

19. Jahrgang 4. Quartal 2000 Herausgeber DAZ, Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde  
im NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands



Wird Schirbort in Niedersachsen unterliegen?

**Schleichende Beerdigung des  
neuen BEMA**

**Eiertanz um's goldene Kalb**

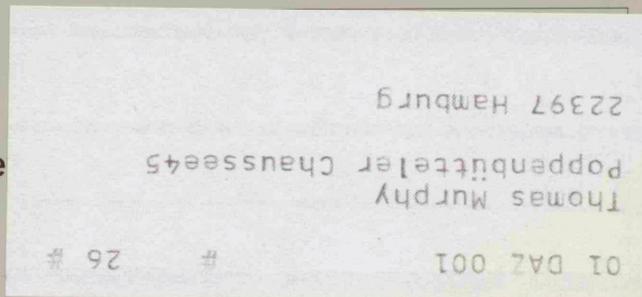
**Betriebswirtschaftliche Aspekte  
der Zahnarztpraxis**

**Neue Lichtgeräte  
erforderlich?**

**Parodontitis -  
alles unter Kontrolle**

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

**Wahlkampf in Niedersachsen:  
Herr Beischer, die Wahrheit  
und das Jüngste Gericht**





# 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**



Hochwirksame Fluorid-Kamillen-Zahncreme

# Medizinische Zahnpflege.

**Medizin und Natur im Einklang: amin-o-med kombiniert hochwertige Pflanzenstoffe mit Amin- und Natriumfluorid zu einer Rundum-Mundpflege für Tag und Nacht.**

**Doppel-Fluorid:** Eine wirksame Kombination aus Amin- und Natriumfluoriden versorgt schnell und anhaltend den Zahnschmelz. Das stärkt die Widerstandskraft gegen Karies.

Fluoridgehalt: Aminfluorid 800 ppmF, Natriumfluorid 400 ppmF, RDA-Wert 60.

**Viele natürliche Wirkstoffe:** Kamillenblütenextrakte, (-)-alpha-Bisabolol nat. und D-Panthenol pflegen und wirken vorbeugend gegen Zahnfleischentzündungen.

Xylit verzögert den Plaqueaufbau um 50% und hemmt das Bakterienwachstum. Hervorragend gegen Parodontitis.

**amin-o-med ist Mundpflege auf medizinischem Niveau. Bitte testen Sie selbst. Auf Ihren Erfahrungsbericht freuen wir uns.**

## Jetzt für Zahnärzte und Prophylaxe-Shops

Überzeugen Sie sich und Ihre Patienten. Bestellen Sie noch heute Original-75ml-Tuben zum Ärztepreis inkl. kostenfreier Probetuben und Informationsmaterial für Ihren Praxis-Shop direkt bei Dr. Liebe. Info-Tel: 0711 / 75 26 26  
Bestell-Fax: 0711 / 75 66 66



Sauber und auffällig: Den Verkaufsaufsteller gibt es bei der Mindestbestellmenge von 12 Tuben gratis dazu.



Dr. Liebe  
70771 Leinfelden-  
Echterdingen  
www.aminomed.  
Infos per e-Mail:  
service@drliche.d

Mit Amin- und Natriumfluoriden. Ergänzt durch Kamille, Panthenol und Bisabolol. Für optimale Mundpflege.

# Inhalt

---

<b>Editorial</b>	Schleichende Beerdigung des neuen BEMA	2
<b>Gesundheitspolitik</b>	PE Selbstverwaltung soll Leistungskatalog gestalten	3
	Das Dilemma zwischen need und want	6
	PE Behandlungsquittungen	8
<b>Niedersachsen</b>	Herr Beischer, die Wahrheit und das Jüngste Gericht	10
	In somno securitas?	14
	Rechtsnachhilfe für Schirborts KZV	16
<b>Zertifizierung</b>	Eiertanz um's goldene Kalb	18
	Wer will spezialisierte Zahnmediziner?	18
	Zertifizierte Fortbildung - unvermeidbar?	20
	Rahmenvereinbarungen der BZK	22
	Fairer Wettbewerb?	23
	Implantatgetragener ZE in einem Tag?	24
<b>Aus der Praxis</b>	Vorsicht bei Praxisinvestitionen	26
	Sind neue Lichtgeräte erforderlich?	31
	Gymnastik am Arbeitsplatz	34
<b>Qualitätssicherung</b>	Bemühungen um das individuelle Optimum	36
<b>Parodontologie</b>	Parodontitis - endlich alles unter Kontrolle?	39
	Zahnfleischerkrankungen: mehr Prävention	46
	Spezialist Parodontologie	47
<b>Prophylaxe</b>	Tholuck Medaille für Dr. Erika Reihlen	48
	Narrenkappe für Ferrero	51
	Kindergarten-Patenschaft	52
<b>Verbandsnachrichten</b>		55
<b>Buchbesprechungen</b>		61
<b>Termine</b>		66
<b>Gesucht - gefunden</b>		67
<b>Der DAZ stellt sich vor</b>		69
<b>Impressum</b>		70
<b>Kontaktadressen</b>		71
<b>Beitrittserklärung</b>		72

---

## Schleichende Beerdigung des neuen BEMA

Der Kernauftrag des rot-grünen „Gesundheitsreformgesetzes“ an die Selbstverwaltung unseres Fachgebietes ist in den §§ 87 Abs.2d und 92 Abs.1a SGB V niedergelegt: bis zum 31.12.2001 sollen die gemeinsamen Bundes- und Bewertungsausschüsse den BEMA umstrukturiert und mit neuen Richtlinien und neuen Bewertungen versehen haben. Auch die Zielrichtung ist vorgegeben: „Die Leistungen sind entsprechend einer ursachengerechten, zahnsubstanzschonenden und präventionsorientierten Versorgung insbesondere nach dem Kriterium der erforderlichen Arbeitszeit gleichgewichtig in und zwischen den Leistungsbereichen für Zahnerhaltung, Prävention, Zahnersatz und Kieferorthopädie zu bewerten.(§ 87 Abs. 2d SGB V)“

Ein dringend überfälliger Auftrag nach langer unbefriedigender insuffizienter Herumschusterei am 35 Jahre alten BEMA, der längst nicht mehr die heutige Zahnheilkunde und ihre Bewertungsrelationen widerspiegelt.

Kassen- und Zahnärzterverbände haben sich auch nach Inkrafttreten des Gesetzes Anfang 1999 sogleich in ihren Gremien zusammengesetzt und ausgelotet, mit welchen Argumenten und Zahlen die jeweils eigene Position optimal in die finalen Ausschußrunden eingebracht werden sollten.

Die Zahnärzte, hochmotiviert nach dem Vertrags- und Wahlleistungsdesaster des Jahres 1998, erwischten den besseren Start und beauftragten in einem von

KZBV und BZÄK zu gleichen Teilen hochdotierten und vom IDZ koordinierten Forschungsauftrag ein unabhängiges Institut, das termingerecht den vorhandenen BEMA nach Zeitaufwand und in Relation zu den Kosten einer heutigen Praxis neu beschreiben und bewerten soll. Die Idee dahinter: Wenn überzeugend genug dargestellt werden kann, was eine einzelne Leistung heute kostet, wird der Politik und den Kassen die Legitimation entzogen, den bisherigen Leistungsumfang innerhalb eines Globalbudgets „einzukaufen“. Man würde sich dann nur noch auf eine Grundversorgung (am besten zum Preis des heutigen Budgets) einigen müssen und alles darüber Hinausgehende fiele der freien Vereinbarung zwischen Patient und Zahnarzt anheim.

Die Kassenverbände, viel unbeweglicher in ihren gewaltigen Bürokratiestrukturen und sich der Rückendeckung einer rot-grünen Regierung sicher, ließen es viel ruhiger angehen und spürten mit haus eigenem Sachverstand nach Wirtschaftlichkeits- (sprich: Rationalisierungs-)reserven innerhalb des Sachleistungssystems. Heute, ein gutes Jahr vor Ablauf der Frist, merken sie plötzlich, daß ihre Schubladen immer noch leer sind. Es sind keine Anzeichen zu erkennen, wie sie ohne die Hilfe einer sich gegen die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeits-Reserven sperrenden zahnärztlichen Selbstverwaltung Mittel innerhalb des Budgets locker machen können, um die neuen Leistungen zu finanzieren. Sie haben sich einen Aufschub von einem Jahr erbeten und ihn von der SPD schon zu-

gesagt bekommen, worüber man sich als gesetzestreuer Bürger wohl wundern darf.

Es ist also exakt eingetreten, wovon der DAZ seit Herbst letzten Jahres warnt: der Gesetzgeber erläßt ein (sinnvolles) Gesetz, in dem die gemeinsame (!) Selbstverwaltung beauftragt wird, ein für alle Beteiligten längst überfälliges Projekt in Angriff zu nehmen, die Betroffenen setzen ihre Scheuklappen auf, hocken sich jeder in seinen Teller mit einem hohen Rand und fangen an zu wurschteln. Keinem der Beteiligten fällt auf, daß ein gemeinsames Ziel anzusteuern ist, das nur

Dem Bundesausschuß kann es unter diesen Umständen nicht gelingen, die Konzepte der auf Rationalisierung festgefahrenen Kassenverbände und der auf Rationierung getrimmten Zahnärzte zu einem Gesamtkonzept zusammenzubauen.

Und eine Bundesregierung wird im Jahr vor der nächsten Bundestagswahl dieses Thema nur mit der Zange anfassen, zumindest nicht ein einziges Gramm Gewicht in die Waagschale der Zahnärzte legen.

Fazit: Chance verpaßt, außer Spesen nichts gewesen. Alle werden weiter mit



**Den 20. Geburtstag** feierte der DAZ bei seiner Jahreshauptversammlung in Berlin, v.l.n.r.: Dr. Kai Müller, stellvertr. Vors., Dr. Roland Ernst, stellvertr. Vors., Wolfram Kolossa, Vorsitzender, Dr. Annette Bellmann, stellvertr. Vors., Irmgard Berger-Orsag, Geschäftsführerin

Foto: Jost Wollstein

unter Bündelung aller Ressourcen termin- und sachgerecht erreicht werden kann.

Der DAZ hat Frau Fischer und Herrn Kirschner schon sehr frühzeitig gebeten, ihre politische Autorität einzusetzen, auf ein abgestimmteres Handeln hinzuwirken, insbesondere, was die rechtzeitige Offenlegung der wirklichen Ziele der Beteiligten angeht.

dem Budget leben, Mehrkosten werden weiter auf den 2,3-fachen GOZ-Faktor begrenzt sein und die ganze große Dental-Familie wird weiter auf den Tag warten, an dem von Scheuklappen befreite, über den Tellerrand blickende Funktionäre an der Seite politisch handelnder Politiker ihre Arbeit getan haben.

*Dr. Roland Ernst, Edeweicht*

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

## **PRESSEMELDUNG**

# Selbstverwaltung soll Zahnmedizin-Leistungskatalog schnell und gemeinsam neu gestalten

*Köln, den 12.10.2000* - Im Anschluss an eine halbtägige, von mehr als 150 Teilnehmern besuchte Parodontologie-Fortbildung hielt der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchow-Bund am 7.10.2000 in Berlin seine Jahreshauptversammlung ab. Zentrales Thema war die Novellierung des Leistungskatalogs für gesetzlich Versicherte (BEMA). Der DAZ richtete einen dringenden Appell an die Selbstverwaltungsorgane auf Bundesebene, ab sofort gemeinsam alle Anstrengungen zu unternehmen, um den in den §§ 87 Abs. 2d und 92 Abs. 1a SGB V formulierten Gesetzauftrag zur Neustrukturierung des BEMA fristgerecht bis Ende 2001 umzusetzen.

Zur Begründung wurde ausgeführt, daß die in den §§ 87 u. 92 SGB V enthaltenen Aufträge an die Selbstverwaltung wie keine andere Gesetzesänderung der vergangenen Jahre die Chance eröffneten, eine tiefgreifende Umstrukturierung und Neubewertung des 35 Jahre alten BEMA mitzugestalten.

Die Zahnärzteschaft - so die Resolution der DAZ-Versammlung - hätte sich zügig an die Arbeit gemacht. Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) hätten gemeinsam und unter Einsatz großer finanzieller Mittel mit Hilfe der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und des zahnärztlichen Forschungsinstitutes IDZ Forschungsprojekte in Gang gesetzt, um die Leistungsinhalte einer modernen Zahnheilkunde neu zu definieren und ihre Bewertungsrelationen (z.B. mit Zeitmessstudien) neu zu ermitteln. Die damit beauftragten Institute erlaubten keinen Zweifel an ihrer Seriosität. Über den Fortgang würden die Spitzenverbände der Krankenkassen regelmäßig informiert.

Auf Seiten der Krankenkassen - so der DAZ - seien entsprechend anspruchsvolle Initiativen bisher nicht bekannt geworden. Vielmehr deute manches darauf hin, dass die Kassen erst jetzt damit beginnen, ihre Verhandlungsposition im Bundes- und im Bewertungsausschuss mit Inhalten zu versehen. Die vom Ge-

setzgeber eng gesetzte Frist ist aber nur einzuhalten, wenn Zahnärzte und Kassen als Partner schon im Vorfeld gemeinsame Ziele abstecken.

Entsprechende Initiativen gegenüber beiden Seiten hat der DAZ im vergangenen Jahr mehrfach unternommen. Auch sind schon im Oktober 1999 anlässlich ihres Besuches bei der DAZ-Jahreshauptversammlung Frau Ministerin Fischer und im Juni 2000 der Vorsitzende des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages persönlich vom DAZ-Vorstand gebeten worden, für eine größere Kooperationsbereitschaft der Beteiligten ihr politisches Gewicht in die Waagschale zu werfen.

Derzeit, im Oktober 2000, sind laut DAZ Tendenzen zu erkennen, dass nun die Krankenkassen eigene Projekte starten wollen, um ihrerseits kontroverse Vorschläge zu erarbeiten. Über die Quelle des dazu erforderlichen Sachverständes könne man nur spekulieren. Damit wäre aber auf keinen Fall mehr der vorgegebene Zeitplan einzuhalten. Die auch im Sinne der zeitgemäßen Versorgung der Patienten längst überfällige BEMA-Umstrukturierung würde dann erst frühestens gegen Ende der Legislaturperiode spruchreif. Im Wahlkampf sei aber eine sachgerechte Verabschiedung dieses sensiblen Themas nicht mehr zu erwarten.

Der DAZ forderte alle an diesem Prozess Beteiligten - Zahnärzte- und Krankenkassenverbände, Politiker in Exekutive und Legislative, Sachverständige in Wissenschaft und Öffentlichkeit - dringend auf, ihren Anteil dazu beizutragen, dass das vordringlichste Projekt zur Weiterentwicklung einer modernen zahnmedizinischen Versorgung in unserem Lande zielbewusst, erfolgsorientiert und unter gemeinsamer Verwendung der vorhandenen Ressourcen angegangen wird.

Wolfram Kolossa, DAZ-Vorsitzender  
Bahnhofstr. 43, 24217 Schönberg/Holstein  
Tel 04344/9020, Fax 04344/3349  
E-Mail Wolfram.Kolossa@t-online.de

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,  
Internet www.DAZ-Web.de

## Das Dilemma zwischen need und want

Auf dem hochkarätigen Strategie-Workshop 2000 der KZVen Sachsen und Tübingen wurde der Versuch unternommen, die zahnärztliche Grundversorgung in einem solidarischen System vom Behandlungsangebot der modernen Zahnheilkunde abzugrenzen. Einer der Referenten war Prof. H.J. Staehle, dessen ungewöhnliche Zivilcourage dazu beiträgt, daß Fragen der zahnärztlichen Ethik kühl und differenziert vorgetragen und diskutiert werden können.

Er führte die Begriffe „want-dentistry“ und „need-dentistry“ in die Debatte ein und legte dar, daß zwischen diesen beiden Polen ein weites Feld zahnmedizinischer Möglichkeiten liegt, das aus wissenschaftlicher Sicht weder ganz der einen, noch ganz der anderen Seite zugeschlagen werden könne. Er warnte die Wissenschaft davor, sich von den jeweiligen Lagern vor den Karren spannen zu lassen.

Weil in der verfaßten Zahnärzteschaft diese Zurückhaltung nicht durchwegs anzutreffen ist, muß im DAZ die Diskussion dazu neu aufgenommen werden. Zunächst eine Zustandsbeschreibung: Die Krankenversicherungen wollen (und müssen?) den Eindruck erwecken, daß ihre Deckungszusage kongruent mit dem Behandlungsbedarf ist. Heute mehr als früher, weil die verschiedenen Versicherungen vom Gesetzgeber in eine ungewohnte Konkurrenzsituation gezwungen wurden, wobei ihnen noch dazu Effizienzgewinne durch den Strukturausgleich wieder genommen werden. Das

heißt also: der Versicherte soll glauben **'want' = 'need'**

Dagegen stehen Restriktionen aus dem Bundesmantelvertrag (den die Kassen mit abgeschlossen haben), aus der erzwungenen Beitragssatzstabilität und aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Die Krankenkassen behaupten, daß das Leistungsangebot der Zahnärzte im wesentlichen notwendige 'need'-Leistungen umfaßt, daß es aber zu teuer ist. Deshalb sprechen die Kassen so gerne von Rationalisierungsreserven, die es auszuschöpfen gelte.

Es heißt, wir Zahnärztinnen würden 'need'-Leistungen gerne als unnötigen Luxus klassifizieren, den die Solidargemeinschaft bezahlen muß, wobei wir bei der Privatisierung dieses Leistungsteils noch mehr Geld scheffeln wollten, als wir ungerechtfertigterweise ohnehin schon einstecken. Daß die Versicherten mehr wollen könnten, als sie needen, wagen Ihnen die Kassen nicht zu sagen, weil sie dann zur Konkurrenz abwandern würden. Nicht daß solches Verhalten logisch wäre, aber andere Gestaltungsmöglichkeiten stehen den Versicherten praktisch nicht zur Verfügung.

Der Gesetzgeber könnte sagen: "Die Absicherung unserer Wirtschaft im internationalen Wettbewerb macht es erforderlich, daß wir die Gesundheitsausgaben einfrieren. Wir versuchen dafür zu sorgen, daß unser System alles Notwendige abdeckt. Ob das der Fall ist, schauen wir uns regelmäßig an - natürlich unter Einbeziehung der Betroffenen. Wenn sich herausstellen sollte, daß das nicht funk-

tioniert, müssen wir entweder das Einfrieren aufgeben (Geschrei bei der Wirtschaft), oder den Begriff 'notwendig' anders definieren (Geschrei beim DGB) oder die Dienstleistungspreise verringern (Geschrei bei uns)."

Das sagt er aber nicht.

Er sagt statt dessen, daß die Pro-Kopf-Ausgaben für zahnmedizinische Leistungen unübertroffen hoch sind und daß man dafür schon den ganzen Anzug und nicht nur die Hose haben möchte. Er sagt auch, daß er von der Selbstverwaltung einen neuen BEMA haben möchte, der die moderne qualitätsgesicherte Zahnheilkunde und ihre Kosten umfassend beschreibt. Damit schiebt er den schwarzen Peter zur Selbstverwaltung (nicht vergessen, das sind die Kassen und die VertragszahnärztInnen), denn der BEMA gilt für die gesetzlich Versicherten und für sonst niemand. Dieser BEMA soll also einerseits beschreiben, was für die Zukunft notwendig und ausreichend ist, und soll die Kosten dafür festschreiben. Wie gehabt. Nur soll er jetzt, unter Budgetbedingungen (gab es beim letzten BEMA nicht), quasi ein teleskopierendes Instrument sein, denn wenn in einem Jahr das Geld nicht reicht, müssten irgendwelche Leistungen plötzlich nicht mehr notwendig sein, die im nächsten Jahr diesen Status wieder erlangen könnten. Ein solches Vorgehen wird dem Begriff „notwendig“ nicht gerecht.

Ein weiteres Dilemma entsteht aus der Tatsache, daß die Versicherten gelegentlich eine andere Sicht von Notwendigkeiten haben. Etliche PatientInnen erleben partout keinen sozialen Integritätsverlust infolge einer Seitenzahnlücke,

wollen aber 'vorne raus' bestens aussehen. Sozial unangepasst? Schlimmer - auch noch aufsässig! Bedrohen ihre Versicherung mit Kündigung, wenn das, was sie wollen, nicht so richtig notwendig ist. Keine Chance, alle werden gleich behandelt? Ha,ha! Nun, für solche Fälle gibt es ja immer noch die Aufsicht durch den Staat. Auch hier entweder wieder ein sonores „Ha,ha“ (status quo) oder neben dem gläsernen Zahnarzt und dem gläsernen Patienten auch die gläserne Krankenkasse. Bei diesem Vorschlag reicht mir die Luft für sonore Töne nicht mehr (siehe 50%iges Ansteigen der Verwaltungskosten in der GKV).

Was also tun? Mein Vorschlag ist: Der BEMA wird auf den Bereich der unbestrittenen 'need-dentistry' beschränkt, und somit der Sicherstellungsauftrag erfüllt. Die Versicherungen erhalten das Recht, es dabei zu belassen und die Beiträge entsprechend zu senken. Die Selbstverwaltung einigt sich auf die Preise. Zusätzlich können die Versicherungen jedes Jahr - orientiert an einer novellierten GOZ - einen Wunschkatalog von weiteren Leistungen ausschreiben, die KZV'en können Angebote abgeben. Das geht auch umgekehrt: KZV'en bieten an, Kassen kaufen. Was nicht geboten und gekauft wird, ist Privatleistung. Unverzichtbare Regeln dafür setzt und überwacht der Staat. Was 'need-dentistry' ist, wird regelmäßig vom Staat beschrieben. Zahnärzteschaft und Wissenschaft bieten dafür ihren beratenden Sachverstand an. Was gut und schlecht, gesetzlich und ungesetzlich ist, soll die Gesellschaft durch ihre gewählten Vertreter normieren. Der Rest ist Markt.

*Dr. Kai Müller, Seefeld*

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

## »Behandlungsquittungen«

### aus DAZ-Sicht ungeeignet zur Erhöhung von Transparenz und Abrechnungsehrlichkeit

*Köln, den 18.10.2000* - Bei seiner Jahreshauptversammlung am 7.10.2000 in Berlin beschäftigte sich der zahnärztliche Berufsverband Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchow-Bund mit einer in zahlreichen Medien diskutierten Initiative des Bundesgesundheitsministeriums. Das Ministerium will im Rahmen der nächsten gesetzgeberischen Schritte Ärzte und Zahnärzte verpflichten, sozialversicherten Patienten unmittelbar nach jedem Kontakt eine Übersicht über die durchgeführten Leistungen („Behandlungs-Quittung“) auszustellen und die einzelnen, in verständlicher Sprache beschriebenen Leistungen „abzeichnen“ zu lassen. Nur derart bestätigte Leistungen sollen künftig über die Kassen abrechenbar sein. Mit dieser Maßnahme soll mehr Transparenz für die Patienten, die Eindämmung krimineller Abrechnungspraktiken und letztlich eine qualitative Verbesserung der Versorgung erreicht werden.

Der DAZ hat Verständnis für die Zielsetzungen des Gesetzgebers, hält jedoch diese Art der „Behandlungs-Quittung“ für ein ungeeignetes Instrument. Insbesondere wurde kritisiert:

- Das Vorhaben erhöht extrem den bürokratischen Aufwand jeder medizinischen Behandlung und konterkariert die von allen Seiten gewollte papierlose Abwicklung in Praxen und Kliniken.
- Nach den zahlreichen Restriktionen der vergangenen Jahre ist bei der Mehrzahl der Leistungserbringer kein Verständnis dafür zu erwarten, dass ihnen eine weitere Arbeit ohne jede Gegenleistung abverlangt wird.
- Die Transparenz für die Patienten ist unvollständig, da Angaben über die Kosten der erbrachten Leistungen nicht vorgesehen und angesichts der komplizierten Budgetierungs- und Honorarverteilungsregelungen auch nicht möglich sind.
- Die Kontrollfunktion der Patienten ist zweifelhaft, insbesondere bei sehr jungen und sehr beeinträchtigten Menschen (Beispiel: Patient nach Behandlung in Anästhesie, mit starken Schmerzen oder Sprach- bzw. Verständnisschwierigkeiten).
- Abrechnungsbetrüger werden sich von einem solchen Mechanismus nicht disziplinieren lassen.

Der DAZ hält stattdessen für den zahnärztlichen Bereich die behutsame Einführung der Kostenerstattung für ein weitaus geeigneteres Instrument.

Zugleich verweist er darauf, dass seit Jahren den Patienten mehr Transparenz durch jährlich anforderbare Leistungsübersichten versprochen wurde, diese gesetzliche Bestimmung jedoch von den meisten Kassen nicht umgesetzt wird.

Nach einschlägigen Untersuchungen hat nur eine geringe Zahl von Patienten den Wunsch nach einer detaillierten schriftlichen Behandlungsdokumentation. Ihrem Interesse kann auch im jetzigen System durch eine nur bei Bedarf zu erstellende schriftliche Übersicht Genüge getan werden.

Der DAZ beendete seine Diskussion mit dem eindringlichen Appell an die Gesundheitsministerin, dieses Vorhaben nicht weiter zu verfolgen.

Für Rückfragen:

Wolfram Kolossa, DAZ-Vorsitzender  
Bahnhofstr. 43, 24217 Schönberg/Holstein  
Tel 04344/9020, Fax 04344/3349  
E-Mail Wolfram.Kolossa@t-online.de

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,  
Internet www.DAZ-Web.de



**Gut besucht** war die Fortbildungsveranstaltung »Parodontitis - endlich alles unter Kontrolle?« von Dr. Stefan Hägewald, Zahnklinik Nord der Charité Berlin, die im Rahmen der Jahreshauptversammlung in der Kulturbrauerei Prenzlauer Berg stattfand.

Foto: Jost Wollstein

Niedersächsische Verhältnisse - die Letzte?

