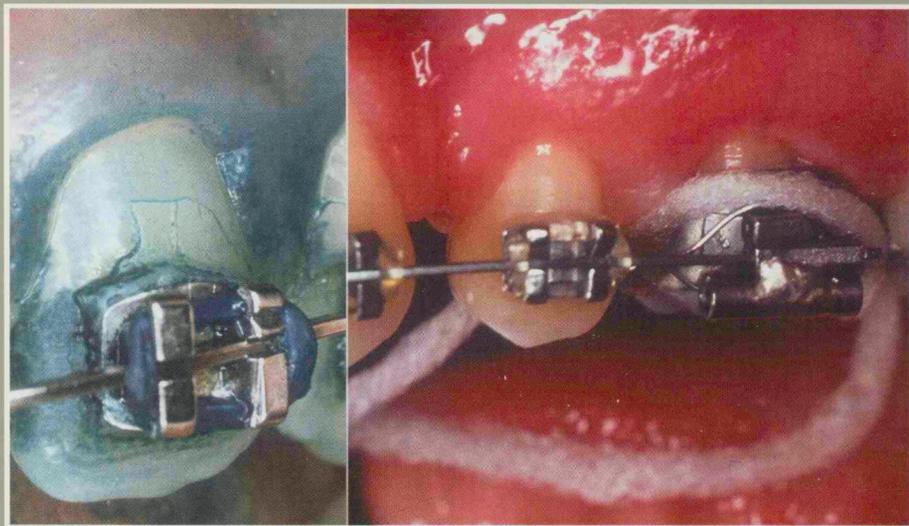


77

von Zahnärzten für Zahnärzte

**DAZ**  
forum

21. Jahrgang 2. Quartal 2002 Herausgeber Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde, DAZ  
Berlins Unabhängige Zahnärzte, BUZ



Selbstverwaltung vor dem Aus?

Tätigkeitsschwerpunkte

Patientenberatung

Weisheitszahn aus Kfo-Sicht

Autotransplantation

**Kfo-Prophylaxe**



DAZ, Belfortstr.9, 50668 Köln  
Postvertriebsstück  
Entgelt bezahlt G8845

# 127 #

01 DAZ 001

Thomas  
Murphy  
Poppenbütteler Chaussee45  
22397 Hamburg



# 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**

## **cercon** smart ceramics®

[ˈsə:rkɔn sma:t siˈræmiks]

(international) (Zahntechnik, neu):  
Bezeichnung für ein einzigartiges  
System, das die extrem hohe  
Festigkeit und Bioverträglichkeit  
von Zirkonoxid für vollkeramische  
Restaurationen in natürlicher  
Ästhetik nutzt. Dabei bietet es dem  
Zahnarzt den Vorteil der gewohn-  
ten Zementierung und der hohen  
Bruchsicherheit selbst bei bis zu  
viergliedrigen Brücken. Siehe auch  
[www.cercon-smart-ceramics.de](http://www.cercon-smart-ceramics.de)

**Degussa Dental**

*a healthy world smiles*

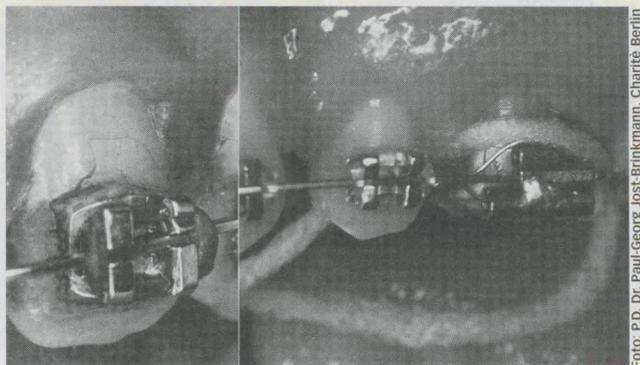


Foto: P.D. Dr. Paul-Georg Jost-Brinkmann, Charité Berlin

## Inhalt

### Editorial

Die Selbstverwaltung vor dem Aus? *Dohmeier* 3

### Standespolitik

Eine unendliche Geschichte *P.Nachtweh* 6  
 Standing Ovations *R.Ernst* 9  
 GOZ - Analyse der BZÄK *S.Günther* 11  
 Tätigkeitsschwerpunkte 1 *K.Löchte* 16  
 Tätigkeitsschwerpunkte 2 *E.Riedel* 18

