

61

von Zahnärzten für Zahnärzte
Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde

DAZ
forum

17. Jahrgang 2. Quartal 1998 Herausgeber DAZ, Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde im NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands



Privilegien für Privilegierte

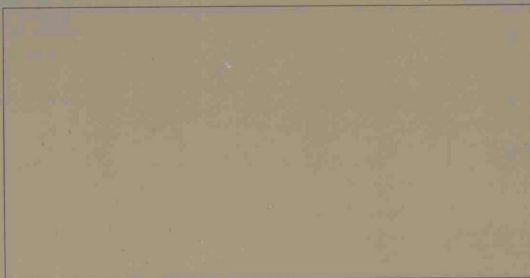
**Aus für Zahnersatz oder
Auslandszahnersatz?**

**Besteht eine Beziehung
zwischen Parodontal-
erkrankungen und
koronarer Herzkrankheit?**

Diagnose Glückssache

**Afrodent:
Notizen aus Namibia**

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

Wenn Sie*

mit Ihrer

Krankenversicherung

zufrieden sind,

bleiben Sie

wo Sie sind.

Andernfalls

02 21/16 36-14 49

*Zahnärztin/-arzt

 **CENTRAL**
KRANKENVERSICHERUNG AG

50593 Köln • <http://www.ckv.de>

Inhalt

Editorial		2
Gesundheitspolitik	Privilegien für Privilegierte	4
	Desinformationskampagne der Presse	8
	BKK'en für Nachbesserung am Festzuschuß-System	9
Zahntechnik	Aus für Zahnersatz oder Auslandszahnersatz?	15
	Laborsituation aus der Sicht eines Betroffenen	21
	Verlustzuweisung an den Zahntechniker?	27
Aus der Praxis	Diagnose Glücksache	28
	Luftreinigung in Behandlungsräumen	33
Serie	Praxiseinrichtung als Bedarfsplanung	35
Fortbildung	Frischer Mut zu neuer Praxis	39
Aus Wissenschaft und Forschung	Beziehung zwischen Parodontalerkrankungen und koronarer Herzkrankheit?	40
Prophylaxe	DAZ-Positionspapier zur Ausgestaltung des 2.GKV-NOG im Bereich Prophylaxe	43
	Kollektive und semikollektive Prophylaxe	46
	Krebsschutzfaktor Roggen	49
Leserbriefe		51
Afrodent	Notizen aus Namibia	55
Buchbesprechungen		61
Suche...biete...		67
Verbandsnachrichten		68
Termine		72
Der DAZ stellt sich vor		77
Impressum		74

Morgen, Kinder wird's was geben

Dieses Jahr ist Bundestagswahl. Wenn die Umfragen sich bewahrheiten, hat die meisten Chancen, wer die Wirtschaftsstrukturen so steuern kann, daß es wieder mehr Arbeitsplätze gibt und der wirtschaftliche Aufschwung sich festigt und verstärkt. Der Bundeskanzler und sein Gegenkandidat betonen gleichermaßen, daß es dabei auf den Mittelstand ankommt, weil von diesem die höchste Innovationskraft und Kreativität ausgingen. Das müssen sie auch sagen, weil mittlerweile jeder weiß, daß die Industrie sich um Arbeits- und Ausbildungsplätze einen Dreck schert und der 'shareholder-value' ihrer Aktien die Hauptaufmerksamkeit schenkt. Steuereinnahmen sind von dort auch nicht groß zu erwarten, weil der Standort mit seinen bekannten Nachteilen halt leider an steuerträchtigen Einnahmen immer weniger hergibt. Wie soll man auch Geld für Steuern übrig haben, wenn man doch die Investitionen für neue, automatisierte Produktionshallen abschreiben muß? Da ist es mit Kleinhandelsbetrieben, dem Handwerk und den Freiberuflern schon anders: gestählt durch die Konkurrenz gleich um die Ecke, purgiert durch die immerwährende Wachsamkeit des Kreditgebers ebenfalls gleich um die Ecke, ohne Aussicht auf die Verlagerung des Produktionsstandortes ins subventionsfreudige Ausland. Die Arbeitskräfte dort sind hochmotiviert und fortgebildet, es gibt wohnortnahe Arbeitsplätze, die Betriebe sind durch eine Unzahl von Geset-

zen und Verordnungen auf den rechten ökologischen Weg gebracht. Die Preise für Waren und Dienstleistungen bilden sich nach den Gesetzen des Marktes. Das ist die Hefe, die Auftrieb in den zähen Teig der deutschen Wirtschaft blasen wird! Also - Mut gemacht für die Existenzgründung, bittere Klage über die mangelnde Risikofreudigkeit der Banken: Steht doch bitte den Garanten für die gesunde Entwicklung der Zukunft nicht im Weg! So klingt's landauf, landab bei den Wahlreden. Gäbe es da nicht ein kleines Dorf im äußersten Nordwesten Galliens! Dort wohnen die Leute, die - leider - in der Ecke stehen müssen. Mit raffinierten kleinen Instrumenten machen sie sich an uns zu schaffen, entziehen sich jeder Kontrolle, stöhnen und ächzen darüber, daß man sie nicht liebt. Wenn ihr verschlagener Häuptling vom Schild stürzt, heben die einen ihn wieder auf, während die anderen herausfordernd über die Palisaden starren. Untereinander völlig zerstritten, waren sie trotzdem eine formidable Streitmacht zu ihrer Zeit, beneidet von den anderen, einst freien, Stämmen. Lange hat Bonn dem Treiben zugesehen. Waren doch ihre Dienste unverzichtbar und woanders nicht zu haben. Reguliert, doch nahezu ungeschmälert floß der Strom von Silbermünzen in die Truhen der Wichte. Bis sich aufmachte ein fintenreicher Bajuware, um den lästigen Stachel aus dem Fleisch zu reißen

Weiter soll hier die Geschichte nicht erzählt werden, denn wir alle wissen ja wie es weitergegangen ist. Glaubt man Uderzo und Gosciny, hat Vercingetorix dem Cäsar bei Alesia wenigstens sein Schwert auf den Fuß geschmissen, Schir-

bort hat Seehofer noch nicht einmal einen alten Fisch übergezogen.

Dafür macht er und sein ehemals Freier Verband uns weiterhin glauben, daß wir zwar einen dornenreichen -, aber eben doch einen Weg in die Freiheit vor uns haben. Dabei sieht er nicht, daß die Dornen von gestern die Balken von morgen sein können. Dabei sind die nächsten Bonbons für uns schon im Kochtopf. Hat Seehofer etwa den Antrag Schleswig-Holsteins entschieden zurückgewiesen, für Beihilfeberechtigte den GOZ-satz auf das 1,7/2,3fache zu begrenzen? Hat er nicht! Warum - ist er der Frau Simonis (SPD) zu irgend etwas verpflichtet? Ist er gewiß nicht! Kommt ihm der Gedanke gerade recht? Kommt er, denn die öffentliche Hand 'kauft' über 60% aller zahnärztlichen Privatleistungen über die Beihilfen. Kann man das nicht so regeln, daß dann die Beihilfeempfänger eben selbst mehr bezahlen müssen, wie im NOG vorexerziert? Könnte man gewiß, aber es kommt halt drauf an, wen man mehr fürchtet - und daß es viele WahlkreuzerInn von öffentlichen Dienern einzukalkulieren gilt, kann man sich ja denken.

Das hat uns aber keiner gesagt! Das stimmt, der KZBV-Vorsitzende muß sich ja nicht unbedingt um die »Privatangelegenheiten« kümmern, schließlich war es genug Arbeit, die GKV-Situation ein bißchen weiter kaputzukriegen. Wer darf dann in den Trümmern spielen? Hmmm...? Danke Papi !

Was kann man tun? BDZ und KZBV haben vor Jahren schon mal einiges Geld für eine Unternehmensberatung ausgegeben, die ihnen Ideen für mehr Akzep-

tanz zahnärztlicher Politik liefern sollte. Die Ideen waren gut, waren denen des DAZ verdammt ähnlich, deshalb wurde die Studie auch weggesperrt. Jetzt ist es langsam Zeit für neue Aktivitäten:

- Jetzt, in Wahlzeiten, der Politik deutlich machen, daß die Zahnärzteschaft ein Wirtschaftsfaktor ist, wie ihn sich die Politik immer wünscht, siehe oben.

- Damit aus dem Wirtschaftsfaktor eine Wirtschaftsmacht werden kann, sollten wir durch Gespräche und Verhandlungen mit den Ärzten nach Synergiemöglichkeiten suchen. Der DAZ beweist durch seine Zusammenarbeit mit dem NAV-Virchow-Bund, daß so etwas möglich und sinnvoll ist. Das gleiche gilt - *horribile dictu* - auch für die Zahntechniker, die die dritte Flanke bilden müssen. Da ist auf beiden Seiten viel Müll wegzuräumen, und mit etwas Männerfreundschaft wird es nicht getan sein.

- Das deutsche und das europäische Kartellrecht muß daraufhin abgeklopft werden, ob es legal ist, daß ein Staat sich seine eigenen Einkaufspreise per Gesetz bestimmt. Selbst wenn es wieder ein Gutachten für die Schublade werden sollte, auch die Ärzteschaft muß ein Interesse daran haben. Nach meinem kindlichen Rechtsempfinden müßte dabei statt einer Gebührenordnung eine Behandlungsordnung herauskommen. Da gestehe ich dem Staat einen Regelungsbedarf zu - bei den Honoraren hat er die Unschuld schon lange verloren. Wenn der Schatten einer Chance besteht, muß die Bundesrepublik eben vor Gericht.

Dr. Kai Müller, Seefeld

Privilegien für Privilegierte

Appellieren nicht immer wieder die höchsten Repräsentanten unseres Staates an die Bürger, Solidarität zu üben und Ansprüche zu reduzieren? War es nicht einer unserer Spitzenbeamten - Norbert Blüm - der forderte, man müsse den Gürtel enger schnallen, aber nicht den des Nachbarn, sondern den eigenen?

Genau dies scheint für die Beamten selbst aber nicht zu gelten: Daß sich der zu zwei Dritteln von Beamten besetzte Bundestag mit penetranter Regelmäßigkeit selbst die Einkünfte erhöht - ein Witz, dabei von Diäten zu reden! - damit muß sich der Steuerzahler wohl oder übel abfinden. Zynischerweise beschloß man beim letzten Mal gleichzeitig die Streichung von Zahnersatzleistungen für Jugendliche in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Jetzt, zur gleichen Zeit, zu der Kinderärzte bereits 40% ihrer Leistungen budgetbedingt umsonst erbringen müssen (Hausärzte 30%), hat das SPD-geführte Land Schleswig-Holstein im Bundesrat einen Verordnungsantrag eingebracht, mit dem die ärztlichen Privatliquidationen um 25% abgesenkt werden sollen (siehe Kasten S.5). Hintergrund ist die Verknappung der Finanzmittel der Beihilfestellen.

Auf gut Deutsch heißt das: Man will den Ärzten ein Viertel ihrer Privatrechnungen streichen, damit den Beamten die Erstattung ihrer Arztkosten erhalten bleibt. Es bedeutet weiter, daß ein Arzt einen Beamten zu Sätzen behandeln soll, die unter den AOK-Gebühren liegen, der Beamte dafür aber gleichwohl

als Privatpatient behandelt zu werden erwartet. Und auf diese reduzierte Vergütung muß der Arzt dann erfahrungsgemäß auch noch 6 Wochen warten, weil natürlich kein Beamter daran denkt, Rechnungen zu begleichen, bevor sie von Krankenkasse und Beihilfe erstattet sind.

Warum erläßt man eigentlich nicht ebenso willkürlich eine Verordnung, die Vermieter dazu zwingt, ihre Wohnungen an Beamte um 25% billiger zu vermieten?

Vor einiger Zeit kam ein Beamter im Rang und Besoldungsstatus eines Staatssekretärs zu mir: Er hatte seine Mundhöhle 20 Jahre ohne Zahnarztkontrollen vernachlässigt, bis es wirklich nicht mehr ging, und von mir einen entsprechenden umfangreichen Gesamt-Sanierungsplan erhalten - mit einem im Verhältnis zu Aufwand und Schwierigkeitsgrad bescheidenen Kostenvoranschlag von insgesamt 13.400 DM (8000.-DM davon entfielen allein auf die Material- und Laborkosten). Zwei Wochen später erschien er wieder und verlangte von mir, ich solle auf 500 DM verzichten, da er von Versicherung und Beihilfe nur 12.900 DM bekäme. Meine Frage, ob er schon einmal darüber nachgedacht habe, daß ein AOK - Patient (mit einem Bruchteil seines Einkommens) für die gleiche Sanierung höchstens 60% Zuschuß bekäme, empfand er als Zumutung. Nachdem ich ablehnte, ihm 500 DM zu schenken, verzichtete er auf die Behandlung. In einer anderen Praxis reduzierte ein Beamter eigenmächtig

Auf strikte Ablehnung der Bundesärztekammer stößt der Verordnungsantrag des Landes Schleswig-Holstein im Bundesrat, der dazu führt, die Privatliquidationen um 25 Prozent abzusenken. "Frei von Sachverstand und unverantwortlich in den ökonomischen Folgen für Ärzte und Krankenhäuser wird hier wieder einmal ein populistischer Popanz zur sozialpolitischen Profilierung aufgebaut", kritisiert Bundesärztekammer-Präsident Karsten Vilmar diesen jüngsten Vorstoß. Die Probleme der Beihilfe könnten und dürfen nicht über die Vergütungstaxe eines freien Berufes gelöst werden. Schließlich gelte die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nicht nur für Beihilfeberechtigte, so Vilmar, sondern für alle Privatpatienten. Die ärztlichen Leistungen, die von ihrer Struktur und Bewertung in der GOÄ auf dem wissenschaftlichen Stand des Jahres 1978 beruhen, würden dann teilweise sogar unter dem Niveau der vertragsärztlichen Vergütung bezahlt, kritisiert Vilmar. Seit dem Jahre 1983 sei der Ärzteschaft in der GOÄ nur ein Honorarzuwachs von 9,5 % zugestanden worden, obwohl im gleichen Zeitraum die Kosten der Arztpraxen um 45 %, die Preisentwicklung um 34 % und die Grundlohnsomme um 45 % zugenommen hätten. Dagegen seien die Honorare anderer freier Berufe weit über GOÄ Anpassungen hinaus angehoben worden. Auch oftmals behauptete "medizinisch nicht begründbare Mengenentwicklungen" ließen sich bis heute nicht belegen. "Der Antrag Schleswig-Holsteins ist ordnungsgemäß und gehört deshalb zurück in die ideologische Mottenkiste", resümiert der BÄK-Präsident.

BÄK intern

mehrfach seine Zahnarztrechnung um die Materialkosten für die Anästhesiemaßnahmen, weil er diese nicht von seiner Beihilfe erstattet bekam.

So einfach ist das: Was Versicherung und Beihilfe nicht erstatten, bekommt auch der Arzt nicht, gleichgültig, ob es medizinisch notwendig und rechens ist oder nicht. Diese Beispiele sind leider keine Einzelfälle oder gar seltene Ausnahmen. Vielmehr ist es tägliche Erfahrung in den Praxen, daß Beamte erwarten, ja verlangen, daß Begründungen für medizinische Leistungen den Beihilfavorschriften »angepaßt werden«. Denn wenn eine Beihilfestelle die Erstattung verweigert, dann protestiert der Beamte nicht bei der Beihilfe, sondern beim Arzt.

Die Erwartung der Patienten an uns, nur beste Materialien zu verwenden, immer präsent und konzentriert zu sein und sorgfältig zu arbeiten, hochwertige Investitionen für modernste Geräte zu leisten, diese Erwartungen sind ebenso selbstverständlich wie die Forderungen des Staates, kostenintensive Vorschriften zur Wartung, Desinfektion, Sterilisation, zur umweltgerechten Entsorgung von Chemikalien und Amalgamresten sowie zur TÜV-Überwachung zu erfüllen. Genauso selbstverständlich wird auch die zeitgemäße Vergütung unserer Mitarbeiterinnen erwartet, unsere Beteiligung an deren Krankenkassenbeiträgen und Altersversorgung.

Demgegenüber läßt es die Vollkasko-Mentalität vieler Beamter nicht zu, auch nur darüber zu diskutieren, ob sich Beamte mit 1% (!) Eigenmitteln an ihrer Altersversorgung beteiligen sollen - wie vor kurzem geschehen.

Wenn man in diesem Zusammenhang

bedenkt, daß der Staat in bestimmten Regionen Ärzten den Verkauf ihrer Praxen verwehren will - für die meisten von uns ein unverzichtbarer Bestandteil der aus Eigenmitteln (!) aufgebauten Altersversorgung - dann wird klar, daß es, im Gegensatz zu den Beamten - keine Schutzpflicht des Staates gegenüber seinen Ärzten gibt, und daß die Arbeit und Existenz derjenigen, von denen jeder bedingungslosen Einsatz verlangt, dem Staat herzlich egal sind.

Auf keinen Fall läßt sich der Anspruch auf eine privatärztliche Betreuung mit AOK-Vergütungen abdecken. Private Behandlung beinhaltet schließlich nicht einfach ein höheres Gebührenniveau, sondern die Chance für Patient und Behandler, eine Behandlung mit weniger Zeit- und Kostendruck durchzuführen, was möglicherweise auch Einfluß auf das Ergebnis hat. Wer Anspruch auf das gesamte Spektrum zeitgemäßer Therapiemöglichkeiten erhebt, muß bereit sein, selbst seinen Teil daran mitzutragen - ein Gedanke, den gerade Minister Seehofer immer wieder geäußert hat.

— Warum können nicht auch Beamte in die Gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen und unter den Bedingungen und im Rahmen der GKV behandelt werden?

— Warum können nicht auch Beamte wie andere Bürger die Hälfte ihrer Zahnersatzrechnung selbst bezahlen? Dies vor allem, wenn man bedenkt, daß die monatlichen Durchschnittseinkommen von Staatsbeamten mit 4621 DM höher sind als die 4320 DM in der Gesamtwirtschaft: (DIE ZEIT Nr.11, März '98).

Wer nach allem, was bereits an Kürzungen ärztlicher Vergütungen, Verweige-

rung von Punktwertanpassungen etc. vollzogen bzw. verweigert wurde, erneut Arzthonorare um 25% kürzt, der sollte sich nicht wundern, wenn sich auch bei den gewissenhaftesten und engagiertesten Kollegen eine Staats- und Leistungsverdrossenheit breitmacht, die sich in Minimalmedizin äußern könnte: Für »Dienst nach Vorschrift« haben Beamte sicher Verständnis - das Notwendigste, gerade Ausreichende mit einfachen Materialien, in der Zahnmedizin z.B. mit dem bewährten Amalgam. Oder mit einer Atmosphäre wie in deutschen Amtsstuben, wo der Bürger sich oft genug als Bittsteller behandelt fühlt und geduldig wartet, bis Beamte ihre Privatgespräche beendet haben.

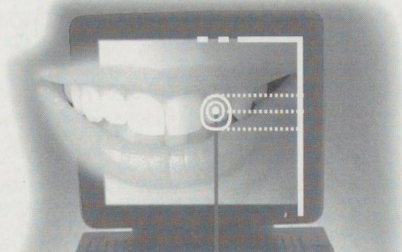
Fazit: Muß man sich nicht angesichts solcher Gesetzesinitiativen fragen, ob sich Beamte noch als Staatsdiener fühlen - oder ob sie nicht vielmehr den Staat als willfähiges Instrument zur Befriedigung ihrer Vollversorgungsansprüche mißbrauchen? Und zwar auf Kosten einer wahltaktisch irrelevanten Minderheit. Denn was sind schließlich die lächerlichen 3 Tausendstel der Gesellschaft - Ärzte und Zahnärzte - gegenüber der Zweidrittel-Beamtenmehrheit im Bundestag?

Dr. H.-W. Hey, München

Behördengroteske

Mit zwölf Pfennig pro Kilometer wird der Transfer von Haustieren (nur Hunde und Katzen, gilt nicht für Wellensittiche oder ähnliches) beim Umzug der Bonner Beamten nach Berlin subventioniert.

»Welt am Sonntag« vom 22.03.98



Die HighTech-Krone IN-CERAM DCS

Höchstmögliche Perfektion

Die neueste Innovation aus dem Hause Zahntechnik Scharl ist eine HighTech-Keramikkrone. Ihr Name: **IN-CERAM DCS**.

Der Kronenkern wird mittels einer computerunterstützten Fräsmaschine, in einer sehr aufwendigen aber überragenden Methode, aus Aluminiumoxidkeramik-Blöcken gefräst. Das Ergebnis ist eine Vollkeramikkrone mit einer äußerst hohen Biegefähigkeit und einer gleichbleibend hohen Qualität.

Sollten Sie Fragen haben, rufen Sie uns bitte an.

ZAHNTECHNIK
scharl

Zahntechnik Scharl GmbH
Kleinraigerling 66
92224 Amberg
Telefon 0 96 21/379-135
Fax 0 96 21/379-300

Desinformationskampagne der Presse

DAZ fordert qualifizierte Recherche

Köln, 21. April 1998 - Zufall oder Absicht? Bei der Berichterstattung über die neuen Zahnersatz-Honorare wiederholen immer noch manche Journalisten die Aussage: "Wenn die Zahnärzte den 1,7-fachen Satz berechnen, so haben sie doch 70% mehr Honorar reicht ihnen das denn noch nicht?"

Zuletzt wurde am 20.4.1998 im Frühstücksfernsehen von ARD und ZDF der Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Schirbort, mit einer solchen Aussage konfrontiert und versagte bei der Antwort völlig.

Wann begreifen zumindest Berichterstatter in den großen Medien, daß der 1,7-fache GOZ Satz (GOZ = private Gebührenordnung für Zahnärzte und seit 1988 nicht verändert) nichts mit dem 1-fachen BEMA-Satz gemein hat (BEMA =

Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung und jährlich angepaßt)!

Die Honorare sind für uns Zahnärzte beim Zahnersatz inzwischen auf einem so niedrigen Niveau angekommen, daß solche falschen Behauptungen von Journalisten schlicht wütend machen.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchowbund hofft, daß der Journalist im Frühstücksfernsehen nicht bewußt die Unwahrheit gesagt hat. Offensichtlich hat er schlecht recherchiert - oder war er noch nicht ganz wach? Eine Richtigstellung ist angebracht. Bei Rückfragen:

Wolfram Kolossa
Vorsitzender des DAZ

Zwei Beispiele: Für Versicherte der Barmer Ersatzkasse in Schleswig-Holstein betrug das Honorar

1) für eine Totale Prothese im Oberkiefer

bis 1997 360,03 DM (BEMA-Position 97a x Faktor 1,0)
ab 1998 345,98 DM (GOZ - Position 522 x Faktor 1,7)

2) für eine Krone als Brückenpfeiler

bis 1997 259,38 DM (BEMA-Position 91b x Faktor 1,0)
ab 1998 205,70 DM (GOZ - Position 501 x Faktor 1,7)

BKK'en für Nachbesserungen am Festzuschuß-System

Interview der DAZ-Geschäftsführerin Irmgard Berger-Orsag mit Zahn-technikermeister Walter Jacobi, Referent der Vertragsabteilung des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen in Essen

DAZ-forum:

Vor Inkrafttreten der Neuregelung im Zahnersatzbereich haben Gesundheitsministerium und zahnärztliche Körperschaften den Patienten die Neuerungen als Fortschritt verkauft: mehr Wahlfreiheit für den Einzelnen, mehr Selbstverantwortung, mehr Gerechtigkeit. Wie stellen sich inzwischen aus Sicht der Betriebskrankenkassen die Realitäten dar?

Jacobi:

Von Fortschritten spricht derzeit kaum einer mehr - eher ist von Preissteigerungen, Umsatzeinbrüchen, Verunsicherung die Rede. Wir haben uns mit Blick auf unsere Versicherten verschiedene Dinge vorgenommen - eines davon ist die laufende Beobachtung von Behandlungsplannungen und Eigenanteilen der Patienten. Derzeit untersuchen wir eine große Zahl nach der neuen Regelung erstellter Kostenvoranschläge, um Schwachstellen des Festzuschußsystems aufzudecken und Vorschläge zu ihrer Behebung machen zu können. Besondere Probleme gibt es in der Festzuschußgruppe 6, Wiederherstellungsmaßnahmen, die bei uns circa die Hälfte der Abrechnungen ausmachen und bei deren Berechnung gravierende Fehler auftreten. Besonders häufig trifft man auf die gleichzeitige Verwendung von GOZ-Positionen, die nur alternativ in Ansatz gebracht werden dürfen; hier wollen wir für Klarstellung sorgen und auch für eine Ver-

änderung der Bezuschussung. Denn unsere Untersuchungen ergeben bisher, daß die von den Patienten zu erwartenden Zuschüsse zwischen 17% und 60% der Gesamtkosten abdecken. Dabei sieht es so aus, als ob die Intention des Gesetzgebers in Richtung auf circa 50%-ige Zuschüsse schon in der Startphase nicht erfüllt wird. Umso weniger wird dies in den kommenden Jahren bei Steigerung des GOZ-Faktors der Fall sein.

DAZ:

Haben Sie auch andere Leistungsbereiche untersucht?

Jacobi:

Im Falle der Stiftaufbauten zeigen sich ebenfalls gravierende Mängel: Hier decken die Zuschüsse nur zwischen 15% und 20% der Kosten ab. Für Stifte wurden seinerzeit keine eigenen Festzuschüsse definiert, sondern aufgrund der Angaben der KZBV, daß diese Leistungen nur bei ca. 5% der Kronen anfielen, wurden sie in den Kronen-Festzuschuß mit eingerechnet. Unsere Analysen erbringen allerdings schon für die ersten drei Monate die für das ganze Jahr zu erwartende Menge an Stiften. Insofern gehen wir davon aus, daß ein eigener Festzuschuß für Stiftaufbauten (evt. mit einem Misch-Preis für gegossene und konfektionierte Stifte) etabliert werden muß, was wiederum natürlich Änderungen beim Kronen-Festzuschuß nach sich zieht. Ver-

einzelnt tritt übrigens auch der Fall auf, daß Festzuschüsse höher sind als die berechnete Leistung, z.B. beim Wiedereinsetzen einer Krone. Dies muß ebenso korrigiert werden wie die (viel häufiger) zu niedrig angesetzten Zuschüsse.

DAZ:

Heißt das, daß in Kürze alle Festzuschüsse wieder geändert werden müssen?

Jacobi:

Mit Sicherheit nicht. Die Probleme treten ja nur in wenigen Bereichen auf. Außerdem ist zu überlegen, ob man noch über einen etwas längeren Zeitraum Erfahrungen sammelt. Bereits bei der ersten Festlegung der Zuschüsse wurde ein finanzielles Polster für nötige Korrekturen mit eingeplant. Wir müssen es nutzen, damit entsprechend dem gesetzlichen Auftrag die Standardversorgungen für Patienten erschwinglich bleiben.

DAZ: Wie kann die Nachbesserung der Festzuschüsse erfolgen?