## Herr Beischer, die Wahrheit und das Jüngste Gericht

*Dass die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN) Millionenbeträge der Krankenkassen nicht an die niedersächsischen Zahnärzte, denen das Geld zusteht, weitergeleitet, sondern ihnen vorenthalten hat - darüber haben wir hier im DAZ-forum regelmäßig und ausführlich berichtet (Nr.55 (1996!), 65, 68, 69, 70).*

*Die KZVN hat den DAZ und vor allem Dr. Ernst, der als konkret Betroffener seit Jahren die Manipulationen und Versäumnisse aufgedeckt hat, in mehreren Verfahren verklagt - unter Androhung von 500 000 DM Strafe, ersatzweise 6 Monate Haft! - unterlag aber in allen Punkten, wiederum zu Lasten der Niedersächsischen Zahnärzte (S.56).*

*Skandalös ist an diesen Vorgängen nicht nur das Motiv des KZVN-Vorsitzenden Dr. Schirbort - der ja auch Vorsitzender der Bundes-KZV ist - nämlich durch vorsätzliche Verknappung der Kassenhonorare die Kollegenschaft zu radikalisieren und zum Ausstieg aus dem System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu treiben.*

*Skandalös ist natürlich auch, dass der übrige Vorstand der KZVN und die KZV-Vertreterversammlung als zahnärztliches Parlament von den Schirbortschen Manipulationen nichts gewusst haben (wollen), obwohl jeder, der es wissen wollte, dies aus den offiziellen Protokollen und Unterlagen hätte entnehmen können.*

*Natürlich keine Rede davon, dass die niedersächsischen Betonköpfe zurücktreten und sich bei der betrogenen Kollegenschaft entschuldigen. Im Gegenteil: Der Vorsitzende des Freien Verbandes Niedersachsen, Herr Dr. Beischer, diffamiert den DAZ-Vorsitzenden Wolfram Kolossa und Dr. Ernst als Lügner und scheut nicht einmal die Peinlichkeit, dafür den Herrgott und das Jüngste Gericht zu bemühen:*

---

*Sehr geehrter Herr Kolossa,*

*Sie forderten mich in Ihrem »Offenen Brief« vom 03.07.2000 auf: »Herr Beischer, belasten Sie die Standespolitik nicht länger mit Ihren Schmutzkampagnen.« Ich habe Ihre diversen Pressemeldungen die KZV Niedersachsen betreffend mit großer Aufmerksamkeit gelesen. Auch Ihr DAZ-Periodikum gehört zu meiner Pflichtlektüre. Ich kenne auch einige dem DAZ nahestehende Kollegen, die mir Respekt abringen. Herr Ernst gehört allerdings nicht dazu, weil er in den letzten Jahren seine Intelligenz dazu gebraucht hat, führende Standespolitiker, allen voran Herr Kollege Schirbort, mit einer beispiellosen Haß- und Hetzkampagne zu überziehen. Für mich trägt dieses Verhalten neurotische Züge.*

Das Gericht hat lediglich-wie so oft in solchen Fällen- Herrn Ernst zugestanden, in der politischen Auseinandersetzung Dinge zu behaupten, deren Beweis er schuldig geblieben ist. Ich kann der KZVN nur raten, in die Revision zu gehen.

Letzteres, Herr Kolossa, nicht-wie Sie es gerne darstellen möchten- um »die Aufdeckung« von »Machenschaften« zu verhindern, sondern um der Wahrheit vielleicht noch zum Durchbruch zu verhelfen.

Und jetzt möchte ich zu Ihnen kommen, Herr Kolossa.

Ich kenne Sie nicht persönlich, ich kenne nicht Ihre Charakterstruktur. Ich weiß nicht, ob Sie Ihre Kommentare und Pressemeldungen zum obigen Thema aus Überzeugung schreiben, vielleicht auch nur, weil Sie Herrn Ernst blind vertrauen oder weil Sie schlicht glauben, was Sie sich und anderen einreden, oder ob Sie doch einfach nur ein kleiner infamer Lügner sind, dem jedes Mittel recht ist - auch das der persönlichen Verunglimpfung, um politische Effekte zu erzielen.

Wenn Sie zur letzteren Sorte gehören, dann Gnade Gott dem Berufsstand, sollten Sie je entscheidenden Einfluß gewinnen. Sollten Sie zur ersteren Kategorie gehören, dann rate ich Ihnen, sich unvoreingenommener mit den Details zu beschäftigen, statt unbesehen die Ernst' schen Behauptungen zu übernehmen.

Ich, Herr Kolossa, kenne die Details. Ich kenne auch die meisten Akteure im Vorstand der KZVN schon seit vielen Jahren. Für Kollegen wie Schirbort, Liepe, Gode, Karstens, Ehrhardt und einige andere lege ich meine Hand ins Feuer.

Die besitzen alle einen geraden Rücken, einen offenen Blick und einen sauberen Charakter. Die können alle einmal vor ihrem Herrgott erscheinen, ohne in dieser Sache seinem durchdringenden Blick ausweichen zu müssen.

Hoffentlich können Sie das auch, Herr Kolossa.

Mit freundlichen Grüßen Dr. J. Beischer

### **Und das sind die Fakten:**

Über die Entscheidungen der Gerichte haben wir berichtet - auch andere zahnärztliche Medien haben aus den Urteilen zitiert. Hier deshalb nur noch einmal eine Zusammenfassung aus der **Chronologie der »Zahnärzte für Niedersachsen«** (ZfN)

Pleiten, Pech und Pannen in der KZVN haben das Budgetvolumen der niedersächsischen Zahnärzte Jahr für Jahr um einen sehr hohen Millionenbetrag geschmälert. Die alleinige Verantwortung für diese „Niedersächsischen Verhältnisse“ trägt der amtierende KZVN Vorstand. Er scheut dennoch nicht, diese Fehler im Rundschreiben vom 27.09. als Erfolg darzustellen.

### **Die Chronologie seit 1994**

Die Pleitenserie beginnt 1994. Zur Schiedsamtverhandlung mit den Ersatzkassen präsentieren die Verhandlungsführer der KZVN für die Quartale I+II/94 hohe Steigerungsraten von ca. 9% im Bereich konservierend/chirurgische Leistungen. Daraufhin beschließt das Schiedsamt eine Punktwertabsenkung von 3,95%. Die-

ser Spruch wäre nicht zustande gekommen, hätte die KZVN die ihr bereits bekannten Zahlen für das 3. Quartal – Steigerung 0% - dem Schiedsamt vorher bekannt gemacht. Zu allem Überfluß wird auch noch von der KZVN versäumt, gegen diesen falschen Schiedsspruch Klage zu führen. Paradoxerweise wären die Erfolgsaussichten nach übereinstimmender Ansicht aller Beteiligten erstmalig um ein vielfaches höher gewesen als bei allen anderen von der KZVN initiierten Prozessen. Die Übernahme der politischen Verantwortung für diesen Millionenschaden steht bis heute aus.

Erinnern Sie sich bitte, dass die niedersächsischen Zahnärzte im letzten Quartal 1994 durch die KZVN zum Behandlungsboykott aufgefordert wurden. Eine Nichtausschöpfung der Gesamtbudgets in 1994 und 1995 war die Folge.

Wie wir jetzt erfahren haben, beziffert die KZVN intern diesen Schaden allein bis Ende 1995 auf 52 Millionen DM. Das sind pro Praxis ca. 10.000,00DM.

**Minus 52.000.000 DM**

Diese falsch ermittelte Gesamtvergütung 1995 wurde dann bis zum heutigen Tage zur Grundlage der jeweiligen Gesamtvergütung. Einer ähnlich hohen verlustreichen Entwicklung wurde am 25.09.2000 in einer Schiedsamtsverhandlung zugestimmt. Der in dieser Sitzung zustande gekommene Vergleich, der von der KZVN-Führung als Verhandlungserfolg dargestellt wird, hat die niedersächsischen Zahnärztinnen und Zahnärzte wiederum einen zweistelligen Millionenbetrag gekostet.

Ausgehend von dem für die Zahnärzte schlechteren zweiten Schiedsspruch 1996 (ca. 481 Mio. DM Gesamtvergütung)

verglich man sich auf 502 Mio. für 1997 und 497 Mio. für 1998.

Die Fakten:

Schon am 22.12.1998 machte der VdAK in einer Schiedsamtsrunde für 1997 das Angebot, die Gesamtvergütung um 23 Mio. auf 504 Mio. DM anzuheben. Die Vertreter des VdAK boten darüber hinaus an, diese Erhöhung auch sockelwirkend für 1998 vorzunehmen.

Im Klartext:

Die Gesamtvergütung für den Bereich VdAK hätte so für 1997 504 Mio. und für 1998 ca. 506 Mio. betragen können, tatsächlich wurden jetzt für 1997 502 Mio. und für 1998 497 Mio. im Vergleich akzeptiert. Der Ihnen von der KZVN mit Sonderrundschreiben mitgeteilte „Verhandlungserfolg“ ist für die Kollegenschaft tatsächlich ein Verlust von ca. 11 Mio. DM.

**Minus 11.000.000 DM**

Noch schlimmer sind die Auswirkungen für 1999 und 2000. Die Beschlüsse des Landesschiedsamtes für diese Jahre ergingen im April 2000. Da der Vergleich für 1997/98 erst am 25.09.2000 zustande kam, wurde die Erhöhung der Gesamtvergütung für 1997/98 nicht als Basis berücksichtigt. Die Annahme des Angebotes des VdAK vom Dezember 1998 hätte für 1999 und 2000 jeweils eine um 23 Mio. DM höhere Gesamtvergütung ergeben können.

**Minus 46.000.000 DM**

Fazit: Gesamtschaden

**Minus 109.000.000 DM**

DMD Henner Bunke, ZfN  
Dr. Hans-Jürgen König, ANZ

# Sozialer Tag im Dentallabor Schuschan

WARUM IN DIE FERNE SCHWEIFEN...

GENAU BESEHEN-

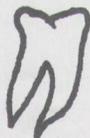
WENN MAN DAS ZIERLICHSTE NÄSCHEN  
VON SEINER LIEBSTEN BRAUT-

DURCH EIN VERGRÖßERUNGSGLÄSCHEN  
NÄHER BESCHAUT-

DANN ZEIGEN SICH HAARIGE BERGE  
DAS EINEM GRAUT.

*J. Ringelnatz*

*Stefanie, 12J.*



Tel.: 0431/79875

## In somno securitas?

Eine Studie der Firma ESPE Dental AG, durchgeführt vom Marktforschungsinstitut IFM, Freiburg/Köln, zum Thema »Auf dem Weg in die Zukunft: Zahnarzt zwischen Tradition und Innovation - das Berufsbild deutscher Zahnärzte im Umbruch« belegt, dass es zwei große Gruppen unter den Zahnärzten gibt: »Traditionalisten« und »Innovationsfreudige«. Während die ersteren (Untergruppen: passionierte Handwerker, Zahnarzt aus Familientradition) die Betonung auf das Handwerkliche richten und eher verängstigt, zumindest skeptisch auf den Wandel des zahnärztlichen Berufsbildes reagieren, suchen die letzteren (Untergruppen: ganzheitlicher Zahnbehandler, medizinisch Spezialisierter, selbstbewusster Könner) über ein medizinisch-dienstleistungsorientiertes Selbstverständnis nach Wegen, die aus dem gegenwärtigen Tief führen.

Die Studie zeigt, dass Zahnärzte heute in einem Spannungsfeld zwischen zunehmend besseren Behandlungsmöglichkeiten auf der einen Seite und engen wirtschaftlichen Grenzen auf der anderen Seite stehen und viele KollegInnen hin- und hergerissen sind.

Hin- und hergerissen sind in den vergangenen Monaten und Jahren (Tendenz steigend) auch die niedergelassenen Zahnärzte in Niedersachsen, wenn es um ihr Berufsbild und vor allem um die Berufspolitik sowie die von KZVN-Chef Dr. Schirbort geprägten Rahmenbedingungen in ihrem Bundesland geht. Die Kritik an Dr. Schirbort und seiner

Führungsmannschaft in der KZVN wird deutlich lauter seit den Recherchen von Dr. Roland Ernst, Edewecht (siehe dazu auch die Berichte in den FORUM-Ausgaben seit 1996 über »Niedersächsische Verhältnisse«), und schwillt an bis hin zu Ausrufen wie »Vielen Dank, Herr Schirbort, 16 Jahre sind genug!« (aus einem ZfN-Rundschreiben vom 18.09.2000) und weiter: »Wir brauchen eine neue KZVN-Führung!« aus demselben Rundbrief. Einem Faxrundschreiben der Bezirksgruppe Oldenburg des FVDZ vom 20.09.00 entnehme ich ähnlich lautende Töne, nämlich: »Eine Verbesserung der Wahlchancen setzt voraus, dass der Freie Verband mit einer komplett neuen Führungsmannschaft in den Wahlkampf geht. ... Die niedersächsischen Vertragszahnärzte bedürfen in dieser Situation dringend neuer Perspektiven, die in der Lage sein könnten, Wege aus dem »Sackgassengefühl« aufzuzeigen«. Genau das, was der DAZ Oldenburg schon vor der letzten KZVN-Wahl gefordert hat!

Der Unmut über »Konflikt-Honorarverteilungsmaßstäbe«, unkalkulierbare betriebswirtschaftliche Unsicherheit, Prozessflut der KZVN auf unsere Kosten sowie unehrliche Informationspolitik etc. etc. ist inzwischen soweit angewachsen, dass sich in Niedersachsen eine Allianz aus Mitgliedern des ZfN, der ANZ - und ! auch des Freien Verbandes gebildet hat, die mit einer »Koalition der Vernunft« in der nächsten Legislaturperiode den alten KZVN-Vorstand ablösen will (endlich ausgeschlafen?).

Man kann dieser Koalition für die Wahl eigentlich nur jeglichen Erfolg wünschen (egal, aus welchem Lager man stammt),

denn die Arbeitssituation in Niedersachsen ist wirklich unerträglich geworden.

Macht- und Intrigenspiele wechseln einander ab, das Ausbooten und Kaltstellen von ungeliebten Vorstandsmitgliedern gehören ebenso zum KZVN-Alltag und sind im Machtbereich des hannoverschen KZV-Vorstandes an der Tagesordnung wie destruktives Kommunikationsverhalten und Machtgebaren auf allen Ebenen mit sämtlichen Kommunikationspartnern - ob das nun die eigentlich zu vertretenden niedergelassenen Zahnärzte, Gesprächspartner bei den Kassen und PKVen oder im Sozial- bzw. Gesundheitsministerium auf Landes- und Bundesebene sind.

Mich interessiert brennend eine Untersuchung über das Wahlverhalten bei den eingangs genannten Gruppen aus der ESPE-Studie (»Traditionalisten« und »Innovationsfreudige«).

Sind es eher die »Traditionalisten«, die dem Motto »In Somno Securitas« huldigen und entweder gar nicht an der Wahl teilnehmen (womit sie den alten KZVN-Vorstand bestätigen würden), oder sicher (ver-) schlafen und/oder aber traditionell dem bisherigen Vorstand huldigen und die Stimme noch einmal wieder (wirklich? kann es wirklich sein?) an Dr. Schirbort vergeben?

Sind es die »Innovationsfreudigen«, die wie aus bösen Träumen erwacht, ob ihrer Unzufriedenheit im bestehenden System mit ihren Stimmen versuchen werden, den Wechsel an der KZVN-Spitze herbeizuführen, um neuen Raum für neue berufspolitische Verhältnisse und damit auch für ein verändertes Berufsbild zu schaffen?

Leider gibt es bei diesen Wahlen weder Umfragen noch Prognosen und so werden wir uns alle gedulden müssen, bis das Ergebnis ausgezählt ist.

Eines steht jedenfalls fest:

Nie waren die Chancen so groß und die Hoffnungen allerorten so stark, dass Schirbort vom Wahlvolk eine Absage erteilt wird.

Der Wahlkampf wurde und wird mit harten Bandagen ausgetragen- ich gebe jedenfalls die Hoffnung nicht auf, dass das Wahlvolk irgendwann in der Lage sein wird, sich von den Machenschaften eines K. H. Schirbort zu befreien. Dann wird es hoffentlich auch in Niedersachsen wieder möglich sein, in geregelten Bahnen seiner zahnärztlichen Tätigkeit nachzugehen, ob nun als »Traditionalist« oder »Innovationsfreudiger«!

Wenn nur die Schläfer endlich aufwachen würden !

*Silke Lange,  
Oldenburg*

Wenn Du ein Schiff bauen willst,  
so trommle nicht Leute zusammen,  
um Holz zu beschaffen,  
Werkzeuge vorzubereiten,  
Aufgaben zu vergeben  
und die Arbeit einzuteilen,  
sondern wecke in ihnen die Sehnsucht  
nach dem weiten, endlosen Meer.

Antoine de Saint-Exupéry

# Gericht erteilt Rechtsnachhilfe für Schirborts KZV

## Revisionsinstanz für Prothetikeinigungsausschuß

Im Juni dieses Jahres stellte der Vorsitzende des Prothetikeinigungsausschusses (PEA) in Niedersachsen, Herr Kollege Worch, den Lesern des Niedersächsischen Zahnärzteblattes eine Neuregelung in Aussicht: »Bis zum Sommer 1999 wurden alle Bescheide des PEA mit einem Rechtsbehelf ausgestattet, d.h. dass im Falle eines weiteren Widerspruches gegen die Entscheidung des PEA, das Sozialgericht angerufen werden konnte. Das Sozialgericht hat aber seit Sommer 1999 alle Widersprüche nicht mehr angenommen, mit der Begründung, dass erst eine Widerspruchsstelle über Einsprüche gegen die Entscheidungen des PEA zu entscheiden habe, erst dann könne bei einem weiteren Widerspruch das Sozialgericht angerufen werden.«

Noch ein Ausschuß also, könnte man denken. Und in der Tat, was der Kollege Worch vom PEA da etwas holprig kundtut, soll ja wohl den Eindruck vermitteln, ein unwilliges Gericht habe die KZVN zu einer überflüssigen Institution gedrängt - beeilt hat man sich deswegen auch nicht allzu sehr.

Bei genauerer Betrachtung zeigt sich aber, dass diese Widerspruchsinstanz nun mit mehr als zehnjähriger Verzögerung daherkommt. Bereits am 08.12.1988(!) hatte das Landessozialgericht Rheinland-Pfalz ausgeführt: »Kein Zweifel kann daran bestehen, dass die Entscheidung des Prothetikeinigungsausschusses ein

Verwaltungsakt ist.« Folglich erschien es dem erkennenden Senat als ebenso zweifelsfrei, dass gegen die Entscheidungen des PEA das Vorverfahren, d.h. Widerspruchsverfahren nicht entbehrlich sein kann.« Die Mainzer Richter ließen es sich nicht nehmen, sogar Ausführungen zur erforderlichen Besetzung einer Widerspruchsstelle zu machen.

Die betroffene KZV hatte geltend gemacht, ein besonderes Vorverfahren sei wegen des »zweistufigen Gutachterverfahrens« nicht erforderlich, der PEA sei als Widerspruchsausschuß gegen die Entscheidung des Gutachters anzusehen. Da Gutachter naturgemäß keine »Entscheidungen« treffen, sondern solche lediglich vorzubereiten helfen, war dieser Vortrag wie in der Vorinstanz nicht überzeugend.

Daß an »hoheitliche Entscheidungen«, wie es Verwaltungsakte nun einmal sind, bestimmte Auflagen geknüpft sind, ist sicher auch jedem Justitiar einer KZV geläufig. Schirborts KZV-Vorstand fand sich gleichwohl nicht bereit, der rechtlichen Belehrung die notwendige Konsequenz folgen zu lassen.

In Niedersachsen hat man sich elf Jahre(!) um diese Rechtslage nicht weiter gekümmert. Die KZV nicht, weil sie kein weiteres paritätisch besetztes Gremium wollte, die Krankenkassen nicht, weil »es ja irgendwie ganz gut lief«, und das Sozialgericht nicht, weil es in der ihm eigenen Weise mit großer Geduld darauf

hoffte, dass irgendwann einmal auch in Hannover ein angemessenes Rechtsverständnis Platz greifen werde.

Den Ausschuß mit dem eigentlich netten Namen gibt es nur für den Bereich der Primärkassen, der VdAK-Vertrag kennt diese Institution nicht. Bis weit in die siebziger Jahre hinein gab es kein zahnärztliches Gutachterwesen für den Bereich Zahnersatz für die RVO-Kassen. Diese beschäftigten vielmehr eigene Beratungszahnärzte gem. § 369b RVO a. R. Während in den Ersatzkassenverträgen bereits damals zusätzlich zu den »einvernehmlich bestellten Gutachtern« noch Obergutachter tätig waren, gab es bei den RVO-Kassen die Institution einer fachlichen Zweitmeinung nicht.

In diesen fernen Zeiten war es noch möglich, über Verhandlungen auch zu einvernehmlichen Entscheidungen zwischen den Vertragspartnern zu kommen und es gelang, die RVO-Kassen zu bewegen, auf die internen Vertrauenszahnärzte zu verzichten und statt dessen einem Gutachterwesen zuzustimmen. Offenbar glaubten die Kassen damals, ihren Einfluß besser wahren zu können, indem sie sich für einen paritätisch besetzten Ausschuß statt des Obergutachters einsetzten. Dieser Ausschuß bekam die bereits erwähnte Entscheidungsbefugnis und damit eine völlig andere Qualität. Die juristische Würdigung hat dieser Umstand im Dezember 1988 erfahren (s.o.).

Sollte man noch anführen, dass es auch unter fachlichen Aspekten Sinn macht, dass die eine oder andere »Entscheidung« des PEA überprüft wird? Die von Herrn Kollegen Worch vorgetragene Zahlen sprechen für sich: »In den Jahren 1997, 1998 und 1999 wurden vom PEA

1026 Fälle bearbeitet.« In den allermeisten Fällen werden die Entscheidungen allein nach der Auswertung der Akten und der vorgelegten diagnostischen Unterlagen gefällt. Nur wenn es dem Ausschuß nicht möglich sein sollte, »zu einem eindeutigen Ergebnis zu kommen«, kann er »eine weitere Kontrolluntersuchung anordnen.«

Als praktikabler und wohl auch patientengerechter dürfte sicherlich das VdAK-System mit zwei Gutachterebenen und der leistungsrechtlichen Entscheidung allein bei der Krankenkasse zu bewerten sein. Aber wo über Konzepte nicht mehr verhandelt wird, kann auch eine »praktikablere« Lösung nicht erwartet werden. So wird der neue Ausschuß unvermeidlich sein und damit nach zwölf Jahren in immerhin einer Hinsicht die Aussicht bestehen, dass sich eine rechtlich einwandfreie Praxis in der Schirbortschen KZV Niedersachsen durchzusetzen beginnt.

*Dr. Lutz Albers, Oldenburg*

**Aus Rundschreiben Nr. 10/2000, Punkt Nr. 8 vom 16.10.2000 der KZVN:**

*"Nach §135a SGB V sind die Leistungserbringer zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Konkrete Vorgaben des Gesetzgebers zur Umsetzung dieser Bestimmungen gibt es nicht. Etwaige Qualitätsmängel, die ggf. verhindert oder beseitigt werden müßten, sind in der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht ersichtlich."*

*So ernst nimmt die niedersächsische Selbstverwaltung den Gesetzesauftrag.*

*R. E.*

## Eiertanz um's goldene Kalb

*Seit 'das Internet' sich in vielen Bereichen unseres Alltags bemerkbar macht, hat die Frage der Werbung durch Zwangsglieder von Kammern einige Brisanz erhalten. Der Kollege Vorbeck hat mit seiner Webseite eine Lawine von Aktivitäten ausgelöst, die mittlerweile deutschlandweit zu Diskussionen, Regelungen und Neuordnungen geführt haben. Die gesamte aktuelle Debatte um Spezialisierung, geordnete und zertifizierte Weiterbildung wäre nicht entstanden, wenn es den Kammern nicht darum ginge, ihr Regelungsmonopol über die Frage zu verteidigen, was man unter Werbung und Anpreisung zu verstehen hat. Oder würde sich ein Zahnarzt aus anderen Gründen einer 'von oben' geregelten Fort- und Weiterbildung unterziehen, wenn er damit nicht den Wettbewerbsvorteil erlaubter Werbung erzielen könnte? Die Diskussion um die Frage, ob Spezialisierungen innerhalb unseres Fa-*

*ches notwendig sind, ist eine Scheindebatte! Es gibt nicht genug neue Krankheitsbilder, die nur noch von Spezialisten beherrscht werden könnten. Jeder von uns könnte sich seine Fachschwerpunkte im Stillen schaffen, wenn er wollte. Die Regelungen werden geschaffen, damit die Werbung nicht aus dem Ruder läuft! In einer Zeit, wo allein die Chance, Werbung verbreiten zu können, riesige Geldbeträge in Bewegung setzt, werden wir nicht umhin können, unsere altväterliche Vornehmheit in Sachen Werbung ernsthaft zu diskutieren. Das ist eine ethische und intellektuelle Herausforderung, wobei es darauf ankommt, die Interessen unserer Patienten mit unseren Individualinteressen in ein gerechtes Gleichgewicht zu bringen. Dazu gehören Transparenz, Glaubwürdigkeit und Ernsthaftigkeit. Die folgenden Beiträge zeigen, daß es zu Strukturen in der notwendigen Debatte noch weit hin ist.*

## Wer will spezialisierte Zahnmediziner?

### 1. Die Öffentlichkeit, vertreten durch die Medien

Orientiert am westlichen Ausland (vor allem an den USA) verspricht sich die Öffentlichkeit höhere fachliche Kompetenz und damit 'bessere' (Zahn)medizin von Spezialisten. Die Spezialisierung wird als implizite Qualitätssicherung verstanden. Daß das keineswegs so sein muß, ist den Laien nicht klar. Wir wissen, daß bei

zunehmender Spezialisierung erst recht bereits wirksame Instrumente der Qualitätssicherung vorhanden sein müßten. Beispiel Implantologie: jeder kann dübeln wann und wie er will. Es herrscht immer noch eine unverantwortliche Beliebigkeit in der Indikationsstellung, Therapie, prothetischen Versorgung und Nachsorge. Hier hat die DGZMK wenigstens einen Anfang mit der Einführung des implantologischen Curriculumms ge-

macht. Welche Absichten damit verfolgt werden, bespreche ich weiter unten. Den Medien als selbsternannte Sachwalter öffentlicher Interessen ist es eigentlich wurscht, wie die Zahnmedizin organisiert wird. Mißstände finden sich bei jeder Organisationsform. Die kann man 'investigativ' herausfinden, geißeln und damit Konsumenteninteresse hervorruhen. Aus dem oben gesagten geht hervor, daß eine tiefgreifende Veränderung in Richtung Spezialisierung abgelehnt werden muß, solange keine vertrauenswürdigen Institutionen der Qualitätssicherung bestehen. Einen ordnenden und am Patientenschutz orientierten Überblick über all die fachlichen Nischen, die bei zunehmender Spezialisierung entstehen würden, kann sich niemand verschaffen. Das Nachsehen hätten die Patienten.

