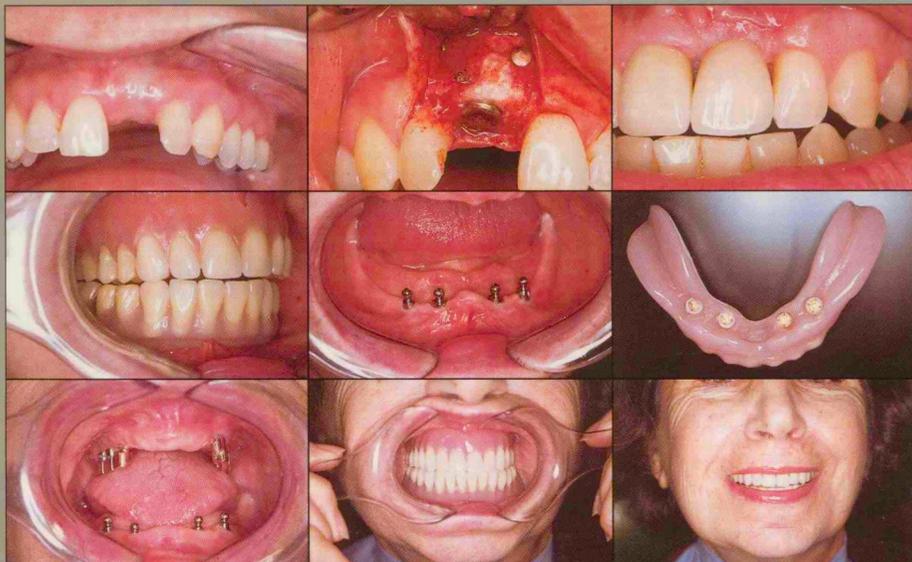
54

von Zahnärzten für Zahnärzte

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde

DAZ
forum

15. Jahrgang 3. Quartal 1996 Herausgeber DAZ, Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde
im NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands



**Vom linken Hörensagen
Falsche Weichenstellung**

Frauen verdienen mehr

**Serie: Die technisch
unabhängigere
Zahnarztpraxis**

**Ergonomie
noch ein Thema?**

**Schwerpunkt
Implantologie**

DAZ im NAV-Virchow-Bund,
Belfortstr.9, 50668 Köln
Postvertriebsstück: Entgelt bezahlt G8845



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

Standespolitik	<i>Editorial</i> Vom linken Hörensagen	4
	Falsche Weichenstellung	6
	Ich bin es leid	10
	Warum ich im DAZ bin	12
	Zensiert	13
Gesundheitspolitik	Frauen verdienen mehr	18
Tagungsberichte	Abmagerungskur für GKV-Zahnheilkunde	22
	Parodontitistherapie	26
Junges forum		37
Implantologie	Aller Anfang ist gar nicht so schwer	41
	Geschichte und Entwicklung	44
	Implantolog. Verbände und Gesellschaften	48
	Implantate- von Bonzen für Bonzen?	52
DAZ-Jahrestagung		55
Serie	Die technisch unabhängigere Zahnarztpraxis	59
Ergonomie	Ergonomie noch ein Thema?	77
Buchbesprechungen		84
Leserbriefe		92
Verbandsnachrichten		99
Termine		104

TITELFOTOS: Dr. Sebastian Schmidinger

Vom linken Hörensagen

Vor kurzem schrieb uns ein Hochschul-lehrer, er beglückwünsche den DAZ aus-drücklich zu seiner berufspolitischen Position, die sich weitgehend mit der eigenen decke, möchte aber unserem Verband nicht beitreten, "da man dem DAZ Linkslastigkeit nachsagt".

So what- könnte man sagen und die Sache vergessen. Schlimm genug, wenn ein Wissenschaftler dem, was er vom Hörensagen weiß, eine größere Bedeu-tung zumißt als der eigenen Erkenntnis. Aber ist das nicht auch ein typischer- wenn auch flauer- Standpunkt vieler Kollegen, die offensichtlich ein Alibi brauchen, um sich nicht festlegen zu müssen? Vielleicht empfinden sie ja Sympathie für den DAZ, meinen aber, auf irgendjemanden Rücksicht nehmen zu müssen, für den links- was immer das bedeuten mag- ein Makel ist.

Man könnte solche Vorbehalte ja noch nachvollziehen, wenn diese Klassifi-zierung in unserem Fall durch be-stimmte programmatische Aussagen oder Aktivitäten gestützt wäre. Doch genau hier wird die Heuchelei offenkun-dig und die tatsächlichen Motive er-kennbar: Da der DAZ nie linke Positio-nen (z.B. die Forderung nach einem staatlichen Gesundheitswesen) vertre-ten hat, wird klar, daß diese Vokabel nur als wohlfeiles Instrument zur Diffa-mierung kritischer oder unbequemer Kollegen dient. Denn die Realität war

und ist ja eine andere: Der DAZ engagiert sich seit vielen Jahren für all das, was gute **und** sozial verantwortliche Zahn-medizin ausmacht; z.B. eine Studien-reform mit präventiver Orientierung, konsequente Breiten- und Gruppen-prophylaxe, Qualitätssicherung, ange-messene Einzelleistungsvergütungen und Therapiefreiheit in selbständiger Praxis.

Aber mit welchen politischen Kräften läßt sich das alles verwirklichen? Haben sich die CDU, die FDP oder die SPD jemals ernsthaft für solche Themen interessiert? Waren die Grünen in ande-ren Bereichen engagiert als in der frag-würdigen Amalgam- und Palladium-Problematic? Es war mir von jeher uner-findlich, wie man der Illusion erliegen kann, die Hinwendung zu einer Partei könnte irgendwelche Vorteile für unse-ren Berufsstand bringen. Aus diesem Grund hat sich der DAZ- im Gegensatz zum Freien Verband- nie an eine bestimmte Partei angelehnt, war natür-lich aber mit den Gesundheitspolitikern aller Parteien permanent im Gespräch.

Andererseits: Muß man sich wirklich mit Leuten auseinandersetzen, die Kollektiv-prophylaxe für die erste Stufe des Sozia-lismus halten? Wer die- für uns vorbildli-chen- Schweizer Schulzahnkliniken be-reits als Struktur einer Staatsmedizin beargwöhnt, soziale Verantwortung mit Sozialismus verwechselt, und hinter

jeder kritischen Stimme eine Hundertschaft „sozialistischer Systemveränderer“ wittert, dem sind Kopf und Augen verschlossen, um die Probleme unseres Berufsstandes nüchtern und sachbezogen zu betrachten. Genau dies aber, Sachbezogenheit, Nüchternheit und Glaubwürdigkeit hat der DAZ in der Standespolitik wieder und wieder angemahnt. **Medizinisch notwendige** zahnärztliche Behandlungen müssen für jeden Bürger möglich sein, unabhängig von seinem Einkommen. Dabei geht es nicht darum, wie uns unterstellt wurde, hochwertige Leistungen zu Niedrigtarifen abzuliefern. Es geht vielmehr darum, zwischen den Extremen von Kosmetik-Cash-Praxis einerseits und gesetzlich reglementierter Basisversorgung andererseits vernünftige Kompromißlösungen zu erarbeiten. Wohl gemerkt erarbeiten - und eben nicht verweigern!

Dies alles ist Ihnen, liebe Kollegin, lieber Kollege, der Sie das **forum** schon länger lesen, sicher hinreichend bekannt. Vielleicht hängt Ihnen die Thematik ja auch schon zum Hals heraus- verständlich. Uns manchmal auch, vor allem dann, wenn man statt problemorientierter, kollegialer Auseinandersetzung immer wieder in die linke Ecke gedrückt wird, obwohl dies alles so gut wie nichts mit links oder rechts zu tun hat. Sie sollten sich aber vor Augen führen, von wem die rote Karte so gern benützt

wird. Es sind die „Kollegen“, denen es schon ein Dorn im Auge ist, wenn sich jemand außerhalb der von oben geregelten Bahnen des großen Verbandes ungefragt zu Wort meldet, abweichende Meinungen vertritt, nicht mit den anderen Wölfen heult- und skandalöse Vorgänge in der zahnärztlichen Berufspolitik beim Namen nennt.

Wer außer uns redet denn noch davon, daß ein von einem profitorientierten Zeitungsmacher gegängelter Berufsstand dabei ist, die Existenz eines Drittels der Kollegen aufs Spiel zu setzen, damit ein anderes Drittel an einem geringen Teil der Bevölkerung das Doppelte verdienen kann- und dabei die zeitgemäße (zahn)medizinische Versorgung von breiten Schichten der Bevölkerung zur Disposition gestellt wird.

Wer so weit rechts steht wie viele unserer Standesführer, für den sind fast alle anderen Linke.

Im ursprünglichen französischen Sprachgebrauch des 19. Jahrhunderts stand links für liberal, tolerant und fortschrittlich. In diesem Sinn steht der DAZ natürlich links. Aber selbst mit diesen idealistischen Prinzipien ist man heute als Zahnarzt ein Oppositioneller. Was das konkret bedeutet, zeigen z.B. die Beiträge auf S.10 und S.13 in diesem Heft.

Dr. Hanns-W. Hey

Falsche Weichenstellung

Stellungnahme zur Anhörung des Bundestags-Ausschusses für Gesundheit am 12.6.1996 - Entwurf eines Gesetzes zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung- Beitragsentlastungsgesetz

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, verkennt nicht die Notwendigkeit, angesichts der Einnahmesituation der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der gesamtwirtschaftlichen Lage die Ausgaben im Gesundheitswesen zu begrenzen und in Teilbereichen auch Einsparungen durch Leistungsausgrenzungen vorzunehmen.

Wir sprechen uns jedoch aus gegen Kürzungen, die - wie im Falle des Zahnersatzes (Artikel 2, Abs 7b BeitrEntlG) - einseitig zu Lasten bestimmter sozial und finanziell schwächerer Gruppen in unserer Gesellschaft gehen und zudem mit der Behauptung, die von der Gesetzesänderung betroffenen Menschen der jüngeren Generation hätten ausreichend Gelegenheit gehabt, Vorsorge für ihre Zähne zu treffen, der Öffentlichkeit nahegebracht werden sollen.

Diese Behauptung ist unrichtig. Nach regelmäßigen Untersuchungen der in der Prävention in Deutschland tätigen Institutionen und Organisationen kommen die seit dem Gesundheitsreformgesetz in der GKV verankerten Maßnahmen zur Gruppen- und Individualprophylaxe (IP-Positionen) nur einem geringen Teil der Zielgruppe zugute; von den seit 1988 gesetzlich vorgeschriebe-

nen und besonders effektiven Fluoridierungsmaßnahmen profitieren nur 6,5 % der 6-12jährigen Kinder, von der Individualprophylaxe unter 25%. Die IP-Positionen sind im übrigen als Maßnahmen der Individualprophylaxe unzureichend, da sie die hierbei wichtigste Leistung, die professionelle Zahnreinigung, ausklammern. Während also zahnärztliche Kontrolle, Mundhygieneübungen, Ernährungsinformationen, allgemeine Gesundheitserziehung usw. längst nicht jedes Kind und jeden Jugendlichen erreichen, gelangen Süßigkeiten- und Süßgetränkewerbung in jeden Haushalt. Angesichts dieser Sachverhalte entpuppt sich die im Gesetzentwurf gegebene Begründung als fadenscheinig. Es handelt sich um eine reine Sparmaßnahme zu Lasten der jüngeren Generationen.

Die jüngeren Menschen (ab Geburtsjahr 1979) werden - je nach sozialer Lage - von den Auswirkungen des Gesetzes allerdings sehr unterschiedlich betroffen sein. Karies, Hauptursache für Zahnverluste in jüngeren Jahren, muß nach den heutigen wissenschaftlichen Erkenntnissen als eine Erkrankung mit starker sozialer Einflußkomponente aufgefaßt werden. Dies wird durch Untersuchungen belegt, in denen sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit und dem

Auftreten von Karies gezeigt hat: Je niedriger die Schicht, desto höher das Kariesaufkommen.

Vor diesem Hintergrund kann nicht davon die Rede sein, daß Karies eine selbstverschuldete Erkrankung ist, für deren Folgen jeder selbst geradezustehen habe. Das in ein sozial ungünstiges Milieu geborene Kind hat von vornherein schlechte Chancen, gesunde Zähne zu behalten. Es wird von seinen Eltern, den aus pädagogischer Sicht für das Erlernen gesundheitsfördernder Verhaltensweisen wichtigsten Bezugspersonen, wenig über Mundhygienemaßnahmen und andere zahngesundheitsfördernde Verhaltensweisen lernen. Auch Häufigkeit und Gelegenheit des Zahnarztbesuches werden im Kindes- und Jugendalter von den Eltern bestimmt. Erfahrungsgemäß suchen Angehörige sozial unterprivilegierter Schichten besonders selten den Arzt oder Zahnarzt auf. Damit bleiben deren Kindern auch zahnmedizinische Prophylaxeleistungen weitgehend vorenthalten.

Die Folge dieser Zusammenhänge ist, daß Kinder, die aus unterprivilegierten Schichten stammen, als Erwachsene einen höheren zahnmedizinischen Therapiebedarf haben als andere. Da sie als Erwachsene häufig über unterdurchschnittliche Einkommen verfügen, scheidet eine zahnmedizinisch wünschenswerte Versorgung vielfach am fehlenden Geld. Die vom Gesetzgeber geplante Streichung prothetischer Leistungen für nach dem 31.12.1978 Geborene verschärft diese Situation: Wer als Kind schon schlechte Voraus-

setzungen für ein gesundes Gebiß hatte, muß als Erwachsener besonders tief in die ohnehin leere Tasche greifen.

Angehörige sozial und finanziell gutsituierter Schichten werden von den geplanten Änderungen weit weniger betroffen. Ihre Kinder haben sowieso aus den genannten Gründen gesündere Zähne und können die Kosten für später trotzdem erforderlichen Zahnersatz in der Regel leichter aufbringen.

Diese Entwicklung leitet eine Auflösung des der Gesetzlichen Krankenversicherung zugrundeliegenden Solidaritätsprinzips ein.

Für ebenfalls bedenklich hält der DAZ die völlige Ausklammerung funktionsdiagnostischer und -therapeutischer Leistungen, die zukünftig auch nicht mehr als außervertragliche Leistungen bezuschußt werden dürfen (Artikel 2, Abs 6). Hiermit werden dem GKV-Versicherten bei entsprechender Indikation medizinische Basisleistungen vorenthalten. Erkrankungen des Kiefergelenks können mit schweren Schmerzzuständen und Funktionseinschränkungen einhergehen. Wenn die Diagnose und Behandlung von Schmerzzuständen nicht als Grundversorgung anerkannt wird, ist die Leistungsfähigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt in Frage gestellt.

Sofern die Mitglieder des Gesundheitsausschusses trotz aller Gegenargumente zur Bestätigung des vorliegenden Entwurfs tendieren, empfiehlt der DAZ dringend, einen seiner bereits früher veröffentlichten Vorschläge in die Überlegun-

gen einzubeziehen: Die Aufnahme von Einzelkronen in den Katalog der zahnerhaltenden Maßnahmen. Die Überkronung eines Zahnes kann über viele Jahre bis dauerhaft vor seinem Verlust bewahren. Wenn eine solche Maßnahme zur reinen Selbstzahlerleistung wird, steht zu fürchten, daß in medizinisch unsinnigem Ausmaß erhaltungswürdige Zähne entfernt werden. Die Aufnahme der Einzelkrone als ganz oder teilweise von der GKV bezuschußte Leistung würde die o.g. Ungerechtigkeiten und Benachteiligungen ein Stück weit auffangen und dem als Leitmotiv der Zahnheilkunde propagierten Gedanken der Prävention zur Erhaltung oraler Strukturen Rechnung tragen.

Im Interesse eines gerechten Ausgleichs sollten aus DAZ-Sicht zur Finanzierung der medizinisch sinnvollen und von den Patienten gewünschten Leistungen im Zahnersatzbereich eher Stufenmodelle und Veränderungen der Selbstbeteiligungen erwogen als das jetztige „Alles oder Nichts“-Prinzip umgesetzt werden.

*Dr. Roland Ernst,
DAZ-Vorsitzender*

*Dr. Annette Bellmann
stellvertr. DAZ-Vorsitzende*

DAZ-Presseerklärung

Üble Allianz zwischen KZBV und Spar-Kommissaren

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, hat wiederholt darauf hingewiesen, daß die geplanten Einschnitte in das soziale Netz auch im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung- aktuell geht es um die Ausgrenzung von Zahnersatz für alle nach dem 1.1.1979 Geborenen- gerade diejenigen Menschen treffen, die nicht über tragfähige Strukturen der Eigenvorsorge verfügen.

Die Absichten, die die Regierungskoalition mit ihrem Gesetzentwurf verfolgt,

sind- was die Zahnmedizin betrifft- gewiß nicht gesundheitspolitischer, sondern wirtschaftspolitischer Natur. Es gibt keine guten zahnmedizinischen Gründe für die Streichung der Zahnersatzzuschüsse für jenen Teil der Bevölkerung, der angeblich seine Zahnschäden selbst verschuldet hat. Die Prophylaxebemühungen des Staates waren bisher weder ernsthaft noch wirksam. Eben jene Teile der Bevölkerung, die von den Ausgrenzungen am stärksten betroffen wären, wurden von der Prophylaxe kaum erreicht.

Die Gruppenprophylaxe steht nach wie vor nur für einen Teil der Zielgruppe zur Verfügung; von den seit 1988 gesetzlich vorgeschriebenen und besonders effektiven Fluoridierungsmaßnahmen profitieren nur 6,5% der 6-12-jährigen Kinder.

Die Individualprophylaxemaßnahmen in den Praxen der Zahnärzte sind unzureichend, da sie die hierbei wichtigste Leistung, die professionelle Zahnreinigung, ausklammern. Zudem erreichen diese Leistungen nur 20-25% der Jugendlichen, und es ist anzunehmen, daß hierbei die wirklich Risiko-Behafteten weit unterrepräsentiert sind, weil gerade sie häufig gar keine Zahnarztpraxis aufsuchen.

Mit Zorn und Nachdruck wird die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) aufgefordert, endlich damit aufzuhören, Politik und Öffentlichkeit vorzutäuschen, Kinder und Jugendliche könnten sich seit Jahren auf funktionierende Prophylaxe-Konzepte stützen. Die zahnärztlichen Spitzenverbände haben vielmehr mit hartnäckigem Desinteresse die gruppenprophylaktische Betreuung gerade der Risikogruppen erfolgreich verhindert. Paradoxaerweise sollen nun die benachteiligten Teile der Bevölkerung in die sogenannte „Selbstverantwortung“ entlassen werden, durchweg Menschen, die einer besonderen gesundheitspolitischen und ärztlichen Zuwendung bedürfen.

Bedauerlicherweise stoßen die Bemühungen der zahnärztlichen Spitzenorganisationen um einen unauffälligen Ausstieg aus der sozial verpflichteten Zahnheilkunde zum jetzigen Zeitpunkt beim Gesetzgeber auf offene Ohren. Mit geradezu zynischer Argumentation wird der Sicherstellungsauftrag für die zahnmedizinische Versorgung Stück um Stück aufgegeben, um quasi mit staatlichem Segen den freien Gesundheitsmarkt zu eröffnen. Die jetzt geplanten Maßnah-

men dürften dabei in der Skala der Ausgrenzungen nur die erste Stufe sein.

Der DAZ fordert den Gesetzgeber auf, den betroffenen jungen Erwachsenen die ungeschminkte Wahrheit zu sagen: Daß sie für den Rest ihres Lebens bei Zahn-(Substanz-)Verlust nicht mehr mit der Unterstützung der Gesetzlichen Krankenversicherung rechnen dürfen, und damit besonders kostenintensive Maßnahmen selbst vollständig zu tragen haben.

Daß die zahnärztlichen Spitzenorganisationen den politischen Spar-Kommissaren in vorseilendem Gehorsam assistieren, ist eine bisher unübliche und deshalb besonders verdächtige Variante der Berufspolitik. Diese neue sozialdarwinistische Allianz wirft ein bezeichnendes Licht auf die heruntergekommene Berufsethik der tonangebenden zahnärztlichen Standesführer, in der sozial Schwache - da selbst schuld und kein Geld - von zeitgemäßen Versorgungen ausgenommen werden sollen.

Der DAZ appelliert an alle sozialverantwortlich handelnden Vertragszahnärzte, die Motive und die Konsequenzen dieser KZBV-Strategie für sich und ihre Patienten zu bedenken und die üble Verschärfung einer ohnehin schon bestehenden Mehrklassen-Medizin nicht kritiklos zu akzeptieren.

Dr. Christian Nielsen
DAZ-Pressereferent

Ich bin es leid!

Ich bin es leid, meiner KZV nicht vertrauen zu können.

Ich bin es leid, jeden Bescheid meiner Berufsvertretung auf seine rechtliche Konsistenz und Wirksamkeit überprüfen zu müssen.

Ich bin es leid, daß ich mich nicht mal mehr auf die rechnerische Korrektheit meiner Abrechnungen und Zahlungseingänge verlassen kann.

Ich habe es satt, mich über platte Lügen, Verdrehungen, Demagogie und Hetze zu ärgern.

Ich frage mich oft, wie die vielen hunderten Kollegen, denen es geht wie mir, mit dieser Situation umgehen.

Das undurchsichtige Gemaschel um den Honorarverteilungsmaßstab (HVM) und die Einsetzung eines hilflosen Staatskommissars in Niedersachsen sind der vorläufige Höhepunkt des Kamikazefluges der KZV Niedersachsen. Gleichzeitig wird in Nordrhein Wahlkampf betrieben mit dem Slogan: „Wir wollen keine Niedersächsischen Verhältnisse“. Im nächsten Schritt wird der Sicherstellungsauftrag an die Krankenkassen übergeben. Die Vorbereitungen hierfür sind bereits abgeschlossen. Das Erfolgsrezept der 90-er Jahre, die „freie Arzt-Patienten-Beziehung“, trägt nicht mehr nur die ersten Früchte, sondern wirft Ertrag ab. Unerheblich, ob der Aufhänger nun Naturheilverfahren sind, die amalgamfreie Praxis oder die Zahnputzschule für Kinder - erbracht durch eine minderqualifizierte Helferin, aber mit eigener Visitenkarte - mit Zahnheilkunde hat das nicht mehr viel zu tun.

Ist es nun ärgerlich oder grotesk, wenn in meiner Praxis Patienten, die seit Jahren konsequent und erfolgreich durch eine ZMF betreut werden, von sich aus privat liquidierte Prophylaxe nachfragen, weil in Nachbarpraxen neue Marketingkonzepte immer konsequenter umgesetzt werden?

Eines hat sich in den vergangenen Jahren nicht geändert, und kennzeichnet übrigens auch die Situation bei den niedergelassenen Ärzten, wie das Scheitern des neuen EBM überdeutlich gemacht hat: Ein Viertel der Kollegen ist bereit, aus Raffgier jeden Reformansatz ad absurdum zu führen. Es ist nach wie vor unfein, mit dem Finger auf diese Kollegeide zu zeigen - mangels anderer Perspektiven dienen sie sogar als Vorbilder! Eine Reform kann aber nicht mit, sondern nur gegen diese Fraktion gelingen, und es reicht nicht mehr aus, es still für sich in der eigenen Praxis einfach besser zu machen. Die Versorgung läßt sich bequem ohne diese Raffersicherstellen, das wissen auch die Kassen. Viele Kollegen werden sich entscheiden müssen!

Die KZV Niedersachsen ist tot! In dem Strudel, den sie hinterläßt, werden die anderen KZV-en unter dem Beifall der Kassen und Politiker ebenfalls ersaufen. Neue Strukturen von „Verkaufsmodellen“ der Zahnärzte sind greifbar nahe, aber ich gestehe, daß ich noch nicht genug dafür gearbeitet habe, um „Einkaufsmodele“ der Krankenkassen bald abwenden zu können.

Es gibt viel zu tun - packen wir es an!

Dr. Michael Fritz, Lohne

Das von den Zahnärzten in Deutschland

am meisten

verwendete Lokalanästhetikum.



Wirkstoffe:

Articainhydrochlorid und Epinephrinhydrochlorid. Verschreibungs-pflichtig.

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 SO₂). 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 SO₂).

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 Sulfid-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 

Warum ich im DAZ bin

Seit nunmehr über 10 Jahren bin ich mehr oder weniger aktiv- Mitglied im Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde.

Die ersten Kontakte Anfang der achtziger Jahre zu DAZ - Kollegen und Funktionsträgern des Verbandes waren so positiv, daß schon während des Studiums die Entscheidung fiel, mich einem Verband anzuschließen, der andere Ziele verfolgt als der „Freie Verband Deutscher Zahnärzte“ (FVDZ).

Die Art und Weise z.B., wie die vom FVDZ geführte kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen die juristischen Auseinandersetzungen um die sog. Begleitleistungen verlor, sich aber noch immer weigert, den betroffenen Kollegen die zurückbehaltenen Gelder auszuzahlen, zeigt deutlich, daß der Freie Verband für die Durchsetzung seiner Cash-Praxis und seiner machtpolitischen Ziele ungeniert einigen Kollegen massiven wirtschaftlichen Schaden zufügt. Apropos Machtpolitik: Ist Ihnen schon aufgefallen, daß in den Führungsgremien des FVDZ Frauen ebensowenig zu finden sind wie in den von diesem Verband geführten Kammern und KZVen?

In der angenehmen partnerschaftlichen Atmosphäre der Studiengruppentreffen des DAZ habe ich die Möglichkeit, mich mit anderen Kollegen offen auszutauschen, über fachliche Brennpunkte zu diskutieren oder auch mal einen Rat-



schlag von erfahreneren Kollegen zu erhalten.

Und was das Wichtigste ist: Über Treffen auf Verbandsebene, Fax-Kreis und das DAZ-forum bin ich berufspolitisch informiert und kann mir meine eigene Meinung bilden. Leider ist man ja gerade als Zahnarzt/Zahnärztin in Niedersachsen auch auf diesem Gebiet stark benachteiligt.

Brainstorming über alle zahnmedizinischen Themen, selbstkritisch, ehrlich und vorurteilsfrei, das ist ein DAZ Spezifikum!

Sehr gut finde ich auch das Bemühen des Verbandes um die Intensivierung der Breitenprophylaxe. Hier war der DAZ ja z.B. bei der Einführung des fluoridierten Speisesalzes in Deutschland bereits sehr erfolgreich.

Silke Lange, Oldenburg

ZENSIERT!

Anlässlich meines Praxiswechsels von Norddeutschland nach München wandte ich mich 1992 auf der Suche nach adäquaten Praxisräumen unter anderem an eine Münchner Ärzteberatung und lernte dort einen jungen Kollegen kennen, der nach seinem Zahnmedizinstudium zunächst nur als Angestellter in diesem Maklerbüro tätig war. Da die dort im Angebot befindlichen Praxen nicht meinen Vorstellungen entsprachen, brach ich den Kontakt zu dieser Firma wieder ab.

Als sich Ende 1994 die Reaktionen bezüglich meiner Buchveröffentlichung und einiger Fernsehauftritte häuften, präsentierte sich mir just dieser Kollege erneut, der zwischenzeitlich nun doch in den erlernten Zahnarztberuf gewechselt hatte. Ob aus eigenem Antrieb oder auch nicht, erhielt er vom Zahnärztlichen Bezirksverband München Stadt und Land die Gelegenheit, in dessen „Zahnärztlichen Anzeiger“ einen offenen Brief mit nachstehendem Wortlaut zu veröffentlichen. (Zahnärztlicher Anzeiger Nr. 26/94)

Offener Brief von Dr. Richard Bader an seinen Kollegen Dr. Eberhard Riedel

Sehr geehrter Herr Kollege Riedel,

die bei unserem letzten Gespräch erörterten Probleme im Zusammenhang mit Ihrer Praxisübernahme vor ca. 2 Jahren haben hoffentlich einen guten Ausgang genommen. Wie ich Ihren publizistischen Aktivitäten entnehme, ist Ihre Praxis noch immer nicht voll in Gang

gekommen und Sie benötigen noch einen größeren Patientenstamm.

Ich werde mich daher bemühen, Kollegen zu finden, die einem Zahnarzt aus dem Norddeutschen eine Starthilfe hier in München bieten. Vielleicht fühlen sich die Kollegen auch durch diesen Brief ermutigt, Ihnen die Fälle aus dem Notdienst zu überweisen, für die sie keinen sofortigen Termin zur Verfügung haben. Ich habe mir bereits erlaubt, dies zu tun.

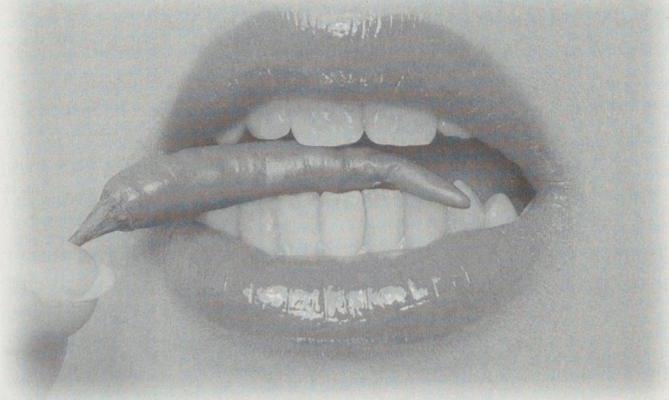
Es sind vor allem konservierend zu behandelnde Fälle, die seit mehreren Jahren mit trepanierten Zähnen und multiplen Wurzelresten von Notdienst zu Notdienst gehen. Hier können Sie die Regeln der zahnärztlichen Kunst in ihrer ganzen Bandbreite anwenden und müssen zur Deckung Ihrer Praxiskosten keine Trivialliteratur für psychosomatisch Zahnkranke mehr verfassen.

Meine Patientin Frau B. hat bereits einen Termin bei Ihnen: Sie ist unzufrieden mit dem Sitz ihrer 20 Jahre alten Klammerprothese, nachdem 2 der 4 Klammerzähne von selbst herausgefallen sind und die anderen beiden mit Lockerungsgrad III und auf Eiter sitzend keinen optimalen Halt mehr bieten. Sie wünscht aber keine neue Prothese und möchte auf gar keinen Fall einen Zahn verlieren. Sie möchte lediglich eine Überarbeitung der jetzigen Prothese und ist auch gerne bereit, dafür die einen oder anderen zehn Mark selbst zu zahlen. Bitte lassen Sie mich wissen, mit welchen BEMA Nummern Sie ihr weiterhelfen.

In diesem Zusammenhang bitte ich Sie, mir Einzelheiten Ihrer speziellen und umfangreichen Ausbildung zu nennen,

LUXENE®

Das Kunststoff-Prothesenmaterial auf Vinyl-Basis



Daß Prothesen aus LUXENE® anti-allergisch und gewebe-freundlich sind, wissen Sie längst. Sicher auch, daß es eine extreme Paßgenauigkeit gewährleistet und die lebensechten Variationen und Farbnuancen des Zahnfleisches berücksichtigt. Welche Vorteile Prothesen mit dem Vinyl-Kunststoff LUXENE® jedoch gegenüber herkömmlich verwendeten Acrylat haben, sehen Sie jetzt schwarz auf weiß. Noch Fragen? - Dann sprechen Sie mit uns.

Wasseraufnahmefähigkeit

LUXENE®	0,4 %
Acrylat	2,0 %

(maximal, in Gewichtsprozent)

Dauerbiegefestigkeit

LUXENE®	10 ⁶
Acrylat	10 ⁴

(Anzahl der Biegungen bei Belastung von 300 kg/cm²)

Biegefestigkeit

LUXENE®	7500 g
Acrylat	5400 g

(Bruchgewicht in Gramm)

Schlagbiegefestigkeit (cm kg/cm²)

LUXENE®	12,0 cm kg/cm ²
Acrylat	4,1 cm kg/cm ²

Abrasion im Labor-Test

LUXENE®	285 mg
Acrylat	863 mg

ZAHNTECHNIK
Scharl

aufgrund derer Sie zumindest in dieser Hinsicht qualifiziert wären, die Tätigkeit meiner Kollegen abzuurteilen. Mir persönlich sind Sie weder als Referent bei Fortbildungsveranstaltungen noch als Teilnehmer derselben bekannt. Auch von Ihnen verfaßte Veröffentlichungen bzw. Indizien für wissenschaftliche Tätigkeit vermisse ich.

In Erwartung Ihrer Rückäußerung verbleibe ich mit freundlichen und kollegialen Grüßen

Dr. Richard Bader

Für mich lag es natürlich nahe, hierauf einen Antwortbrief zu verfassen, den ich kurze Zeit später dem Schriftleiter des Blattes zusandte. Ich wartete daraufhin mehrere Wochen, während derer keine Übernahme in den „Zahnärztlichen Anzeiger“ erfolgte, bis ich den Schriftleiter direkt anrief. Als Grund für die Nichtübernahme gab dieser an, mein Antwortbrief sei länger ausgefallen als der ursprüngliche offene Brief an mich. Ich möge ihm aber doch den Inhalt in gekürzter Form zukommen lassen, die dann abgedruckt werden würde.

Die gekürzte Fassung übersandte ich innerhalb weniger Tage, um dann nach mehreren Wochen wiederum die Übernahme beim Schriftleiter telefonisch anzumahnen. Nun gab dieser vor, das gerade gegen mich laufende Berufsgerichtsverfahren sei der Grund, weshalb der Bezirksverband die Veröffentlichung eines Textes von mir ablehne.