### Gesundheitspolitik

Finansituation der GKV *P.Nachtweh* 21  
 Heiße Debatte inbegriffen *I.Berger-Orsag* 22  
 DAZ - Pressemeldung *W.Kolassa* 24  
 Patientenberatung *P.Nachtweh* 27

### Schwerpunktthema

Der Weisheitszahn aus Kfo-Sicht *C.Opitz* 31  
 Autotransplantation von Zähnen *K.H.Löchte* 35  
 Prophylaxe in Kfo *S.Günther* 38

### Fortbildung

Die Crown.Down Technik *S.Günther* 43  
 Buchbesprechungen *Hey, Happ, DZW* 46

### Termine

50

### Für die Praxis

Fehlerhafte Prothetik *R.Großbölting* 51  
 Fluoridiertes Salz setzt sich durch *PR* 54

### Erinnerung

Abschied vom Artikulator *H.-W.Hey* 56

### Verbandsnachrichten

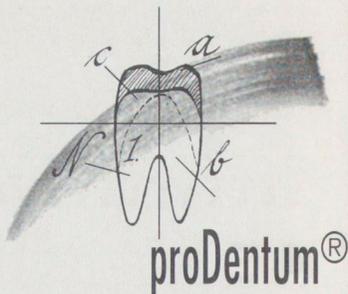
Ein neues Gesicht *C.Scätze* 59  
 Dr. Dohnke-Hohrm im Ruhestand *S.Zimmer* 60

### Kontakadressen

63

### Beitrittserklärungen

64



Damit ein Lächeln  
nicht  
Die Welt kostet!

..... liefert **proDentum®** Dentaltechnik bundesweit erstklassigen Zahnersatz zum verblüffend günstigen Preis und zur Freude der Patienten. Zum Nutzen der Zahnarztpraxis, die dadurch auf verstärkte Empfehlungen zählen kann. Die Spezialisierung auf die Verwendung von NEM und TITAN aus Verträglichkeits- und Kostengründen begeistert unsere vielen Kunden seit langem. Auch weil wir eine extrem niedrige Reklamationsrate z.B. bei Kombi-Arbeiten verzeichnen.

Die BEL-Preislisten haben wir mindestens um 20% abgesenkt!

**Unsere Preise für außervertragliche Leistungen sind fast sprichwörtlich:**

Keramikverblendung:	ab Euro 29 (AVV 29)	Goldinlay:	Euro 55
Teleskop:	ab Euro 99 (AVT 99)	Empress-Inlay:	Euro 75

**Lassen Sie sich einen unverbindlichen Kostenvoranschlag erstellen.  
Faxen Sie uns einen HKP, der hohe Laborkosten beinhaltet.  
Vergleichen und staunen Sie!**

**Kostenlos anrufen: 0800 - 469 00 80**

**Fax: 030 - 469 00 8 99**

E-mail: [info@proDentum.de](mailto:info@proDentum.de)

Internet: [www.prodentum.de](http://www.prodentum.de)

## Die zahnärztliche Selbstverwaltung vor dem Aus?

HELMUT DOHMEIER, de Haan

Die Selbstverwaltung der ärztlichen Professionen in Form der Kammern, aber auch der KZVen, stellt ein von der Gesellschaft den Ärzten und Zahnärzten gewährtes Privileg dar. Es handelt sich hierbei um eine historische Errungenschaft (was häufig vergessen und auch gerne - je nach Bedarf - falsch dargestellt wird).