## 2. Die Hochschulen

Jedem wird einleuchten, daß es die Hochschulen sein müßten, die den Löwenanteil an der Weiterbildung zu zahnmedizinischen Fachsparten übernehmen müßten. Es gibt ja kaum Kliniken (kommunale und private Krankenhäuser) außerhalb der Uni, die als Weiterbildungsstätten in Frage kämen. Auch Fachpraxen müßten ja erst da sein, die die Weiterbildungsaufgabe mit schultern könnten. Also bleibt es an den Unis hängen. Ergebnis: Kohle, Einfluß (Macht), mehr Bedeutung für die Profs., die natürlich alle auch Spezialisten mit Privatliquidationsberechtigung sind. Damit steigt auch das schwache internationale Renommee. Was sollte die Unis dazu veranlassen, ein Zunehmen der Spezialisierung abzulehnen? Haben sie es doch bisher nicht gewollt und nicht geschafft, eine integrierte

ve Ausbildung zu Stande zu bringen. Eine nachträgliche Verfestigung der unzulänglichen eigenen Fachstrukturen käme der Hochschule gerade recht. Mehr Geld und Personal für business as usual - super! Es gibt doch nichts schöneres für einen Prothetiker, als nichts mehr von Kons oder Paro verstehen zu müssen!

## 3. Die GKV

Wenn es den Vertragszahnärzten gelingen würde (es wird ihnen nicht gelingen) ihre Interessen mit denen der Versicherten zu synchronisieren, würden die Kassen an Einfluß verlieren. Wenn aber zu der ideologischen, altersmäßigen und wirtschaftlichen Zersplitterung der Zahnärzte auch noch eine fachliche hinzukäme, könnten sich die Verbände der GKV die Hände reiben. Ich sehe schon die multizentrischen Einkaufsmodelle nach dem 'divide et impera' Prinzip. Wie hieß doch der Chefeinkäufer bei VW? Der könnte dann Seminare für Schmeinck, Rebscher und Konsorten anbieten. „Haben sie Probleme mit der Wurzelbehandlung bei Ihrem Hauszahnarzt? Die Barmer nennt Ihnen ihren Spezialisten in der Nähe!“ Oder: „Wieviel wollen Sie als Allgemeinzahnarzt für eine Wurzelbehandlung? Aber Doktor - dafür kriegen wir's auch beim Endodontologen. Was sagen Sie - der muß auch keine Zahnzangen und Artikulatoren, Orthopantomografen und Amalgamabscheider kaufen? C'est la vie!“

## 4. Zahnärzte in Ballungsräumen und Stadtstaaten

Man kann sich schon denken, daß es für einen Hamburger Kollegen interessant sein könnte, sich durch Spezialisten-

tum von der Meute abzuheben. Maier in München (reine Endopraxis, nur Überweisungsfälle) nimmt zur Zeit keine Patienten mehr an. Endo am oberen Molaren kostet über 2000.- Mark. Noch Fragen? Die Asylbewerber-Endo in Seefeld/Obb. mache ich dann - zum Kassensatz. Oder - schicke Paro-Praxis an der Binnenalster. Zwei amerikanische, eine dänische DH - und vier deutsche Mäuschen für die Friseurmeisterin vom Jungfernstieg. „Professor Müller ist bis nächste Woche in Nassau zur Fortbildung. Aber Sie kommen ja regelmäßig zur professionellen Zahnreinigung, das machen wir schon. Natürlich nehmen wir Master-Card!“

**Fazit:** Man kann die Hürden für das Spezialistentum nicht hoch genug hängen. Wir können wieder darüber reden, wenn es:

1. eine etablierte Qualitätssicherung mit Leitlinien, Standards und Ergebniszielkorridoren gibt.
2. Grund- und Zusatzleistungen beschrieben und ausgestritten sind.
3. Budgets der Vergangenheit angehören
4. Die Unis (und der Staat) ihre Hausaufgaben in Sachen integrierte Ausbildung für eine moderne Zahnheilkunde erledigt haben.

*Dr. Kai Müller,  
Seefeld*

*Literatur:*

1. <http://www.dgzmk.de/aktuell.htm>
2. *Die Spezialisierungen kommen – so oder so!*  
Claus Löst, zm 5, Seite 38

## Strukturierte, zertifizierte Fortbildung - unvermeidbar?

Für die einen ist sie eine Gefahr für den Berufsstand, für die anderen genau der richtige Baustein für den Wettbewerb im Beruf, die zertifizierte strukturierte Fortbildung. Liegt die Diskrepanz zwischen beiden Meinungen eventuell im mangelnden Wissen um die Tatsachen wie z.B. von Gerichten vorgegebenen Zwängen?

Ziel dieser bundesweit geplanten Maßnahmen ist es, denen, die sich freiwillig eine bestimmte Fortbildung erarbeitet haben, die Erlaubnis zu geben, diesen Fortbildungsschwerpunkt auch der Öff-

fentlichkeit bekannt zu machen, z. B. auf dem Schild oder im Internet. Diese Fortbildungen zu bestimmten Schwerpunkten müssen in ausgesuchten Instituten in vorgegebenen Curricula stattfinden und enden evtl. mit einem kollegialen Gespräch. Man erwirbt Zertifizierungen z.B. in allgemeiner Zahnheilkunde, Implantologie, Parodontologie, Funktionsdiagnostik und -therapie, Zahnerhaltung (Präventiv/Restaurativ), Endodontologie, Kinder- und Jugendzahnheilkunde, Prothetik, Psychosomatik und Schmerztherapie, Hypnose und Akupunktur. Im Bereich der Weiterbildungen zum Kieferor-

thopäden oder Oralchirurgen finden strukturierte Fortbildungen nicht statt. Natürlich kann jeder beliebig viele derartige Zertifikate erarbeiten und veröffentlichen. Es handelt sich um Fortbildungsschwerpunkte, nicht um Tätigkeitsschwerpunkte. Davon unberührt bleibt der Zahnarzt für Kieferorthopädie oder Oralchirurgie,

Die Eile, mit der die Kammern jetzt das Thema vorantreiben müssen, liegt einerseits in Gerichtsurteilen und andererseits in der Erkenntnis, dass sich dieses Themas inzwischen viele Institutionen annehmen, die unter anderem auch massive finanzielle Interessen haben. Hier gilt es die Kollegenschaft zu schützen und eine für das Bundesland einheitliche Vorgehensweise zu ermöglichen und das kann nur die Zahnärztekammer. Baden-Württemberg hat als erstes Bundesland sich bereits für diese Regelung entschieden; Zertifizierungen aus Baden-Württemberg müssen bei uns anerkannt werden. Seriöse Fortbildungsveranstalter wie die *Akademie Praxis und Wissenschaft* zertifizieren bereits strukturierte Fortbildungen und Gerichte verurteilen bereits Kammern, die Schildfähigkeit anzuerkennen. In diesem Stadium kann man nur, egal wie man zu diesem Thema steht, die Initiative in die Hand nehmen. Die Dringlichkeit einer möglichen bundeseinheitlichen Entscheidung zeigt sich auch im Drängen der wissenschaftlichen Gesellschaften. Diese wollen ihre Attraktivität unter Beweis stellen und bieten zunehmend Fortbildungsprogramme an, die mit irgendeinem Phantasietitel enden sollen. Je länger wir warten, desto wahrscheinlicher wird die gerichtlich erzwungene Zu-

lassung derartiger Abschlüsse auf dem Praxisschild. Haben wir hingegen in den Ländern dies geregelt, kann und muss uns kein Gericht derartiges aufzwingen.

Wir werden also um eine bundeseinheitliche Regelung ringen, in der Hoffnung, dass Baden-Württemberg sich dem dann anschließt, und wir werden eine eigene Regelung beschließen, falls wir keinen Konsens finden. Unser Fortbildungsinstitut, das PPI, wird sich auf die Curricula der einzelnen Fachgebiete vorbereiten. Die Kollegenschaft kann dann wählen. Ich bin mir durchaus der Gefahr dieser Maßnahme in Budgetzeiten bewusst, sehe aber keine Alternative. Ich war und bin immer der Meinung, das Fach soll nicht noch weiter unterteilt werden, der Generalist muss eher gestärkt werden. Es fällt mir nicht leicht, von dieser Vorstellung Abschied zu nehmen, aber eine Verweigerung verhindert nicht die Zertifizierung, sie könnte dann ungeschützt als Wildwuchs wuchern. Wir verlieren bei Fremdbestimmung jeglichen Einfluss und jegliche Möglichkeit der Steuerung!

*Dr. Christian Bolstorff,  
Verband der Berliner Zahnärzte  
und Präsident der  
Berliner Zahnärztekammer*

# Rahmenvereinbarung der Bundeszahnärztekammer für eine strukturierte Fortbildung mit Kammerzertifikat

Ergebnisse der Koordinierungskonferenz Strukturierte Fortbildung am 27. September 2000 in Frankfurt / M.

Strukturierte Fortbildung ist inhaltlich und begrifflich abzugrenzen von anderen Formen der Fort- und Weiterbildung. Zu unterscheiden ist zwischen:

- kontinuierlicher zahnärztlicher Fortbildung, die der ständigen Anpassung des fachlichen Wissens dient
- strukturierter Fortbildung des Zahnarztes mit berufsrechtlicher Anerkennung (Kammerzertifikat)
- postgraduate Qualifizierung als Erwerb einer Zusatzqualifikation / Spezialisierung mit universitärem Abschlussgrad
- Weiterbildung mit fachlicher Gebietsbezeichnung in der Verantwortung der Zahnärztekammern nach Heilberufsgesetz.

Um die Konzepte und Aktivitäten von Zahnärztekammern und wissenschaftlichen Gesellschaften zur strukturierten Fortbildung zu koordinieren, schlägt die Bundeszahnärztekammer eine Rahmenvereinbarung vor, die den Angeboten einer strukturierten Fortbildung mit Kammerzertifikat zugrunde gelegt werden sollte. Folgende Eckpunkte werden vereinbart:

## Anerkennung der strukturierten Fortbildungsmaßnahmen verschiedener Fortbildungsträger

Maßnahmen der Zahnärztekammern, der kammereigenen Fortbildungsinstitute, der wiss. Fachgesellschaften einschließlich APW sind anerkannt; bei anderen Fortbildungsträgern: nach Definition von Qualitätsstandards (analog zu Ärzten) Anerkennung des Fortbildungsganges, des einzelnen Kurses, des Referenten; hierzu Empfehlung durch zzzq (Clearingstelle). Die Akkreditierung liegt in Verantwortung der Zahnärztekammern.

## Aufrechterhaltung des Kammerzertifikats

Wer das Kammerzertifikat führt, hat an geeigneter kontinuierlicher Fortbildung teilzunehmen und dies auf Anforderung der Kammer nachzuweisen.

## Basisanforderungen für Erwerb des Kammerzertifikats

- Jeder approbierte Zahnarzt kann teilnehmen - Strukturierte Fortbildung in einem zeitlichen Orientierungsrahmen - Kombination von theoretischer und praktischer Ausbildung - Kollegiales Fachgespräch.

## Übergangsbestimmungen

Übergangsbestimmungen sollen zeitlich befristet (2 Jahre) sein; die Anerkennung bereits geleisteter Fortbildung erfolgt durch die Zahnärztekammern.

### Ausweisung des Kammerzertifikats

Berufsrechtlich sollen folgende Medien möglich sein: im Internet in Kammerlisten auf Briefbögen in der Praxis auf Praxisschild mit der Bezeichnung "Kammerzertifikat Fortbildung in ...".

Zur erleichterten Inanspruchnahme einer strukturierten Fortbildung durch Zahnärzte und zur Sicherung einer möglichst hohen Fortbildungsqualität soll ein kooperierendes Fortbildungsnetzwerk hergestellt werden unter Verantwortung von Zahnärztekammern und in Kooperation mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften. In einer gemeinsam besetzten Stelle (ZZQ, Beirat) sollten die strukturellen Rahmenbedingungen koordiniert werden. Zur Unterstützung soll ein globales Fortbildungsnetzwerk (Gesamtverzeichnis im Internet) eingerichtet werden.

Bei allen Entscheidungen zur Rahmenvereinbarung sollen die Prinzipien Liberalität, Qualität, Koordination und Kooperation Vorrang haben.

Köln, 29.09.2000

*Diese Rahmenvereinbarung wurde am 19.10.00 von der Berliner Kammerversammlung abgelehnt (Die Red.)*

## 'Fairer' Wettbewerb?

In den vergangenen Monaten geisternten immer mal wieder unseriöse 'Fachinformationen' für Patienten durch die Presse. Nicht nur die Regenbogenblätter (Bunte, Bild etc.) sondern auch die Zeitschrift »Focus« veröffentlichte Meldungen zum Thema 'Zähne im Schnellverfahren', in denen z.B. der Münchener Implantologe PD Dr. Markus Hürzeler ausführte: „Die Patienten können dank der neuen Implantationstechnik morgens kommen und abends gehen.“ Komplettsaniert! Adressen von Implantologen, die diese neue 'Schnellmethode' (s.S.24) anwenden, werden von der „Deutschen Zahnhilfe e.V., Patienten helfen Patienten“ mit Sitz in Düsseldorf, genannt.

Der Zahnärztliche Bezirksverband Oberpfalz antwortete auf eine Anfrage des Kollegen Ebenbeck, „dass gegen die Informationen der Deutschen Zahnhilfe e.V. in der vorliegenden Art rechtlich keine Handhabung erkennbar ist.“ Und weiter „von der Rechtsprechung wurden in der Vergangenheit derartige Patienteninformationseinrichtungen in verschiedenen Urteilen geduldet, auch der Artikel über das PCCS-Verfahren (siehe nächste Seite) wird als sachliche Information eingestuft und nicht als Werbung.“

Soweit die Stellungnahme des Justitiars der BLZK. Während also, von ICI bis Cerec die Werbung der Industrie für ihre Produkte, geschützt durch das Grundgesetz, nur der freiwilligen Selbstbeschränkung der werbenden Industrie unterliegt, müssen wir unseren eventuellen Bedenken im Einzelgespräch mit Patienten Gewicht verschaffen. Da kann es leicht sein, daß wir, als unmoderne ahnungslose Hinterwäldler, auf der Strecke bleiben.

## Festsitzender implantatgetragener Zahnersatz innerhalb eines Tages?

Die Methode: Der Forschergruppe um Prof. Dr. Robert Marx von der Universität Miami ist die Entwicklung des jetzt praxisreifen, ambulant einsetzbaren PCCS-Verfahrens (Platelet Concentrate Collection System) zur Gewinnung von körpereigenen Knochen-/Wachstumsfaktoren gelungen.

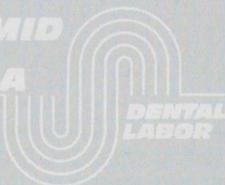
Mit dem PCCS-System steht nun erstmalig ein kostengünstiges Verfahren zur Verfügung, mit dem innerhalb von nur 20 Minuten konzentrierte Blutplättchen

(Thrombozytenkonzentrat, kurz PRP) und Knochen-/Wachstumsfaktoren isoliert werden können. Das PRP-Konzentrat und die darin enthaltenen Knochen-/Wachstumsfaktoren werden zur Verbesserung der Knochenheilung bei Zahnimplantationen oder Knochendefekten eingesetzt. Die Verbesserung des Heilungsprozesses konnte wissenschaftlich nachgewiesen werden und hat speziell bei Krebserkrankungen, Osteoporose oder bei Rauchern eine besonders große Bedeutung.

*Das schöne Lächeln Ihrer Patienten  
ist unsere beste Empfehlung*

*...denn meisterliche Qualität ist auf  
Dauer einfach preiswerter*

**SCHMID  
UND  
PAULA**



**DENTAL  
LABOR**

Bruderwöhrdstr. 10  
93055 Regensburg  
Tel. 0941/791521

Ihre Zahntechnikermeister

B. Hoffmann  
W. Lipinski

Der Hintergrund: In den im Blut enthaltenen Thrombozyten sind Knochenwachstumsfaktoren (PDGF/TGF- $\beta$ ) in verschiedenen Konfigurationen gebunden.

Die Rezeptoren der Thrombozyten reagieren auf chemische Veränderungen in einer Wunde, d.h., ihre Membran reißt auf, und sie entlassen die in ihnen enthaltenen Knochen-/Wachstumsfaktoren. Diese Eiweiße initiieren den Heilungsprozess der Wunde.

Durch eine erhöhte Konzentration der Thrombozyten, im Vergleich zu

der beim Menschen natürlich vorkommenden Thrombozytenkonzentration, wird der Heilungsprozeß bzw. die Gewebeneubildung entscheidend beschleunigt.

Durch Thrombozytenkonzentrat in Kombination mit einer fibrinretentiven Implantatoberfläche (Osseotite) ist es nun möglich, vorher monatelang andauernde Behandlungsprozeduren um ein vielfaches zu verkürzen. Im Idealfall ist es möglich, Patienten innerhalb von 10 Stunden mit einem definitiven implantatgetragenen Zahnersatz zu versorgen.

Die Forscher konnten auch den Nachweis für die Verbesserung des Behandlungserfolges von bislang etwa 80% auf 98,6% bei Zahnimplantaten in schlechten Knochenqualitäten erbringen, da die Mikrostruktur der Oberfläche das im Blut enthaltene Fibrin anzieht und so die Knochenanlagerung verbessert.

Die Behandlungsdauer: Im Normalfall dauerte die Behandlung mit Zahnimplantaten 5-8 Monate, durch die Einführung der fibrinretentiven Osseotite-Implantatoberfläche konnte die Behandlungszeit schon auf 8-12 Wochen gesenkt werden. In der Kombination des Osseotite-Verfahrens mit dem PCCS-System und neuen Operationstechniken ist es nun gelungen, die Behandlungszeit auf einen Tag zu verkürzen.

Nur ihr Zahnarzt kann Ihnen eine definitive Auskunft für die in Ihrem Fall richtige Therapiedauer geben.

Dieses Kombinationsverfahren (Osseotite-Zahnimplantate, PCCS-System und

neue Operationstechniken) wird weltweit bisher nur in wenigen Universitäten und Kliniken angewendet. Ab Anfang Juni wird das PCCS-System, das im Vergleich zu anderen Systemen kostengünstig ist, deutschlandweit bei Zahnärzten zum Einsatz kommen.

Die Kosten: Die Therapieform kann dann bei jedem dafür trainierten Implantologen in Anspruch genommen werden, wobei die Behandlungsdauer von Fall zu Fall variieren kann. Die Kosten für diese Behandlung werden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen und betragen voraussichtlich ca. DM 1.500 für die PCCS-Behandlung (zuzüglich der Implantatkosten).

***Kommentar der Redaktion: Eine Abfrage der relevanten Suchmaschinen im WWW ergab für die Suchbegriffe 'Osseotite +PCCS' keine einzige Fundstelle, deren Ergebnisse auf unabhängige, moderierte Quellen zurückgehen.***

***Es handelt sich bei diesem »wissenschaftlichen« Bericht also lediglich um eine Mitteilung der Herstellerfirma.***

# Vorsicht bei Praxisinvestitionen

## Betriebswirtschaftliche Aspekte und Perspektiven der Zahnarztpraxis.

Die Investition für Praxisneugründungen betrug in den alten Bundesländern im Jahre 1998 ca DM 550 000, für Praxisübernahmen knapp über DM 500 000. In Anbetracht der Entwicklung zahnärztlicher Einkommen - seit 1976 nominaler Stillstand bei DM 200 000 vor Steuern - muß man sich wundern über die Blauäugigkeit von jungen Kollegen wie über die fragwürdige Beratertätigkeit mancher Kreditinstitute. Ein Ende der Talfahrt zahnärztlicher Einkommen wie auch die der anderen Heilberufsgruppen ist nicht abzusehen. Nicht die Wunschvorstellung der zahnärztlichen Standesführung nach einem zahnärztlichen Mindesteinkommen vergleichbar dem eines A16 ers (betriebswirtschaftlich bei 180 000 DM), sondern eher das eines A14 ers (nach derzeitigem Steuerrecht betriebswirtschaftlich in etwa DM 140 000 entsprechend) scheint dem Autoren langfristig die Zukunftsaussicht.

Zur Frage des betriebswirtschaftlichen Nutzens mehrerer Sprechzimmer gab Referent Pillwein im Jahre 1970 folgende Daten aus den USA wieder:

Mehr Honorarumsatz in derselben Zeiteinheit:

- 65% bei Tätigkeit in 2 Sprechzimmern
- 87% bei Tätigkeit in 3 Sprechzimmern

Im Kimmel - Schön - Buch "Ergonomie in der zahnärztlichen Praxis" (Quintessenz 1968) findet man auf Seite 255 die Passage:

Arbeitsleistungssteigerung und damit Einnahmensteigerung des Zahnarztes bei gleicher Arbeitszeit:

- 1 Arbeitsplatz - keine Helferin - bei 8-stündiger Arbeitszeit produktive Zeit: 4,5 Stunden unproduktive Zeit: 3,5 Stunden - 1 Arbeitsplatz - eine Helferin produktive Zeit: 5,75 Stunden
- 2 Arbeitsplätze - eine Helferin produktive Zeit: 6,5 Stunden
- 3 Arbeitsplätze - eine Helferin, eine Sekretärin, eine Hygienistin bei 8-stündiger Arbeitszeit produktive Zeit: 7 Stunden

Für die Durchschnittspraxis - Zahnarzt mit 400 Scheinen, 10% privat, 36 Std. behandelnde Tätigkeit, 724 000 Umsatz (alte Bundesländer 1996) 200 000 zu versteuern - hält der Autor in der Einzelpraxis folgendes für optimal:

- 2 Sprechzimmer
- 2 ausgebildete Helferinnen
- 1 Azubi

Die über dem Durchschnitt liegende Praxis benötigt ein 3. Sprechzimmer und hierzu 1 weitere ausgebildete Kraft, die als Prophylaxehelferin eingesetzt werden kann. Eine ZMF wird eigentlich nicht mehr benötigt, seitdem der BDZ den neuen Tätigkeitsrahmen für eine Helferin abgesteckt hat.

Zur Kostensituation eines Sprechzimmers: Die Zahnärzte der alten Generationen verschlissen während eines 36-jährigen

gen Berufslebens 2 Einheiten, d.h. Neu-einrichtung nach 18 Jahren. Zur Einkommenhochkonjunktur 1980-83 war in der BRD ein neues Behandlungsgerät nach 10 Jahren fällig. Aus Kostenersparnisgründen wird man heute ein Gerät erst nach ca 14 Jahren austauschen. Investitionskosten: für ein neues Sprechzimmer ca. DM 100 000 Auf der Bank angelegt, würde diese unterlassene Investition mit Zins und Zinseszins nach 14 Jahren ca. DM 250 000 vor Steuern bringen. DM 250 000 verteilt auf 14 Jahre = ca. DM 18 000 pro Jahr.

Die Sprechzimmerinvestition wird demnach folgende Kosten verursachen:  
Miete:  $12 \text{ m}^2 \times 18 = 216 \text{ DM/Monat}$

Raum:

Strom, H2O, Heizung, Reinigung.

Handwerker

$12 \text{ m}^2 \times 10 \text{ DM} = 120 \text{ DM/Monat}$

Fixkosten insgesamt:

336 DM /Monat

4 032 DM /Jahr

Einrichtungskosten 18 000 DM/Jahr

22 032 DM totale Kosten /Jahr

Handelt es sich um ein Zweit- oder Drittsprechzimmer müssen diese Kosten erst mal zusätzlich verdient werden. Eine weitere Kraft ist dabei noch nicht berücksichtigt. Bei einem Bruttolohn von DM 2 800/Monat kostet die Helferin dem Arbeitgeber ca 50 000 DM/Jahr: 13 Monatsgehälter plus Arbeitgeberanteile plus Berufswäsche plus Zuwendungen (Geburtstag, Weihnachten, Betriebsessen).

Der Durchschnittszahnarzt erwirtschaftet in 2 Sprechzimmern ein zu versteuerndes Einkommen von ca DM 200 000.

Wenn der Behandler ein 3. Sprechzimmer nur nutzt, um die Behandlungszeit am Stuhl zu reduzieren, wird sein Einkommen um DM 22.032 ohne bzw. DM 72.032 mit zusätzlicher Helferin geschmälert. Ist der Behandler in der Lage, seine Arbeitszeit zu intensivieren und mehr Patienten zu behandeln, ist bei gleicher Arbeitszeit folgendes Einkommen zu erwarten:

- Mehrleistung in derselben Arbeitszeit mit Helferin 22%
- Mehrleistung in derselben Arbeitszeit ohne Helferin 14%

Im Praxisumsatz von DM 724 000 sind ca. DM 180 000 Fremdlaborkosten als durchlaufender Posten enthalten. Um das Bruttohonorar zu ermitteln, müßte der Umsatz zunächst um diesen Betrag bereinigt werden. Es verbleiben also DM 544 000 DM Honorarumsatz.

Eine Budgetierung ist dabei nicht berücksichtigt.

Bei vermehrter Patientenzahl oder bei Ausbau des Leistungsangebotes wäre jetzt unser Durchschnittszahnarzt in der Lage im 3. Sprechzimmer ein Umsatzplus zu erwirtschaften:

- mit Helferin + 22% = DM 119 700 abzuziehen die Zusatzkosten in Höhe von DM 72 032 Somit verbleibt per Saldo ein zusätzliches Einkommen von ca. DM 47 668 brutto vor Steuern
- ohne Helferin + 14% = DM 76 160 abzuziehen die Zusatzkosten in Höhe von ca. DM 22 032 Somit verbleibt per Saldo ein zusätzliches Einkommen von DM 54 128 brutto vor Steuern. Ohne zusätzliche Helferin verbleibt dem Zahnarzt damit mehr.

In dieser Beispielrechnung ist nicht berücksichtigt die Durchführung von Prophylaxeleistungen durch eine fortgebildete Helferin, die ohne Vorhandensein einer weiteren Behandlungseinrichtung möglicherweise unterbleiben würden. Die Erbringung von Prophylaxeleistungen allein rechtfertigt jedoch für die Durchschnittspraxis nicht die Zurverfügungstellung eines weiteren Sprechzimmers - auch dann nicht, wenn ein eigenes Prophylaxezimmer zur Hälfte der Kosten eingerichtet wird. Man frage sich, fließen die 59000 DM Zusatzkosten (Helferin und billige Prophylaxe-einrichtung) jemals durch Prophylaxe zurück?