Nach für mich positivem Abschluß des Berufsgerichtsverfahrens hatte ich Gelegenheit, den ersten Vorsitzenden des Bezirksverbandes persönlich kennenzulernen. Bei diesem Gespräch mahnte ich erneut den Abdruck meines offenen Briefes an und wies darauf hin, daß ich mein Recht zur Gegendarstellung zur Not auch gerichtlich einklagen könnte. Auf diese Bemerkung erntete ich nur ein- wenn auch bezeichnendes- betretenes Schweigen.

Bis heute unterliegt mein Antwortbrief der Zensur des „Zahnärztlichen Anzeigers“. Er soll deshalb nun an dieser Stelle veröffentlicht werden, nicht ohne erneut den Kollegen der sogenannten Standesführung Ihre Angst im Umgang mit der anderen Meinung vor Augen zu führen. Angst ist immer auch ein Zeichen von Schwäche, welche besonders bezogen auf Standespolitiker äußerst suspekt ist. Daß auf die gleiche Weise die komplette Kollegenschaft für unmündig erklärt wird, ist ein bekannter Nebeneffekt absolutistischer Standesführung.

Offener Brief von Dr. Eberhard Riedel an seinen Kollegen Dr. Richard Bader

Sehr geehrter Herr Kollege Bader,

herzlichen Dank für Ihre fürsorgliche Anfrage bezüglich meiner Praxisentwicklung. Ich darf Ihnen versichern, daß meine jüngste Werbekampagne für die Spitzenleistungen meiner goldenen Zahnarztthände ein durchschlagender Erfolg war. Endlich ist es mir gelungen, die gesamte mir so lästige zahnärztliche

Konkurrenz aus dem Felde zu schlagen, wobei erfolgsentscheidend war, völlig ziellos den kompletten Berufsstand ausnahmslos zu diffamieren und als unfähig hinzustellen.

Zutiefst bedaure ich, daß Sie offenbar zu den Zahnärzten gehören, die sich in diesem Zusammenhang entlarvt und überfordert vorkommen. Nachträglich tut es mir sowieso schon leid, daß es Ihnen vor 2 Jahren ebenfalls nicht vergönnt war, mir im Rahmen Ihrer Maklertätigkeit eine qualitativ auch nur halbwegs geeignete Praxis zu vermitteln. Es beruhigt mich, daß auch Sie sich nun der lukrativeren Zahnheilkunde zugewandt haben, die den wirtschaftlichen Erfolg schon deshalb garantiert, weil hier die Qualität weder vom Patienten noch von Standeskörperschaften überprüft wird.

Allerdings lamentieren Sie zu Recht, daß wir in der praktischen Zahnheilkunde nicht nur Geld verdienen müssen, sondern uns zu allem Überfluß auch noch mit Patienten und deren überzogenen Forderungen abzuplagen haben. Man kann es einfach nur noch als unverschämt bezeichnen, wenn uns Menschen von früh bis spät den Nerv mit ihren simulierten Zahnproblemen rauben, von uns ständig die Einhaltung der Prinzipien unseres Berufes verlangen, und das für ein paar lumpige Piepen und dazu gar noch in freundlichem Umgangston.

Folgerichtig fordere ich am Schluß meines Buches die widerspruchslose gesundheitliche und finanzielle Anpassung des Patienten an die momentane Lust seines Zahnarztes. Wo kämen wir auch hin, wenn wir bei jedem Zahnkranken

ethische Grundsätze berücksichtigen? Politikern und Krankenkassen zum Gefallen müssen wir unsere Spitzenleistungen weiter zu absoluten Spitzenpreisen vermarkten. Da Ihre Patientin Frau B. in dieser Hinsicht völlig überzogene Forderungen an Sie stellt, tun Sie in meinen Augen das einzig richtige, indem Sie sie abweisen.

Um das öffentliche Ansehen der Zahnärzteschaft in Deutschland brauchen wir uns nun wirklich keine ernsthaften Sorgen zu machen. Aufmunternd wirkt ja doch, daß z.B. Immobilienmakler in der öffentlichen Meinung noch weit unterhalb der Zahnärzte rangieren.

Mit profitabilem Gruß

Dr. Eberhard Riedel

Nur 15 Prozent gehen zum Prostata-Check up

Lediglich 15 Prozent aller deutschen Männer würden zur Vorsorgeuntersuchung gehen, klagte Prof. Dr. med. H. Rübben, Direktor der Urologischen Klinik und Poliklinik am Universitätsklinikum Essen, beim 47. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologie. Viele Männer lehnen sie aus Angst vor der Diagnose und deren Folgen (Operation, Impotenz, Inkontinenz) ab - und "verspielen" wichtige Chancen der Krebs-Früherkennung und damit Heilung. Solange das Malignom die Organgrenze nicht überschreitet, ist nämlich durch radikale Prostataektomie Heilung möglich.

Aus der Ärzte-Zeitung

„Perfekter Aufbau.“

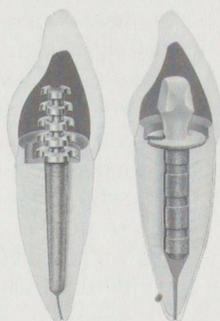


Das Zusammenfügen von ausgesuchten Stücken zu einem Fundament, einem Nest, beherrschen sie perfekt. Basis für die Zukunft. Wurzelstifte von KOMET, ihre Qualitäten und Möglichkeiten sind die Basis erfolgreicher Behandlung.

Unter 4 Aufbausystemen mit individuellen Möglichkeiten, aber auf hohem Qualitätslevel, kann der Zahnarzt wählen. VLOCK, VARIO, ER und BKS. Für jedes Aufbausystem steht ihm ein abgestimmtes Instrumentarium zur Verfügung.

Aufbausysteme von KOMET für individuelle Lösungen und optimale Ergebnisse.

GEBR. BRASSELER
GmbH & Co. KG
Postfach 160
32631 Lemgo
Telefon: (0 52 61) 701-0
Telefax: (0 52 61) 701-289



„Between Friends“



Frauen verdienen mehr

Unter diesem Titel moderierte Alida Gundlach (NDR) am 20.3.'96 in Hamburg eine Podiumsdiskussion zum Thema Frauenberufe im Gesundheitswesen. Dabei wurde deutlich aufgezeigt: Frauenberufe garantieren niedrige Gehälter.

Doch was sind Frauenberufe? „Hat etwas mit Menschen zu tun, ist für Hausarbeit und Kindererziehung praktisch“, so ein paar häufig gehörte Argumente. Streng genommen gibt es Frauenberufe nicht, in der Statistik wird auch von überwiegend weiblich besetzten Ausbildungsberufen gesprochen. „Es gibt keine typischen Frauenberufe. Es gibt nur typische Frauengehälter“ - so Margareta Ewers (BVpta).

Die Juristin Regine Winter wird noch deutlicher: Schon die Tarifverträge wirken daran mit, Frauenarbeit als anforderungslose und daher wertlose Arbeit zu kennzeichnen. Zwei Merkmale tariflicher Unterbewertung sind:

- Die Anforderungen in Frauenberufen sind im Vergleich zu Männerberufen ungenügend oder gar nicht beschrieben.
- Anforderungen in Frauenberufen werden niedriger bewertet als Anforderungen in Männerberufen.

Die Folge: Im Vergleich zu sogenannten „Männerberufen“ sind „Frauenberufe“ häufig tariflich unterbewertet. Diese Unterbewertung ist diskriminierend.



Dr. Erwin Hirschmann (NAV) und Frau Magdalene Sinz (BVA) bei der Diskussion mit dem NDR

Dennoch, so Dr. Erwin Hirschman (NAV) ist z.B. der Arzthelferinnen-Beruf aus der Sicht junger Mädchen nach wie vor ein attraktiver Wunschberuf, die Zahl der Ausbildungsverträge ist tendenziell steigend (Hessen 1995 + 11,5%).

Mit den Gehaltstarifen sei „Armut im Alter“ vorprogrammiert, so Bärbel Keim-Meermann, BdA. Liegt das Einkommen in den ersten Jahren schon niedrig, zwischen 1.900 - 2.450 brutto, so steigt es in den nächsten zehn Jahren auch nur um 400 bis 500 DM.

Die Fluktuation in diesen Berufsgruppen ist entsprechend hoch. Arzthelferinnen bleiben durchschnittlich nur fünf Jahre in ihrem Beruf. Sie verdienen trotz Qualifikation oft wesentlich weniger als ungelernete Kräfte im Einzelhandel. So wechseln viele Frauen nach Aussage der Berufsverbände lieber an die Kasse im

Supermarkt. Sie nehmen diese weniger anspruchsvolle Tätigkeit in Kauf, weil das Gehalt dort zwar auch nicht gut, aber z.T. besser ist, zusätzlich in vielen Kleinbetrieben des Gesundheitswesens noch der „Wilde Westen“ herrsche, so Bärbel Keim-Meermann: „Von geregelten Arbeitszeiten, Arbeitsplatzsicherheit, den Vorzügen einer Beschäftigung in einem Betrieb mit vielen Arbeitsplätzen und sicherem Tarifsystem können wir nur träumen“.

Von der Diplom-Psychologin Anette Oster kommt dann auch der gute Rat:

„Wissen ist Macht, Wissen über meine eigene Person, über meine Stärken und Schwächen, meine ureigensten Empfindsamkeiten, die mich hindern, mein Leben, meine Beziehungen zu Menschen, meine beruflichen Ziele und Erfolge positiv zu gestalten. Das bedeutet Arbeit an sich selbst...“

Das wurde aber von den übrigen Podiumsteilnehmern ganz anders gesehen:

Bärbel Keim-Meermann: „Wir brauchen gesetzliche Regelungen zur Absicherung der Beschäftigten in Kleinbetrieben und wir brauchen realistische Tarifsysteme. Unsere Aufgabe als Verband ist es, gegen die schlechten Arbeitsbedingungen, gegen Resignation und Ausstieg aus dem Beruf zu kämpfen. Wir haben einen ungeheuer interessanten und fordernden Beruf und es lohnt sich, dafür solidarisch aktiv zu werden. Die Forderungen der Frauen in typischen „Frauenberufen“ gehören an die Öffentlichkeit. Sie verdienen sich jeden Tag das Recht auf mehr Respekt...“

Und diese Forderungen werden - obwohl sich das doch für eine Lobbyveranstaltung gehört - nicht einäugig vorgetragen: Bärbel Keim-Meermann „Zwar stimmt es, daß der Gesetzgeber den niedergelassenen Ärzten gewisse wirtschaftliche Grenzen gesteckt hat. Vergessen wir aber nicht, daß auch in blühenden Zeiten die Tarifsysteme nur den Chefs mehr Wohlstand gebracht haben.“

Befolgen wir also den Rat von Anette Oster, packen uns an die eigene Nase (und nicht nur an die des Nachbarn) für vertane Chancen, verinnerlichen wir dieses Wissen, und, wichtig: Ergänzen wir es, z.B. um die Ratschläge von Kenneth James und Jennifer de St. Georges: „*Keep your staff... and happy*“ (siehe DAZ-forum 51, Seite 76-79). Schaffen wir mit unseren Möglichkeiten eine für alle Betroffenen positive Arbeitsplatzsituation. Auf der wirtschaftlichen Seite sind uns nun vom GSG ungewohnte Grenzen gesetzt, an die die Berufsverbände der Frauen im Gesundheitswesen aus verständlichem und berechtigtem Interesse so nah wie möglich heran wollen und sollen - auf der menschlichen Seite liegt noch viel Entwicklungsland. Erforschen wir es unter der Prämisse des gegenseitigen Respekts.

*Dr. Ulrich Happ,
Hamburg*

Beteiligte Verbände:
Bundesverband der Angestellten in Apotheken (BVA)
Bundesverband Pharmazeutisch-technischer Assistenten (BVpta)
Bundesverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierärzthelferinnen (BdA).

Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV Virchow-Bund, DAZ)

Literatur: Regine Winter (Hrsg.)

Frauen verdienen mehr

Zur Neubewertung von Frauenarbeit im Tarifsysteem

Edition Sigmund. ISBN: 3-89404-369-5

Kommentar

...Die in diesem Bericht von Frau Keim-Meermann zitierten Gehälter zwischen 1900.- und 2450.-DM brutto treffen nach meiner Kenntnis nur für ländliche Regionen zu. In München z.B. dürfte es kaum eine Praxis geben, die es sich leisten kann, solche Tarife zu bezahlen. In unserer Gemeinschaftspraxis liegen die Bezüge unserer Mitarbeiterinnen im Durchschnitt fast doppelt so hoch, bei 39 Wochenstunden und 6 Wochen Urlaub.

Vielleicht sollten Helferinnen, wie Frau Oster richtig fordert, ein bißchen selbstbewußter ihr Schicksal in die eigene Hand nehmen, nicht mehr klaglos jede Bedingung akzeptieren und sich nach besseren Möglichkeiten umsehen.

Andererseits wird die wirtschaftliche Situation in Zukunft in den Praxen eher schlechter werden, was sicherlich auch Auswirkungen auf die Beschäftigung und Bezahlung der Mitarbeiterinnen haben wird.

Abenteuerlichkeiten wie die Forderung einer ZMF, die sich bei uns vorstellte, nach 7000.-DM Gehalt plus 20% Umsatzbeteiligung dürften sich schon jetzt von selbst regeln, nämlich erübrigen.

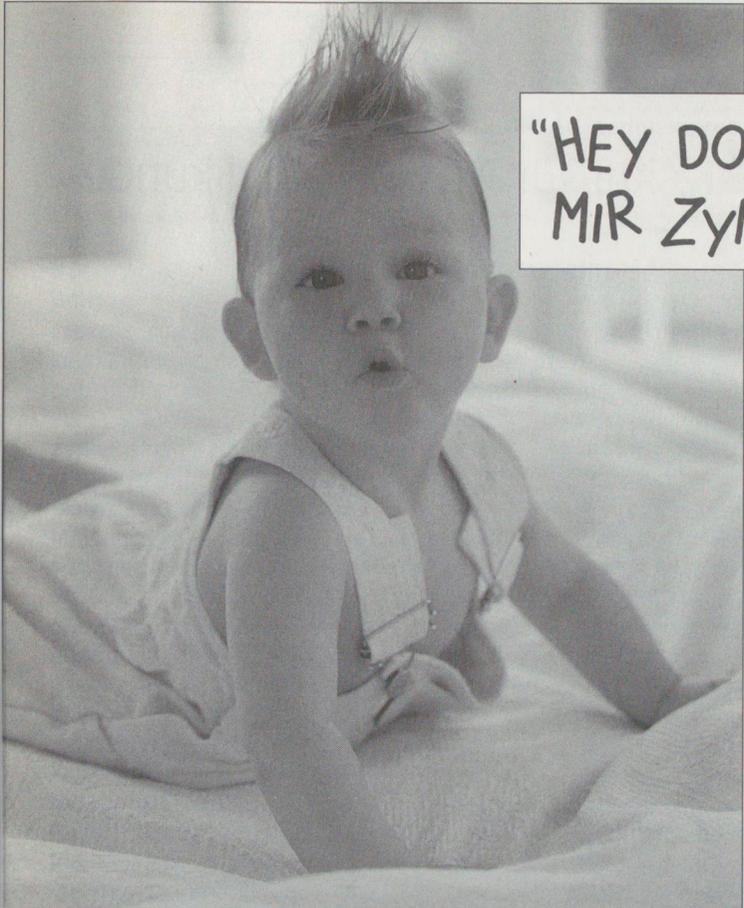
Dr. Hanns-W. Hey, München

Aufforderung an alle!

STANDARDTARIF VERWEIGERN

Der **NAV-Virchow-Bund**, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V., hat alle Ärzte aufgefordert, dem von dem Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) angetragenen Honorarverzicht im Rahmen des Standardtarifs nicht zuzustimmen. Damit reagierte der Verband auf einen Aufruf der PKV an die niedergelassenen Ärzte, sich durch ihre Unterschrift bereit zu erklären, bei Versicherten, die dem Standardtarif für Rentner angehören, höchstens das 1,7 fache zu liquidieren. Die Ärzte, die ihre Einwilligung dazu schriftlich gegeben haben, will die PKV dann in einer Liste veröffentlichen. Der NAV wies darauf hin, daß die Ärzte, die eine solche Verpflichtung eingingen, mehrfach gegen geltendes Recht verstoßen könnten, und zwar gegen das in der ärztlichen Berufsordnung verankerte Werbeverbot, gegen den unlauteren Wettbewerb und die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Aus diesem Grund sollten sie auf keinen Fall eine Einwilligungserklärung unterschreiben. Das Dilemma der privaten Versicherung bei älteren Versicherten sei allein durch die fehlenden Altersrückstellungen der Versicherungen verschuldet. In diesem Fall handele es sich um einen Managementfehler der Versicherungen, der weder auf dem Rücken der Versicherten noch auf dem der Ärzte ausgetragen werden dürfe, kritisierte der NAV.

Kostenlos für Mitglieder und gegen DM 2,- in Briefmarken für Nichtmitglieder: Die rechtliche Beurteilung zum PKV-Einkaufsmodell, ein Informationsblatt und ein Widerrufsformular beim **NAV, Postfach 102661, 50466 Köln.**



"HEY DOC, GIB
MIR ZYMAFLUOR D"

Es ist nie zu
früh für die
richtige Prophylaxe

Zymafluor® D

gegen Rachitis und Karies

Der Profi für die Prophylaxe.

Zymafluor® D 500, Zymafluor® D 1000 Zusammensetzung: **Zymafluor D 500:** 1 Tablette enthält 0,55 mg Natriumfluorid (entspr. 0,25 mg Fluorid) und 12,5 µg (entspr. 500 I.E.) Colecalciferol (Vitamin D₃). **Hilfsstoffe:** Crospovidon; DL- α -Tocopherol; Lactose 1 H₂O; Magnesiumstearat; Saccharin-Natrium 2 H₂O; Aromastoff. **Zymafluor D 1000:** 1 Tablette enthält 0,55 mg Natriumfluorid (entspr. 0,25 mg Fluorid) und 25 µg (entspr. 1000 I.E.) Colecalciferol (Vitamin D₃). **Hilfsstoffe:** Crospovidon; DL- α -Tocopherol; Lactose 1 H₂O; Magnesiumstearat; Saccharin-Natrium 2 H₂O; Aromastoff; Farbstoff E 172. **Indikationen:** **Zymafluor D 500:** Rachitis- und Kariesprophylaxe bei Säuglingen und Kleinkindern bis zur Vollendung des 2. Lj. **Zymafluor D 1000:** Rachitis- und Kariesprophylaxe bei Frühgeborenen und untergewichtigen Neugeborenen; Kindern mit krankhaft verminderter Nahrungsaufnahme; Kindern nach operativen Eingriffen am Magen-Darm-Kanal, wenn Minderwuchs besteht. **Kontraindikationen:** Hyperkalzämie, Hyperkalzurie, eingeschränkte Beweglichkeit (Gipsverband), Nierenkalksteine. Früh- und Mangelgeborene sollten, solange sie nicht gedeihen, kein Fluorid erhalten. Eine weitere Fluorid-Anwendung, z. B. mit Trink-, Mineral- oder Tafelwasser, soll vermieden werden. Zusätzliche Gabe von Vitamin-D-haltigen Medikamenten nur auf ärztliche Anweisung. **Nebenwirkungen:** Bei Überschreitung der empfohlenen Dosis über längere Zeit kann es zu Zahnfluorose kommen. Bei anhaltendem, ungewöhnlich starkem Appetitmangel, Erbrechen, Durst, Verstopfung und Müdigkeit sowie bei schlechtem Gedeihen des Säuglings muß über eine Weiterbehandlung mit Zymafluor D der Arzt entscheiden. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Die gleichzeitige Zufuhr von Calcium und Magnesium, wie sie bei einer Ernährung mit Milch und Milchprodukten erfolgt, vermindert die Retention von Fluorid im Organismus nicht wesentlich. Vitamin D₃ sollte nur in Ausnahmefällen mit Metaboliten und Analogen des Vitamin D kombiniert werden. **Dosierung siehe Gebrauchs- oder Fachinfo. Handelsformen und Preise:** **Zymafluor D 500:** 30 Tbl./N2 DM 4,15; 90 Tbl./N3 DM 10,94; Fürsorgepackungen für Gesundheitsämter. **Zymafluor D 1000:** 30 Tbl./N2 DM 4,99; 90 Tbl./N3 DM 13,23; Stand: 5/95



Zyma GmbH 81366 München

Berichte von der gemeinsamen DAZ-VDZM Frühjahrstagung

Abmagerungskur für GKV-Zahnheilkunde

Klartext von BKK-Chef Schulte

Bei der gemeinsamen Frühjahrsvoranstaltung von DAZ und VDZM am 4.5.1996 in Frankfurt war mit Gerhard Schulte - ursprünglich Anwalt, leitender Mitarbeiter kirchlicher Einrichtungen, im Bundeskanzleramt und als Ministerialdirektor im Bundesgesundheitsministerium tätig, seit wenigen Monaten Vorstandsvorsitzender des BKK Landesverbandes Bayern - ein Mann geladen, der für sich in Anspruch nimmt, „mit dem Standort nicht auch den Standpunkt zu wechseln“, und erfreulich ungeschminkt auch das zum Ausdruck brachte, was mit dem allseits propagierten Anspruch der Krankenkassen auf Vertretung von Patienteninteressen nur schwer in Einklang zu bringen ist.

GKV-Finanzierungskrise - Folge der Arbeitslosigkeit

Schultes Thema: „Perspektiven der Zahnheilkunde in der GKV“. Daß eigentlich nicht die Gesundheitskosten in der GKV aus dem Ruder laufen, sondern daß vielmehr wegen steigender Arbeitslosigkeit und sinkendem Anteil der Arbeitserlöse am Volkseinkommen die lohnbezogene gesetzliche Krankenversicherung in eine Finanzierungskrise gerät, dies betonte der Referent direkt zu Beginn seiner Ausführungen und hob sich damit wohlthuend ab von diversen GKV-Gesundsparenern, die Mißbrauch durch Versicherte und Bereicherung

durch die Leistungserbringer als das kardinale Problem des Systems brandmarken oder medizinischen Fortschritt und demographische Entwicklung als Hauptkostentreiber hinstellen. Seines Erachtens sind nicht die Innovationskosten, sondern die Mengenerwartung das Problem; was die gestiegene Lebenserwartung anlangt, bringt sie natürlich zusätzliche Kosten, doch nicht so krass wie vermutet; ab dem 75. Lebensjahr z.B. sinkt der medizinische Bedarf wieder ab.

Wenn aber die Lohnbezogenheit der Finanzierung das eigentliche Problem ist, können die Perspektiven nur düster aussehen; laut Schulte ist die Talsohle der Arbeitslosigkeit und damit der tiefste Stand der GKV-Einnahmen noch nicht erreicht. Wer wie Schulte „amerikanische Verhältnisse“ (30% der Menschen sind dort nicht oder unterversichert) ablehnt und die auf dem Solidaritätsprinzip basierende GKV mit einem modernen Leistungsangebot bis hin zur Hochleistungsmedizin, mit Sachleistungsprinzip und Familienversicherung erhalten will, für den bleiben nur zwei Alternativen: steigende Beiträge oder Ausgabeneinschränkungen.

Beitragssatzstabilität - fragwürdiges Dogma

Den Grundsatz der Beitragssatzstabilität könnte man laut Schulte durchaus in

Frage stellen. Warum sollte nicht die Dienstleistungsbranche Gesundheitswesen - gesellschaftlichen Konsens vorausgesetzt - einen höheren Anteil unserer Volkswirtschaft einnehmen als früher? Dabei dürften allerdings die Arbeitgeber-Beiträge zur Krankenversicherung nicht wachsen. Wegen der derzeit sehr kontroversen Meinungen in diesem Bereich bleibt nur Schultes zweite Alternative: Die Befreiung des Systems von Leistungen, die keine vitalen Belange tangieren und letztlich versicherungsfremd sind.

Über sogenannte „versicherungsfremde Leistungen“ im Sozialbereich wird schon länger diskutiert. Der NAV-Virchow-Bund beispielsweise hat einen umfangreichen Katalog von Positionen wie Mutterschaftshilfe, Leistungen bei Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation, Krankengeld bei Erkrankung von Kindern, beitragsfreie Mitversicherung für arbeitslose Kinder ab Vollendung des 18. Lebensjahres, Beitragsfreiheit bei Bezug von Erziehungsgeld und während des Erziehungsurlaubs usw. zusammengestellt, die auf ein Volumen von jährlich 50 Milliarden DM geschätzt werden und nichts mit Krankheit zu tun haben, sondern mit sozial- und familienpolitischen Belangen.

Leistungsabbau zugunsten der Hochleistungsmedizin

Demgegenüber war Schultes Vorstellung „versicherungsfremder“ Kostenanteile eine andere: Er nannte insbesondere Brillengestelle, auch Brillengläser bis zu einer bestimmten Dioptrienzahl, das Sterbegeld, Mutter-Kind-

Kuren und den Zahnersatz. Da es in der Zahnheilkunde nicht um's Überleben geht und mit Verweis auf Präventions-Erfolge dem Versicherten selbst die Verantwortung für seine Zahnschäden angelastet werden kann, ist hier kein Aufschrei der Entrüstung zu erwarten: Die Zahnmedizin als ideales Testfeld für Ausgrenzungen. Schulte folgt dabei keineswegs dem „Vertrags- und Wahlleistungs-Konzept“ der KZBV, sondern vielmehr grundsätzlichen Überlegungen. Für ihn gehört Zahnersatz nicht in den GKV- und nicht einmal in einen PKV-Katalog; „vermeidbare Risiken“ seien nicht versicherbar.

„Ruhe an der Zahnärzte-Front“ gewünscht

Einzelne zahnärztliche Körperschaften und der Freie Verband haben seit Jahren die Herauslösung eines Teils der zahnärztlichen Leistungen aus dem gesetzlichen Katalog gefordert, lange Zeit ohne Unterstützung durch die großen Parteien. Seit Ende 1995 scheint sich das Blatt zu wenden. Die Sparvorschläge der Politiker reichen von Festzuschüssen bei ZE und Füllungen bis hin zur totalen Ausgrenzung der Prothetik für die jüngeren Generationen. Gefragt, wie dieser Schwenk zu erklären sei, verweist Schulte darauf, daß die Koalition „Ruhe an der übrigen Front“ brauche, um die Reform im Krankenhausbereich durchzubringen. Insofern konzidiert man den Zahnärzten, wonach sie so heftig verlangen. Ob das Ergebnis letztlich im Sinne der zahnärztlichen Erfinder sein wird, denen er „jeden Ansatz von politischem Denken“ abspricht, ist für ihn noch nicht ausgemacht. Die GOZ nach Abschaffung



Sprechstunde für Finanzen

Ganz gleich, ob Sie für die Gründung, Übernahme oder Modernisierung einer Praxis eine Finanzierung brauchen oder ob Sie nach einer lukrativen Vermögensanlage suchen: die Spezialisten der HYPO-BANK entwerfen Ihnen immer eine maßgeschneiderte Lösung. Auch für den Fall, daß Sie den Wunsch vom eigenen Haus mit integrierter Praxis verwirklichen wollen – mit unseren Heilberufespezialisten haben

Sie bei der HYPO-BANK Partner, die nicht nur Finanz-Experten sind, sondern sich auch im Praxis-Alltag auskennen. Kommen Sie doch einfach in eine unserer Filialen oder rufen Sie die Ärzte-Hotline der HYPO-BANK an: Frau Morcan (030/308802-23) Filiale Berlin-Brunnenstraße, Frau Welschhoff (030/30856-568) Filiale Berlin-Mitte oder Herr Deutschmann (030/34006-334) Filiale Ernst-Reuter-Platz.



Die HYPO. Eine Bank – ein Wort.

der heutigen GKV-Leistungen - so orakelt Schulte - wird nicht mehr die GOZ von heute sein.

Daß hier weder ein Politiker noch ein Arbeitgebervertreter, sondern ein hochrangiger Repräsentant der Versicherten sprach, mußte man sich bei Schultes Vortrag gelegentlich ins Gedächtnis rufen. Immerhin hätte - so bemerkte er mit Genugtuung - ein aufmerksamer Beobachter dieser Tage feststellen können, daß „die Betriebskrankenkassen sich nicht beteiligt haben an dem allgemeinen Gejammer“ über die geplanten Kürzungen im zahnmedizinischen Bereich. Den hiervon betroffenen Patienten ab Jahrgang 1979, die demnächst wahrscheinlich jede Zahnkrone allein bezahlen müssen, empfahl er für ein paar Mark den Abschluß einer privaten Zusatzversicherung. In den Niederlanden kann man sich ansehen, was für Mini-Leistungen eine solche Mini-Versicherung bringt.

Vorfahrt für die Selbstverwaltung

Grundsätzlich plädierte Schulte wie sein Ex-Chef Seehofer für Regelungen durch die Selbstverwaltung. Das Gesetz solle den Rahmen vorgeben, Details würden durch Kassen und Leistungserbringer festgelegt. Obwohl im Bereich der Ärzte viel mehr Fragen anstünden, komme man hier eher zu gemeinsamen Problemlösungen als bei den Zahnärzten.

Der SPD-Gesetzesvorschlag zur Eingliederung der zahnärztlichen in die ärztlichen Körperschaften ist für Schulte eine Reaktion auf die bisherigen Schwierigkeiten - allerdings nicht die Lösung der

Probleme. Er wünscht mehr Spielraum für die Selbstverwaltung. Warum sollten gesetzliche Kassen nicht außerhalb der Grundversorgung Unterschiedliches anbieten? Denkbar wären z.B. Kassen mit Zahnersatzleistungen und solche ohne. Gleichzeitig sollten die Rahmenbedingungen für Vertragsverhandlungen von Kassen mit Gruppen von Zahnärzten oder auch der gesamten Zahnärzteschaft geschaffen werden. Freiwillige Verträge bzgl. Qualitätssicherung, Gewährleistung usw. könnten Schritte in die richtige Richtung darstellen.

Zwei-Klassen-Medizin - verkürzt gesehen

Kommt die Zwei-Klassen-Medizin? - eine Frage, die vielen Teilnehmern der Frankfurter Veranstaltung am Herzen lag. Sie bildete den Abschluß der Diskussion, bevor der Referent zum nächsten Termin enteilte. Klassenmedizin ist - so Schulte - wenn Privatversicherte eher als GKV-Patienten Zugang zu Transplantationen, Intensivmedizin usw. haben. Dies gelte es zu verhindern.

Ob die soziale Ausgleichsfunktion einer gesetzlichen Krankenversicherung in erster Linie an ihrem Engagement und Ressourceneinsatz in Extrembereichen der Medizin festzumachen ist, das wäre sicher eine eigene Diskussion wert.

Für eine präventiv und ganzheitlich ausgerichtete Heilkunde jedenfalls sollte es darum gehen, in den allermeisten Fällen den Einsatz hochinvasiver und hochaufwendiger Methoden zur Lebensverlängerung überflüssig zu machen - durch Förderung von Gesundheit.

Das Gesundheitswesen - eine Dauerbaustelle

Zwei Stunden waren schnell vorbei und wie immer bei so schwierigen Themen wurde vieles nur kurz angerissen und allzuoft zwischen verschiedenen Argumentationsebenen gewechselt, sodaß am Ende manchen Teilnehmern - wie mir - mehr Fragen als Antworten blieben. Die Diskussion wird weiterge-

hen, die jetzt geplante Reform wird nicht die letzte sein. Wenn es um die Zahnmedizin in Deutschland so bestellt ist, wie Schulte als intimer Kenner der politischen und Kassen-Szene es schilderte, sollten alle an qualifizierter Breitenversorgung interessierten Versicherten und ihre Ärzte und Zahnärzte sich, wo immer möglich, in die Debatte einmischen.

Irmgard Berger-Orsag

Parodontitistherapie - der tägliche Kampf mit den Bakterien

Aus dem Referat von Prof. T. Flemmig bei der DAZ-VDZM-Frühjahrstagung

Die fachliche Fortbildung am 4.5.1996 in Frankfurt bestritt Prof. Dr. Thomas Flemmig aus Würzburg mit dem Thema: „Risikobestimmung und medikamentöse Therapie der marginalen Parodontitiden“. In einem ersten Teil stellte er die Prävalenz und Bedeutung von Parodontalerkrankungen vor, die im Erwachsenenalter etwa gleich häufig wie Karies zu Zahnverlusten führen, und beleuchtete differenziert die Entstehungsgeschichte der Parodontitis. Während bei der Geburt die orale Region noch keimfrei ist, akquiriert ein Mensch im Lauf seines Lebens bis zu 500 verschiedene, die Mundhöhle besiedelnde Bakterienarten, zwischen 30 und 100 verschiedene Spezies allein in einer Tasche. Sie bil-

den, eingebettet in eine Mukopolysaccharidmatrix, die Plaque und in mineralisierter, abgestorbener Form schließlich Zahnstein.

Parodontitis = Infektion plus Gegenangriff des Immunsystems

Parodontitis wird heute verstanden als Infektionskrankheit, wobei es jedoch nicht eine einfache Kausalbeziehung zu einem oder mehreren Erregern gibt. Vielmehr geht es um die Kräfteverteilung innerhalb des Ökosystems Mundhöhle, ebenso auch um die speziellen Eigenschaften des Immunsystems des Patienten. Hierbei verwies Flemmig auf die Ergebnisse mikrobiologischer Forschungen. Sie zeigten, daß die Zerstörung parodontaler Gewebe im Verlauf der Erkrankung interessanterweise nur

zum Teil auf das Konto der bakteriellen Angreifer selbst geht. Auch die Immunantwort des Organismus selbst, der die Erreger abzuwehren versucht, wirkt destruktiv und stößt dabei im Extrem den bakterienbeladenen Zahn ab. Hier zeigt sich eine dichotome Wirkung des Immunsystems: Es schützt den Organismus, aber nur um den Preis einer lokalen Destruktion.