Jacobi:

Wir denken: Mehr als bisher muß ein Patient in die Lage versetzt werden, mit seinem Zahnarzt zu reden und die Vorschläge des Zahnarztes nachzuvollziehen und zu beurteilen. Erster Schritt dahin ist bei den BKK'en zunächst die Fortbildung der eigenen Mitarbeiter. Die Kassenangestellten lernen in Seminaren, die Festzuschüsse anzuwenden und mit der GOZ umzugehen.

Wir machen aber z.B. auch Rollenspiele mit der Dreiecks-Situation: Patient, Zahnarzt, Kasse, damit unsere Mitarbeiter sich in die gesamte Problemsituation hineindenken und verschiedene Verhaltensweisen üben können. Dies erleichtert ihnen die Beratung und Unterstützung der Versicherten, die ihrerseits

möglichst selbstbewußt mit der neuen Situation umgehen, sich die nötigen Informationen beschaffen und ggf. auch zu Preisdiskussionen in der Lage sein sollten.

DAZ:

Das heißt, die BKK'en offerieren Preisberatung und ggf. Tips für den Umgang mit dem Zahnarzt. Sie machen aber keine Aussagen zur zahnmedizinischen Indikation dazu, ob eine geplante Versorgung geeignet ist, oder?

Jacobi:

Einzelne Kassen mögen sich inzwischen mit zahnärztlichem Sachverstand ausgerüstet haben und vielleicht ihren Versicherten auch fachliche Beratung anbieten. Als Bundesverband beschränken wir uns jedoch auf die Aspekte Korrektheit der Berechnung, Angemessenheit des Preises.

Die Aufgabe der Kassen ist u.E., die Fragen der Versicherten zu klären und beispielsweise darauf hinzuweisen, daß die Begleitleistungen auf Chipkarte bezahlt werden, daß vertragliche Versorgungen mit GOZ 1,7 anzusetzen sind, daß bei Keramikverblendungen nur die Mehrkosten für zahntechnische Leistungen in Rechnung gestellt werden können usw. Dies sind ja die umstrittenen Punkte, in denen wir uns an die vom Gesundheitsministerium vorgegebene Linie zu halten haben. Wir geben dem Patienten Hinweise, aber es liegt letztlich bei ihm, sich mit seinem Zahnarzt zu verständigen und sich einen seinen Bedürfnissen entsprechenden und vom Preis-Leistungsverhältnis her akzeptablen Zahnersatz zu beschaffen. Zur Unterstützung bieten viele BKK'en ihren Versicherten eine Patientenbroschüre des MBO-Verlags an, in die unsere Informationen eingeflossen sind. Sie erklärt die einzelnen Neue-

rungen incl. Härtefallregelungen und liefert dem Leser neben einer Tabelle mit allen Festzuschüssen auch Berechnungsbeispiele.

DAZ:

Welche Möglichkeiten, sich zu orientieren, haben Ihres Erachtens die Patienten außerdem?

Jacobi:

Patienten können sich - wie bisher auch schon - eine zweite Meinung bei einem anderen Zahnarzt einholen. Bei umfangreichen Maßnahmen ist dies ohnehin erwägenswert und führt u.U. zur Verbesserung des ursprünglichen Therapiekonzepts. Darüber hinaus würden wir es auch begrüßen, wenn z.B. die Verbraucherberatung das Thema Zahnersatzversorgung in ihr Programm mit aufnehmen würde.

Wir haben eine große Zahl von Verbraucherzentren angeschrieben und Zusammenarbeit angeboten. Nicht zuletzt hatten wir extra für diesen Zweck einen Leitfaden für Versicherte mit (u.a.) rechtlichen Informationen erarbeitet. Aber bisher hat es noch keine Resonanz gegeben.

Was die Patientenberatungsstellen anlangt, die bei den Zahnärztekammern eingerichtet werden sollten bzw. sollen, so würden wir auch mit ihnen kooperieren. Aber noch haben wir keine Antwort auf unsere Nachfrage.

(Anmerkung der Redaktion: Laut Vorankündigung soll die 2. April-Ausgabe der "zahnärztlichen mitteilungen" einen Überblick über den Ausbaustand der KammerBeratungsstellen geben.)

DAZ:

Besonders heftige Auseinandersetzungen gibt es aktuell zwischen Zahnärzten und Zahntechnikern; Sie als gelernter

Zahntechnikermeister werden sicher diesen Schlagabtausch mit besonderem Interesse verfolgen?

Jacobi:

Ich kann beide Seiten verstehen, z.B. auch die Probleme von Praxen in sozialen Brennpunkten mit steigenden Laborpreisen und hohem Härtefall-Patienten-Anteil. Es darf nicht sein, daß der doppelte Festzuschuß in bestimmten Leistungsbereichen nur sehr unzureichend die Kosten abdeckt und der Zahnarzt einen Teil der Laborkosten zahlen muß. Auf der anderen Seite haben die Labors Probleme mit der Abhängigkeit vom Zahnarzt. Eines der Probleme ist die wechselnde Auslastung. Als ich noch als Zahntechniker tätig war, sahen meine Auftragskurven aus wie das Mount Everest Gebirge - mal war fast nichts zu tun, mal konnte man nicht genug Überstunden machen.

DAZ:

Hieran sind aber nicht in erster Linie die Zahnärzte schuld. Auch Sie müssen sich auf schwankendes Nachfrageverhalten der Patienten einstellen, und dieses wiederum wird erheblich von gesetzlichen Änderungen und Pressekampagnen beeinflusst.

Jacobi:

Die Abhängigkeit der Laborbetriebe von den Zahnärzten betrifft auch den Zahlungsfluß und die Preistransparenz. So lange ich berufspolitisch in meiner Innung aktiv war, habe ich mich für die Entwicklung von Alternativen engagiert; z.B. habe ich einen Modellversuch mit einer eigenständigen Zahntechnik - Abrechnungsstelle mit vorbereitet, der allerdings dann durch das 2. Neuordnungsgesetz und die Freigabe der Technik-Preise obsolet wurde. Momentan beobachte ich die Zunahme von Praxisla-

bors bzw. Labors in Zahnärzتهand. Für Niedersachsen wurde mir z. B. bestätigt, daß von 500 Innungsbetrieben 250 von Zahnärzten betrieben werden. Diese Entwicklung wäre für andere Bereiche undenkbar. Ein Arzt darf z.B. keine Apotheke betreiben, aber ein Zahnarzt kann Gesellschafter einer Labor-GmbH sein und seinen Einfluß bis in die Innung hineinbringen. Eigenlaborinhaber profitieren zudem davon, daß sie nicht der Gewerbesteuerpflicht unterliegen.

DAZ:

Bedeutsamer als diese Kontroverse dürfte vielleicht in Zukunft sein, daß in der Europäischen Union ein gemeinsamer Gesundheitsmarkt entsteht. Zahnersatz wird sowieso schon z.T. aus dem Ausland importiert; werden nun demnächst auch Zahn-Patienten ins Ausland exportiert? Wie steht der BKK-Bundesverband zu diesen Entwicklungen?

Jakobi:

Die neuesten Urteile auf EU-Ebene werden jetzt erst mal die Juristen und Politiker beschäftigen. Voraussichtlich sucht, egal wie die Interpretationen ausfallen, die Mehrzahl der deutschen Patienten auch in den nächsten Jahren noch einen Zahnarzt im Inland auf. Einen deutlichen Zuwachs können wir uns vorstellen bei der Verwendung von im Ausland gefertigtem Zahnersatz, der bisher nur etwa 1% des Volumens ausmacht. Die BKK'en werden aber sicher nicht mit Werbung für Auslandszahnersatz vorpreschen, denn wir sehen durchaus das Problem des Arbeitsplatzabbaus hier. Zu unseren Mitgliedskassen gehören auch die Betriebskrankenkassen von Unternehmen, die die inländischen Labors beliefern. Überhaupt sind die Arbeitnehmervertreter in den Führungsgremien unserer

Kassen - aber nicht nur sie - am Erhalt des Arbeitsstandortes Deutschland interessiert.

DAZ:

Dessen ungeachtet wird es für Kassen und Versicherte schon in den nächsten Jahren wichtige Veränderungen geben - ob durch Europa oder, speziell im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung, durch die Erfolge der Prophylaxe. Wie beurteilt man bei den BKK'en die Auswirkungen der Prävention?

Jakobi:

Natürlich setzen wir bzw. alle gesetzlichen Krankenkassen auf die Prophylaxe. Aber wir halten es nach wie vor nicht für richtig, wegen verbesserter Mundgesundheitswerte bei Jüngeren ab Jahrgang 1979 die Kassenzuschüsse für Zahnersatz zu streichen. Trotz aller Vorbeugebemühungen wird es auch bei den jüngeren Generationen Bedarf für Kronen, Brücken usw. geben. Wir wehren uns dagegen, daß - beginnend im Zahnersatzbereich - die gesetzliche Krankenversicherung auf eine Grund- oder Notversorgung zusammengestrichen werden soll. In den USA beneidet man uns um unser System; wir machen uns stark dafür, die hochwertige Versorgung für alle zu erhalten, und sind gespannt, was die nächste Bundesregierung auf diesem Feld unternimmt. Wenn das Gesundheitswesen, was nötig ist, an veränderte Bedingungen angepaßt werden soll, müssen Leistungserbringer und Kassen sich vernünftig miteinander verständigen. Ich wünsche mir und uns allen einen konstruktiven Dialog zwischen den Partnern der Selbstverwaltung.

Herr Jakobi, wir danken für dieses Gespräch.

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

Schachmatt beim Zahnersatz!

Brajtkovic Werbeagentur, Wesel



Die abgebildete VMK-Brücke kostet:	
1012 Krone für Keramikverblendung	
2 x 60,00 DM	120,00 DM
1100 Brückenglied für Keramikverblend.	
1 x 60,00 DM	60,00 DM
1620 Keramikverblendung	
3 x 70,00 DM	210,00 DM
9080 Biogold Plus (86,5% Au 10,5% Pt)	
4,2 g x 34,10 DM	143,22 DM
	533,22 DM
Mwst. 7%	37,33 DM
Total	570,55 DM

Mit uns sind Sie jetzt am Zuge!

Seit der ab Januar 1998 geltenden Regelung für Festzuschüsse, ist die Frage nach preiswertem und qualitativem Zahnersatz für Patienten, Zahnärzte und Krankenkassen wichtiger denn je. Wir von PERMADENTAL liefern seit zehn Jahren die preiswerte Lösung in Sachen Zahnersatz. Unsere Produkte werden auf dem modernsten Stand der Zahntechnik entwickelt und unterliegen einer ständigen Kontrolle. Neben unseren attraktiven Preisangeboten bieten wir Ihnen auf unsere Produkte 2 Jahre Garantie sowie einen unkomplizierten und schnellen Service.

Mit Sicherheit - PERMADENTAL!

V **PERMADENTAL**
ZAHNERSATZ

Postfach 10 07 24 • 46427 Emmerich

eMail: PermaDental@t-online.de

(01 30) 85 44 92

freecall (08 00) 7 37 62 33

Aus für Zahnersatz oder **Aus**landszahnersatz?

Ich wollte es wissen:

Wie steht es mit der Qualität von im Ausland gefertigtem Zahnersatz, was ist bei niedrigen Preisen zu erwarten? Nach einigen Erfahrungen mit verschiedenen ausländischen Anbietern habe ich kurz entschlossen das Labor eines der günstigsten Anbieter besucht, um über die Arbeitsphilosophie mit eigenen Ohren zu hören und die Arbeitsabläufe mit eigenen Augen sehen zu können. Sind diese Angebote medizinisch, ästhetisch und ethisch zu vertreten?

Die Politik

Wenn man die politische Diskussion um den Zahnersatz betrachtet, kann man nur in Wut geraten. Wurde der Einstieg in die GOZ zum 1.1. dieses Jahres von den DreiSäulenVertretern als großer Sieg gefeiert, so stellt sich nun für uns heraus, daß an keiner Front mehr Frieden ist. Als Hohn und Schmach empfinde ich, daß unser Gladiator Horst, vom anderen Horst zum »Beratungsgespräch« bestellt, uns am 26.03. mitteilt, daß eine Einigung erzielt werden konnte. Nämlich die, »daß wir (die KZBV) Ihnen (d.h. uns zahnärztlichen Pflichtmitgliedern) diese Rechtsauffassung des BMG ebenso übermitteln werden wie wir es mit der Rechtsauffassung der KZBV... getan haben«. Da wird also für eine 2jährige Probephase auf stur geschaltet und die schon viel zu kleinen Honorartöpfe zusätzlich belastet mit weiteren kaum einzuschätzenden Gerichts- und Anwalts-

kosten sowie Honorarstreitigkeiten. Wir sollen nun unseren Patienten das Versagen unserer Standespolitiker erläutern und in eigenem Interesse über angemessene Honorare aufklären - die Patienten wollen aber keine politische Indoktrination, keine mitleidheischenden Preisverhandlungen (»denn der Durchschnittszahnarzt verdient 19000 DM/Monat!¹«). Sie kommen in der Regel in unsere Praxis, um zahnmedizinisch versorgt zu werden, und das möglichst kostengünstig bei hohen medizinischen und ästhetischen Ansprüchen. Andere - und das ist in vielen wie auch in meiner Praxis die Minderheit - die wollen das Beste, das Feinste, da spielt der Preis keine Rolle (- noch nicht?). Diese Patienten können mit den zahlreichen Angeboten der deutschen Zahntechnik aufs beste versorgt werden. Aber sehr viele gehören in die erste Gruppe. Bedeutet für sie das NOG² eine besondere Härte oder sogar das Ende für ZE? Auch für diese Gruppe kann von uns bei der Festzuschuß-Regelung zumeist ein akzeptables Angebot mit im Ausland gefertigtem ZE gemacht werden.

Die Moral

Moralische oder deutsch-nationale Bedenken möchte ich relativieren. Die Globalisierung der Wirtschaft ist von unse-

¹ nach neuesten Angaben des dt. Institutes für Wirtschaftsforschung für 1996

² 2. GKV Neuordnungsgesetz ab 1.1.98

rem Land gewollt und hat schon lange fast alle Lebensbereiche ergriffen - essen wir nicht Lebensmittel aus aller Welt? fahren mit Autos, die es gar nicht mehr ganz deutsch gibt, haben high-tec EDV, Unterhaltungs- und Kommunikationsgeräte von der anderen Seite der Erde und stellen unsere Kleidung aus Angeboten aller Länder zusammen - um nur einige Beispiele zu nennen. Investiert und exportiert Deutschlands Wirtschaft andererseits nicht rund um den Globus? Sollen unsere Zahntechniker alleine auf der grünen Insel der Glückseligen sitzen und ihre Arbeitsplätze durch nationale Grenzen geschützt werden? Diesen Anspruch haben sie für mich als Gruppe verwirkt, seit ich wiederholt eine zweite Preisliste mit Zusatzangeboten von ihnen bekommen habe mit in Deutschland veredelten oder auch nur mit Aufpreis weitergeleiteten AuslandsZE-Arbeiten. Mit dieser Gewinnstrategie zerstören sie ihre eigenen Arbeitsplätze. Der unternehmerische Gewinn sei ethisch gesollt und trage zum Gemeinwohl dar - so konnte der Augustinerpater Dr. Dr. Zoche auf dem 1.Deutschen Zahnärzte-Unternehmertag Dezember '97 predigen (siehe DAZ-forum 60, Seite 58). Naja, uns Zahnärzten ist dieses Wertschöpfen jedenfalls untersagt, wir müssen alle Laborleistungen mit den Originalbelegen und Originalpreisen zur Abrechnung weiterleiten. (Wenn es da Informationen über andere Abrechnungspraktiken gibt, und dafür könnte ich Indizien nennen, so ist das schlimm und kriminell und sollte nicht nur aber auch unsere Standesvertretung zur Pflege der internen Hygiene veranlassen.) Auch verwehren sich unsere Zahntechniker z.T. gegen die Auslandsange-

bote, da diese sich wie »Rosinenpicker« nur die lukrativen Arbeiten herausgesucht haben und zu günstigen Preisen anbieten. Ihnen sei der Hinweis gegeben, daß wir Zahnärzte mit Mischkalkulationen schlecht gefahren sind. Jede Leistung hat ihren (Kosten+Gewinn)-Preis und sollte zu diesem angeboten werden, das ist die Basis für seriöse Kalkulation. Und da außerdem von verschiedenen Krankenkassen inzwischen sogar die Zahnersatzbehandlung im Ausland gefordert, gefördert und bezuschußt wird, habe ich für mich moralische Bedenken weitgehend ausgeräumt. In unserer Gesellschaft hat jeder 2 Ellenbogen.

Zahnersatz ist immer eine individuelle, für einen einzelnen Patienten gefertigte Handarbeit und da gibt es in der Qualität der Ausführung enorme Unterschiede bei den einzelnen Technikern in den Praxis-, gewerblichen oder ausländischen Laboren, wie wir alle aus unserer täglichen Arbeit wissen. Eine pauschale Verunglimpfung einer Gruppe, natürlich ohne Wahrheitsbeleg, wie es z.Z. die Firma New Tech in einer großangelegten Werbekampagne (*»Billige Goldkronen aus Mallorca! Keramikinlays aus Ungarn! Teilprothesen aus Malaysia! - Nein Danke!!«*) präsentiert, empfinde ich als unmoralisch. Leider sind in der Schlamm-Diskussion Praxislabor - gewerbliches Labor - ausländisches Labor immer wieder solche Elemente zu finden. Sie dienen nicht der sachlichen Auseinandersetzung. Da es sich bei Zahnersatz um eine wiederholbare Handarbeit handelt, die durch die exakte Durchführung definierter Arbeitsschritte (mit ergänzenden künstlerischen Elementen) erreicht wird, halte ich eine Qualitätssicherung, wie

sie in der ISO 9002 beschrieben ist, für hilfreich.

Das Angebot

Zahnersatz wird uns aus verschiedenen Ländern angeboten und ich möchte hier einige, darunter auch Exoten, nennen: Australien, China (HongKong, Shenzen), CSSR, Malaysia (Kuala Lumpur), Niederlande, Philippinen (Manila), Polen, Schweden, Seychellen, Singapur, Spanien (Mallorca, Teneriffa), Türkei, Thailand (Bangkok), Ungarn, USA. Die Entfernung spielt bei der Auswahl kaum eine Rolle, da durch den Luftservice fast gleiche Lieferzeiten angeboten werden: 10 bis 14 Tage.

Die Preisgestaltung ist recht unterschiedlich und sollte vor Laborauswahl genau geprüft werden. So gibt es Labore, die einen %-Abschlag von der BEL-Liste anbieten, was ich frei erfunden und nicht kalkuliert finde, andere nehmen für eine Verblendung im außervertraglichen Bereich weniger als für eine Verblendung im vertraglichen Bereich, was ich kalkulatorisch unseriös finde, genauso wie mögliche Rabatte und Staffelpreise und sonstige Begünstigungen bei der derzeitigen Rechtslage. Nur wenige bieten alle ZE-Leistungen an.

Wenn der Patient preisgünstigen Zahnersatz aus dem Ausland wünscht, dann wird er in der Regel nicht ein bestimmtes Land favorisieren, er wird sich für Preis, Material und Qualität interessieren. Um den Patienten entsprechend beraten zu können, habe ich bei einigen der günstigsten Anbietern Arbeiten anfertigen bzw. zeigen lassen (Preise um 50% unter den letztjährigen BEL-Preisen) und habe nun das Labor, dessen

Arbeiten mir am besten gefallen, besucht.

Vor Ort Recherche

Dieses Labor in Fernost wird durch Permadental³ in Deutschland vertreten, die den Versand und die Abrechnung für uns sehr einfach organisiert, 2 Jahre Garantie für die gelieferte Arbeit zusichert und eventuelle Reklamationen für uns problemlos reguliert. Zur Beratung bei Problemen mit einzelnen Arbeiten steht ein Zahntechnikermeister zur Verfügung, der notfalls auch in unsere Praxis kommen kann. Habe ich mir das Labor nun als große »Zahnfabrik« vorgestellt, wie sie in den USA und teilweise auch bei uns zu finden sind, so wurde ich positiv überrascht, es handelte sich um einen Kleinbetrieb mit ca. 25 Mitarbeitern. Geführt wird der Betrieb von einem Techniker und seiner Frau, die ihr Zahnmedizinstudium in den USA mit dem D.D.S. und anschließender Technikerausbildung abgeschlossen hat.

In einer ausführlichen Diskussion wurde ich vom Laborleiter über die Philosophie des Labors informiert: Mit festgelegten Arbeitsschritten versuchen sie bei ausschließlicher Verwendung guter Materialien eine hohe Qualität zu erzielen, um den in den USA gesehenen Standard zu erreichen. Dabei haben sie sich bewußt auf wenige Arbeiten beschränkt, nämlich Kronen, Brücken und Gußfüllungen. Sie bieten für Metallkeramik nur 3 Legierungen, alle von Elephant/Niederlande an: Hochgold (Biogold Plus), Palladium/Silber (Orion Argos) sowie als NEM Ko-

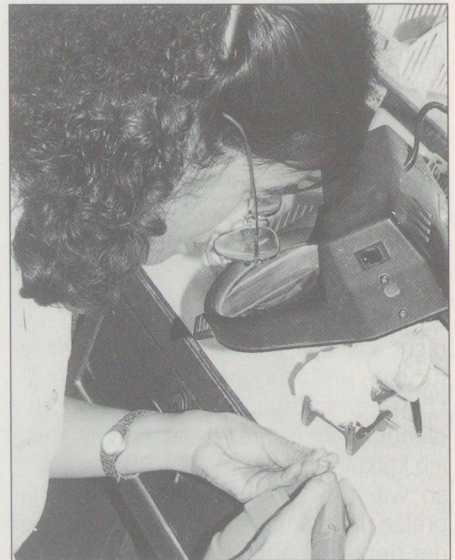
³ PERMADENTAL, Postfach 100724 D-46427 Emmerich, Tel.: 0130 85 44 92

balt/ Chrom (BNF2000) - was nach wissenschaftlichen Kriterien eine sehr vernünftige Auswahl der Legierungsgruppen ist (siehe auch DAZ-forum 49 von 6/95). Für reine Gußarbeiten wie Inlays steht auch noch eine gelbe Gold/ Palladium Legierung (Minerva 4CF) zur Verfügung.

Da sich ihre hochwertigen Arbeiten auf dem heimischen Markt aus Kostengründen kaum absetzen lassen, haben sie sich zusätzlich einen Partner in Europa gesucht und arbeiten nur mit diesem zusammen. In ihrem Lande gibt es den Ausbildungsberuf Zahntechniker nicht, deshalb bilden sie ihre Mitarbeiter selbst aus, wie es auch die dortige Universität mache. Die fähigen Mitarbeiter sind das Kapital der Firma. Um sie zu halten, werden sie auch gut bezahlt (mit im lokalen Vergleich hohen Gehältern bis ca. 15.000 Baht, etwa 750DM) bei freiwilligen, im Land nicht vorgeschriebenen Leistungen wie betrieblichen Renten- und Krankenversicherung. Die Mitarbeiter haben eine geregelte Arbeitszeit (48 Stundenwoche) sowie Urlaubsanspruch von 6-10 Tagen, je nach Betriebszugehörigkeit. Überstunden werden extra vergütet - alles Leistungen, die in einem armen Land mit extremer Arbeitslosigkeit nicht selbstverständlich sind.

Um sich ein Bild von dem Versorgungsstand zu machen: die offiziell 6, inoffiziell 10 Millionen Einwohner der Stadt werden von ca.300 Zahnarztpraxen versorgt, denen stehen wiederum 8 Dentallaboratorien zur Verfügung (Angaben den gelben Seiten entnommen). Zum Vergleich: Hamburg hat mit ca.2 Millionen Einwohnern etwa 1250 Praxen und

über 200 Laboratorien. Für den normalen Bürger ist eine Zahnbehandlung in der dritten Welt nach der Infrastruktur also nicht vorgesehen, aber auch nicht bezahlbar. Die vorhandenen Praxen und Laboratorien müssen ums Überleben kämpfen. So hatte z.B. eine junge Kollegin in der Nähe meines Hotels ihre nach unseren Maßstäben moderne Praxis auch am Samstag und Sonntag bis nach



Kontrolle der Arbeit durch die Chefin des Labors

21.00 Uhr geöffnet, um auf Patienten zu warten. Mehr darüber vielleicht in einem 2.Bericht aus den Tigerstaaten der 3.Welt. Hier möchte ich nur einen zugegeben subjektiven Gedanken einschleichen: Wenn unsere Regierung Entwicklungshilfe leistet, z.B. ein modernes Labor in Manila einrichtet, dann sind wir ei-

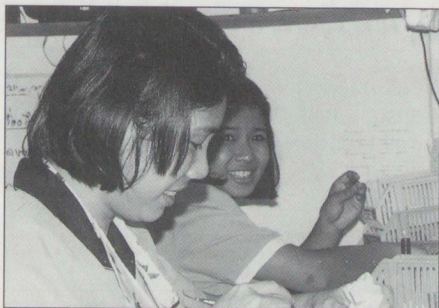
gentlich auch verpflichtet, ihm eine Chance zum Überleben zu geben. Auf dem heimischen Markt gibt es die nicht. Doch zurück zum besuchten Labor: Zur Absicherung der Ergebnisqualität wird bei allen Arbeiten eine Eingangs- und Ausgangskontrolle durch die Chefin persönlich unter der Lupe durchgeführt (siehe Abbildung), für die Prozeßqualität ist ein Mitarbeiter (nicht Chefl) als Supervisor bestellt, der alle Arbeitsabläufe ständig kontrolliert und ggf. korrigierend eingreift. Außerdem wird zur Zeit das umfangreiche Handbuch mit allen Arbeitsanleitungen für das Qualitätsmanagement nach ISO 9002 fertiggestellt, so daß in nächster Zukunft die Zertifizierung mit 1/2 jährlichem Audit durch eine international agierende Prüfungskommission (AJA-EQS Ltd, Großbritannien) folgen wird.