Betriebswirtschaftlich einigermaßen ausgelastet wird ein weiteres Sprechzimmer aber erst in einer Großpraxis mit 3 Behandlern, die dann insgesamt über 7 Sprechzimmer verfügen sollte. Jeder der 3 macht im 3. (bzw. 7.) bei optimaler Praxisorganisation einen zusätzlichen Honorarumsatz von 22%, sodaß sich ein Gesamtplus von 66% ergibt. Das entspricht dem Umsatzplus eines zweiten Sprechzimmers durch einen Einzelbehandler.

Schon jetzt ist es schwierig geworden, den Patientstamm zu erhalten, geschweige denn auszubauen. Die Devise heißt: besserer und aufwendigerer Service bei geringeren Verdienstmöglichkeiten.

Bei entsprechendem Patientenaufkommen wird ein 3. Sprechzimmer in Zukunft auch weiterhin seine Berechtigung haben. Für das 3. Behandlungszimmer sprechen:

- Besserer Service gegenüber dem Patienten. Wenn der Patient schon mal auf dem Stuhl sitzt, fällt ihm das Warten leichter als im Wartezimmer. Wie wär's mit der Installation eines Klein-TV-Gerätes (zur Verkürzung der Wartezeit), welches gleichzeitig als Monitor für digitale Geräte dient ?

- Einsatz z.T. für die ZMF bzw. fortgebildete Helferin zum Zwecke der Prophylaxe, der PA-Vorbehandlung und des Recalls - alles Tätigkeiten, die zwar durch den Zahnarzt angeordnet werden, aber nicht von ihm selbst erbracht werden sollten, da die Honorierung zu niedrig ist. Wenn der Praxisinhaber Glück hat, heben sich dann die Kosten des 3. Sprechzimmers (+ Helferin) gegen das vereinbarte Honorar auf.

- Forensische Gründe: Die vorgenannten Leistungen ist der Zahnarzt heutzutage verpflichtet zu erbringen. Gibt es schon Klagen auf unterlassene PA (Vor-) Behandlung? Werden aber die delegierbaren Leistungen erbracht, ist ein Sprechzimmer für diese Zwecke Stunden blockiert, da für einen PA-Recalltermin mit Scaling durch die ausgebildete Hilfskraft 45 Minuten anzusetzen sind.

Der Praxisinhaber hat hinsichtlich der Personalkräfte die Wahl zwischen verschiedenen Praxiskonzepten: in jedem Sprechzimmer 2 Assistenzhelferinnen bei konsequenter Durchführung der 4- Hand-Technik oder nur 1 Helferin für 2 Sprechzimmer. Letzteres setzt voraus, daß der Zahnarzt in der Lage ist, partiell ohne Assistenz zu arbeiten. Dem kom-

men bestimmte Sprechzimmerkonzepte entgegen.

Praxen, deren Schwerpunkt bei Kfo und PA liegt, benötigen wegen der vermehrten Delegationsfähigkeit von Leistungen mehr Personal. Eine solche Schwerpunktbildung zeichnet die Praxis des Autors nicht aus.

Den Personalbestand hat der Autor in der Regel eher knapp gehalten. Leerlauf wirkt auch auf das Personal eher demotivierend mit den entsprechenden Folgen: der Krankenstand erhöht sich. Eine knappe Personalstärke bedingt natürlich automatisch übertarifliche Bezahlung.

In der Autorenpraxis notieren die Helferinnen persönlich in einer offen geführten Kartei Überstunden. Die Damen kontrollieren sich gegenseitig. Die Überstunden (> 38Std/Woche) werden auf Wunsch der Damen in zusätzlicher Freizeit abgegolten. Die Vollzeitkräfte bleiben stets bis zum Schluß. Zur Kompensation erhalten sie neben dem freien Mittwochnachmittag einen zusätzlichen freien halben Tag.

Angesichts neuer gesetzlicher und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen ist vermehrt auf Sparmaßnahmen zu achten. Zunächst sind geplante Investitionen auf Rentabilität zu überprüfen. Bei entsprechendem Patientenaufkommen sind als erste Maßnahmen nur die Maschinenlaufzeiten des vorhandenen Equipments zu verlängern bei gleicher Personalstärke. Eine Aufstockung des Personals sollte die letzte Maßnahme darstellen so wie umgekehrt bei Nach-

lassen der Praxisfrequenz als Erstmaßnahme die Personazahl zurückgeführt werden muß - eine Kopfreduzierung niemals. Eine voll motivierte Kraft ist immer ihr Geld wert.

Der Autor nimmt nicht für sich in Anspruch, ein optimales Praxiskonzept umgesetzt zu haben. Dieses sieht eher wie folgt aus:

3 Zahnärzte tätig in einer 5-Sprechzimmerpraxis bei zeitversetztem Arbeiten. Dabei ist ein Sprechstundenangebot denkbar von 7.00 - 20.00 Uhr. Diese Zeiten stellen ein sehr gutes Angebot für die Patienten dar, und die Gemeinschaftspraxis spart Kosten durch Verlängerung der Maschinenlaufzeiten und besserer Auslastung des Personals.

Eine gute Alternative bietet auch eine Praxisgemeinschaft, wie sie der Autor in den Niederlanden antraf: in einem Gebäude, das von 3 Zahnärzten angemietet wurde, unterhält jeder Zahnarzt auf jeweils einer Etage eine 2 -Sprechzimmerpraxis. Jeder der 3 Zahnärzte bezahlt aus eigener Tasche eine Helferin, die in beiden Sprechzimmern eingesetzt wird. Von den 3 Zahnärzten gemeinsam wird eine Rezeptionshelferin und ein "Springer" bezahlt.

Wie kann man sich die Zukunftspraxis in Deutschland vorstellen? Zunächst einmal ist unbestritten, dass die Karies deutlich zurückgegangen ist. Damit wird sich das Behandlungsspektrum ändern. Lt. KZBV-Jahresbuch 1999- statistische Basisdaten - sind die Extraktionen im Zeitraum 1970 - 1990 von 17.186 Mio.

auf 11.0333 gefallen. Bis 1998 blieb diese Absenkung in etwa konstant. Die Anzahl der WF's stieg von 1970 bis 1990 von 3.165 Mio. auf 5.768 Mio. an, um 1998 die Zahl von 6.813 Mio. zu erreichen.

Mit dem Einstieg in die Kunststoff-Füllungstherapie im Seitenzahnggebiet (bei häufig überzogener Indikation) darf mit einem weiteren Anwachsen der endodontischen Behandlungen gerechnet werden.

Die Politik wird uns auf längere Sicht eine Ausgrenzung bestimmter Leistungen beschern - vermutlich der Prothetik und Kfo. Bei Ausgrenzung von Leistungen und damit höheren Eigenleistungen der Patienten werden die ausgegrenzten Leistungen nicht mehr in derselben Menge erbracht wie bisher. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass der Gesetzgeber im Interesse des Patientenschutzes für die ausgegrenzten und damit privat zu liquidierenden Leistungen das Honorar begrenzen wird.

Daraus folgt automatisch ein Einkommensrückgang für die meisten Zahnärzte. Das Behandlungsspektrum wird sich darüber hinaus verschieben zu noch mehr Ästhetik und zur Prophylaxe. Die Beantwortung der Fragen nach der Höhe der Liquidationsfähigkeit solcher Leistungen muß vorerst offen bleiben.

Grundsätzlich ist die Tendenz zur Kostensenkung im Gesundheitswesen nicht zu verkennen. Immerhin verschlingt das deutsche Gesundheitswesen ca 10% des Bruttosozialprodukts. Die Niederlande kommen mit ca 7% aus.

Welche Modelle zur Kosteneinsparung seitens der zahnärztlichen Praxisführung sind denn für die Zukunft vorstellbar? Ein Weg wurde bei uns schon in einigen Städten mit sog. "Medico Kliniken" besritten, die als GmbH geführt werden. In diesen Kliniken gelangen die dort arbeitenden Zahnärzte meiner Kenntnis nach zu ihrem Einkommen über eine Honorar Umsatzbeteiligung von 25 - 33%, je nach Status. Das Problem solcher Kliniken ist, dass solche Häuser von den Patienten häufig nur als Notfallkliniken wahrgenommen werden. Trotzdem sehe ich in solchen GmbH's langfristig für einen Großteil der Zahnärzte eine gute wirtschaftliche Überlebenschance, insofern in solchen klinikähnlichen Großpraxen die individuelle Betreuung der Patienten durch einen bestimmten Zahnarzt gewährleistet bleibt. Eine solche ist in der Einzelpraxis / Gemeinschaftspraxis / Praxisgemeinschaft gegeben.

Nichtsdestotrotz ist für diese Praxistypen ein verstärktes betriebswirtschaftliches Denken und Handeln eine absolute Notwendigkeit. Der Konsument hält Ausschau nach Qualität und Preis des Angebots bei optimalem Service. Die Konzentration der Unternehmen aus wirtschaftlichen Zwängen betrifft nicht nur das allgemeine Wirtschaftsleben. Der Zug der Zeit wird deshalb auch an unserem Berufsstand nicht spurlos vorüberfahren.

*Dr. Robert Teeuwen,  
Geilenkirchen*

# Sind neue Lichtgeräte erforderlich?

## Anmerkungen zur »Polymerisationsphilosophie«

Die Hersteller von Lichtgeräten für die Kunststoffpolymerisation lassen sich derzeit einiges einfallen, um ihre Produkte an den Mann zu bringen. Die damit verbundenen Anpreisungen sind allerdings ebenso blumig wie aussagearm. Vergleiche sind nahezu unmöglich.

Das Angebot reicht vom »robusten Tischgerät« bis zum »intelligenten Hochleistungs-Polymerisationsgerät«. Manche verfügen über »eingebaute digitale Radiometer« oder »elektronische Systemkühlung«, andere zeichnen sich lediglich durch ein »ergonomisches Handstück« aus oder sind einfach nur »leicht tragbar«. Sicher ist auch erfreulich zu lesen, dass bei einem Gerät die »Unterbrechung der Leuchtdauer jederzeit möglich ist«. Als Trend kann gelten: die einfache Lichtabgabe ist out, in hingegen sind Lampen mit Lichtemissionen in unterschiedlicher Intensität, so zumindest die Prospektangaben. Der Leistungsanstieg kann entweder gleichmäßig (ramped) oder gestuft (stepped) erfolgen. Ein Hersteller hält eine alternierende Lichtabgabe für sinnvoll.

Vom sanften Beginn der Lichteinwirkung wird ein gleichmäßigerer Aushärtungsvorgang erwartet, der zu geringeren Spannungen und Schrumpfungen im Material führen soll (»das Material hat genügend Zeit, sich auszurichten und an den Kavitätenrand anzufließen«, Espe). Eine Steigerung der Lichtintensität soll

mit der besonderen Gestaltung des Lichtaustrittsfensters verbunden sein (Kerr, Vivadent).

Apropos Intensität: wer seinen Depotvertreter oder auch den einen oder anderen Firmenreferenten nach der Leistung eines bestimmten Lichtgerätes befragt, könnte durchaus als Antwort den Hinweis auf die 75 Watt der üblicherweise verwendeten Glühlampe erhalten.

Die Angabe müsste in Milliwatt pro Quadratcentimeter,  $mW/cm^2$ , erfolgen, der Maßeinheit für die Lichtleistung. Von den 16 im Schein-Dentina-Katalog aufgeführten Geräten weisen lediglich 2 eine entsprechende Angabe auf. Sie gehören zu den neueren Geräten: Kerr Optilux 500 =  $655-810 mW/cm^2$  und Astralis, Vivadent =  $600 mW/cm^2$ .

Die Angaben sind also ziemlich vage, was bereits damit begründet ist, dass die fabrikfrischen Glühbirnen angeblich Leistungsunterschiede von bis zu 25% aufweisen. Die Forderung nach Messprotokollen für jede Lampe würde wohl einige Verlegenheit erzeugen. Die Schwierigkeit hinsichtlich einer vergleichenden Leistungsbewertung liegt auch darin begründet, dass der photoaktive Kunststoffanteil (u.a. Campher-Chinon) auf das Licht eines relativ großen Wellenbereichs anspricht, 420-470 Nanometer, die Lichtgeräte aber unterschiedliche Verteilungskurven für diesen Lichtbereich aufweisen. Angegeben werden zu meist 400-500nm. Die in den einzelnen

Geräten integrierten oder mitgelieferten einfachen Messgeräte sind also nicht relevant für andere Polymerisationslampen.

### **Bewegung am Markt?**

Der Markt wurde in Bewegung gebracht durch die Entwicklung von Lampen mit erheblich höherer Energie, den Plasma-lichtgeräten und den Laserlichtlampen. Sie bewirken eine Kunststoffhärtung in wesentlich kürzerer Zeit, als dies die herkömmlichen Halogenlampen vermögen, laut Prospektangabe »auf 1/20 verkürzt« (EasyCure). Dies ist nun tatsächlich wieder einigermaßen übertrieben, immerhin, 5-10 Sekunden gegenüber 30-40 sind doch eine andere Kategorie. Daß diese Geräte ihren Durchbruch auf dem Markt nicht schaffen konnten, liegt zunächst sicher an dem hohen Preis: 9000 DM sind eben auch eine Klasse für sich. Eine echte Wirtschaftlichkeitsberechnung könnte dies Argument aber durchaus erschüttern. Die Zeitersparnis auf ein Jahr hochgerechnet kann in einer frequenten Praxis zu einem Gewinn führen, der dem Anschaffungspreis eines guten Autos entspricht, so Gordon Christensen aus den USA erst jüngst wieder in Berlin (Symposium der Fa. Dentsply).

Der Rezensent der Zeitschrift »Zahnarzt-Wirtschaft-Praxis« berichtet, die »Einstellung« des Professors aus Provo(!), Utah, sei jedoch auf geteilte Meinung gestoßen. Bereits beim ersten Espe-Symposium 1998 waren sich die anwesenden Hochschullehrer einig, »die Schnellhärtung wird unisono abgelehnt«. Nach Ansicht des »Zahnarzt-Magazins« las sich die damalige Teilnehmerliste wie

das »Who is Who« der Zahnmedizin. Von deutscher Seite waren vertreten die Professoren Hickel, Haller, Roulet, Petschelt und Reich.

Für die veranstaltende Firma war es sicher kein Unglück, dass die versammelten Herren große Hoffnungen in die damals neue Methode der abgestuften Lichteinwirkung setzten, Verbesserungen auf dem Materialsektor eher nicht erwarteten und die »Schnellhärtung« eindeutig ablehnten. Es fragt sich nur, auf welchem wissenschaftlichen Fundament diese Aussagen erfolgten.

Der bereits zitierte amerikanische Professor Christensen, bzw. das von ihm geleitete Institut CRA (Institutsmotto: »Clinical success is the final test«), hat da einiges zu bieten. Seit längerem wurde und wird dort untersucht, welchen Einfluß die verschiedenen Lampen auf unterschiedliche Composit-Materialien haben. Die beste Zusammenfassung findet sich dazu unter HYPERLINK "<http://cra@cranews.com/newsletter/HIGHLIGHTS/>)", 10 Seiten Text, 3 Seiten Tabellen sowie 1" <http://cra@cranews.com/newsletter/HIGHLIGHTS/>)", 10 Seiten Text, 3 Seiten Tabellen sowie 18 Abbildungen.

### **Vereinfacht und zusammengefasst lauten die Ergebnisse wie folgt:**

Unterschiedliche Lichtintensitäten (400-199 mW/cm<sup>2</sup>) ergeben keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Materialschrumpfung. Die Plasmalichtgeräte schnitten eher etwas günstiger ab.

Unterschiedliche Lichtanwendungen, z.B. »soft start«, ergeben ebenfalls keine signifikanten Unterschiede.

Signifikant im Hinblick auf die Material-schrumpfung waren jeweils die Material-zusammensetzungen. Die mikrogefüllten Kunststoffe (z.B. Heliomolar =ca. 2,6%) schnitten besser ab als die hybridgefüllten (z.B. Herculite und Z100 = ca. 3%).

Plasmalichtgeräte bewirken einen Temperaturanstieg an der Füllungs Oberfläche von bis zu 21°C, im Innern der Füllung noch von bis zu 14°C, aber keine Temperaturerhöhung im Pulpenkavum. Dagegen kam es bei den Halogenlampen auf Grund der längeren Einwirkzeit zu einem Anstieg der Temperatur im Pulpenkavum von 2°C.

Außer der Materialschrumpfung wurden die Materialfestigkeit untersucht (modulus/stiffness) sowie Spannungen im Kunststoff und in der angrenzenden Zahnsubstanz. Die Ergebnisse entsprachen den oben genannten. Alle Tests wurden mit Materialschichten von 2 mm Dicke ausgeführt, wie dies auch bereits bei den vor 15 Jahren breit angelegten Feldversuchen mit dem Füllungsmaterial Okklusin der Firma ICI erfolgte. Damals waren in den beteiligten Instituten übrigens nur Lichtgeräte mit einer Leistung von mindestens 1000m W/cm<sup>2</sup> zugelassen, Geräte also, die auf dem Markt gar nicht erhältlich waren.

Einwenden ließe sich immer noch, dass die Gefahr einer zu starken Pulpenerwärmung durch energiereiche Lampen besteht, bei pulpennahen Schichten von sehr geringer Stärke oder bei überhöhten Einwirkungszeiten. Zu beachten ist in jedem Fall auch, dass die Zeit der Lichteinwirkung nicht nur von der Leistung des Gerätes abhängig ist, sondern auch von der Materialzusammensetzung. So benötigt z.B. Heliomolar bei je-

der Lampe eine längere Einwirkzeit als Herculite oder Spectrum.

Für den kaufinteressierten Zahnarzt wäre es eigentlich wünschenswert, dass 1. die Leistung des Gerätes genau benannt wird und dass 2. den Composit-Materialien Bescheinigungen über die Härtingszeiten beigegeben werden, selbstverständlich für alle Farbtöne gesondert (2 mm Schichtstärke, Mindest-Konversionsgrad=90%). Die beste Lösung wäre natürlich jedoch ein neuer Kunststoff, der nicht mit einer Schrumpfung von über 10% aushärtet.

Der bescheidenere Wunsch wäre, dass hierzulande eigene Untersuchungen im Stile des CRA-Institutes möglich wären. Dass solches fern von den Herstellerfirmen geschehen müsste, versteht sich von selbst. Falls in einzelnen Hochschulkliniken die Kapazitäten dazu nicht ausreichen, käme ja immer noch eine Kooperation mehrerer in Betracht.

Dass nicht einer der »Who is Who«-Professoren sich direkt mit Gordon Christensen z.B. in Düsseldorf auf dem Symposium auseinandersetzen mochte, ist höchst bedauerlich. Dessen eher flapsiger Hinweis auf die Einsparmöglichkeiten durch die Verwendung energiereicher Lichtgeräte sollte nicht dazu verleiten, die dahinter stehenden Arbeiten unbeachtet zu lassen.

So leicht lässt sich weltweit nichts Vergleichbares finden und die Statements aus Provo, Utah sind doch wohl beachtenswerter als diejenigen, welche hierzulande im Konjunktiv auf Firmensymposien vorgetragen werden.

*Dr. Lutz Albers, Oldenburg*

## Gymnastik am Arbeitsplatz?

Welcher Kollege/in hat keine Probleme mit dem Rücken? Hier finden Sie ein paar ausgewählte Übungen aus dem Buch »Rückenschule für das zahnärztliche Team« von M. Just, die vor bzw. während der Behandlung in Mikropausen problemlos alleine oder im Team durchgeführt werden können, einfach mal ausprobieren!

Wird die Haltermuskulatur des Rumpfes, die Nacken- und Schultermuskulatur sowie die für die Feinmotorik wichtige Muskulatur der Hände morgens erwärmt und gedehnt oder zwischendurch aufgelockert, dient dies nicht nur der körperlichen Entspannung sondern auch der mentalen »Erfrischung« und braucht nur wenige Minuten Zeit, die sinnvoll in unser eigenes Wohlbefinden investiert sind. Die Übungen können am Behandlungstisch, im Büro bzw. Personalraum ausgeführt werden.

### Übung 1: Handklappen

Im Stand oder Sitz, Oberkörper aufrecht, Arme vor dem Körper halten. Dann Flexion bzw. Extension der Handgelenke im Wechsel, anschließend Kreisen der Hände und aktives Greifen (Hand zur Faust ballen und schnell wieder öffnen).

### Übung 2: Schulterkreisen

Im Stand oder Sitz, Oberkörper aufrecht, Arme seitlich locker hängen lassen, dann gleichzeitiges langsames Kreisen beider Schultern nach vorn, hinten und gegen gleich, abschließend Kraulen (gleichzeitiges Kreisen beider Oberarme nach vorne, mit den Oberarmen dabei die Ohren berühren).

### Übung 3: Kopfneigen

Aufrechter Sitz auf dem Stuhl, Arme hängen locker herab, dann Kopf aus der Mit-

telstellung seitneigen (linkes Ohr zur linken Schulter, ca. 15 Sekunden halten, Kopf wieder aufrichten, entspannen, wechseln auf die rechte Seite), dabei nicht die Schultern hochziehen. Alternativ: langsames Kopfkreisen rechts und links.

### Übung 4: Beckenkreisen

Stabiler Stand, Hände in die Hüften stemmen oder auf den Kopf legen, dann Beckenkreisen, dabei Schultern und Kopf ruhig halten, die Bewegung erfolgt aus der Körpermitte.

### Übung 5: Hände hoch

Sitz auf Stuhl, beide Arme in Hochhalte, die Arme abwechselnd zur Decke strecken und dabei einatmen, einige Sekunden halten, loslassen, lockern, Arme nach unten ausschütteln.

### Übung 6: Zusammenkauern/Aufrichten

Sitz auf Stuhlvorderkante, zusammenkauern (Oberkörper leicht nach vorne geneigt, Arme hängen lassen), dann schrittweises Aufrichten des Oberkörpers langsam und flüssig, erst das Becken aufrichten, dann den Oberkörper, die Schultern zurücknehmen und den Kopf wieder zurückschieben.

### Übung 7: Armschwingen

Stabiler Stand, Arme hängen locker seitlich, dann Armschwingen gegengleich mit gestreckten Armen, dabei dem nach hinten schwingenden Arm nachschauen, nicht zu schnell.

### Übung 8: Handfassen hinterrücks

Sitz auf Stuhl, Arme hängen locker neben dem Körper, dann mit einer Hand am Kopf vorbei nach hinten zwischen die Schulterblätter fassen, aber aufrecht sitzen bleiben. Die andere Hand versucht, von unten kommend hinter dem Rücken die obere Hand zu greifen. Im Wechsel rechts und links, keine Pressatmung!

*Viel Vergnügen beim Üben.*

S. L.

# **VISION 2010**

*Wer sie hat,  
kommt klar!*

Die Laborgruppe VISION2010 ist ein Verbund leistungsfähiger, unabhängiger Dentallaboratorien.

## **Zweck der Kooperation ist es, Ihren Zahnartzkunden:**

- qualitativ hochwertige Produkte und Services
- Sonderkonditionen im zahntechnischen Wareneinkauf
- Sonderkonditionen bei Vorfinanzierung oder Kauf der Liquidation
- Patienten-Finanzierungskonzepte
- Schulungs- und Fortbildungsprogramme
- Sonderkonditionen im Privatbereich durch Mitgliedschaft im VISIONs-Club anzubieten



**Die Laborgruppe VISION2010 sucht Dentallabors,  
die Ideen und Spaß haben an dieser  
interessanten Aufgabe mitzuarbeiten.**

Antworten an: **VISION 2010**

Donnerschweer Straße 84  
26123 Oldenburg

Tel: 0441-800890

Fax: 0441-8859752

e-mail: [info@vision2010.de](mailto:info@vision2010.de)

internet: [www.vision2010.de](http://www.vision2010.de)

# Bemühungen um das individuelle Optimum

## Qualitätsleitlinien der SSO

Dies ist der sehr bemerkenswerte und ernsthafte Versuch der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft (SSO), dem zahnärztlichen Praktiker "eine konkrete Hilfestellung für die tägliche Praxis zu bieten", um "seine individuellen Fähigkeiten objektiver einschätzen zu können". Bemerkenswert vor allem deshalb, weil es hier weder um Vorschriften, Forderungen, Gesetze oder Richtlinien geht, alles Begriffe aus der bundesdeutschen Zahnärzte-Zwangswelt, sondern weil hier Ratschläge gegeben, Leitlinien aufgezeigt, Orientierungen angeboten werden, die "Vertrauen fördern" sollen, um das "individuelle Optimum" einer Behandlung zu erreichen, und dabei nicht nur "die fachlichen Aspekte zu berücksichtigen, sondern auch die soziale Kompetenz" des Zahnarztes anzusprechen. "Nur wer weiß, was und woran es mangelt, kann die notwendigen Konsequenzen ziehen und die Mängel bei sich beheben". Wie das gehen kann, wird auf 172 losen Blättern - die im Laufe der Erfahrungen entsprechend ergänzt werden sollen - konkret dargelegt: In 11 Abschnitte eingeteilt- und zwar Praxishygiene, Radiologie und Strahlenschutz, Präventivzahnmedizin, Kinderzahnmedizin, Kieferorthopädie, Restaurative ZM, Endodontologie, Parodontologie, festsitzende Prothetik, abnehmbare Prothetik, orale Chirurgie, Stomatologie, Implantologie- sind jeweils 3 Kategorien definiert. Sie sind mit Qualität A, "gut, im Normalfall anzustrebendes Resultat", bzw. A+ "als heute erreichbares Maximum" beschrieben.

In Kategorie B fallen Arbeiten, die zwar mangelhaft, aber nur dann zu ändern sind, wenn ein potentieller Schaden vorliegt, und mit Kategorie C werden ungenügende Behandlungsergebnisse bewertet, wo "eindeutig Handlungsbedarf" besteht, also eine "unbedingte Neuankündigung" nötig ist, oder, wie im Kapitel Praxishygiene, "Alternativen gefordert" sind: z.B. dann, wenn "Handschuhe, Mundschutz und Brille selten oder nie getragen werden", "Instrumente + Apparate mit nicht desinfizierten Handschuhen aus Schubladen/Schränken nachgereicht" oder "Abformungen aus dem Patientenmund direkt ins Labor" gebracht werden. Interessant im Detail weiterhin, dass - im Abschnitt Endodontologie - ein Arbeiten ohne Kofferdam immer noch die Kategorie A erfüllt, dass die "übermäßige Entfernung des Dentins in der koronalen Hälfte" (bei der Darstellung der Kanaleingänge) zu einer Kategorisierung B führt oder dass - im Abschnitt Abnehmbare Prothetik - auch die Kommunikation mit dem Patienten bewertet wird:

"Der Zahnarzt hört dem Patienten zu und kontrolliert, ob er dessen Befürchtungen und Erwartungen verstanden hat. Er lässt dem Patienten genügend Zeit, die subjektiven Qualitäten der Prothesen zu prüfen, und hilft ihm dabei, wenn es gewünscht wird. Zu erwartende Einschränkungen aufgrund anatomischer, neuromuskulärer oder anderer Kriterien werden schriftlich festgehalten und dem Patienten mündlich mitgeteilt. Der Laborauftrag ist klar und prägnant."