Risikobestimmung und Früherkennung gefordert

Da durch Parodontitis im fortgeschrittenen Stadium irreversible Schäden entstehen und die Therapie dann in jedem Falle erheblich aufwendiger und teurer als bei frühen Formen ist, heißt es hier ganz dringend, den Anfängen zu wehren. Dies erfordert entsprechende diagnostische Schritte, die beim Gesunden darauf abzielen, Risikofaktoren zu erkennen; beim bereits Erkrankten geht es um Früherkennung und differenzierte Aussagen über Schweregrad und Ausdehnung der Erkrankung, Prognose und Therapieplanung.

Prof. Flemmig präsentierte eine Liste von Risikofaktoren, die bei gemeinsamem Auftreten nicht nur additiv, sondern z.T. multiplikativ wirken:

- genetische Disposition: nach Zwillingsuntersuchungen werden 38-82% der Unterschiede in parodontalen Parametern als genetisch bedingt angesehen.
- mangelhafte Mundhygiene: 10-20 faches Risiko; je jünger der Patient, desto gravierender. Eine kleine Patientengruppe weist allerdings Par-

odontalschäden auf trotz guter Mundhygiene.

- Ansteckung: bei Angehörigen parodontal erkrankter Personen (Ehepartner, Kinder) finden sich in der Regel die gleichen Problemkeime. Nachgewiesen wurden sogar Fälle der Übertragung vom Hund zum Menschen.
- Rauchen: 6-fach erhöhtes Risiko
- Diabetes mellitus Typ I
- als belastend empfundener Streß

Parodontales Screening als Teil der O1

Zur Früherkennung schlug der Referent ein generelles parodontales Screening und Recording, angehängt an die O1, mithilfe des CPITN-Index (Community Periodontal Index of Treatment Needs) vor. Dies erfordere nur einen geringen zusätzlichen Aufwand (ca. 2 1/2 Minuten - Blutung auf Sondierung, Taschensondierungstiefen, Zahnstein / Überhängende Restaurationen). Mit einem WHO-Parodontometer wird jeder Zahn an jeweils 6 Stellen sondiert; aber nur der maximale Wert pro Sextant wird im Befundschema festgehalten. Die Untersuchung liefert Schweregrade von 0-4. Ausprägungen von 3 oder 4 bedürfen einer Parodontitistherapie. Hier sollte ein ausführlicher Befund (einschl. Röntgenkontrolle und Feststellung der Zahn-Lockerungsgrade) erhoben und so dokumentiert werden, daß Langzeitvergleiche möglich sind.

Flemmig plädierte für die Reevaluation von Plaque-Index, Blutungs-Index und Sondierungstiefen nach Abschluß der Therapie und regelmäßigen Recall mit Zahnreinigung.

Konventionelle PAR-Therapie: Sisyphus - Arbeit mit Erfolg

Dieses Vorgehen bleibt im Rahmen der konventionellen Parodontitistherapie, deren Hauptansatzpunkt es ist, supra- und subgingival Plaque und Zahnstein zu eliminieren. Zahnstein selbst wirkt zwar nicht pathogen auf das Gewebe, bildet jedoch aufgrund seiner Rauigkeit eine ideale Adhäsionsgrundlage für Mikroorganismen. Durch Glättung von Zahn- und Wurzeloberflächen wird Abhilfe geschaffen - bis nach circa drei Monaten Taschen und andere Retentionsstellen erneut bakteriell besiedelt sind und erneute Behandlung nötig wird. Bei einer Studie von Hirschfeld/Wassermann z.B. konnten mit einer solchen Betreuungsdensität im Durchschnitt von über 22 Jahren Zahnverluste bei 83 % der Untersuchten weitgehend verhindert werden. Allerdings ist dieser ständig wiederholte Versuch, den Bakterien ihre Haft- und Nahrungsgrundlage zu entziehen, aufwendig und stellt in vielen Fällen wahrscheinlich eine Übertherapie dar, weil man ohne Kenntnis der bakteriellen Situation nicht weiß, welche Zahnfleischtasche tatsächlich aktiv ist und der Behandlung bedarf. (Wollte man heute alle therapiebedürftigen Patienten so betreuen, entstünden laut Flemmig in Deutschland hierfür Kosten von 2-3 Milliarden DM.)

Die „Unverbesserlichen“

Auf der anderen Seite gibt es Fälle, in denen diese Form der Betreuung nicht einmal ausreicht. In der o.g. Studie fiel eine Gruppe von ca. 15% der Patienten auf, die wenig Plaque, jedoch viel Par-

odontitis aufwiesen und trotz Therapie erhebliche Zahnverluste erlitten (4% verloren alle Zähne). Bei diesen als refraktär oder rekurrierend bezeichneten Parodontitisformen muß man - im Sinne des o.a. Risiko-Konzepts - zum einen nach besonderen Risikofaktoren wie Rauchen, Diabetes, Immunstörungen usw. forschen. Zum anderen gilt es jedoch auch zu fragen, wie es um Art, Anzahl und Virulenz der bei diesen Patienten anzutreffenden Bakterien bestellt ist und ob vielleicht an einem anderen Teil des Entzündungskreislaufes als bei der Plaque-Akkumulation auf das zerstörerische Geschehen Einfluß genommen werden kann.

Ansatzpunkte im Kampf gegen parodontale Zerstörung

In jedem Fall besteht der erste Schritt wie bei der konventionellen Therapie aus einer

- gründlichen Reinigung, ggf. operativen Maßnahmen, um z.B. besser an Furkationen heranzukommen.
- Sodann liegt die Überlegung auf der Hand, die zukünftige Anlagerung von Mikroorganismen dadurch zu verhindern, daß man die Zähne mit antiadhäsiven Substanzen imprägniert. In diesem Zusammenhang wurde Dolmipinol erprobt, das allerdings zugleich eine betäubende Wirkung entfaltet und nicht für den Dauergebrauch geeignet zu sein scheint. Noch kein Erfolg - aber immerhin ein Versuch.
- Ein weiterer Ansatzpunkt ist die Immunantwort des Körpers, die - wie oben beschrieben - auch die Gewebe-

Zahnmedizinische Qualität.

Die beste Empfehlung zur Karies- und Parodontal-Prophylaxe



Medizinische Mund- und Zahnpflege
aus der **elmex** Forschung

Wybert GmbH • 79539 Lörrach • Berner Weg 7

zerstörung vorantreibt. Als erste Abwehrfront gegen die bakterielle Infektion bilden die polymorphkernigen neutrophilen Granulozyten unter anderem Kollagenasen, die den Gewebeuntergang bewirken. Mit einem modifizierten Tetracyclin gelingt es inzwischen bei Tierversuchen, diese Kollagenasen zu hemmen. Zur Eindämmung des Entzündungsvorganges lassen sich möglicherweise bestimmte nicht steroidale antiinflammatorische Substanzen (NSAID, z.B. Indometacin, Acetylsalicylsäure, Flurbiprofen) einsetzen, die in der Lage sind, die Prostaglandinsynthese und damit die Osteoklasten zu hemmen. Unter entsprechender Medikation beobachtet man eine Stabilisierung des Knochenniveaus. Vielleicht lassen sich hieraus wirksame Therapiemöglichkeiten entwickeln.

- Am ehesten erforscht und Schwerpunkt der Ausführungen Prof. Flemmigs war allerdings die Nutzung von antibakteriellen Mitteln, die direkt in den Stoffwechsel einiger Bakterienarten eingreifen.

Millionen in der Tasche

Diese Art der Intervention setzt zunächst eine entsprechend feine Diagnostik voraus. Die Bandbreite und Verteilung der Mikroorganismen im gesunden Mund, bei Gingivitis und bei marginaler Parodontitis ist inzwischen aus verschiedenen Untersuchungen bekannt. Während beim Gesunden grampositive aerobe oder fakultativ anaerobe Keime, vornehmlich Kokken, überwiegen, finden sich bei Patienten mit Parodontitis verstärkt obligat anaerobe und gramne-

gative Bakterien, insbesondere *Actinobacillus actinomycetem comitans* (Aa), darunter einige besonders virulente Stämme, *Porphyromonas gingivalis* (Pg) und Spirochyten. Zur Anzahl lieferte Prof. Flemmig die Faustregel: Beim PAR-Patienten enthält eine Tasche soviel Bakterien, wie Menschen auf der Erde leben. In Zahlen:

$10^6 - 10^9$ Bakterien bei adulter Parodontitis

$10^3 - 10^6$ Bakterien bei juveniler Parodontitis

$10^2 - 10^3$ Bakterien in gesunder Tasche

Leider liegen die Dinge nicht so einfach, daß man allein von bestimmten Infektionsmustern auf bestimmte Erkrankungen schließen kann. Flemmig zitierte einen Versuch in den USA, bei dem von anerkannten Parodontologen Patienten eingestuft und deren Diagnosen mit den Ergebnissen bakterieller Tests korreliert wurden. Dabei zeigten sich z.T. bei sehr unterschiedlich diagnostizierten Fällen gleichartige Infektionsmuster. Offensichtlich ist der eine Patient mit einer bestimmten Mundflora nur Träger von Bakterien, ohne Zeichen einer progredienten Erkrankung zu zeigen, während bei einem anderen mit dem gleichen Infektionsmuster die Entzündung schnell voranschreitet.

Tests für die Praxis noch in den Anfängen

Man hat's also nicht leicht als Praktiker, der genauer die Situation eines seiner Patienten erfassen will. Unterm Mikroskop lassen sich, zur ersten Einstufung der in der Plaque befindlichen Mikroor-

ganismen, grob die Morphotypen - Koken, Stäbchen usw. - unterscheiden. Einige mikrobielle Tests (Flemmig erwähnte den semiquantitativen BANA-Test) sind einfach durchzuführen, auch in der Zahnarztpraxis. Allerdings geben sie keinen Aufschluß über die Art der Bakterien, haben eine hohe Nachweisgrenze (oder Mängel hinsichtlich Reliabilität, Sensitivität, Spezifität).

Labortests mit Bakterienkulturen sind teurer und zeitaufwendiger. Sie haben aber den Vorteil, daß das gesamte Keimspektrum abgedeckt wird und z.B. auch Organismen wie Pseumonaden, die nicht in den Mund gehören, sowie Resistenzen festgestellt werden können. Neuerdings auf dem Markt und demnächst möglicherweise auch in Praxen anwendbar sind erste genetische Tests; der Referent erwähnte einen PCR-Test, der u.a. Differenzierung bzgl. Virulenzgenen erlaubt, sowie DNA-Sonden.

Lokale Antibiose wirksamer und unbedenklicher

Anders als bei minder schweren Parodontitisformen sind derartige Tests dort angebracht, wo als zusätzliche Hilfe antibakteriell wirkende Medikamente zum Einsatz gebracht werden sollen und die Tests eine gezielte Auswahl ermöglichen. Als nächster Schritt kommt dann die Frage nach lokaler oder systemischer Anwendung. Mit Blick auf die Gefahr der Resistenzbildung sprach sich Prof. Flemmig gegen systemische Antibiotika aus, die in extrem hohen Dosen verabreicht werden müssen, um überhaupt bis zum Ort des Geschehens vor-

zudringen. Stattdessen: lokale Therapie bei lokaler Erkrankung. Wer dies allerdings für völlig einfach hält, hat nicht mit dem Biofilm (oder Plaque) gerechnet, der als zäher Schleim die zu behandelnden Bereiche bevölkert und bewirkt, daß erst 1000-fach gegenüber der minimal wirksamen Konzentration erhöhte Antibiotikamengen den Bakterien gefährlich werden. (Hier heißt es also wieder: Plaque entfernen.) Zudem wird die Sulcusflüssigkeit ca. 20 x in der Stunde ausgewechselt, so daß bloßes „in die Tasche Spritzen“ wenig wirkungsvoll wäre. Als eine Möglichkeit stellte Flemmig ein Metronidazol-Gel vor, das zweimal in 7 Tagen Abstand angewandt werden soll. Es führt zu kurzfristigen Konzentrationen von 450 µg/ml, beschränkt auf eine Wirkdauer von 12-24 h.

Teure Taschenfüllung mit Tetracyclin

Als beständiger in ihrer Wirkung empfahl der Referent Fasern aus Ethylen-Vinylacetat-Copolymer, getränkt mit Tetracyclin, wobei vorteilhaft sein dürfte, daß dieses Medikament in der übrigen Medizin kaum gebraucht wird. Die zu behandelnden (gereinigten) Zahnfleischtaschen werden sukzessive mit der Faser gefüllt und vorübergehend mit einem Gewebekleber verschlossen, bis nach etwa 10 Tagen die Faser wieder - vollständig! - entfernt wird. Auf diese Weise erreicht man während eines längeren Zeitraums eine andauernde, lokal hohe (500-1.500 µg/ml) und gleichzeitig systemisch sehr niedrige Wirkstoffkonzentration (im Serum unter Nachweisgrenze). Bei Kombination von Scaling und Tetracyclinfaser berichtete Flemmig von kurzfristig guter adjuvanter Wirkung,

20 Jahre 
fortschrittliche Zahntechnik
zum Wohle der Patienten

**SCHMID
UND
PAULA**

**DENTAL
LABOR**

Gesellschafter:

B. Paula, B. Hoffmann, W. Lipinski

Schmid u. Paula oHG · Bruderwöhrdstraße 10
93055 Regensburg · Tel. 0941 / 791521



... weil Qualität
auf Dauer einfach preiswerter ist!

von langfristiger Bakterienreduktion über 12 Monate und Rekolonisation auf abgesenktem Niveau. Allerdings reichen zum einen die Erfahrungen mit dieser Methode noch nicht sehr weit, zum anderen sind die Kosten (15 Minuten Arbeitsaufwand für Fasereinbringung pro Tasche und 100 DM pro Faser) derzeit noch beträchtlich. Insofern die Empfehlung, die Tetracyclinfasern selektiv einzusetzen - in Kombination mit konventioneller PAR-Therapie, Chlorhexidin-Spülungen und ggf. Candida-Prophylaxe - bei lokalisierter refraktärer/rekurrender Parodontitis mit wenigen isolierten tiefen Taschen, Rest ansonsten bakterienarm, bei periimplantärer Mucositis und bei Furkationsbefall.

Systemische Antibiotikatherapie - eine Zeitbombe?

Lediglich bei einem sehr eingeschränkten Spektrum von Fällen - beispielsweise bei generalisierter, refraktärer Parodontitis - würde Flemmig eine systemische Antibiotika-Therapie (hohe Dosis über kurze Zeit, häufige Einzeldosen, Therapiedauer über Remission hinweg) in Betracht ziehen.

Hierbei ist jedoch maximal eine Konzentration von 10 µg/ml in der Gingivalflüssigkeit zu erreichen. Systemische Antibiotikagaben sollten immer von einer konventionellen Therapie begleitet werden. In Frage kommende Medikamente sind meines Erachtens: Metronidazol und Amoxicillin (A.a.), Augmentan (grampositive Keime), Doxizylin sowie Clindamycin (gramnegative Keime). Die systemische Antibiose (deren Er-

folgsraten z.B. bei refraktärer Parodontitis allerdings aus methodischen Gründen schwer zu erforschen sind) hat laut Flemmig möglicherweise eine nur beschränkte Langzeitwirkung. Mit Nachdruck plädierte der Referent dafür, die wahrscheinlich geringe Hilfe für den Parodontitis-Patienten und die verheerenden Folgen intensiver Antibiotika-Therapie für den breiten Bereich der übrigen Infektionserkrankungen gegeneinander abzuwägen. Mit 52% führen heute weltweit Infektionen die Liste der Todesursachen an; immer häufiger stehen wir vor dem Problem, daß bisher wirksame Medikamente bei einzelnen Personen nicht mehr anschlagen oder wir mit neuen Erregern konfrontiert sind, für die unsere Therapiemöglichkeiten nicht ausreichen.

Prof. Flemmig schloß sein Referat mit einem Appell an die praktisch tätigen Zahnärzte zum bewußten und verantwortungsvollen Umgang mit Antibiotika dabei der Behandlung oraler Erkrankungen.

Praktiker Flemmig: Parodontaltherapie muß einfacher werden!

Dies war eine wichtige Botschaft; sehr wichtig für die Teilnehmer der Frankfurter Veranstaltung war aber sicher auch die Schlußdiskussion mit dem engagierten Hochschullehrer. Nachdem er einen halben Tag lang auf fesselnde Weise die Spitzenergebnisse der mikrobiologischen und parodontologischen Forschung vor den Zuhörern ausgebreitet hatte, schien er umso mehr interessiert, aus dem Turm der Wissenschaft herabzusteigen und sich den Fragen der Praktiker zu stellen. Er ging auf konkrete

Einzelfragen zur Tetracyclinfaser-Therapie oder z.B. auf den Einfluß von Zahnextraktionen auf das orale Ökosystem ein. Mit wenigen Worten rückte er schließlich die Problem-Proportionen gerade: Nur etwa 10% der Patienten seien von den refraktären Parodontalerkrankungen betroffen und mögliche Nutznießer der in seinem Referat beschriebenen differenzierten therapeutischen Bemühungen. In der Hauptsache

lägen die Herausforderungen der Parodontaltherapie auf ganz anderem Gebiet: Es gälte, die Behandlungsmethoden einfacher, bezahlbarer zu machen. Man müsse Fachkräfte wie Prophylaxehelferinnen, ZMF's, DH's einsetzen. Und die Hauptmethode des Plaque-Management, so Flemmig, ist die Mundhygiene durch den Patienten selbst.

Irmgard Berger-Orsag@

"Medizin und Gewissen"

Internationaler Kongreß der IPPNW 50 Jahre nach den Nürnberger Ärzteprozeß
25.-27.10.1996 in Nürnberg (s.S.105)

ERÖFFNUNGSVORTRÄGE: Medizin und Gewissen

Oskar Lafontaine, Saarbrücken Prof. Dr. Dr. Horst Eberhard Richter, Gießen

- PLENUM 1 **Die deutsche Ärztekommision beim Nürnberger Ärzteprozeß**
Dr. Alice Ricciardi von Platen, Rom
Der Nürnberger Ärzteprozeß Prof. Dr. Richard Toellner, Münster
Mythos vom unpolitischen Arzt Prof. Dr. Johanna Bleker, Berlin
- PLENUM 2 **Medizin im Dritten Reich** Prof.Dr. Michael H. Kater, York Univ., Kanada
Medizin nach dem Nürnberger Ärzteprozeß
Prof. Dr. William E. Seidemann, Toronto, Kanada
- PLENUM 3 **Paradigmenwechsel in der Medizin Wo stehen wir heute?**
Prof. Dr. Jens Reich, Berlin
Brauchen wir eine neue Ethik?
Prof. Dr. Eric H. Loewy, University of Illionois, USA
- PLENUM 4 **Immanente Gefährdung der Medizin I**
Prof. Dr. Elisabeth Beck-Gernsheim, Erlangen
Ethik in der medizinischen Forschung
Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner, Gütersloh
Prof. Dr. Jay Katz, Yale University, USA
- PLENUM 5 **Immanente Gefährdung der Medizin II**
Prof. Dr. Karl Bonhoeffer, Dachau
Prof. Dr. Robert Jay Lifton, John Jay College, New York
Heilkunst in sozialer Verantwortung - Orientierung für eine menschliche Medizin Dr. Ellis Huber, Berlin

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.

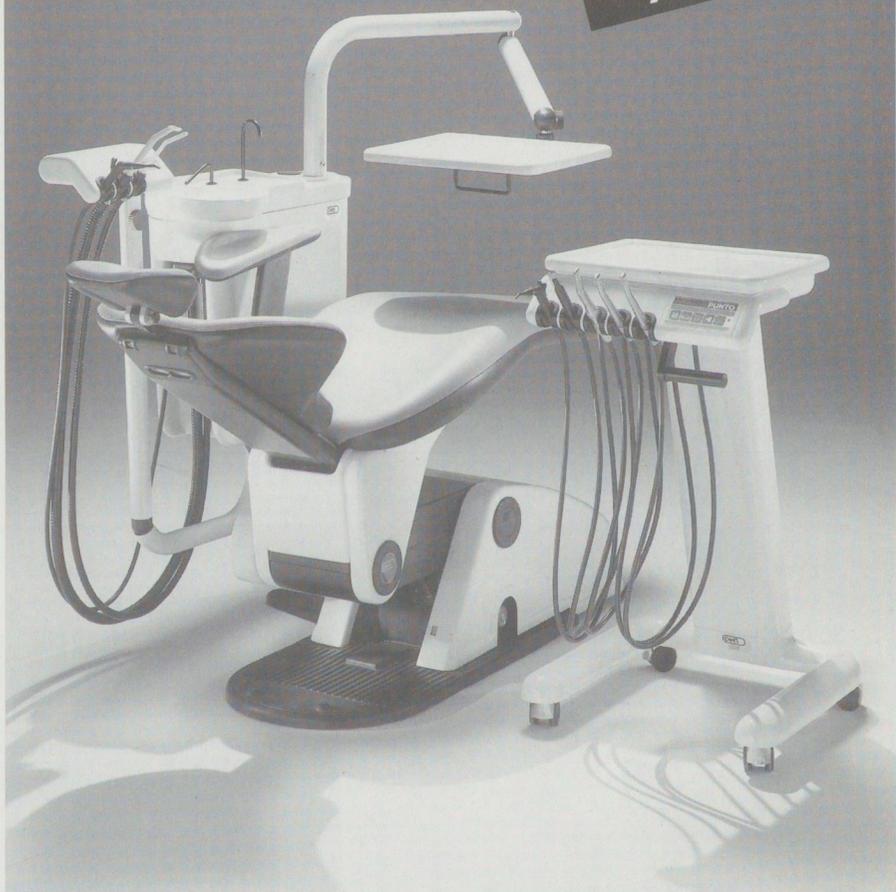


PHARMADOR

GmbH & Co. Dentalhandels KG

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

**Die preisgünstige
Alternative**



Junges forum Junges forum Junges forum

Der aufmerksame Leser mag sich fragen: Warum ein „Junges forum“ im forum?

Ganz einfach: Man hört oft Klagen, daß der DAZ sich mehr für Studenten und junge Kollegen einsetzen sollte. Was aber interessiert Studenten oder junge Assistenten?

Um Kontakte zu knüpfen, wurde in der Vergangenheit immer wieder versucht, in Fachschaftszeitungen, Studentenkalendern usw. Anzeigen zu schalten, um diesen Personenkreis aufzufordern, sich im DAZ zu engagieren. Ein anderer Versuch, Studenten auf die Probleme der Zahnärzteschaft aufmerksam zu machen und für den DAZ zu interessieren, bestand darin, das DAZ-forum an Fachschaften zu verschicken, um es in den jeweiligen Universitäten auszulegen. Schlägt man als Student das forum auf, entdeckt man zwar viel Interessantes und Informatives; das eigentliche Berufsleben ist aber noch weit (bzw. meint man, daß es noch weit ist) und es gibt andere Probleme, die einen drücken.

Das *Junge forum* soll daher Studenten und jungen Kollegen eine Plattform bie-

ten, für diesen Personenkreis relevante Themen darzustellen, und es soll ein fester Bestandteil im DAZ-Forum werden. Solche Themen könnten beispielsweise sein:

- Kongreßberichte von Studentenkongressen
- Berichte und Ankündigungen von Fortbildungen
- Beiträge zur Problematik Niederlassungsbeschränkungen
- Beiträge zum Thema Studienreform
- Erfahrungen von niedergelassenen Kollegen mit Ausbildungsassistenten usw.

Wir hoffen, daß auf diese Weise ein Beitrag geleistet werden kann, die dringend notwendige Kommunikation zwischen niedergelassenen Kollegen, jungen Kollegen und Studenten zu verbessern.

An dieser Stelle sei jeder, der zu diesem Themenkreis einen Beitrag leisten kann, aufgefordert, ihn an folgende Adresse zu senden:

*Rainer Seemann
Universitätsklinikum Charité
Zentrum für Zahnmedizin
Föhler Str. 15 13353 Berlin*

Studentenkongreß in Göteborg 43. Weltkongreß des IADS und YDW

Vom **10.-16. August 1996** veranstaltet die Internationale Vereinigung von Zahnmedizinstudenten (IADS) und die Vereinigung von Jungen Zahnärzten (YDW) ihren 43. Weltkongreß. Gastgeber ist in diesem Jahr, nach den hervorragenden Kongressen in Südafrika und Brasilien, die schwedische Zahnärzte- und Studentenvereinigung, die versuchen wird, vor allem wissenschaftliche Akzente zu setzen.

Von Prof. Nicklas Strömberg wurde daher ein fünftägiges, hochkarätiges wissenschaftliches Programm vorbereitet.

Die Vorträge geben einen Überblick über den momentanen Stand von Wissenschaft und Forschung in der Zahnmedizin. Im Mittelpunkt stehen dabei die Themen Mikrobiologie von dentogenen Erkrankungen, Parodontologie, Karies, Prophylaxe, Implantologie sowie Demonstrationen von Beispielen aus der klinischen Prothetik und Implantologie, geleitet von Dr. Sverker Toreskog. Unter den eingeladenen Vortragenden sind viele international anerkannte Wissenschaftler und Kliniker wie Lindhe, Axelsson und Branemark, der u.a. in einem Ehrenvortrag seinen Standpunkt zur Implantologie heute und in Zukunft präsentieren wird.

Als Rahmenprogramm findet während der ersten drei Tage des Kongresses eine Dental-Ausstellung in den Räumlichkeiten des Kongreßcenters statt. Weltbekannte Dentalfirmen werden vertreten sein, um neue Produkte, Methoden, Materialien, Instrumente, Ausstattung etc. zu präsentieren.

In Tischdemonstrationen soll der Umgang mit neuen Materialien und das Wissen darüber vermittelt werden. Die Dental-Messe ist offen für alle Interessierten und gratis.

Für sehr engagierte Teilnehmer besteht die Möglichkeit am

„Gast-Redner-Wettbewerb“

über ein Thema eigener Wahl, z.B. über seine Doktorarbeit, zehn Minuten zu referieren. Bei Interesse sollte vorab ein Abstract in englischer Sprache von maximal 400 Wörtern an das Kongreßkomitee gesendet werden:

z.Hd. von Prof. Nicklas Strömberg
Fax: 0046 90770580.

Es gibt attraktive Preise zu gewinnen.

Da die ganze Veranstaltung jedoch nicht nur zum „reinen Vergnügen“ angeboten

wird, bietet der Kongreß neben der Möglichkeit zum internationalen Erfahrungsaustausch noch Gelegenheit, mit alten und neuen Freunden ein paar ausgelassene Tage und „schlaflose Nächte“ mit viel Spaß und sicher jeder Menge schwedischen Vodka zu verbringen.

Göteborg bietet dazu viele Attraktionen und Sehenswürdigkeiten wie Museen, Galerien und Gelegenheiten zum Shopping, die alle leicht zu Fuß zu erreichen sind. Zu einem unvergeßlichen Erlebnis werden sicherlich die abendlichen „social's“ werden. Auftakt ist ein Eröffnungscocktail im Großen Theater von Göteborg mit anschließender Begrüßungsparty.

An den nächsten Abenden wird in einem der größten schwedischen Vergnügungsparks gefeiert, im alten Hafengelände ein traditionelles Crayfisch-Essen serviert, beim großen Fußballturnier werden alle teilnehmenden Nationen, Sponsoren und Vereinigungen gegeneinander spielen und sich beim Barbecue stärken oder in den Partyzelten amüsieren. Die Abschlußgala findet in einer mittelalterlichen Wikingerburg statt.

Organisierte Reisen wie ein Segeltörn oder ein Ausflug ins Seengebiet Dalsland vor und nach dem Kongreß werden angeboten. Details und Preise stehen im Programmheft.

Für Studenten wurde eine Unterkunft in einer Jugendherberge hohen Standards

oder gegen Aufpreis die Übernachtung im Fünf-Sterne-Hotel „Gothia“ organisiert.

Der Paketpreis für Unterkunft, Kongreßgebühr, Essen, Abend- und Freizeitangebote beträgt:

3600 SEK (ca. 800 DM) für Studenten sowie 6000 SEK (ca. 1400 DM) für Zahnärzte.

Für den, der nur dem wissenschaftlichen Teil beiwohnen möchte, betragen die Gebühren:

300 SEK (ca. 70 DM) für Studenten und 2300 SEK (ca. 560 DM) für Zahnärzte.

Weitere Informationen, Programmhefte und Anmeldeformulare gibt es in der Studentenvertretung oder direkt beim IADS/YDW Congress committee

Tel: 0046317733203,

Fax: 004690770580

e-Mail: iads96@odontologi.gu.se

*M.C. Klarkowski
Studentin in der Zahnklinik der Freien
Universität Berlin*

*M.S. Sabri
Student im Zentrum für Zahnmedizin,
Charité, Humboldt-Universität Berlin*

Elemente verschmelzen
zum Ganzen



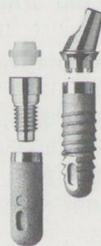
IMZ®

FRIALIT®-2

Das umfassende Programm der Implantat-Prothetik

IMZ®-TwinPlus – das modulare System

- Kinetic-Line für komplexe Restaurationen
- Esthetic-Line für ästhetische Einzelkronen



FRIALIT®-2 – für natürlich schönen Zahnersatz

- Wurzelanaloge Implantate
- Ästhetisch optimierte Kronenaufbauten

**FRIATEC-Systeme:
Für das ganze Therapiespektrum
der Implantologie**

FRIATEC AG · Division Medizin-Technik
Postfach 71 02 61 · D-68222 Mannheim



Aller Anfang ist gar nicht so schwer.

Klar, Implantologie ist ein integriertes Teilgebiet der Zahnheilkunde. Aber was macht man, wenn bei der üblichen Ausbildung an der Uni und während der Assistentenzeit bei einem Amalgam-, Endo- und Geschiebemeister (nicht böse gemeint) die Integration dieses Teilgebietes nicht ganz so gelungen ist und in der Aufbauphase einer Praxis erst einmal die vier klassischen Räder der Zahnheilkunde bewegt werden.

Also, man schaut sich um. Gelesen hat man ja in jeder zahnärztlichen Zeitschrift darüber, und auf den diversen Kongressen reiht sich ein implantologischer Informationsstand an den anderen. Eine leichte Verwirrung macht sich breit ob des gewaltigen Angebotes, fehlen doch ein bisschen die Kriterien für die Entscheidung.

Statement Nr. 1 Es kommt nicht auf das System an, sondern auf die intellektuellen und handwerklichen Fähigkeiten der Zahnärztin und des Zahnarztes.

Statement Nr. 2 Es hat keinen Sinn, allein im stillen Kämmerlein alle Stadien der Implantologie noch einmal nachzuvollziehen; nur der Kontakt zu anderen „Anwendern“ hilft und hievt einen auf den Stand der Technik.

Man kommt natürlich nicht an den Systemen vorbei, und die Entscheidung, welches der ca. 100 auf dem europäischen Markt befindlichen das richtige

für Sie ist, ist nicht ganz einfach. Faktum ist, daß sich in den letzten 10 Jahren alle wesentlichen Systeme weitgehend angeglichen haben, was die Form, das Material und die Aufbauteile betrifft. Entscheidend werden somit die sogenannten Sekundaria wie Anwenderfreundlichkeit, Service, Nähe, Preis und nicht zuletzt die Überlebenssicherheit der produzierenden Firma.

Man kann die Situation durchaus mit der Automobilbranche vergleichen, mit der Ausnahme, daß es von der Qualität her keinen „Mercedes“ unter den Anbietern gibt; auch die Preise haben sich weitgehend angeglichen.

Der Anfänger sollte sich also über die in Deutschland führenden Implantatsysteme informieren. Das sind derzeit folgende 4 Systeme:

IMZ Twin Plus und F2 der Firma Friatec/Mannheim - 40 %

Bonefit / ITI der Firma Straumann/Schweiz - 25 %

Sterioss der Firma Bego (amerikanisches Produkt) - 12%

Branemark der Firma Nobelbiocare/Schweden - 10 %

Alle diese Firmen bieten Anfängerkurse an, die naturgemäß firmenbezogen sind, die aber vom Handwerklichen her gese-

hen deswegen nicht schlecht sein müssen. Sinnvoll ist die Mitgliedschaft in der größten europäischen implantologischen Gesellschaft, der DGI (Deutsche Gesellschaft für Implantologie), die Fortbildungskurse auf jedem Level sowohl aus der Praxis, als auch zunehmend von der Universität anbietet. Hier gibt es auch genügend Ansprechpartner, die ähnlich wie im DAZ die Priorität in der Zahnheilkunde und dem Wohl des Patienten sehen und nicht systemgläubig Implantologie als Vehikel für neurotische Egotrips mißbrauchen.

Die Voraussetzung für das Erlernen der Implantologie ist

1. sicheres chirurgisches Arbeiten mit den Hart- und Weichgeweben in der zahnärztlichen Chirurgie und der PAR-Behandlung,
2. Sicheres Umsetzen der Gnathologie auf den individuellen Fall
3. Sehr gutes räumliches Vorstellungsvermögen

Die handwerklichen Fähigkeiten können weitgehend am Phantomkopf erworben werden, nach entsprechenden Einführungs- und Phantomkursen kann nach Hospitation bei erfahrenen Kollegen bei einer Supervision das erste Implantat gesetzt werden.

Die DGI ist im Moment zusammen mit der Bundeszahnärztekammer und einigen Landes Zahnärztekammern dabei, eine zertifizierte postgraduierte Ausbildung auf die Beine zu stellen, um die Qualitätssicherung in der Ausbildung

sicherzustellen und damit dem Anfänger einen vernünftigen Standard mitzugeben. Einen Geschmack davon kann man bereits in der bayerischen Akademie bekommen, wo ein 2 jähriger Kurs mit vielen Referenten und einem sehr sinnvollen curriculum das Thema behandelt.