Bei einem anschließenden Gang durch das Labor konnte ich mir die Arbeitsbe-



Keramikofen

dingungen anschauen: Die klimatisierten Räume machten bei einfacher mobiler Ausstattung einen hellen, sehr aufgeräumten Eindruck, die technische Ausstattung ist zeitgemäß gut. Natürlich wird z.B. der Gips im Vakuum angerührt und die Modelle in einem (einfachen) Mittelwertartikulator fixiert. Erschrocken war ich z.T. über die überlassenen Arbeitsunterlagen: ungenaue Abformungen, z.T. nur halbe Kiefermodelle. Moderne Spezialitäten wie Funkerosion und Laserschweißen sind nicht zu finden - werden für die angebotenen Arbeiten ja auch nicht benötigt. Dafür sind zweckmäßige und vollautomatische Geräte zu



finden und bei uns vorgeschriebene Arbeitsschutzbedingungen wie Mund- und Augenschutz sowie Arbeitsplatzabsaugung werden eingehalten. Beeindruckend ist die sichtbar gute Arbeitsatmosphäre und der über alle Dinge schwebende Hausgeist. Diese kleinen Geisterhäuser sind überall im Lande anzutreffen, die Geister sollen sich in ihren Häusern aufhalten und wohl fühlen, sie sollen nicht die hier wohnenden oder arbeitenden Menschen durcheinander bringen. Es ist überaus sinnvoll in der



Der gute Hausgeist

Versandabteilung, wo alle Ausgänge auf Vollständigkeit überprüft werden, angebracht worden. Ob nun jedem die Arbeiten auch wie mir gefallen, das muß jeder selbst entscheiden, davon möchte

ich hier kein weiteres (subjektives) Bild bringen.
Dr. U. Happ, Hamburg

Zahntechnik aus dem Ausland Qualität muß stimmen

Grundsätzlich können Zahnärzte zahntechnische Leistungen aus dem Inland oder aus dem Ausland beziehen, entscheidend ist, daß die gelieferten Qualitäten den deutschen Standards entsprechen und daß die gesetzlichen Importbestimmungen eingehalten werden. Dies erklärte die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium Sabine Bergmann-Pohl auf eine Anfrage des SPD-Abgeordneten Klaus Kirschner. Über die Einhaltung der Qualitätsstandards, so die Staatssekretärin, wachten die Zahnärzte, die die zahntechnischen Arbeiten eingliederten. *pr*

Initiative Erlanger Zahnärzte

gegen die Zweckentfremdung von Mitgliedsbeiträgen der KZV Bayerns

Sehr verehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,

die KZVB möchte Überschüsse und Kapital in eine Stiftung einbringen, um bei einer evtl. Übernahme der KZVB durch einen Staatskommissar oder eine ärztliche KV sicherzustellen, daß das Kapital der Zahnärzteschaft erhalten bleibt. Dazu ist geplant, zunächst 5 Mill. DM als Grundstock einzuzahlen.

Wir Obleute sind der Meinung, daß es sich hierbei um Gelder und Kapital handelt, das aus Ihren Verwaltungsbeiträgen stammt. Die KZVB ist als Zwangskörperschaft zur besonderen Sorgfalt im Umgang mit Ihren Beiträgen verpflichtet. Nach unserer Meinung muß bei Auflösung der KZV das Kapital an die Zahnärzte ausgezahlt werden.

Dr. Henning v. Hesler, Dr. Friedrich Reuter

Süddeutsche Kassenlotterie

Die Laborsituation aus der Sicht eines Betroffenen

Es gibt wohl derzeit kein Labor in Bayern, das von sich behaupten kann, es ersticke in Arbeit. Einen Umsatzrückgang haben wir zwar erwartet, daß er sich jedoch dermaßen dramatisch gestaltet, überrascht doch alle. Abhängig von der jeweiligen Kundenstruktur differieren die Schwankungen zwischen 20 und 75% zu den Vergleichsmonaten des letzten Jahres und eine wesentliche Besserung ist noch nicht in Sicht.

Zwar signalisieren uns noch manche Kollegen, daß sie mit sage und schreibe 26% weniger als den bisherigen Kassenpreisen immer noch gut zurecht kommen! Keramikverblendungen werden teilweise zwischen 45 und 75DM auf den Markt geworfen und eine Kombiarbeit mit zwei Teleskopen ist sogar schon für schlappe Tausend Mark zu haben!

Das sind aber die Trödler der Dentalbranche, bei deren Rechnung sich jeder Betriebswirtschaftler ungläubig an den Kopf fassen muß!

Wir anderen, die mit weniger magischen Finanzfähigkeiten ausgestattet sind, geraten angesichts solcher Preisgestaltung doch arg ins Grübeln: Hier wird allen Zahnärzten, Patienten aber auch den Krankenkassen ganz offen bewiesen, welch ungeheueren Reibach die Zahntechniker offensichtlich in den vergangenen Jahren mit den Kassenpreisen machen konnten.

Ähnlich wie Dagobert Duck sind wir jetzt in der Lage, im Geld des angestapelten Vermögens rumzuschwimmen und Preise wie Lotozahlen zu verkraften. Mit betriebswirt-

schaftlichen Überlegungen hat das alles nichts zu tun. Es ist darum kein Wunder, daß Krankenkassenberater angesichts dieser Preiskapriolen mit teilweise unglaublichen Behauptungen die Patienten wissentlich falsch unterrichten, in der Vermutung, es gehe immer noch etwas billiger. Ihr Bestreben, sich in die »Beschützerrolle« des ach so gepeinigten Kranken zu manipulieren, während sich Zahnarzt und Labor als finanzielle Folterschergen gegenseitig überbieten, nimmt derzeit kein Ende. Da teilt doch die Iduna Nova einem Patienten mit, das Zahnlabor dürfe auch weiterhin nur nach Preisen abrechnen, die »angemessen« seien. Angemessen seien die Preise, wie sie vor dem 1.1.98 nach Bel II gültig waren. Die Barmenia-Leistungsabteilung informiert einen Patienten, er solle darauf dringen, den Zahnarzt zu veranlassen, die Laborrechnung niedriger zu gestalten, da sie übersteuert sei. Witzigerweise war diese Arbeit nach dem Vermerk »Kasse« auch mit den BEL Preisen abgerechnet worden.

Noch radikaler treibt es die Sozialhilfverwaltung Bad Tölz, die ihren Härtefallpatienten einen Vordruck zukommen läßt, wonach Zahnarzt und Labor angeblich verpflichtet seien, zum Preis des Festzuschusses zu arbeiten. Überschießende Beträge würden von der Sozialhilfe nicht übernommen! Die Stelle hat nicht einmal eine Ahnung davon, was ihre übergeordnete Behörde, die Regierung von Oberbayern, als Richtlinie herausgegeben hat.

Die Einführung von Festzuschüssen, so der Werbeslogan bisher, gibt dem Patienten die

Möglichkeit, über die zweckmäßige Versorgung hinaus sich den Zahnersatz zu leisten, der ihm angemessen erscheint, ob luxuriös oder bescheiden. So weit, so gut. Das ist die Theorie. In der Praxis sieht das anders aus: Wenn der Patient mit seinem Behandlungsplan bei der Kasse vorstellig wird, erklärt ihm der Sachbearbeiter, die Versorgung sei viel zu teuer, die Lösung zu aufwendig, er müsse mit dem Zahnarzt über die Preise verhandeln und am besten wäre es, wenn er sich den Zahnersatz gleich im Ausland machen ließe, da käme es sowieso billiger.

Seit die Kassen sich nun ihrerseits im freien Wettbewerb befinden, scheint ihnen jedes Mittel recht zu sein, Geld einzusparen. Bei diesem angeblich so ehrenhaften Bestreben ist es doch ziemlich verwunderlich, wenn man in einem Artikel einer FVZL-Spezialausgabe einiges über die Verwaltung der Mitgliederbeiträge der AOK nachlesen kann. Allein die Werbekampagne zur »Gesundheitskasse« hat demzufolge schon 100 Millionen verschlungen. Ferner werden Bauchtanzkurse oder chinesische Heilgymnastiken mitfinanziert und, man lese und staune, eine hirnrissige Trabbiralley zwischen Magdeburg und Marakesch mit Mitgliederbeiträgen gesponsert. Da werden wiederum Gelder bedenkenlos mit vollen Händen zum Fenster rausgeworfen. Während Zahnärzte und Zahntechniker mit der Einkommensentwicklung in den letzten 10 Jahren nur insoweit etwas zu tun hatten, als sie dem ständigen Verfallsgeschehen tatenlos zuschauen mußten, explodieren die Verwaltungskosten der Krankenkassen bei gleichzeitiger Leistungsreduzierung für den Versicherten. Indem man zusätzlich noch auf die Produkte aus Billiglohnländern verweist, wird der Verlust deutscher Arbeitsplätze aus eigenen Reihen noch verstärkt. Seit die Kassen sich

an den Behandlungskosten beteiligen, ist es das erste Mal, daß ihnen mit der Einführung der Festzuschüsse die Möglichkeit genommen wird, auf die Versorgungsstruktur der Patienten Einfluß zu nehmen. Das bedeutet Machtverlust und darum muß das Festzuschußmodell torpediert werden, wo immer es geht. Unser Handwerk macht hier nur den Anfang, andere werden sicher folgen.

Solange es aber auch zwischen Minister Seehofer und dem Vorsitzenden des Ausschusses für Gesundheit Dr. Thomae Auslegungsdifferenzen für die einzelnen Behandlungsfälle gibt, (z.B. GOZ Regelung bei Keramikronen) kocht hier jede Stelle ihr eigenes Süppchen auf dem Rücken des Patienten. Der sieht sich nun zwischen den Mühlensteinen der Qualitätsversorgungsansprüche des Zahnarztes einerseits und den Sparbestrebungen der Kasse andererseits zerreiben und nachdem der Zahnarztbesuch sowieso nicht zu seinen Hobbys zählt, schiebt er das Problem erst mal vor sich her.

In die gleiche Kerbe schlagen dann auch noch TV und Presse und es vergeht kein Tag, an dem nicht irgendeine Horrormeldung den Patienten endgültig verunsichert. »*Kostenfalle beim Zahnarzt*« »*So ziehen Sie ihrem Zahnarzt den Zahn*« »*Mit dem Zahnersatz warten, dann zahlt die Kasse mehr*« (gemeint ist: man solle warten bis man unter die Härtefallregelung fällt, dann bekäme man ja den doppelten Festzuschuß!!) Das sind nur die harmlosen Beispiele dieser Kampagnen.

Politik, Kassen und Medien fechten die Auslegung der Reform auf Kosten der Patienten aus, zerstören deren Vertrauensverhältnis zum Zahnarzt und stürzen eine ganze Handwerksbranche in eine wirtschaftliche Krise. Die aktuelle Umfrage bei allen Betrieben er-

gab folgendes Resultat: Es wird 48,2% weniger Ausbildungsplätze geben, es werden 52,4% weniger Gesellenprüfungsabgänger in ihrer Ausbildungsstelle übernommen und die Zahl der arbeitslosen Zahntechniker wird von 5000 auf weit über das Doppelte steigen. Das ist das trostlose Resultat einer ungenügenden und höchst widersprüchlichen Vorbereitung einer Reform, deren Grundgedanke von vielen als notwendig und wichtig erachtet wurde.

Wenn man weiß, daß die Bundesbürger Milliarden für viel banalere Dinge ausgeben wie z.B.

- 1,4 Mrd für Spielautomaten
- 4,3 Mrd für Haustiere
- 4,8 Mrd für CD's
- 12,5 Mrd für Prostitution
- 16 Mrd für Kosmetik
- 19 Mrd für Süßwaren
- 33,5 Mrd allein für Marlboro!
- 80! Mrd für Urlaub

dann nehmen sich die 6 Milliarden, mit denen wir ein ganzes 80 Millionen Volk mit Zahnersatz versorgen, geradezu bescheiden aus.

Trotzdem werden wir nach allen Regeln der Kunst gegängelt mit Preisbindung, Privatpreisreglementierung, Qualitätsmanagementhandbüchern, Medizinproduktegesetz, Zertifizierung - alles Dinge, ohne die wir früher wunderbar zurechtgekommen sind. Die ganze handwerkliche Kunst tritt in den Hintergrund, denn es genügt heute nicht mehr, eine hochwertige Prothetik herzustellen, man muß sie auch vermarkten. Das haben wir zwar alle nicht gelernt, wenden es aber immer mehr (oder weniger laienhaft) an. Denn eines steht ja doch fest: Unser Produkt ist auf Gedeih und Verderb mit der Fähigkeit des Zahnarztes verbunden, es weiter zu ver-

kaufen. Aber auch das ist keine Frage der Niedrigpreise, sondern der Qualität und des Service.

Die TV-Werbung mit den vielen lächelnden Zahnärztinnen, die uns wissen lassen, daß Zähne einfach weiß und nicht beige zu sein haben oder der Uralt-Doktor Best, der mit seiner Airbag- und warnblinkanlagenbestückten Gelenkzahnbürste den Patienten ein neues Körperpflegebewußtsein einprägt, fördern den Patientenwunsch nach hochwertigem Zahnersatz.

Funkenerosion, Lasertechnik, Galvanisierverfahren, Titanverarbeitung, Artglas, Fiberglas, Inceram-oder Celaytechnik, Computersimulation oder Intraoralkamera mit Videokonferenzschaltung - 100 tausende von Mark müssen da investiert werden, weil nun einmal immer weiter entwickelt wird und die Produkte auf den Markt drängen. Industrie, Mediziner und Fachwerbung tragen dazu bei, daß der Patient diese Techniken auch »konsumieren« will. Das Einzelprodukt soll aber den Preis einer Ringdeckelkrone aus den 60er Jahren möglichst nicht übersteigen!

Natürlich stehen unsere Preise im Verhältnis zur Zahnarztrechnung bei 3:1. Es will aber niemand wahrhaben, daß die Herstellungskosten im gleichen unangenehmen Verhältnis zu unserem Nachteil zu Buche schlagen. Die Zeiten, in denen das Gramm Gold für 6,10DM zu haben war, sind nun einmal vorbei.

John Ruskin, Sozialreformer im vorigen Jahrhundert, bemerkte zum Thema Preis unter anderem: »Das Gesetz der Wirtschaft verbietet es, für wenig Geld viel Wert zu erhalten!« So basteln die Krankenkassen ihren eigenen Elchtest und der Versuch, das Ausgabenbudget unter die Mindestgrenze zu drücken,

wird ebenfalls zum Umfallen neigen, wenn sie später merken, daß einmal 6000 DM für eine Versorgung billiger ist als zweimal 4000 DM für den gleichen Zeitraum.

Solange aber eine gesetzliche Pflicht zur Behandlung von Kranken mit allen technisch und medizinisch verfügbaren Mitteln besteht, werden Einsparungsmöglichkeiten in nur sehr bescheidenem Maße durchgeführt werden können. Wie sagte Seehofer bei der Vorstellung seines 2.NOG's:

»Die Qualität der deutschen Dentaltechnik wird weit über unsere Grenzen hinweg geschätzt! Trotz des gesundheitspolitisch gewünschten Vorranges der Prävention und Zahnerhaltung wird es auch weit über das Jahr 2000 hinaus noch einen hohen, prothetischen Behandlungsbedarf der Bevölkerung geben. Die Zahntechnikerschaft hat vor diesem Hintergrund allen Anlaß, optimistisch in die Zukunft zu blicken!«

Angesichts unserer Umsatzeinbußen eine fatale Fehlbeurteilung! Vielleicht hat er aber auch die Zahntechniker in Manila oder Singapur gemeint. So genau mag sich ein Politiker wohl gar nicht festlegen.

Festgelegt aber haben sich die Bonner Abgeordneten zum 1. April (kein Aprilscherz): Sie gönnen sich mal wieder eine Diätenerhöhung von 4,1% = 525 DM. Auch die Pensionen steigen nochmal um 400 DM pro Monat. Die gleichen Beträge gibt's noch mal im Januar 1999.

Das beruhigt uns doch sehr. Wenigstens diese Berufsgruppe ist nicht existenzgefährdet.

*W. Terplan, Zahntechnikermeister
Corona-Dental, München*

Talfahrt im Zahntechniker-Handwerk geht weiter

Starke Einbrüche verzeichnet die aktuelle Auftragslage des zahntechnischen Handwerks auch im März. Das Ergebnis einer Umfrage unter den Betrieben der Zahntechniker-Innung Nordbayern dokumentiert die deutliche Talfahrt: Über 80 Prozent der befragten Betriebe verzeichnen Auftragsrückgänge von 20 bis 60 Prozent.

Der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI) mit Sitz in Dreieich sieht darin seine bundesweiten Februar-Ergebnisse und die seit Anfang dieses Jahres befürchteten negativen Entwicklungsperspektiven für das Zahntechniker-Handwerk eindeutig bestätigt. Zwar werde die Anpassung an die Marktverhältnisse durch die Handwerksbetriebe mit großem unternehmerischen Einsatz geleistet, doch habe diese extreme Entwicklung nichts mit einer bedarfsorientierten Anpassung zu tun. »Für die Ausfälle bei der Versorgung der Patienten mit Zahnersatz sind wohl kaum medizinische Gründe ausschlaggebend«, betonte VDZI Präsident Lutz Wolf, »vielmehr wirken sich hier sichtbar Informationsstrategien aus, die das Vertrauen der Patienten in den Zahnarzt schwer beschädigt und Unsicherheit ausgelöst haben. Eine Schadensbegrenzung dieser ersten strukturellen Krisensymptome könne, so der VDZI, nur gemeinsam mit Vertretern der Zahnärzte, der Krankenkassen und der Politik gelingen.

*Pressemeldung des Verbands
Deutscher Zahntechniker-Innungen*

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

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!

Verlustzuweisung an den Zahntechniker?

Da könnte man eigentlich über einen Austritt aus dem DAZ nachdenken, wenn sich unser Verband nicht zu schade dafür ist, ein - wie ich meine - übles Spiel zu spielen: Dankenswerterweise haben wir kürzlich eine Sammlung von Formularen erhalten, die Mühen ersparen soll. Aber das Denken sollte dabei nicht erspart bleiben! Es gibt da einen Vordruck, der mich fassungslos und zornig macht. Es geht um die Anleitung, den Zahntechniker per Vertrag mithaftbar zu machen, wenn der Zahnarzt von einem Patienten die Prothetikrechnung nicht bezahlt bekommt. Ein solches Begehren halte ich für sittenwidrig.

— Wo liegt denn ein Verschulden beim Zahntechniker, wenn der Patient sich als zahlungsunfähig oder zahlungsunwillig erweist? Der Zahntechniker hätt's an der Präparationsabformung erkennen müssen!

— Wo liegt denn ein Verschulden beim Zahntechniker, wenn der Zahnarzt dem Patienten eine für dessen Portemonnaie zu aufwendige Versorgung durchführte? Das Gipsmodell gibt zweifelsfrei darüber Auskunft!

— Wo liegt denn ein Verschulden beim Zahntechniker, wenn der Behandlungsverlauf zu einem Zerwürfnis zwischen Arzt und Patient geführt hat? Da dies auf dem Auftragsblock immer vermerkt ist, hätte der Zahntechniker sofort in seiner Funktion als Supervisor zum Krisenmanagement in die Praxis des Geschehens eilen müssen!

Ich rate jedem Zahntechniker dringend, die Geschäftsbeziehung zu einem Zahnarzt so schnell wie möglich abubrechen, der mit dem Begehren auf ihn zutritt, eigene Verantwortung abzuwälzen. Für mich besteht einfach der Verdacht, daß dieser vom DAZ (!) vorgeschlagene Vertrag dazu benutzt werden kann, Verantwortungen, die faktisch wie gesetzlich eindeutig auf der Seite des Zahnarztes als selbständigem Unternehmer liegen, auf die wehrlosen Schultern des Zahntechnikers abzuladen. Ich habe hier das Wort »wehrlos« bewußt gewählt, denn der Zahntechniker ist auf die Aufträge des Zahnarztes angewiesen. Somit hat dieser Vertrag eindeutige Züge von Erpressung.

Dr. A. Vahlenkamp, Mainz

p.s. als ich vom Inhalt besagten Vertragsvorschlages berichtete, war die Reaktion meiner Gesprächspartnerin: »ach, wieder mal was Neues vom Freien Verband !« Wie peinlich - es ist vom DAZ!

**•NEU•NEU•NEU•NEU•NEU•NEU•
DAZ-Geschäftsstelle Köln**

E-MAIL-ADRESSE:

DAZ.Koeln@t-online.de

Diagnose: Glücksache!

Immer wieder berichten Patienten von der schwierigen Suche nach einem vertrauenswürdigen Zahnarzt. In einem Land mit knapp über 50.000 niedergelassenen Kollegen, fast alle mit universitärer Ausbildung und von den Standesorganisationen in ihrer fachlichen Kompetenz und uneingeschränkten Beliebtheit bei der Bevölkerung ständig über den grünen Klee gelobt, sollte es eigentlich kein Problem sein, überall einen geeigneten Zahnarzt zu finden... Die lange Liste der Probleme, die gutgläubige Patienten mit vielen Zahnärzten haben, straft diesen stereotypen Lobgesang jedoch Lügen.

Eine Freundin, genügend sensibilisiert in punkto Zahnarztptusch, wollte bei der Zahnarztwahl nun wirklich keinen Fehler machen. Nach längerer sorgfältiger Suche, die wegen eines Umzuges unvermeidlich wurde, fiel ihre Wahl auf einen Kollegen, der ihr von verschiedenen Seiten übereinstimmend empfohlen worden war und der offenbar in der Region auch einen gewissen Namen erworben hatte. Erste kleinere Behandlungen fielen zudem erfolgreich aus, so daß die Patientin schnell Vertrauen faßte.

Im Dezember letzten Jahres wurde das neue Arzt-Patient-Verhältnis nun auf eine harte Probe gestellt. Die Patientin entwickelte eines Tages unvermittelt starke Schmerzen im linken hinteren Oberkiefer. Jede Kaubelastung auf der linken Seite löste erhebliche Beschwerden aus. Auch im unbelasteten Zustand waren Schmerzen vorhanden, die über das Ohr in den Unterkiefer bis zur Kinn-

spitze ausstrahlten. In der folgenden Nacht war an Schlaf nicht zu denken. Die Schmerzen nahmen weiter zu und machten ein normales Zusammenführen der Zahnreihen unmöglich. Die Patientin hatte das Gefühl, ihr würde ein Messer im Schädel stecken. Ein zahnärztlicher Notdienst war nicht erreichbar, wohl aber ein HNO-ärztlicher, der jedoch telefonisch die Beschwerden klar in den Zahn- und Kieferbereich ver- wies.

Der am nächsten Morgen um 8 Uhr aufgesuchte Zahnarzt war nach erster Inspektion zunächst ratlos. Er fertigte Zahnfilme des linken Ober- und Unterkiefers an, entdeckte jedoch lediglich einen verlagerten Weisheitszahn im Unterkiefer, der für diese Beschwerden nicht verantwortlich sein konnte. Während der Zahn 27 ohne jede Füllung und unauffällig war, wurde zunächst eine ältere Füllung des Zahnes 26 verdächtig. Die Infiltrationsanästhesie in dieser Region führte auch spontan zu einer Schmerzfreiheit. Die Füllung wurde entfernt, der Zahn wies darunter, nach Auskunft des Zahnarztes, jedoch keinerlei Karies auf. Dennoch wurde zusätzlich Zahn 26 trepaniert und eine Wurzelkanalaufbereitung vorgenommen. Mit provisorischer Einlage wurde die Patientin entlassen.

Mit Nachlassen der Anästhesie nahmen die Schmerzen jedoch sehr schnell wieder die alten unerträglichen Ausmaße an, weshalb die Patientin um 13 Uhr schon wieder in der Praxis erscheinen mußte. Der Zahnarzt meinte nun, die Beschwerden würden von dem festen provisorischen Verschluß herrühren, den er

am Morgen gelegt hatte und meinte, alles würde sich innerhalb einer Viertelstunde beruhigen, wenn der Zahn geöffnet wird. Gesagt, getan. Allerdings hatte diese Maßnahme anstelle einer Erleichterung eine derartige Verschlimmerung zur Folge, daß der Patientin der Schmerz die Tränen in die Augen trieb und Zahnarzt und Helferinnen sichtbar erschrocken reagierten.

Nun wurde vom Zahnarzt an eine Beteiligung der Kieferhöhle gedacht. Er anästhesierte nochmals, versorgte den Zahn 26 mit einer weiteren Einlage und überwies die Patientin zum HNO-Arzt. Dieser ließ die Nebenhöhlen röntgen, fand jedoch keinen nennenswerten Befund, der die Schmerzattacken hätte erklären können. Auch nach weiteren zwei Tagen waren die Beschwerden unverändert heftig. Der erneut aufgesuchte Zahnarzt nahm dieses zur Kenntnis, versorgte aber lediglich den Zahn 26 erneut provisorisch.

Die folgenden Wochen waren geprägt von unerträglichen Schmerzzuständen. Das Essen war nur unter äußerster Anstrengung und sehr eingeschränkt möglich, und besonders nach dem Essen erreichten die Schmerzen regelmäßig ihr Maximum. Die ausstrahlende Wirkung der Schmerzen führte zu einer extremen Temperatur- und Geräuschempfindlichkeit der linken Gesichtshälfte. Die junge Mutter, die sich gerade in der Stillzeit ihres ersten Kindes befand und daher die Einnahme von Schmerztabletten streng vermied, konnte nur noch mit Hilfe dicker Schals, mit denen sie ihr Gesicht umhüllte, an kalter Winterluft spazierengehen. Erhebliche Kopfschmerzen wurden genauso durch nor-

male Geräusche verursacht. Welch enorme psychische Belastung letztlich durch derartig starke und langanhaltende Schmerzzustände verursacht wird, weiß jeder, der schon einmal entsprechend leiden mußte.

Die Patientin suchte nun von sich aus Rat bei einem Neurologen. Dieser war sehr schnell mit der Diagnose »Trigeminusneuralgie« zur Hand und verordnete u.a. Vitamin B. Der häufig aufgesuchte Zahnarzt, jedesmal in froher Erwartung, seine Wurzelbehandlung würde nun endlich die gewünschte Schmerzfreiheit gebracht haben, mußte von der Patientin ein ums andere Mal enttäuscht werden und glaubte nun natürlich auch an eine neurologische Genese.

Auf diese Weise vergingen geschlagene drei Monate, in denen keine der Therapien auch nur annähernd wirkte. Die Beschwerden durch Druckbelastung auf der linken Seite waren nach wie vor unerträglich, während lediglich die schmerzfreien Phasen zwischen den Belastungen etwas länger wurden. In diesem Zustand erfolgte dann ein weiterer Zahnarztbesuch. Die Patientin, in Sorge, als Simulantin vom Zahnarzt nicht mehr ernstgenommen zu werden, hatte schon mehrfach ihren Eindruck geäußert, daß die Schmerzen mehr im hinteren linken Oberkiefer ihren Ursprung hätten. Auch ihre eigene Palpation in diesem Kieferabschnitt löste Schmerzen aus. Bislang hatte der Zahnarzt auf die völlige Karies- und Füllungsfreiheit des Zahnes 27 verwiesen, nun aber ging er der Angabe seiner Patientin nach und untersuchte 27 genauer. Sein Ausruf nach dieser Inspektion war bezeichnend: »Das glaube ich nicht!« Nach 12 qualvollen Wochen sei-

ner Patientin hatte er festgestellt, daß der von ihm als »jungfräulich« bezeichnete Zahn 27 der Länge nach frakturiert war. Mit der Sondenspitze drang er von der Kaufläche in den fast unsichtbaren Haarriß ein, bog dabei die palatinale und die buccalen Wurzeln auseinander und löste so bei der Patientin exakt den Schmerz aus, den sie 12 lange Wochen erdulden mußte. Die sofortige richtige Entfernung des Zahnes brachte endlich und dauerhaft die restlose Beschwerdefreiheit.