Über Jahrzehnte war es das Bestreben der in privatrechtlichen Vereinen und Verbänden organisierten Ärzte- und Zahnärzteschaft, für sich Strukturen zu erreichen, unter denen die staatlichen Behörden auf ihr bisher ausgeübtes unmittelbares Aufsichtsrecht über den einzelnen Arzt verzichteten, der verfaßten Ärzteschaft Autonomie verliehen und damit dem Berufsstand ein einheitliches Handeln bei weitgehender berufsinterner Selbstkontrolle ermöglichen sollten.

Die hierfür notwendigen Gesetze konnten nur erreicht werden, weil der Staat in der Selbstverwaltung der ärztlichen Professionen eine Regulierungsoption (das Subsidiaritätsprinzip) zum Wohle der gesamten Gesellschaft erkannte.

Als Grundlage der Kammerbildungen lässt sich demnach eine Art Vertrag

zwischen der Ärzte- und Zahnärzteschaft und der Gesellschaft ausmachen, indem im Tausch gegen qualifizierte und kompetente Leistung die Gesellschaft den ärztlichen Professionen Autonomie in der Berufsausübung, Freiheit von sozialer Kontrolle durch Laien, Schutz gegen unqualifizierten Wettbewerb, ein hohes Einkommen und ein entsprechendes Prestige versprach.

Damit wird deutlich, daß die Selbstverwaltung keine ausschließliche Angelegenheit der ärztlichen Berufsstände ist, die diesen die Möglichkeit zur einseitigen Verfolgung eigener Interessen gibt, sondern sie ist gleichzeitig auch eine der Allgemeinheit und dem Gemeinwohl verpflichtete Institution.

Je mehr sich in der Gesellschaft der (sehr verallgemeinerte) Eindruck verstärkte, daß die berufsständisch organisierte Zahnärzteschaft in weiten Bereichen der ihnen zugestandenen Selbstverwaltung keinen anderen Zielsetzungen folgte als denen der "individuellen Nutzenmaximierung", desto stärker fühlten sich die politischen Parteien dazu aufgerufen, in das Politikfeld Gesundheitswesen mit ordnungspolitischen Maßnahmen (inklusive wahltaktischen Versprechungen)

einzugreifen. Hintergrund dieser Entwicklung war es, daß die Kammern und KZVen zu oft zu unprofessionell auf sich verändernde Erwartungen in der Gesellschaft reagierten. Sie griffen die Erwartungen (z.B. Priorität der Zahnerhaltung statt Zahnersatz, Prophylaxe, Qualifizierung des Personals etc.) nicht auf, stimmen berechnete Eigeninteressen mit den sich abzeichnenden Bedürfnissen der Gesellschaft nicht ab und versäumten es somit, Gesundheitspolitik im Konsens vorausschauend zu gestalten.

Dass die dadurch provozierten externen staatlichen Maßnahmen und Steuerungsversuche aufgrund ihrer Sachferne oftmals die Kosten im Gesundheitswesen noch weiter in die Höhe trieben, ist ein Faktum, auf welches die Zahnärzteschaft nachträglich zu Recht verweisen konnte, das gesamtgesellschaftlich oftmals aber nur noch als Rechtfertigungspolemik wegen eigener Untätigkeit wahrgenommen wurde.

Dabei ist es auch wahr, daß die Politik "sich immer dann gerne auf das Subsidiaritätsprinzip beruft, wenn sie nur subsidiär mit unangenehmen Dingen in Verbindung gebracht werden möchte". So ist es ein immer wiederkehrendes Ritual der politischen Parteien, auf die Eigenverantwortlichkeit der Zahnärzteschaft dann zu verweisen, wenn man selbst die Verantwortung von sich schieben möchte.