Diese Ausbildung wird vermutlich ca. 180 Stunden Theorie inclusive diverser Phantomkurse, aber auch Hospitationen in Praxis und Klinik und die Dokumentation eigener Fälle beinhalten. Bis diese Fortbildungsordnung aber von den zuständigen Gremien die Zustimmung findet, wird noch einiges Wasser die Isar, den Rhein, die Spree und die Elbe hinabfließen.

Als Trost: Auch jetzt kann man schon eine vernünftige Ausbildung bekommen, leider ist sie nicht ganz billig: So um die 3000.- DM muß man mindestens für Kurse ausgeben und eventuelle Hospitationen, die „Starter-kits“ sind ebenfalls mit 3000-6000.- DM und mehr nicht gerade wohlfeil, und wer wirklich einsteigen will, braucht auch noch eine auf die Implantation abgestimmte chirurgische Maschine, die auch zwischen 4000.- und 8000.-DM kostet.

Also summa summarum eine 10000-20000.- DM- Investition, die aber neben allen medizinischen Erwägungen einfach die Freude am Beruf entscheidend vergrößert und nicht nur ein fünftes Rad am Wagen der Zahnheilkunde bedeutet.

*Dr. Sebastian Schmidinger
Seefeld*



Deutsche Gesellschaft für Implantologie
im Zahn-, Mund und Kieferbereich e.V.

Herbsttagung 1996

21.- 23. November

Bremen, Congress Centrum Bremen

Hauptthema

Okklusion und Biomechanik des implantatgestützten Zahnersatzes

Hauptvorträge

Biomechanische Aspekte in implantologisch-prothetischen
Versorgungen in Abhängigkeit verschiedener Therapiekonzepte

Dr. Eva Engel, Tübingen

Okklusionskonzepte in der Implantologie

Dr. U. Grunder, Zollikon/ Schweiz

Krafteinleitung über Implantate in den Kieferknochen

PD Dr. M. Wichmann, Hannover

Werkstoffkundliche und biomechanische Gesichtspunkte des
implantatgestützten Zahnersatzes

Prof. Dr. J. Wirz, Basel/ Schweiz

Anmeldung: Congress Partner, Emmastraße 220, z. Hd. Herrn Onnen,
28213 Bremen, Tel. 0421-219073 Fax 216419

Geschichte und Entwicklung der zahnärztlichen Implantologie

unter dem Gesichtspunkt sozialer Verträglichkeit als Behandlungskonzept

Der folgende Beitrag stammt von einem der Pioniere der zahnärztlichen Implantologie in Deutschland. Er ist niedergelassener Zahnarzt und vertritt mit seiner Vorstellung von sozialer Verträglichkeit wohl zwar die Mehrheitsmeinung der Implantologen, nicht aber typische DAZ-Standpunkte. In einem Heft mit dem Schwerpunkt „Implantologie“ halten wir es jedoch für nützlich, den gesellschaftspolitischen Standpunkt jener kennenzulernen, die bei uns diese Therapieform anbieten.

Von jeher ist es der Wunschtraum der Menschheit, nach Verlust von eigenen Zähnen Mittel und Wege zu finden, um den natürlichen Zustand wieder zu erlangen. Die große Zahl früher Entwicklungen implantologischer Verfahren zeigt, daß dieses Gebiet einen besonderen kreativen Reiz auf den Erfindungsgeist ausgeübt haben muß.

In der Zahnheilkunde wird nach immer neuen Möglichkeiten gesucht, das Therapiespektrum zu erweitern, um den gesteigerten Anforderungen gerecht zu werden. So konnte es nicht ausbleiben, daß sich in den letzten 30 Jahren implantologische Vorgehensweisen entwickelten, die inzwischen als ausgereifte Methoden in der Praxis angewandt werden können.

Seit den 60er Jahren wurden von BRANEMARK, FORMIGINI, CHERCHEVE, LINKOW, PRUIN, GRAFELMANN, HEINRICH, BRINKMANN und SCHULTE Verfahren wie Nadel-, Schrauben-, Sofort-, Blatt- und Ankerimplantate entwickelt, mit

denen eine längere Verweildauer erzielt werden konnte als allgemein erwartet worden war.

Mit Beginn der 70er Jahre ergaben sich in der zahnärztlichen Implantologie Verfahren enossaler Art, die längerfristigen Erfolg versprachen. Auch wenn Implantate, trotz aller klinischen Erfolge, vom Körper noch als Fremdkörper angesehen werden, so hat sich doch gezeigt, daß sie durch verbesserte Techniken und Beachtung gewisser Grundprinzipien belastungsfähig einheilen.

Aufgrund dieser Erkenntnisse und zunehmender Erfolgswahrscheinlichkeit kam es 1982 zur wissenschaftlichen Anerkennung durch die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde unter Prof. STRASSBURG.

Seit dieser Zeit begannen fast alle deutschen Universitäten, die die zahnärztliche Implantologie bisher äußerst skeptisch beurteilt und betrachtet hatten, mit intensiven Studien, die die von den

Praktikern empirisch gefundenen Erkenntnisse durch Grundlagenforschung bestätigten.

Die Vielgestaltigkeit der Implantate spiegelt sich in den zahlreichen Methoden wieder, die letztlich durch stetige Verbesserung zu dem heute praktizierten System der rotationssymmetrischen Implantate geführt haben.

Fast alle Methoden sind heute zweiphasig konzipiert. Das bedeutet, daß der eingebrachte Implantatkörper in Ruhe einheilen kann und erst nach der Einheilungszeit- im Unterkiefer mindestens 3 Monate und im Oberkiefer mindestens 6 Monate und mehr- die restaurative Phase begonnen werden sollte.

Wir unterscheiden zylindrische, konische, schrauben- und stufenförmige Monokörper, die sich durch unterschiedliche Oberflächengestaltung auszeichnen. Daneben haben sich die Extensionsimplantate (Blätter, Anker etc.)- die sog. „blade-vents“ von Linkowbereits in der 10. Version behaupten können. Diese Methode als veraltet abzutun, ist bei den nachgewiesenen Erfolgsstatistiken nicht gerechtfertigt.

Immer größere Anforderungen werden in Bezug auf Ästhetik, sichere Platzierung des Implantatkörpers (CT), konfektionierte und präzisierte Aufbauteile etc. gestellt. Dies gilt auch für die Anforderungen an die Suprakonstruktion auf Implantaten.

SCHULTE richtete 1984 - wegen der zunehmenden Bedeutung der zahnärztlichen Implantologie- in Tübingen-

einen Sonderforschungsbereich ausschließlich für zahnärztliche Implantologie ein, aus dem viele Anregungen für weitere Forschungstätigkeit entsprangen.

Die Frage des Materials ist heute zugunsten von Titan entschieden, da bei keramischen Werkstoffen - hier ausschließlich Aluminiumoxid-Keramik - das Bruchrisiko nicht gänzlich auszuschließen war.

Nach der wissenschaftlichen Anerkennung folgte 1988 die Aufnahme implantologischer Leistungen in die amtliche, private Gebührenordnung (GOZ).

Es konnte nicht ausbleiben, daß sich implantologische Gesellschaften und Verbände gründeten, um Fort- und Weiterbildung zu ermöglichen und interessierte Ärzte und Zahnärzte einschließlich Hochschullehrern in Einführungskursen und -seminaren mit der zahnärztlichen Implantologie vertraut zu machen. Regionale und überregionale Arbeitskreise und -gemeinschaften entstanden, in denen sich die implantologisch Tätigen zusammenschlossen, um Erfahrungen auszutauschen, und es begann eine Zeit reger Kurs- und Seminartätigkeit.

1983 übernahm TETSCH den bei der DGZMK bestehenden implantologischen Arbeitskreis und es kam zu einem schnellen Aufblühen der in Schlaf verfallenen Arbeitsgemeinschaft. Zur gleichen Zeit trennten sich von der DGZI ein Teil ihrer Mitglieder und bildeten die Gesellschaft für Orale Implantologie (GOI).

Da die zahnärztliche Implantologie sich immer stärker verbreitete und von stan-

despolitischer Seite nicht die genügende Beachtung fand, bildete sich unter BRINKMANN 1989 der Bundesverband der niedergelassenen implantologisch tätigen Zahnärzte in Deutschland (BDIZ), um sich der berufsrechtlichen Belange wie Gebührenordnung und Vertrags- und Versicherungsrecht anzunehmen. Dieser Verband mit 1500 Mitgliedern ist die größte implantologische Vertretung in Deutschland.

1994 fusionierten die AGI und GOI zur DGI als stärkste wissenschaftliche Gruppierung unter SPIEKERMANN und DUE-LUND.

Neben der enossalen Implantologie kam es zu einer vielversprechenden Entwicklung regenerativer knochenaufbauender Verfahren mit autologen und alloplastischen Materialien, sodaß vermehrt auch für anatomisch ungünstige und für eine Implantation kontraindizierte Fälle bessere Voraussetzungen geschaffen werden konnten. Heute haben diese Verfahren wie Bonesplitting bzw. die nach OSBORN benannte Alveolar-Extensionsplastik, verschiedene Knochenan- und -auflagerungsplastiken, Sinusbodenelevation und Membran-Techniken, einen Stand erreicht, der auch komplizierteste Versorgungen erlaubt.

Die zahnärztliche Implantologie ist inzwischen so stark verbreitet, daß auch Versicherte der gesetzlichen Kostenträger Ansprüche auf eine implantologische Behandlung stellen und die gesetzlichen Versicherungen vermehrt implantologische Leistungen erstatten, obwohl diese dabei sowohl gegen die

einschlägigen Bestimmungen des Gesetzes, als auch gegen die vertraglichen Bestimmungen im GKV-Bereich verstoßen.

Wieso kommt es zu dieser Nichtbeachtung der vertraglichen und gesetzlichen Regelungen? Einmal hat das LSG-Niedersachsen in seiner Entscheidung vom 11.04.1984 die Teilerstattung einer Implantatbehandlung zum Anlaß genommen, auch die zahnprothetische Versorgung entsprechend zu erstatten, da sie die Grundvoraussetzung für die prothetische Versorgung gewesen sei. Zum anderen hat nunmehr das LSG-Nordrhein/Westfalen eine Entscheidung gefällt, die genau das Gegenteil zum Urteil des LSG-Niedersachsen besagt. Das Gericht bezieht sich eindeutig auf die gesetzlichen Vorgaben des § 30 SGB V und lehnt jede Kostenübernahme und Erstattungsfähigkeit durch den gesetzlichen Kostenträger ab.

Verfolgt man die Entwicklung der sozialen Gesetzgebung von Bismarck bis heute, dann fällt auf, daß aus der Idee der Brüderlichkeit oder der Solidarität unter Bismarck: „Hilfe der Mehrheit für die auf Hilfe angewiesene Minderheit“ ein System der sozialen Sicherung entstanden ist, das nicht mehr auf Linderung der Not der Armen, sondern auf eine kollektive Absicherung aller abzielt. Diese öffentliche Daseinsvorsorge des Staates ist nicht mehr von dem Gedanken der Solidarität geprägt, sondern das soziale System von der gemeinschaftlichen Hilfe für den einzelnen ist zur weitgehenden Absicherung aller gegen fast alle sozialen Risiken ausgeweitet worden.

ITI[®]

S Y S T E M

D E N T A L

D E S I G N E D

I M P L A N T

A S N A T U R E

S Y S T E M

I N T E N D E D



Für Informationen
wenden Sie sich bitte an:

 **straumann**
D E N T A L

International Headquarters:
Institut Straumann AG
CH-4437 Waldenburg, Switzerland
Phone +41 (0) 61 965 11 11
Fax +41 (0) 61 965 11 01

Deutschland: Straumann GmbH
Postfach 6049
D-79036 Freiburg
Phone 0761/4501-0
Fax 0761/4501-149

ITI[®] Dental Implant System is a registered trademark of
Institut Straumann AG, Switzerland

Daher sind viele Leistungen - und hierzu gehört auch die zahnärztliche Implantologie - ohne Eigenbeteiligung des Versicherten nicht mehr realisierbar. Ein System, welches auf Solidarität aufgebaut ist, kann kostenaufwendige Leistungen nicht erfüllen und begünstigt genau diejenigen, die nach ihren Einkommensverhältnissen auf soziale Leistungen nicht angewiesen sind, und sie auch nicht beanspruchen sollten. So

wird die zahnärztliche Implantologie eine außervertragliche und private Leistung bleiben müssen und kann nicht als Vertragsleistung in den GKV-Bereich als sozial verträgliche Behandlungsmethode aufgenommen werden.

*Prof. Egon Brinkmann
Oldenburg*

Kleines ABC der implantologischen Verbände und Gesellschaften

Die zahnärztliche Implantologie wurde zunächst nach Inauguration durch Linkow, New York, Chérchève, Paris und einige andere Pioniere im wesentlichen von Praktikern wie Grafelmann, Steiner, Hüngrerle et al., die ihre Erfahrungen in selbstorganisierten Zirkeln austauschten, entwickelt. Erst ab den 80er Jahren wurde die Implantologie dann auch von den Hochschulen anerkannt. Zwischen Universitäten und praktisch tätigen Implantologen und zwischen den Anhängern verschiedener Implantatssysteme - von denen manche sehr enge Bindungen zu Herstellerfirmen eingegangen sind - hat es immer wieder heftige Kontroversen, aber auch Vereinigungsbemühungen gegeben, die in der Gründung oder Abspaltung verschiedener Verbände und Gesellschaften und auch in Konsensuskonferenzen und

Fusionen ihren Niederschlag fanden. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit nachfolgend ein Kurzabriss einiger (nicht nur regional bedeutsamer) Organisationen:

DGI - Deutsche Gesellschaft für Implantologie

1994 durch Fusion aus der AGI und GOI hervorgegangen, derzeit stärkste wissenschaftliche implantologische Gesellschaft in Europa. Die AGI war die Arbeitsgemeinschaft für Implantologie in der DGZMK, gegründet 1983, mit Tetsch und Strunz als ersten Vorsitzenden. Die GOI, Gesellschaft für orale Implantologie, war eine wissenschaftliche Gesellschaft, die aber in Zusammenarbeit mit der Hochschule vor allem die Belange der Praktiker berücksichtigte. 1. Präsi-

dent war Dr. Gerd Heidelberg, Würzburg
Der 1. Präsident der DGI war Dr. Harald
Duelund (vormals GOI), Vizepräsident
war Prof. Hubertus Spiekermann (vor-
mals AGI). Laut Satzung ist in 2-jährigem
Turnus ein Wechsel in der Führung zwi-
schen Hochschullehrern und Praktikern
vereinbart.

Jetziger Präsident Prof. H. Spiekermann,
Aachen, Vizepräsident Dr. Sebastian
Schmidinger, Seefeld, Schriftführer Prof.
Neukam, Erlangen.

Das Ziel der DGI ist neben der wissen-
schaftlichen Aufbereitung der Implantolo-
gie eine umfassende Aus- und Fortbil-
dung. Sie erarbeitet in den entsprechen-
den Gremien Fortbildungsordnungen
und gibt Statements zum Stand der
Technik.

Fortbildungsreferent Dr. Dhom, Lud-
wigshafen, Fax 0621-524633.

Es finden 2 mal im Jahr Tagungen der
DGI statt: Die wissenschaftlich orientier-
te Veranstaltung wird im Frühjahr an
einer deutschen Hochschule abgehal-
ten, zu der praxisorientierten Jahresta-
gung treffen sich die Implantologen im
Herbst (in diesem Jahr am 21.-23 No-
vember in Bremen).

Die DGI gibt 4x im Jahr die Zeitschrift
„Implantologie“ (Hanser Verlag, Mün-
chen) heraus, der Jahresbeitrag in der
DGI beträgt 150.-DM, zzgl. 90.-DM für
die Mitgliedschaft in der DGZMK.

BDIZ - Bundesverband der imp- lantologisch tätigen Zahnärzte

gegründet 1989 von Prof. Egon Brink-
mann und weiteren implantologisch
tätigen Zahnärzten. Ziel: die wichtige
Rolle der niedergelassenen Implan-
tologen gegenüber dem z.T. von den

Hochschulen erhobenen Alleinvertre-
tungsanspruch zu behaupten, die in
Praxen tätigen Implantologen berufspo-
litisch und berufsrechtlich zu vertreten
und zu gewährleisten, daß unterschiedli-
che Implantatsysteme und therapeuti-
sche Konzepte gleichberechtigt erprobt
und weiterentwickelt werden können.
Tätigkeitsbereiche u.a.: Vertragsaus-
schuß, GOZ-Novellierung, Verhandlung-
en mit Versicherungsträgern und ZÄ-
Kammern, Gutachterwesen, Fort- und
Weiterbildung, Qualitätssicherung, Her-
ausgabe von BDIZ-Jahrbüchern und
Manuals; Mitarbeit an EDV-gestützten
Abrechnungsprogrammen. Führung
eines Register-Handbuches über alle
gängigen Implantatsysteme, Erstellung
von Implantat-Statistiken. Der BDIZ han-
delt in enger Abstimmung mit den
Berufsverbänden der Mund-, Kiefer- und
Gesichtschirurgen sowie der Oralchi-
rurgen (BDO).

BDIZ-Vorsitzender Dr. Hans-Jürgen
Hartmann, Tutzing

BDO - Berufsverband Deutscher Oralchirurgen

Berufsverband, der in Bezug auf implan-
tologische Fragestellungen mit dem
BDIZ kooperiert.

BDO-Vorsitzender Dr. Horst LUCKEY,
Neuwied

DGZI - Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie

1970 von Grafelmann in Bremen ge-
gründet. Von Anfang an enge Verbindung
zum (der FDI angehörenden) Internati-
onal Congress of Oral Implantologists
(ICOI), automatische Doppelmitglied-

schaft in DGZI und ICOI. Regionale Study Groups, zahlreiche Fortbildungsangebote bundesweit, „active membership“ als verbandsinterner Qualifikationsgrad. Herausgabe des Mitgliederinfos DGZI INTERN und der Fachzeitschrift „Implant Dentistry“. Förderung von Forschungsaktivitäten durch den Wissenschaftlichen Beirat der DGZI. Aktuelle Zielsetzung: die Implantologie als Option für den Allgemeinpraktiker zu erhalten.

DGZI-Vorsitzender Dr. Rolf Semmler, Würzburg

ICOI - International Congress of Oral Implantologists

internationale Implantologische Vereinigung, vgl. DGZI.

MVZI- Mitteldeutsche Vereinigung für zahnärztliche Implantologie

gegründet 1993 von ostdeutschen Zahnärzten, die Kollegen aus den neuen Bundesländern den Zugang zur Implantologie erleichtern und Fortbildungsmöglichkeiten im Sinne von Qualitätszirkeln anbieten wollten. Inzwischen wurde zusammen mit der Akademie für zahnärztliche Fortbildung der LZÄK Sachsen ein gemeinsames Fortbildungsangebot vorgeschlagen, das sich an die vom BDIZ entwickelten Konzepte anlehnt.

MVZI-Vorsitzender Dr. Wolfram E. Knöfler, Leipzig

Implantologie-Einsteiger Congress in Köln

Chance zum Schnuppern und Überblick-Gewinnen

In der zahnärztlichen Implantologie sind längst die Zeiten vorbei, wo ausschließlich in kleinen Arbeitszirkeln experimentierfreudiger Kollegen von einem zum anderen Geheimtipps und technische Kniffe weitergegeben wurden. Der implantologisch Interessierte findet heute ein breites Fortbildungsangebot vor; im DEMETER Kongreß Kalender Zahnmedizin beispielsweise, der immer nur einen Teil der tatsächlich durchgeführten Programme erfaßt, finden sich allein für 1996 über 110 verschiedene Kurstermine, weitaus mehr als z.B. für Bereiche

wie Endodontie, Kinderzahnheilkunde oder Präventivzahnmedizin. Dabei konzentrieren sich, ähnlich wie unsere eigene Tagung im Herbst, nicht wenige dieser Veranstaltungen auf einen einzigen Implantat-Typ oder mindestens -Hersteller und bieten eine mehr oder weniger intensive, stärker praktisch oder theoretisch ausgerichtete Beschäftigung mit dem einen gewählten System.

Anders der Implantologie-Einsteiger-Congress (IEC), der nach Vorläuferta-

gungen in Berlin und Dresden am 19./10.4.1996 in Köln stattfand. Die Veranstalter haben sich das Ziel gesteckt, die wichtigsten Produkte aus der breiten Palette auf dem Markt befindlicher Implantatsysteme - in Deutschland sind dies inzwischen 52 verschiedene - und den gesamten Problemkomplex Implantologie- von der Diagnostik über die Vorbereitung des Knochenlagers und die Implantat-Insertion bis zur prothetischen Versorgung und Nachsorge - verständlich und prägnant darzustellen und dem Neuling und seinem Team einen ersten Überblick zu ermöglichen.

Namhafte Referenten aus Universität und Praxis wie Prof. Lange (Berlin), Prof. Rother (Hamburg), Prof. Becker (Berlin), Dr. Hartmann (BDIZ), Dr. Takacs (DGZI), Dr. Gieloff, Dr. Graf, Dr. Knöfler, Dr. Röckl, Dr. Schumacher, Tagungspräsident Priv.-Doz. Dr. Dr. Köhler und andere führten mit Kurzvorträgen in einzelne Grundlagenbereiche der Implantologie ein. Dabei wurden nicht nur Möglichkeiten und Indikationen, sondern selbstkritisch auch Risiken, Komplikationen und Fehler beleuchtet.

Informativ und zum Teil auch amüsant war die am Nachmittag folgende Präsentation verschiedener Implantatsysteme durch Hersteller oder passionierte Anwender. Nach Art einer Schönheitskonkurrenz wurden die Produkt-Vertreter nacheinander zum Mikrofon geschickt und konnten jeweils das anpreisen, was ihnen vorteilhaft erschien, solange sie sich an die Zeitbegrenzung hielten.

Wer mehr über die vorgestellten Systeme wissen wollte, hatte die Mög-

lichkeit, sie beim Besuch der begleitenden Dentalausstellung in Augenschein zu nehmen und von den Fachleuten an den Ständen weitere Informationen zu erfragen. Vor allem aber nutzten die teilnehmenden Zahnärzte und Zahntechniker die Gelegenheit, eigene praktische Versuche in den an beiden Kongreßtagen stattfindenden Hands-on-Kursen anzustellen. Wegen des großen Andrangs - der Kongreß war mit 400 Teilnehmern bis auf den letzten Platz besetzt - mußten hier kurzfristig zusätzliche Kapazitäten geschaffen werden.

Bezogen auf die angepeilte Zielgruppe - Zahnärzte, Zahntechniker und Praxismitarbeiter, die sich über den Stand der Implantologie informieren und evt. selbst den Einstieg in dieses Gebiet machen wollen - war der Kongreß mit seiner Vielseitigkeit, komprimierten Stoffdarbietung, Mischung von Theorie und Praxis, Verbindung von medizinischen und zahntechnisch-produktspezifischen Informationen sicher genau das Richtige. Und nicht zuletzt wird auch eines bei den Teilnehmern angekommen sein und vielleicht eine ansteckende Wirkung zeitigen: Die spürbare Begeisterung derer, die in der Implantologie aktiv sind, über die rasante und erfolgreiche Entwicklung dieser zahnärztlichen Disziplin.

Übrigens: Den nächsten Implantologie-Einsteiger Congress gibt's im Mai 1997 in Bremen.

*Irmgard Berger-Orsag
DAZ-Geschäftsführerin*

Implantate - von Bonzen für Bonzen?

Sind Implantate für den Vertragszahnarzt immer noch keine ernstzunehmende Indikation?

Als der DAZ-Beirat das Programm für die nächste Hauptversammlung diskutierte, waren wir im Zweifel, ob man dem 'normalen' Mitglied ein implantologisches Thema anbieten sollte. Endo-, PAR-, Prophylaxe - allemal! Totalprothetik - schon auch. Aber Implantate? Machen typische DAZ-Kolleg/inn/en denn so etwas?

Bohrt man im Gespräch ein wenig nach, erfährt man dann schon von absolvierten Kursen, von gelegentlichen Versuchen, „aber nur bei strengster Indikationsstellung natürlich!“. Es scheint so, als ob ein wenig Anrührigkeit an dieser therapeutischen Alternative hinge, als ob der Schritt zum zahnärztlichen Freibeuter spätestens mit dem zweiten Implantat vollzogen wäre.

Der psychosoziale Aspekt dieser Selbstbeschränkung ist hier nicht mein Thema, obgleich es schon einmal reizvoll wäre, den Orientierungsrahmen für den sozialgebundenen Zahnarzt in der kommenden Zeit von Zuzahlungsregelungen, Wahlleistungen etc. abzustecken. Hier soll es um die Frage gehen, ob wir unseren Patienten etwas vorenthalten, wenn wir keine Implantate anbieten können oder wollen.

Dazu ein kurzes Zitat aus einem langen Brief einer Patientin: „Sie haben in Ihrem Alter und mit Ihren Zähnen wohl

keine Vorstellung davon, was es heißt, nach 16 Jahren endlich wieder mit Lust in etwas hineinzubeißen, und das überall und jederzeit.....“

Hier hat jemand lange Zeit mit eingeschränkter Lebensqualität gelebt! Hier war die konventionelle Zahnheilkunde nicht in der Lage, einer Patientin wieder zu gewohnten biologischen Funktionen zu verhelfen. Trotz Schreinemaker, Kulmer, Gutowski et al.! Vier Implantate haben hier den Unterschied ausgemacht zwischen verschämtem Gemümmel und neuem Selbstbewußtsein. Haben wir das Recht zur Zensur in Sachen Lustgewinn?

Was ist denn mit den Patienten, die sich mit der Altlast von zwei unteren Molarenlücken herumschleppen. Wir selbst haben womöglich dazu beigetragen, daß diese Lücken die letzten in einem solchen Gebiß sein werden, mit gewissenhafter Zahnerhaltung, mit Aufklärung, Motivation und Prophylaxe. Und jetzt sitzt der Patient da und will sich den ordentlich gefüllten 5er und den kariesfreien 7er nicht beschleifen lassen - der Undankbare! Da hat er dann die 'Hör-Zu' oder die Brigitte aus unserem Wartezimmer in der Hand und fragt nach 'diesen Implantaten'. In den USA geht ein Zahnarzt ein gewaltiges Prozeßrisiko wegen „negligence“ ein, wenn er dann nicht alle therapeutischen Alternativen

„Da kannst Du ruhig fühlen. Die sitzen wie echte.“

Semados®. So richtig super.

SEMADOS® Implant Systems



Genau dieses Gefühl möchte der Patient haben. Die Dritten sollen so perfekt sitzen, als wenn es die eigenen wären.

Und genau das ist mit dem Semados® Implantat-System gewährleistet. Seit Jahren klinisch bewährte Biomaterialien und Implantatformen - vereint mit neuesten implantologischen Erkenntnissen - prägen das gesamte System.

Übersichtliche, fallbezogene Prothetik-Sets ermöglichen eine optimale Zusammenarbeit zwischen

Behandler und Zahntechniker. Ästhetisch überzeugende Lösungen, die den Patienten glücklich machen, sind das Ergebnis.

BEGO 

BEGO Semados GmbH
Wilhelm-Herbst-Straße 1 · D-28359 Bremen
Telefon 04 21 / 20 28 - 246 · Telefax 20 28 - 265

anbietet. Wir sitzen auf dem hohen Roß unserer Erfahrung und hören nicht hin!

Solange dentale Implantate noch im Experimentierstadium waren, gab es dafür gute Gründe. Vor fünfzehn, oder gar fünfundzwanzig Jahren gehörte schon einiger Mut bei Behandler und Patient dazu, sich auf ein implantologisches Abenteuer einzulassen. Interessant übrigens, daß es vor allem Niedergelassene, und davon wieder etliche Dentisten waren, die zu Pionieren wurden.

Wenn es heute für Patienten ein Abenteuer darstellt, implantiert zu werden, dann liegt es nicht am Implantat! Da gibt es keinen Unterschied mehr zu den anderen Disziplinen unserer 'Kunst'. Pfusch ist immer möglich, aber sorgfältige und gewissenhafte Arbeit auch. Ein verpfuschter kieferorthopädischer Lückenschluß ist wahrscheinlich folgenschwerer als eine schiefgegangene Implantation. Die Fälle, wo Dentalgangster Kiefer ohne Alveolarfortsätze hinterlassen, kann man im Bereich der Implantologie wenigstens schon zwischen staatsanwaltlichen Aktendeckeln finden - die gleichen Schlachtfelder als Ergebnis ganzheitlicher Schwermetall-sanierungen warten meines Wissens noch auf den ersten Ankläger.

Die DGZI (Deutsche Gesellschaft für Implantologie) in der DGZMK jedenfalls war die erste Berufsgruppe in der Zahnärzteschaft, die sich daran begeben hat, einen Katalog von Qualitätssicherungsmaßnahmen in Arbeit zu nehmen. Es ist erstaunlich, daß dieses Regelwerk noch nicht zu Vorwürfen der

Nestbeschmutzung geführt hat - vermutlich weil 'Abdinger' und 'Privatkasierer' nicht im Verdacht sozialistischer Systemveränderung stehen.

Die Tatsache, daß Implantologie keine Vertragsleistung ist, ja daß der implantatgetragene Zahnersatz nach aktueller Rechtsprechung nicht bezuschußt werden darf, hindert viele von uns daran, sich mit den Möglichkeiten zu beschäftigen, die die Implantologie bietet. Das scheint ehrenhaft. Wenn ich mich selbst an die Nase fasse, dann weiß ich aber auch, daß die Schutzfunktion, die wir für unsere Patienten wahrnehmen müssen, in Bevormundung umschlagen kann.

Therapeutische Alternativen außerhalb des vertraglichen Rahmens anzubieten, ist nicht per se Marketing nach Art der DZW. Wer sich nicht selber traut, soll sich nach zuverlässigen Kolleg/inn/en umschauen, die implantieren können. Die Resultate von gewissenhaften Implantologen erlauben es nicht mehr, unsere Patienten von deren Möglichkeiten auszuschließen - auch und gerade, weil wir 'links' sind.

*Dr. Kai Müller
Seefeld*

Nächster Redaktionsschluß:
20.09.96

DAZ-Jahrestagung

in Berlin 19./20. Oktober 1996

Implantologie- ein integraler Bestandteil der Zahnheilkunde

Implantologischer Demonstrations-Kurs
mit Dr. Sebastian Schmidinger

Zahnklinik Nord der Charité
Föhrer Str.15, 13353 Berlin



Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)
im NAV-Virchow-Bund

Implantologie- ein integraler Bestandteil der Zahnheilkunde



Die zahnärztliche Implantologie, vor wenigen Jahrzehnten noch ein absolutes Pioniergebiet, gehört mit über 100.000 Neu-Insertionen jährlich und Langzeiterfolgen, die bei sorgfältiger Indikationsstellung an die Haltbarkeit von prothetischen Konstruktionen auf natürlichen Pfeilern heranreichen, inzwischen zu den bewährten und nachgefragten zahnärztlichen Methoden. Jeder Zahnarzt sollte sich mit den Grundlagen und Möglichkeiten dieser Teildisziplin auseinandersetzen, und sei es, um eigene Patienten über Möglichkeiten und Grenzen beraten und an implantologisch tätige Kollegen weiterverweisen zu können.

Um dem wachsenden Interesse an der Implantologie gerecht zu werden, hat der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde die Fortbildungsveranstaltung im Rahmen seiner Jahrestagung 1996 diesem Thema gewidmet. Mit Dr. Sebastian Schmidinger aus Seefeld, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Implantologie, konnte ein Referent und Operateur gewonnen werden, der die Erfahrung aus mehr als 20 Jahren Arbeit als niedergelassener Zahnarzt und Implantologe mit Erkenntnissen aus wissenschaftlicher Tätigkeit und Aktivitäten in der Fortbildung von Zahnärzten im In- und Ausland verbindet. Zugleich hat er sich durch zahlreiche Fachpublikationen einen Namen gemacht.

Dr. Schmidinger wird in der ganztägigen Veranstaltung am 19. Oktober 1996 einen komprimierten Einblick in Theorie und Praxis der zeitgenössischen Implantologie geben. An drei verschiedenen Patienten, die er vor Publikum operiert, wird er drei Behandlungsmöglichkeiten demonstrieren:

Die Insertion von vier Implantaten in einen zahnlosen Unterkiefer,

das Setzen eines Einzelzahn-Implantats,

eine Sinuslift-Behandlung oder eine andere augmentative Technik.

Dabei gibt er jeweils zuvor eine theoretische Einführung und steht im Anschluß an die Live-Operation für Fragen und vertiefende Erörterungen zur Verfügung.

Die Veranstaltung bietet sich an für alle, die einmal in dieses Fachgebiet hineinschnuppern wollen, für Implantologie-Einsteiger/innen, aber auch für bereits implantierende Zahnärzte/innen, die von einem erfahrenen Kollegen den einen oder anderen Kniff abschauen oder offene Fragen klären wollen.

Sie alle sind herzlich eingeladen!