Thema Ruhestandsvorsorge:



# Standardabsicherung? Verlangen Sie mehr!

Eine moderne *Qualitätsvorsorge für den Ruhestand* sollte Ihre individuellen Versorgungswünsche bis ins hohe Alter hinein realisieren können! Sie allein bestimmen das Maß an *Sicherheit, Rentabilität und Liquidität*.

Der INTER-Rentenplan sorgt für Wertbeständigkeit und Flexibilität Ihrer privaten Altersvorsorge – für Sie und Ihren Lebenspartner.

Der INTER-Rentenplan verbindet die Anlagesicherheit einer privaten Rentenversicherung mit der Flexibilität eines Investmentfonds; Anlagekonzept und Anlagerendite sichern im Bedarfsfall auch dem Lebenspartner eine Zusatzversorgung – und das garantiert!



Coupon bitte per Telefax oder per Post einsenden!

INTER Ärzte Service  
Erzbergerstraße 9 – 15  
68165 Mannheim  
Telefon (06 21) 4 27-6 56  
Telefax (06 21) 4 27-5 98  
<http://www.inter.de>  
E-Mail [aerzteservice.HV@inter.de](mailto:aerzteservice.HV@inter.de)

Ja, ich bitte unverbindlich um weitere Informationen zum Thema

## Ruhestandsvorsorge: INTER-Rentenplan

Senden Sie mir ausführliche Unterlagen zu \_\_\_\_\_

Ich bitte um ein persönliches Gespräch. \_\_\_\_\_

Setzen Sie sich mit mir unter Telefon \_\_\_\_\_ in der Zeit  
zwischen \_\_\_\_\_ Uhr und \_\_\_\_\_ Uhr in Verbindung.

Absender/Praxis-Stempel:



**inter**  
VERSICHERUNGEN



Nach meiner Einschätzung ist die Kategorie A auch für die bundesdeutsche Normalpraxis keine Utopie und gerade jetzt, im Zuge der gesetzlichen Forderungen im BUS-Konzept, in gemeinsamen Bemühungen des Praxis-Teams auch erreichbar, in jedem Fall aber ein erstrebenswertes Ziel nicht nur zur Befriedigung des eigenen Ehrgeizes, sondern zum konkreten Vorteil für Patient und Praxis. Diese Schweizer Qualitäts-Leitlinien sind nicht nur jedem Praktiker zu empfehlen, sondern erzeugen besonders bei alten DAZ-lern eine gewisse Genugtuung, weil hier exakt das weitergeführt wurde, was der DAZ im forum Nr.14/1986 mit seiner "Zahnärztlichen Initiative zur Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Qualitätskriterien" bewirken wollte: Dass der Zahnarzt eben nicht, wie nach wie vor praktiziert, nur nach Leistungsmengen beurteilt wird (in der Kassenwirtschaftlichkeitsprüfung), sondern nach der Qualität seiner Arbeiten. Damals hat uns der Freie Verband und die von ihm indoktrinierte Standespresse mit Hohn und Spott überschüttet - für eine Fachdiskussion war kein Raum.

Die aktuelle Bewertung dieser SSO-Leitlinien durch die Bundeszahnärztekammer, die Dr. Böhme in den letzten Zahnärztlichen Mitteilungen (ZM 90, Nr.13) vorgenommen hat, zeigt, dass man dort leider nichts dazugelernt hat, wohl auch nichts dazulernen will. Wie sonst käme man dazu, in peinlicher Überheblichkeit diesen Leitlinien die wissenschaftliche Seriosität abzusprechen und sich auf so großartige Parameter wie "deutsche Gründlichkeit" zurückzuziehen. Stattdessen wird in der ZM auf die neueste Schrift des In-

stituts der Deutschen Zahnärzte mit dem Titel "Evidence-Based Dentistry" verwiesen: Dort ist von der "Diskrepanz zwischen ärztlichem Handeln und wissenschaftlicher Abstraktion" die Rede, vom "Galiläischen Erkenntnisprinzip und reduktionistischen Denken", von der "Verbreitung evidenz-basierter Erkenntnisse und Implementationsstrategien", von "pragmatischer und kommunikativer Evidenz" oder von "Detailproblemen randomisierter Studien in der Zahnheilkunde".

Angesichts dieser beeindruckenden Wissenschaftlichkeit verneigt sich der deutsche Kassenzahnarzt in Ehrfurcht - praxisrelevante Orientierungshilfen sucht er hier allerdings vergeblich. Ist ja vielleicht auch gar nicht nötig, schließlich kümmerst sich die Wissenschaft um das Problem, die Körperschaften waren sowie so schon immer der Meinung, dass hier die beste Zahnmedizin der Welt gemacht wird, und der Praktiker hat schließlich sein Staatsexamen gemacht und arbeitet lege artis mit deutscher Gründlichkeit..

Also:Warum nur machen die Schweizer Kollegen sich das Leben so schwer?

*Dr. Hanns-W. Hey,  
München*

Qualitätsleitlinien in der Zahnmedizin  
Handbuch der Schweizerischen  
Zahnärzte-Gesellschaft SSO

Loseblattsammlung im Ordner,  
Bern, April 2000  
SF 143,20, ISBN 3-9521498-1-0

Fachfortbildung anlässlich der Jahreshauptversammlung des DAZ in Berlin im Oktober 2000

## Parodontitis - endlich alles unter Kontrolle?

**Actisite, Emdogain, Gen-Test, Periostat, Vector:  
was ist für die tägliche Praxis relevant ?**

*In rascher Folge wurden in den letzten Jahren neue Verfahren und Produkte für die Parodontalbehandlung auf den Markt gebracht. Der Praktiker erlebt die Qual der Wahl angesichts von bakteriologischen und Gentests, Wachstumsfaktoren, Augmentationsmaterialien, systemisch oder lokal wirkenden Mitteln zur Infektionskontrolle, neuen Operationstechniken, neuen Geräten zur mechanischen oder maschinellen Reinigung und dergleichen mehr. Es gilt, zwischen wissenschaftlich abgesicherten Fakten und übertriebenen Werbeaussagen der Hersteller zu unterscheiden und sowohl die Möglichkeiten der eigenen Praxis als auch die gesundheitlichen Bedingungen des einzelnen Patienten realistisch einzubeziehen. Wir hatten Dr. Stefan Häge- wald, Mitarbeiter von Prof. Bernimoulin an der Charité Berlin, gebeten, für die DAZ-Tagung die internationale Forschungsliteratur zu sichten und auf dieser Grundlage eine Bewertung der aktuellen Ansätze vorzunehmen. Sein Vortrag gab eine Übersicht über die neuesten Entwicklungen und praktische Hilflweise aus dem Erfahrungsspektrum der Zahnklinik Berlin Nord.*

### **Marginale Parodontitis als bakterielle Infektion**

Die marginale Parodontitis stellt sich heute als entzündliche Erkrankung dar, wobei alle Anteile des Parodontiums betroffen sind- verursacht durch die bakterielle Plaque. Man halte sich vor Augen: 1 Kubikmillimeter Plaque enthält 100.000.000 Bakterien und nach 24 Stunden sind nach erfolgter Teilung aus einem Bakterium 256 Bakterien entstanden!

Neuere Untersuchungen zeigen als Infektionsursache Bakterienkomplexe. Ca. 500 verschiedene Bakterienarten sind bislang in der Mundhöhle nachge-

wiesen, aber nur etwa 20-30 Arten stehen ätiologisch in Verbindung mit der Parodontitis, vor allem die gramnegative Flora. Die bekanntesten sind *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Camphylobacter rectus* und *Fusobacterium nucleolatum*.

Das gesunde Parodont zeichnet sich dadurch aus, dass ein bakterieller Angriff durch die intakte Immunabwehr abgeblockt werden kann. Beides - bakterielle Infektion (durch ständige Anwesenheit bestimmter Keime in der Mundhöhle) und die Immunabwehr sind ausbalanciert. Mit steigender Menge der Virulenz-

faktoren entsteht zunächst eine Gingivitis, dann eine Parodontitis, wenn Endotoxine (LPS), Leukotoxin, Kollagenase, trypsinähnliche Enzyme, Fibrinolytin, Proteasen und Osteoklasten-Aktivatoren freigesetzt werden.

Mindestens einer der nachfolgend als »sehr hoch« eingestuften pathogenen Keime kommt in 99% aller Parodontitis-Fälle vor:

körpern (ebenfalls für die Durchführung in der Praxis ungeeignet) sowie die DNA/RNA- Sonden- bzw. molekularbiologische Testverfahren.

Der geläufigste DNA-Sonden-Test ist der "Meridol"-Test von der Firma Wybert, der nach dem ELISA-Prinzip arbeitet und chairside angewendet wird. Er dient zur Bestimmung speziesspezifischer Fragmente der DNS mit 3 oder 8 Markerkeimen.

**Assoziation oraler Bakterien mit marginalen Parodontitiden**

Sehr hoch	Hoch	Mittel	Unklar
Actinobacillus a. Porphyromonas g. Bacteroides f. Nicht klassif. Spirochäten	Prevotella intermedia Camphylobacter	Streptococcus i. Prevotella n. Fusobacterium n.	Selenomonas s. Pseudomonas s. Herpesvirus

*Nach Socransky, Boston, treten verschiedene Keime zusammen als bakterieller Komplex auf, die Parodontitis ist keine Monoinfektion (z.B. P. gingivalis, P. forsythus, T. denticola)*

**Mikrobiologische Diagnostik**

Es stehen fünf Tests zur mikrobiologischen Diagnostik zur Verfügung. Da wäre zunächst die Dunkelfeldmikroskopie zu nennen (wenig aussagekräftig), dann die anaerobe Kultivierung von Bakterien, welche zwar zu den Standardverfahren zählt, aber sehr aufwendig und damit nur in Einzelfällen in der Klinik durchzuführen ist. Desweiteren gibt es die Tests mit poly-/monoklonalen Anti-

Zum Vorgehen: eine sterile Papierspitze wird für ca. 10 Sekunden in eine der tiefen Taschen (nach der Vorbehandlung!) eingeführt und dann im Proberöhrchen zum Testlabor geschickt. Zurück in die Praxis kommt der Laborbericht mit einer Einschätzung und Bewertung der Markerkeime. Der Nachweis ist allerdings nicht indiziert bei einer normalen Erwachsenen-Parodontitis (AP), sondern eher sinnvoll bei schweren Fällen wie z.B. der RPP oder generalisierter Er-

wachsenen-Parodontitis (mit über 50% Alveolarknochenverlust an mehr als 14 Zähnen) oder bei refraktären PAR-Fällen und systemischen Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus).

### **Neue Klassifikation der Parodontitiden nach einem Workshop in den USA im November 1999**

- Typ I Chronische Parodontitis (tritt meist bei Erwachsenen auf, gekennzeichnet durch Reizfaktoren, langsame Progression, variable Plaque, Kofaktoren)
- Typ II Aggressive Parodontitis (lokalisierte und generalisierte Form)
- Typ III Parodontitis als Manifestation einer Symptomerkrankung
- Typ IV Nekrotisierende Parodontitisformen

### **Behandlungskonzept PAR**

Das Ziel der Behandlung der Parodontitis ist die Beherrschung der bakteriellen Infektion mit Initialtherapie, Scaling/Rootplanning bzw. Parodontalchirurgie, Recall sowie organisierter parodontaler Erhaltungstherapie. Dabei sollte die Entzündung und etwaige Plaqueretentionsstellen dauerhaft beseitigt werden, die Festigung des Zahnes erreicht werden und die Wiederherstellung der ursprünglichen Morphologie soweit möglich angestrebt werden.

Probleme der Wurzelglättung:  
Scaling und Rootplanning sind allein nicht in der Lage, *Actinobacillus* a. effektiv und sicher zu eliminieren (nach Reinvert et. al.), trotz Wurzelglättung stellen das Wurzelzement und die Dentintubuli

ein Reservoir für pathogene Keime dar. Häufig verbleiben Bakterien und Endotoxine in den Dentintubuli und im Granulationsgewebe zurück, deswegen empfiehlt sich vor allem an anatomisch ungünstigen Stellen das Arbeiten unter Sicht (Parodontalchirurgie).

In Berlin an der Klinik eingesetzte Handinstrumente für die Wurzelbearbeitung sind sowohl Graceyküretten als auch Feinküretten (z.B. Deppeler GX 4 für den Frontzahnbereich sowie Deppeler M23A für die Seitenzähne).

Die maschinelle Wurzelglättung mit Ultraschallgeräten, Airscalern (z.B. EMS) und rotierenden Instrumenten (PerioSet-Diamanten, Perioplaner) hat seit der Entwicklung von grazileren Formen und diamantierten Spitzen eine Aufwertung erfahren.

Ein Vergleich des Einsatzes von Handinstrumenten und Ultraschallscalern im Furkationsbereich ergab absolut gleichwertige Ergebnisse. Nach Leon und Vogel, *J. Periodontol.* 58, 86 (1987) und auch Dragoo, USA (1992) sind Ultraschallgeräte in den Furkationen sogar effektiver als herkömmliche Küretten, vor allem in Problemtaschen. Ultraschallscaler rufen im Vergleich weniger Wurzelschädigung hervor. Der Zeitaufwand ist aber genauso hoch wie beim Einsatz von Handinstrumenten, auch bei erfahrenen Behandlern benötigt die Reinigung einer Molarentasche mit dem Piezon Master 403 Perio-Probe ca. 3 Minuten.

Das Nacharbeiten mit Handinstrumenten wird dennoch immer empfohlen, denn raue Wurzeloberflächen erleichtern die Neubildung von Bakterienkolonien und die Wiederbesiedlung der Tasche.

Da durch scharfe Handinstrumente und hohe Kräfte die Gefahr der »Überinstrumentierung« besteht (40 Arbeitszüge mit hoher Kraft erzeugen einen Wurzelabtrag von ca. 0,3 mm nach Zappa et. al., 1991), sollte im Recall nur mit stumpfen Küretten (oder Kunststoffküretten) und geringen Kräften gearbeitet werden, um unter Schonung der Wurzeloberfläche die Plaque zu entfernen.

Das neu und mit aggressiver Werbung auf den Markt gebrachte »Vector System« (ein Ultraschallmotor mit ringförmigem Resonanzkörper) arbeitet mit einer indirekten Ankopplung der ultraschallaktiven Energie an der Wurzeloberfläche über Wasser und Gel (sekundäre linear-vertikale Schwingungsbewegung). Die Nachteile (Konkremente sind schwer entfernbar, das Gerät trägt wenig bis gar nichts ab, gewöhnungsbedürftige Handhabung) überwiegen leider im Ergebnis die Vorteile (sehr schonend, hohe Tastsensibilität für den Behandler, kontrollierte Bewegungen ohne Hitzeentwicklung, kein Aerosol). Deshalb wird es in Berlin nur zum Einsatz im Recall genutzt und empfohlen, also zur Plaqueentfernung. Es gibt nämlich bisher auch noch keine vergleichenden Studien mit anderen Geräten oder zur konventionellen Therapie.

Last not least ist natürlich ganz wichtig die Nachsorge unter der Berücksichtigung des Mottos »Einmal Parodontalbehandlung ist keinmal Parodontalbehandlung«!

### Medikamentöse Therapie

Bei den lokal wirkenden antimikrobiellen Stoffen ist in erster Linie das Chlor-

hexidin relevant. CHX zeigt mit Signifikanz bei klinischen Studien den besten plaquehemmenden Effekt, mit den bekannten Nebenwirkungen (Verfärbungen, Geschmacksveränderungen, Schleimhauterosionen- hier hilft oft schon ein Herabsetzen der Konzentration von 0,2% auf 0,1% !).

Während bei der supragingivalen Applikation (Mundspülung) nur etwa eine 4%ige Wirkung von CHX in der Tasche erreicht wird, erhöht sich die Wirkung auf 90% bei subgingivaler Irrigation. Allerdings zeigt die Applikation von CHX-Fluid oder -Gel nach der Kürettage keine Wirkung, da das Taschenvolumen durch das Sulcusfluid nach 90 Sekunden ausgetauscht ist.

Die neueste Entwicklung der Industrie, der »Periochip«, soll direkt in die Tasche eingeführt, eine subgingivale CHX-Anreicherung mit Depotwirkung erzielen. Leider stimmt hier das Preis-Leistungsverhältnis überhaupt nicht: ein Periochip (enthält ca. 2,5 mg CHX, die Gelatinehülle löst sich in der Tasche auf) kostete ca. 40 DM und pro Tasche muß mindestens ein Periochip eingelegt werden (laut Empfehlung des Herstellers). In Berlin gibt es bisher noch keine eigenen Studien zu dieser Applikationsform von CHX.

Beim Einsatz von Antibiotika in der Parodontitis-Behandlung gelten folgende Forderungen:

- richtige Auswahl des Antibiotikums für die spezifischen Keime
- Erreichen ausreichender Konzentrationen, vor allem in den Taschen bzw. im Sulcusfluid, die Konzentration im Blut ist von geringer Relevanz
- keine bzw. möglichst geringe unerwünschte Wirkungen

# Unsere Linie: Satin-Steel™

**Stabilität**  
durch ideale  
Rockwell-Härte

**Superscharf**  
durch Präzisionsschliff  
und Immunity-Steel™

**Optimales Gewicht**  
fein ausbalanciert für  
ermüdungsfreies Arbeiten



**Griffigkeit**  
Die neue griffige  
Struktur unterstützt  
die Arbeits-  
bewegungen durch  
besseren Halt

**Ideale Abwinkelung** der handgefertigten  
Arbeitsenden



**Größerer Durchmesser** von  
9,5 mm für entspannteres Greifen

**Sanfter konischer Übergang**  
vom Handgriff zum Arbeitsende  
vermeidet Druckstellen

**Verschleißfestigkeit** durch Immunity  
Steel™, unseren dreifach wärmebehandelten  
Spezialstahl

*Hu-Friedy bietet mit der Satin-  
Steel™-Linie eine ergonomische  
Griff-Alternative:*

*Nr. 6 in bewährter  
Hu-Friedy-Qualität.*

*Eine breite Auswahl an  
Instrumenten aus den  
Bereichen Paro-  
dologie und*

*Diagnostik kann mit  
diesem Griff  
bestellt werden.*



**Hu-Friedy®**  
ERÖFFNET NEUE PERSPEKTIVEN

Zweigniederlassung Deutschland Rudolf-Diesel-Str. 8 • D-69181 Leimen  
Tel. +49(0)62 24 - 97 00-0 • Fax +49(0) 62 24 - 97 00 - 97 • [www.hu-friedy.com](http://www.hu-friedy.com)

In Berlin wird an der Klinik in der Regel eine Kombination von Clindamycin und Metronidazol eingesetzt, die nicht nur das Wirkspektrum erweitert, sondern auch synergistische Effekte erzielt.

Allgemein geeignete Antibiotika in der PAR-Behandlung sind Doxycyclin (100mg), Amoxicillin (500mg) Metronidazol (250mg) bzw. Amoxicillin+Clavulansäure (Augmentan, 500mg), Clindamycin (Sobelin, 150mg) sowie Ofloxacin (Tavid, 200mg).

Zu vermeiden ist die Antibiotikagabe bei Patienten ohne optimale Compliance und Mundhygiene genauso wie die systemische Applikation bei lokalen Problemen (aktive Tasche oder PAR-Abszeß) und der Einsatz bei normaler Erwachsenen-Parodontitis bzw. als Ersatz bei technisch unzureichender Wurzelglättung !

Das Medikament »Periostat«(= doxycycline hyclate) wurde in den USA als "Pille gegen Parodontitis"angepriesen und wird dort in einer subantimikrobiellen Dosierung von 2x20mg/d (dafür aber quasi lebenslang!) als systematische Langzeitapplikation verabreicht.

Die Wirkweise besteht in der Hemmung der kollagenolytischen Aktivität von Enzymen im Sulcusfluid und in der Gingiva, bakterielle Resistenzen entwickeln sich angeblich nicht. Allerdings wurde in neuesten Studien auch kein signifikanter klinisch-relevanter Unterschied festgestellt und deshalb in Deutschland nicht empfohlen.

Die Tetracyclinfaser "Actisite" ist bislang ohne Konkurrenz, wenn lokal antibakteriell therapiert werden soll. Nach einigem Üben gelingt das Einlegen der Faser in die Tasche (die am Gingivarand

zusätzlich verklebt wird), wodurch im Sulcusfluid die lokale Konzentration von Tetracyclin über 10 Tage ca. 1300mg/ml beträgt. Nachteil: eine einzelne Faser kostet ca. DM 100!

Das 25%ige Metronidazol-Gel »Elyzol« ist ein Flüssigkristallgel, das in der Tasche die Blutung hemmt (wird ähnlich wie Donsolon mit einer stumpfen Kanüle einfach in die Tasche appliziert). Die mittlere Konzentration im sulcusfluid liegt aber nur bei 24 Stunden und ist daher weniger wirkungsvoll als die Actisitefaser. Die Applikation von Elyzol-Gel müsste also häufiger wiederholt werden und nicht erst nach sieben Tagen, wie von der Firma Dumex empfohlen. Nach einer Berliner Studie, in der keine signifikanten Effekte nachgewiesen werden konnten, wird es nicht mehr zur Anwendung empfohlen.

### Risikofaktoren

Bei mehr als 10 Zigaretten pro Tag zeigt sich eine signifikante Erhöhung des Risikos, an einer Parodontitis zu erkranken (im Vergleich zu Nichtraucher). Weniger als 10 Zigaretten pro Tag bedeuten kein solches Risiko, allerdings wird das Rauchen in zahlreichen Studien als größerer Risikofaktor als z.B. Diabetes mellitus angesehen. So sind z.B. 98% der ANUG-Patienten starke Raucher und bei refraktären Fällen sind immerhin auch 86-90% Raucher.

Probanden mit Parodontitis haben ein deutlich erhöhtes Risiko für Koronarerkrankungen (De Stefano et. al., 1993). Das Infarkt- und Schlaganfallrisiko steigt nach Beck et. al., 1996, mit dem Schweregrad der Parodontitis an.

Zur Endokarditis-Prophylaxe wird in Berlin als Mittel der Wahl das Amoxicillin verordnet (3g 1 Stunde vor dem Eingriff) oder bei Penicillinallergie des Clindamycin (300mg 1 Stunde vor dem Eingriff und 150mg sechs Stunden nach der ersten Gabe). Wichtig sind hier natürlich auch intensive Mundhygiene, CHX-Spülungen und das Recall. Es gilt inzwischen als Kunstfehler, wenn die Antibiotika-Prophylaxe unterlassen wird!

### Regenerative Therapie

Der Einsatzbereich der regenerativen Therapie sind tiefe Taschen mit Furkationsbefall (intraalveoläre Defekte). Hier wird unterschieden zwischen mechanischer GTR (mit Membranen) und biologischer GTR (mit BMP = Bone-Morphogenetic-Proteins).

Eine Verbesserung der Behandlung mit Membranen bzw. deren Stabilisierung wird durch zusätzlichen Einsatz von Knochenersatzmaterialien (wie z.B. Bio-Oss) erreicht. Die Versorgung von Defekten mit Membranen ist allerdings nur eine Technik, keine Behandlung der Parodontitis im eigentlichen Sinne. Bei horizontalem Knochenabbau besteht keine Indikation für Membranen, auch nicht bei starken Rauchern wegen der Gefahr des Misserfolgs durch Membranexposition!

Eine neue resorbierbare Poly lactid-Membran, »Atrisorb Direct«, kann als tropfbares visköses Gel in situ appliziert werden, so dass nach Befeuchtung eine stabile synthetische Barriere entsteht. Die Anwendung ist im Vergleich zu den älteren GoreTex-Membranen einfacher,

es gibt aber zur Zeit noch keine kontrollierbaren Studien.



Dr. Stefan Hägewald

Das BMP 'Emdogain', ein Schmelz-Matrix-Protein (90% Amelogenin) entfaltet seine biologische Wirkung auf der Wurzeloberfläche durch die Förderung der Zement- und Attach-

mentbildung (hier werden ähnliche Vorgänge wie bei der embryonalen Entwicklung der Wurzel imitiert). Die Applikation erfolgt mittels einer weichen Zahnbürste nach der Reinigung direkt auf die Wurzeloberfläche, Indikationsbereich: intraalveoläre Defekte, Furkationsbefall Grad II.

GTR- Membranen und BMP- Emdogain zeigen nach einer aktuellen Studie von Lindhe et. al., 1999, etwa gleichwertige Erfolge.

Eine biologische Steuerung der Parodontalwundheilung durch geeignete Mediatoren öffnet neue Möglichkeiten und ist sicher zukunftsversprechend. Vergleichende Untersuchungen an Stelle von Fachpräsentationen sind aber noch nötig!

*Silke Lange,  
Oldenburg*

# Zahnfleischerkrankungen:

## Parodontologen fordern mehr Prävention

*Frühzeitige Diagnose und Behandlung kann Zahnverlust verhindern/ Verbesserung der Mundhygiene ist entscheidend/ Risikofaktor Rauchen*

Genf, den 21. Juni 2000 (dk) - Entzündungen des Zahnbettes, vom Zahnarzt als leichte Form der Parodontitis eingestuft, sind heute bei der Mehrzahl der Erwachsenen festzustellen. Etwa 5 bis 20 Prozent der Bevölkerung in Europa sind jedoch von schwereren Formen betroffen. Mit einem frühzeitigeren Eingreifen durch den Zahnarzt, der Motivation und Anleitung des Patienten zu gründlicherer Mundhygiene und einer längerfristigen Betreuung durch das zahnärztliche Team könnten Folgeerscheinungen der Parodontitis wie Gewebeschäden, Knochenabbau und Zahnverlust in den meisten Fällen verhindert werden. Dies erläuterte Kongresspräsident Prof. Dr. Pierre C. Baehni anlässlich der Eröffnung des größten europäischen Parodontologen-Kongresses Europerio 3 in Genf.