Gegen diese Entwicklung wurde bereits intern von Teilen der Zahnärzteschaft unter der sogenannten "Mei-

nungsführerschaft" des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte eine totale Konfrontationsstrategie aufgebaut, deren Ziel es sein sollte, der verstärkten staatlichen Steuerungstendenz durch einen weitestgehenden Ausstieg aus dem entwickelten System der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu begegnen. Unter dem leicht durchschaubaren Klischee der Wiederherstellung der gleichberechtigten Zweierbeziehung zwischen Arzt und Patient sollte durch "marktvermittelte Konkurrenz" der sog. "Kostenexplosion" begegnet werden, wohl wissend, daß die Steuerung des Marktes bei bestimmten Gütern, wie sie die Gesundheit nun einmal darstellt, in der Regel nicht zu einem gleichmäßig hochstehenden Versorgungsniveau für alle führt.

So entstand, nicht ohne eigenes Zutun der Zahnärzte, das Bild von einem privilegierten Berufsstand als einer Gruppe von Marktteilnehmern, von denen "die hohe Wertschätzung der Gesundheit als kollektive Einkommensressource ausgebeutet wurde." Immer weniger wurde der Profession der Zahnärzte jene Ethik attestiert, durch die sie sich als Berufsgruppe mit besonderen Rechten hatte konstituieren können.

Unter dem laut verkündeten Anspruch des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte, die deutschen Zahnärzte zu repräsentieren, stehen wir heute vor einer Erosion der zahnärztlichen Selbstverwaltung. So zeichnet sich ab, dass es zu einer staatlich verordneten Kompetenzbeschneidung bei den KZVen kommen wird und daß der Staat durchaus bereit ist, die Zahnärzte aus der

"Zwangsmitgliedschaft" der selbst von vielen Berufsangehörigen so wenig geschätzten KZVen zu entlassen.

Allerdings wird der dann "freie" Zahnarzt am Markt nicht, wie vom FVDZ postuliert, auf den "Marktteilnehmer Patient" stoßen. Von seiner berufsständischen Solidargemeinschaft befreit wird er sich als alleiniger Vertragspartner der Krankenkassen wiederfinden, die unter Ausnutzung von Angebot und Nachfrage versuchen werden, die zahnärztlichen Leistungen so marktgerecht zu gestalten und einzukaufen, dass es durchaus sein könnte, dass sich die Mehrzahl der ehemaligen Zwangsmitglieder gern an die Zeiten als Angehöriger einer KZV erinnert. Dann wird auch deutlich werden, dass die Selbstverwaltung des Berufsstandes zwar "kein ein für allemal erworbenes Recht, kein Besitz, sondern die hart zu erarbeitende Gegenleistung für versprochene und wahrgenommene Selbstverantwortung ist", und es wird vielleicht auch verständlich werden, warum vor Jahrzehnten die Zahnärzteschaft so vehement für die Pflichtmitgliedschaft aller Zahnärzte in Kammer und (so sie an der Versorgung der gesetzlich Versicherten teilnehmen wollten) KZV gestritten hat und warum die jetzt vorgenommenen hektischen Gründungen von privatrechtlichen Ersatz-KZVen (natürlich unter der Führung des FVDZ) einen Rückschritt darstellen.

Es ist ein Versäumnis der Kammer- und KZV-Vorstände, sich mit dieser historischen Entwicklung und ihren Konsequenzen nicht beschäftigt und aus

den Fehlern der Vergangenheit nicht die notwendigen Konsequenzen gezogen zu haben. Mit einer Zersplitterung der Zahnärzteschaft durch eine schleichende Kompetenzbeschneidung der KZVen ist auch eine schleichende Demontage der Kammern vorstellbar. Vor dem Hintergrund, dass die Politik das Ziel verfolgt, von immer weniger Zahnärzten die Versorgung der Bevölkerung sicherstellen zu lassen, könnte es auch zu noch deutlicheren Einkommensunterschieden unter den Praxen kommen. Dies wiederum könnte negative Auswirkungen z. B. auf die Struktur einer berufsständischen Altersversorgung und deren Sicherstellung durch den unabdingbaren regelmäßigen Beitragsfluß haben und die ohnehin nur schwache Verankerung der Zahnärztekammer (hier kann nur über Erfahrungen in Berlin berichtet werden) im Bewusstsein ihrer Mitglieder als ihr Selbstverwaltungsorgan weiter schwächen.