DAZ-Jahrestagung 1996

in der Zahnklinik Nord der Charité Berlin



Freitag, 18.10.1996

ab 20.00 Get Together - je nach Ankunft - im Restaurant des Hotels Albrechtshof, Albrechtstr.8, 10117 Berlin, Tel. 030-30886 0, Fax 030-30886 100

Samstag, 19.10.1996

9.00- 17.30 Fortbildungskurs im Hörsaal der Zahnklinik Nord der Charité, Föhrerstr. 15, 13353 Berlin (nicht im Bereich der Charité, sondern auf dem Gelände der Uniklinik Rudolf Virchow)

Dr. Sebastian Schmidinger, Seefeld, zum Thema:

"Implantologie, ein integraler Bestandteil der Zahnheilkunde"

9.00 Einführung

10.00 Die Versorgung des im Unterkiefer zahnlosen Patienten

11.00 Live-Operation: zahnloser Unterkiefer

12.00 Die Versorgung von einer oder mehreren Einzelzahnlücken

13.00 *Mittagspause*

14.00 Live-Operation: Einzelzahnimplantat

14.30 Die Systematik der alveolären Hart- und Weichgewebsdefekte und ihre implantologisch augmentative Behandlung

15.30 Live-Operation: Sinuselevation oder andere augmentative Technik

16.30 Wann ist der richtige Zeitpunkt für die Extraktion, Implantation, Explantation und Reimplantation?

17.00 Diskussion und Ende der Fortbildungsveranstaltung

ab 20.00 **gemeinsames Kulturprogramm** (evt. Kabarett) und/oder **kollegiales Beisammensein** in einem originellen Berliner Lokal (genaue Information folgt mit der Anmelde-Bestätigung)

Sonntag, 20.10.1996

9.30- 14.00 **DAZ-Mitgliederversammlung (MV)** im Hotel Albrechtshof, Albrechtstraße 8, 10117 Berlin, Telefon 030-30886 0, Fax 030-30886 100 (MV-Tagesordnung umseitig)

Anmeldung: Wegen begrenzter Teilnehmerzahl bitte frühzeitig anmelden (s. Coupon). Die Teilnahmegebühren (Verrechnungsscheck zusenden) betragen 50 DM für Studenten, 100 DM für Assistenten, 150 DM für niedergelassene Mitglieder, 200 DM für niedergelassene Nichtmitglieder.

Übernachtung: Hotel Albrechtshof, Albrechtstr.8, 10117 Berlin, Tel. 030-30886-0, Fax -30886-100 (EZ 165 DM, DZ 185 DM) Weitere Hotels über: BTM = Berlin Tourist Marketing. Tel.030-2500 25, Fax 2500 2424 Privatquartiere über: Dentler-Zimmerservierung, Tel. 030/5667840

Tagesordnung der DAZ-Mitgliederversammlung am 20.10.1996

1. Eröffnung durch den Vorsitzenden
2. Wahl eines/r Versammlungsleiters/in mit Stellvertreter/in
3. Genehmigung der Tagesordnung
- 4.1 Tätigkeits- und Rechenschaftsbericht des Vorstandes
- 4.2 Diskussion des Vorstands-Berichts
- 4.3 Berichte aus den verschiedenen Arbeitsbereichen des DAZ (Studiengruppen, Referate, Arbeitsgruppen, Redaktion) und der Geschäftsstelle
- 4.4 Diskussion der Aktivitäten in den einzelnen Bereichen
- 4.5 Bericht des Kassenwartes mit Diskussion)
- 4.6 Berichte der Kassenprüfer mit Diskussion
5. Entlastung des Vorstandes
6. Wahl der Kassenprüfer für 1997
7. Verabschiedung des Haushaltsplans '97
8. Behandlung von Anträgen (möglichst mindestens eine Woche vorher beim Vorstand schriftlich einreichen;

ansonsten muß die Mitgliederversammlung der Aufnahme der Anträge in die Tagesordnung zustimmen)

9. Planung der DAZ-Jahreshauptversammlung 1997
10. Verschiedenes

(Die formelle Tagesordnung entspricht den vereinsrechtlichen Anforderungen. Wir erwarten uns rege Diskussion und Anträge zur gesundheits- und berufspolitischen Situation und zur innerverbandlichen Entwicklung. Die Teilnahme an der MV ist kostenlos.)

Anreise: Per U-Bahn U 9 Richtung Osloer Straße, aussteigen Haltestelle Amrumer Straße, 50m Fußweg entgegen der Fahrtrichtung. Per Auto über den Stadtring Nord bis Ende. Bei Taxifahrt unbedingt angeben: Föhrrer Straße. Für Auswärtige wichtig: Die Zahnklinik Nord liegt **nicht** im Bereich der Charite in Berlin-Mitte, sondern befindet sich auf dem Gelände des **Rudolf-Virchow-Klinikums!** Anreise-Infos können angefordert werden.

Rückmelde-Coupon an den DAZ Fax 0221-7391239

- Ich melde mich zur Implantologie-Fortbildung am 19.10.1996 an.
- Ich komme bereits am 18.10.1996 zum abendlichen Treffen.
- Ich habe Interesse am Kultur-Programm am 19.10.1996 abends.
- Ich möchte an der DAZ-Mitgliederversammlung teilnehmen.
- Bitte schicken Sie mir Infos über den DAZ zu.
- Bitte schicken Sie mir ein kostenloses Probe-Abo des DAZ-forum.

Ich bin Student/in niedergel. ZA/ZÄ angest. ZA/ZÄ
Ich bin _____

Meine Adresse (incl. Tel. u. Fax):

Ein Beitrag zur Senkung der Praxiskosten:

Die technisch unabhängigere Zahnarztpraxis

Nach der Beschreibung der Absaugungs- und Abwasserproblematik im forum 53 geht es hier in Teil 3 um die Themen Abluft und Behandlungsplätze.

Die Abluft aus unseren Praxen betrifft immer die Abluft der Vakuumerzeuger; auch bei wünschenswert guter Durchlüftung der Behandlungsräume wird der Luftdurchsatz durch die Saugleitungen alle anderen Strömungen überwiegen. Dies Thema ist glücklicherweise bislang kaum beachtet worden; dennoch ist auch hier künftiger behördlicher Überreifer nicht auszuschließen. Es kommen dabei chemisch - toxische, geruchliche und akustische Einflüsse in Betracht.

Bei den chemisch - toxischen Ausdünstungen ist an Quecksilberdämpfe, Lösungsmittel und Desinfektionsmittel zu denken. Ganz sicher ist die Belastung für das Praxispersonal dabei viel größer als für die Patienten oder die Nachbarn. Manche werbewirksamen Bilder mit Katastrophenambiente - Gasmasken im Amalgamentgiftungszimmer - suggerieren dabei ein Gefährdungspotential, das keiner kritischen Prüfung standhält. Dennoch sollte aus vorbeugenden Gründen künftig vermieden werden, was heute noch in vielen Praxen anzutreffen ist: Z. B. Einzelplatzabsaugungen, die ihre Abluft direkt in das Behandlungszimmer emittieren (bei dezentraler Anordnung bezieht dann auch der

Kompressor seine Ansaugluft aus diesem Bereich, und die belastete Luft wird verdünnt aktiv dem nächsten Patientenmund zugeführt), Einleitung der Abluft in die (entlüfteten) Entwässerungsanlagen (kann eigene oder fremde Geruchverschlüsse austrocknen), oder Abluftführung in tiefe, windstille Innenhofschächte.

Zu empfehlen ist stattdessen eine geordnete, nachvollziehbare Rohrleitung aus glattem, gasdichtem Material mit einer lichten Weite von mindestens 100 mm. Der Austrittspunkt sollte an baulich unkritischer Stelle so angeordnet werden, daß dort später, falls wirklich behördliche Auflagen kommen, eine Abluftbehandlung vorgenommen werden könnte. Das Rohrvolumen würde so in Windkesselfunktion einen Abluftstau hinter dem Vakuumerzeuger abdämpfen. Vorsorglich sollte mit möglichen Betroffenen wegen des zu erwartenden Geräuschs und Geruchs gesprochen werden, da im Falle von späteren Streitigkeiten ein Bestandsschutz nicht unbedingt sicher ist. Als optimal kann die Verwendung eines separaten Schornsteinzuges gelten. Die Ansaugluft für den Druckluftkompressor sollte von der Abluftseite gut getrennt sein. Von einer „Powerbox“ mit Kombination beider Aggregate in einem Gehäuse muß daher - auch wegen der mangelhaften Ableitung der Prozesswärme - abgeraten werden.

Zusammenkommen ist ein
Zusammenbleiben ist ein
Zusammenarbeiten ist ein

(Henry Ford I.)

*Beginn
Fortschritt
Erfolg*

BERND
LORENZ
DENTAL
TECHNIK

WALDFRIEDHOFSTR. 15/II
81377 MÜNCHEN
TELEFON 089 715588
TELEFAX 089 715550

Die Behandlungs-Plätze werden von vielen Kollegen nicht nur nach sachlichen, sondern auch nach emotionalen Kriterien ausgewählt. Man stellt sich dabei vielfach vor, daß beim Werkzeug, beim Gerät, mit dem man über Jahrzehnte sein Geld verdienen will, nur „das Beste“ in Frage kommt. Dies sind gleiche Überlegungen wie beim Automobilkauf, und die Nobelmarke mit dem Stern profitiert davon. Derlei Kaufentscheidungen können nur dort fallen, wo wirtschaftliche Überlegungen nicht angestellt werden müssen. In der Pannestatistik ist mancher unscheinbare Japaner den heimischen Großkarossen überlegen, in der Wirtschaftlichkeit sowieso.

Der entsprechende Marktführer für zahnärztliche Behandlungsplätze in Deutschland erfüllt kleine Bequemlichkeitswünsche des Behandlers mit ganz unangemessenem High-Tech-Aufwand. Niemand braucht z. B. einen Computer-Bildschirm zur Anzeige von Betriebsarten oder eine Computer-Maus als Fußanlasser (was passiert eigentlich, wenn die Putzfrau versehentlich einen Wassereimer umkippt?). Die Werbestrategen für Praxismarketing haben es uns eingepflegt: Wir müssen Patienten finden - Patienten binden. Schon lange arbeitet die Dentalindustrie nach vergleichbarer Devise. Die Kaufentscheidung für einen „Nobel - Dental - Vollautomaten“ bindet zunächst einmal unangemessen viel Kapital. Mit einfacheren Behandlungsgeräten „erbohrt“ man aber keine Mark weniger! Derlei Feudalmodelle werden dann zur sichtbaren Sackgasse, wenn nach der Garantiezeit Störungen auftreten, Reparaturen erforderlich werden. Bei nahezu

allen Steckpassungen, Rohr- und Schlauchverbindungen gibt es gerade für dieses Modell, diesen Jahrgang spezielle Dimensionen, die von sonst üblichen Standardgrößen der Dentalindustrie abweichen (letztere Standards weichen natürlich wiederum etwas von den sonst bei den Installateuren üblichen Größen ab). Man bleibt so von der Nachlieferungsmöglichkeit ganz spezieller Austauschteile durch die Herstellerfirma abhängig. Zu gegebener Zeit wird die Ersatzteillieferung für eine Gerätegeneration dann eingestellt, und wegen vergleichbar kleinerer, vormals gut reparierbarer Defekte müssen ganze Arbeitsplätze ausgemustert und neue beschafft werden.

Überhaupt ist auch bei den großen, etablierten Dentaldepots festzustellen, daß Einsparungen auf dem Gebiet der Servicetechnik vorgenommen werden, statt dieses Dienstleistungsangebot auch aus Marketinggründen zu stärken. Es wird also immer weniger repariert und immer mehr an Austauschteilen verkauft. Dem Zahnarzt stellt sich also die Frage, ob er weiter ohne jede Kontrollmöglichkeit dem munteren Austausch von Platinen zusehen will, oder ob die Umstellung auf andere Gerätschaften sinnvoll ist, bei denen fast alle möglichen Defekte in **schneller, kalkulierbarer Eigenreparatur** behoben werden können.

Die technische Ausrüstung einer Praxis sollte zunächst bis zur absehbaren Endausbaustufe durchgeplant sein. Hierbei sollten möglichst nicht nur gleichwertige, also analoge, sondern völlig gleiche, also identische Behandlungsplätze vorgesehen werden. Nur inner-

halb diese Konzepts sollte investiert werden, man sollte sich dabei ausschließlich für langjährig bewährte Bausteine entscheiden.

Wegen der Gewohnheit der Bewegungsabläufe in der Behandlungstätigkeit sollte dabei nicht nur die technische Ausrüstung, sondern auch die räumliche Anordnung untereinander identisch gestaltet werden, so die Abstände zu den Schrankelementen und den Leuchten. Auch die Vorinstallation für ein zusätzliches, nicht sogleich einzurichtendes Behandlungszimmer sollte nach diesen Kriterien erfolgen.

Technische Identität heißt: Ich kann bei einem auftretenden Defekt im intakten Zimmer nachsehen (auch ohne die technischen Zusammenhänge wirklich begreifen zu müssen!), wie das Gerät richtig funktionieren sollte. Ich kann Fehler einkreisen, indem Erfolgsorgane (ZEG, Motoren oder Turbinen) mit ihren Schläuchen ausgetauscht werden. Funktionieren sie auch im „intakten Zimmer“ nicht, liegt ein peripherer Fehler vor, falls doch, ein zentraler. Immer kann man dabei das „entlegene“, weniger genutzte Zimmer notfalls als Ersatzteilvorrat für die frequentierteren Zimmer benutzen, um wenigstens dort mit komplett intakter Gerätschaft arbeiten zu können.

Zur Kontrolle der veranlaßten Reparaturen und der Reklamationsmöglichkeit ist es dabei allerdings unerlässlich, alle Erfolgsorgane (Hand- und Winkelstücke, deren Köpfe, Turbinen und ZEGs sowie die Motoren) **hausintern zu markieren und zu beschriften**. Dies kann einfach

durch Gravur mit einem kleinen Turbinendiamanten erfolgen. Sie lassen dann also nicht „den rechten Motor aus Zi.3“ reparieren, sondern Ihren Motor „M6“. Sie legen hierzu ein Reparaturbuch an, und Sie können, falls dieser „M 6“ kurzfristig danach erneut streiken sollte, eine Wiederherstellung auf Garantie verlangen.

Die Behandlungsleuchte sollte keinesfalls mit einer Aufbaustange am Behandlungsgerät montiert sein. Selbst anfänglich vertrauenswürdig erscheinende Verbindungen mit den oft stuhlmontierten Behandlungsgeräten erweisen sich später als „Wackelhebel“ mit großen Spannweiten, und dann ist auch der Schwebetisch nicht mehr dauerhaft waagrecht zu justieren. Wenn eben möglich sollten Sie eine Deckenmontage vorsehen, bei größerer Raumhöhe mit verlängerten Stangen. Diese können, falls „dental“ nicht lieferbar, auch vom Dorfschmied stammen. Auch bei fragwürdiger Deckenbeschaffenheit wie Balken mit Putzträgern aus Stroh lassen sich an den statisch unbedenklichen Holmen dicke Bootsbausperrholzplatten verschrauben, die alle auftretenden Kräfte zuverlässig aufnehmen können. Die Behandlungsleuchten lassen sich dann elektrisch mit der Raumbeleuchtung parallel schalten. Dies ist besonders von Vorteil, wenn am ausgeschalteten Gerät Reparaturen vorgenommen werden sollen; mit der Op - Leuchte kann dann dennoch das Innere der Geräte bestens ausgeleuchtet werden. Als zweitbeste Lösung ist ein bodenmontiertes separates Stativ immer noch viel besser als die Montage am Behandlungsgerät. Auch dies kann Ihnen ein

Neues Wirkstoffkonzept. Neue AJONA.



Neu – die Zahncreme.

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

Neu – die Wirkstoffkombination.

Aktuelle Erkenntnisse aus Wissenschaft und Natur vereint in AJONA amin-o-med ergeben ein hervorragendes Wirkungsspektrum:

- stark kariesprotektiv
- reduziert Glattflächen- und Dentinfissurenkaries
- fördert Remineralisation
- hemmt Plaque- und Zahnsteinbildung
- hoher Keratinisationsindex

Neu – die Deklaration der Inhaltsstoffe.

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

AJONA[®]
amin-o-med

Fluorid-Kamillen-Zahncreme

Klinisch erprobt am Zahnärztlichen Institut der Universität Zürich.

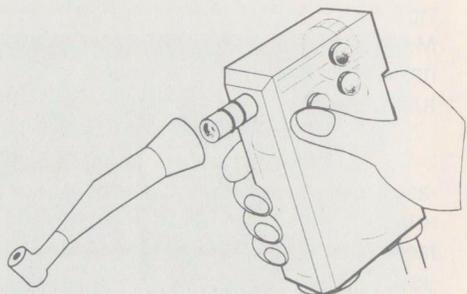
enthält: Bis-(hydroxyethyl)-aminopropyl-N-hydroxyethyl-oktadecylamin-dihydrofluorid und Natriumfluorid 1200 ppm F

Dr. Liebe Nachf. D-70746 Leinfelden, Postfach 10 02 28, Telefon 07 11 / 75 26 26, Telefax 07 11 / 75 66 66.

Übertragungsinstrumente schnell sicher sauber gepflegt (+gespart!) mit dem Turbo-Endo-Cleaning-Instrument "T-E-C-I"

Übertragungsinstrument aufstecken, nacheinander Luft, desinfizierende Reinigungsflüssigkeit, Luft, Pflegeöl, Luft durchsprühen. Durch Sichtkontrolle optimales Pflegeergebnis bei minimalem Pflegemittelverbrauch, durch Rotation effektive Reinigung und gleichmäßige Verteilung der Pflegemittel, durch wirksames Ausblasen sofort autoklavierbar!

T-E-C-I, durch Transparenz alle Funktionen optisch kontrollierbar! Keine Aerosole in der Praxisluft durch den neuen T-E-C-I - Tray mit Absaugvorrichtung. Keine Installation, nutzt die vorhandenen Anschlüsse (Turbinen- und Absauganschluß)



5 Jahre MEDEQ-GmbH

Es begann mit dem Wunsch nach einem praktikablen, zuverlässigen Vitalitätstestverfahren, als Ersatz für FCKW-Sprühdosen. Eine Idee, die Entwicklung eines praxisgerechten Gerätes und die offensichtliche Marktlücke für dieses Produkt initiierte die Gründung der MEDEQ-GmbH.

Technisches und organisatorisches Know-How aus führenden High-Tech-Firmen führten zu einem schlanken, effektiven und innovationsfreudigen Unternehmen, das auch in Deutschland zu konkurrenzfähigen Preisen produzieren kann.

Die einfachere ist oft die bessere Lösung - dieses ist ein Teil unserer Produktphilosophie. Optimierte Produkte, die dank intelligenter Bedienung mit einem Minimum an technischem Aufwand auskommen, wenden sich an einen Kundenkreis, der sich nach kurzer Einarbeitung einerseits die vielfältigen Möglichkeiten, andererseits die zeitsparende Routinebedienung erschließen will.

Die kontinuierliche Weiterentwicklung unserer Produkte im Kontakt mit unseren Kunden sowie unser Qualitätssicherungssystem TQM sind weitere Schritte, auch in Zukunft zufriedene Kunden zu gewinnen.

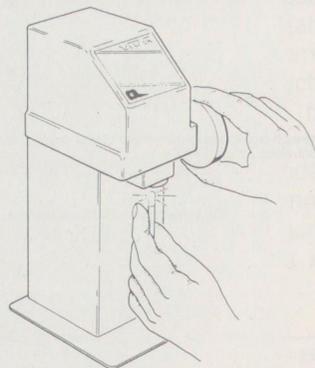
Das Vitalitätstestsystem der Zukunft:

V.TAST

mit Kohlendäureschnee: kein FCKW!

SCHNELL: **SICHER:**

1 Prüfkörper bis -52°C Abkühlung
in 2 Sekunden der Zahnoberfläche



MEDEQ
MEDICAL EQUIPMENT GMBH

branchenfremder metallverarbeitender Betrieb problemlos und günstig aus Edelstahl herstellen. Hierzu wäre allerdings eine **zusätzliche, separate Stromversorgung** (also eine vierte neben der für Stuhl, Wassereinheit und Behandlungsgerät) empfehlenswert.

Zur Raumbelichtung der Behandlungszimmer werden von der Dentalindustrie aufwendig mit Lamellen und Spiegeln gestaltete Leuchtkörper angeboten. Beim gelegentlichen Wechsel defekter Röhren mußte ich feststellen, wie zerbrechlich derlei Konstruktionen sein können. Ich ließ daher vom Tischler einen Holzrahmen mit einer eingefaßten scharnierbefestigten Riffelglasscheibe herstellen und bestücke diese Kästen mit handelsüblichen „Daylight-Röhren“. Seither kann der Röhrenwechsel ohne Bruchgefahr von nur einer Person durchgeführt werden. Die Befestigung erfolgte ebenfalls an der oben erwähnten dicken Platte aus Bootsbausperholz.

Bei der Gestaltung der Behandlungsplätze muß der Zahnarzt zunächst eine Grundsatzentscheidung über die Konzepte treffen: Konventionell mit **Speischale oder Hinterkopfversion**? Will ich ein Höchstmaß an Ergonomie realisieren oder genehmige ich meinen Patienten mit der Spülmöglichkeit Stresspausen in der Behandlung? Technisch am einfachsten ist die reine Hinterkopfinstallation, auch läßt sich mit einem großen Trichter am Saugschlauch ein Komfort wie mit einer Speischale erzielen; der Patient bleibt dabei aber von einer sehr mitdenken-

den Stuhlassistenz abhängig. Der Patient fühlt sich sicher nicht wohl dabei, wenn er am Ende der Behandlung darum bittet, am Handwaschbecken des Behandlers noch einmal ausspülen zu dürfen. Als technisch allereinfachste Variante sei hier nochmals an die früher beschriebene „Primitiv-Version“ mit Kugeltank unter der Speischale erinnert.

Keinesfalls sollte ein **Komplettplatz** in einer einheitlichen, zusammenhängenden „Karosserie“ gekauft werden; geradezu „verboten“ ist ein eingebautes Elektrotom, weil damit der gesamte Behandlungsplatz als „Einheit“ den besonderen Auflagen der Medizin-Geräteverordnung unterliegt. Aber auch die hausinterne Verkaufspolitik der Herstellerfirmen sucht darüber hinaus durch Zusammenfassung mehrerer Aggregate z. B. an eine Stromzufuhr „Gerätezulassungen“ vieler technisch voneinander unabhängiger Geräte zu einer Einheit zu erlangen. Angeblich können dann auch kleinere Veränderungen (Vereinfachungen, qualitative Verbesserungen) an der gesamten „Einheit“ nicht durchgeführt werden, weil sonst die Gerätezulassung erlischt. Am Beispiel der Elektrizität ist zu erkennen, daß bürokratische und technische Abhängigkeit Hand in Hand gehen: Ein Defekt an der Stromzufuhr, dem Hauptschalter oder dem Transformator legt Ihnen die gesamte Einheit mit allen Funktionen still. Deshalb habe ich bereits bei den Themen „Elektrizität“ und „Beleuchtung“ für **mindestens drei separate und zentral abgesicherte Kabel** pro Behandlungsplatz plädiert.

Eine süddeutsche Traditionsfirma, deren ästhetische Behandlungsgeräte weit

verbreitet sind, hat die Zeichen der Zeit erkannt und ist mit einer abgespeckten luftgesteuerten Variante angetreten. Mehr als nur ein Schönheitsfehler dabei: Dies Gerät wird ausschließlich in Verbindung mit einer bestimmten Patientenliege als „Einheit“ angeboten. Die Komplettkarosserie - Einheiten stellen immer Kompromißkonfigurationen dar, mit denen sich möglichst viele Behandler und Patienten arrangieren können. Suchen Sie stattdessen **Ihr persönliches Optimum** für Ihre Körperdimensionen, Ihre Behandlungsgewohnheiten und Ihr überwiegendes Klientel.

Stellen Sie also Ihre persönlichen Behandlungsplätze - identisch für alle Behandlungszimmer - aus voneinander unabhängigen, aber zueinander passenden Einzelkomponenten zusammen: Zunächst das **Behandlungsgerät** mit sehr geräumigem Bodenanschlußkasten oder als Säulengerät (weil die Installationen und Stränge viel übersichtlicher und bei Reparatur viel bequemer erreichbar sind, auch weil so innerhalb des Gerätes Reserveraum für technische Nachrüstungen bleibt), dann die **Behandlungsliege** Ihrer Wahl und die **Wassereinheit** (oder Hinterkopfarmaturen), alles voneinander unabhängig und doch gut zueinander passend, technisch und auch vom Design - farbliche Übereinstimmung ist ohnehin kein Problem mehr. Alle Teilkomponenten werden separat voneinander angeschlossen, mit individuellen **Schaltern und Absperrmöglichkeiten** im „**Bedienungsfeld**“ des **Behandlungsplatzes** in der technischen Zentrale der Praxis, wie früher ausgeführt. Das Behandlungsgerät kann und sollte dann ohne

den überall üblichen und kaum jemals dauerhaft störungsfreien **Gerätehauptschalter** gekauft werden: Diese Hauptschalter sperren gleichzeitig elektrisch über Magnetschalter die Druckluft- und Wasserzufuhr sowie den elektrischen Strom ab. Wenn sie nicht mehr funktionieren, kann unbemerkt Luft- und schlimmer: Wasserdruck auf den nachts unbeaufsichtigten Geräten stehen bleiben. Bei Defekt werden sie natürlich nicht repariert, sondern teuer ausgetauscht. Bei ordentlicher Installation - siehe Gesamtinstallationsplan- und routinemäßiger Bedienung der Hähne und Schalter im jeweiligen Bedienungsfeld des Behandlungsplatzes durch das Praxispersonal sind diese Gerätehauptschalter nicht nur überflüssig, sondern effektiv schädlich. Der Handel wird auf eine Bestellung „ohne Hauptschalter“ nicht vorbereitet sein, wird Ihnen aber ohne weiteres den Preis für einen Hauptschalter (im Austausch) nennen können - und müssen. Die technische Unabhängigkeit eines Behandlungsplatzes wird noch wesentlich erhöht, wenn Sie vom Bodenanschlußkasten des Behandlungsgerätes eine Steuerleitung zum Schrank in 12-Uhr Position legen. In fast allen Geräten gibt es mindestens ein freies Relais (z. B. für Klingel, Türöffner), mit dem Sie ein externes Zusatzgerät auf dem Schrank über Ihrem Fußanlasser ansteuern können. Dies kann sinnvollerweise ein ZEG sein; dann muß am Schrank dafür noch ein passender Wasseranschluß vorhanden sein (ohnehin für Hydrokolloidkühlung zu empfehlen).

Nutzen Sie auch den Gebrauchtgerätemarkt: Externe Zahnsteinentfer-

nungsgeräte (u. a. Cavitron 700) kann man getrost gebraucht kaufen, besonders effektiv aber Behandlungsliegen. Auf diesem Gebiet gibt es Modelle, die seit mehr als 20 Jahren unverändert auf dem Markt sind. Solche Liegen kosten überholt, neu gepolstert und lackiert oft nur ein Drittel des aktuellen Neupreises. Dennoch können Sie bei einer solchen Kaufentscheidung auch noch das Konzept identischer Behandlungsplätze einhalten, wenn Sie eine Liege neu und zwei gebraucht wählen.

Wegen der bereits empfohlenen zentralen Feuchtabsaugung mit zentraler Separation und Amalgamabscheidung sparen Sie auch bei der Wassereinheit erheblich: „Ohne Separation, ohne Zentrifugalabscheider“ kostet die Wassereinheit mindestens 4.500,- Mark weniger, allerdings ist mit etwa 1000,- Mark Mehrkosten für den Anschluß der Speischale an das Saugsystem zu rechnen.

Die besondere Wirtschaftlichkeit der vorgeschlagenen Ausrüstungsweise wird sich zweifach erweisen:

Gesamtausfall eines Behandlungsplatzes wird nicht vorkommen, da man mit intakten Teilkomponenten immer - wenn auch teilweise beschränkt - weiterarbeiten kann. Dazu dienen auch die externen Beistellgeräte. Neben einem ZEG ist auch ein Mikromotor sinnvoll, den Sie ja auch im Labor oder bei Hausbesuchen einsetzen können.

Bei technischer Überalterung einer Teilkomponente Ihrer Behandlungsplätze müssen Sie nicht alle „Einhei-

ten“, sondern eben nur die betroffene Teilkomponente aller Behandlungsplätze austauschen, um in allen Zimmern identisch auf dem neuesten Stand zu bleiben.

Als Nachteile der Einzelkomponentenlösung können lediglich kleine Handicaps im Design und in der Hygienefähigkeit gelten: Gerade amerikanische oder japanische Komponenten sahen früher nach unserem Geschmack „etwas barock“ aus. Inzwischen überwiegt auch hier ein schnörkelloser Funktionalismus. Naturgemäß haben mehrere Geräte zusammen eine größere Oberfläche als ein zusammenhängendes Gerät. Dies macht im Praxisbetrieb vor allem deswegen keine Probleme, weil die Hygienefähigkeit der Oberflächenstrukturen auch bei Einzelkomponenten eine wenig zeitaufwendige Desinfektion ermöglicht.

Bei der Anordnung der Behandlungsgeräte kennen wir **stuhlmontierte Geräte, Säulengeräte** und **Carts**. Die stuhlmontierten Geräte werden schon aus Gewichtsgründen möglichst klein und leicht gebaut. Wir müssen hier also leider eine qualvolle Enge vieler kleiner und leichter „Innereien“ erwarten, weswegen auf Servicefreundlichkeit und Langlebigkeit nicht zu hoffen ist. Zudem: Bei „**Stuhlmontage**“ handelt es sich ja schon wieder um eine „**Einheit**“ mit den oben beschriebenen Nachteilen.

Säulengeräte waren bis vor 30 Jahren Standard, wurden lange diskreditiert und feiern seit fünf Jahren ihre Renaissance, vor allem bei skandinavischen Produkten. Auch zwischenzeitlich gab es in Marktnischen Firmen, die alte

Säulengeräte mit neuzeitlicher Technik an Schwebetischen pfiffig modernisiert. Die Säulen sind geräumig, gut verankert und damit sehr standfest, daran montierte Schwebetische gut und dauerhaft horizontal justierbar. **Schwebetische** werden in wirtschaftlich rückläufigen Zeiten für die Zahnärzte immer wichtiger, da auch Behandlungssituationen völlig ohne Assistenzpersonal wieder zunehmen. Dafür muß die Behandlung mit Material und Instrumenten perfekt vorbereitet sein; der Schwebetisch muß also von der Größe und Stabilität her **zwei bestückte**

Normtrays aufnehmen können, ohne in Schiefelage zu geraten.

Auf den **Carts** findet sich meistens auch eine Ablage für zwei Normtrays, zwar stabil, aber in einem weit weniger griffgünstigen Bereich. Man wird oft zusätzlich doch einen Schwebetisch installieren. Ansonsten ist die Flexibilität bei Carts besonders groß; es muß jedoch auf die Freihaltung der Verkehrswege für Patient, Behandler und Assistenz geachtet werden: Befindet sich die Tür zum Behandlungszimmer in 6 bis 9-Uhr-Position, wird ein Cart stören.

**‘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

Bei der **Anbringung der Antriebe** am Behandlungsgerät gab es früher einen scharfen Wettbewerb unter den Herstellern bei der Entwicklung von Aufrollmechanismen für die Schläuche. Richtig gut funktionierte kein System, und die Erneuerung von Schläuchen war stets eine Großbaustelle. Nachdem man erkannt hatte, daß diese im Gehäuse versteckten Schlauchtrommeln ideale Brutstätten für so manches Getier waren, verschwanden sie augenblicklich vom Markt - ein weiterer Hinweis dafür, wie gern die Dentalindustrie kleine Bequemlichkeitswünsche von Zahnärzten mit übergroßem Aufwand löst, um technische Abhängigkeiten zu schaffen. Heute kann man wählen zwischen **Peitschen** und **hängenden Schläuchen**. Die Peitschen sind ergonomisch besser, da sie direkteren Zugriff aus griffgünstigem Bereich ermöglichen. Dabei ist allerdings die Kombination mit einem großen Schwebetisch nicht ganz glücklich lösbar, und es gibt gelegentlich Probleme mit der Psychologie der Behandlung: Mancher wartende Patient sieht sich als Zielscheibe der Bedrohung von vier auf ihn gerichteten Düsenjägern ausgesetzt. Bei der Betriebssicherheit sprechen zwei Punkte klar für die Peitschen: Die Antriebe mit den Hand- und Winkelstücken können bei Unachtsamkeiten nicht zu Boden fallen und dadurch Schaden nehmen; ihre Ruhelagerung erfolgt stets „bergab“, weswegen rückfließende Ölrreste die (Mikro-)Motoren nicht verschmutzen und damit deren Funktion gefährden können. In Verbindung mit Carts sind Peitschen nicht einzusetzen. Die hängenden Schläuche sind etwas weniger ergonomisch, verstecken aber die

drohenden Bohrer aus dem direkten Blickfeld des Patienten.

Bei den **Steuerungen und Antriebsarten** der Behandlungsgeräte scheiden sich die Geister wegen eher historisch gewachsener Entwicklungsrichtungen und Behandlungsgewohnheiten. Im High-Tech-Land Deutschland ist ganz überwiegend **elektronische Steuerung elektrisch angetriebener Mikromotoren** anzutreffen, im Weitflächenland USA, wo der Dentaltechniker, wenn er denn wirklich kommen muß, oft mit dem Flugzeug anreist, dominiert ebenso klar die **pneumatische Steuerung der druckluftbetriebenen Antriebe**.

Direkte Beleuchtung des Präparationsfeldes durch **Lichtleiter** in den Antrieben stellen für den Behandler eine Erhöhung der Sicherheit und des Komforts bei der Arbeit dar. Sie komplizieren aber den Aufbau der Steckverbindungen, wo auf engstem Raum neben der Kraftübertragung auch leckfreie Passungen für Druckluft und Wasser unterzubringen sind, durch eine zusätzliche Schaltfunktion und eine Leitung, die Platz beansprucht und nicht unzerbrechlich ist. Lichtmotoren und -Turbinen werden hierzulande bei Geräteneukauf schon fast standardmäßig bestellt und finden sich in fast allen Praxen. Bei meinen zahlreichen Installationsberatungen „vor Ort“ mußte ich aber feststellen, daß eine wachsende Zahl von Kollegen es aufgegeben hat, die defekten Antriebsbeleuchtungen zu reparieren. Nebenbei ist bei den Dentalpreisen für die Birnen wirklich Fassungslosigkeit angebracht: Sie stellen nichts anderes dar als z.B. Lokomotivscheinwerfer von

Spielzeugeisenbahnen, und das bei noch erheblich größeren Stückzahlen.