Der Zahnarzt zeigte der Patientin die beiden Fragmente und sagte ihr nun, daß der Zahn tatsächlich völlig gesund gewesen sei. Er habe es in 25 Berufsjahren erst zweimal erlebt, daß gesunde Zähne auch ohne akute traumatische Einflüsse im Kiefer zerbrechen. Die Patientin entwickelte in diesem Stadium nun allerdings erste Zweifel an den Aussagen des Zahnarztes, da sie nicht ohne weiteres glaubte, Opfer gänzlich unerklärlicher Zusammenhänge geworden zu sein. Sie ließ sich den Zahn sofort in einem Plastiktütchen verschließen und mitgeben.

Vier Tage nach der Extraktion hatte ich die Gelegenheit, beide Fragmente des Zahnes 27 genauer in Augenschein zu nehmen und mir die Geschichte dazu anzuhören. Besonders die Behauptung, der Zahn wäre gesund gewesen, wollte ich überprüfen. Die noch nassen Zahnteile, die ich der Tüte entnahm, zeigten zunächst eine okklusale Karies, die ca. 1,5 mm ins Dentin eingewandert war. Das Übersehen einer solchen Karies allein begründet natürlich keinen wirklichen Vorwurf, da der okklusale Zugang bekanntermaßen oft nicht sondierbar ist. Gefährlich für den Zahn wäre diese

Karies so schnell auch noch nicht geworden, und die Frakturierung hatte sie mit Sicherheit ebensowenig herbeigeführt.

Viel auffälliger war an dem Zahn aber etwas anderes: Das Pulpenkavum hatte sich eben falls der Länge nach geöffnet, und darin fand sich: Nichts! Das Zahnmark war Opfer einer trockenen Nekrose geworden, und dieses sicher nicht erst als Folge der Fraktur. Ich fragte daraufhin die neugierige Patientin, welche Untersuchungen von ihrem Zahnarzt denn außer den Röntgenbildern noch durchgeführt worden waren: Meine Fragen nach Perkussionstests und Vitalitätsprüfungen verneinte sie genauso erstaunt wie eindeutig.

Verständlich, wenn eine quer zur Strahlenrichtung verlaufende Fraktur im Röntgenbild unsichtbar bleibt - auch dieses rechtfertigt keinen Vorwurf. Aber was um Himmels Willen ließ den Kollegen die Kältetests und Perkussionsprüfungen der Zähne im fraglichen Kieferabschnitt vergessen? Banalste Diagnostiktechniken, die jeder zahnmedizinische Anfänger schon beherrscht, wurden aufs Sträflichste vernachlässigt. Bereits ganz am Anfang des Leidensweges der Patientin hätten diese einfachen, aber natürlich extrem aussagefähigen Hilfsmittel eingesetzt werden müssen. Schon am allerersten Tag hätte die mit Sicherheit erhöhte Klopfempfindlichkeit beim 27 die ausschließliche Aufmerksamkeit vom Zahn 26 weggenommen.

Erst recht der Vitalitätstest hätte Spreu von Weizen getrennt: Der devitale 27 wäre dann sicher konzentrierter untersucht und die Fraktur spätestens beim Ansetzen des Bohrers entdeckt worden.

Die wahrscheinlich normale Vitalitätsreaktion beim gefüllten 26 hätte diesen ferner vor einer völlig überflüssigen Devitalisierung bewahrt. Sogar ein Röntgenbild wäre verzichtbar gewesen.

Die monatelangen Beschwerden der Patientin als Folge der druckbedingten ständigen Spannungen im Alveolarfortsatz und im Periost und schließlich einer zunehmenden Infektion des Kiefers wären also leicht vermeidbar gewesen, und das ganz besonders angesichts der zahlreichen Sitzungen, in denen der Zahnarzt mehr als ausreichend Gelegenheit hatte, die nötige Sorgfalt an den Tag zu legen, um sich so wirklich um die Nöte seiner Patientin zu kümmern.

Die für den Zahnarzt so rätselhafte Fraktur eines »gesunden« Zahnes wird natürlich nur nachvollziehbar unter der Annahme, daß der Zahn wegen seiner Devitalität frakturierte. Die Pulpennekrose als Folge von Bruxismus einer intensiv im Berufsleben stehenden Frau ist jedenfalls viel wahrscheinlicher als die Fraktur eines vitalen Zahnes ohne akut traumatische Einflüsse.

Dr. Eberhard Riedel, München

Natürlich sind Perkussions- und vor allem Vitalitätstests zahnärztliche Basisleistungen, die nicht häufig genug durchgeführt werden können, zumindest unbedingte Vorleistungen vor Röntgenaufnahmen sein sollten. Das scheint aber bei der Mehrheit der Kollegenschaft nicht so zu laufen. Wie anders ist es sonst zu erklären, daß diejenigen Zahnärzte, die regelmäßig Vitalitätsprüfungen durchführen (und natürlich dann auch abrechnen) für diese Leistungen

von den Prüfungsausschüssen in Regreß genommen werden mit der Begründung, die Zahl dieser Vitalitätsprüfungen liege weit über dem Durchschnitt der Kollegenschaft und könne deshalb nur als unwirtschaftlich angesehen werden. Auf diese Weise bestraft man den lege artis arbeitenden Kollegen - vielleicht so lange, bis er's sein läßt?

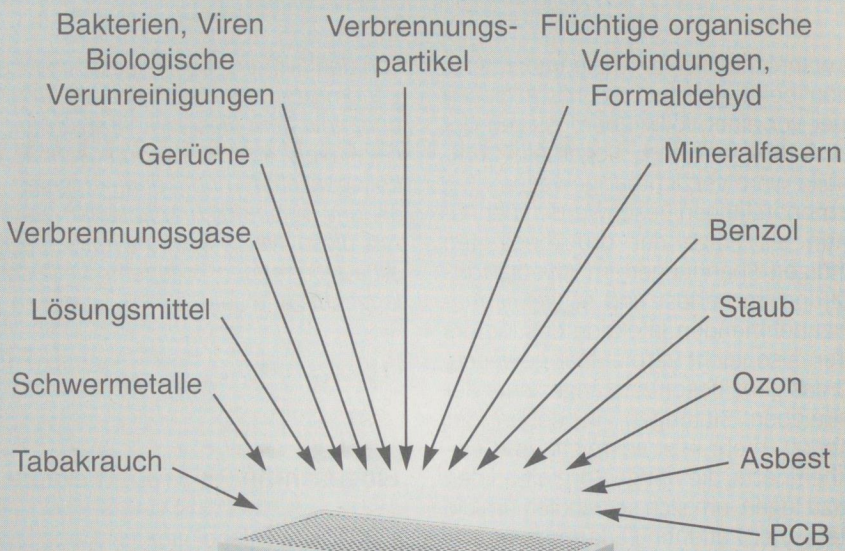
Anm. d. Red.

Eingeschränkte Krebstherapie

In Deutschland gibt es keine Zweiklassen-Medizin, beteuern Politiker immer wieder. Doch für Matthias Brandis, Geschäftsführender Direktor des Tumorzentrums Freiburg, stellt sich die Lage anders dar: »Das hat es vor zehn Jahren nicht gegeben, daß etwas nicht bezahlt wurde, was wir tun wollten. Durch die Hintertür ist die Rationierung längst da, auch wenn jedem irgendwie geholfen wird«.

Die Politik einiger Kassen und neue diagnostische und therapeutische Verfahren führen vor allem die Krebsmedizin in ein Dilemma bei der Finanzierung. In welcher schwierigen Situation Ärzte geraten, erläutert er: Was bezahlt wird, entscheiden die Kassen nach einem Schema. Beraten werden sie dabei vom medizinischen Dienst. Doch dort hätten viele Ärzte den Tumor, über dessen Behandlung sie befinden, in der Realität noch nie gesehen. Damit werde die Entscheidungsfreiheit der behandelnden Ärzte durch die Kassen eingeschränkt.

(Frankfurter Rundschau, 08/02)



Nichts als reine Luft

Nähere Angaben:
 Fa. Haarmann, Ginsterweg 6, 49757 Lahn, Tel/Fax: 0 59 51-35 22 oder
 Tel. 0 59 51-16 51

Luftreinigung in Behandlungsräumen

Umweltschutz in nächster Nähe

Gerade in der Sommerzeit kann bei kleinen Praxisräumen in der Großstadt die Luftbelastung beachtlich sein. Durch die Praxiseigenart sind einmal Luftbelastungen durch unsere Reinigungs- und Desinfektionsmittel (Sprühdesinfektion), durch unsere Medikamente (Eugenol..) und durch unsere Materialien (Acrylate, Quecksilber) gegeben, durch die Patienten kommen weitere Belastungen hinzu (Bakterien, Viren, Geruchstoffe) und ständig wird mikrofeiner bis schwerer Staub aufgewirbelt. Weiterhin können wir eine steigende Ozon-Belastung sowie bei eventuellen Rauchern eine Geruchs- und Schwebestoff-Belastung finden. Bei günstiger Lage sind diese Umweltbelastungen durch regelmäßiges Lüften gering zu halten, in anderen Fällen (Großstadt, verkehrsreiche Straße) kann durch Lüften die Belastung eher zunehmen (Lärmbelastung, Ruß, Pollen, Schadstoffe, Schwebstoffe). Eine in modernen Gebäudekomplexen integrierte Klimaanlage vergrößert häufig die Belastung, Kopfschmerzen und Erkältungskrankheiten der Mitarbeiter stellen ein ständiges Problem dar.

Nun werden verschiedene Luftreiniger angeboten, die auch in ihrem Filterbereich einen guten Wirkungsgrad zeigen - im Praxisbereich wird aber ein sehr breites Wirkungsspektrum mit einer hohen Leistungskapazität erwartet, das nicht leicht erfüllt werden kann.

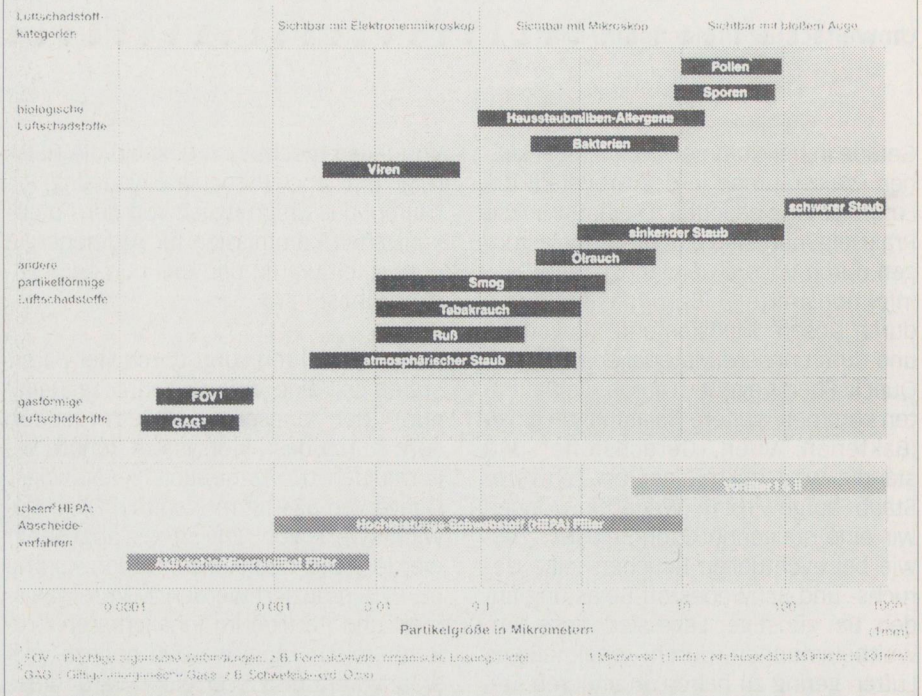
Vorstellen möchte ich deshalb die HEPA (High Efficiency Particulate Arresting) Filtration, das ursprünglich von der Amerikanischen Kommission für Atomenergie entwickelt wurde und uns nun auch zugänglich ist.

Dieses Verfahren sorgt durch vier Filterstufen für eine außerordentliche Reinigung der langsam durchströmenden Luft: Durch das Filtersystem konnte die Formaldehydkonzentration (bei ständiger Quelle von $636 \mu\text{g}/\text{m}^3$) auf ein Gleichgewichtswert von $24 \mu\text{g}/\text{m}^3$ abgesenkt werden. Die Ozonkonzentration konnte bis 97% reduziert werden. Mikroorganismen und Partikel im inhalierbaren Größenbereich ($<4\mu\text{g}$) werden nahezu vollständig entfernt.* Erreicht wird diese gute Leistung bei dem Schweizer icleen-HEPA Gerät durch das Hintereinanderschalten von vier großflächigen Filtern mit verschiedenen Aufgaben:

1. Vorfilter für grobe Partikel wie Fasern, Haare.
2. Vorfilter für Staub, Pollen und andere Feststoffe.
3. chemisch aktiver Filter aus Mineralsilikat und Aktivkohle für gasförmige Luft-

* *Reinigung der Luft in Innenräumen durch ein modular aufgebautes Luftreinigungsgerät, L. Erdinger, M. Dürr, H.-G. Sonntag, Hygiene-Institut Uni Heidelberg, Forum Städte-Hygiene 47 (1996)*

Größenspektrum von Luftfremdstoffen



schadstoffe und Gerüche.

4. Hochleistungs Schwebstoff-Filter (eliminieren 99% aller noch vorhandenen partikelförmigen Luftschadstoffe).

Der geräuscharme Ventilator (44/49 dBA) schafft bei einem Stromverbrauch von nur 80 Watt eine Luftumwälzung von bis zu 250 m³ pro Stunde, d.h. bei einer Raumgröße von ca. 3,75 x 4 x 2,8 m wird die gesamte Luft in 10 Minuten gereinigt.

Die große Filterkapazität soll eine Standzeit von 3-6 Jahren haben, was die relativ hohen Anschaffungskosten des Gerä-

tes icleen 4 Absolut von DM 4082.- wieder etwas relativiert.

Es ist auch eine kostengünstigere kleinere Version für DM 2335.- erhältlich.

Nähere Angaben gibt es bei der Firma C.Haarmann, Ginsterweg 6, 49757 Lahn, Tel./ Fax: 05951-3522

Dr. U. Happ, Hamburg

**Nächster Redaktionsschluß:
24.Juni '98**

Praxiseinrichtung als Bedarfsplanung

Die Unterschrift unter die rechtsverbindliche Bestellung des Behandlungstuhles ist schnell getätigt - oft als Hauptentscheidung bei der Niederlassung verstanden. Ich halte dies für einen wichtigen Akt, aber es ist nur einer von vielen - und vorher sollten ganz andere, bisweilen weitreichendere Entscheidungen getroffen sein, Entscheidungen, die 30 Jahre Berufsleben weit nachhaltiger prägen als die Wahl des Behandlungstuhles...

Praxisgestaltung erschöpft sich nicht in der Praxiseinrichtung: »Meistens macht sich der Zahnarzt, der vor Neubau oder Umbau einer Praxis steht, zu wenig Gedanken über den grundsätzlichen Einfluß der räumlichen Struktur auf den gesamten Praxisablauf. Man orientiert sich an überholten Leitbildern (z.B. repräsentatives Chefsprechzimmer). Es wird übersehen, daß kein noch so großer Aufwand an rationalisierender Technik grundsätzliche Fehler im Raumgefüge ausgleichen kann.« (R.Hilger)

Kollege Hilger ist einer der wenigen Zahnärzte, die sich systematisch mit räumlicher Praxisstruktur beschäftigt haben, welche sich nach arbeitsorganisatorisch - ergonomischen Gesichtspunkten richtet. Wenn der Steri in einem Raum untergebracht ist, der nur durch das Wartezimmer zu erreichen ist, ist dies nicht nur »mißlich« - wie Kollege Hilger dann zu sagen pflegt. Natürlich kann eine Praxis mit ständigem Personalverkehr durchs Wartezimmer geführt werden. Vielleicht ist es für den einen oder anderen Pa-

zenten sogar interessant, zu erleben, wie ein Ost-Tray nach der Operation aussieht - »zweckmäßig« im Sinne einer sinnvollen Praxisorganisation ist dies Szenario jedoch nicht. Weniger offenkundig aber keineswegs minder mißlich ist die lange Liste planungstechnischer Fehler, die allein bei der räumlichen Gestaltung so mancher Praxis zu erleben ist. Exemplarisch sei hier aufgeführt:

- **ein Steri**, der zentral in der Praxis, aber nicht zentral zwischen den Behandlungszimmern angeordnet ist
- **ein Pausenraum**, der nicht ständig zugänglich ist (evtl in einer anderen Etage)
- **eine Rezeption** ohne ausreichend Schrankraum auch für eine große Kartei
- **ein Wartezimmer** in dem vom Praxis- eingang entferntesten Winkel der Praxis
- **unvollständige Installationen** (Gips- theke ohne Luftdruckanschluß) Solche »Sünden« sind natürlich mit dem Leben einer Praxis vereinbar, erschweren aber einen reibungsfreien Tagesablauf. Dies gilt sowohl für die große Praxis wie auch m.E. in besonderem Maße für die kleine.

Die Vorstellung einer »Bedarfsplanung« im wahrsten Sinne des Wortes ist in diesem Zusammenhang hilfreich. Zunächst gilt es festzustellen, daß es in zahnärztlichen Praxen folgende Funktionsbereiche gibt:

- Organisation und Verwaltung**
- Zahnärztlicher Arbeitsplatz** (incl. Prophylaxe)
- Patientenwartebereich** und »Verkehrswege«

Zahnärztlich-technischer Bereich (Steri, Röntgen, Labor)

Personalbereich (Pausenraum, sanitäre Anlagen)

Diese Bereiche sind untereinander sehr unterschiedlich verknüpft. Am Beispiel der »Verkehrswege« sei dies erläutert. Der die Praxis betretende Patient sollte sich ohne Umwege vor der Rezeption wieder finden und nach seiner Anmeldung sich ohne Wegbeschreibung in den Wartebereich begeben können. Von dort wird er meist von einer Mitarbeiterin der Praxis abgeholt und ins Behandlungszimmer geleitet. Die Zahnarztshelferin pendelt ständig zwischen Wartebereich, Behandlungszimmer und dem zahnärztlich-technischen Bereich. Besonders der interne Versorgungsbetrieb zwischen »Steri« und Behandlung sollte nicht nur aus hygienischen Gründen die Wege der Patienten nicht kreuzen. Wünschenswert ist gleichzeitig, daß es auch räumlich möglich sein muß, daß von der Rezeption aus alle »Patientenwege« in der Praxis überblickt werden. Andernfalls kann von der Mitarbeiterin an der Rezeption die organisatorische Steuerung des Praxistages nicht bewerkstelligt werden.

Der Personalbereich hat funktionell keinen Kontakt zu den Arbeitswegen in der Praxis. Dennoch rege ich nachdrücklich dazu an, den Pausenraum erreichbar zu planen - es ist nach meiner Erfahrung wichtig, daß es Rückzugsräume für Kurzpausen gibt (dies ist eine Bedarfsplanung!) Grundsätzlich - und nicht nur weil es das Gewerbeaufsichtsamt vorschreibt - muß für die Patienten ein eigener Zugang zu sanitären Anlagen eingerichtet sein, der zweckmäßigerweise keine anderen Arbeitswege kreuzt. Analog wird

der sanitäre Bereich für das Praxispersonal völlig von den Patientenwegen zu trennen sein, selbst wenn dazu bei einer eventuellen Neubau- oder Umbaumaßnahme erheblich aufwendigere Installationen notwendig werden.

Natürlich muß man vielfach mit Kompromissen leben. Wichtig bei der Planung der Praxiswege ist zu erwägen, wie häufig sie benutzt werden, welches Transportwege sind (z.B. Steri-Behandlung), welches Verkehrswege sind (Wartebereich-Behandlung). Ich empfehle, in den Praxisplan (des meist planenden Dentaldepots) die Praxiswege schlicht einzumalen. Kollisionen, die dann ein ganzes Berufsleben begleiten, sind leicht vorhersehbar!

Je größer eine Praxis ist, um so schwieriger wird es sein, optimale Arbeitswege zu gestalten. Bei zwei Behandlungszimmern ist Anordnung des Steri dazwischen mit direktem Zugang ideal. Ein eventuelles drittes Behandlungszimmer ist schon nicht mehr direkt vom Steri zugänglich. Im Falle des Röntgens wäre ebenso ein von allen Behandlungszimmern leicht erreichbarer Raum in der Praxis wünschenswert. Weil dies in großen Praxen wiederum schwierig zu gestalten ist, habe ich dort öfter Röntgeneinrichtungen gesehen, die direkt am Behandlungsstuhl montiert waren. Offenkundig erleichtert dies den Arbeitsablauf erheblich, sonst würden solche zusätzlichen Investitionen wahrscheinlich nicht getätigt.

Auch bei der Planung einer Zahnarztpraxis gilt der Spruch von *F.Dellbrügge* aus dem Bergbau: »Man darf nicht zu faul sein, es sich einfach zu machen!«

Dr. Andreas Vahlenkamp, Mainz

SIRONA

Dental-Depot

Weil es sich lohnt, etwas zu verändern. CEREC 2

Die traditionellen Füllungswerkstoffe stehen in der Diskussion. Und immer mehr Patienten legen Wert auf verträgliche, zahnfarbene Restaurationen.

Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, daß CEREC® hilft, diesen zum Teil widersprüchlichen Anforderungen der täglichen Praxis gerecht zu werden. Aus diesem Grund haben wir CEREC weiterentwickelt. Damit Sie die wachsenden Herausforderungen auch in Zukunft gelassener annehmen können.

Das Resultat: CEREC 2

Mehr Präzision. Mehr Okklusion.
Mehr Indikation. Mehr Bedienkomfort.
Mehr Kommunikation. Mehr Zukunft.

Gerne geben wir Ihnen weitere Informationen – persönlich, per Telefon oder per Fax.

SIRONA Dental Depots:
80337 München
Lindwurmstr. 23

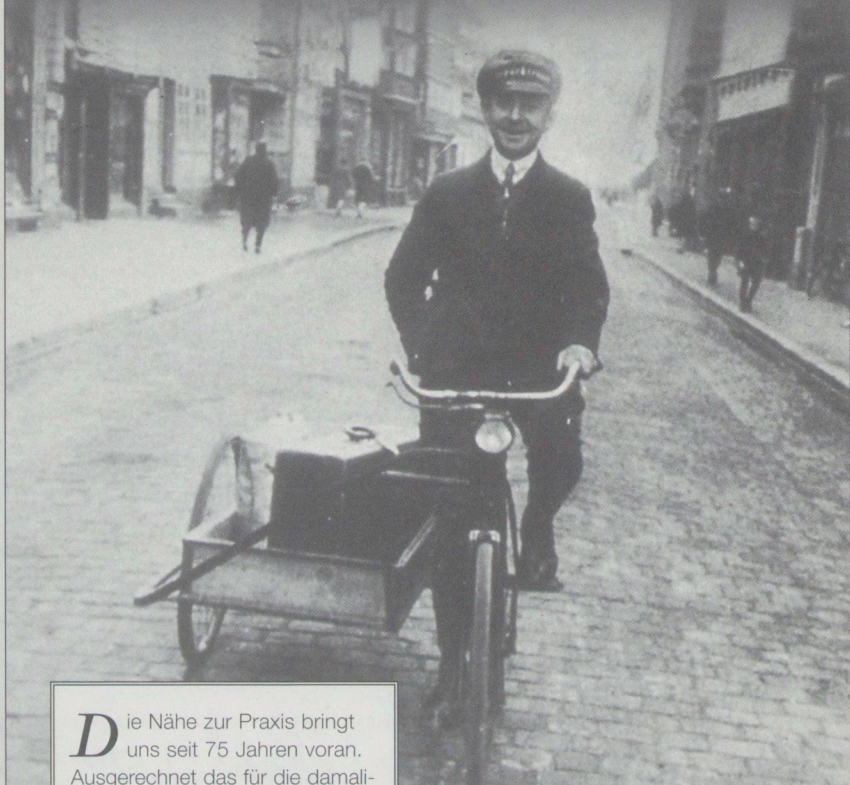
Tel.: 0 89/54 41 02-11
Fax.: 0 89/54 41 02-41

93051 Regensburg
Kumpfmühler Straße 65
Tel.: 09 41/9 71 98
Fax.: 09 41/94 79 24



A91100-M4-Z054-02

*„Auf dem Weg zur Praxis
waren wir schon 1923 sehr direkt“*



Die Nähe zur Praxis bringt uns seit 75 Jahren voran. Ausgerechnet das für die damalige Zeit recht ungewöhnliche Vorgehen, den direkten Weg zur Praxis einzuschlagen, entwickelte sich in den folgenden Jahrzehnten zu einem wichtigen Baustein für den Erfolg von KOMET. Denn der partnerschaftliche Kontakt zu unseren Zahnärzten wurde auch zu einer sprudelnden Ideenquelle für praxisingerechte Innovationen. Dafür möchten wir uns heute bei Ihnen recht herzlich bedanken.

‘Liebe zum Detail



GEBR. BRASSELER GmbH & Co. KG
Postfach 160 · 32631 Lemgo
Tel. (052 61) 701-0 · Fax (052 61) 701-289
e-mail: info@brasseler.de
<http://www.kometdental.de>

Frischer Mut zu neuer Praxis

Zunächst fragte ich mich, ob Nostalgie den Blick trübe, als ein Fortbildungswochenende wieder Freude in den Praxistag brachte: Für einige Zeit war die entfremdende Umschulung zur angehenden Dental-Marketing-Fachfrau und Inlay-Vertriebsspezialistin in den Hintergrund gerückt. Das eigentliche Interesse kam zur Geltung und brachte mir über vier anschließende Fortbildungen bei demselben Kursleiter eine spürbare Qualitätssteigerung und vor allem neuen Schwung trotz der Finanzsorgen.

Darüber möchte ich reden: Im Überangebot der »Dienstleistungen«, die uns einander nurmehr als zahlende Nachfrager unserer Angebote verstehen lassen, sollte man solche weitersagen, die lohnen.

Zunächst erlebte ich Piet Troost im Labor Egger (Kempten) 1996 über: »Die Goldversorgung live: Inlays, Onlays, Teilkronen«.