Charakteristische Anzeichen einer Parodontitis sind Rötungen, Schwellungen und Rückgang des Zahnfleisches, eine Neigung zu Blutungen, die Lockerung des den Zahn umgebenden Gewebes mit Bildung von Zahnfleischtaschen und Mundgeruch. Ihre Entstehung wird begünstigt durch unzureichende Mundhygiene, Rauchen, Stress und Erbfaktoren, so Baehni. Weil die von Bakterien im Zahnbelag (Plaque) hervorgerufene Erkrankung in den meisten Fällen völlig schmerzfrei verläuft, wird sie vom Patienten häufig erst dann

bemerkt, wenn bereits ein unumkehrbarer Knochenabbau im Zahnhalteapparat stattgefunden hat.

Parodontitis ist keine auf den Zahn-, Mund- und Kieferbereich beschränkte Erkrankung. Vielmehr könnten sich die Folgen einer bakteriellen Entzündung vom Mundraum in den ganzen Körper ausbreiten, erläuterte Prof. Dr. Mariano Sanz, Generalsekretär der den Kongress ausrichtenden Europäischen Parodontologen-Vereinigung. Die in Genf vorgestellten Studien zeigen bei unbehandelter Parodontitis ein zweifach erhöhtes Risiko für Herzinfarkt und Kreislauferkrankungen, ein erhöhtes Vorkommen für Frühgeburten, niedrigeres Geburtsgewicht bei Babys und Auswirkungen auf Diabetes, Atemwegserkrankungen und cerebrale Infektionen.

Grundsätzlich unterschätzt wird die Möglichkeit, durch eigenständige Prophylaxe vorzubeugen, so Dr. David Hillam. Dazu gehören eine effektivere Mundhygiene mit Reinigung des Zahnzwischenraumes durch Zahnseide oder Interdentalbürstchen, regelmäßige Zahnarztbesuche und gegebenenfalls die Reduktion oder Aufgabe des Rauchens.

Eine professionelle Behandlung erfolgt im Team von Zahnarzt und Dentalhygienikerin und schließt den Patienten aktiv ein. Dabei werden Zahnfleischtaschen gesäubert, Zahnwurzeln geglättet, Zahnfüllungen, Kronen und Brücken überprüft und ein individuelles Mundhygienekonzept für jeden Teil des Mundraumes ausgearbeitet.

*European Federation of Periodontology*

# Spezialist Parodontologie

Die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie ist der Auffassung, daß "die Mehrzahl der Patienten mit einer Parodontalerkrankung in der allgemein-zahnärztlichen Praxis behandelt werden soll. Nur schwierige und fortgeschrittene Krankheitsbilder sollten durch besonders erfahrene und speziell ausgebildete Zahnärzte betreut werden." Mit dem "Spezialisten für Parodontologie der DGP" wurde ein bundeseinheitlicher Befähigungsnachweis geschaffen. Der Aufwand für die Ernennung zum Spezialisten ist nicht unerheblich: Abgesehen von amtierenden Lehrstuhlinhabern für Parodontologie und Inhabern der "Gebietsbezeichnung Parodontologie" der Zahn Bewerber folgende Hürden nehmen:

1. Nachweis einer 3jährigen Ausbildungszeit in einer parodontologischen Fachabteilung mit Zusammenstellung der dabei durchgeführten Behandlungsmaßnahmen,
2. acht vollständig dokumentierte eigene Behandlungsfälle (Fotos, Befunde etc),
3. zwei Publikationen aus dem Gebiet der Parodontologie (eine kann die Doktorarbeit sein),
4. ein Kolloquium vor dem Prüfungsausschuß.

Die Ernennung erfolgt zeitlich begrenzt immer nur für 6 Jahre und muß dann mit dem Nachweis

- regelmäßige Teilnahme an Fortbildungen,
- der Teilnahme an den DGP-Jahrestagungen, sowie
- zweier weiterer Falldokumentationen erneut beantragt werden. Übergangsre-

gelungen für bereits Niedergelassene, die ja nicht mehr für 3 Klinikjahre ihre Praxis verlassen können, sind mit dem 31.12. 1999 ausgelaufen. Es wird aber auf das "Curriculum Parodontologie" der Akademie Praxis und Wissenschaft (APW) der DGZMK hingewiesen, das im nächsten Jahr anlaufen soll. Hierzu bestehen bereits Wartelisten. Kontaktadresse: Frau Seemann, Düsseldorf, Tel.: 0211/669673-41 oder Fax: -31.

*Dr. Jörg Hendriks, Aurich*

Aus historischer Zeit

## »Nim Salmiax, Salpeter und rohen Allaun«

Aus der Mitte des 16. Jahrhunderts stammt eine Schrift von Gualtherum H. Rivium (auch Walter H. Ryff genannt), in der man 31 Rezepte zur Reinigung der Zähne findet. Eins davon ist speziell für Minderbemittelte und wird wie folgt zubereitet:

»Wo aber die Zän über alle massen also vast schwarz /und gelb weren/das solche leichte sanffte Arzneyen/wenig helffen vollten/soll man dises krefftig wasser brauchen/welches vast stark ist/darumb man es auch mit sonderlicher fürsichtigkeit brauchen soll/damit es das Zanfleisch oder Biller nit berür/denn es würde sunst dasselbig schedigen und hinweg fressen/dises stark wasser zu bereiten/nim Salmiax /Salpeter/rohen Allaun/diese stuck vermischet zusammen in ein Kolbenglas/perlutir es vol und setz ein Recipienten dafür/darinnen Salbeywasser und Eysenkrautwasser sey/und brauch ein rein zart Keinetüchlin umb ein höltzlin gewunden/und in disem Wasser genetzt/ und die Zän damit hart wol beribe/doch wie obgesagt mit solcher geschicklichkeit/ das man die Biller und Zanfleisch nit berür.«

## Tholuck - Medaille für Dr. Erika Reihlen

Gesundheitspolitiker reklamieren die Prophylaxeerfolge in Deutschland gern für sich, ihre Partei oder ihre Politik. In Wirklichkeit war und ist es vor allem die beharrliche Arbeit Einzelner, die - zuweilen sogar gegen Widerstände in Politik und Verwaltung - Prophylaxeprinzipien mit Leben erfüllen und mit Geduld und Überzeugungskraft Verhaltensänderungen bewirken.

Eine dieser Unermüdblichen ist Dr. Erika Reihlen, die 1976 als Zahnärztin in den öffentlichen Gesundheitsdienst eintrat und seitdem als Leiterin des zahnärztlichen Dienstes in Berlin-Steglitz die Kärnerarbeit an der Basis geleistet hat: den Hänschen - und natürlich auch den Mariechen - vernünftige Ernährungs- und Putzgewohnheiten zu vermitteln, damit Hans und Marie auch später noch etwas davon haben. So wichtig diese Vor-Ort-Arbeit ist, so wichtig waren natürlich auch die anderen Aktivitäten: Dr. Reihlen hat als stellvertretende Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der DGZMK wesentlich an der Ausgestaltung des Stufenplans für den Aufbau der Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe an den deutschen Universitäten mitgearbeitet sowie am Grundsatzpapier »Strukturelle Voraussetzungen für eine effiziente Jugendzahnpflege«.

Wie sie selbst sagt, war sie dabei besonders von den Schweizer Erfolgen inspiriert und sieht es heute als wichtigste Voraussetzung für ihren Erfolg an, »Leute zusammengebracht und die Eltern eingebunden zu haben«. Spaß gemacht hat es allerdings auch, wenn sie von

Kindern lernte, dass eine alte Zahnbürste nicht verbraucht, sondern »verwelkt« ist.

Im ganzen Land ist sie inzwischen auch als Architektin einer Schnullerwand - errichtet aus zurückgegebenen Schnullern mehrerer Kindergenerationen - und Initiatorin der KAI-Methode bekannt. Von Anfang an hat Frau Reihlen auch im wissenschaftlichen Beirat unserer Informationsstelle für Kariesprophylaxe mitgearbeitet.

Der DAZ gratuliert Frau Reihlen zur Verleihung der Tholuck-Medaille und ist stolz darauf, dass eines seiner Mitglieder diese Auszeichnung für besondere Verdienste auf dem Gebiet der Zahngesundheitserziehung und -aufklärung erhalten hat. Wie wir bereits berichtet haben, erhielt Dr. Reihlen auch - im Frühjahr dieses Jahres - das Bundesverdienstkreuz!

*H. Hey*

*Wir bringen im folgenden Auszüge aus der Rede der Preisträgerin anlässlich der Verleihung der Auszeichnung zum Tag der Zahngesundheit am 20. 09.00 in Berlin:*

Die Zahngesundheit in Deutschland steigt, deutlich sichtbar bei Kindern und Jugendlichen. Ich habe dazu schlaglichtartig einige wichtige Strukturelle und methodische Veränderungen der letzten Jahre notiert.

V o r a b: Für den Fall, dass sich einige von Ihnen entsinnen - es gab eine Zeit, Anfang der 80er Jahre, Deutschland war geteilt - da schrieben die großen deutschen Zeitungen (FAZ, FR, DIE ZEIT, Ta-

gesspiegel) böse Artikel. Die Titel **Warum die Deutschen so schlechte Zähne haben** oder **Vorsorge ohne Biss** oder **Der Niedergang der Schulzahn-pflege**. Es gab kleine und große Anfragen in Länderparlamenten und Bundestag, sogar ein Bundestagshearing zu unserem Thema...

### Schlaglicht Nr.1

Solch eine Anfrage gab es 1980 im Berliner Abgeordnetenhaus. Ich war nicht ganz unschuldig daran. Eine große Anfrage zur Jugendzahnpflege in Berlin (West!), 8 umfangreiche Fragen und Antworten mit Debatte. Zielrichtung: *Von der Schadenserkenkung zur Schadensverhütung*. (Im Hintergrund standen die Vorbilder Schweiz und Skandinavien.)

Gefordert wurden

- Prophylaxe-Programme,
- Prophylaxe-Helferinnen,
- Verstärkung der Fluoridierung (debattiert wurde damals über Trinkwasser- und Tablettenfluoridierung),
- Zahnpflege in Kindergärten,
- die Einrichtung einer Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege.

Heute, 20 Jahre danach - die Forderungen sind im wesentlichen erfüllt, nicht nur in Berlin. Ob in ausreichender Menge und ob strukturell optimal, ist hier nicht zu diskutieren. Leider - das muss ich trotz allem Positiven sagen - gehen uns im Augenblick im ÖGD jedenfalls infolge Einsparungen und Umstrukturierungen Personalstellen verloren.

A b e r: Prophylaxe-Programme und Prophylaxe-Helferinnen sind etabliert. Statt Trinkwasser- und Tablettenfluoridierung stehen jetzt die fluoridierten Zahnpasten und das fluoridierte Speise-

salz als breitenwirksame Mittel im Vordergrund. Zahnpflege im Kindergarten ist selbstverständlich, der §21 SGB V hat uns die Landesarbeitsgemeinschaften gebracht.

### Schlaglicht Nr.2

Zwei neue Begriffe wurden eingeführt: Gruppenprophylaxe und Individualprophylaxe. Vor 30 Jahren in Deutschland weitgehend unbekannt. Am Anfang unserer Bemühungen wurde die Gruppenprophylaxe lächerlich gemacht und gering geschätzt. Heute wird sie als Grundlage für die Individualprophylaxe von uns allen praktiziert und von unseren Fachgesellschaften und Standesorganisationen anerkannt.

### Schlaglicht Nr.3

Gesundheitswissen zu mehren, Eigenverantwortung zu stärken, war und ist unser Programm. Das wichtigste Medium in der Gesundheitserziehung sind nicht abschreckende Plakate oder Broschüren, die keiner liest, sondern ist der Mensch. Der von der Prophylaxe überzeugte Mensch, mit nicht nur zahnmedizinischem Fachwissen, sondern Kenntnissen auch in den Bereichen von Psychologie, Pädagogik, Didaktik, Soziologie. **Prophylaxe ist eine interdisziplinäre Gemeinschaftsaufgabe.** Nehmen wir doch zur Kenntnis, dass wir in einer auf Individualität pochenden Genuss- und Spaßgesellschaft leben. Wir in der Gesundheitserziehung sind nicht die Asketen der Nation. Lebensfreude, Zugewandtheit zu Kindern und Jugendlichen, aber mit Linie und menschlicher Zuwendung. Lernen wollen mit Kindern, nicht steife Belehrung - das erweckt Motivation. Süßes ist nicht verboten, es soll maßvoll genossen

werden! Und: jedes systematische und ernst betriebene, Kindern auch sachlich zu begründende Zahnputztraining - Fluoridzahnpaste natürlich vorausgesetzt - bringt Fluorid an den Zahnschmelz und stabilisiert ihn, so unvollkommen Kinder es auch praktizieren mögen. Wenn das kein Trost ist!

#### Schlaglicht Nr.4

Erfreulicherweise sind wir in Deutschland - und das stärkt auch allen in der Gruppenprophylaxe Tätigen das Rückgrat - auf dem Wege zu einer präventionsorientierten Zahnheilkunde.

Die Ziele lauten

- mehr naturgesunde Zähne
- Kariesläsionen in geringerem Ausmaß als früher
- Verkleinerung der Risikogruppen
- Besserung parodontaler Gesundheit
- schadensgerechte minimal-invasive Behandlung von Schäden
- Qualitätssicherung zahnmedizinisch-technischer Eingriffe, d.h. der Prävention werden Auswirkungen auf Qualitätserhalt und Lebensdauer jeglicher zahnmedizinischer Behandlung zuerkannt, was auch bedeutet, dass Gruppen- und Individualprophylaxe Hand in Hand arbeiten müssen.

Mit diesen 6 Zielen habe ich Hans-Jörg **Stahle**, Hochschullehrer in Heidelberg, zitiert. Ich möchte wenige weitere Namen nennen, denen ich mich verpflichtet weiß. Hans-Joachim **Tholuck** war Begründer des Frankfurter Systems der Schulzahnpflege. Ich nenne zusätzlich Alfred **Kantorowicz**, der das in Berlin in den 20er Jahren eingeführte Bonner System begründete. Alfred Kantorowicz, Jude, 1933 aus dem Staatsdienst entfernt und aus Deutschland vertrieben,

ins KZ deportiert. Das Naziregime hat er als Hochschullehrer in Istanbul überlebt. Ich nenne Namen aus der Schweiz. Thomas **Marthaler**, Felix **Magri**, Martin **Büttner**. Ich nenne aus unserem Lande Rudolf **Naujoks**, Hans-Jürgen **Gülzow**, Karl E. **Bergmann**, Norbert **Bartsch**, Friedrich **Römer** und Hannes **Hey**, den Motor für die Salzfluoridierung in Deutschland.

#### Als letztes:

Der Lohn all unserer Bemühungen zeigt sich im Sinken von dmft/DMFT Werten. Es gibt einen anderen **Lohn**, der nicht errechnet, sondern erzählt. Sie werden aus Ihren Erfahrungen zustimmen. Drei Beispiele: Da sagt ein 9jähriger Junge in der 3. Klasse, nachdem die anderen das Zähneputzen als langweilig abgetan hatten: *Weiß ich auch. Zähne putzen ist langweilig, hat aber einen guten Zweck!*

Da sagt mein Bürgermeister zu mir: Neulich war ich auf einem Schulfest. Ich habe Bonbons verteilt. Da kamen die Kinder zu mir und sagten: Au weia, wenn das die Frau Dr. Reihlen erfährt ...

Da sagt eine Grundschullehrerin nach erfolgter Prophylaxe und Untersuchung ihrer Klasse zu mir: Die Kinder haben's heute besser als wir damals. Aber ich muss Ihnen sagen: Von dem, was Sie heute für die Kinder tun, habe ich als Lehrerin auch für meine eigenen Zähne profitiert. Und mein Mann auch.

**Marthaler** hat 1978 anlässlich der Jahrestagung der DGZMK in Nürnberg gesagt: **Prophylaxe kann überall realisiert werden. Aber man muss damit beginnen.**

Wir Damaligen haben gehört und gelernt. Wir Heutigen werden gemessen an unserem Tun. Heute heißt dies:

- Sozialkompensatorisches Angehen des Kariesrisikos
- Vorsorgende Medikation
- Zugehende Intervention, also
- Bedarfsgerechte Prophylaxe, breitenwirksam und niedrigschwellig - und
- Mehr zahnärztliche Kinderbehandlung!

## Narrenkappe für Ferrero

Kaum zu glauben: der Süßwarenproduzent **Ferrero** hat sich den Begriff »Kinder« für seine Schokolade rechtlich schützen lassen und will, wie Sie der nebenstehenden Presseerklärung entnehmen können, der Firma **Gaba - Wybert** verbieten, eines ihrer Produkte »Kinderzahnbürste« zu nennen.

Für diese Absurdität verleihen wir hiermit Ferrero den »Kohlkopf des Jahres« in der Hoffnung, dass der nicht auch schon geschützt oder anderweitig vergeben ist.

Dr. H.Hey

## Rote Karte - Verkehrte Welt!

Da haben wir endlich kindgerechte Zahnbürsten auf dem Markt, anatomisch-physiologisch durchdacht, umweltbewusst, gesundheitsdienliche kleine Werkzeuge. **Aronal Ökodent** von der Firma Wybert, heute GABA, mit dem Zusatzbegriff *Kinder*. Jugendzahnärzte, Eltern und Kinder sind erfreut.

Doch dann reklamiert eine andere Firma die *Kinder* für sich, mit einstweiliger Verfügung. Dümmer geht's nimmer! Ausgerechnet Ferrero!

Zur Kinder-Schokolade gehört zwingend die Kinder-Zahnbürste, deutliche Kennzeichnung erwünscht!

Dr. E.Reihlen

Lörrach, den 10. Oktober 2000 (dk) - **Die Lörracher GABA GmbH**, Hersteller der medizinischen Zahnpflegemarken aronal, elmex und meridol, muss sich gegen eine einstweilige Verfügung zur Wehr setzen, die der Süßwarenhersteller Ferrero beim Landgericht Köln erwirkt hat. Ferrero sieht durch den Namen der GABA Wechselkopfzahnbürste "aronal öko-dent Kinder" seine im Warenbereich Schokolade durchgesetzte Wort-/Bildmarke "Kinder" verletzt. GABA solle unterlassen, den Begriff "Kinder" zukünftig zu benutzen, so der Süßwarenkonzern. GABA darf dadurch keine Zahnbürsten der Marke "aronal öko-dent Kinder" mehr an den Handel ausliefern.

"Unserer Wechselkopf-Zahnbürste "**aronal öko-dent Kinder**" ist seit 1994 in der nun beklagten Aufmachung auf dem Markt und ist Marktführer im Segment Kinderzahnbürsten", so GABA-Geschäftsführer Mario Perinelli, der die geforderte Unterlassungserklärung nicht abgeben will. Mit dem Zusatz "Kinder" bezeichnet das bis zur Jahresmitte unter dem Namen Wybert elmex Forschung firmierende Unternehmen eine speziell für Kinder hergestellte Zahnbürste mit sehr kleinem Kopf und dickem, aber kurzen Bürstengriff. Die Hervorhebung des Begriffs "Kinder" erfülle dabei eine Orientierungsfunktion für den Verbraucher schließe die Verwechslung mit den als "Kompakt" und "Klassik" bezeichneten anderen Produkten der Zahnbürstenserie aus. "Kein Verbraucher wird irgendeine Affinität zu der Kinderschokolade von Ferrero herstellen, wenn er im Drogeriemarkt die Zahnbürsten oder Wechselköpfe für Zahnbürsten mit der Angabe "Kinder" sieht", fasst Perinelli zusammen.

GABA erwägt nun ihrerseits, die Gesundheitskreise wie Zahnärzte, Jugendzahnpflegeorganisationen und Gesundheitsämter über das Vorgehen von Ferrero zu informieren. Die Werbung für Schokoladenprodukte von Ferrero trage wesentlich dazu bei, dass Karieserkrankungen bei Kindern nicht in dem gewünschten Umfang abnehmen. Die Verwendung des Wortes "Kinder" für Gesundheitsprodukte, die denen durch Schokolade bewirkten Erkrankungen entgegenwirken, könne deshalb nicht als unlauter bezeichnet werden, so Perinelli.

# Kindergarten-Patenschaft

## Ein Tätigkeitsbericht

Seit 1989 bin ich in Oldenburg niedergelassen und habe ein Jahr darauf für das Gesundheitsamt Oldenburg, Abteilung Jugendzahnpflege, die Betreuung eines Kindergartens übernommen, der in der Nachbarschaft des Praxisstandortes liegt.

Generell werden die Kindergärten und Schulen in Oldenburg vom jeweiligen Jugendzahnarzt des Amtes betreut, es hat sich allerdings im Laufe der letzten Jahre eine Handvoll niedergelassener Kollegen und Kolleginnen gefunden, die das Gesundheitsamt bei dieser Aufgabe unterstützen. Dabei werden halbjährliche Untersuchungen in den Kindergärten durchgeführt (mit Spiegel und Sonde, an der zweckmäßigen Beleuchtung mangelt es leider sehr oft). Das Gesundheitsamt Oldenburg arbeitet mit einem Formblatt, auf dem Angaben zur Karies an Milchzähnen und bleibender Dentition, zum Parodontalbefund, Dysgnathien etc. angekreuzt werden müssen. Alle Kinder erhalten ein Informationsblatt für die Eltern mit den entsprechenden Empfehlungen, so z.B. zum Thema Fissurenversiegelung, wenn der Hauszahnarzt zur Behandlung aufgesucht werden soll u.s.w., außerdem Zahnputzbecher sowie eine Kinderzahnbürste (wird vom Gesundheitsamt gestellt).

Vor den Untersuchungen im Frühjahr/Herbst finden Prophylaxeunterweisungen statt (z.T. durch den jeweiligen Betreuungszahnarzt, dessen Helferin oder auch durch die Erzieherinnen im Kindergarten). Wir laden die einzelnen Kinder-

gruppen auch einmal im Jahr zu einem Besuch in der Zahnarztpraxis ein, um Ängste vor der Einrichtung, dem Instrumentarium oder Füllungstherapieverfahren spielerisch abzubauen. Viel Spaß haben sowohl Kinder als auch Zahnärztinnen schon beim Vorspielen von Kaspertheater-Stücken zum Thema Prophylaxe gehabt (Kasper und das Putzkrokodil vom Nil o.a.). Spiele mit Karten oder bemalte Tapetenrollen über gesundes Frühstück im Kindergarten und zuhause bzw. kindgerechte Erläuterungen zu Zahnputztechniken und Versiegelungen, verbunden mit gemeinsamem Singen von Zahnputzliedern oder -reimen gehören ebenso dazu wie die Beratung der Eltern, wenn gewünscht. Die Ernährungsberaterin des Gesundheitsamtes hat sich zur Unterstützung in jeder Form bereit erklärt, leider war in den letzten Jahren das Elterninteresse in »unserem« Kindergarten so gering, dass keine Elternabende stattgefunden haben. Auch Fluoridierungsmaßnahmen vor Ort werden leider von den Eltern und der Kindergartenleitung aus unterschiedlichen Gründen abgelehnt und finden von daher auf Wunsch der Eltern entweder beim Hauszahnarzt oder im Gesundheitsamt oder gar nicht statt.

Kindgerechte Bekleidung (z.B. weiße T-Shirts mit bunten Zahnmotiven), auflockernde Pantomimespiele etc. führen dazu, dass die Kinder fast ausnahmslos immer sehr engagiert bei der Sache sind und eine inspektorische Untersuchung zulassen.

Auch uns im Team macht die Arbeit mit dem Kindergarten nach wie vor sehr viel Spaß und Vergnügen, auch wenn sie nicht besonders honoriert wird. Inzwischen gibt es auch sehr gute Literatur

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.**

aus dem spielpädagogischen Bereich, so dass man nicht unbedingt auf die eigene Kreativität und Phantasie angewiesen ist. 1998 ist im Mausini-Buchverlag ein tolles Buch unter dem Titel »Rund um den Mund« mit vielen spannenden Anregungen für die Kindergarten- und Schulkinderbetreuung erschienen (Unterrichtskonzepte und kreative Spielmodule zur zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe für Kinder von 3-12 Jahren von Sybille van Os-Fingberg und Karl-Heinz Paul in Zusammenarbeit mit der LAG Berlin zur Verhütung von Zahn-erkrankungen e.V.).

Ich finde es sehr bedauerlich, dass nicht jeder Kindergarten eine solche o.ä. Betreuung durch uns Zahnärzte erfährt, zumindest in Regionen wie Oldenburg - und das sind alle größeren Städte in Deutschland, die eine entsprechende Zahnärzte-Dichte aufweisen. Noch immer mangelt es an entsprechendem Interesse für die Gruppenprophylaxe - wie lange eigentlich noch ?

*Silke Lange, Oldenburg*

### **Falsche Ernährung kostet 145 Milliarden**

Mit einem Betrag in Höhe von 144,65 Milliarden DM veranschlagt das Deutsche Institut für Ernährungsmedizin und Diätetik die Kosten ernährungsabhängiger und -bedingter Erkrankungen in einer Prognose für das Jahr 2000. Damit stünde mehr als ein Drittel der Gesamtkosten des Gesundheitswesens in direktem Zusammenhang mit dem, was sich Menschen hierzulande einverleiben. Falsche Ernährung spiele bei 64% aller Todesfälle eine herausragende Rolle.

*AP Nr.38 Mai 2000*

### **Faltblatt zur Kariesvorbeugung mit Fluoriden**

Gesunde Zähne tragen nicht nur zu einem guten Aussehen bei, sie beeinflussen auch wesentlich das allgemeine Wohlbefinden. Die Karies gehört jedoch nach wie vor zu den Krankheiten, die den Zähnen am meisten zu schaffen macht. Neben einer zahn- gesunden Ernährung und einer gewissenhaften Zahnpflege empfehlen Experten die zusätzliche Anwendung von Fluoriden in Form von fluoridhaltiger Zahnpaste und fluoridiertem Speisesalz.

Wie dabei vorzugehen ist, darüber informiert ein neues **Faltblatt mit dem Titel "Kariesvorbeugung den Zähnen zuliebe"**. Es zeigt auf, wie es zu Karies kommt, wie ihr vorgebeugt werden kann und welche Bedeutung dabei fluoridhaltige Zahnpaste und fluoridiertes Speisesalz haben. Die empfohlenen Fluoridanwendungen basieren dabei auf den neuen Empfehlungen zur Kariesprophylaxe mit Fluoriden der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde.