Arbeitsphysiologen und Augenärzte diskutieren kontrovers den gesundheitlichen Nutzen dieser Lämpchen für die Augen des Behandlers.

Aus der Sicht der technischen Unabhängigkeit sollte sich also der Zahnarzt vor einer Investition fragen, ob er dies Mehr an Sicherheit und Komfort wirklich braucht. Besonders bei pneumatisch gesteuerten Behandlungsgeräten, wo ja die Lichtversorgung die einzige elektrische Komponente der Antriebe wäre, bedeutet deren Fortfall eine erhebliche Ersparnis.

Die hier ganz überwiegend anzutreffende elektronische Steuerung der elektrisch betriebenen Antriebe hat ihre Stärken bei der Genauigkeit der Drehzahlenwahl, der direkten Zuschaltbarkeit von Lichtleitern und vielleicht bei dem Gefühl direkterer Kraftentfaltung des Antriebs und höheren Durchzugsvermögens, letzteres aus der subjektiven Empfindung, die in langjähriger Gewöhnung an Mikromotoren begründet ist.

Dagegen stehen: Höheres Gewicht der Antriebe, Empfindlichkeit gegen Ölrücklauf in die Motoren. **Bei Steuerungsdefekten in der Elektronik ist man total vom Servicetechniker abhängig**, und eine „Reparatur“ besteht zumeist aus dem Austausch betroffener Bausteine oder Module.

Kaum ein Kollege wird sich so weit in die Materie hineingefuchst haben, um die Sinnhaftigkeit solcher Austauschmaßnahmen überprüfen zu können.

Bei Umstellung auf Pneumatik muß man sich mit der Bedienung des Fußanlassers erst anfreunden. Dies dauert eine gewisse Zeit; danach ist dem Behandler jedenfalls auch eine zielsichere Ansteuerung der gewünschten Drehzahl mit dem stufenlos arbeitenden Fußanlasser möglich. Das Durchzugsvermögen des technischen Prinzips der Pneumatik ist in anderen Anwendungsbereichen ganz unbestritten, so z. B. beim Reifenwechsel in der Werkstatt oder beim „Tackern“ in der Tischlerei. In der Zahnarztpraxis gibt es jedenfalls keine Antriebsanforderungen, denen die Pneumatik nicht gerecht werden könnte, so auch bei luftbetriebenen Technikmotoren zur Edelstahl- oder Keramikbearbeitung im Labor. Im Patientenmund legt uns die Überhitzungsgefahr ohnehin Grenzen im Anpreßdruck auf. Ich glaube nicht, daß in ganz Amerika druckärmer gearbeitet wird als hier.

Hat man sich für ein pneumatisch betriebenes Behandlungsgerät entschieden, wird man sich nach Rücksprache mit dem Hersteller eine sinnvolle **Ersatzteilbevorratung** zulegen, keine High - Tech - Module, sondern kleine Schläuche, Dichtungen und Ventile. Wenn wirklich einmal ein Defekt auftritt, muß man genau horchen, wo es zischt, um dann in Minutenschnelle eine gute und dauerhafte Reparatur selbst durchführen zu können; bei entsprechender Einweisung ist dies sogar an eine talentierte HelferIn zu delegieren.

Für elektrisch betriebene Erfolgsgänge oder - wenn erwünscht - Lichtversorgung der Antriebe kann die zentrale Steuerung ganz pneumatisch bleiben.

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

Die Zuschaltung des erforderlichen elektrischen Stroms erfolgt dabei über luftbetriebene Schalter. Insoweit sind also auch „Hybridformen“ möglich, mit Luftmotoren **und** elektrischen Mikromotoren. Sicher wäre es aber konsequenter, für Anwendungen, bei denen man doch lieber einen Mikromotor einsetzen will, ein bereits oben empfohlenes externes Beistellgerät zu verwenden.

Die Erstellung eines Wartungs- und Serviceplans empfiehlt sich nicht nur für die Behandlungsplätze, sondern für die gesamte technische Ausrüstung einer Zahnarztpraxis. Was muß täglich, wöchentlich, monatlich, vierteljährlich und jährlich geschehen? Legen Sie ein Buch an und verteilen Sie unmißverständlich die Kompetenzen! Denken Sie dabei an die Möglichkeit von Krankheit oder Personalwechsel. Legen Sie fest, welche Aufgaben nachhaltig vom Praxispersonal erfüllt werden können und sollen, und für welche Bereiche Hilfe vom Servicetechniker angefordert werden soll. Beschränken Sie aber die hausinterne Ersatzteilbevorratung nicht auf den Wartungsbereich des Praxispersonals (z. B. O-Ringe, Dichtungen, Ventile, Birnen, Meterware Saugschläuche - unverklebt-Turbinenläufer etc.), sondern halten Sie auch **Ersatzteile aus dem Kompetenzbereich des Technikers** vor. Seriöse Hersteller und Händler werden Ihnen sagen, was diesbezüglich sinnvoll ist. Häufig hat nämlich der Techniker in seinem Service-Wagen nicht ein gleiches, sondern ein ähnliches, aber verwendbares Ersatzteil vorrätig. Baut er dieses ein, sehen Ihre bislang völlig baugleichen Geräte danach innen unterschiedlich aus, was Ihnen bei der nächsten Störung

die Diagnosefindung erschweren wird, wenn Sie das defekte mit dem intakten Gerät vergleichen. Haben Sie die neuralgischen Ersatzteile selbst vorrätig, kann der Techniker **stets identisch und nicht nur analog reparieren**, und Ausfallzeiten oder Wiederholungsbesuche können unterbleiben.

Ein Wort noch zu den „Mehrfunktionsspritzen“: Je mehr Funktionen man hineinpackt, um so anfälliger werden sie. Es gibt inzwischen recht einfache, robuste Typen, etwa mit Ventilen wie bei Autoreifen, die bei regelmäßiger Wartung recht unempfindlich sind. Dennoch habe ich noch keine Spritze getroffen, bei der auch nach Jahren die Trockenheit der Luft absolut sichergestellt ist. Gerade in den kniffligsten Situationen kann doch kaum merklich ein feiner Wassertropfen oder -nebel mitgerissen werden. Das können wir bei Kunststoffüllungen oder beim Zementieren von Kronen überhaupt nicht gebrauchen! Ich empfehle also, für das Behandlungsgerät neben der immer vorhandenen Mehrfunktionsspritze möglichst noch einen reinen „Luftpuster“ mitzubestellen.

Bei der Behandlungsliege beachten wir zunächst die **technische Solidität**. Wenn der Hersteller über Jahrzehnte keine Änderungen hat vornehmen müssen, ist das schon ein sehr gutes Zeichen. Als Antriebsarten sind **hydraulische Systeme** oder Elektromotoren **mit Spindeln** bekannt. Alte Hydraulikstühle können als fast unverwundlich gelten; gerade bei neueren finden auch leichtere Materialien in schwächeren Dimensionen Verwendung. Dort kann

z.B. Abrieb in den Arbeitszylindern eine feinspännige **Verunreinigung des Hydrauliköls** verursachen. In den elektromagnetisch betriebenen Ventilgruppen, die den Öldruck in die jeweils angewählten Arbeitszylinder lenken sollen, können solche Spänchen spontan ganz paradox erscheinende Funktionsstörungen der Behandlungsliege hervorrufen. Der herbei gerufene Techniker wird je nach Funktionsausfall die betroffenen „Plummer“ austauschen. Das nützt natürlich nichts; eine **Radikalsanierung** mit Auseinanderbau aller ölführenden Teile, peinlichster Reinigung und vollständigem Ölwechsel ist unvermeidlich. Bei neueren Hydraulikstühlen würde ich vorbeugend einen Filter in die Leitung einbauen und ihn regelmäßig kontrollieren.

Bei Stühlen mit elektrischem Spindeltrieb könnte theoretisch ein Motorschaden zu plötzlichem Funktionsausfall führen; das ist so gut wie nie zu befürchten. Schäden in der Kraftübertragung, also in den Spindeln, treten nicht spontan auf, sondern kündigen sich an. Auch stark ausgeschlagene Spindeln können - zwar mit Mühe und Geräusentwicklung - immer noch die geforderten Bewegungen bewirken; es wird bis zur erforderlichen Reparatur **keinen Totalausfall** geben.

Die Spielwiese für die High - Tech - Leute ist längst eröffnet: Sicher kann man leicht in der total vernetzten Praxis chipkartengesteuert die ergonomisch beste Lagerung individuell für jeden Patienten jeweils für jeden eventuell zu behandelnden Zahn einspeichern und automatisch durchführen lassen. Lassen Sie die

Finger davon! Sie komplizieren und verteuern Ihre Behandlungsliege, und die **Patienten sind einer seelenlosen Automatik ausgeliefert**. Gönnen Sie sich stattdessen die Zeit, im ärztlichen Gespräch die mögliche Lagerung selbst vorzunehmen. Der Patient kann Einfluß nehmen („Bitte nicht so tief“) und fühlt sich besser betreut. Positionsspeicher und automatische Bewegungsabläufe sind also weitgehend entbehrlich - zumal, als Sie ja bei identischen Behandlungsplätzen die manuelle (besser: „pedale“) Patientenlagerung völlig verinnerlicht haben werden. Lediglich die gespeicherte Null-Position für das Ende der Sitzung mag mir sinnvoll erscheinen.

Für den Patienten gilt es, mit möglichst **viel Komfort** den Behandlungsstress zu mindern. Die „Trendelenburg-Bewegung“ gegen den „Auszieh-Effekt“ beim Absenken der Rückenlehne kann dazu ebenso gehören wie eine weiche, dicke Polsterung, die eine **gute Fixierung ohne das Gefühl der Einengung** bewirkt.

In diesem Zusammenhang sei auf eine besondere Lagerungshilfe hingewiesen: Alles geht leichter, wenn Sie den Patientenwillen zur Erreichung des Behandlungsziels miteinbeziehen. Zur Behandlung oberer Molaren können Sie an der Zimmerdecke des Behandlungsraumes in 12-Uhr-Position als Blickfang ein zum Nachdenken anregendes Bild anbringen. Der Satz „Schauen Sie doch einmal auf das Bild“ wirkt viel besser als mancher Polsterkeil.

Denken Sie, bevor Sie sich für eine Patientenliege entscheiden, **auch an**

Ihre Problempatienten, die ganz großen, die ganz kleinen, die adipösen, die mit starkem Rundrücken. Weiche, dicke Polsterung nützt ihnen allen, auch ein frei verstellbares Nackenpolster. Mir tun die Patienten leid, die mit den Händen Halt suchen - und oft rechts nichts finden. Sie greifen mehrfach ins Leere, um dann für die Dauer der Behandlung die rechte mit der linken Hand fest zuhalten. **Gönnen Sie Ihren Patienten auch eine rechte Armstütze!** Eine Frontalausstiegsmöglichkeit wird für gebrechliche, alte Patienten besonders empfohlen. Das kann ich nicht nachvollziehen; jeder noch so behinderte Patient konnte bisher problemlos auf den „Liegestuhl“ und anschließend wieder herunter gelangen. Der Frontalausstieg mag für Bißnahmen und gnathologische Arbeiten vorteilhaft sein - diese gelingen aber auch auf konventionellen „Liegestühlen“, wenn man die Rückenlehne steil aufrichtet.

Auch und besonders der Behandler braucht Komfort. Die Positionierungsmöglichkeiten der Patientenliege haben hierbei großen, aber nicht alleinigen Einfluß. Für die Wirbelsäulen des Behandlungspersonals ist eben nicht eine automatisch einstellbare, immer wiederkehrende „Idealposition“ am besten, sondern eine **variantenreiche, dynamische Wechselbelastung**. Der Behandler wünscht sich eine Patientenliege mit möglichst flach gestalteter Rückenlehne mit Kopfteil, die zudem auch von unten gepolstert sein sollte, damit die Knie des Personals genügend Freiraum und Komfort erhalten. Dies widerspricht natürlich dem Patientenwunsch nach dicker, weicher Polsterung, weshalb hierbei individuell Kompromisse gefunden werden

müssen. Wegen des Freiraums für die Füße sollte die Patientenliege eine kleine und glatte Bodenplatte haben. Dies sorgt auch für die Freiheit, den Fußanlasser dort zu positionieren, wo man ihn individuell am besten hantieren kann, sowie für gute Hygienefähigkeit.

Der dynamischen Wechselbelastung der Behandler dient es auch, wenn **Höhenanpassungen** gelegentlich **mit den Hockern** des Behandlungspersonals vorgenommen werden. Bestimmte Behandlungsschritte (z. B. Bißnahmen) bei Problempatienten (Würgereiz oder Rundrücken) gelingen leichter, wenn man als Behandler **steht**.

Beste Bedingungen aus ergonomischer Sicht sagt man der „6-Hand Technik“ nach, also unter ständiger Einbeziehung einer Assistenz **und** einer Anreihelferin. Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und Prognosen für unsere Berufsausübung lassen erwarten, daß der Behandler auch ganz allein, **zeitweise ohne jegliche Assistenz**, wird arbeiten müssen.

Die Behandlungsliege als sperrigstes „Möbelstück“ in unseren Behandlungsräumen muß in ihrer Ausdehnung, Ausformung und Anordnung des Bewegungsfeldes für all diese unterschiedlichen Behandlungssituationen dem Behandler guten Zugang gewähren.

Die Patientenliege muß mit den anderen Komponenten des Behandlungsplatzes **gut kompatibel, aber eben nicht verbunden** sein. Gewünscht wird ein behinderungsfreies Mit- und Nebeneinander zu Behandlungsgerät und

Wassereinheit, also der Ausschluß von Kollisionen im motorisch betriebenen Bewegungsfeld. Die Wassereinheit **kann** ggf. stuhlmontiert sein, da bei Systemwechsel passende Adapter für alle bekannten Patientenliegen erhältlich sind.

Die Hygienefähigkeit der Liege wird bestimmt durch ihre Oberflächenbeschaffenheit, Struktur und Bedienbarkeit. Es sind daher glatte Flächen aus desinfizierbaren Materialien vorzuziehen, also Edelstahl, lackierte Flächen und Kunstleder.

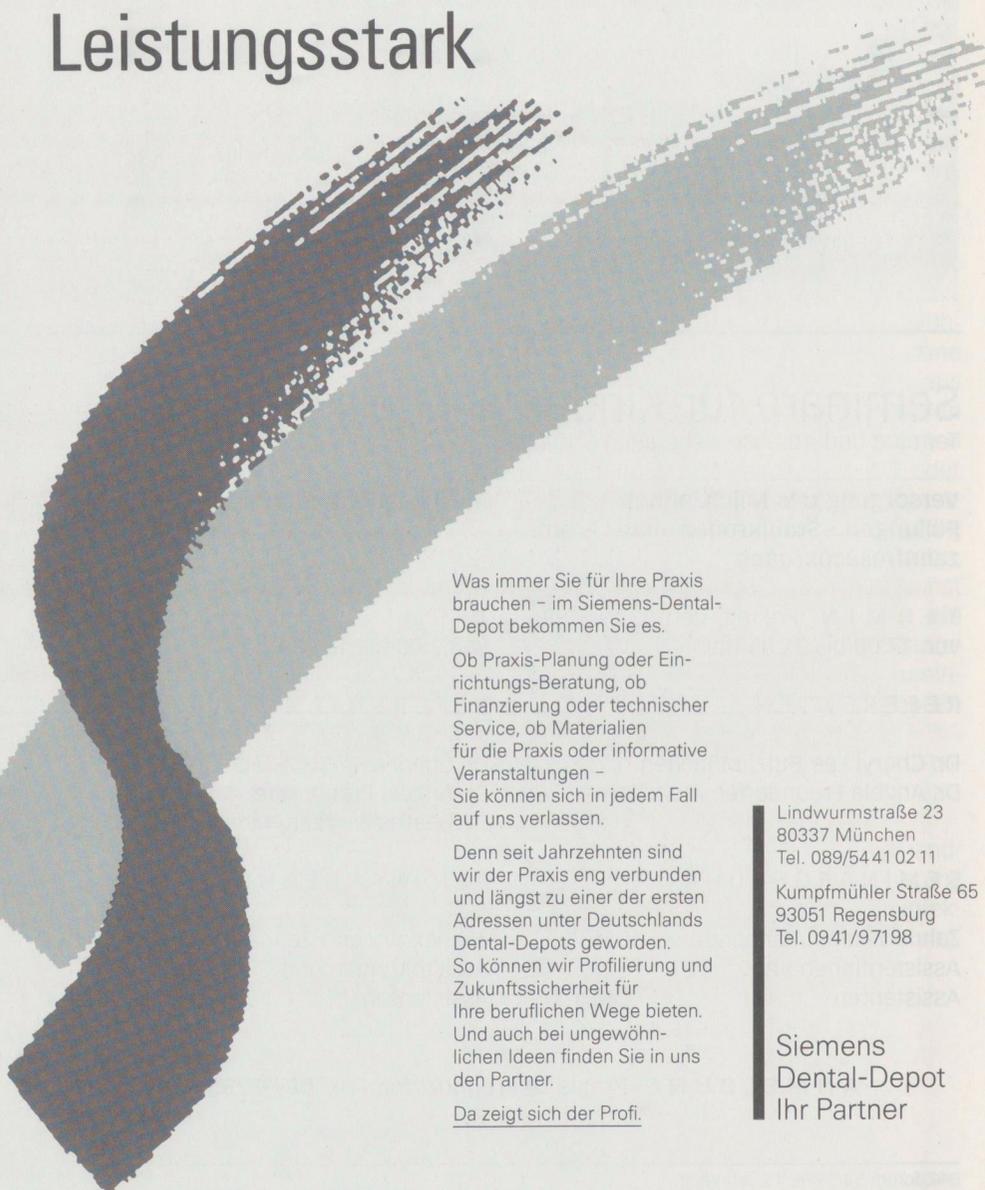
Abzuraten ist deshalb von Billigausführungen aus Massivschaumstoffen ohne Kunstlederbezug genauso wie von aus Amerika bekannten Ausführungen in Naturleder, Textil oder Holz. Die meisten Patientenliegen haben seitlich an oder unter der Rückenlehne eine Schalterleiste - oft unter Folie - zur Betätigung der unterschiedlichen Stuhlfunktionen. Lassen Sie diese Schalter möglichst ganz weg und **trainieren Sie sich die Fußbedienung der Liege an**. Ich wüßte keine Liege zu nennen, die nicht zumindest a u c h mit einem entsprechenden Fußschalter lieferbar wäre.

Im nächsten Heft: Teil 4 mit Behandlungs- und Praxismöbeln, Zentralisierung von Teilgebieten, Reinigung, Desinfektion, Sterilisation, Arbeitsvorbereitung, Röntgen, sonstiger Ausrüstung.

*Dr. Till Ropers
Steinkirchen*

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
80337 München
Tel. 089/5441 02 11

Kumpfmühler Straße 65
93051 Regensburg
Tel. 0941/97198

Siemens
Dental-Depot
Ihr Partner

Ergonomie noch ein Thema?

Nachdenkliches am Ende eines langen Weges

Am 13. Mai 1996 ist der Pionier der zahnärztlichen Ergonomie und Teamarbeit, Prof. Dr. Dr. Fritz Schön (Bad Reichenhall), im Alter von 94 Jahren von uns gegangen. Seit seinem ersten Vortrag zum „Neuen Stil in der Zahnarztpraxis“ anlässlich des Bayerischen Zahnärztetages 1963 sind 33 Jahre vergangen, ohne daß die arbeitswissenschaftlichen (= arbeitsphysiologischen, -psychologischen, -hygienischen, -organisatorischen und pädagogischen) Grundlagen der zahnärztlichen Berufsausübung auch nur annähernd überall Gegenstand der universitären Ausbildung geworden sind. Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob die Ergonomie überhaupt noch ein Thema innerhalb unserer Fachwelt im allgemeinen und unseres Berufsstandes im besonderen ist. Der Autor war zusammen mit Fritz Schön einer der ersten zahnärztlichen Ergonomen und nimmt den Heimgang seines „väterlichen Weggefährten“ zum Anlaß, Nachgedachtes in einer Publikation zum Ausdruck zu bringen, deren Redaktion für das ergonomische Gedankengut immer wieder ein offenes Ohr gehabt hat.

Die Geschichte

Als der Quintessenz-Gründer, -Herausgeber und -Chefredakteur, Dr. Walter Drum (Berlin), 1963 erstmals in seiner Zeitschrift die Ergonomie erwähnte und

einige Zeit später - zusammen mit seinem Verleger Walter Haase - den ersten Quintessenz-Ergonomiepreis ausschrieb, gab es in Deutschland und anderswo in Europa nur ganz wenige Zahnärzte, die sich unter dem Begriff etwas vorstellen konnten. Prof. Eric Comhaire in Gent und Dr. Harold C. Kilpatrick in den USA hatten schon vorher mit ihren Untersuchungen über das Arbeitsverhalten am zahnärztlichen Behandlungsplatz begonnen. Die Zeit- und Bewegungslehre (Time&Motion) war vor allem jenseits des Atlantik der Motor für die dortigen Rationalisierungsbestrebungen, wie sie auch für Fritz Schön einer der Ausgangspunkte für seine engagierte Pionierarbeit war. Die Genter Kolloquien 1964 und 1966 - mit dem dritten 1970 unter Leitung des damaligen Präsidenten der Bayerischen Landes Zahnärztekammer, Dr. Erich Pillwein, in München - waren Wegbereiter erster Arbeitskonzepte, an deren Verwirklichung - von der Ausrüstung her - eine Reihe von Industrieunternehmen (z.B. EMDA, KaVo, Siemens) beteiligt waren. Die Ritter Geschäftsführung stand anfangs abseits und sah das Ganze als eine „Eintagsfliege“ an.

Prototypen kamen 1963 in die Pionierpraxen. In eigener Praxis in Koblenz war eine wohlbeleibte Nonne die erste „zurückgeneigte“ Patientin und nahm - unter Aufsicht einer Mitschwester - die ganze Sache recht gelassen hin. Anläß-

lich der IDS 65 in Stuttgart wurden dann die ersten Ausrüstungskombinationen demonstriert und sofort vom Fernsehen mit großem Interesse aufgenommen. Fritz Schön war damals mit 63 bereits nahe an der Seniorengrenze, was ihm keiner ansah und bei seiner charismatischen Vitalität anmerken konnte.

In der FDI wurde 1965 in Wien innerhalb der Kommission für zahnärztliche Berufsausübung die Ergonomie-Arbeitsgruppe gegründet. Nach dem Verfasser als erstem Leiter übernahm Dr. Bert Wagner 1975 in Chicago diese Position. Fritz Schön gehörte ihr mehrere Jahre als Berater an. Diese später mit der Hygienegruppe (Leiter: Dr. Klaus-Jürgen Dombrowsky) vereinte Expertengruppe war 1987 die Keimzelle für die Europäische Gesellschaft für Zahnärztliche Ergonomie (EGZE). Ebenso wie von der DGZMK-Arbeitsgemeinschaft „Arbeitswissenschaft + Zahnheilkunde“ wurde Fritz Schön von der EGZE zum Ehrenmitglied gewählt.

Das erste deutsche Ergonomiebuch wurde im Vorfeld der IDS '68 von Fritz Schön und Karlheinz Kimmel verfaßt. Genug der Geschichte, die aber letztlich nicht vom gedanklichen Konzept zu trennen ist.

Die Basiskonzepte

Die verschiedenen Arbeitsweisen mit der dazugehörigen Behandlungsplatz-Ausrüstung wurden 1973 auf Grund der späteren ISO-Norm 4073 klassifiziert (s. Abb.1). Hauptprotagonist des Basiskonzeptes 1 war Fritz Schön. Er hat die damit verbundenen Arbeitshaltungen

und -positionen von Zahnarzt und Behandlungsplatz-Assistenz sowie auch die entsprechenden Patientenlagerungen über drei Jahrzehnte hinweg in seinen Kursen und anderen Fortbildungsbeiträgen systematisch gelehrt. Auf der ZH-Seite waren seine Mitarbeiterinnen - mit Brigitte Gierl in einer maßgeblichen Rolle - immer wieder Vorbilder für ihre Kolleginnen. Die Mehrzahl der deutschen Ergonomen war und ist ebenfalls Anwender und Lehrer dieses Basiskonzeptes, während in Italien, Skandinavien und in den USA auf der Expertenseite das BK 3 (mit der Schwingbügel-Instrumentation, Abb.2) vorherrscht. In Japan wurde durch den prägenden Einsatz von Daryl R. Beach das BK 4 eingeführt, das in Deutschland in Wolfgang Neddermeyer einen engagierten Verfechter hat. Für Fritz Schön und seine (Konzept-) Freunde war die mit dem BK 4 verbundene Arbeitsweise zu doktrinär und nicht Helferinnen-freundlich genug. Hier ist anzumerken, daß insbesondere die deutschen Ergonomie- und Teamarbeit-Autoren immer wieder die Notwendigkeit ins Blickfeld gerückt haben, daß auch die Arbeitsbedingungen für die Behandlungsplatz-Assistenz optimal sein sollten. Wer sich dabei nur auf den Zahnarzt (bzw. auf sich) konzentriert, darf nicht für sich in Anspruch nehmen, ergonomisch zu arbeiten.

Diese Anmerkung ist mit dem Hinweis verknüpft, daß die Begriffe „Ergonomie“ und „Rationalisierung“ zum Teil auf unterschiedlichen Denk- und Handlungskonzepten beruhen, wie auch Rationalisierung und Qualitätssicherung eine gemeinsame und eine unterschiedliche Auslegung aufweisen. Ergonomie ist die

Arbeitslehre mit einer ausgesprochen menschenfreundlichen Charakteristik, während die Rationalisierung menschenfeindlich sein kann. Rationalisierung braucht ja nicht unbedingt gute Qualität zum Ziel haben, wenn sie auf reines Sparen ausgerichtet ist.

Irgendwie führt das Vermischen der Begriffe und deren Inhalte stets aufs neue zu Mißverständnissen und Vorurteilen. Kaum jemand unter uns ist da unbeirrt und ohne Umschweife einen ebenso qualitäts- wie ergonomiebetonten Weg gegangen wie Fritz Schön.

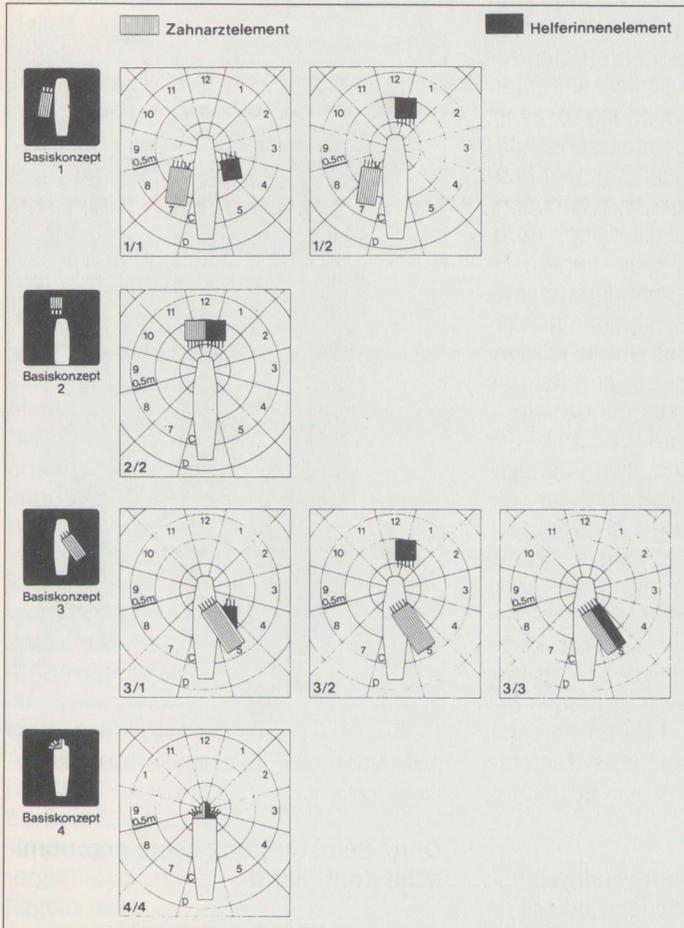


Abb.1 Basiskonzepte 1-4 der Arbeitsweise und Behandlungsplatz-Ausrüstung nach DIN 13 923/ISO 4073

Das Basiskonzept 1 gewährt jene Freiheiten der Arbeitsweise (= das ergonomische Arbeitsverhalten) und Arbeitsmethodik bzw. -technik (=das fachliche Arbeitsverhalten), die der so praxisnahe Schön in sein Credo einbezogen hatte. Je älter er wurde, desto mehr hat er ein hohes Maß an Liberalität für eine wichtige Grundlage der Arbeitsgestaltung gehalten. Individualität und Systematik schließen sich da gegenseitig nicht aus. Und gerade in diesem Punkt waren wir uns über die Jahrzehnte hinweg immer einig. Aber wer hat dies in Universität, Standesvertretung und Arbeitspraxis so richtig verstanden?

In der QS-Diskussion kommt der Begriff Ergonomie nicht vor

Wenn wir die Beiträge für und gegen die systematische Qualitätssicherung analysieren, spielt dort die Ergonomie trotz ihrer qualitätsorientierten Ausprägung keine Rolle. Wenn wir die Synthese von Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität wirklich wollen, führt an den arbeitswissenschaftlichen Komponenten der Arbeitsgestaltung kein Weg vorbei. Hauptgrund für diese konzeptionelle Lücke ist das Fehlen einer arbeitswissenschaftlich ausgerichteten Ausbildung auf breiterer Basis. Zahnärzte und Zahnarzt-helferinnen - um nur diese beiden Berufe zu nennen, obwohl viele andere involviert sind- unterliegen den Gesetzmäßigkeiten der Veranlagungs- und Verhaltensweisen, was auf Grund wissenschaftlicher Erkenntnisse bereits aus den 30er Jahren dieses Jahrhunderts bedeutet, daß nur um ca. 15% der Menschen befähigt sind, sich aus eigenem Antrieb fortzubilden und an die jeweilige Entwicklung anzupassen. Mehrere noch aktive Zahnarztgenerationen sind nie theoretisch und praktisch in Richtung Ergonomie ausgebildet worden. Die Schön- und anderen Kurse wurden trotz aller Erfolge und stolzen Zahlen nur von einem Bruchteil der Berufsangehörigen und deren Personal besucht. Woher also soll das Wissen um die Optimierung der Arbeitsgestaltung kommen?

Gleiches gilt für die notwendige Kühlwassermenge (für Turbinen und Mikromotoren) von 50 ml/min, die erst neuerdings Gegenstand der Lehre ist. Trauriges Ergebnis: In einem hohen Prozent-

satz der Zahnarztpraxen kommen nur 8-30 ml/min Wasser aus den Spraydüsen der Turbinen und Winkelstücke (drei solcher stets durchgängig zu haltenden Auslässe sind erforderlich). Und in den USA werden 10 ml/min als ausreichend gelehrt. Sogar die Clinical Research Associates geben nur diese unzureichende Menge an.

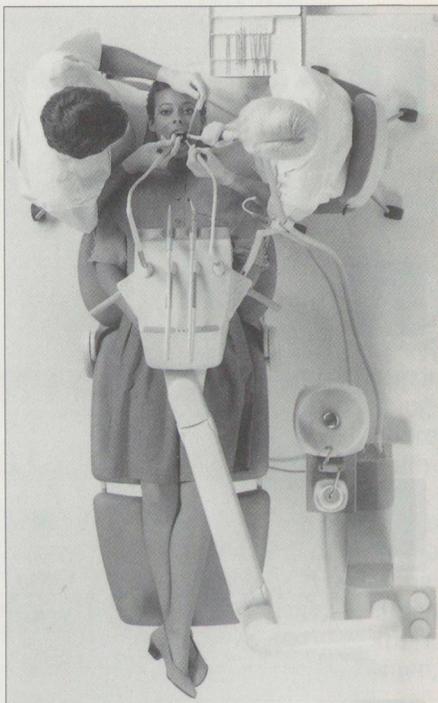


Abb.2 Arbeitsweise und Ausrüstung (hier: Flex):
Basiskonzept 3

Ohne Selbstprüfung keine ergonomische Kontinuität

Die Erfahrung zeigt- und wird in Ergonomiekreisen durch ein auf Video festgehaltenes Untersuchungsergebnis do-

kumentiert- daß man sein Arbeitsverhalten vor allem in puncto Haltung und Greifwege ständig überprüfen muß, um arbeitsphysiologisch ungünstiges Sitzen oder Stehen sowie falsche Geräte- und Patientenstuhlanordnungen und -einstellungen zu vermeiden. Die menschliche Trägheit bringt es mit sich, daß angewöhnte Mängel nicht korrigiert werden und zu gesundheitlichen Problemen führen können. Dies ist das Thema der EGZE-Jahrestagung am 25. und 26. Oktober in Prag.