Der Referent ist jung genug, um noch an der Erfahrung der Praxisferne universitärer Ausbildung zu leiden und ein Gegengewicht dazu schaffen zu wollen; selbst hat er Defizite schon während des Studiums kompensiert, indem er weltweit zu den Koryphäen »walzte« - d.h. ganz handwerklich der praktischen Spur folgte und die wissenschaftliche weit überdurchschnittlich komplettierte. Dank eines außergewöhnlichen diktatorischen Geschicks bietet er auf unterschiedlichsten Gebieten kompakte Repetitorien; nein, eigentlich mehr als diese, denn man lernt viel Neues und Altes ganz neu sehen - auch nach meinen 25 Praxisjahren! Herr Troost besitzt die Fähigkeit, glasklare systematische Dar-

stellungen (auch im verteilten Skript) mit einem die learner unmittelbar in ihrer Aufnahmefähigkeit berücksichtigenden Vortrag zu verbinden: Lichtspiele, Musik, Anregungen zur Kommunikation untereinander skandieren die Demonstrationen und beleben selbst in abgedunkelten Räumen auch müde Zuhörer; jede/jeder ist angehalten, das bezahlte Angebot voll auszuschöpfen. Bei einer abschließenden Tombola kann man als 1. Preis einen weiteren Drei-Tage-Kurs gewinnen. -

»Totalprothetik, live«, »Praxis der Präparation«, »Werde Meister der Okklusion!« (mit Anschluß bzw. Wiederholung nach 8 Wochen) waren solche weiteren, z.T. in die neuen Länder verlegten Kurse. Für die letztgenannten ergab sich meinerseits eine Sonderstellung dadurch, daß am Kiefergelenk der eigenen Tochter das tägliche Frühstück beeinträchtigende Störung zu korrigieren ist. Das Mutter-Tochter-Verhältnis erfuhr weder während der Tagungen, noch der acht Wochen dazwischen, und auch nicht danach eine Trübung!

Auf allen Ebenen bietet

- P**=perfect
- O**=occlusion
- I**=in
- N**=natural
- T**=teeth

University eine erfreuliche Alternative zu den massenhaften Offerten, per Management den Beruf/die Praxis umzugestalten: Von Herrn Troosts Fortbildungen kehrt man entspannt, angeregt und neugierig auf neue Patienten ins eigene Sprechzimmer zurück.

Dr. Ursel Dittmann, Seefeld

Besteht eine Beziehung zwischen Parodontalerkrankungen und koronarer Herzkrankheit?

**Zusammenfassung des Beitrags von R. A. Seymour und J. G. Steele:
Is there a link between periodontal disease and coronary heart disease?**

British Dental Journal 184(1), 1998, 33-38

Hintergrund

Koronare Herzkrankheiten und zerebralsklerotische Erkrankungen sind in den Industrieländern nach wie vor Todesursache Nr.1. Bekannte Risikofaktoren sind Rauchen, erhöhte Blutcholesterinwerte, Bluthochdruck und Diabetes mellitus. Neuere Studien ergeben Hinweise darauf, daß virale und bakterielle Infektionen für Entwicklung und Forcierung arteriosklerotischer Gefäßveränderungen verantwortlich sein können. Diskutiert wird in diesem Zusammenhang die Rolle von Coxsackie-Viren und von Chlamydien.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob Parodontalerkrankungen, also *bakteriell entzündliche* Zahnbett-Erkrankungen ebenfalls einen Risikofaktor für koronare Gefäßveränderungen darstellen.

Grundlage der Veröffentlichung

Aufgrund dieser nicht zuletzt gesundheitspolitisch wichtigen Fragestellung werteten die britischen Zahnmediziner und Wissenschaftler R.A. SEYMOUR und J.G. STEELE Ergebnisse von derzeit vorliegenden epidemiologischen (Langzeit) Studien mit entsprechender Thematik aus. Es handelt sich um eine retrospektive Analyse von 10 verschiedenen Un-

tersuchungen, die in der Zeit von 1965-1996 von Forschergruppen verschiedener Länder durchgeführt wurden. Die überwiegende Zahl (7) der ausgewerteten Studien ist erst in der Zeit von 1993-1996 veröffentlicht worden. Die evaluierten Untersuchungen werden von SEYMOUR und STEELE als wissenschaftlich valide und in ihren epidemiologischen Aussagen ernstzunehmend eingestuft, denn:

— Die Studien wurden zumeist von erfahrenen Epidemiologen (USA, Großbritannien, Finnland) durchgeführt und bezogen sich auf große Kollektive, wie beispielsweise die Untersuchungen von JOSHIPURA et al. (1996) an mehr als 44.000 Medizinern, die USamerikanische NHANES-Studie I (National Health and Nutrition Examination Study) mit mehr als 10.000 Probanden oder die »Mini-Finland-Health-Survey« mit annähernd 1.400 Männern.

— Den Aussagen liegen sorgfältig erhobene Befunde zu Mund- und Zahngesundheit, von verschiedensten klinisch-biochemischen Parametern sowie von Röntgen- oder Koronar-Angiographie-Untersuchungen etc. zugrunde.

Ergebnisse

1. Bei Infarktpatienten sowie bei Patienten mit koronaren Herzkrankheiten tre-

ten bakterielle Infektionen - Zahnfleischentzündungen und Parodontitiden eingeschlossen - deutlich häufiger auf als bei Gesunden (Prävalenz: 40% zu 5%).

2. Die Zahngesundheit ist bei Myokardinfarktpatienten schlechter. Diese generelle Aussage trifft unabhängig von Alter, Sozialstatus, Rauchgewohnheiten, Blutfettwerten und Vorliegen einer Zuckerkrankheit zu.

3. Männer mit Parodontalerkrankungen haben ein um 25% höheres Risiko für Koronarerkrankungen gegenüber solchen mit minimal ausgeprägten Zahnbetterkrankungen. Bei Personen mit bereits ausgeprägtem parodontosebedingten Gewebe- bzw. Knochenabbau besteht ein um 50% höheres Risiko für arteriosklerotische Gefäßveränderungen.

4. Das Ausmaß der Parodontalerkrankungen, d.h. des Knochenabbaus im Zahnbettbereich, korreliert mit der Schwere der Koronarerkrankung. Es läßt sich ein positiver Zusammenhang zwischen Schwere der Zahnbetterkrankung und der Zahl von Herzinfarkten sowie der Todesfälle infolge koronarer Gefäßveränderungen verzeichnen.

5. Die jetzt vorliegenden Auswertungen lassen vermuten, daß sich bei Männern im Alter von 40-50 Jahren der Mundgesundheitszustand auf Koronarerkrankungen am stärksten auswirkt.

Erklärungsversuche

In der Regel lassen sich in den Zahnfleischtaschen 30-100 verschiedene

Bakterienarten nachweisen, die Gesamtkeimzahl geht in die Milliarden. Die in den Zahnfleischtaschen vorkommenden Bakterien können durch Zahn- und Mundhygienemaßnahmen des Patienten nicht entfernt werden. Die Entzündung wird chronisch, der Gewebeabbau schreitet fort, sofern nicht zahnärztlich eingegriffen wird. Es wird angenommen, daß bestimmte Stoffwechselprodukte und Endotoxine der in den Zahnfleischtaschen vorkommenden Bakterien einerseits Entzündungsreaktionen auslösen, andererseits direkt den Gewebeverlust (Zahnfleisch, Knochen im Bereich des Zahnbetts) verursachen. Bei Patienten mit Parodontalerkrankungen sind als Zeichen einer Entzündungsreaktion deutlich höhere Plasmafibrinogenwerte und eine erhöhte Zahl von weißen Blutkörperchen (u.a. Monozyten) nachweisbar. Möglicherweise sind diese Blutveränderungen das Bindeglied für das gemeinsame Auftreten von Parodontose/Parodontitis und Koronarerkrankungen. Monozyten können - angeregt durch bakterielle Lipopolysaccharide - entzündungsfördernde Botenstoffe bilden. Dazu zählen bestimmte Prostaglandine (PGE₂), Interleukine (IL-1 β) und Tumornekrosefaktoren (TNF- α). Diese Botenstoffe sind wahrscheinlich für das aggressive Fortschreiten von Zahnbett-Erkrankungen verantwortlich, aber auch für höhere Blutgerinnungsneigung und Gefäß(wand)veränderungen wie Anlagerung von Thrombozyten, Bildung von Schaumzellen und Einlagerung von Cholesterin.

Zusammenfassung und Wertung

Nach dem Stand epidemiologischer Untersuchungen besteht begründeter An-

laß anzunehmen, daß Parodontalerkrankungen und ein schlechter Mundhygienezustand weitere wesentliche - ähnlich der Bedeutung des Rauchens - Risikofaktoren für arteriosklerotische Gefäßveränderungen bzw. für Koronarerkrankungen darstellen.

ABER: Ergebnisse epidemiologischer Untersuchungen belegen naturgemäß lediglich die Korrelation bestimmter Ereignisse, d.h. das gemeinsame Auftreten bestimmter Größen. Kausale Aussagen sind auf der Basis epidemiologischer Studien nicht möglich. Es bedarf weiterer Untersuchungen, um aufzuklären, in welcher Weise (=PATHOGENESE) Parodontalerkrankungen zur Entstehung oder zum Fortschreiten arteriosklerotischer Gefäßveränderungen beitragen.. Aussagen wie »...Sie werden eine Koronarerkrankung, möglicherweise einen Herzinfarkt bekommen, wenn Ihre Parodontose nicht behandelt wird« sind derzeit nicht gerechtfertigt - so die Autoren des wissenschaftlichen Aufsatzes.

Im Hinblick auf eine Überinterpretation sollte auch bedacht werden, daß koronare Herzkrankheiten etwa 50% aller Todesfälle in Industrieländern ausmachen, also in mittleren und höheren Lebensaltern sehr häufig auftreten. Ähnliches gilt auch für Parodontalerkrankungen: In Deutschland leidet jeder 7. Erwachsene an mittelschweren oder schweren Zahnbett-Erkrankungen. Zugleich ist zu bedenken, daß Risikofaktoren für Dentalerkrankungen wie Rauchen, Diabetes mellitus, niedriger Sozialstatus, unangepaßte Ernährungsgewohnheiten zugleich Risikofaktoren für koronare Herzkrankungen darstellen.

Zähne ziehen - Antibiose!

Wenn Patienten mit Hüft-Endoprothesen unter Immunsuppression stehen, sollten sie bei größeren zahnärztlichen Eingriffen prophylaktisch Antibiotika erhalten.

Das empfahl die Orthopädin Dr. Dawn LaPorte bei der Jahrestagung der American Academy of Orthopaedic Surgeons. Basis waren retrospektive Analysen der Daten von fast 3000 Patienten mit Total-Endoprothesen. Bei 52 (1,7 Prozent) der Patienten, die zwischen 1982 und 1995 operiert worden waren, hatte sich später eine intakte Prothese infiziert. Von diesen 52 standen drei Fälle zeitlich und bakteriologisch in Zusammenhang mit einem zahnärztlichen Eingriff: Bei allen dreien hatte dieser über eine Stunde gedauert und relativ hohen Blutverlust verursacht, ohne daß den Betroffenen Antibiotika verordnet worden waren. Außerdem hatten in allen Fällen Streptokokken, typisch für die Mundflora, die Infektion verursacht. Zwei Patienten wiesen überdies systemische Risikofaktoren auf - in einem Fall eine jahrelange Kortikosteroid-Therapie wegen chronischer Polyarthrit, im anderen einen Typ-II-Diabetes.

Fazit von Dr. LaPorte: Bei Routine-Eingriffen ist keine antibiotische Prophylaxe nötig. Wohl aber bei Immunsupprimierten, wenn es sich um größere Prozeduren (zum Beispiel am Parodontium) oder um Extraktionen handelt beziehungsweise wenn stärkerer Blutverlust zu erwarten ist.

Quelle: American Academy of Orthopaedic Surgeons - Ärztliche Praxis Nr.31/'98

Positionspapier des DAZ zur Ausgestaltung des 2. GKV-NOG im Bereich Prophylaxe

1. Ausgangslage

Das 2. GKV-NOG sieht individualprophylaktische Leistungen auch für Versicherte ab dem 18. Lebensjahr vor. Vorgesehen sind Fluoridierung und Keimzahl-senkung bei Bevorzugung häuslicher Maßnahmen. In der Begründung zum Gesetz werden auch Speicheltests erwähnt. Darüber hinaus sind frühkindliche Vorsorgeuntersuchungen beim Arzt oder Zahnarzt sowie die ärztliche Beratung von Schwangeren vorgesehen.

2. Erwachsenenprophylaxe

2.1 Finanzvolumen

Zur Finanzierung der Erwachsenenprophylaxe sind die Mittel vorgesehen, die durch die Umstellung von Keramik auf Kunststoff bei Verblendungen von Kronen- und Brückenarbeiten als Regelversorgung freigesetzt werden. Nach vorliegenden Berechnungen stehen dadurch pro Jahr ca. 290 Millionen DM zur Verfügung. Im Vergleich dazu wurden für die IP-Positionen bei 6-19-Jährigen im Jahre 1996 rd. 550 Millionen DM (KZBV-Jahrbuch 1997) ausgegeben. Nach einer groben Schätzung gibt es ca. 57 Millionen GKV-Versicherte über 18 Jahre. Das bedeutet, daß pro Versicherten und Jahr rund 5 DM für Prophylaxe zur Verfügung stehen. Die Inanspruchnahme bei den IP 1-5-Positionen liegt je nach Position etwa zwischen 10 und 44%. Wenn man

diesen Wert auf die Erwachsenenprophylaxe überträgt, kann man -grob gerechnet- von einer Inanspruchnahme von ca. 25% ausgehen. Das bedeutet, daß für jeden Erwachsenen pro Jahr ca. 20 DM zur Verfügung stehen.

2.2 Gegenstand der Erwachsenenprophylaxe

Die Erwachsenenprophylaxe muß die Vorbeugung von Karies und Parodontitis zum Ziel haben.

Was ist sinnvoll in der Erwachsenenprophylaxe?

Die im Gesetz bzw. der Begründung genannten Maßnahmen können folgendermaßen eingeschätzt werden:

- Fluoridierung: auch im Erwachsenenalter sinnvoll (Sekundärkaries, Wurzelkaries)
- Maßnahmen zur Keimzahl-senkung: Eine gute Wirksamkeit haben Chlorhexidin-Spüllösungen. Diese sind jedoch nicht zur Dauermedikation geeignet (siehe dazu auch DGZMK-Stellungnahme: Dtsch Zahnärztl. Z. 1995, 50: 860). Chlorhexidinlacke (Cervitec, EC40) haben in etlichen Studien gezeigt, daß sie insbesondere bei der Prävention und Therapie der Wurzelkaries recht erfolgreich sind. Allerdings scheinen sie Fluoridlacken nicht überlegen zu sein. Andere antimikrobielle Substanzen, die insbesondere in Spüllösungen eingesetzt werden (Li-

sterine, Sanguinarin, CPC, Triclosan u.a.), haben zwar in diversen Studien eine plaque-, gingivitis- und zahnsteinhemmende Wirkung gezeigt, sind nach dem Stand des Wissens jedoch weitgehend wirkungslos bei der Prophylaxe von Karies und Parodontitis.

- Speicheltests zur Bestimmung des Kariesrisikos können im Rahmen eines Prophylaxekonzeptes bei gewissen speziellen Fragestellungen nützlich sein. Zur Kariesrisikobestimmung sind sie als alleinige Prädiktoren jedoch ungeeignet.

2.3 Leistungsumfang

Aus dem im Gesetz und der Begründung angesprochenen Leistungskatalog erscheinen die folgenden Maßnahmen wünschenswert:

- Fluoridlack-Applikation in der Zahnarztpraxis (2x jährlich, bei Wurzelkaries bis 4x jährlich) oder Verschreibung eines Fluorid-Gels
- Intermittierende Anwendung von Chlorhexidin-Spüllösung bei Menschen mit eingeschränkter Motorik

Darüber hinaus sind als Leistungen wünschenswert:

- Mundhygiene-Instruktionen und Erfolgskontrollen (2 Instruktionen und 3 Nachkontrollen in einem Zeitraum von 5 Jahren), wichtig ist insbesondere die Pflege von Problemstellen: Pfeilerzähne bei Brücken, Kombiarbeiten, Zahnzwischenraumpflege bei PAR-Patienten, Wurzelkaries usw.
- Subventionierung von Fluorid-Speisesalz. In diesem Zusammenhang fordert der DAZ auch, die Verwendung von fluoridiert-jodiertem Speisesalz in Bäckereien und Großküchen zu genehmigen.

- Eine »echte« Prophylaxe der Parodontalerkrankungen erscheint nach dem derzeitigen Stand des Wissens nur durch eine dauerhaft perfekte häusliche Mundhygiene möglich.

Daß dies erreichbar ist, erscheint unrealistisch. Eine lebenslange »professionelle« Zahnreinigung zur Vorbeugung der Parodontitis ist abwegig.

- Daher sollte die Prophylaxe der Parodontalerkrankungen neben Maßnahmen zur Verbesserung der häuslichen Mundhygiene (s.o.) auf eine Frühdiagnostik zielen.

- Wenn eine Parodontitis eingetreten ist, sollte neben der Behandlung auch die regelmäßige Parodontaldiagnostik Kassenleistung sein, die eigentliche Nachsorge (Aufrechterhaltung eines sehr guten Mundhygiene-Niveaus) jedoch in der Verantwortung des Patienten liegen. Das bedeutet, daß ggf. erforderlich werdende regelmäßige professionelle Zahnreinigungen Privatleistung sind. Ausnahmeregelungen sind für Behinderte und besonders schwere Parodontitis-Fälle zu treffen (RPP, LJP), die vor Vollendung des dreißigsten Lebensjahres erstmals diagnostiziert wurden.

3 Frühkindliche Vorsorgeuntersuchungen

Der DAZ fordert zahnärztliche Untersuchungs- und Beratungstermine mit folgenden Inhalten:

- UZ1 6.-8. Lebenswoche (Pädiater)
* Ernährungshinweise (Risiken durch Zuckertees und Fruchtsäfte in Trinkfläschchen) und Stillberatung

- * Beratung bzgl. Prophylaxe von Fehlentwicklungen der Kiefer (Bedeutung von Flaschensauger, Dauernlutschen und Schnuller)
 - * Erhebung einer Fluoridanamnese und Verordnung von Fluoridtabletten mit Vitamin D
- UZ2 8.-9. Lebensmonat (Pädiater oder Zahnarzt)
- * Inspektion der Mundhöhle
 - * Erklärung von Funktion und Bedeutung des Milchgebisses
 - * Beratung über säuglingsgerechte Mundhygiene
 - * Ernährungshinweise (Risiken durch Zuckertees und Fruchtsäfte in Trinkfläschchen)
 - * Erhebung einer Fluoridanamnese und Verordnung von Fluoridtabletten mit Vitamin D
 - * Empfehlung von Mineralwässern, die zur Herstellung von Säuglingsnahrung geeignet sind
- UZ3 20. - 24. Lebensmonat (Zahnarzt)
- * Inspektion der Mundhöhle
 - * Beratung über kindgerechte Mundhygiene
 - * Erhebung einer Fluoridanamnese und Beratung über Fluoridprophylaxe (Fluoridsalz, ggf. Verordnung von Fluoridtabletten)
 - * Touchierung mit Fluoridlack
 - * Bedarfsorientierte Beratung bzgl. Prophylaxe von Zahnstellungs- und Bißlageanomalien
- UZ4 3. Lebensjahr (Zahnarzt)
- * Erhebung eines Zahnstatus
 - * Beratung über kindgerechte Mundhygiene
 - * Erhebung einer Fluoridanamnese und Beratung über Fluoridprophylaxe (Fluoridsalz, ggf. Verordnung von Fluoridtabletten)

- * Touchierung mit Fluorid-Lack
- * Bedarfsorientierte Beratung bzgl. Prophylaxe von Zahnstellungs- und Bißlageanomalien

4 Schwangerenberatung bzw. Beratung der werdenden Eltern

- mittleres oder letztes Trimenon der Schwangerschaft
 - * Beratung der Eltern über ihre Mundgesundheit sowie Information über die Übertragung kariogener Keime (Ziel: Sanierung der Eltern)
 - * Beratung der Eltern über effektive Mundhygienemaßnahmen (Ziel: Vorbildfunktion)

Vitamin C fürs Knie

Im Rahmen der Framingham Knee OA Cohort Study traten Probanden mittleren und höheren Alters zwischen 1983 und 1985 sowie 1992 und 1993 zu röntgenologischen Knie Checks an. Außerdem füllten sie einen Ernährungsfragebogen aus und wurden zwecks Vitaminspiegelmessung »zur Ader« gelassen. Man untersuchte, ob eine Ernährung, die reich an antioxidativen Vitaminen war, eventuell bestehende Kniearthrosen positiv beeinflusst bzw. Arthrosen vorbeugt. Gonarthrotiker, die mittlere bis höhere Vitamin-C-Quanten konsumierten, erlitten rund 66 Prozent seltener eine Verschlechterung ihres Gelenkleidens. Auch bei Betakarotin, Vitamin E und D fand man Indizien für progressionshemmende Effekte. Vor Neuerkrankungen schien keins der getesteten Vitamine zu schützen. *Ann. Rheum. Dis.* 56 (1997)397-402.

Kollektive und semikollektive Prophylaxemaßnahmen sinnvoller

Zusammenfassung des Abschlußberichts der Studie »Möglichkeiten der Risikodiagnostik und Intensivprophylaxe bei Schulkindern« des Zentrums für Zahnmedizin an der Charité Berlin

Ziel dieser Studie war es, die kariesprophylaktische Wirksamkeit einer vierteljährlich durchgeführten Intensivprophylaxe bei Kindern mit hohem Kariesrisiko zu untersuchen. Darüber hinaus sollte ein neues Verfahren zur Kariesrisikobestimmung entwickelt und auf seine Aussagekraft untersucht werden. Diese Ziele sind im Zusammenhang mit der seit 1993 im Sozialgesetzbuch V verankerten Verpflichtung zu sehen, Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko zu identifizieren und einer intensiven prophylaktischen Betreuung zuzuführen.

Als Studienpopulation wurde eine Stichprobe von 478 neunjährigen Kindern aus drei Berliner Bezirken gezogen. Die Probanden wurden in eine Test- und zwei Kontrollgruppen aufgeteilt. Die Testgruppe bestand aus 259 Kindern mit mittlerem und hohem Kariesrisiko und nahm über einen Zeitraum von 3 Jahren vierteljährlich an einer intensivprophylaktischen Betreuung teil. Eine bezüglich aller kariesrelevanter Faktoren gleich zusammengesetzte Kontrollgruppe k mit 160 Probanden wurde jährlich untersucht und erhielt nur einmal jährlich eine Mundhygieneunterweisung. Für die Untersuchungen zur Kariesrisikodiagnostik mußte die Kontrollgruppe k um eine Kontrollgruppe l mit sehr

niedrigem Kariesrisiko ergänzt werden, damit das komplette Spektrum der Kariesverteilung vertreten war.

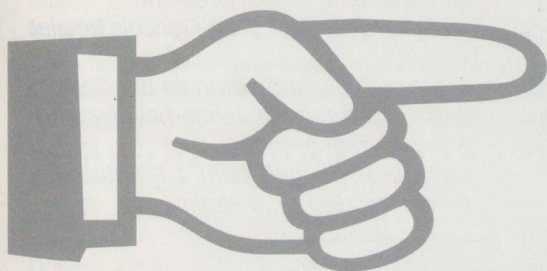
Nach dreijähriger Studiendauer zeigten die Probanden der Kontrollgruppe einen Karieszuwachs von 3,19 kariösen Zahnflächen, während er in der Testgruppe bei 2,70 lag. Den niedrigsten Karieszuwachs hatten die Probanden der Kontrollgruppe l mit lediglich 1,87 neuen kariösen Zahnflächen. Die Testgruppe unterschied sich hinsichtlich der Kariesprävalenz weder von der Kontrollgruppe k noch der Kontrollgruppe l statistisch signifikant ($p > 0,05$).

Bezogen auf Initialläsionen war nach drei Jahren Studiendauer ein deutlicher Unterschied zwischen den drei Gruppen feststellbar. Während der Zuwachs an Initialläsionen in der Kontrollgruppe k bei 8,50 und in der Kontrollgruppe l bei 6,13 lag, betrug er in der Testgruppe lediglich 4,41. Diese Unterschiede waren statistisch signifikant ($p < 0,001$).

Das neuentwickelte Verfahren zur Bestimmung des Kariesrisikos (Microtouch-Methode) beruht auf der Messung von pH-Werten in Zahnbelägen (Plaque). Ein häufig unter einen Wert von 5,7 abfallender Plaque-pH ist verantwortlich

Die Natur ist Vorbild

Baustein für die Zähne



Eine Empfehlung
für Ihre Patienten



Tag für Tag Bad Reichenhaller Jodsalz mit Fluor anstelle des normalen Salzes. Fluorid härtet den Zahnschmelz und ist daher wichtig für die Zähne. Jod ist für die tägliche Ernährung genauso wichtig wie Vitamine.

Das Salz der Alpen, die Geschmackskraft der Natur.

für die Entstehung kariöser Schäden. Anhand des im weiteren Verlauf der Studie in den Kontrollgruppen festgestellten Karieszuwachses konnte das tatsächliche Kariesrisiko der betreffenden Probanden festgestellt und mit den zu Beginn gemessenen pH-Werten in Beziehung gesetzt werden. Die Wahrscheinlichkeit, mit der Kinder mit niedrigem Risiko richtig erkannt wurden, lag zwischen 56,3 und 80,0 %, für Kinder mit hohem Kariesrisiko lag die Wahrscheinlichkeit einer richtigen Einschätzung zwischen 48,3 und 72,7 %. Die Ergebnisse sind denen vergleichbar, die mit Speicheltests, die ebenfalls in der vorliegenden Studie untersucht wurden, erreicht werden. Für ein Risikoscreening liefern beide Verfahren keine zufriedenstellenden Ergebnisse.

Im Gegensatz dazu lieferte die Risikoeinschätzung auf der Basis von Initialläsionen an bleibenden Zähnen (D_{1,2}MFS) sehr gute Ergebnisse. Sowohl Sensitivität als auch Spezifität lagen durchgängig über 80%. Es besteht Hoffnung, daß sich aus diesen Ergebnissen ein einfaches und treffsicheres Verfahren sowohl zum Risikoscreening im Rahmen der Gruppenprophylaxe als auch zur Risikodiagnostik in der Individualprophylaxe entwickeln läßt.

Die vorliegenden Studienergebnisse zeigen, daß eine vierteljährliche Intensivprophylaxe mit professioneller Zahnreinigung und Fluoridierung für Kinder mit hohem Kariesrisiko in dem untersuchten Alter unter den entsprechenden Umfeldbedingungen nicht ausreicht, um kurzfristig eine deutliche Hemmung des Karieszuwachses zu erzielen. Unter

Berücksichtigung der Kosten-Nutzen-Relation wird es als sinnvoller angesehen, mehr Mittel in kollektive (fluoridiertes Speisesalz, z.B. Subventionierung unter den Preis von normalem Salz) und semikollektive (Fluoridierung in Schulen und Kindergärten) Prophylaxemaßnahmen zu investieren. Es ist belegt, daß diese Maßnahmen sehr effizient sind.