Das Faltblatt kann kostenlos angefordert werden bei der:

**Informationsstelle für Kariesprophylaxe des DAZ**, Postfach 1352, 64503 Groß-Gerau, Telefon: 06152/81466, Fax: 06152/81788, E-Mail: [daz@kariesvorbeugung.de](mailto:daz@kariesvorbeugung.de). Weitere Informationen zur Kariesvorbeugung mit Fluoriden gibt es im Internet unter: [www.Kariesvorbeugung.de](http://www.Kariesvorbeugung.de)

# DAZ-Jahreshauptversammlung 2000: Rückblick und Zukunftsperspektiven

Gut 150 Teilnehmer, weit mehr als ursprünglich erwartet, sorgten bei der DAZ-Jahrestagung am 7.10.2000 in der Kulturbrauerei Prenzlauer Berg in Berlin für enge Tuchfühlung. Mit dem gewählten Thema „Parodontitis – endlich alles unter Kontrolle? Actisite, Emdogain, Gen-Test, Periostat, Vector – was ist für die tägliche Praxis wirklich relevant?“ traf der DAZ offensichtlich die Interessen vieler Zahnärzte/innen, die überwiegend aus Berlin und Umgebung, z.T. aber auch aus ganz Deutschland ange-reist waren. Trotz nicht gerader optimaler akustischer und optischer Bedingungen im randvoll gefüllten Vortragssaal verfolgten die Teilnehmer aufmerksam die ausführliche Darstellung aktueller parodontologischer Forschungsergebnisse.

## PAR-Fortbildung fand großen Anklang

Wie in den Pausengesprächen zu erfahren war, wurden die Vortragsinhalte als informativ und praxisnah bewertet. Auf Anklang stieß auch, dass der Referent nicht nur Erfolgsmeldungen verkündete, sondern ebenso deutlich machte, wo man derzeit an die Grenzen der Erkenntnis stößt. Hier muss der Praktiker andere Maßstäbe ansetzen als der Forscher. Für den Wissenschaftler mag beispielsweise ein Attachmentgewinn von weniger als einem Millimeter ein Grund zur Begeisterung sein, wenn nur der Unterschied statistisch signifikant ist. Für

den Alltagspatienten dagegen kann ein so minimaler Fortschritt kein Anlass zu mühseligen, teuren und belastenden Behandlungen sein. Immer wieder gilt es, Aufwand und Effekt in Beziehung zu setzen.

Passend zum 20jährigen DAZ-Jubiläum hatte die Veranstaltung in diesem Jahr einen besonderen Rahmen. Die Firma Praxis Expert GmbH, als Repräsentanz des NAV-Wirtschaftsdienstes mit dem Partnerverband des DAZ, dem NAV-Virchowbund, verbunden, spendierte als Geburtstagsgeschenk ein hervorragendes Buffet mit bayerischen Spezialitäten. Mancher Gast blieb länger als geplant und nutzte sowohl das kulinarische Angebot als auch die Möglichkeit zum kollegialen Austausch.

## DAZ feierte 20. Geburtstag

Bei der Eröffnung der Jahreshaupt- bzw. Mitgliederversammlung des DAZ am Nachmittag wurde erneut an das DAZ-Jubiläum erinnert. Während der Vorsitzende Wolfram Kolossa 20 Kerzen aus-pusten durfte, erhielten einige der DAZ-Veteranen Geschenke zur Anerkennung Ihres Engagements, allen voran Dr. Hanns-W. Hey aus München, der vor über 20 Jahren mit einer kritischen Spiegel-Serie („Gutes Geld für schlechte Zähne“) den Anstoß zur Gründung des DAZ gab und seit Jahren die Zeitschrift DAZ-Forum als Chefredakteur betreut.

## **DAZ siegreich bei allen juristischen Attacken der KZVN**

Ein anderer, der den DAZ in über 10 Jahren als 1. Vorsitzender wesentlich geprägt hat, ist Dr. Roland Ernst aus Ede- wecht bei Oldenburg. Auch er wurde mit einem Geschenk geehrt. Nicht zuletzt sollte damit seine besondere Zivil- courage in den letzten zwei Jahren ge- würdigt werden. Wie den „Forum“-Le- sern bekannt sein dürfte, hat Ernst zu- sammen mit Kollegen die Finanzma- chenschaften des niedersächsischen KZV-Vorstandes untersucht und – im klaren Bewusstsein möglicher Folgen – unter seinem Namen einige Aufsehen erregende Fakten dazu veröffentlicht. Sein Ziel war, aufzuzeigen, dass die fi- nanziellen Probleme, unter denen viele niedersächsische Zahnärzte leiden, nicht alle vom GKV-System herrühren, sondern z.T. absolut hausgemacht und aus ideologischen Gründen gewollt sind.

Die KZV-Seite sparte nicht mit persönli- chen Angriffen gegen Roland Ernst und ging mit Klagen, Antrag auf einstweilige Anordnung und Anzeige beim Staatsan- walt gegen ihn und den DAZ vor. Im En- deffekt holte sie sich dabei ein blaues Auge nach dem anderen; der DAZ be- kam in jedem der vier bisher beendeten Verfahren in allen Punkten Recht. Dies war nicht von vorne herein abzusehen. Das – u.a. finanzielle Risiko - für Dr. Ernst war erheblich. Die Mitgliederversam- lung brachte ihren Respekt für seinen mutigen Einsatz zum Ausdruck und dis- kutierte später noch im Detail über Möglichkeiten, die Wahl einer neuen KZV-Führung in Niedersachsen voranzu- bringen (siehe auch S.10 ff).

## **Der DAZ vor 20 Jahren: wichtige oppositionelle Kraft**

Der DAZ-Vorsitzende Kolossa konnte in seinem Vorstandsbericht und der Rück- schau auf 20 Jahre DAZ-Geschichte nahtlos an Ernst und Niedersachsen an- knüpfen. Denn der DAZ wurde seinerzeit gegründet in einer in mancher Hinsicht ähnlichen Situation. Nachdem der Mün- chner Zahnarzt Dr. Hanns-W. Hey im „Spiegel“ eine Serie über Mängel der zahnärztlichen Versorgung und über die Versäumnisse der Standespolitik veröf- fentlicht hatte, reagierten auch in die- sem Fall die zahnärztlichen Organisati- onen nicht mit Argumenten und offener Diskussion auf die Kritik, sondern mit Diffamierungsversuchen und der Andro- hung juristischer Schritte. Hey und wei- tere kritische Zahnärzte/innen taten sich damals zum DAZ zusammen. Bald wur- de der kleine Verband, der durch die Qualität seiner Argumente und den Vor- rang gesamtgesellschaftlicher Überle- gungen vor gruppenegoistischen Moti- ven überzeugte, zu einem wichtigen Ge- sprächspartner für die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen.

Zwar macht es manchmal durchaus Spaß, mit einem kleinen Team von enga- gierten Leuten vergleichsweise viel zu bewegen. Aber im Prinzip ist der DAZ für diejenigen, die ihn mit Leben füllen, eher eine Not als eine Tugend. Nur zur gern würde man den zahnärztlichen Körper- schaften, den Krankenkassen und den politischen Entscheidungsträgern das Feld überlassen – wenn sie denn in der Lage wären, eine vernünftige Politik im Interesse von Patienten und im Gesund- heitswesen Tätigen zu entwickeln.

## Vertragspartner agieren getrennt

Vorerst wurde bei der DAZ-Versammlung jedoch weiterer Bedarf für eine aktive Beteiligung des DAZ gesehen. Zentrales Thema für den Bereich der zahnmedizinischen Versorgung ist in diesem und sicher auch im nächsten Jahr die Verwirklichung der vom Gesetzgeber vorgesehenen BEMA-Novellierung. Dabei beobachtet man im DAZ mit zunehmender Besorgnis, dass die Aktivitäten der Vertragspartner nicht zusammengeführt werden, sondern immer weiter auseinander driften. Die zahnärztlichen Körperschaften haben sich zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an die seit langem anstehende Aufgabe gemacht, eine umfassende Beschreibung sämtlicher zahnmedizinischer Leistungen zu erstellen. Parallel führt die Gesellschaft für Betriebsforschung und angewandte Arbeitswissenschaft in Berlin eine Studie über die 30 wichtigsten BEMA-Leistungen durch. Hierbei sollen mit wissenschaftlichen Methoden, insbesondere durch Zeit- und Belastungsmessungen, neue Bewertungsrelationen bestimmt werden, die zusammengekommen mit den betriebswirtschaftlichen Daten einer Modellpraxis die Grundlage für aufwandsentsprechende und faire Honorare liefern könnten.

Auf der Kassenseite stehen nur geringe Arbeitskapazitäten für die BEMA-Novellierung zur Verfügung. Die Vorarbeiten sind noch nicht weit gediehen; neuerdings ist im Gespräch, ob die gesetzlichen Kassen eine eigene Zeitmeßstudie auflegen. Dies alles lässt den Fertigstellungstermin der neuen Gebührenord-

nung in weite Ferne rücken. U.a. hat dies zur Folge, dass weiterhin bei außervertraglichen Leistungen (abgesehen von Composite-Füllungen) die Faktorbegrenzung 2,3 gilt – für die Zahnärzte eine Einschränkung, aus Kassensicht eher ein Vorteil. Gleichzeitig verzögert sich auch die präventionsorientierte Veränderung des Leistungskataloges.

## BEMA-Umstrukturierung zügig und gemeinsam voranbringen!

Die DAZ-Versammlung machte bewusst keine Vorschläge zur inhaltlichen Seite der BEMA-Umstrukturierung, sondern beschränkte sich auf eine Stellungnahme zum Ablauf der Gesetzes-Umsetzung. In einem Leitantrag, der nach der Veranstaltung als Pressemitteilung veröffentlicht wurde (siehe Seite ...), appellierte der DAZ an die Vertragspartner, zügig und gemeinsam den neuen Leistungskatalog zu erarbeiten, wobei zu den Voraussetzungen die umfassende Beschreibung der Zahnheilkunde, eine Zeitmess-Studie und die Erfassung der betriebswirtschaftlichen Grundlagen gehören.

Ein interessanter Nebenaspekt war in diesem Zusammenhang die Frage, ob der DAZ nicht gleich auch einen bundeseinheitlichen Punktwert fordern sollte. Diese Frage war insbesondere den Berliner Teilnehmern, die mit Honoraren am unteren Ende der Skala und hohen Rückforderungen der Kassen zu kämpfen haben, aus der Seele gesprochen. Andererseits müssen verschiedene Kostenstrukturen berücksichtigt werden. Diese Problematik wird wohl noch Stoff für weitere Diskussionen liefern.

## „Behandlungsquittungen“ – keine zukunftssträngige Idee

Einen weiteren Antrag brachte Dr. Lutz Albers aus Oldenburg ein. Ihm ging es um das Vorhaben des Gesundheitsministeriums, ärztliche Leistungserbringer zu verpflichten, nach jedem Patientenkontakt eine Übersicht über die erbrachten Leistungen zu erstellen und diese vom Patienten gegenzeichnen zu lassen („Behandlungsquittung“).

In der Mitgliederversammlung herrschte Einigkeit darüber, dass eine solche Neuerung nicht zu einer weiteren finanziellen und arbeitsmäßigen Belastung der Zahnärzte führen dürfe. Die Verquickung von Patienteninformation mit Kontrolle von Ärzten sei unsachgemäß; die Effektivität einer Kontrolle durch Patienten mehr als zweifelhaft. Das Interesse der Patienten an dieser Art von Informationen habe beispielsweise bei einem Modellversuch der AOK in Lindau bei nur 3% gelegen.

Demgegenüber vertrat Thomas Isenberg aus Berlin von der Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände, der an der Sitzung als Gast teilnahm, den Standpunkt, dass gerade durch solche Informationsangebote wie „Behandlungsquittungen“ die Entwicklung hin zum mündigen und interessierten Patienten gefördert werde.

Die Mitgliederversammlung beauftragte den DAZ-Vorstand, den vorliegenden Antrag im Sinne der geführten Diskussion zu überarbeiten und an die Öffentlichkeit zu bringen. Dies ist inzwischen geschehen (siehe Seite 8).

## Elektronische Möglichkeiten verändern Kommunikation im DAZ

Aufgrund der vorgerückten Zeit wurde auf einige schriftliche Berichte verwiesen. Herausgegriffen wurde lediglich die Frage der DAZ-internen Kommunikation und der Präsentation des Verbandes gegenüber Dritten via elektronische Medien. Tatsächlich hat der Austausch über E-Mail und Internet von Jahr zu Jahr an Bedeutung gewonnen und gleichzeitig der Postversand von Informationen deutlich abgenommen.

Nach wie vor erscheint vierteljährlich das DAZ-forum, aber die zwischendurch an einen interessierten Kreis verschickten Infos und Arbeitspapiere („DAZ-Aktiv“) kommen immer seltener heraus. Sie verursachen weitaus mehr Kosten und Arbeitsaufwand als der elektronische Austausch. Und für die bereits „Vernetzten“ sind sie auch weitgehend überflüssig. Die Geschäftsführerin bat um Rückmeldungen zu der Frage, wie zukünftig der Info-Austausch gestaltet werden sollte. Zumindest die Anwesenden plädierten für ein mehrgleisiges Vorgehen, damit sich auch diejenigen, die noch nicht dem elektronischen Verbund angehören, weiterhin informieren und mitarbeiten können. Noch mehr gilt diese Frage natürlich den Mitgliedern und Forum-Lesern, die keine Gelegenheit zur Teilnahme an der Jahrestagung oder anderen Sitzungen hatten bzw. haben.:

**Schreiben Sie ans Forum oder an die Geschäftsstelle und lassen Sie uns wissen, welche Art von Informationen Sie erhalten oder liefern möchten und auf welche Wege!**

## **DAZ-Web-Programm in der Entwicklung**

Um Rückmeldung bat auch Dr. Jost Wollstein aus Oldenburg, der seit einigen Monaten das Internetprogramm des DAZ ([www.DAZ-Web.de](http://www.DAZ-Web.de)) betreut. Der Arbeitsaufwand erweist sich als immens; insofern kann das DAZ-Programm nur nach und nach weiterentwickelt werden. Wahrscheinlich wird es ohnehin eine permanente Baustelle sein, da nicht nur die Aktualisierung einzelner Inhalte erforderlich ist, sondern auch immer wieder Veränderungen in der Struktur nötig werden. Wunsch des DAZ-Online-Teams ist es, dass zukünftig mehr aktuelle Informationen zu einem breiten Spektrum an Themen aufgenommen werden können. Darum die Bitte an die Forum-Leser, uns interessantes Material (Presseauszüge, Terminhinweise, Meinungsäußerungen, Dokumente aus der gesundheitspolitischen Szene usw.) direkt in Dateiform zukommen zu lassen. Alle Mitglieder sind herzlich aufgefordert, sich der DAZ-E-Mail-Gruppe anzuschließen. Melden Sie sich bei Dr. Kai Müller aus Seefeld, E-Mail [Kai\\_F\\_Mueller@t-online.de](mailto:Kai_F_Mueller@t-online.de)!

## **Nächste Aktivitäten**

Bzgl. der Planung der nächsten Aktivitäten blieben bei der Berliner Sitzung einige Fragen offen. Zwar ist für unsere Frühjahrstagung am 12./13.5.2001 in Frankfurt zusammen mit der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM) bereits Prof. Bernd Klaiber von der Uni Würzburg als Referent verpflichtet; sein Thema: „Minimalinvasive Therapien in der konservierenden Zahnheilkunde“.

Aber von den angefragten Kandidaten für das politische Referat haben wir bisher noch keine Zusagen. Die Suche wird fortgesetzt, Vorschläge sind willkommen. Gleiches gilt für die DAZ-Jahrestagung 2001, die voraussichtlich am 6. oder 13.10.2001 stattfinden soll. Noch ist der Tagungsort Berlin, für den nach den positiven Erfahrungen der Vorjahre einiges spricht, nicht endgültig festgelegt; auch München und Hamburg (auf einem Schiff?) wurden vorgeschlagen.

Ebenfalls nur angerissen und zur weiteren Bearbeitung vertagt wurde das Thema „Zertifizierte Fortbildung“. Lesen Sie hierzu die Beiträge auf den Seiten 18-24. Die Situation ist derzeit widersprüchlich. Auf der einen Seite können unseriöse Anbieter sich mit allen möglichen Begriffen schmücken und dabei evt. noch vor Gericht Recht bekommen. Wenn andererseits von den Kammern strenge Richtlinien aufgestellt werden, droht die Gefahr, dass der Normalzahnarzt nicht mehr alle Behandlungen durchführen darf. Außerdem ist noch europäisches Recht zu berücksichtigen. Allgemein wurde festgestellt, dass über diese Entwicklungen, zu denen auch noch Angebots- und Verkaufs-Modelle gehören, im DAZ noch weiter nachgedacht werden muss.

## **Keine Beanstandungen bei den Vereinsformalia**

Wie in jedem Jahr standen für die DAZler auch noch einige nicht-öffentliche Pflichtpunkte auf der Tagesordnung. Nachdem der mündliche Bericht des Kassierers und der schriftliche der beiden Kassenprüfer entgegengenommen

war, erfolgte einstimmig die Entlastung des Vorstandes, und es wurden neue Kassenprüfer für das Haushaltsjahr 2000 bestimmt.

Bei der Beitragsordnung wird es keine Veränderungen geben. Erst im Jahr 2001 ist wegen der Umstellung von D-Mark auf Euro ein Beschluss nötig.

Verabschiedet wurde von der Mitgliederversammlung ferner der Haushaltsplan für das Jahr 2001. Angesichts der recht günstigen Entwicklung in den ersten 9 Monaten dieses Jahres wird für 2000 von einem ausgeglichenen Haushalt ausgegangen.

Mit Dank an alle, die bei der Vorbereitung und Durchführung der Jahrestagung geholfen hatten, und einer herzlichen Einladung zum anschließenden abendlichen Beisammensein schloss der DAZ-Vorsitzende die Jahreshauptversammlung 2000.

### **Ein schöner Abschluss: gemeinsames Besuchsprogramm**

Am nächsten Tag ging's auf Fontanes Spuren durch den irrigerweise als „Scheunenviertel“ bezeichneten Stadtteil in Berlins Mitte. Ein beträchtlicher Teil der Fortbildungsteilnehmer hatte sich, dem nasskalten Wetter zum Trotz, zum gemeinsamen Spaziergang eingefunden. Der Führer lieferte eine Fülle interessanter Details über die Entwicklung des urbanen Lebens in den letzten zwei Jahrhunderten. Zahlreiche Gebäude und Anlagen boten zudem Anlass, sich mit dem Einfluss des jüdischen Bevölkerungsanteils und der Ju-

denverfolgung und –Deportation in Berlin auseinanderzusetzen. Am zum Park umgewandelten jüdischen Friedhof eine Hinweistafel, die auffordert, den Schutz dieser Gedenkstätte zu unterstützen, und die permanente Polizeiwache vor der neuen jüdischen Synagoge, die den Abschluss unseres Rundganges bildete, machten betroffen. Vielleicht für den einen oder anderen ein Anstoß mehr, trotz der Probleme mit der eigenen beruflichen Tätigkeit immer wieder mal über den Tellerrand zu schauen.

Die gutbesuchte Veranstaltung und die gemeinsame Freude über 20 Jahre DAZ sind hoffentlich ein positives Signal auch für diejenigen, die an der Jahrestagung nicht teilnehmen konnten. Der DAZ hat auch mit zwei Jahrzehnten auf dem Buckel noch Ziele und Perspektiven, und er kann aktive Mitstreiter gebrauchen. Machen Sie mit!

Es grüßt Sie:

*Irmgard Berger-Orsag*  
*DAZ-Geschäftsführerin*  
*E-Mail DAZ.Koeln@t-online.de*

M. Nevins und J. T. Mellonig  
**Implantattherapie, Band 2**

Quintessenz-Verlags-GmbH Berlin 1999  
 258 Seiten, ca. 800 Abb., DM 280  
 ISBN 3-87652-632-9

Das Buch »Implantattherapie« mit dem Untertitel »Erfolgreiche klinische Methoden« gibt einen umfassenden Überblick über die zahnärztliche Implantologie. Es wurde von den Amerikanern Nevins/Mellonig unter Einbeziehung bekannter Co-Autoren aus Amerika, Schweden, Italien und Japan als Band 2 verfasst und ins deutsche übersetzt. Die Autoren sind nicht nur Implantologen sondern auch Parodontologen.

Band 1 dieser Reihe widmet sich insbesondere der Parodontologie. Die Implantologie, als noch ein junges Teilgebiet der Zahnheilkunde, hat sich besonders in den letzten zehn Jahren entwickelt. Die Behandlungsstrategien in der Zahnmedizin wurden in revolutionärer Weise verändert und die Zahnlosigkeit könnte der Vergangenheit angehören. Um so wichtiger ist es für den behandelnden Zahnarzt, Oralchirurgen und Mund-, Kiefer- Gesichtschirurgen, sich mit dem aktuellen Stand der Implantologie auseinanderzusetzen.

Die Autoren haben auf 268 Seiten mit über 800 Abbildungen und farbigen graphischen Darstellungen eine komplette Übersicht über den aktuellen Stand der Implantologie gegeben. Die Behandlungsstrategien und Ergebnisse wurden exakt dokumentiert und wissenschaftlich belegt. Sowohl Anfänger als auch Fortgeschrittene werden wertvolle Anregungen finden, um ihre therapeutischen

Möglichkeiten zu erweitern, unabhängig davon, ob sie selbst operativ tätig sind oder im Team die Versorgung des Patienten planen.

Das Werk ist in 18 Kapitel gegliedert. Einleitend wird der veränderten Behandlungsphilosophie natürlicher Zahn oder Implantat Rechnung getragen. Im zweiten Kapitel sind es die Grundlagen der Osseointegration und die Besonderheiten in den einzelnen Kieferabschnitten, die zur Darstellung kommen. Die Möglichkeiten der modernen Diagnostik, insbesondere die CT-Diagnostik und ihre digitale Verarbeitung werden im dritten Kapitel vorgestellt. Erstaunlich ist, dass die Autoren scheinbar viel weniger auf das Orthopantomogramm als Basisdiagnostik zurückgreifen. Zum großen Teil werden Zahnfilmaufnahmen gezeigt.

In einem weiteren Kapitel werden die biomechanischen Interaktionen, Implantat und Zahn beschrieben und wissenschaftlich beleuchtet. Weitere Themen sind die gesteuerte Knochenregeneration, Sofortimplantation und Sinusbodenelevation mit kritischer Beleuchtung der Ergebnisse. Auch die Augmentationsmaterialien und die Membrantechniken werden erläutert und dargestellt. Besonders interessant ist ein weiteres Kapitel über Implantationen im Tubero-, Pterygoid- und Palatinalbereich. Eine Methode, die im deutschsprachigen Raum wenig Darstellung findet.

Abschließend werden die Möglichkeiten aufgezeigt, um die ästhetischen Ergebnisse zu verbessern. Auch der Behandlung von Komplikationen wird Rechnung getragen.

Insgesamt handelt es sich um ein interessantes und lehrreiches Buch in der Implantologie, das noch über Jahre hinweg

aktuell bleiben wird und sicherlich viele Leser findet.

*Wilfried Kluck, Arzt f. Mund-,  
Kiefer- Gesichtschirurgie, Oldenburg*

C. Splieth

### **Professionelle Prävention**

Zahnärztliche Prophylaxe für alle  
Altersgruppen

Quintessenz-Verlags-GmbH Berlin 2000  
Hardcover, 304 Seiten, 207 Abb.,  
DM 198, ISBN 3-87652-322-2

In den letzten Jahrzehnten ist es gelungen, die Ursachen von Karies und Parodontopathien in weiten Teilen der Bevölkerung zu klären. Gleichzeitig konnten im Gegensatz zu allgemeinmedizinischen Problemen wie Bluthochdruck sehr einfach durchzuführende und hochwirksame Strategien zur Vermeidung dieser Volkskrankheiten entwickelt werden. Der Autor belegt, dass diese präventiven Maßnahmen in der alltäglichen Arbeit durch das Praxisteam umgesetzt werden müssen, um den Patienten eine zeitgemäße zahnmedizinische Betreuung zu bieten.

Ziel dieses Leitfadens der professionellen Prävention ist es, Zahnärzte, ZMF's, DH's und Studenten bei ihrer Prophylaxearbeit zu unterstützen. Risikofaktoren, Präventionspläne und -konzepte, auch für die Allgemeinpraxis, stehen im Vordergrund. Das Buch ist übersichtlich gegliedert in die unterschiedlichen Patientenaltersgruppen vom Kleinkind bis zum Senior mit den jeweils altersspezifisch wichtigen Erkrankungen und Präventionsmaßnahmen, nach dem Motto »Vorbeugen ist besser als heilen«.

Altersbezogene kieferorthopädische Prävention fehlt genauso wenig wie die Verhütung von Traumata im MKG-Bereich (Sportunfälle), von Mundschleimhauterkrankungen, von Erosionen und Abrasionen sowie die Vermeidung von Funktionsstörungen des craniomandibulären Systems. Das Buch beinhaltet Grundzüge der Motivierung von Patienten, Recallsysteme und Abrechnungsmodelle, ferner praktische Beispiele, Ablaufdiagramme und Checklisten.

Christian Splieth ist Oberarzt der Poliklinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Kinderzahnheilkunde an der Universität Greifswald und Teilnehmer des Greifswalder Forschungsprojektes »Community Dentistry«, das die Häufigkeit, Risikofaktoren und Präventionsmöglichkeiten von oralen Erkrankungen untersucht.

*Silke Lange, Oldenburg*

Farbatlanten der Zahnmedizin 5  
Hrsg: Klaus H. Rateitschak, Herbert F. Wolf  
**Zahnmedizinische Radiologie**  
Bildgebende Verfahren  
Friedrich A. Pasler, Heiko Visser  
2., überarbeitete und erweiterte Auflage,  
802 meist farbige Abbildungen  
Thieme Verlag Stuttgart, New York  
DM 398, ISBN 3-13-725602-X

Der häufige zahnärztliche Hinweis auf die Strahlenexposition beim Fliegen, beim Hochgebirgsurlaub oder vor dem Fernseher war sicherlich anschaulich, hat jedoch ängstlichen Patienten möglicherweise mehr Angst vor Flug, Skifahren und Fernsehen gemacht als die Skepsis gegenüber zahnärztlichen Röntgenauf-

nahmen abzubauen. Im Buch von Pasler und Visser (letzterer Zahnarzt und Diplom-Physiker) wird dagegen die Strahlenexposition beim zahnärztlichen Röntgen mit der aus natürlichen und künstlichen Quellen verglichen und dabei festgestellt, dass »die Strahlenexposition durch eine konventionelle Panoramaschichtaufnahme etwa der natürlichen Strahlenbelastung an 2 Tagen entspricht.« Und weiter: »Im Vergleich zu Untersuchungen der allgemeinen Radiologie ist die zahnärztliche Röntgendiagnostik mit einer sehr geringen Strahlenexposition verbunden«, sodass damit »nach übereinstimmender Auffassung in der wissenschaftlichen Literatur kein genetisches Strahlenrisiko besteht«.