Ergonomie wesentliche Basis für eine optimale Berufsarbeit

Bei einer Analyse aller Kriterien der Arbeitsbedingungen und -leistungen in der Zahnarztpraxis stößt man zwangsläufig auf eine Reihe von Erfordernissen, die von der Forschung und Lehre her nicht von der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sowie deren medizinischen Ergänzungsfächern abgedeckt werden. Zentrale zusätzliche Wissenschaft ist die ergonomisch orientierte Arbeitslehre, ohne die keine optimale Struktur, Prozeß- und Ergebnisqualität erreicht werden kann. Die drei Hauptziele zahnärztlichen Handelns, nämlich (1) eine atraumatische Arbeitstechnik ohne iatrogene Auswirkungen mit (2) einem für alle Beteiligten zufriedenstellenden Arbeitsergebnis unter (3) rationalen Arbeitsbedingungen, sind ohne die Berücksichtigung arbeitsphysiologischer, -psychologischer, -hygienischer, -organisatorischer und -pädagogischer Regeln nicht zu realisieren.

Wenn wir uns die Freude an unseren Berufen trotz aller fachlichen, politi-

schen und ökonomischen Schwierigkeiten bewahren wollen, kommen wir ohne ergonomische Prinzipien als Motivationsfaktor nicht aus. Für Fritz Schön war die Ergonomie - zusammen mit seinen sportlichen Aktivitäten bis ins hohe Alter - ein Lebenselixier. Er sollte über seinen Tod hinaus unser Vorbild bleiben. Die Ergonomie sollte mehr denn je ein Fachweltthema sein.

*Dr. Karlheinz Kimmel
Koblenz*

Neue Kriterien für Wirtschaftlichkeitsprüfung

Ausschüsse der Wirtschaftlichkeitsprüfung haben jetzt beim statistischen Kostenvergleich besondere Praxisumstände vor der Feststellung eines unwirtschaftlichen Verhaltens zu berücksichtigen, urteilte das Bundessozialgericht (Az.: 6 Rka 18/92). Dadurch wird die Beweislast des Arztes in der Weise abgeändert, daß die Prüfungsausschüsse gehalten sind, sowohl den vom Arzt behaupteten als auch den sonst ersichtlichen Praxisbesonderheiten beziehungsweise kompensatorischen Einsparungen nachzugehen.

Hieraus resultiert eine erheblich verbesserte Beweisposition des Arztes: Die Prüfungsausschüsse dürfen diesem nicht mehr von vornherein aufgrund einer ausschließlich statistischen Betrachtungsweise die Beweislast für eine wirtschaftliche Behandlungsweise aufbürden.

Als "besonderer Praxisumstand" kann beispielsweise auch eine unterschiedliche Gesamtfallzahl in Betracht kommen (vgl. BSG-Beschluß vom 20.09.95 - 6 Bka 12/94).

der artikulator 56/96

Verwirrung um den Qualitätsbegriff?

Wenn der Herausgeber einer Schrift (Dr. W. Walther als Mitherausgeber der Artikelsammlung „Qualitätssicherung in der Zahnheilkunde - Anspruch und Wirklichkeit“) Interesse an erschienenen Rezensionen hat, so könnte dieses auf eine selbstkritische Einstellung des Verfassers schließen lassen. Wenn dieser aber eine kritische Rezension zum Anlaß nimmt, einen zweiseitigen Antwortartikel zu verfassen (ZWR, 105. Jahrg. 1996, Nr.5, S.284 f), so hat die Rezension offenbar einen wunden Punkt berührt und den Herausgeber zur Schadensbegrenzung und zur scheinbar nötigen nachträglichen Präzisierung der von ihm herausgegebenen Artikel veranlaßt.

Die angebliche Denunziation, die dem Rezensenten vom Herausgeber vorgeworfen wird, kann jedenfalls allein kein Grund für eine Erwiderung sein. Nach dem Motto „Retten, was zu retten ist“ gelingt dem Herausgeber allerdings nur wieder das Gegenteil, indem er erneut versucht, einem verakademisierten Qualitätsbegriff das Wort zu reden und damit, ob gewollt oder nicht, die allerorten zu beobachtenden krassen Qualitätsverfehlungen unberücksichtigt zu lassen.

Möglicherweise sollte sich der Herausgeber die unter seinem Namen erschienenen Artikel selbst noch einmal zu Gemüte führen, um sich sodann zu fragen, ob der Gesetzgeber 1988 wohl tatsächlich derartige Trockenübungen

im Sinn gehabt hat, als er den Zahnärzten die Qualitätssicherung ins GesundheitsreformstammBuch schrieb. Interessanter ist es da schon, wenn der Herausgeber, anders als in seiner Artikelsammlung, nunmehr zwischen einer 'externen' und einer 'internen Qualitätssicherung' unterscheidet, dabei aber irrigerweise glaubt, die externe QS (sprich die direkte Kontrolle und Belehrung schwarzer Schafe) sei nur mit wissenschaftlich begründeten Maßeinheiten möglich, die bis heute angeblich nicht existierten. Daher sei eine externe QS nicht möglich und wegen angeblicher moralischer Verwerflichkeit ohnehin abzulehnen.

Bei dieser Argumentation erhebt sich die Frage, nach welchen Kriterien diese Aufgabe denn bisher von Gutachtern gelöst wurde. Gutachter brauchten auch bislang in allererster Linie Berufserfahrung, aber in puncto wissenschaftlicher Maßstäbe keine weiteren als die, die das Fach Zahnheilkunde seit langem ohnehin auszeichnen. Die bei Walther äußerst schwammig definierte Vision einer 'internen QS' (Qualitätsbeobachtung und -lenkung ... Anreiz zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung!) scheint mir den einzigen Vorteil zu haben, als zahnärztliches Kredo auf breitere Akzeptanz zu stoßen, dies aber nur wegen der äußerst diffusen Zielsetzung und der Schonung solcher Zahnärzte, die die Kollegenschaft ständig aufs Neue in öffentlichen Mißkredit bringen.

Um dem McIntyre/Popper-Zitat inhaltlich gerecht zu werden, muß Walther entgegengehalten werden, daß dieses nicht, wie er glaubt, gegen, sondern für eine

externe QS spricht, wobei eine Qualitätskontrolle eben gerade nicht mit kollegialer Denunziation verwechselt werden darf. Einigkeit besteht sicher darin, daß bei aller Entschiedenheit im Vorgehen gegen schwarze Schafe der menschliche Respekt nicht auf der Strecke bleiben darf.

Machen wir uns also doch auch in der Öffentlichkeit glaubwürdig und fangen daher, wenn wir es mit Qualität ernst meinen, zuallererst bei der lange über-

fälligen Eingrenzung der klar erkannten schwarzen Schafe an, bevor wir dem Luxus einer wissenschaftlich verbrämten 'internen Qualitätssicherung' fröhnen. Sobald über diese Hierarchie des Procedere Einigkeit besteht, können wirksame Maßnahmen zur Verbesserung der Ergebnisqualität einvernehmlich besprochen und vereinbart werden.

Dr. Eberhard Riedel

Trendletter 4/96

Warum wechseln Kunden zur Konkurrenz?

Die Zeitschrift „Harvard Business Review“ (Januar-Februar '96) berichtet von einer Untersuchung der Professorin Susan M. Keaveney von der University of Colorado, die Kunden von Dienstleistern befragte, warum sie wechselten. Wobei sie Dienstleister in ihrer ganzen Breite erfaßte, vom **Zahnarzt** über den Gastwirt und Friseur bis hin zum Reisevermittler. Die Befragung wollte das für den Wechsel entscheidende Ereignis ermitteln.

Das Ergebnis selbst überrascht nicht. Hauptsächlich genannt wurde, daß man die gewünschte Dienstleistung nicht in der geforderten **Qualität** erhielt. Das reichte von reinen Fehlern über falsche Rechnungsstellung bis zu ausgesprochenen Reinfällen- etwa bei Reisevermittlungen- und nicht eingehaltenen Terminzusagen. Zahlreich wurde die Preisgestaltung als überhöht genannt.

Oft war es einfach die **Unaufmerksamkeit** gegenüber dem Kunden oder das **uneinsichtige Verhalten bei Reklamationen**.

Die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchung:

1. Fast alle Wechsel hätten von den Dienstleistern verhindert werden können.
2. 93% der Wechsler sagen den Dienstleistern keine Gründe.

Letzteres ist der große Unterschied zu den Anbietern von Produkten. Sie erfahren viel häufiger die Reklamationsgründe. Prof. Keaveney meint, daß die Unzufriedenheits- Marktforschung der Dienstleister zwar schwierig ist- aber vor allem zu wenig Aufmerksamkeit erhält. ■

Buchbesprechungen

Götz K. Siebert:

Atlas der zahnärztlichen Funktionsdiagnostik

3., vollständig neubearbeitete und erweiterte Auflage 1996

Carl Hanser Verlag, München Wien
408 Seiten, 612 Abbildungen
DM 428.- ISBN 3-446-18301-9

Der Vorläufer „Zahnärztliche Funktionsdiagnostik mit und ohne Hilfsmittel“ wurde in der 3. Auflage zu einem Atlas erweitert und überarbeitet. Durch das Mitwirken zahlreicher namhafter Fachleute liegt mit dieser Auflage ein sehr umfassendes Werk mit einer interdisziplinären Betrachtungsweise vor, in der erstmalig die Gebiete der chirurgischen und kieferorthopädischen Fachdisziplinen berücksichtigt werden. Neben den konventionellen Erklärungsansätzen werden auch ganzheitliche und osteopathische Methoden abgehandelt; weiterhin wird das spezielle Patienten-klientel der Musiker berücksichtigt. Beginnend mit den theoretischen Grundlagen zur Anatomie, Morphogenese, Elektromyographie, biochemischer und sensorischer Prozesse des Kiefergelenks und seiner funktionellen Strukturen folgen Kapitel zur Funktionsdiagnostik mit und ohne Hilfsmittel. Im abschließenden Kapitel sind zusammenfassend Hinweise zur Diagnostik und Differentialdiagnostik, im Anhang ein Untersuchungsbogen und Nomenklaturen zu finden.

Gut gefällt mir der eigentliche Atlanten-teil, in dem zu jeweils einem Aspekt des

klinischen Funktionsstatus Foto, Zeichnung und Erläuterung sehr anschaulich und leicht nachvollziehbar gegenübergestellt sind. Für den Einsteiger hätte ich mir mehr von den grau unterlegten Tabellen und Zusammenfassungen der Funktionsdiagnostik gewünscht. Einige Fragen bleiben nach der Lektüre des Buches offen, zum Teil bedingt durch die didaktisch irritierende Einteilung: Wie kommt man denn nun von den einzelnen Befunden zu einer Diagnose? Wie ist diese zu bewerten? Ergeben sich therapeutische Konsequenzen für den Patienten und welche? Ab wann ist eine Funktionsdiagnostik mit Hilfsmitteln (Aufbißschiene, instrumentelle Funktionsanalyse, Einschleifen, Aufbauen) indiziert? Wie leider oft bei einem Werk mehrerer Autoren steht auch hier der Anspruch auf Vollständigkeit im Vordergrund, was sich auf Kosten einer klaren Strukturierung und eines einheitlichen Layouts bemerkbar macht. Wünschenswert für den Praktiker wäre auch eine Materialliste für den Einstieg in die Funktionsdiagnostik. Als Ausblick weist der Autor mit Recht darauf hin, daß in Zukunft der Stellenwert der Funktionsdiagnostik zunehmen wird und fordert ihre Gleichstellung mit der parodontologischen und der Kariesdiagnostik. Der Atlas ist in seiner Ausführlichkeit und Vollständigkeit sicherlich als ein Standardwerk zu sehen und allen denjenigen zu empfehlen, die sich als Voraussetzung für therapeutische Konsequenzen erstmal umfassend ganzheitlich über diagnostische Möglichkeiten informieren möchten.

Yong-Hee P. Chun

O. Mastalier

Ganzheitliche Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Urban und Schwarzenberg
326 Seiten, 242 Abb., 39 Tabellen
DM 198.- ISBN 3-541-16851-X

In seinem Vorwort macht der Verfasser gleich anfangs deutlich: Die Schulmedizin ist und bleibt natürlich unverzichtbar. Aber im Trend liegen dennoch weltweit ganzheitliche diagnostische und therapeutische Methoden, die sogenannte „sanfte“ Medizin/Zahnmedizin. Spezielle Fortbildungsreihen wie z. B. die ANZ (Akademie für Naturheilverfahren in der Zahnmedizin) werden sowohl von jüngeren als auch von älteren Kollegen vermehrt in Anspruch genommen, um auf den Zug der Komplementärmethoden aufzuspringen. Nach einem einleitenden historischen Überblick werden jeweils Grundlagen, praktische Durchführung, Indikationsbereich sowie Anwendungsmöglichkeiten der jeweiligen Methode in der Zahnheilkunde erläutert, wobei mir die zahnärztliche Anwendung, die abschließende Wertung und die Angabe von Risiken durch den Autor etwas zu kurz kommt.

Praktische Hinweise zu den notwendigen Geräten, zur Ausbildung, zur Abrechnung und zu rechtlichen Aspekten sowie ein Verzeichnis der entsprechenden Kontaktstellen und Verbände runden die Kapitel ab. Stichworte aus dem Inhalt sind u.a. Regulationsmechanismen, Hinweisdiagnostik, Akupunktur, Neural- u. Magnetfeldtherapie, Bioresonanzverfahren, Angewandte Kinesio-

logie, Homöopathie, Elektrotherapie, Hypnose und Amalgamsanierung. Wenn man auch selbst nicht überzeugt hinter diesen Verfahren steht oder sie anwendet, so sollte man sie doch als Arzt/Zahnarzt zumindest kennen- dieses Buch gibt ausreichend Gelegenheit zum Kennenlernen.

Silke Lange

Roulet/ Fath/ Zimmer

Lehrbuch Prophylaxehelferin

Urban und Schwarzenberg 1995
260 Seiten, 198 Abbildungen, kartoniert
DM 68.- ISBN 3-541-17191-X

Im Lauf der Zeit hat sich in unserer Praxis ein ganzer Stapel an Literaturbüchern, Broschüren, Videos und Informationsblättern- angesammelt, aus dem sich unsere Prophylaxeassistentinnen das jeweils vermeintlich Passende heraussuchen. Vieles davon ist aber veraltet, manches fehlt, anderes ist zu ausführlich. Man hätte gern alles, was heute wichtig und gesichert ist, in **einem** Buch...

Diesem Wunsch kann jetzt abgeholfen werden: Das „Lehrbuch Prophylaxehelferin“ (warum sagt man eigentlich nicht auch in Berlin Assistentin?) spiegelt den state of the art wieder- sehr systematisch aufgebaut, auf das wirklich Notwendige und Zweckmäßige beschränkt, mit guten Abbildungen (scharfe s/w Bilder können manchmal mehr zeigen als durchschnittliche Farbaufnahmen) und informativen Graphiken. Vor allem ist das Ganze verständlich geschrieben, praxisgerecht dargestellt und

gut umsetzbar, von der Anatomie und Histologie der Mundhöhle bis zur Integration der Prophylaxe in den Praxisablauf.

Neben den üblichen Kapiteln, die eine Prophylaxe-Assistentin „singen“ können sollte (Ernährung, Mundhygienemaßnahmen, Fluoride) erfährt sie auch die wichtigsten Prinzipien aus der Psychologie und wird über Veränderungen der Mundschleimhaut informiert, nicht unwichtig bei der Früherkennung von Praecancerosen und Mundhöhlenkrebs. Und schließlich noch ein umfassendes Stichwortverzeichnis zum leichteren und schnelleren Auffinden aller Fachbegriffe.

Am Ende des Buches wird der (die) Leser(in) um seine (ihre) Meinung gebeten: Ich würde alle Punkte des Fragebogens mit sehr gut oder gut beantworten. Und das scheint auch anderen so zu gehen: Bereits nach 3 Monaten war die Hälfte der 1. Auflage verkauft.

Hanns-W. Hey

T. Higashi, J.K. Chen Shiba u. H. Ikuta
**Atlas bildgebender Verfahren im
Oralbereich**

Hüthig GmbH, Heidelberg 1996
280 Seiten mit ca. 1000 Abbildungen
DM 188.- ISBN 3-7785-2164-0

In diesem kleinen Atlas der bildgebenden Verfahren im Oralbereich werden die Anwendungsmöglichkeiten aller modernen bildgebenden Verfahren in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ausführlich dargestellt. Intraorale und

Panoramaröntgenaufnahmen, Ultraschall, Szintigraphie, Computertomographie, Computerradiographie sowie Kernspintomographie werden in den einzelnen nach Krankheitsbildern geordneten Kapiteln vorgestellt. Die jeweiligen Befunde und entsprechenden klinischen Diagnosen sind zusätzlich durch Schemazeichnungen erläutert und erleichtern eine rasche Orientierung. Jedes Kapitel endet mit einer Zusammenfassung in Tabellenform, die eine Synopsis des Krankheitsbildes und seiner röntgenologischen Darstellung bildet.

Hinweise zu möglichen Fehlinterpretationen und Differentialdiagnosen runden die ansonsten eher trockene Materie ab und sind zugleich eine gute Übung sowie Wiederholung des Grundlagenwissens zum Thema Röntgen für den praktischen Zahnarzt genauso wie für den Studierenden der Zahnmedizin.

Silke Lange

H. Wörner
Röntgen beim Zahnarzt

Deutscher Ärzteverlag 1996
102 Seiten, 72 Abbildungen, kartoniert
DM 44.- ISBN 3-7691-4061-3

Dieses Buch ist eine wirklich gelungene Mischung aus notwendiger wissenschaftlicher Basisinformation und praxisbezogener Anleitung- und das alles in der kürzest denkbaren Form. Deshalb ist es besonders geeignet als Grundlage für die Ausbildung von Assistenzpersonal in der Röntgentechnik. Nützlich, vor allem in der Patienteninformation, der Ab-

schnitt „Strahlenbelastung und Gefährdung des Patienten“, verständlich und einprägsam auch die Kapitel Entwicklung und Entwicklungsfehler, Qualitätsverbesserung und Konstanzprüfung. Schade nur, daß die 102 Seiten so schlecht gebunden sind, daß sie sich schon nach einmaliger Durchsicht zu lösen beginnen. Trotzdem ein preiswerter Gewinn für jede Praxis!

Hanns-W. Hey

Fortbildung im kleinen Kreis

Im März '96 fand sich ein gutes Dutzend Zahnärzte/innen auf DAZ-Einladung in Köln ein, um gemeinsam ein amerikanisches Fortbildungsvideo über die Erstellung großer Kunststoff-Füllungen anzusehen und davon ausgehend eigene Erfahrungen in der adhäsiven Füllungstherapie zu diskutieren. Der eine oder andere Interessierte konnte aus Termingründen nicht dabei sein, und einige der Teilnehmer wünschten sich eine Fortsetzung. Insofern möchten wir jetzt ein neues Angebot machen. Kollegen/innen aus Köln und Umgebung, DAZ'ler und Nicht-DAZ'ler, sind herzlich eingeladen, nach den Sommerferien,

am Samstag, den 31.8.1996, 10-16.00 Uhr, beim NAV-Wirtschaftsdienst, Sedanstr. 13-17, 50668 Köln,

an einem weiteren solchen Treffen teilzunehmen. Wir können gemeinsam, ganz oder auszugsweise, einige Videos

an schauen, die sich daraus ergebenden Fragen diskutieren, Pausen zum informellen Austausch nutzen und ggf. noch die aktuelle berufspolitische Lage sowie die Möglichkeiten eines Qualitäts-Zirkels im Kölner Raum diskutieren.

Uns stehen Materialien zu unterschiedlichen Themenbereichen - Adhäsiv-Zahnheilkunde, Parodontologie, Implantologie, Prothetik, Kinder-Zahnheilkunde usw.- zur Verfügung. Die Videos zeigen Live-Behandlungen mit allen Details. Zusätzlich kommentiert der Behandler seine Arbeit, und an einigen Stellen ist eine Fachdiskussion zum konkreten Fall mit anderen Zahnärzten eingeblendet. Die Videos dauern ca. 1 - 1,5 Std. und sind in verständlichem Englisch gehalten.

Melden Sie sich beim DAZ, teilen Sie Ihre Themenwünsche und ggf. abweichende Terminvorstellungen mit. Sprechen Sie interessierte Kollegen an.

Wir schicken aufgrund der Rückmeldungen eine schriftliche Einladung.

Wer unabhängig von dem geplanten Treffen Interesse an den Videos und vielleicht auch an den amerikanischen Fortbildungsveranstaltungen hat, sollte sich wenden an:

**Christoph Becker, Dauner Str. 21,
53539 Kelberg,
Tel.02692-9300-23, Fax 930025**

*Irmgard Berger-Orsag
DAZ im NAV-Virchow-Bund
Geschäftsstelle Köln*

Tetsch im Tandem:

Lesenswertes zur Implantologie für Zahnarzt und Patient

Das 1996 von Peter Tetsch & Jan Tetsch herausgebrachte reich illustrierte Buch "Fortschritte der zahnärztlichen Implantologie - Ein Atlas" zeichnet in komprimierter Form, z.T. mehr durch Bilder als durch Text, den Prozeß der Realisation von implantatgestütztem Zahnersatz nach. Dabei folgt die Systematik des Buches dem Behandlungsablauf: Erst nach der Einführung in die präimplantologische Diagnostik, in die Planung der zukünftigen Restauration sowie die Auswahl von Implantatsystem und apparativer Ausstattung wird der operative Eingriff thematisiert, gefolgt von postoperativen Maßnahmen, der prothetischen Versorgung, die schließlich das Ziel der Bemühungen darstellt, und Maßnahmen zur Erhaltung des erreichten Ergebnisses. Integriert sind dabei begleitende Schritte wie Aufklärung des Patienten, Dokumentation, Abrechnung, Auswertung von Behandlungsergebnissen und Umgang mit Komplikationen unterschiedlicher Art.

Charakteristikum des Buches ist die durchgängige Einbeziehung moderner Computertechnologie in den implantologischen Ablauf. Computertomogramme des Kiefers und die Auswertung des umfangreichen Datenmaterials durch entsprechende EDV-Programme geben heute dem Zahnarzt Informationen an die Hand, mithilfe derer er bereits vorab das vorhandene Knochenangebot beurteilen und geeignete Implantattypen, -dimensionen und -positionen ermitteln kann. Die Eingriffe lassen sich am

Praxis-PC simulieren, selbst für schwierige morphologische Situationen können auf diese Weise Lösungen eruiert und die Mißerfolgsraten beim Eingriff selbst gesenkt werden.

Darüber hinaus findet der Computer Einsatz bei weiteren Arbeitsschritten: bei der Datenverwaltung der Patienten, der Erstellung von Heil- und Kostenplänen, der Abrechnung, der Materialverwaltung und schließlich bei der Dokumentation und wissenschaftlichen Auswertung.

Insgesamt ein Buch, das, seinem Titel gemäß, die "Fortschritte der Implantologie" bzw. neueren Entwicklungen vorstellen will. Dabei wird der Leser nicht jede Fragestellung erschöpfend behandelt finden, wohl aber einen breiten Überblick über die in der modernen Implantologie relevanten Themen erhalten.

Ein ganz anderes Ziel verfolgt naturgemäß das ebenfalls bei Hanser herausgekommene Bändchen "Zahnärztliche Implantate - Zahnersatz auf künstlichen Zahnwurzeln", das von den Autoren Peter und Barbara Tetsch als "Ratgeber für Patienten" gedacht ist. In für zahnmedizinische Laien verständlicher Form werden die Grundlagen der zahnärztlichen Implantologie dargestellt sowie Voraussetzungen und Durchführung implantologischer Eingriffe beschrieben, veranschaulicht durch farbige Fotografien. Themen wie Kontraindikationen, Komplikationen, Kosten, Konsequenzen für die Mundhygiene usw. werden nicht ausgespart. Mithilfe von Patientengeschichten lassen sich Chancen und Grenzen der neuen Methode für den Leser nachvollziehbar verdeutlichen, insbesondere soll hiermit auch den

Menschen Mut gemacht werden, die die Hoffnung auf eine vernünftige orale Situation schon fast aufgegeben haben. Eine Adreßsammlung von Zahnkliniken, Zahnärztekammern und implantologischen Verbänden am Schluß erleichtert es interessierten Patienten, in der eigenen Umgebung Informationen über die Möglichkeit implantologischer Versorgung einzuholen und sich über potentielle Behandler zu informieren.

Angesichts der erweiterten Möglichkeiten dieses Fachgebiets und angesichts des gestiegenen Interesses der Bevölkerung an implantologischen Versorgungen wird die Frage nach implantatgestütztem Zahnersatz immer häufiger von Patienten an ihren Zahnarzt oder auch vom Zahnarzt an seine Patienten herangetragen. Wer als Patient eine solche anspruchsvolle Behandlung (die nur bei Interesse für die eigene Mundgesundheit längerfristig erfolgreich ist) wünscht, tut gut daran, von Anfang an aktiv in den Prozeß mit einzusteigen; die Lektüre eines Informationsbuches ist ein sinnvoller erster Schritt. Zugleich erleichtert die Vorinformiertheit des zu Behandelnden die nachfolgenden Gespräche und die Entscheidung zusammen mit seinem Zahnarzt. Insofern ist das Bändchen nahezu ein MUSS für jedes Wartezimmer bzw. als Medium zur Weitergabe an entsprechende Patienten. Denkbar ist, daß in einigen Jahren (das Buch wurde 1992 herausgebracht) eine Neuauflage fällig wird: Denn die zahnärztliche Implantologie wird bei dem heute Erreichten mit Sicherheit nicht stehenbleiben.

Irmgard Berger-Orsag

Prof. Dr. Dr. Peter Tetsch, Dr. Jan Tetsch:
"Fortschritte der Zahnärztlichen Implantologie. Ein Atlas"

Carl Hanser Verlag München Wien 1996,
239 Seiten, 538 Abb, DM 328.-,
ISBN 3-446-18416-3

Prof. Peter Tetsch und Dr. Barbara Tetsch:
"Zahnärztliche Implantate. Zahnersatz auf künstlichen Zahnwurzeln. Ein Ratgeber für Patienten"

Carl Hanser Verlag München, 80 Seiten,
27 Bilder, DM 22.-, ISBN 3-446-17193-2.

US-Fortbildungs-Videos

- Implantologie live
- Fortschritte bei implantatgestützten Restaurationen
- Behandlungsablauf in der Implantologie
- Chirurg. Aspekte der Implantologie
- Positionierung von Implantaten
- Abnehmbare implantatgestützte Unterkiefer-Prothesen
- ZE auf Implantaten im zahnlosen UK
- Zahnfarbene-Amalgam-Alternativen
- Neue Konzepte der Adhäsiv-ZHK
- Hochwertige Kompositfüllungen
- Ergebnisorientierte Zahnpräparation
- Neuerungen der kosmetischen ZHK
- Direkte Komposit-Inlays im Seitenzahnbereich
- Scaling & Wurzelglättung (Vergleich Hand/ Ultraschall)
- Gesteuerte Geweberegeneration
- Totalprothesentechnik
- Kinderzahnheilkunde

**Infos: Chr. Becker, Tel. 02692-9300 23,
Fax 9300 25, siehe auch Seite 87**

QZ

Qualitätszirkel - noch immer kein Thema für Zahnärzte?

Wie bereits berichtet, besteht in Köln seit mehr als einem Jahr ein zahnärztlicher Qualitätszirkel.

Einige Interessenten für den nächsten noch zu gründenden sind schon mit uns in Kontakt getreten, jedoch hat bisher die Koordinierung nicht geklappt. Insofern möchte ich an dieser Stelle alle

DAZ'ler/innen und forum-Leser/innen aus dem Kölner Raum

anregen, zu überlegen, ob die Beteiligung an einer solchen kollegialen Gruppe nicht auch *für Sie* von Vorteil sein könnte. Qualitätszirkel, Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung sind ein Thema mit Zukunft und übrigens inzwischen nicht mal mehr im FVDZ totzuschweigen.

Auf einer Qualitäts-Management-Veranstaltung des Nordrheinischen FVDZ in Köln beispielsweise, die im Vorfeld einige innerverbandliche Kontroversen aufgelöst hatte, ging es zwar in erster Linie um die Zertifizierung von Praxen nach ISO-Normen. Aber auch andere Formen der Qualitätsverbesserung und die Möglichkeiten von Qualitätszirkeln wurden angesprochen; recht unterschiedliche Qualitätsauffassungen und Zielvorstellungen kamen zum Ausdruck.

Wer aus dem Kölner Raum neugierig ist auf QZ, weitere Informationen haben oder vielleicht auch mitmachen möchte, wende sich an:

**Dr. Ludwig Eisermann,
Mathiaskirchplatz 14, 50968 Köln, Tel./Fax 0221-386777 privat,
Tel. 0211-395959 tagsüber.**

Corona Dental

**Fachlabor für Funkenerosion und
Kopierfräs-Technik**

Wir stellen hochwertigen Zahnersatz
zu moderaten Preisen her

z.B.

Celay Keramik-Inlay **DM 290.-**
inkl. Modelle

Jedes weitere Inlay im selben Kiefer DM 199.-

Corona Dental GmbH
Berg-am-Laim-Str. 64

81673 München Tel. 089 4313008 /09 Fax 089 4312779

Leserbriefe...Leserbriefe...Leserbriefe...Le

Alljährlich schickt mir meine Versicherung einen Fragebogen, um Veränderungen des Risikos auszuloten.

Auch dieses Jahr habe ich die Frage nach dem Amalgamabscheider bejaht, alle anderen Fragen wie in den Jahren zuvor beantwortet - also keine Änderung.

14 Tage später schreibt mir die Gothaer, sie möchte mich „auf die Problematik aufmerksam machen“, auch ohne meinen Wunsch nach Einschluß des Abwasserrisikos. Begründung: Gemäß §7a des Wasserhaushaltsgesetzes müssen in Zahnarztpraxen Amalgamabscheider vorhanden sein, die im bestehenden Vertrag nicht versichert sind.

Und weiter: „Die Arzthaftpflichtversicherung bereitet uns seit Jahren große Sorgen, der Schadenaufwand ist dramatisch gestiegen“, Schadenzahlungen und Nebenkosten können schon seit Jahren nicht mehr durch die Beiträge abgedeckt werden. Aus diesem Grunde bittet die Gothaer „um Verständnis, daß wir Ihre Berufs Haftpflichtversicherung nur zu den oben genannten Konditionen umstellen können. Wir hoffen auf Ihr Verständnis“.

Bisher war in der Prämie von DM 280.- p.a. bei einer Deckungssumme von DM 2 Mio. die Privathaftpflicht eingeschlossen, jetzt soll ich für die gleiche Sicherheit DM 765.- bezahlen. Bereits 1991 hatte mich mein Versicherungsmakler zu einer Änderung veranlaßt mit dem Hinweis, meine alte Versicherung bei

der Transatlantischen für DM 180.- sei nur für die Tätigkeit als Praxisvertreter gedacht, auch wenn das aus dem Vertragstext für mich nicht ersichtlich war. Der Wechsel zur Gothaer kostete damals DM 240.- p.a.

Nach meiner Kenntnis ist noch kein Zahnarzt wegen Umweltverschmutzung durch Amalgameinleitung ins Abwasser verurteilt worden. Wie hoch ist also das Risiko? Seit 1989 beantworte ich die Frage nach dem Amalgamabscheider - wenn sie denn gestellt wird - mit Ja; warum ist auf einmal das Risiko so groß? Wenn die Gesellschaft für die Umstellung auf einen dreimal so teuren Tarif „auf mein Verständnis hofft“, drängt sich der Verdacht auf, daß auf diesem Wege eine vom Aufsichtsamt nicht genehmigte Prämienhöhung durchgemogelt werden soll.

Auch die Begründung für den Versicherungswechsel 1991 erscheint mir im Nachhinein dubios.

Welche Erfahrungen haben die Kolleginnen und Kollegen in der Frage der Prämienhöhung bei der Berufshaftpflicht gemacht? Ist ein Fall bekannt, in dem ein Zahnarzt wegen Einleitung amalgamhaltiger Abwässer zur Verantwortung gezogen werden soll? **Kann der NAV-Wirtschaftsdienst bei der Vermittlung reeller Verträge helfen?**

*Dr. Jochen Bremer
In der Römerstadt 259
60488 Frankfurt*



Staunen Sie nicht.

WIR BRINGEN ORDNUNG IN IHRE ZAHLEN

aktuell

übersichtlich

verständlich

Schreiben Sie uns - oder rufen Sie uns an.

**Mit weiteren Niederlassungen
im ganzen Bundesgebiet:**

nilaplan Berlin	Tel.: 0 30 / 2 81 71 02
nilaplan Chemnitz	Tel.: 03 71 / 26 61 50
nilaplan Hannover/ Magdeburg	Tel.: 05 11 / 9 54 66-0
nilaplan Karlsruhe	Tel.: 03 91 / 4 02 00 24
nilaplan Potsdam	Tel.: 07 21 / 9 70 72-0
nilaplan Schwerin	Tel.: 03 31 / 6 46 23 20
	Tel.: 03 85 / 4 86 40 81

nilaplan

**Unternehmensberatung
für Heilberufe GmbH**



Sedanstraße 13-17 • 50668 Köln
Tel.: 02 21 / 97 355 - 168
Fax: 02 21 / 97 355 - 22

Ist Ihre Praxis fit für's Jahr 2000?

DAZ zusammen mit NAV-Virchowbund und Tochterunternehmen auf der "MediVital"

Der 45. Deutsche Ärztekongreß wurde in diesem Jahr begleitet durch die Fachmesse MediVital, die zeitgleich auf dem neben dem ICC liegenden Messegelände veranstaltet wurde. Unter dem Motto "Gemeinsam für den Erfolg Ihrer Praxis" stellten VWA, NAV-Virchow-Bund, NAV-Wirtschaftsdienst und nilaplan im Fachbesucherbereich ihre Dienstleistungspalette an einem gemeinsamen Stand vor.