*Dr. med. dent. Stefan Zimmer
Zahnärztin Mozghan Bizhang
Dipl.-Ing. Peter Jochimski
Dr. med. dent. Rainer Seemann
Prof. Dr. med. dent. Jean-Francois Roulet*

*Zentrum für Zahnmedizin an der Charité
Berlin, Abteilung für Zahnerhaltung und
Präventivzahnmedizin
Leiter Prof. Dr. med. dent. J. F. Roulet
FührerStr. 15, 13353 Berlin*

Gesundheitsabgabe: Auch Minister Seehofer denkt über einen »Gesundheitspfennig« auf Tabak, Alkohol und Schokolade nach. »Ich wüßte nicht«, erklärte Seehofer, »wie wir ohne die Milliarden Mark Selbstbeteiligung derzeit eine hochwertige medizinische Versorgung sichern könnten.« Deshalb kündigte er, sich auf Dr. med. Karsten Vilmar zubewegend, eine »Welturaufführung« an. Der Bundesärztekammerpräsident fordert seit Jahren einen Gesundheitspfennig auf schädigende Produkte. Seehofer: »Ich bewege mich von der grundsätzlichen Ablehnung weg, hin zu einer grundsätzlichen Zustimmung zu einer Abgabe, die nicht dem Staat zugute kommt, sondern dem Gesundheitswesen.«

(Ärztl. Praxis. 25/11)

Krebsschutzfaktor Roggen

Neue Erkenntnisse zum krebisprotektiven Potential von Lignanen und anderen Stoffwechselprodukten

Zwei jüngst publizierte Studien belegen, daß Roggenkleie das Wachstum von Adenokarzinomen bei Ratten mit implantierten Prostataumoren hemmt. Der Effekt von Roggen auf menschlichen Prostatakrebs wird aktuell an Nacktmäusen untersucht. Dies führte Prof. Göran Hallmans, Umea/Schweden, anlässlich eines Pressegesprächs des Nordisk Industrifond bei Köln aus. Bekannt ist bereits, daß Lignane die 5-alpha-Reduktase, die bei der Stimulation des Prostatakrebses eine wichtige Rolle spielt, hemmen. Und epidemiologische Daten zeigen, daß in Finnland Prostatakrebs weniger stark in Regionen verbreitet ist, in denen viel Roggenbrot oder andere Roggenprodukte verzehrt werden.

Bereits seit 1993 arbeiten skandinavische Wissenschaftler im Rahmen des NordFood Programms, unterstützt vom Nordisk Industrifond, intensiv an der Aufklärung der präventiven Wirkungen der Lignane im Hinblick auf Prostata-, Brust- und Dickdarmkrebs. Hintergrund ist die Annahme, daß die in der Roggenschale vorkommenden Lignane als pflanzliche Vorstufen menschlicher Phytoöstrogene schützende Wirkung gegen diese Krebsarten entfalten können.

Das Forschungsteam um Prof. Herman Adlercreutz, Helsinki/Finnland, der als

Pionier der Lignanforschung gilt, fand heraus, daß der Hauptanteil der in der Darmflora gebildeten Enterolactone aus Roggenbrot und anderen Vollkornprodukten wie z.B. Knäckebrot stammt. Enterolacton und seine Vorstufe Matairesinol hemmen in vitro das Wachstum von Brustkrebszellen (in Gegenwart von Östradiol) und von Prostatakrebszellen. Enterolacton hemmt offensichtlich auch die Aromatase, die als wichtig für das Wachstum von Brustkrebszellen eingeschätzt wird. In vivo Untersuchungen ergaben zudem eine Korrelation zwischen geringer Lignan Ausscheidung und hohem Brustkrebsrisiko.

Für Dickdarmkrebs mehrten sich die Hinweise, daß Lignane protektive Wirkungen auf die Kanzerogenese haben. Da inzwischen gezeigt werden konnte, daß auch Dickdarmzellen Östrogenrezeptoren besitzen, ist denkbar, daß die schwachen Phytoöstrogene durch kompetitive Hemmung der Östrogene das Krebswachstum negativ beeinflussen. Diesem Zusammenhang wird derzeit unter Mitwirkung von Prof. Adlercreutz in einem breit angelegten EU-Projekt nachgegangen.

Darüber hinaus stellte Prof. Walter Feldheim, Kiel, fest, daß aus größeren Roggenpartikeln, wie sie z.B. in Knäckebrot, einem Vollkornprodukt, vorkommen,

durch Fermentation ein vergleichsweise hoher Butyrat-Anteil gebildet wird. Butyrat ist an Teilung und Differenzierung der Dickdarmmucosazellen beteiligt und könnte so einen Schutzfaktor gegen die Entwicklung von Colonkrebs darstellen. Bereits länger bekannt ist, daß Roggen hinsichtlich der Stuhlwirk-samkeit an der Spitze der Getreidebal-laststoffe liegt und auch die Ballaststof-fe aus Obst und Gemüse weit weniger effektiv sind.

Nach Dr. Dorian Weipert, Detmold, füh-ren die zahlreichen Untersuchungen zur gesundheitlichen Relevanz von Roggen allmählich zu einer bewußteren Wahr-nehmung und Aufwertung dieser Ge-treideart. So stellte sich heraus, daß sich der überwiegende Teil der Vitami-ne, Mineral- und Ballaststoffe in den äußeren Randschichten des Kornes be-findet. Deshalb wird zunehmend der Verzehr des 'vollen' Kornes empfohlen. Außerdem wurde in Backversuchen nachgewiesen, daß z.B. der Lignange-halt in Knäckebrot aus Roggenvollkorn-mehl durch den Backvorgang nicht be-einflußt wird.

Über die Funktion der Ballaststoffe und ihre positiven Effekte auf die menschliche Gesundheit liegen gesicherte Er-kenntnisse vor. Die Ergebnisse zu den krebsprotektiven Wirkungen von im Ver-bund mit Ballaststoffen vorliegenden Sekundären Pflanzenstoffen wie den Li-gnanen sind ermutigend. Weitere posit-ive Erkenntnisse sind in nächster Zeit zu erwarten.

TARGIS Healthcare Communications
e-mail: eta@targis.de

Geld für Cafeteria statt für Prophylaxe

Die Zahnärztekammer Niedersach-sen hat eine Rückstellung in Höhe von 100.000 DM gebildet - im Hinblick auf die Kosten der Rechtsverfolgung in einem Streitfall mit dem Altersversorgungswerk der Zahnärzte. Der Streit basiert darauf, daß die Kammer und das Versorgungs-werk sich darüber uneinig sind, ob die Cafeteria des Neubaus in der Zeißstraße in Hannover nach dem Generalüberneh-mervertrag einen ovalen oder eckigen Grundriß erhalten sollte. Die Zahnärzte-kammer hatte wegen dieser Streitigkeit eine Feststellungsklage vor einem von den Parteien benannten Schiedsgericht erhoben. Dieses erließ einen Hinweisbe-schluß dahingehend, daß die Klage we-gen der rechtlichen Identität der Parteien nicht statthaft und somit unzulässig sei. Über den gleichzeitigen Vorschlag des Gerichts, statt Klageerhebung ein Gremi-um mit der Begutachtung der Rechtslage zu beauftragen, ist noch nicht absch-ließend entschieden. --*schließlich ist jetzt Geld genug da, seit man beschlos-sen hat, aus der LAG-Zahngesundheit auszusteigen.* (Anm. d. Red.)

Vollmondbier Seit 1997 ist eine ga-stronomische Innovation aus der Esote-rik auf dem deutschen Markt. In der Schweiz ist "Vollmondbier"- das nur in Vollmondnächten gebraut werden darf-bereits seit längerer Zeit ein Erfolg. Nun wurden entsprechende Lizenzen auch in Deutschland vergeben. Auf den Otten-burger Esoterik-Tagen im Mai 1997 wur-de eine weitere Neuerung an geboten: ein »karmafreier Kartoffelsalat«.

Pressemitteilung Naturland GmbH vom 7. 5. 1997,
Badische Zeitung, 26. 5. 1997

LESERBRIEFE... LESERBRIEFE... LESERBRIEFE

Ich bleibe dabei, daß der Gruppenprophylaxe grundsätzlich Priorität zukommt...

Im forum 60, S.12 hat sich Prof. Marthaler, Zürich, mit seinem Beitrag »Zur Wirksamkeit der Kollektivprophylaxe in Schulen und Kindergärten« kritisch zum Beschluß der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein geäußert, den primären Ausbau einer flächendeckenden Basisprophylaxe abzulehnen, wie er von Krankenkassenvertretern vorgeschlagen worden war.

Während der Bundesverband der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes Marthalers forum-Beitrag und seine Kritik am Kammerbeschluß ausdrücklich begrüßte, beklagte sich die ZÄK Schleswig-Holstein über den »Züricher Emeritus, der dem Ansehen des zahnärztlichen Berufsstandes mit seinem unglücklichen Schreiben erheblichen Schaden zugefügt« habe.

Daraufhin erhielten wir von Prof. Marthaler das folgende Schreiben, mit dem er die Vorwürfe zurückweist und noch einmal hervorhebt, wieviel effektiver man mit konsequenter Gruppenprophylaxe Kariesschäden auch bei Risikofällen vermeiden kann (siehe hierzu auch die Beiträge auf S.43 und S.46).

Sehr geehrter Herr Kollege Ruff, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen

Ich bin im Besitze Ihres freundlichen Briefes vom vergangenen 9.März, mit welchem Sie auf mein Schreiben an das Schleswig-Holsteinische Ministerium

und die dortige AOK reagiert haben. Zu Beginn halte ich gerne fest, dass grundsätzliche wissenschaftliche Divergenzen über Notwendigkeit und Wirksamkeit der Fluoride, der Mundhygiene und der Ernährungsberatung in Ihrem Brief nicht zum Ausdruck kommen. Ohne weiteres gebe ich eine gewisse Unkenntnis über die gesetzlichen und gesundheitspolitischen Verhältnisse in den einzelnen deutschen Ländern zu.

Was mit den »zu schaffenden Ambulatorien ... Maßnahmen im Munde des einzelnen Kindes vorgenommen werden, die fachlich nicht mehr der Gruppenprophylaxe, sondern der individuellen Therapie vorbehalten sind« gemeint ist, ist mir nur teilweise klar. Ambulatorien der Vorbeugung gab es in der Schweiz kaum (nur in Basel); sie haben sich hier erübrigt. Von den früheren fahrbaren Schulzahnkliniken, damals Pioniere der Schulzahnpflege und der daran angeschlossenen Vorbeugung, sind nur noch wenige in Betrieb. Die jährliche obligatorische Kontrolle und nur noch selten notwendige konservierende Behandlung findet fast überall bei den ansässigen Zahnärzten statt, die kollektive Prävention oder Gruppenprophylaxe durchwegs in den Schulen. Schulzahnkliniken - früher angesichts des sehr hohen Kariesbefalls unumgänglich - bestehen heutzutage vor allem noch in den grösseren Städten.

Meine Thesen über die Wirksamkeit der allgemeinen Vorbeugung, besonders in Gruppen und selbstverständlich mit dem Rückhalt der Zahnärzte, wurden durch

eine neue holländische Publikation greifbar bestätigt. Ich habe meine entsprechend erweiterte Stellungnahme zuhänden von Schleswig-Holstein als Kurzartikel »Zur Wirksamkeit der Kollektivprophylaxe in Schulen und Kindergärten« im *forum* Nr.60 des DAZ publiziert.

Ich weiß, daß die kollektive Vorbeugung in der Schule in Deutschland sich nicht so direkt verwirklichen läßt wie in der Schweiz, wo die Schulkommission (»Schulpflege« oder »Schulrat«) in eigener politischer Kompetenz und in alleiniger Übereinkunft mit den lokalen zahnärztlichen Praktikern die Schulzahnpflege und die darin enthaltene Vorbeugung in der Schule beschließen kann, ja in den meisten Kantonen auf Grund von Rahmengesetzen organisieren muß. Wie wir in der Stiftung für Schulzahnpflegehelferinnen eruieren konnten, kostet die kollektive Prophylaxe mit jährlich 6maligen Zahnbürstübungen im Schulzimmer, didaktisch ergänzt, nur 11.-bis 22.-CHF pro Jahr; dies selbst beim Einsatz von relativ »luxuriösen« Hilfsmitteln (Stand 1992). Mit diesem System sowie dem vorherrschenden Gebrauch der fluoridierten Zahnpasten und des fluoridierten Haushaltsalzes (in mehr als 85 % der Familien mit Kindern) wurden ausgezeichnete Resultate erreicht. So fanden sich 1996 im Kanton Zürich bei den 12jährigen (62% kariesfrei) nur noch 0,84 DMF-Zähne und bei den 14jährigen (46 % kariesfrei) deren 1,53 (Menghini et al 1998).

Der Preis der individuellen, intensiven Prophylaxe ist mehrfach höher. Speicheltests zur Ermittlung der Hochrisikokinder kosten gegen 100 DM. Hinzu

kommen die Kosten der eigentlichen Vorbeugung. Die vergleichsweise mehrfach höheren Kosten der individuellen Vorbeugung wurden schon im *forum* Nr.50 dargelegt (S. 211-215, *Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe in der Schweiz: Beobachtungen und Schlüsse für die Vorbeugung in Deutschland*).

Mit der nun publizierten Anwendung der DENTOPROG-Methode zur Kariesvorhersage (Marthaler et al, *Oralprophylaxe* 19, 40-47, 1997/1) lassen sich die Kosten des Eruierens der Hochrisikokinder drastisch senken. Unsere Arbeiten zum Dentoprog belegen, daß sich meine Tätigkeiten keineswegs einseitig auf die Gruppenprophylaxe richten, und ich auch der Individualprophylaxe zum Durchbruch verhelfen möchte. Ich bleibe aber bei meiner Auffassung, daß der Gruppenprophylaxe grundsätzlich Priorität zukommt, auch wenn diese in Deutschland schwieriger zu bewerkstelligen ist als in der Schweiz.

Ich habe den üblichen kollegialen Weg, zuerst mit Ihnen in Verbindung zu treten, in diesem Fall nicht beschritten. Ich habe dies bewußt getan, so wie ich auch in der Schweiz manchmal den »Dienstweg« verlasse und zu »Direktvorstößen« greife, wenn anders eine Diskussion, von deren Notwendigkeit ich auf Grund eindeutiger Daten überzeugt bin, nicht richtig in Gang kommt. Ich bedauere natürlich, daß ausgerechnet Sie bzw. die Zahnärztekammer Schleswig Holstein »Opfer« meines nicht gerade kollegialen Vorgehens sind.

Allerdings sind Sie eher Opfer einer über ein Vierteljahrhundert alten Tendenz

maßgebender deutschen Gremien, die die Prophylaxe möglichst in der Praxis behalten wollten. Das war und ist grundsätzlich anders in der Schweiz. Die Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft hat von Anfang an der kollektiven Vorbeugung in der Schule Priorität zuerkannt und nach außenhin dazu stets dezidiert positiv Stellung genommen. So hat die Gesellschaft beispielsweise nicht nur allen Zahnärzten, sondern auch allen Gemeinden und den kantonalen Gesundheits- und Erziehungsdirektionen (= -ministerien) eine »Anleitung zur Schulzahnpflege« zugestellt, damit die kollektive Vorbeugung in den Schulen, aber auch die jährliche Kontrolle und Behandlung unter allen Umständen aufrecht erhalten wird. Forderungen nach Abgeltungen für individuelle Vorbeugung werden darin nicht gestellt.

In Deutschland ist auf dem Gebiete der Vorbeugung vieles in Bewegung gekommen, was sich an einem nunmehr unzweideutigen Rückgang des Kariesbefalles äußert. Mit dieser erfreulichen Feststellung möchte ich diesen Brief abschließen und verbleibe

mit kollegialen Grüßen
Ihr Th. Marthaler

Nachlese zum IHCF-Kongress

Mit Interesse habe ich im letzten DAZ-Forum den Tagungsbericht über das Leipziger Symposium der IHCF gelesen. Vielleicht sollten Sie Ihre Leser informieren, das in etwa 2-3 Monaten ein Sonderband mit allen ausgearbeiteten

Referaten erscheint. Der Preis beträgt 89,- DM, wobei das Buch für 75,- DM bis zum 30.3.97 vorbestellt werden kann. Da mir das DAZ-Forum sehr gut gefallen hat, möchte ich Ihren Lesern ein Angebot machen: Den vor 4 Wochen erschienenen Band »Der Zahnhal«, der über das Tübinger Symposium berichtet (Preis 89,- DM, Besprechung s.S. 63) erhalten Sie im Paket mit »Plaque« zu einem Preis von 130,- DM. Dabei wird der erschiene Band - einer der Autoren ist übrigens Stefan Zimmer - sofort ausgeliefert, der Plaque-Band unmittelbar nach Erscheinen kostenfrei nachgeliefert. Das ist doch ein Angebot! Wenn Sie weitere Informationen brauchen, rufen Sie mich einfach in der Praxis an.

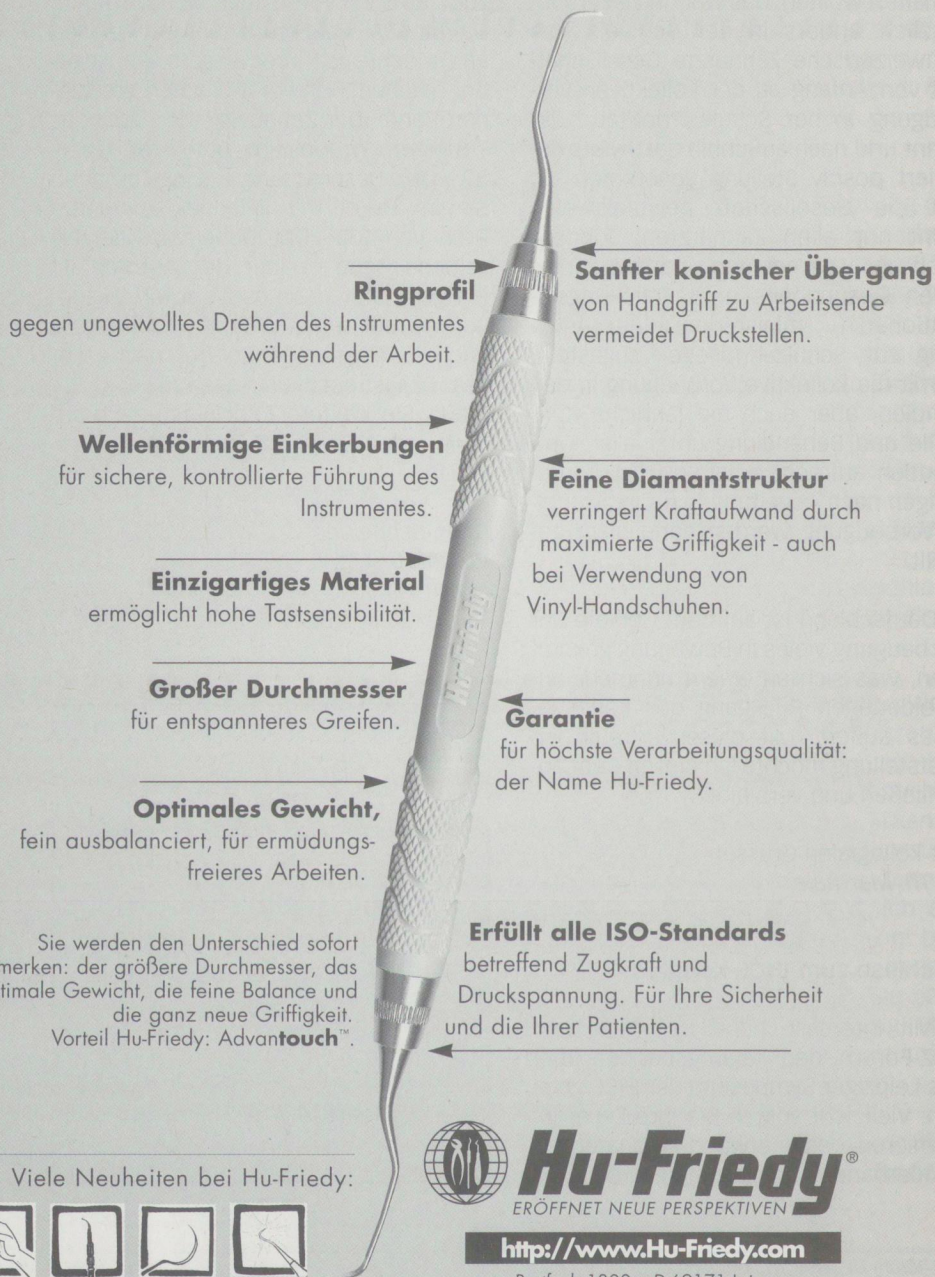
*Dr. H. Schneider,
Rurstraße 47a,
52441 Linnich
Tel/Fax 02462-6241*

25./26.9.1998,
Santander/Spain:
**Congress of the European
Association of Dental
Public Health (EADPH),**
organized by the EADPH and
the University of the Basque
Country

(Tel./Fax 34(9)4-4858177, Fax
34(9)4-4801899)

FÜHLEN SIE DEN UNTERSCHIED

Advantouch™



Ringprofil

gegen ungewolltes Drehen des Instrumentes während der Arbeit.

Wellenförmige Einkerbungen

für sichere, kontrollierte Führung des Instrumentes.

Einzigartiges Material

ermöglicht hohe Tastsensibilität.

Großer Durchmesser

für entspannteres Greifen.

Optimales Gewicht,

fein ausbalanciert, für ermüdungsfreieres Arbeiten.

Sanfter konischer Übergang
von Handgriff zu Arbeitsende
vermeidet Druckstellen.

Feine Diamantstruktur

verringert Kraftaufwand durch
maximierte Griffigkeit - auch
bei Verwendung von
Vinyl-Handschuhen.

Garantie

für höchste Verarbeitungsqualität:
der Name Hu-Friedy.

Sie werden den Unterschied sofort
bemerken: der größere Durchmesser, das
optimale Gewicht, die feine Balance und
die ganz neue Griffigkeit.
Vorteil Hu-Friedy: Advantouch™.

Erfüllt alle ISO-Standards
betreffend Zugkraft und
Druckspannung. Für Ihre Sicherheit
und die Ihrer Patienten.

Viele Neuheiten bei Hu-Friedy:



Advantouch



Ultraschall-



Nadel-Faden



Enzymax

Kombination

Reiniger



Hu-Friedy®
ERÖFFNET NEUE PERSPEKTIVEN

<http://www.Hu-Friedy.com>

Postfach 1380 • D-69171 Leimen

Tel. 0 62 24 - 97 00-0 • Fax 0 62 24 - 97 00-97

Basis-Zahnmedizin im afrikanischen Busch - Notizen aus Namibia

Die Initiatorin von **Afrodent e. V.**, Dr. Ingrid Schuster aus München, hatte mich beim Aschermittwochessen 1997 auf die Missionsstationen Dornfeld und Aminuis in Namibia aufmerksam gemacht. Dort sollten 1600 schwarze Farmerkinder zahnärztlich betreut werden. So kam es, daß Pater Pöllitzer, der Leiter der Missionsstation Dornfeld und Schwester Domenika am Donnerstag, den 29.5.97 meine Partnerin und mich nachts am Flughafen Windhoek abholten. Nach 200 km Fahrt Asphalt- und Schotterpiste in Richtung Osten, wurden wir in Dornfeld von den afrikanischen Schwestern mit einem mitternächtlichen Lied empfangen. Nach einem Imbiß und ersten Gespräch im Schwestern-Foyer suchten wir unser Wohnquartier, das „Paradies“ auf. Decken waren reichlich vorhanden, denn es herrschten nachts Minustemperaturen!

Freitag, 30.5., erster Tag. Um 8 Uhr wurden wir pünktlich geweckt durch Palaver und Gekicher von zwei afrikanischen Mitbewohnerinnen (Sozialarbeiterinnen), die im Gang ihren Kaffee kochten. Von ihnen bekamen wir den Tip, daß es sinnvoll sei, sich eine Wärmflasche zuzulegen. Dann: heiße Dusche, blauer Himmel, kühle, klare Luft, Ruhe, deutsches Frühstück. Auf dem Weg zur Zahnstation, einem eiskalten, dumpfen, düsteren Raum, abgeteilt von der Wohnung einer Angestellten, wurden wir von den Kindern unterwegs schon als „Tandearz Dr. Wander“ begrüßt. Die nächsten Tage sollten wir in diesem Raum in

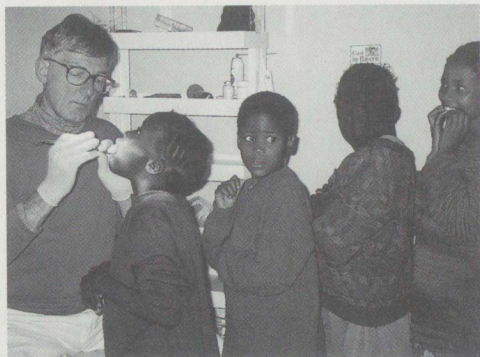
langen Unterhosen und drei Pullovern verbringen.

Bis zur Mittagspause versuchte ich das luftgetriebene amerikanische Unit (Fa. Schein, von Kollege Bade aus München installiert) in Gang zu bringen. Verzweifelt suchte ich das Spezialwerkzeug, um den Deckel vom Schwebetisch



zu öffnen, aus dem Wasser herausplätscherte. Es fand sich nach Stunden zufällig versteckt zwischen dem umgedrehten Deckel und dem Schachtelboden der Hand- und Winkelstücke. Schwester **Domenika** (Krankenschwester) brachte uns derweil den Heißluftsterilisator aus ihrem Behandlungszimmer. Diesen Freitagnachmittag wurden die Kinder nur untersucht, da das Gerät noch nicht betriebsbereit war. Ich saß dabei breitbeinig auf einem Hocker, und Kind um Kind stellte sich artig mit weit geöffnetem Mund vor mich hin. Die Untersuchung erfolgte mit einem batterie-

betriebenen Leucht-Mundspiegel und Sonde. Das ging zügiger, als wenn die Kinder auf dem Behandlungsstuhl Platz



genommen hätten. Auf diese Weise waren bis Samstag-Abend 900 Kinder „durchgecheckt“ und einige einfache Extraktionen oder Zahnsteinentfernungen vorgenommen worden. Für die Wiederbestellungen führten wir ein Journal. Die **Messe am Samstagabend** (und Mittwochabend) in der hallenartigen Kirche mit moderner, leicht stilisierter Wandmalerei ein Ereignis, welches uns zutiefst berührt: Tausend Kinder singen mehrstimmig ein Halleluja als Kanon, beten und halten sich an den Händen, eine Mädchen-Band musiziert mit Trommeln, Marimbas und Rasseln aus Kronenkorken. Am Ende der Messe verlassen alle swingend und tanzend die Kirche.

Bis **Sonntagmittag** waren alle Kinder untersucht. Am angenehmsten fielen uns die zweihundert mehr oder weniger kostenfrei dort lebenden Bushmen-Kinder auf. Sie stellten sich voller Gehorsam und Zuversicht vor mich hin und

öffneten artig den weiten Mund, so als ob sie die Sonne weit in sich hinein-scheinen lassen wollten.