Diese beruhigende Feststellung knüpfen die Autoren allerdings an die Bedingung, dass alle Möglichkeiten der Strahlenhygiene genützt werden, also hochempfindliches Filmmaterial und Folien-systeme oder Digitaltechnik, exakte Belichtungsdaten und optimale Einstellungs- und Verarbeitungstechnik. Überhaupt werden fast zwei Drittel des Buches auf die ausführliche Darstellung der Grundlagen verwendet, außer der bereits erwähnten Strahlenbiologie vor allem auf Aufnahmetechniken, Röntgen-anatomie und die Fehlervermeidung bei Projektion und Filmverarbeitung. Alles dies mit wirklich hervorragendem Bildmaterial, klaren Grafiken und kurzen, verständlichen Textpassagen.

Besonderes Gewicht wird auf die Röntgentechnik bei der Darstellung von Parodontalerkrankungen gelegt. Interessant dabei (auch für PAR-Gutachter!): »Die nahezu horizontale Positionierung der Kauebene ergibt besonders bei fortgeschrittenen Parodontolysen genauere

Ergebnisse als ein PAR-Status«. Wer bessere Röntgendiagnostik bei minimaler Strahlenexposition in seiner Praxis anstrebt, für den sind die 400 DM dieses Buch gut angelegt - momentan gibt es m.E. kein besseres!

*H. Hey, München*

Gesamtbearbeitung Winfried Walther, Wolfgang Micheelis

### **Evidence-Based Dentistry**

IDZ-Band 23, Deutscher Zahnärzte-Verlag, DÄV- Hanser, Köln-München 2000, 243 Seiten, kartoniert, DM 79

Namhafte Referenten (Heners, Kerschbaum, Meyle, Richards u.a.) haben in diesem IDZ-Band versucht, Problemstellungen und Umsetzbarkeit einer evidenz-basierten Medizin in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zu diskutieren und internationale wie nationale Literatur zu diesem Thema aufzuarbeiten. Das Buch versteht sich als ein Reader zu den derzeitigen Möglichkeiten, aber auch Grenzen einer evidenzbasierten Ausübung zahnärztlicher Dienstleistungen und gibt Antworten auf die drei großen Fragen:

Was heißt eigentlich »Evidenz« in der Zahnmedizin und wer produziert diese Evidenz?

Wie kann evidenz-basiertes Wissen anwenderorientiert verfügbar gemacht werden ?

Welche Rolle kann evidenzbasiertes Wissen in der zahnmedizinischen Praxis spielen ?

Im Ergebnis zeigt sich, dass auf diesem Gebiet noch eine Vielzahl von Forschungslücken zu identifizieren und zu

schließen sind (man fragt sich natürlich, wer oder was blockiert eigentlich?). Dringender Klärungsbedarf besteht darüber hinaus auch hinsichtlich der gesundheitspolitischen Erwartungen zur ökonomischen Steuerung des Gesundheitssystems über EBM und EBD.

Die Publikation wurde durchgängig zweisprachig (deutsch/englisch) angelegt, um den notwendigen internationalen Austausch voranzutreiben. Vor allem für berufspolitisch Interessierte eine »Pflichtlektüre«, auch wenn stellenweise eher »trocken«.

S. L.

Peter Reuter

**Taschenwörterbuch Zahnmedizin  
Englisch-Deutsch/ Deutsch-Englisch**

Thieme Leximed, Verlag Georg Thieme, Stuttgart 2000, DM 59  
ISBN 3131264616

Wer an seiner Dissertation arbeitet, sich für englischsprachige wissenschaftliche Artikel bzw. Fachliteratur interessiert oder einen Aufenthalt im Ausland plant, wird um dieses kleine kartonierte Wörterbuch nicht herumkommen. Es bietet außer anatomischen, zahnmedizinischen sowie zahntechnischen Fachbegriffen einige wichtige Tabellen (Maße und Gewichte, Umrechnungstabellen für Temperaturen etc., dreisprachige anatomische Tabelle Latein/Englisch/Deutsch, etc.).

Mit mehr als 25.000 Stichwörtern, Untereinträgen und Anwendungsbeispielen deckt das Werk die Kernbereiche der Zahnmedizin sowohl für Benutzer aus dem Bereich der Zahnheilkunde als

auch für Übersetzer ausreichend ab. Angaben zur Aussprache schwieriger Begriffe im deutsch-englischen Teil machen das Pocket Dictionary of Dentistry zu einem hilfreichen Begleiter.

S. L.

Klaus Rötzscher

**Forensische Zahnmedizin**

Springer Verlag, Berlin Heidelberg 2000  
235 Seiten, 110 Abb., davon 73 in Farbe,  
45 Tab., gebunden, DM 179  
ISBN 3- 540-66-893-4

Jeder Zahnarzt sollte sich im eigenen Interesse über bestimmte Sachverhalte des Zivil-/Strafrechts informieren und Kenntnisse auf diesem Gebiet erwerben, die es ihm ermöglichen, Komplikationen in seiner Tätigkeit zu begrenzen bzw. zu vermeiden, die eigene Situation realistisch einzuschätzen und als Sachverständiger oder Gutachter einem Gericht medizinische Sachverhalte zu interpretieren - man bedenke die steigende Zahl von Haftpflichtprozessen in der Medizin. Grundlagen und Fallbeispiele schließen mit dem vorliegenden Buch die seit langem bestehende Lücke auf diesem Gebiet. Der Autor, selbst 22 Jahre als Zahnarzt in eigener Praxis tätig gewesen (gleichzeitig auch Facharzt für Rechtsmedizin und Facharzt für Pathologische Anatomie), weist daraufhin, dass Verbesserungen der Qualität von Dokumentation und Befundaufzeichnung zur Identifikation unbekannter Toter, wenn antemortem- Behandlungsunterlagen gebraucht werden, nötig sind.

Die Besprechung z.B. von Biss- und Zahnspuren soll mithelfen, die Dunkelziffer

der körperlichen Misshandlungen, insbesondere an Kindern, offen zu legen und bei Tötungsdelikten einen Beitrag zu leisten zur Überführung des Täters.

Aus dem Inhalt: Rechtsfragen - Rechtsverhältnis Zahnarzt/Patient/Zahntechniker, Patientenaufklärung, Verletzung der Sorgfalts-, Aufklärungs- und Dokumentationspflicht, Haftungsrisiken, Haftpflichtansprüche, Verhalten im Schadensfall, Zahnarzt und Gutachtertätigkeit.

Forensische Odonto-Stomatologie: Altersschätzungen, Identifikationsmarkierungen, Interpol-Befunderhebung post-mortem, Röntgenvergleich etc...

Spannend und stellenweise gut für eine kleine Gänsehaut!

S. L.

Herausgeber Helmut Börkircher

Band 9 und 10 aus der Reihe

»Der Zahnarzt als Praxismanager«

Quintessenz-Verlags-GmbH Berlin 2000

Band 9 **Personalmanagement**

H. Börkircher und A. Frodl

ISBN 3-87652-401-6

Band 10 **Organisation**

A. Frodl

ISBN 3-87652-403-2

Preis je Band DM 64

Für den langfristigen Praxiserfolg sind zwei Themen ganz ausschlaggebend: die Praxisorganisation genauso wie das Personalmanagement, die Mitarbeiter sind ein wesentlicher Faktor für einen reibungslosen Praxisablauf.

Vor allem für Praxisanfänger sind diese

beiden Bände sicher eine Hilfe, denn beide Themenbereiche werden an den Universitäten nicht abgedeckt und kommen in mancher Ausbildungspraxis zu kurz (oder sind nicht besonders nachahmenswert).

Dass mangelnde Personalführung sowie schlechte oder gar keine Praxisorganisation auf Dauer Unzufriedenheit schaffen, ist für viele Niedergelassene eine leidvolle Erfahrung. Die Autoren geben Tipps und Grundlagenwissen, damit schon im Vorfeld Fehler vermieden werden können.

Schlagworte aus den Bänden sind: Personalentwicklung statt Personalbevormundung, Arbeitsrecht und Konfliktmanagement, Personalbedarf und -verwaltung, Praxisorganisation anstelle von Praxischaos, Ablauforganisation und Bestellwesen, Materialwirtschaft und Terminierung, Abrechnungswesen, Datenverarbeitung, Karteiführung und last not least Praxisadministration.

Zahlreiche praktische Hinweise bieten eine Aussicht auf stressfreies Arbeiten sowie eine patientenfreundliche Atmosphäre.

S. L.

**Informativ und ansprechend** – die neue DAZ-Minibroschüre zu „**Pflege und Ernährung – Bausteine für gesunde und schöne Zähne**“.

Kostenlos erhältlich in größeren Mengen zum Verteilen an Patienten über  
Tel. 06152-81466, Fax 06152-81788,  
E-Mail praxis.press@t-online.de

# Termine

- 13.12.00, Drochtersen/bei Prins: Treffen der **DAZ-Studiengruppe Elbe-Weser**
- 16.11.00, 21.12.2000: **Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg**
- 16.11.-18.11.00, Frankfurt/Kongress Center: **"Europäisches Forum Zahnmedizin"** in Verbindung mit dem Hessischen Zahnärztetag, veranstaltet von der Landes Zahnärztekammer Hessen, der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Zahn- und Kieferheilkunde (DGZMK), der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie; Thema: **"Parodontologie an der Schwelbe zum 3. Jahrtausend"**
- 22.-25.11.00, Düsseldorf: **Medica Messe**
- 24./25.11.00, Bad Homburg: Sitzung Arbeitskreis **"Psychologie und Zahnmedizin"** der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP) mit der Arbeitsgemeinschaft Funktionsdiagnostik, Thema **"Craniomandibuläre Dysfunktionen"** (Tel 06421/283672, Fax 286559, Margrafs@mailers.uni-marburg.de)
- 24./25.11.00, Berlin/Hotel Mercure: **Tagung des Bezirksamtes Neukölln** zum Thema: **"Interkulturelle Zahnmedizin und Oralprophylaxe"** in Kooperation mit DAJ, BZÖG u.a., Leitung Dr. Sylvia Dohnke-Hohrmann (Tel 030/6809-3682)
- 13.12.00, 20 Uhr, Berlin/Ort wird noch bekanntgegeben: **Adventstreffen der DAZ-Studiengruppe Berlin-/Brandenburg** (Tel 030/9915003)
- 14.12.00, 10.00 Uhr, Bonn/Bundesgesundheitsministerium: **Konstituieren der Sitzung des AFGIS-Planungsrates;** AFGIS = Aktionsforum zur Entwicklung von Strukturen und Grundlagen für ein qualitätsgesichertes, dezentral organisiertes Gesundheitssystem (Tel 0228/941-3135, Fax 941-4931, Wilhelm.Thelen@bmg.bund.de)
- 17.01.01, 20 Uhr, Berlin/Geschäftsstelle des NAV-Virchow-Bundes: **Treffen der DAZ-Studiengruppe Berlin-/Brandenburg** zum Thema **"Neues über Adhäsive"**, Referent: Dr. Uwe Blunck, Zahnklinik Nord der Charité (Tel 030/9915003)
- 24.01.01, 20 Uhr, Berlin/Geschäftsstelle des NAV-Virchow-Bundes: **Treffen der DAZ-Studiengruppe Berlin-/Brandenburg** zum Thema **"Anwendung von Composite-Materialien"**, Referent: Dr. Uwe Blunck, Zahnklinik Nord der Charité (Tel 030/9915003)
- 10.3.01, Neumünster/Holstenhallen: **Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag** zum Thema: **"Medizin und Zahnmedizin - eine interdisziplinäre Zusammenarbeit"** (Tel 0431/3897-128)
- 12./13.5.01, 10.00 Uhr, Frankfurt/ Bürgerhaus Bornheim: am 12.5.2001 **DAZ-VDZM-Frühjahrstagung** mit berufspolitischem Vormittag und Vortrag von Prof. Bernd Klaiber, Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der Universität Würzburg, zum Thema **"Minimalinvasive Therapien in der konservierenden Zahnheilkunde"**; am 13.5.2001 **DAZ-Ratssitzung**
- 24.-27.05.01, Erlangen: **Internationaler IPPNW-Kongress "Medizin und Gewissen - wenn Würde ein Wert würde"** (Tel 09131/816830, medigew@aol.com)

## Gesucht - gefunden

**Praxis-Verkauf:** Ertrag- und umsatzstarke, gut eingeführte Zahnarztpraxis in Süd-Niedersachsen aus persönlichen Gründen (keine Alterspraxis) zu verkaufen: 3 Behandlungszimmer plus Prophylaxezimmer, digitales Röntgen OPG, Fernröntgen u.v.m, anspruchsvolle Prothetik, Implantologie und PAR, günstige Kostenstruktur, langfristiger Mietvertrag, auch für zwei Zahnärzte(-innen) geeignet, 2. Zulassung vorhanden. Ansprechpartner: NAV-Wirtschaftsdienst, Christiane Krefeld, Tel 01805/954660

**Praxis-Verkauf:** Zahnarztpraxis in Stadt am Niederrhein wegen Sterbefall kurzfristig äußerst günstig zu verkaufen. Evt. mit Immobilie.

Ansprechpartner: NAV-Wirtschaftsdienst, Dirk Schlicker, Tel 02151/818181-5, Fax 818181-8, E-Mail DSchlicker@nav-widi.de

**Praxis-Suche / Praxis-Kauf:** Zahnarzt sucht Praxis in Berlin-West, Süd oder Mitte zur Übernahme. Tel 0177/577 5836

**Praxis-Abgabe:** Landarztpraxis für Zahnmedizin/Allgemeinmedizin von Ärztehepaar in Sachsen Anhalt zum Jahresbeginn 2001 abzugeben. Immobilie kann mit übernommen werden; im Gebiet sind noch folgende Fachrichtungen frei: Augenheilkunde, Orthopädie, Anästhesie, Nervenheilkunde.

Ansprechpartner: NAV-Wirtschaftsdienst, Marcel Nothnagel, Tel/Fax 05144/8109/2454

**Praxis-Abgabe:** Praxis im Siegerland abzugeben; umfangreiche Ausstattung, guter Umsatz, Wohnung im gleichen Haus

zur Vermietung. Ansprechpartner: NAV-Wirtschaftsdienst, Harald Lohse, Tel/Fax 0221/8460281, E-Mail Lohse@nav-widi.de

**Attraktives Gesundheitszentrum:** seit 1996 in Köln, bietet Ärzten div. Fachrichtungen neue Praxisräume zur Niederlassung. Verkehrsgünstige Lage mit großem Einzugsgebiet u. zahlreichen Parkmöglichkeiten. Bauliche Erweiterung bis 2001, Gestaltungswünsche können noch berücksichtigt werden.

Ansprechpartner: NAV-Wirtschaftsdienst, Frank Reinshagen, Tel 0221/97355-194, Fax 97355-152, E-Mail FReinshagen@nav-widi.de

**Assistenten-Suche:** Junge moderne qualitätsorientierte Praxis in Westfalen mit drei Behandlern sucht Assistent(in) mit Freude an umfassender Ausbildung (Chirurgie, Parodontologie, hochwertige Prothetik, Funktionsdiagnostik und Kieferorthopädie) - langfristige Perspektive möglich. Lage der Praxis: 1/2Std. von Dortmund mit hohem Freizeitwert. Chiffre 9015

**Praxis-Suche:** Räumlich ausbaufähige Zahnarztpraxen mit gutem Umsatz zur Übernahme bundesweit gesucht.

NAV-Wirtschaftsdienst, Marcel Nothnagel, Tel 05144/8109, Fax 05144/2454

**Praxis-Abgabe:** Zahnarztpraxis im Bergischen Land abzugeben; 3 BHZ; hochwertige Ausstattung: gute, zentrale Lage, ausbaufähig, auch als Gruppenpraxis geeignet. NAV-Wirtschaftsdienst, Harald Lohse Tel/Fax 0221/8460281, Lohse@nav-widi.de

**Praxis-Suche:** In Recklinghausen u. Umgebung wird zahnärztliche Übernahme-

praxis gesucht. NAV-Wirtschaftsdienst,  
P. Harzendorf, Tel/Fax 02196/973310

**Partner-Suche:** Nähe Hamburg: etablierte, solide Praxis (keine Alterspraxis) in gute Hände abzugeben. Im Rahmen einer längerfristigen fairen Kooperation wird Existenzgründer/in eine Niederlassung unter günstigen Konditionen geboten. Der bisherige Inhaber möchte seinen Arbeitsumfang reduzieren und Praxisführung und Verantwortung abgeben. Interessenten wenden sich bitte an die DAZ-Geschäftsstelle, Tel 0221/973005-45, Fax /7391239, E-Mail DAZ.Koeln@t-online.de

**Partner-Suche:** Umsatzstarke Zahnarzt-Einzelpraxis (hoher Privatanteil) in Düsseldorf mit Schwerpunkt Parodontologie, Implantate sucht Partner für langfristige Kooperation.

NAV-Wirtschaftsdienst, Hubertus von Loe,  
Tel/Fax 02151/818181-2/-8 oder  
0172/26105-31

**Praxis-Abgabe:** Etablierte Zahnarztpraxis in Praxisgemeinschaft in Berlin-Pankow z. III. Q. 2000 abzugeben.

NAV-Wirtschaftsdienst, L. Höppner, Tel/  
Fax 030/28526991/29

**Praxis-Suche:** Größere Zahnarztpraxis zur baldigen Übernahme gesucht. Bevorzugt Raum Köln/Bonn. NAV-Wirtschaftsdienst, I. Fuhr, Tel 02054/954521, Fax 02054/954519

**Partner-Suche:** Suche zulassungsrechtigte(n) Partner(in) für eine fortbildungsaktive und gleichzeitig sozial verantwortliche Zahnheilkunde. Sie sollten teamfähig sein und den Willen haben, fachlich erfolgreich zu sein. Dr. F.J.

Schraad, Hauptstr. 17, 30855 Langenhagen, Tel 0511/748848

**Neues Tätigkeitsfeld:** Zahnarzt mit langjähriger Berufserfahrung sucht aus gesundheitlichen Gründen Arbeitsmöglichkeit ohne Behandlungstätigkeit.

Hinweise an DAZ-Geschäftsstelle  
Tel 0221/973005-45, Fax 0221/7391239

**Praxis-Aufgabe:** Zahnarztpraxis in Köln aus gesundheitlichen Gründen abzugeben. NAV-Wirtschaftsdienst, Frank Reinschagen, Tel 0221/97355-194, Fax 97355-152, E-Mail FReinschagen@nav-widi.de

## DIE 10 GEBOTE ZUM JAHRESENDE

Schalte einmal wieder ab  
Jage nicht schnelllebigen Trends hinterher  
Kaufe nur das, was Du wirklich brauchst  
Lerne, zu lassen  
Arbeite nicht permanent am Lebensstandard  
Gehe nur den Interessen nach,  
die Du wirklich hast  
Genieße nach Maß  
Hebe unerfüllte Wünsche auf  
Trage Sorge dafür, dass das Leben  
lebenswert bleibt  
Verdiene Dir Deine Lebensqualität selbst

*Nächster Redaktionschluss:*  
8. Januar 2001

## Der DAZ stellt sich vor

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 *DAZ-forum* mit Fortbildungsberichten und In-



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

## 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; Behandlungsassistenten.

## Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe

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

- bundesweit einheitliche Regelungen durch ein Jugendzahnpflegegesetz

- Ausbildung und Einsatz von Prophylaxepersonal

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

## Qualität

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

- vermünftige, an Qualität orientierte Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die KVZen

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

---

## 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  
Internet: www.DAZ-web.de

**Redaktion**, Irmgard Berger-Orsag, Dr. Roland Ernst, Dr. Hanns-W. Hey, ZÄ Silke Lange, Dr. Eberhard Riedel, Dr. Ulrich Happ, Dr. Rainer Seemann, Dr. Stefan Zimmer  
V.i.S.d.P. ZÄ Silke Lange

**Redaktionsadresse** Dr. Hanns-W. Hey, Riedweg 5, 82541 Münsing, Tel. 08177-92045, Fax -92046, ISDN Mac -92047, E-Mail KarlaHey@aol.com

**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, Satz, Anzeigenverwaltung, Mediadaten**  
Karla Hey, Riedweg 5, 82541 Münsing,  
Tel. 08177-92045, Fax -92046, ISDN Mac -92047,  
E-Mail KarlaHey@aol.com

**Druck** Universitätsdruckerei Wolf & Sohn  
München

# DAZ-Kontaktadressen



## DAZ-ler in vielen Regionen jetzt auch per E-Mail erreichbar!

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

### **Baden-Württemberg**

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

### **Berlin**

Edeltraud Jakobczyk, Jenaer Straße 54,  
12627 Berlin, Tel. 030 9915003,  
Fax 03342 99284908  
Dr. Annette Bellman,  
E-Mail AKP.Bellmann@t-online.de

### **Sachsen / Chemnitz**

Dr. Ralf Eisenbrandt, Markusstr.8,  
09130 Chemnitz,  
Tel. 0371 4012228, Fax 0371 4028686,  
E-Mail Ralf\_Eisenbrandt@t-online.de

### **Elbe - Weser**

Dr. Frank Kopperschmidt,  
Bahnhofstraße 5, 21717 Fredenbeck,  
Tel. 04149/1066;  
Dr. Till Ropers, E-Mail Dr.Ropers\_Dzingel  
@t-online.de

### **Freiburg**

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

### **Hamburg**

Thomas Murphy, Poppenbütteler  
Chaussee 45, 22397 Hamburg,  
Tel.040 6074151, Fax 040 6074152  
Dr. Ulrich Happ, E-Mail DrHapp@talknet.de

### **Oberbayern / München**

Dr. Johann Brosch, Ammerseestr.6,  
82061 Neuried, Tel./Fax 089 7556341  
Dr. Kai Müller,  
E-Mail Kai\_F\_Mueller@t-online.de

### **Nordrhein**

Nordrhein, Dr. Rainer Küchlin,  
Am Buschhof 12, 53227 Bonn,  
Tel. 0228 440231, Fax 0228 462862

### **Oberpfalz**

Dr. Martin Ostermeier, Bernsteinstraße  
1, 93152 Nittendorf, Tel. 09404 4455,  
Fax 09404 5290  
E-Mail Dr\_Ostermeier@t-online.de

### **Oldenburg**

Rolf Tödtmann, Oldenburgerstraße 291,  
26180 Rastede, Tel. 04402 928811,  
Fax 04402 928831,  
E-Mail Rolf.Toedtman@t-online.de  
Dr. Roland Ernst, E-Mail  
Ernst.Roland@t-online.de

### **Rheinhausen**

Dr. Andreas Vahlenkamp, Betzelsstr.27,  
55116 Mainz, Tel. 06131 222218,  
Fax 06131 237294

### **Schleswig Holstein**

Wolfram Kolossa, Bahnhofstraße 43,  
24217 Schönberg, Tel. 04344 9020,  
Fax 04344 3349,  
E-Mail Wolfram.Kolossa@t-online.de

### **Thüringen**

Dr. Bernd Kröplin, Leine-Einkaufszentrum,  
37308 Heilbad Heiligenstadt, Tel./ Fax  
03606 9518, E-Mail MKroeplin@aol.com

### **Westfalen - Lippe**

Dr. Ulrich Zibelius, Mittelstr. 17,  
32657 Lemgo, Tel. 05261 10166, Fax -92901  
E-Mail Ulrich.Zibelius@t-online.de

### **DAZ-Geschäftsstelle**

Irmgard Berger-Orsag, Belfortstraße 9,  
50668 Köln Tel. 0221 973005 - 45, Fax  
7391239, E-Mail DAZ.Koeln@t-online.de

# Beitrittserklärung

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

Name, Vorname

Geb. Datum

Straße, PLZ, Wohnort

Telefon

Fax

E-Mail-Adresse

Internet-Adresse

Ort, Datum

Unterschrift

DAZ- Mindestjahresbeitrag ab 1.1.1999

- Stud./cand.med.dent und Fördermitglieder 12.- DM  
 Assistenz ZÄ/ZA, 180.- DM  
 Niedergel.ZÄ/ZA, 360.- DM  
 ZÄ/ZA im Ruhestand 60.- DM

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

## Betr.: forum-Abonnement

Ich möchte die Vierteljahreszeitschrift *DAZ-forum*  
abonnieren zum Preis von 40 DM jährlich

....., den.....

.....  
Unterschrift

Absender-Adresse:

Name  
Institution  
Straße/Haus-Nr.  
Postleitzahl/Ort  
Telefon  
Fax  
E-mail

An den  
**Deutschen Arbeitskreis  
für Zahnheilkunde -DAZ-**  
im NAV Virchow-Bund  
Belfortstraße 9  
**50668 Köln**

Fax 0221 - 7391239

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

# Aktien-Investmentfonds

## Die Mischung macht's!

40%

### Erstes Gebot für Anleger: Fundament schaffen

- Templeton Growth Fund, Inc.
- ACM Global Growth Trends Portfolio
- Pioneer Global Equity Fund Plc
- DWS Akkumula
- Davis Value Fund

40%

### Nicht vernachlässigen: Die Ergänzung in €

- Metzler Wachstum International
- Templeton EuroMarket Growth Fund
- DWS Eurovesta
- ACM Euro Growth Portfolio
- Metzler Euro Growth

20%

### Zur Abrundung: Dynamische Fonds für risikobereite Anleger

- The Alger Fund
- Metzler Euro Small Cap
- ACM International Health Care Fund
- Franklin Biotechnology Discovery Fund

### Interessiert?

**Dann faxen Sie  
den Antwortcoupon.**



NAV-Wirtschaftsdienst  
für Ärzte GmbH

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

**Antwortfax 0221) 973 55 55**

- Ja**, ich möchte „mitmischen“. Bitte informieren Sie mich.
- Ich wünsche eine Beratung. Telefonisch bin ich erreichbar  
unter \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_,  
am besten zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ Uhr.

Absender

0207307

Anzeige

# Zahnmedizinische Qualität. Die beste Empfehlung zur Karies- und Parodontal-Prophylaxe



Medizinische Mund- und Zahnpflege  
aus der **elmex**<sup>®</sup> Forschung

  
**WYBERT** GmbH  
Spezialist für orale Prävention