Die zahlreichen Gespräche mit niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen zeigten schnell, wo der Schuh drückt. EBM, Budgetierung, Punktwertverfall und weitere staatlich verordnete Regelungseingriffe in die Selbstverwaltung zogen sich wie ein roter Faden durch Gespräche und Diskussionen. Verunsicherung und Sorge machen sich breit. Deshalb fanden die vielen ausgelegten Broschüren, Ausarbeitungen und Informationen schnell ihre Abnehmer. Denn: Information ist die Basis für wirtschaftliches Handeln.

Das Ganze ist bekanntlich mehr als die Summe seiner Teile. Der gemeinsame Messestand mit der Fülle an Informationsmaterial machte die Synergieeffekte deutlich. Ausgehend von den berufspolitischen Schwerpunkten der Verbände über die neutrale Information und Fortbildung des VWA hin zu Controlling, Maßnahmenplanung und Lösungsvorschlägen durch nilaplan und NAV-Wirtschaftsdienst. Dem Besucher

bot sich eine verzahnte Service Palette, die keine Fragen offen ließ.

Der Veranstaltungsort Berlin ermöglichte vielen Kolleginnen und Kollegen aus den neuen Bundesländern den Besuch von Messe und Kongreß. So kamen auch einige der rund 1000 Ärzte und Zahnärzte, die seinerzeit den Niederlassungs-Service von VWA und nilaplan für ihre Praxisgründung genutzt haben, an den Stand. Einhellige Meinung: Die damals gegebenen Informationen und Tips waren einen wichtige Starthilfe. Diejenigen, die die nilaplan-Leistungen auch über die Niederlassung hinaus genutzt haben, wissen ihren guten Informationsstand vor allem in den gegenwärtig unruhigen Zeiten sehr zu schätzen. Die zeitnahe Erfassung ihrer Belege und ein wirksames Controlling sind die besten Voraussetzungen für eine konkrete Maßnahmenplanung, denn: Nur wer weiß, wo er steht, kann entscheiden, wo er hin will.

Im Gegensatz zu vielen anderen Ausstellern kann man das Messeergebnis als Erfolg bezeichnen. Der Messeleitung sei aber angeraten, die kritischen Töne zur Organisation zukünftig zu beachten, insbesondere was den Termin und die räumliche Organisation betrifft. Eine zu kurze Mittagspause und die räumliche Trennung (ICC - Messegelände) erschwerten den Kongreßteilnehmern einen ausgedehnteren Messebesuch ohne Hektik.

NAV-Geschäftsstelle Berlin zieht in die Chausseestraße 99

Kinder, wie die Zeit vergeht! Nun sind seit Eröffnung der Geschäftsstelle Berlin, die neben DAZ und NAV Virchow-Bund auch den NAV-Wirtschaftsdienst und nilaplan beherbergt, bereits fünf Jahre vergangen. Da sich entgegen dem sonstigen Trend in Berlin in dem Mietobjekt in der Friedrichstraße 112 a nichts rührte, ist der Zeitpunkt gekommen, die Räume mit dem "Abenteuer"-Treppenhaus zu verlassen.

Die Entscheidung ist geprägt durch die Bemühungen der Verbandes und seiner Tochterfirmen, die wirtschaftliche Beratung und Betreuung weiter auszubauen und den gewachsenen Ansprüchen anzupassen. Vor allem durch die dünne Personaldecke konnte bislang in Berlin und Brandenburg eine Betreuung nicht in dem Maß erfolgen, wie es in den alten Bundesländern möglich war. Vielen Dank an dieser Stelle an alle Mitglieder und Kunden, die durch die Äußerung ihrer Wünsche und Anregungen dazu beigetragen haben, die erweiterten Ziele zu formulieren.

Die Leitung der Gebietsrepräsentanz Berlin-Brandenburg hat der bereits seit vielen Jahren für den NAV Wirtschaftsdienst tätige Herr Johannes Niedenzu übernommen. Wir freuen uns, in ihm einen kompetenten und erfahrenen Mann für die anstehende Ausbauarbeit gefunden zu haben. Aufbauend auf den bekannten und bewährten Ansprechpartnern in der Region wird der Mitarbeiterstab vergrößert, damit das erforderliche Beratungspotential sicher-

gestellt ist. Eine intensive Schulung und Fortbildung sind bereits im vollen Gange.

Das Beratungskonzept steht. Die staatlichen und von den Kassen verordneten Eingriffe betreffen alle Mediziner auf breiter Front. Oberstes Gebot ist hier, Klarheit über den Status quo und die mögliche finanzielle Entwicklung der Praxis zu schaffen. In der Zusammenarbeit mit der Firma nilaplan, die bereits heute erfolgreich vielen Zahnärzten eine verständliche und zeitnahe Buchführung liefert, wird man den Beratungsservice und die darin möglichen Synergieeffekte nutzen.

Ein breit gefächertes Seminarangebot im Stil von Workshops wird man nun im eigenen Hause in den vorhandenen Seminarräumen anbieten können. Insbesondere zu Fragen der Praxisführung und Liquiditätsplanung, also Zukunftssicherungsfragen unter den Voraussetzungen des GSG und seinen Folgen, sollen Veranstaltungen angeboten werden. Darüber hinaus stehen die Räumlichkeiten natürlich auch für die DAZ-Arbeitsgruppen offen.

Der Umzug wird in zwei Etappen vor sich gehen. Während die Gebietsrepräsentanz bereits ab 01.06.1996 die neuen Räume bezieht, folgen die Verbände erst in der zweiten Jahreshälfte.

Bis zur Bekanntgabe der neuen Telefonnummern nutzen Sie bitte weiterhin die 030/ 2 817102 sowie 2 82 61 88 und Telefax 2 82 89 54 zur Kontaktaufnahme.

Jetzt noch 50% Sonder-AfA nutzen!

Residenz am Straussee

**26 Eigentumswohnungen in der
Georg-Kurtze-Straße, Strausberg/Berlin**

In der 30.000 Einwohner zählenden Kreisstadt
Strausberg entsteht direkt am Seeufer die
Residenz am Straussee mit 26 Eigentums-
wohnungen von 35,4m² bis 100,1 m²,
z.B. 57,8 m² für 317.322 DM



Die Lage

- 15 km vor den Toren Berlins im S-Bahn-Netz von Berlin
- 40 Min. bis Berlin-Mitte
- 2 Geh-Minuten zur Fußgängerzone
- Beste Mietstruktur durch überregionale Behörden

Das Objekt

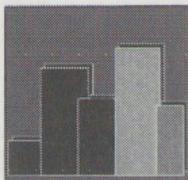
- Gehobene Ausstattung, stilvolles Ambiente
- Alle Wohnungen mit Blick auf den See
- Direkter Zugang zum Seegrundstück durch die historische Stadtmauer
- Traumhafte Dachterrasse
- Tiefgaragen-Einstellplätze für jede Wohnung vorhanden

Die exklusive Lage des Objektes, die gute Verkehrsanbindung und die Ausstattung sind beste Voraussetzungen für eine hohe Wertbeständigkeit Ihrer Anlage.

Zusätzliche Vorteile

- 50%-ige Sonder-Afa auf die Herstellungskosten bei Vermietung
- günstige Finanzierungsbedingungen können wir Ihnen auf Wunsch vermitteln
- Direkt vom Bauträger, keine zusätzliche Vermittlungsprovision

**Fordern Sie die Unterlagen oder
eine Investitionsberatung an.
Per Coupon - Fax oder Brief.**



TERRASTO
BAUTRÄGER GMBH

Coupon - per Fax oder Brief

Ich bitte um

- Unterlagen kostenfreie persönliche Investitionsberatung
 zur Vermietung als Eigennutzer

Name

Straße

Plz/Ort

TERRASTO BAUTRÄGER GMBH

Rathausplatz 3 • 85716 Unterschleißheim • Tel. 089-317 17 53 • Fax 089-317 43 48

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

Verbandsnachrichten

In den letzten Monaten standen Eingriffe in den Zahnheilkunde-Leistungskatalog für gesetzlich Versicherte mehr als einmal auf der Tagesordnung von Selbstverwaltung und Politik. Es kam zu Beschlüssen und Entwürfen, die uns im DAZ heftig beschäftigen und die in den nächsten Jahren vielleicht auch bei Kollegen und Patienten manch böses Erwachen erzeugen werden.

Zuzahlungs-Regelung für Füllungen

Ein wesentlicher Baustein im neu zu regelnden zahnmedizinischen Versorgungsangebot wurde am 24.4.1996 bei einer Anhörung des Gesundheitsausschusses in Bonn verhandelt: eine SGB V-Änderung zur „Mehrkostenrechnung Amalgam“. Sie soll den mißlichen Zustand beseitigen, daß bisher ein Patient, der Amalgam ablehnt, für eine alternative Füllung keinerlei Kassenzuschuß erhalten darf. (Die Stellungnahme des DAZ zu dem Gesetzentwurf wurde als aktuelle Einlage mit dem letzten Forum versandt.)

Vorausgegangen war wenige Tage zuvor der Entscheid des Bewertungsausschusses über die Honorierung von Füllungen im Seitenzahnbereich. Gegen die Stimmen der Kassen wurden Kunststoff-Füllungen deutlich aufgewertet, zugleich aber der Sachleistungs-Anspruch auf solche Füllungen begrenzt auf Menschen mit „absoluter Amalgam-

Kontraindikation“. Damit wich der Ausschuß sowohl ab von Festlegungen des Bundesausschusses von Kassen und Zahnärzten als auch von den Intentionen des Bundesamtes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), das im Sinne des „vorbeugenden Gesundheitsschutzes“ auch bei anderen Personengruppen die Amalgamverwendung zurückschrauben wollte.

Bei der o.g. Anhörung zeigte sich nun, daß diese widersprüchliche Vorgeschiede, die Definitionen von „absoluter“ und „relativer Amalgam-Kontraindikation“ sowie die berufspolitischen und gesundheitsökonomischen Implikationen nur dem kleineren Teil der Anwesenden geläufig waren. Was allerdings wohl jedem bewußt wurde, war, daß der beratene Gesetzentwurf, der explizit nur auf Inlays als Amalgam-Füllungs-Ersatz abhebt, seine Hauptanwendung nicht dort, sondern im Bereich der Kunststoff-Füllungen finden wird. Wenn demnächst Patienten in großer Zahl Komposit statt Amalgam wünschen, wird eine wichtige Konsequenz sein, daß dann nicht erst Zahnersatz, sondern bereits die Basisleistung Füllung eine Zuzahlung des Patienten und eine Auseinandersetzung über Kosten auslöst. Im Übrigen dürfte die mit dem Gesetz beabsichtigte Rechtssicherheit auf wackligen Beinen stehen. Was ist, wenn Patienten gegen die enge Grenzziehung entlang der Marge „absolute Amalgam-Kontraindikation“ juristisch vorgehen und für Schwangere, Kleinkinder o.Ä. die Kunststoff-Füllung als Sachleistung erstreiten? Und was ist mit dem Zahnarzt, der soeben noch eine werdende Mutter mit Amalgam therapiert hat?

DAZ-Nabelschau in Steinkirchen

„Es reicht“, sagt sich hier mancher Kollege voller Frust darüber, daß zu seiner Arbeitszeit noch mehrmals täglich ausgedehnte Gespräche über Füllungs-materialien und Kostenregelungen dazukommen. „Es reicht“, sagen auch verschiedene berufspolitisch engagierte DAZ ler.

Wie soll man neben dem Praxisalltag die Informationsflut bewältigen, von jetzt auf gleich Stellungnahmen verfassen, Arbeitszeit opfern für Anhörungstermine usw. und mit den Profis auf Seiten der Politiker, Kassen, Medien mithalten? Sich mit solchen und ähnlichen Zweifeln, überhaupt mit der internen Situation des Verbandes einmal ohne Zeitdruck auseinandersetzen, und zwar nicht nur vom Kopf her, sondern auch „aus dem Bauch heraus“, dies war wichtigstes Anliegen bei der DAZ-Rats-sitzung am 13.4.1996.

Unter dem Thema „DAZ gestern, heute und morgen“ wurden die Veränderungen in der berufspolitischen Szene analysiert und mit den eigenen Möglichkeiten und Absichten konfrontiert. So manche Frustration kam zum Ausdruck, aber auch Freude über die Kontakte untereinander und die gute Zusammenarbeit. Man war sich einig darin, daß der DAZ mit seinen geringen finanziellen und personellen Ressourcen vergleichsweise viel bewirkt und im Prinzip in diesem Sinne weiteragieren soll. Konstruktive Kritik und methodische Anregungen für die nächsten Aktivitäten sind erwünscht, ins Auge gefaßt wurde außerdem, daß kommunikative und

Freizeitbedürfnisse im Verbandsleben mehr Raum erhalten sollen. Ein gelungenes Beispiel hierfür gab's direkt nach der Sitzung bei der Geburtstagsfeier von Dr. Till Ropers, DAZ'ler der ersten Stunde und Spezialist im Arrangieren herausragender Feste. Ihm und seiner Familie noch einmal herzlichen Dank!

DAZ-VDZM-Tagung in Frankfurt - spannender Fachvortrag und heiße politische Debatten

Am 4./5.5.1996 kamen wie in den Vorjahren DAZ und VDZM (= Vereinigung Demokratische Zahnmedizin) in Frankfurt zu einer gemeinsamen Tagung zusammen. Mit Gerhard Schulte, im letzten Jahr noch Ministerial-Direktor in Seehofers Mannschaft, heute Vorstandsvorsitzender bei den Bayerischen Betriebskrankenkassen, stand uns ein intimer Kenner der gesundheitspolitischen Szene zur Verfügung, der mit markanten Strichen ein Bild der aktuellen Möglichkeiten und Machtverhältnisse in der GKV zeichnete. Der Diskussionsbedarf war heftig - hatte doch gerade zuvor die Koalition ihre Absicht bekundet, für die Generationen ab 1979 Zahnersatzleistungen völlig auszugrenzen. Näheres zum Referat Schultes finden Sie auf Seite 22.

Die fachliche Fortbildung in Frankfurt stand dieses Mal unter einem parodontologischen Thema: „Risikobestimmung und medikamentöse Therapie der marginalen Parodontitiden“.

Nach einem komprimierten Abriß der Entstehung parodontaler Erkrankungen stellte Prof. Dr. Thomas Flemmig von der Uni Würzburg verschiedene Methoden

medikamentöser Therapie dar, nicht ohne nachdrücklich vor dem schnellen Einsatz von Antibiotika zu warnen. Beachtlich war, daß der Referent immer wieder den Bogen von der Forschung zum Zahnarztalltag schlug und Fragen nach Aufwand, Kosten und Nutzen der therapeutischen Bemühungen mit einbezog (eine ausführliche Darstellung finden Sie auf Seite 26).

Gemeinsame Besorgnis über Ausgrenzung der Zahnmedizin

Stärker als in den Vorjahren wurde dieses Mal von DAZ und VDZM die Frankfurter Tagung zur gemeinsamen Diskussion genutzt. Die aktuellen Gesetzesvorhaben in beiden Organisationen zu Widerspruch und Besorgnis - man kam überein, in den nächsten Monaten in Kontakt zu bleiben und nicht nur 1997 wieder eine ähnliche Tagung zu machen (voraussichtlich mit Referaten zu „Armutsforschung“ und „Totalprothetik“), sondern sich bereits vorher am 14.9.1996 in Frankfurt zu einem gemeinsamen berufspolitischen Arbeitstreffen einzufinden. Übereinstimmend wurde die ZE-Ausgrenzung für jüngere Patienten als krassester Eingriff gesehen. Jedoch bergen auch die Regelungen für ZE bei den weniger Jungen und die Gesetzesvorschläge für den Füllungsbereich, die ja von der Abwicklung her eine Privatisierung von bisher durch die Kassen überwachten Füllungs- und Zahnersatzleistungen mit sich bringen, Nachteile für die Patienten. Wenn nicht gleichzeitig Qualitätssicherungsverfahren etabliert und Beratungsmöglichkeiten geschaffen werden, stehen die Patienten demnächst Problemen mit

qualitativ unzureichender Arbeit und überzogenen Behandlungen und Rechnungen ganz allein gegenüber. In der Frankfurter Diskussion war, nicht zum ersten Mal, die Enttäuschung darüber zu spüren, daß jetzt gerade die Zahnmedizin schrittweise ausgegrenzt werden soll, obwohl sie einer der GKV-Bereiche ist, der deutliche Erfolge vorzuweisen hat: Verbesserung der Mundgesundheit trotz Senkung des Anteils an den Gesamtausgaben!

Anhörung zum Beitragsentlastungsgesetz

Gut einen Monat später, am 12.6.1996, lud der Gesundheitsausschuß eine breite Palette von Institutionen, Verbänden, Experten aus dem Gesundheitsbereich zur Diskussion der inzwischen in Form eines Gesetzesentwurfes zusammengefaßten Sparvorschläge: zur Anhörung zum „Beitragsentlastungsgesetz“. Kurzfristig hatten DAZ-Vorstand und Prophylaxe-Referat eine Stellungnahme erarbeitet sowie zum Anhörungstermin eine Presseerklärung mit gleichem Tenor herausgebracht. Die stellvertretende DAZ-Vorsitzende Dr. Annette Bellmann reiste aus Berlin an und brachte, von der SPD befragt, Kritik an der bisher sehr unzulänglichen Umsetzung der Prophylaxe für Kinder und Jugendliche zum Ausdruck. Bisher und auch noch in näherer Zukunft könne nicht davon die Rede sein, daß jeder junge Mensch die Chance zur Gesunderhaltung seiner Zähne habe. Vor allem aber sei die soziale Bedingtheit von Zahnschäden zu berücksichtigen. Kinder aus unteren Sozial-schichten werden zuhause vielfach weder in Mundhygiene und gesunde Ernäh-

rung eingeführt, noch regelmäßig zum Zahnarzt geschickt. In allen Altersstufen treten orale Krankheiten gehäuft beim ärmeren Teil der Bevölkerung auf. Es sei unzumutbar, daß gerade diese Menschen als junge Erwachsene für ihre Zahnschäden selbst verantwortlich gemacht würden und die Therapie mit ihrem- wahrscheinlich ebenfalls geringen- Einkommen allein finanzieren müßten.

Verweigerung von Therapie gesetzeswidrig?

Dr. Jochen Bauer von der VDZM unterstrich diese Argumentation und fügte noch hinzu, daß nach einem Sozialgerichtsurteil aus den 70er Jahren Zahnverlust unter bestimmten Umständen als Krankheit definiert sei. Aufgabe der GKV sei es, bei Krankheit Hilfe bereitzustellen und darüber hinaus bereits im Vorfeld zur Verhinderung von Krankheit und/oder Verschlimmerung von Beschwerden einzugreifen. Wenn jetzt allen zukünftigen Generationen die Hilfe bei einem anerkannten Krankheitsbild verweigert werde, sei dies ein Verstoß gegen geltendes Recht. KZBV und Bundeszahnärztekammer, von CDU und SPD befragt, argumentierten in die Gegenrichtung. Dr. Schirbort begrüßte die Gesetzesinitiative und bezeichnete die Stichtagsregelung angesichts der vorhandenen Gruppen- und Individualprophylaxe-Angebote als angemessen - gewisse Defizite in diesem Bereich seien inzwischen behoben. Ins gleiche Horn stießen Prof. Tiemann und Dr. Willmes. Da wurde nicht von der abrupt einsetzenden finanziellen Belastung der jüngeren Patienten, sondern von einem

„sanften Einstieg“ in die „Selbstverantwortung“ gesprochen. „Warum sollen sich die Gesundheitspolitiker nach dem richten, der am schlechtesten putzt?“, so die Argumentation des BZÄK-Präsidenten.

Plädoyer der Zahntechniker: Einzelkrone = Zahnerhaltung

Vielleicht hat er ja die in seinem Hause vom IDZ (= Institut der Deutschen Zahnärzte) erstellten Publikationen, aus denen eindeutig die soziale Mitbedingtheit von Karies hervorgeht, nicht alle gelesen.

Ein anderer jedenfalls hatte die Untersuchungen des von den Körperschaften getragenen wissenschaftlichen Institutes sehr genau studiert: der Vertreter des Verbandes Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI). Als seine Organisation befragt wurde, führte er detailliert aus, daß bei bisherigen Untersuchungen immer ein gewisser, nicht geringer Prozentsatz von Patienten mit starken Zahnschäden und Zahnverlusten festgestellt worden sei. Nicht für alle diese Schäden gäbe es eine wissenschaftliche Erklärung. Solange die tatsächliche Vermeidbarkeit jeglicher Zahnverluste durch Prophylaxe nicht gesichert sei, könne man kaum ein Gesetz hierauf begründen. Im übrigen seien die Einzelkronen im Bereich Zahnersatz völlig falsch plaziert. Sie stellten eine zahnerhaltende Maßnahme dar, sozusagen als „ultimative Füllungen“. Sehr sachkundig und detailliert plädierten Zahntechnikermeister Schütz und Dipl.-Vw. Braun für die Aufnahme der Einzelkronen in die Zahnerhaltung, ähnlich wie der DAZ in seiner Pressemeldung wom

7.5.1996 und in seiner Stellungnahme für den Gesundheitsausschuß.

Nächste DAZ-Termine

Nach dem Schlagabtausch bei der Anhörung wird erneut die Beratung des Gesetzes im Gesundheitsausschuß und schließlich die nächste Lesung im Bundestag folgen. Alle interessierten DAZ-ler haben am 6./7.7.1996 bei einer Ratssitzung in Edewecht (beim Vorsitzenden Dr. Roland Ernst) Gelegenheit, sich mit den dann aktuellen Gesetzesvorschlägen auseinanderzusetzen und die Marschrichtung des Verbandes mit festzulegen. Diese Sitzung soll übrigens nicht auf politische Debatten beschränkt bleiben, sondern auch Raum für gemeinsame sommerliche Freizeitaktivitäten bieten.

Als weiteren Termin möchte ich bereits jetzt unsere Jahrestagung im Herbst - am 19./20.10.1996 - in Ihr Bewußtsein rücken. Wir haben ein spannendes Thema vor uns: Implantologie, praktisch vorgeführt, und einen exzellenten Referenten: Dr. Schmidinger. Außerdem treffen wir uns in einer Stadt im Umbruch, die selbst dann, wenn man in den letzten Jahren schon dort war, immer wieder Überraschungen zu bieten hat: Berlin. Das genaue Programm finden Sie im Mittelteil des forum. Ich hoffe, Sie sind mit von der Partie.

Mit freundlichen Grüßen

*Irmgard Berger-Orsag,
Geschäftsführerin*

Tag der Zahngesundheit'96

Wer sich an den um den 25.9.'96 stattfindenden Aktivitäten zum Thema *Mundgesundheit* beteiligen möchte, erhält bis 14.8. gegen von DM 7.- in Briefmarken umfangreiches Material wie Poster, Merkblätter, Infobroschüren, Klebebuttons, Zeitschriften usw. über

**Verein für Zahnhygiene,
Feldbergstr.40, 64293 Darmstadt.**

Patientenfaltblätter zur Fluoridprophylaxe gibt's kostenlos bei

DAZ-Informationsstelle für Kariesprophylaxe Postfach 1352, 64503 Groß-Gerau, Tel. 06152-81466, Fax -81788

Das Infoblättchen „Liebe Eltern“ gibt's kostenlos in großen Mengen bei

DAZ im NAV-Virchow-Bund, Belfortstr.9, 50668 Köln, Tel.0221-973005 45, Fax 0221-7391239

Die *zentrale Eröffnungsveranstaltung* findet am 25.9.96 in Stuttgart statt (11.30-17Uhr, Weißer Saal des Neuen Schlosses). Neben Grußworten, Einführungsvorträgen, Verleihung der Tholuck-Medaille, Ausstellungen und Vorführungen werden am Nachmittag eine Reihe von Fachvorträgen rund um das Thema „Zahngesundheit und Schule - Gemeinsame Verantwortung von Lehrerschaft, Zahnärzten und Eltern“ sowie eine Podiumsdiskussion geboten. (Programm und Eintrittskarten in begrenzter Zahl bei der DAZ-Geschäftsstelle).

Die Akteure haben sich viel einfallen lassen- sind *Sie* auf der Suche oder haben Sie Ideen anzubieten, wir sind interessiert und helfen weiter: DAZ- Tel. s.oben.

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

Afrodent eV

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

Bisher durchgeführte Projekte:

Zahnärztliche Behandlung von 1100

Kindern einer Missionsstation in Domfeld/Namibia, Aufbau einer stationären zahnärztlichen Einrichtung in Domfeld 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. Ruffinistraße 16,
80637 München, Tel. 089 168520
Bankverbindung: Deutsche Bank,
Kto 6900401, BLZ 70070010

Termine

8.8.1996: Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg

14.8.1996, 20.00 Uhr, Steinkirchen/ bei Dr. Ropers: Treffen der DAZ-Studiengruppe Elbe-Weser

12.9.1996: Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg

13.9.1996 Seminar Kinderzahnheilkunde, Berlepschstr.2, 81373 München, Auskunft Tel: 089-7252598, s. S.75

14./15.9.1996, Frankfurt/ Ökohaus: Treffen von DAZ & VDZM zum Stand der Gesundheitsreform sowie DAZ-Rat/ Forum-Redaktionssitzung

18.9.1996, 20.00 Uhr, Berlin/Friedrichstr. 112a: Treffen der DAZ-NAV-Virchow-Bund-Studiengruppe Berlin/Brandenburg

25.9.1996 bundesweit: Tag der Zahngesundheit mit dezentralen Veranstaltungen rund um das Schwerpunkt-Thema „Zahngesundheit und Schule“

25.9.1996, 11.30 - 17.00 Uhr, Stuttgart/ Weißer Saal im Neuen Schloß: Auftaktveranstaltung zum Tag der Zahngesundheit 1996

3.-6.10.1996, Ulm: Jahrestagung der DGZMK in Verbindung mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde
(Infos: Dr. Kluge, Tel. 030-28022 987 oder 030-28022 221)

Termine

12.10.1996 Seminar Kinderzahnheilkunde Berlepschstr.2, 81373 München s.S.75

17.10.1996: Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg

19./20.10.1996, Berlin: DAZ-Jahrestagung mit Fortbildungsveranstaltung am 19.10. zum Thema „Implantologie - ein integriertes Teilgebiet der Zahnheilkunde“ (Referent: Dr. Sebastian Schmidinger) sowie DAZ-Mitglieder-versammlung am 20.10.

19./20.10.1996, Freiburg: Herbsttagung der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM)

25./26.10.1996, Prag: 10. Jahrestagung der Europ. Gesellschaft für Zahnärztliche Ergonomie zum Thema: „Berufliche Erkrankungen & Gesunderhaltung des Zahnarztteams“ (Info: E. Höfling, Tel. 02741-62210, Fax 63232)

25.-27.10.1996, Nürnberg: Internationaler Kongreß der IPPNW zum Thema „Medizin und Gewissen - 50 Jahre nach dem Nürnberger Ärzteprozeß“ (Info: Tel. 030-6930244, Fax 6938166)

30.10.1996, Berlin/Friedrichstr. 112a: Treffen der DAZ-NAV-Virchowbund-Studiengruppe Berlin/ Brandenburg zum Thema „Was ein Zahnarzt über Kieferorthopädie wissen sollte“ (Referent: Dr. Uwe Süßenberger)

7.-10.11.1996 Trier/ Europahalle: 3. Europäisches Symposium für Oralchirurgie

Termine

und 6. Symposium für zahnärztliche Chirurgie mit Beiträgen zur Behinder-tenbehandlung

14.11.1996: Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg

19.12.1996: Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg

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

VERANSTALTUNGEN DES NAV

(LHV = Hauptversammlung eines NAV-Virchow-Bund-Landesverbandes)

11.9.1996, LHV Sachsen-Anhalt in Halle

18.9.1996, LHV Sachsen in Nossen

21.9.1996, LHV Bayern in Deggendorf

22.9.1996: LHV Hessen

28.9.1996, LHV Nordrhein in Köln

24.10.1996, LHV Hamburg in Hamburg

15.17.11.1996, Bundeshauptversammlung des NAV-Virchowbundes mit öffentlicher Veranstaltung und Arbeitstagung in Köln

30.11.1996: LHV Mecklbg.-Vorpommern

19.-21.6.1997, Internationaler Kongreß für Gruppenmedizin, veranstaltet vom NAV-Virchow-Bund und Hartmannbund in Köln

(Nähere Infos unter Tel. 0221-973005-0, Fax 0221-7391239)

Gesucht...

Vorbereitungsassistent/in mit ca. einjähriger Berufserfahrung ab sofort in Hamburger Praxis gesucht. Der/die junge Kollege/in soll zunächst Krankheitsvertretung übernehmen, längerfristig ist Halbtagsstätigkeit vorgesehen. Interessenten/innen melden sich bitte beim DAZ Tel. 0221/973005-45.

Assistent/in mit Berufserfahrung für Ganz- oder Teilzeittätigkeit gesucht für Praxis in Bonn-Beuel, Tel. 0228/440231.

Zahnarzt mit langjähriger Berufserfahrung im Ausland **sucht** Einstiegsmöglichkeit in Gemeinschaftspraxis oder Kollegen/innen zwecks gemeinsamer Niederlassung. Hinweise bitte an DAZ-Geschäftsstelle, Tel. 0221/973005-45.

Suche Partner für Zahnarztpraxis in Düsseldorf. Anfragen richten Sie bitte an: NAV-Wirtschaftsdienst Manfred Blömer, Ganspohler Str. 5, 40764 Langenfeld Tel. 02173/21021

Assistent/in mit Berufserfahrung (möglichst schon ein Jahr) für Zahnarzt-Praxis in Berlin gesucht. Tel. 030/8152075

Zahnarzt sucht kurzfristig Nachfolger/in für Praxis im Raum Ostwestfalen. Anfragen bitte an: NAV-Wirtschaftsdienst, Peter Harzendorf, Unterstr. 41, 42929 Wermelskirchen, Tel. 02196/973310

Zahnärztin mit langjähriger Erfahrung in eigener Praxis **sucht** auf Dauer Teilzeitstelle im Angestelltenverhältnis im Köln-Bonner Raum, Tel. 02227/81363

Praxisräume gesucht? In Ascha, einer Gemeinde ca. 15 km nördlich von Straubing werden an der B 20 neue Gewerbegebiete gebaut. Möglichkeiten für eine Zahnarztpraxis, auch Doppelpraxis, sind vorhanden. Preis/qm ca. 10-12 DM. Landschaftlich sehr schönes Einzugsgebiet von etwa 5.000 Einwohnern. Bei Interesse bitte fragen: Dr. Konrad Schwarz Kettelerstr. 4, 82152 Planegg, Tel. 089/8599668

Zahnarzt-Gruppenpraxis mit drei Kollegen im Raum Kassel **sucht** zwei Nachfolger oder Assistentenzahnärzte/innen, möglichst mit KFO. Anfragen richten Sie bitte an: NAV-Wirtschaftsdienst Manfred Blömer, Ganspohler Str. 5, 40764 Langenfeld Tel. 02173/21021

Moderne Zahnarztpraxis sucht Vorbereitungsassistent/in in Ostfriesland für längere Zeit, möglichst 2 Jahre. Fortbildungsmöglichkeiten in Parodontologie (GTR), Implantologie (3 Systeme), Gnatologie und biologischer Zahnmedizin. Modernes Praxislabor mit drei Zahntechnikern vorhanden. Bei Interesse Bewerbung mit Lichtbild erbeten an: Praxis Dr. Hans-H. Saschek, Schützenstr.8, 26446 Friedeburg, Tel. 04465/214, Fax 04465/274

Zahnarzt sucht dringend Nachfolger/in zur Übernahme seiner 5 Jahre alten Praxis in Duisburg-Wahnheimerort. Anfragen bitte an: NAV-Wirtschaftsdienst, Hubertus von Loe, Drususallee 66, 41460 Neuss, Tel. 02131/271798

Zahnarztpraxis mit Wohngebäude in Zentrumsnähe Rothenburg o.d.T abzugeben. Anfragen bitte an: NAV-Wirtschaftsdienst, Manfred Blömer, Ganspohler Str.5, 40764 Langenfeld, Tel. 02173/21021

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 DAZ-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

- Stud./cand.med.dent und Fördermitglieder 12.- DM
- Assistenz ZÄ/ZA, alte Länder 120.- DM
- Assistenz ZÄ/ZA, neue Länder 120.- DM
- Niedergel.ZÄ/ZA, alte Länder 360.- DM
- Niedergel. ZÄ/ZA, neue Länder 300.- DM
- ZÄ/ZA im Ruhestand 60.- DM

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

Mediziner Alltag 1921

Vollkommen dezentralisiert,
überarbeitet, verludert. Es ist
kein Leben dies tägliche
Schmierer u. Spritzen u.
Quacksalbern u. abends so müde
sein, daß man heulen könnte.
Aber wenn ich mir vorstelle, was
ich machen sollte, weiß ich es
auch nicht. Den Laden verkaufen
u. fort gehn! Aber wohin? In
Frage kommt nur (ein) warmes
Land, aber der Süden hat
Devisen, die nicht bezahlbar sind.
Oder die Zahl der Sprechstunden
einschränken, aber entweder

man hat eine Praxis, dann kann
man sie nicht beschränken, ohne
sie ganz zu ruinieren, oder man
hat keine. Oder die ganze
Passauerstraße zum Deibel
jagen, aber eine Tochter kann
man nicht zum Deibel jagen,
wenngleich-ja, wenngleich, aber
immerhin.

*Dr.med. Gottfried Benn an
Gertrud Zenzes Berlin,
29. Dezember 1921*



Echt stark! Ihr neues Glas Ionomer!

- *überlegene Oberflächenhärte*
- *geringste Abrasion*
- *kompromißlose Druckfestigkeit*
- *verblüffend amalgam-ähnliche Stopfbarkeit*

KETAC[®]-MOLAR
phantastisch plastisch!