Einige Kinder (Damaras, Namas =Hottentotten, Ovambos) erschrakten allerdings ganz fürchterlich vor dem blitzenden Mundspiegel. Sie wichen mit einem spitzen Schrei zurück und rannten dann unter dem Gekicher der anderen kreischend aus dem Behandlungszimmer. Besonders amüsiert waren wir über jene Kinder, die in der Schlange stehend, recht frech über die vordersten lachten, um dann, wenn sie selbst den Mund öffnen sollten, angstvoll die Hände zu falten, um noch schnell ein Stoßgebet zum Himmel zu schicken. Jedes Kind bekam als Belohnung einen Luftballon und als diese ausgegeben waren, verteilten wir Plastikmundspiegel, deren (Spiel-) Wert von den Kindern nicht sogleich erkannt wurde. Bald jedoch wurden die Mundspiegel zum begehrten Renner. **Sonntagnachmittag** hatten wir frei und bummelten über das Gelände von Dornfeld. Die humorigen, kunstvollen Fassadenmalereien beeindruckten uns sehr.

Der **Montagmorgen** zerrann wieder mit Fehlersuche und Reparaturen in der Zahnstation und am Nachmittag ging's endlich los mit Zahnfüllungen und größeren Zahnextraktionen. Zum Vernähen fehlte allerdings ein Nadelhalter und so mußte eine Luer Zange herhalten, die ich vorsorglich aus eigenen Beständen mitgebracht hatte. Älteren Kindern mit kariösen Zähnen händigten wir Elmex-Gelee mit besonderen Hinweisen auf dessen Benutzung aus. Die kleinen Kinder waren beim Bohren mucksmäuschen still und alles ging ohne Lokalan-

ästhesie vonstatten. Welch eine Freude, solche Kinder zu behandeln!

Wenn nur nicht dieser Höllenlärm vom Austauschgerät für den defekten Zahnstationkompressor gewesen wäre. Er knatterte ununterbrochen wie eine Dreschmaschine aus den 50-er Jahren. Wenn er 6 Atu Betriebsdruck erreichte, schaltete er nicht etwa ab, sondern das Überdruckventil öffnete sich mit Kanonendonner. Ich mußte darauf achten, auf dem linken Bein balancierend, den Kompressorschalter mit dem rechten Fuß umzulegen, bevor es knallte. Außerdem war auch die Sauganlage defekt.

Aufgrund unseres Journal behielten wir dennoch den Überblick, wer noch zur Behandlung kommen mußte. Ein Problem allerdings war, daß wir von der Praktikantin Delilah immer nur die Vornamen der Kinder erfahren hatten. Sie und der „Hospel“-Leiter Sylvester, die ebenfalls assistierten, kümmerten sich um die „Beschaffung“ der Kinder.

Dienstagnachmittag hatte ich gerade mal eben keine Handschuhe an, da ich wieder einmal die große Pfütze unter meinem Bein aufgewischt hatte, als mir Delilah bedeutete, die Handschuhe wieder anzuziehen - das auf dem Stuhl sitzende Mädchen habe nämlich „Tippi“. Es dauerte eine ziemliche Weile, bis ich begriff: tie-bie (= Tb!). Beim Abendessen um 18 Uhr klärte uns aber Michael, ein amerikanischer Praktikant darüber auf, daß Tb (Tuberkulose) eine Umschreibung für Aids sein könne. Da war es also da, das Problem, wovon wir von Anfang an Angst gehabt hatten. Wir hatten es schon fast verdrängt, obwohl uns ei-

nige Kinder mit starken, ungewöhnlichen Zahnfleischentzündungen aufgefallen waren. Durch dreitägige Meridolspülungen waren die Entzündungen zurückgegangen und wir konnten in diesen weniger blutenden Mundhöhlen unsere Arbeit tun. Pater Pöllitzer versicherte uns später jedoch, daß alle Kinder vor Schulbeginn ärztlich untersucht würden - »tippi« also tatsächlich TB sei.

Delilah war warmherzig und liebevoll zu den Kindern, hielt ihnen die Hand und



die Nierenschale unter das tiefende Kinn, denn die Absauganlage funktionierte immer noch nicht.

Sylvester, der Heimleiter, war zu den Kindern distanziert freundlich und forderte kompromißlos ihre Mitarbeit ein. Er beobachtete sehr gut und ich empfand ihn als sehr effektiven zahnärztlichen Helfer.

Christel, meine Partnerin, fungierte als »Mädchen für alles«. Ohne ihr Organisationsgeschick hätte ich bald »alt aus'geschaut«, wie man so schön in Bayern sagt. Abends, als ich wieder wegen Reparaturarbeiten in die Zahnstation mar-

schierte, kamen mir einige Buben mit einem „good evening doctor“ entgegen und gaben mir artig die Hand. Ich fühlte mich wie Albert Schweitzer, zumal ich eine 50 Jahre alte schlappe, weite weiße Leinenhose meines Vaters trug.

Am **Mittwoch** fahren wir mit dem Dornfelder Toyota-Pickup, vollgeladen mit Äpfeln, roten Rüben und Kartoffeln in die südlich gelegene Missionsstation Aminuis, wo 400 Kinder betreut werden mußten. Mit von der Partie eine Reisetasche voller zahnärztlicher Instrumente und Kleingeräte. Es war eine wunderbare Fahrt über 200 Kilometer namibischer Waschbrettstraße, mit weiten Ausblicken in die afrikanische Landschaft. Aminuis, eine kleine Station mit Kirchturm und Dorfcharakter, liegt auf einer kleinen Anhöhe über einem Salzsee. Im Frühjahr hatte es hier viel geregnet, sodaß die Eltern, bis zu den Hüften im Wasser wadend, ihre Kinder zur Schule hatten bringen müssen. Nach dem Mittagessen untersuchten wir in einem großen, hellen Saal alle Kinder. Der ganze Schulbetrieb war abgestimmt auf das kurze, eintägige Ereignis „der Zahnarzt kommt!“

Am **Donnerstagvormittag** wurde die Schulbibliothek zum Behandlungsraum umfunktioniert. Mit einem tragbaren Gerät wurden die Zähne ausgebohrt. Die Leiterin der Missionsstation, **Schwester Ansgarda**, hielt den Kopf der Kinder und als Füllmaterial verwendete ich lichthärtendes Dyract mit Applikationsspritze. In den Folgejahren werden Kollegen erst beurteilen können, ob die Trocknung der Kavität mit einem einfachen Ballonbläser für dieses

Compomere-Material ausreichend war. Die Entfernung eines chronisch entzündeten, teilretinierten oberen Weisheitszahnes kostete Schwester Ansgarda, die tapfere Patientin und mich viel Schweiß und 30 Minuten Zeit. Kein Wunder! Dieser Kerl hatte drei divergierende Wurzeln wie die Zipfel einer Kölner Narrenkappe.

Wir stellten uns die Frage, ob es überhaupt Sinn macht, einmal im Jahr einen Zahnarzt „in die Wüste“ zu schicken, um bei 1600 Kindern die notwendigen 200 zahnärztlichen Behandlungen durchzuführen. Unsere Überzeugung ist ein eindeutiges: ja!

Auffallend war, daß in der kleineren und überschaubareren Missionsstation die Kariesfrequenz geringer und die Zahnhygiene der Kinder deutlich besser war als in der großen Station Dornfeld. Nach Auskunft von Pater Pöllitzer benutzen die um Aminuis ansässigen Stämme Wurzeln und Zweige zur Zahnreinigung, deren Enden zu pinselartigen Bürsten zerstoßen werden, wohingegen die Farmerkinder der Namas und Damaras in Dornfeld diesen Brauch nicht kennen.

In Aminuis hatte letztes Jahr erstmals Kollege Steinert durch gezielte Zahnextraktionen steuernd in den Zahnwechsel eingegriffen. In diesem Jahr war in diesem Bereich noch viel zu tun. Bei einigen Kindern standen die Zähne wie bei einem Haifisch in Dreierreihen hintereinander. Derart krasse Zahnwechselstörungen waren in Dornfeld nicht mehr zu sehen, denn dort wurden schon seit mehreren Jahren Zahnextraktionen aus kieferorthopädischen Gründen vorgenommen.

Nach Dornfeld zurückgekehrt konnten wir endlich die drei letzten Tage mit Absauganlage arbeiten. Der schwarze Hauselektriker hatte sie zwischenzeitlich in Ordnung gebracht.

Einer der Behandlungsfälle, der uns in diesen Tagen besondere Freude machte: Ein junger Mann hatte sich einen unteren Schneidezahn abgebrochen. Nach der Wurzelbehandlung ohne Röntgen-

Sehr komisch waren für uns all die deutschen Namen der schwarzen Kinder: Wilhelm, Werner, Hermann, Gerhard, Hildegard und Roswitha.

Während einer anderen Behandlung fällt die Arbeitsleuchte vom Schwenkarm ab und baumelt an den Kabeln über dem kleinen Patienten. Mit einer Unterkieferzange gelingt die Wiederbefestigung der Klemmen. Den Schlauchanschluß vom



kontrolle mußte der Zahn wieder aufgebaut werden, aber alle Kompositmaterialien waren aufgrund der letzten Sommerhitze unbrauchbar geworden. Als Stiftaufbau klebte ich zunächst mit Glasionomerzement das schartige, hoffentlich nichtrostende, Arbeitende einer Lindemannfräse ein. Aus einem gerade noch knetbaren Kompositrest und Adhäsiv mischte ich mir eine pastenartige Masse zusammen, welche ich in Säureätztechnik dann um die Lindemannfräse herum zu einem Zahn aufbaute. Nun konnte Alex wieder lachen.

ZEG-Gerät bekomme ich mit derselben Zange endlich dicht. Die Kinder können nun den Behandlungsstuhl ohne nasses Hemd und Gesicht verlassen, und mir spritzt es nicht mehr in den Ärmel. Es tropft aber immer noch Wasser aus dem Schwebetisch auf mein rechtes Knie. Die vielen Schläuche des luftgetriebenen Units sind ein unerschöpfliches Wasserreservoir.

Im nachhinein wurde mir klar, daß auch ich vergessen hatte, das Kondenswasser aus dem Kompressor abzulassen.

Sonntagabend und Montagmorgen galt Sortier- und Verpackungsarbeiten, Listen wurden geschrieben, Behälter beschriftet, Gebrauchsanweisungen entworfen, die in Deutschland noch perfektioniert werden müssen. Die hitzeempfindlichen Materialien wurden extra verpackt, um sie diesmal in der Kühlanlage der Schwesternkantine einzulagern. Die Plastik Eisbehälter mit Deckel, welche uns Schwester Elisabeth schon am ersten Arbeitstag schweren Herzens „geborgt“ hatte, gingen nun endgültig in den Besitz der Zahnstation über. Endlich gibt es genügend Behälter, um alle Instrumente staubfrei in den Schubkästen eines Schreibtischcontainers zu lagern.

Schwester Domenika hatte von uns erfahren, daß wir dieses Jahr durch die Ausgabe von Zahnbürsten und Zahnpasten, Putzerklärungen und Mundhygienekontrollen das Thema **Prophylaxe** eingebracht hatten, und so bat sie mich, einen Vortrag vor den Erziehern zu halten. Mit meinem holperigen Englisch, dafür umso verständlicheren Kreidezeichnungen an der Schultafel scheint es mir aber gelungen zu sein, aufzuzeigen, wie der Countdown eines Gebisses verhindert werden kann, und welche Rolle hierbei die Ernährung, der Speichel und die Mundhygiene spielen.

Den Montagnachmittag konnten wir endlich mal in der „Westernstadt“ Gobabis verbringen. Nach dem Abendessen wurden Christel und ich in den Speisesaal gebeten, wo uns alle Kinder verabschiedeten. Zwei Jugendliche überreichten uns ganz liebe Abschiedsgeschenke und ein mehrstimmiger Gesang aus tausend Kinderkehlen brachten uns vor

lauter Rührung fast aus der Fassung. Als ich nach meinen Abschiedsworten Sylvester umarmte, tobte der Saal.

Am Dienstag, dem zwölften Tag, brachte uns Schwester Domenika im Pickup nach Windhoek zurück. Mit von der Partie war der amerikanische Praktikant Michael, der zu einem Mikrochirurgen nach Johannesburg fliegen mußte. Er hatte sich zwei Tage zuvor einen dünnen Ast ins Ohr gestoßen, als er durch ein Gebüsch rannte. Das Trommelfell war dabei völlig zerfetzt worden. Bei Kaffee und Kuchen nahmen wir Abschied von Schwester Domenika und Dornfeld. Ich denke, daß es kein letzter Abschied war.

Dr. Steffen Wander, München

Wenn Sie, liebe Kollegin, lieber Kollege sich für dieses Projekt interessieren, wenden Sie sich bitte an

Afrodent e.V., Dr. Ingrid Schuster, Ruffinistr. 16, 80637 München, Tel: 089-168520.

**•NEU•NEU•NEU•NEU•NEU•NEU•
DAZ-Geschäftsstelle Köln**

E-MAIL-ADRESSE:

DAZ.Koeln@t-online.de

BUCHBESPRECHUNGEN

Steffen Wander

Zähne ohne Probleme

Ganzheitliche Gesundheit von Mund und Zähnen

Fischer Media Verlag, Münsingen-Bern,
ISBN 3-85681-368-3 26,80 DM

Gut vorstellen kann ich mir, wie ein vom Autor wohl erstmals gründlich aufgeklärter Patient ermunterte »Schreib's auf, Wander!«. So kam wohl diese Informations-Broschüre für Patienten zustande, die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen - auch solchen, die über den üblichen zahnärztlichen Trayrand hinausgehen- und auch auf persönlichen Erfahrungen beruht. Als Behandler wünschen wir uns ja den Patienten, der sich in dem Raum bewegt zwischen Nichtwissen bzw. Nichtinteresse und Besserwissen bzw. Dentomanie. Das Büchlein kann dabei eine wesentliche Hilfe sein: In bewußt verständlicher Sprache werden die wichtigsten Themen behandelt wie Karies, Parodontitis, Okklusion und Kiefergelenk, Vorbeugung mit besonderer Betonung der Ernährung, Restauration und Kinderbehandlung.

Daneben gibt es dann prägnante Programme für Kleinkinder, gegen Karies und Parodontitis und für die Erstuntersuchung. Wie der Untertitel anzeigt, wird besonders auf die ganzheitlichen Auswirkungen der oralen Verhältnisse eingegangen, nicht kritiklos, aber auch nicht verächtlich hämisch; es stehen die persönlichen Erfahrungen einer 25-jährigen Praxistätigkeit im Vordergrund. So wird es jeden Leser berühren und interessieren, welche Erfahrungen der Au-

tor mit einem »toten befundlosen« Zahn machen mußte.

Sehr hilfreich für das Gespräch mit dem Patienten halte ich die Beiträge über die Notwendigkeit der Entfernung von Weisheitszähnen, über Fluoride, Implantate und Füllungswerkstoffe, insbesondere Amalgam. Erfreulicherweise (ich warte schon lange auf den diesbezüglichen Bericht) wird über die Mitteilung von Prof. Rost berichtet, daß er Patienten mit Allgemeinbeschwerden durch Entfernen der Amalgamfüllungen nur helfen konnte, wenn diese keine Unferfüllungen hatten (vice versa).

Auf 177 Seiten werden die wichtigsten Themen kompakt beschrieben, auch wird um Verständnis für die Schwierigkeit und Langwierigkeit einer exakten Behandlung geworben, doch hätte meiner Meinung nach die Möglichkeit von Mißerfolgen etwa in der Endodontie noch stärker betont werden sollen.

Man hätte etwas vermißt, wenn Wander nicht die Zahnärzte und ihre Behandlungsweise kritisch unter die Lupe genommen hätte. Diese Kritik ist nicht diskriminierend, sondern dezent versteckt in dem Kapitel »Suche nach dem richtigen Zahnarzt«. Unter diesem Aspekt kann das Buch in der Hand des Patienten auch eine erlaubte Werbung für seinen Zahnarzt sein (zuerst lesen!). Format und Preis machen es zudem geeignet als Geschenk für bestimmte Patienten z.B. als »Danke schön« oder »Tschuldigen's schon«.

Dr. Hannes Brosch

Josef Schmideder

Ästhetische Zahnmedizin

Nr. 15 in der Reihe »Farbatlanten der Zahnmedizin«

Thieme Stuttgart, New York, 1998,
293 Seiten, zahlreiche Abbildungen,
ISBN 3-13-100451-7, DM 480

Das steigende ästhetische Bewußtsein des heutigen Patienten verlangt modernste zahnärztliche Behandlungsmethoden. Ausführlich und anhand zahlreicher Abbildungen werden diese im vorliegenden Buch beschrieben.

Der Inhalt ist übersichtlich gegliedert und umfaßt neben dem konservierenden und prothetischen auch Aspekte des parodontalchirurgischen Behandlungsspektrums. Einer historischen Einleitung folgen die Themen Fotodokumentation und Einsatz der intraoralen Kamera. Der Schwerpunkt des Buches ist restaurativen Verfahren gewidmet. Moderne, dem prophylaktischem Primat folgende mikroinvasive Techniken sowie Präparationsmethoden mit höchster Präzision werden ausführlich und didaktisch überzeugend dargestellt. Einzelne Kapitel widmen sich Composite-Keramik- sowie Edelmetallrestaurationen. Als besonders gelungenes Beispiel sei auf die detaillierte Darstellung der Veneertechnik verwiesen. Auch die nicht selten problematischen sog. provisorischen Versorgungen werden nach dem Studium dieses Farbatlanten perfekter gelingen. Schließlich geht der Autor auch ausführlich auf computergesteuerte Kronen- und Brückenarbeiten und aufwendige Implantatversorgungen ein. Auf den letzten 20 Seiten wird auf die heutigen Möglichkeiten der ästhetischen Gesichtschirurgie und die allge-

meinen Tendenzen der zukunftsorientierten Praxis hingewiesen.

Als eher kritisch ist der favorisierte Einsatz der indirekten Composite-Inlays zu bewerten. Hier stellt sich die Frage ob Preis und Leistung in einem gesunden Verhältnis zueinander stehen.

Ansonsten ein rundherum gelungenes Buch mit einer aussagekräftigen Bildokumentation, die den hohen Anschaffungspreis rechtfertigt.

Dr. A. Ruoff

H. Lüllmann, K. Mohr, A. Ziegler

Taschenatlas der Pharmakologie

3. überarbeitete und erweiterte Auflage 1996

338 Seiten, 161 Farbtafeln
ISBN 3137077036

Natürlich ist dieses Buch vor allem für den ärztlichen Praktiker eine wertvolle Schnellinformation über aktuelles Basiswissen. Aber auch Zahnärzte können hier in übersichtlicher Form - auf der linken Seite jeweils Text, auf der rechten visuell leicht erfaßbare Graphiken - das Nötige aus denjenigen Bereichen finden, die für sie wichtig sind - Analgetika, Lokalanästhetika, antibakterielle Pharmaka u.ä. Wer vor mehreren Jahrzehnten die letzte Pharmakologie-Vorlesung gehört oder das letzte Lehrbuch in der Hand gehabt hat, für den wird nicht nur deutlich, was sich inzwischen in den Tiefen der ZNS-Speicher verflüchtigt hat, sondern auch, wieviel einfacher und klarer man heute komplexe Informationen aufbereiten und darstellen kann.

Dr. Hanns-W. Hey

Hrsg. von Prof. Dr. D. Heidemann

Deutscher Zahnärzte Kalender 1998

Carl Hanser Verlag München, 357 Seiten,
ISBN 3-446-19201-8 59,80 DM

Bereits zum 57. Mal ist der Deutsche Zahnärzte Kalender erschienen: ein handliches Bändchen mit einer Fülle interessanter Inhalte und nebenbei auch, zur Rechtfertigung des Namens, ein paar Seiten Kalendarium mit Kongreß-Terminen von Körperschaften, Verbänden und Fachgesellschaften.

Der erste Teil enthält wie üblich eine Reihe von Originalbeiträgen von z.T. renommierten Autoren zu aktuellen zahnmedizinischen Themen. Behandelt werden approximale Kontakte bei adhäsiv verankerten Füllungen; Präparation mit oszillierenden Instrumenten; Molaren mit Furkationsbefall; Alterszahnheilkunde; Erbium-YAG-Laser in der Oralchirurgie; Elternbetreuung bei Spalten-Kindern. Über das Fachliche im engeren Sinn hinaus weisen vier Beiträge, die sich mit zahnmedizinischen Gutachten vor Gericht, mit dem umstrittenen Werkstoff Palladium, dem vom Institut der Deutschen Zahnärzte herausgegebenen Arbeitsmittel- und Werkstoff-Leitfaden Dental Vademecum und mit Internet-Angeboten für Zahnärzte (hier präsentiert der Carl Hanser Verlag sein eigenes Online-Programm) beschäftigen.

Im Kapitel Fachinformationen findet der Leser aktuelle DGZMK-Stellungnahmen und -Empfehlungen; Kurzfassungen einiger ausländischer Zeitschriften-Beiträge; Tabellen und Statistiken u.a. zur zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland; Übersichten über die Ha-

bilitationen 1996/97 und neue Fachbücher sowie über sämtliche deutschsprachige Fachzeitschriften. Der gegliederte Anschriftenteil erlaubt es, schnell auf Adressen, Tel.- und Fax-Nummern wesentlicher Institutionen der ZahnMEDIZIN-Szene zuzugreifen (wobei hier der Bereich der ZahnTECHNIK ausgespart ist).

Obwohl so umfangreich wie in den Vorjahren, ist das Werk ein wenig billiger geworden - aus Solidarität mit den zahnärztlichen Lesern, deren Einkommen in den letzten Jahren ebenfalls stagniert oder leicht zurück geht? Wer aus diesem Grunde die Anschaffung des Kalenders nicht mehr erübrigen zu können meint oder aber sich noch genauer über das Buch informieren möchte, dem sei ein Blick in <http://www.zahnheilkunde.de>, das Hanser-Internet-Angebot, empfohlen.

(ibo)

Hrsg. Dr. Henry Schneider

Der Zahnhals

Apollonia Verlag

1. Auflage 1998

ISBN 3-928588-16-8, 89 DM empf. Preis

Der Jahreskongress der I.H.C.F., der 1996 in Kooperation mit der Abteilung für Zahnerhaltung der Universität Tübingen unter der Leitung von Prof. Dr. Claus Löst stattfand, hatte den Problembereich Zahnhals zum Thema. In dem von Dr. Henry Schneider, Linnich, herausgegebenen Kongressband haben sich die Vortragenden dieses Kongresses zusammengefunden, um nicht nur den Teilnehmern eine Zusammenfas-

sung des Gehörten zu geben, sondern besonders dem niedergelassenen Zahnarzt dieses komplexe und vielschichtige Thema auf dem Stand der heutigen wissenschaftlichen Erkenntnisse nahezubringen.

Mit einer zunehmenden Zahl an älteren Patienten in unseren Praxen und erfreulicherweise auch in hohem Alter noch vorhandener Bezahnung ist der Zahnarzt heute und vermehrt in Zukunft täglich mit den Problemen des Zahnhalses konfrontiert. Dabei spielen sowohl Prozesse aus der präventiven Zahnheilkunde, der Kariologie, der Zahnerhaltung, der Funktionslehre und der Parodontologie eine Rolle. Oftmals sind die ätiologischen Abläufe und somit auch therapeutischen Konsequenzen miteinander verknüpft.

Differentialdiagnostische Entscheidungen und auf moderne dentale Materialien rücksichtnehmende Behandlungsmethoden sind gefragt, um der oft diffizilen Probleme gerecht zu werden. Konsequenterweise spannt sich der Bogen über die im Buch enthaltenen dreizehn Referate von der Ätiologie (Erscheinungsformen, parodontale Aspekte und prognostische Methoden zur Bewertung; traumatische Ursachen durch falsche Bürsttechnik und Okklusion, Erosion - Armitrage, San Francisco; Lost, Tübingen; Meyer, Greifswald; Lussi, Bern) zu präventiven und therapeutischen Möglichkeiten, dem präventiven Management der Wurzelkaries (Birkhed, Göteborg; Billings, Rochester), empfehlenswerten Zahnpasten (Zimmer, Berlin), Sensibilitätstherapie (Ciancio, Buffalo), der Mikrobiologie in der Plaque am Zahnhals und den Chance der antimikrobiellen Therapie (Weiger, Tübingen;

Lynch, London; Schlagenhauf, Tübingen) der parodontal-chirurgischen Defektdeckung (Flemmig, Würzburg) bis zu modernen restaurativen Rekonstruktionsmöglichkeiten und deren Sinnhaftigkeit (Hahn, Tübingen).

Jeder Praktiker weiß um die Komplexität der kariologischen und parodontalen Zusammenhänge am Zahnhals als »locus minoris resistentiae« und wird in seiner täglichen Arbeit gefordert. Demzufolge wird er ein komprimiertes Buch mit aussagekräftiger Bebilderung schätzen, das ihm durch führende Wissenschaftler aus fünf Ländern klar sagt, wie nach heutiger Erkenntnis zu verfahren ist. Schon allein die Hinweise, welche parodontologischen Tests sinnvoll sind und welche nicht (Armitage), wann Kariesaktivitätstest einzusetzen und wie zu interpretieren sind (Birkhed), und wenn ja, wie Läsionen am Zahnhals zu restaurieren sind (Lynch, Hahn) sparen dem Leser eine Reihe von Fehlinvestitionen und kostbare Behandlungszeit. Fazit: für den praktizierenden Zahnarzt, der verwertbaren wissenschaftlichen Rat sucht, ein sehr lesbares und lesenswertes Buch!

Dr. Volker Scholz

Hans-Ulrich Lang
Steuersparen und Kostensenken als Zahnarzt 3., vollständig überarbeitete Auflage 1997, X, 141 S., gebunden.
Hüthig GmbH, Heidelberg
ISBN 3-7785-2520-4
DM 58,- öS 423,- sFr 52,50

Die betriebswirtschaftliche Situation der freien Zahnarztpraxis hat sich

während der letzten 5-10 Jahre gravierend verändert: Den Abschmelzungen der GKV-Vergütungen und Einschränkungen innerhalb der GO-Z stehen ständig steigende Betriebskosten gegenüber. Es genügt nichtmehr, »nur« gute Arbeit zu leisten - vom Zahnarzt wird (leider) immer mehr auch unternehmerisches Denken und strenge Kostenkalkulation verlangt, Fähigkeiten, die sich die meisten von uns erst mühsam aneignen müssen.

Das vorliegende Buch - bereits in der 3. Auflage - ist dazu eine in jeder Hinsicht nützliche Hilfe. Es zeigt nicht nur »Sparmöglichkeiten in der Praxis« auf, sondern behandelt auch »Steuersparmöglichkeiten im privaten Bereich«. Von »Abschlußzahlung der KZV« und »Arbeitszimmer« bis »Zinsschaden« und »Zugewinnausgleich« werden im Schlußkapitel »ABC der Steuersparmöglichkeiten und Arbeitshilfen« wertvolle Tips gegeben und anhand konkreter Finanzgerichtsurteile die aktuelle Rechtsprechung aufgezeigt.

Dr. Hanns-W. Hey

Seinen Preis ist das Buch allemal wert, ebenso wie das zweite Buch aus dem gleichen Verlag, auf das hier kurz verwiesen werden soll:

Wolf Meng

Versicherungen für den Zahnarzt

Hüthig GmbH, Heidelberg 1997, VIII,
102 Seiten. Gebunden.

ISBN 3-7785-2553-0

DM 59,- öS 431,- sFr 53,50.

Welche Versicherungen benötigt ein Zahnarzt? Auf diese grundlegende Fra-

ge gibt der praktische Ratgeber »Versicherungen für den Zahnarzt« eine systematische und gründliche Antwort. Der Praxisgründer erhält eine Hilfestellung bei der Entscheidung, welche Versicherungen unbedingt abgeschlossen werden sollten bzw. welche weniger wichtig sind. Für den Praxisinhaber besteht die Möglichkeit, seinen Entschluß für oder gegen bestimmte Versicherungen zu überdenken und seinen Versicherungsschutz gegebenenfalls zu erweitern.

Inhaltliche und rechtliche Grundlagen aller Versicherungsverträge und die Systematik der verschiedenen Vertragstypen werden dargestellt und Antworten auf die immer wiederkehrenden Fragen gegeben: Was ist mit dem jeweiligen Vertrag versichert, was nicht? Wer ist versichert? Wonach bemessen sich die Beiträge? Wonach richtet sich die Leistung im Schadensfall? Welche Besonderheiten sind zu beachten?

Verlagsmitteilung

<p>•NEU•NEU•NEU•NEU•NEU•NEU• DAZ-Geschäftsstelle Köln</p> <p>E-MAIL-ADRESSE:</p> <p>DAZ.Koeln@t-online.de</p>
--

Vorankündigung:

DAZ-Jahrestagung 1998 erneut in Berlin

Die DAZ-Jahrestagung findet wie in den Vorjahren in Berlin statt; allerdings dieses Mal ein wenig außerhalb am Müggelsee, um bei hoffentlich schönem herbstlichen Wetter vor und nach dem Fach- und Verbands-Programm ein paar erholsame Stunden miteinander genießen zu können.

Termin: Samstag, 10. Oktober 1998

Tagungsort: Seeresidenz Berlin am Müggelsee, Müggelseedamm 288, 12587 Berlin

Programm:

9.10.'98 Anreise, ab 20.00 Uhr gemütliches Beisammensein in einer Kneipe nahe der Seeresidenz

10.10.'98, Seeresidenz Berlin am Müggelsee

10.00 Uhr: Referat von Privat-Dozent

Dr. Andreas Vogel, Leipzig, über IPR (Intraoral Pressuredependent Registrierung), ein neues System zur Bestimmung der Unterkieferposition in der zahnärztlichen Prothetik. Diskussion unter Beteiligung zweier Kiefergelenks-Expertinnen, Frau Dr. Peroz und Frau Dr. Kluge, Berlin.

13.00 Uhr: Mittagspause

14.00 Uhr: DAZ-Mitgliederversammlung

ca. 18.00 Uhr: Ende der Versammlung, ggf. gemeinsamer Restaurant-Besuch

11.10.'98,

10.00 Uhr: Führung durch das Technische Museum, Berlins ältestes noch funktions-tüchtiges Wasserwerk

Sie sind herzlich eingeladen! Weitere Einzelheiten zu Dr. Vogel und seinem Vortrag sowie zur DAZ-Mitgliederversammlung erfahren Sie in DAZ Forum 62/'98 oder über die DAZ-Geschäftsstelle, Tel. 0221 - 973005-45, Fax 0221 - 7391239,

E-Mail: DAZ.Koeln@t-online.de

Was ist das IPR-System (Intraoral Pressuredependant Registration) und was kann es?

Vogel bekam 1984 den Auftrag, die »Funktionsanalytik im oralen System« zu untersuchen. Parallel dazu hat er ca. 10 Jahre mit Minischweinen eine wissenschaftliche Versuchsreihe durchgeführt, um im Tierexperiment zu untersuchen, welchen Irritationen die Muskulatur bei Okklusionsstörungen ausgesetzt ist.

1989 stellte Vogel bei der Leipziger Messe ein Stützstiftsystem vor, für das die Firma Philips Interesse zeigte, woraufhin Vogel nach Hamburg zu Prof. Jüde wechselte. Dort entwickelte er 1990 mit einem Physiker den ersten Prototypen eines elektronischen Sensors für die Stützstiftregistrierung. Dieser Sensor konnte das intraorale Registrat auf einen Monitor übertragen und gleichzeitig die Kraftkomponenten registrieren.

Das neue an diesem System ist die Messung der Kraft, mit der der Patient den Stützstift bewegt. Die Ergebnisse sind beeindruckend, weil man konkreten Einblick in das neuromuskuläre Geschehen bekommt, was bis zu diesem Zeitpunkt nicht möglich war.

Das IPR - System kann die momentanen Muskelspannungen des Patienten direkt auf dem Monitor sichtbar machen. Der Sensor mit der entsprechenden Software ist seit 1995 auf dem Markt, das System gilt inzwischen als ausgereift. Es wird gerade von denjenigen Zahnärzten als nützlich betrachtet, die nicht spezialisierte Funktionsanalytiker sind. - Bißnahmen sind subjektive Maßnahmen in der restaurativen Zahnheilkunde und werden von den Zahnärzten bzgl. Zeitaufwand und fachlicher Bewertung unterschätzt - schließlich kann eine falsche Unterkieferposition zu erheblichen neuromuskulären Problemen führen. Bei der Bißnahme sollte deshalb der Patient selbst seine richtige Position in der Zentrik finden. Das IPR - System ist dazu eine gute Hilfe, die Informationen auf dem Monitor erleichtern therapeutische Entscheidungen. Deshalb ist das System für die Funktionsanalyse eine Neuerung, an der auch die manuellen Funktionsanalytiker nicht vorbei kommen werden.

Suche...biete...

Gutgehende Zahnarztpraxis im Raum Mosel / Saar kurzfristig abzugeben.

NAV-Wirtschaftsdienst,

Karl-Heinz Joswig,
Am Hohlweg 12
54317 Gusterath
Fon: 06588 - 7472,
Fax: 06588 - 3131

Promovierter Zahnarzt mit 3-jähriger internationaler Zusatzausbildung in Parodontologie und Implantologie sucht zum Ende 1998 kleine Doppelpraxis im Raum Hamburg (SWH, NS), Berlin oder Köln/Düsseldorf zu mittelfristiger Übernahme. Gerne auch Einstieg in qualitätsorientierte Prophylaxep Praxis oder Spezialistenzentrum.

Dr. Thorsten Gehrke
Katholieke Universiteit Nijmegen
Postbus 9101 - 117
NL - 6500 HB Nijmegen
Fon: 0031-24-3618969,
Fax: 0031-24-3541314.

Paro® BRUSH-STICK JETZT IM GROSSEN GRATISTEST:

EIN "GESCHENK" DES HIMMELS!

Die *Mikro-Zahnbürste* für "zwischen durch"

- **befreit** von Speiseresten, **vermindert** Plaquebildung und Mundgeruch
- **ermöglicht** den Zugang zu praktisch allen Zahnzwischenräumen
- **so einfach** wie ein Zahnholz
- **wiederverwendbar**, vielseitig

PROFIMED

Dentalvertriebs- und Prophylaxe-GmbH

Neue Straße 11 · 83071 Stephanskirchen
Tel. 0 80 31/7 10 17 · Fax 0 80 31/7 25 08



PZN 688682 6

Paro Brush-Stick Testaktion:

Einfach Coupon ausschneiden, auf eine ausreichend frankierte Postkarte kleben und an Profimed schicken! Wir senden Ihnen umgehend Ihre kostenlosen Testmuster zu! Viel Spaß damit!

Verbandsnachrichten

Reichlich Verwirrung im Startjahr der Festzuschüsse

Daß eine einschneidende Veränderung wie die Umstellung auf Festzuschüsse und GOZ nicht ganz glatt vonstatten gehen würde, damit hatte man schon gerechnet. Also wurden beim ersten DAZ-Treffen in 1998 die Erwartungen nicht allzu hoch gehängt. Die folgenden Auseinandersetzungen zwischen Zahnärzten, Kassen, und Gesundheitsministerium brachten allerdings selbst für Skeptiker noch die eine oder andere Überraschung. Es hagelte Schlagzeilen und Artikel in der Presse über zahnärztliche Falschabrechnung und Abzockerei; Kassenmitarbeiter meinten über Therapie-Alternativen entscheiden zu können; Patienten kamen verunsichert in die Praxen oder blieben reihenweise zuhause. Und die Spitzenfunktionäre der Kontrahenten schafften nicht mehr, als einvernehmlich festzustellen, daß sie kein Einvernehmen herstellen konnten.

Unklare Neuregelung ist Munition für Pressekampagnen gegen Zahnärzte

Bei der in Berlin stattfindenden zweiten DAZ-Sitzung war klar, daß weder die Politik noch die Selbstverwaltung die im Festzuschußbereich strittigen Fragen klären würde. Somit bleibt - so die Folgerung im DAZ - dem einzelnen Zahnarzt nur die Möglichkeit, seine eigene Gesetzesinterpretation zu entwickeln und diese gegenüber seinen Patienten in der Praxis zu vertreten. Um hierbei wenigstens ein bißchen praktische Hilfe

zu leisten, erstellte und verschickte die DAZ-Geschäftsstelle Formblätter und Hinweise zum Umgang mit den Festzuschüssen.

Hilfe für den Praxisalltag: Formblätter und Infos erhältlich

Diese Materialien können auch jetzt noch in Köln angefordert werden. Es geht u.a. um Abtretungs-Vereinbarungen, Anweisung des Patienten an seine Krankenkasse, Raten- oder Vorauszahlungs-Vereinbarungen, Nutzung privater Abrechnungsstellen, Patienten-Info mit Festzuschußtabelle. Nicht zuletzt haben wir uns auch mit den Technikpreisen auseinandergesetzt. Zahlreiche Mitglieder hatten Preiserhöhungen gemeldet; vereinzelt gab es auch Hinweise auf günstige Labors bzw. Betriebe, die deutlich unter BEL-Niveau heruntergegangen waren. Bei einer Veranstaltung mit Zahntechnikern in Schleswig-Holstein brachte der DAZ-Vorsitzende Wolfram Kolossa nicht nur einen regen Austausch in Gang, sondern schließlich auch einige interessante Preisangebote mit nach Hause.

Zahntechnik-Preisvergleiche zeigen große Spanne

Die vom DAZ initiierte Preisumfrage in verschiedenen Regionen Deutschlands kann zwar keine Repräsentativität beanspruchen, vermittelte aber dennoch einen gewissen Eindruck von den möglichen Unterschieden - die Preise lagen z.T. 20%, 30% und mehr oder absolut genommen mehrere 100 DM auseinander, je nach Art der Leistung. Mit einigen der Labors ergaben sich Gesprächskontakte, bei denen wir herauszufinden versuch-

ten, worauf günstige Preise zurückzuführen sind. Ein nachvollziehbares Rezept ist die Spezialisierung auf wenige prothetische Versorgungsformen, die natürlich rationelleres Arbeiten erlaubt und wenige Investitionen in den Maschinenpark erfordert. Häufiger stießen wir auf ein anderes Erfolgsrezept: Verbindungen zu ausländischen Partnern, u.a. in Spanien, Italien, Niederlande, Österreich, Philippinen, Singapur, Honkong.

Qualität - kein Exklusiv-Merkmal deutscher Zahntechnik

Der kollektive Aufschrei von deutschen Techniker-Organisationen über ausländischen Pusch ist unseres Erachtens keine adäquate Reaktion. Vielmehr gilt es, im Einzelfall die Qualität zu prüfen. Da die ausländischen Labors wissen, unter welcher kritischer Beobachtung sie stehen, setzen sie einigen Ehrgeiz darin, ihre Wettbewerbsfähigkeit zgl. Qualität unter Beweis zu stellen. Der Bericht von Dr. Ulrich Happ in diesem *forum* (siehe Seite 15ff) zeigt beispielhaft, daß Fertigung im Ausland durchaus auf einem mit dem hiesigen vergleichbaren Niveau erfolgen kann.

Neue Regelung schafft Gewinner und Verlierer

Preisgünstigere ausländische Zahntechnikerarbeiten können ggf. eine Option unter mehreren sein, über deren Einsatz Zahnarzt und Patient je nach individueller Konstellation entscheiden. Hier wie in anderer Hinsicht gilt: Es gibt kein Einheitsmodell (mehr). Die Situationen in verschiedenen Praxen und mit verschiedenen Patienten unterscheiden

sich zunehmend. Wie Wolfram Kolossa bei der Ratssitzung ausführte, gibt es »Gewinner« und »Verlierer« der letzten Gesundheitsreform, wobei sich nicht einfach vorhersagen läßt, wer auf welche Seite gehört. Bei manchen Leistungen stehen Patient oder Zahnarzt günstiger da, bei anderen schlechter. Außerdem gibt es Unterschiede regionaler Art: Die Festzuschüsse sind bundeseinheitlich, die Zahntechnik-Preise variieren stark.

Festzuschüsse sollten überprüft werden

Angesichts dieser vielgestaltigen, ja z.T. verwirrenden Lage hielt und hält man es im DAZ für sinnvoll, die Erfahrungen möglichst vieler Kollegen aus verschiedenen Regionen zusammenzutragen und die Auswirkungen der Festzuschüsse für Patienten und Zahnärzte anhand zahlreicher Beispiele zu analysieren. Zu fragen ist insbesondere, ob die von der Selbstverwaltung definierten Zuschußhöhen tatsächlich, wie vom Gesetz intendiert, bei einfachen Versorgungsformen einen mindestens 50%igen Zuschuß bringen. Von Anfang an wurde vermutet, daß im Bereich der Wiederherstellungen und bei Versorgungsformen mit Stiften und Stiftaufbauten, für die kein eigener Festzuschuß existiert, die Zuschüsse unzureichend sein könnten. Dieses Problem wurde vom DAZ in einer Presseerklärung aufgegriffen und inzwischen auch im zuständigen Arbeitsausschuß des Bundesausschusses Zahnärzte/Krankenkassen diskutiert. Wünschenswert wäre nach einer gewissen »Probezeit« - die Überarbeitung des Festzuschußsystems. Für nötig werdende Korrekturen stehen bei den Krankenkassen noch Finanzmittel zur Verfügung.

Erwachsenenprophylaxe auch ein Jahr nach Verabschiedung nicht geregelt

Gleichzeitig mit den Festzuschüssen sind neue Bestimmungen für individuelle Prophylaxe gesetzlich verankert worden. Aber während die Versicherten in der Prothetik bereits Einsparungen zugunsten der Prävention hinnehmen müssen, werden sie auch ein Jahr nach Inkrafttreten noch nicht in den Genuß der neuen IP Leistungen kommen. Die Mühlen der Selbstverwaltung mahlen in diesem Fall besonders langsam. Zum einen ist es nicht einfach, 57 Millionen anspruchsberechtigten Erwachsenen und Millionen Babys und Kleinkindern mit den zur Verfügung stehenden 290 Mio DM mehr als einen zahnärztlichen Händedruck pro Jahr zu bezahlen. (Das Positionspapier des DAZ zum 2. NOG finden Sie auf Seite 43ff). Zum anderen müssen sich hier nicht nur Zahnärzte und Kassen sondern beide auch noch mit den Ärzten einigen, da zahnmedizinische Schwangeren- und Kleinkindprophylaxe zum Teil von Ärzten übernommen werden soll. Dieser Einigungsprozeß dürfte noch einiges an Zeit zusätzlich kosten. Aber Hauptsache ist doch: Minister Seehofer kann jetzt in jedem Interview und bei jeder Tagung erzählen, wie toll er mit dem Neuordnungsgesetz die Prävention vorangebracht hat.

Prophylaxe als Seehofers »Sparschwein«?

Manchmal allerdings gibt's qualifizierten Widerspruch, so auf dem eigenen Kongreß des Bundesgesundheitsministeriums am 22.4.1998 in Bonn. Unter dem Motto »Präventionsorientierte Zahnheilkunde in Deutschland - bisherige

Erfolge und zukünftige Perspektiven« referierten und diskutierten renommierte Hochschullehrer, erfahrene Präventions-Praktiker und einige andere. In mehreren Beiträgen wurde schlüssig dargelegt, daß Vorbeugung zwar wesentliche Verbesserungen bringe, die Massierung von Zahnschäden bei einem Teil der Kinder und Jugendlichen (20-30%) bisher jedoch nicht verhindern könne. Im übrigen äußerten die Wissenschaftler auch Zweifel daran, ob eigene Anstrengungen tatsächlich lebenslang ein gesundes Gebiß garantieren. Man bedenke in diesem Zusammenhang die steigende Lebenserwartung und den Einfluß vieler Erkrankungen auf die orale Situation. Der Minister lobte die Sparerfolge der letzten Jahre im Bereich Zahnmedizin und kündigte an, auf diesem Weg fortfahren, d.h. noch mehr einsparen zu wollen. Hierzu kam klarer Protest in dem Sinne, daß präventionsorientierte Zahnheilkunde nicht zwangsläufig billig sei. Mit Beifall aus dem Auditorium warb u.a. Prof. Staehle für eine - auf Höherbewertung der präventiven und gering invasiven Leistungen abzielende Neudefinition des gesetzlichen Leistungskataloges und für niedrigschwelligen Zugang zur Prävention und zu schadensgerechten, minimal invasiven Versorgungsformen (wenn nötig unter Einschränkung der restaurativen Kassenleistungen).

Ein Gespenst geht um: der Euro-Patient

Ein paar Tage nach dem Kongreß gab's für Seehofer und die Presse bereits ein neues, alles überschattendes Thema: den grenzenlosen gemeinsamen Gesundheitsmarkt in Europa. Für mehrere Leistungsbereiche hat der Europäische

Gerichtshof inzwischen Urteile zugunsten einer allgemeinen Freizügigkeit im EU Gesundheitswesen erlassen. Während niedergelassene Ärzte die Abwanderung von Patienten ins Ausland kaum fürchten, könnten andere Sparten, u.a. die Zahnmedizin, eher betroffen sein. Minister Seehofer sieht sich immerhin bereits genötigt, Maßnahmen zur Verhinderung der »Auszehrung« des Versorgungssystems in Deutschland erwägen. Das deutsche Vertragsarzt- und Vertragszahnarztwesen werden auf Dauer keine Insel bilden, während - von der Politik gewollt - ringsum die Wellen der Globalisierung und Europäisierung voranrollen. Allerdings ist Panik völlig unangebracht. Die Veränderungen werden Zeit brauchen - Zeit, die sich nutzen läßt für die Entwicklung zukunftssträchtiger Konzepte.

Für den DAZ gibt es jedenfalls Themen und Herausforderungen genug. Wir würden sie gern MIT IHNEN ZUSAMMEN meistern und laden Sie herzlich ein zu unseren nächsten Sitzungen.

Es grüßt Sie:

*Irmgard Berger-Orsag,
DAZ-Geschäftsführerin*

Bohren am Computer-Gebiß

Europas erster computergestützter Simulator für die Ausbildung von Zahnmedizinern steht seit wenigen Tagen in der Poliklinik für Zahnerhaltung der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Während der dreimonatigen Testphase demonstriert der Hersteller DenX, daß der Simulator ein weiterer Schritt auf dem Weg in die vollautomatische Zahn-

arztpraxis sein kann. »Unser Ziel ist es, die Lehrenden durch das computergestützte Programm zu entlasten,« umschreibt Poliklinik-Direktor Prof. Dr. Klaus Ott das Interesse der Hochschule. Inge Bröskamp, Geschäftsführerin der Firma Med-Net aus Münster, die den israelischen Hersteller (<http://www.denx.co.il/denx17/index.html>) bei der Markteinführung in Europa unterstützt, betont die Bedeutung der Zusammenarbeit mit der münsterischen Uni-Klinik: »Wir versuchen durch die Organisation des Projektes, die Diskussion zwischen den Hochschulen und der Industrie zu intensivieren.«

Realitätsnah lernen Studenten beim »DentSim« an einem verkabelten »Computer-Gebiß« bei spielsweise die Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß sie Füllungen legen oder Kronen anbringen können. Die 2,8-Megabyte-Software simuliert zunächst ein Zahnproblem sowie eine »Krankengeschichte« des fiktiven Patienten und gibt die Aufgabenstellung vor. Das Programm registriert mögliche Fehler, die der Student am Patienten-Dummy macht, und meldet außerdem die Behandlungsfortschritte. Abweichungen zum Beispiel beim »Bohren« können via 3D-Darstellung am Bildschirm erkannt und beliebig oft analysiert werden. Am Ende bewertet das Programm das Behandlungsergebnis.

Parallel zur praktischen Ausbildung wird der Student bei DentSim zusätzlich über ein interaktives Lernprogramm ausgebildet. Ein einzelner Dozent kann daher mit der gleichen Intensität mehr Studenten betreuen als bisher. Weitere Informationen können per E-Mail angefordert werden: otk@uni-muenster.de.

MED-NET Eschstr.19 48167Münster

Termine... Termine... Termine...

5.6.1998, Hamburg: Tagung des Arbeitskreises »Psychologie und Zahnmedizin« in der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP), Thema: »Angsttherapeutische Strategien und Behandlungsmöglichkeiten« (Tel. 0431/597265-7, Fax 597265-1)

10.6.1998, 20.00 Uhr, Berlin/Geschäftsstelle des NAV-Virchowbundes: Treffen der DAZ-Studiengruppe Berlin/Brandenburg zum Thema »Die Behandlung obliterierter Wurzelkanäle«, Referentin: Dr. Claudia Bartel

12.-13.6.1998, München/Holiday Inn Hotel: 5. Jahreskongress der International Health Care Foundation (IHCF) in Kooperation mit der Universität München zum Thema »Sanfte Zahnmedizin für bewußte Patienten«

25.9.1998, bundesweiter Tag der Zahngesundheit 1998 unter dem Motto »Mundgesundheit als Bildungsauftrag - Schule als Ort der Prophylaxe«

25./26.9.1998, Santander/Spain: Congress of the European Association of Dental Public Health (EADPH), organized by the EADPH and the University of the Basque Country (Tel./Fax 34(9)4-4858177, Fax 34(9)4-4801899)

9./10.10.1997, Berlin: **DAZ-Jahrestagung mit Kulturprogramm am 9.10.1997 und öffentlicher Veranstaltung und Mitgliederversammlung am 10.10.1997**

14.10.1998, Wien: Fachkongreß »Implantologie - Prothetik der Zukunft« (Tel. 0043/1/5128091-0)

15.11.1998, Berlin: DAZ-Ratssitzung (Nähere Informationen unter Tel. 0221/973005-45, Fax 0221/7391239)

ORALOPHOBIA

Ca. 15% der Bevölkerung leiden unter Oralophobie (Angst vor Eingriffen in das Mundorgan). Aus naheliegenden Gründen sind Psychologen nicht in der Lage, das Problem zu lösen - die richtige Hilfestellung kann nur der psychologisch geschulte Behandler geben.

SEMINAR:

DER ANGSTPATIENT IN DER ZAHNÄRZTLICHEN PRAXIS

vom 18.-20. September 1998

Ort: Sasbachwalden bei Baden-Baden
Seminargebühr: Einschließlich Unterkunft und Vollverpflegung im Seminar-Höhenhotel***** DM 1.140,- zzgl. MwSt.

DEUTSCHES INSTITUT FÜR
PSYCHOSOMATISCHE ZAHNMEDIZIN,
PSYCHOLOGIE IN DER
ZAHNHEILKUNDE UND
ZAHNÄRZTLICHE PSYCHOTHERAPIE

Leitung: Dr. Peter Macher, Zahnarzt,
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

Hauptstr.77 D-77855 Achern Tel.:07841 -
290855 Fax 28993

e-mail: drs.macher@t-online.de

Der DAZ stellt sich vor



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 und

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:

- vernünftige, 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, 50668 Köln. Tel. 0221 973005-45, Fax 0221 7391239
E-Mail DAZ.Koeln@t-online.de

Redaktion, Irmgard Berger- Orsag, Dr. Roland Ernst, Dr. Ulrich Happ, Dr. Hanns-W. Hey, ZÄ Silke Lange, Dr. Eberhard Riedel, Dr. Till Ropers, Dr. Rainer Seemann, Dr. Stefan Zimmer

Redaktionsadresse Dr. Hanns-W. Hey, Riedweg 5, 82541 Münsing, Tel. 08177 92045, Fax 92046

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. 08177-92045, Fax -92046

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-Studiengruppen oder an unsere regionalen Ansprechpartner:

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

Berlin, E. Jakobczyk, Jenaer Straße 54,
12627 Berlin, Tel. 030 9915108 / 9915003

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

DAZ-Geschäftsst., Irmgard Berger-Orsag,
Belfortstraße 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

Anmeldung zur DAZ-Jahrestagung

in Berlin, Seeresidenz Berlin am Müggelsee

Hiermit melde ich mich zur Tagung am 10./11. Oktober 1998 an

- Ich bin niedergelassener Zahnarzt.....
angestellter Zahnarzt.....
Student.....
Ich nehme am Freitag, 9.10. teil.....
Ich nehme an der DAZ-Jahrestagung, 10.10. teil

- Ich würde gerne Infos über den DAZ erhalten..

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

Meine Adresse/ Tel./Fax

Belfortstraße 9
50668 Köln
Fax 0221 7391239

Doctor's Prophylaxe Cart



MODELL 6550P

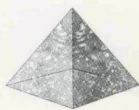
Ausstattung:

- 3-Funktions-Spritze, autoclavierbar
- 3 Linien 4-Loch für Lichtinstrumente
- 1 Linie SP 4055 Suprasson ZEG für alle Anwendungen (Paro/ Endo/ZEG)
- 1 Linie Prophylaxe-Spray

Option:

- Steristaltic Sterilpumpe
- SP4055 Suprasson Lux

■ ZUVERLÄSSIGE
PNEUMOTIVE VENTILTECHNIK



TETRAMED
.....

Oskar-v.-Miller-Str. 10
D-82291 Mammendorf
Telefon 0 81 45-12 70
Telefax 0 81 45-51 94

DM 14.890.-
(ohne gesetzl. MwSt.)

Bausteine eines konservativen Aktien-Investment-Depots

Unsere Empfehlung:

10%

Alger „Small Cap“
oder Alger „Mid Cap“

30%

Davis Value Fund

60%

Templeton Growth Fund, Inc.

Antwortcoupon

Ich interessiere mich für

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Templeton Growth Fund, Inc | <input type="checkbox"/> Davis Value Fund |
| <input type="checkbox"/> The Alger Funds | <input type="checkbox"/> Alternative Anlagemöglichkeiten |
| <input type="checkbox"/> Ich wünsche eine zusätzliche, unverbindliche Beratung. Vereinbaren Sie einen Gesprächstermin unter Telefon | |

_____ / _____, am besten ab _____ Uhr.

Absender/Stempel

8207406

**Fordern Sie Informationen
zu Ihrem Aktien-Investment-
fonds-Depot jetzt an.**



**NAV-Wirtschaftsdienst
für Ärzte GmbH**

Sedanstraße 13 -17 • 50668 Köln
Telefon (0221) 973 55 169
Fax (0221) 973 55 55