Für die Berliner Zahnärztekammer kann gesagt werden, dass eine Auseinandersetzung mit diesen Tendenzen und deren Ursachen nicht erkennbar ist. Nach einer Phase des Aufbruchs Anfang der 90er Jahre ist die derzeitige Arbeit der Berliner Zahnärztekammer wie schon in früheren Jahren davon gekennzeichnet, dass auf gesundheitspolitische Herausforderungen (z.B. Berufsordnung, Fortbildung, Qualifizierung der Helferinnen) erneut eher nur reagiert wird. Stattdessen wäre es an der Zeit, diese Entwicklungen frühzeitig und breit zu diskutieren und gestaltend auf sie Einfluß zu nehmen.

## Eine unendliche Geschichte

PETER NACHTWEH, Berlin

In den vergangenen Monaten erhielt die Berliner Zahnärzteschaft nicht nur von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin zahlreiche Rundschreiben und sogar Sonderrundschreiben, die alle nur ein Thema hatten: Aktuelle Mitteilungen zur Honorarrückforderung der Jahre 1997 – 1999. Und fast wie bei einem Sängerwettstreit meldeten sich zwischendurch auch noch die Interessengemeinschaft Zahnärzte Berlin (IZB), einige Rechtsanwälte und der Justiziar zu Wort und Widerwort.

Es geht um viel Geld, etwa um 114 Millionen DM. Das ist die Summe, die die Berliner Zahnärzteschaft in den Jahren 1997 bis 1999 durch zahnärztliche Leistung im konservierenden und chirurgischen Bereich erarbeitet hat, die aber durch Budgetierung und eine nachträgliche vertragliche Vereinbarung mit den Krankenkassen für diese Jahre über die KZV nicht zur Auszahlung gelangen konnte.

Natürlich hat die Vertreterversammlung der KZV Berlin für den Fall einer Budgetüberschreitung einen Honorarverteilungsmaßstab beschlossen, von dem man glaubte, er würde das Abrechnungsverhalten der Zahnärzte nach unten regulierend beeinflussen, aber eine Budgetüberschreitung hat

dieser HVM leider nicht verhindert. Nachdem dann im Jahre 2000 endgültig feststand, welche Kürzungen jede Praxis zu erleiden habe, erließ die KZV die entsprechenden endgültigen Honorarbescheide. Im Ergebnis, bei konsequenter Anwendung des HVMs, wurden die Praxen nicht entsprechend der prozentualen Budgetüberschreitung im Honorarvolumen gekürzt. Praxen, die die ihnen zugewiesene, nach dem HVM berechnete Leistungsmenge überschritten, haben dabei mehr zum Budgetausgleich beigetragen, als diejenigen Praxen, die in ihrem Limit geblieben sind oder dieses sogar unterschritten haben. Letztendlich musste aber jeder seinen Teil zum Budgetausgleich beitragen, und die KZV beeilte sich, zuviel ausgezahltes Geld wieder zurückzufordern und einzusammeln.

Und spätestens jetzt wurde so manchem klar, um welche Summen es eigentlich ging. Solange die quartalsmäßigen Abschlagszahlungen mit einer 10%-tigen Kürzung zur Auszahlung gelangten, wurden die Verluste zwar unerschwinglich registriert, aber mit einem zusätzlichen Rückforderungsbescheid über 100.000,00 DM und mehr war die Schmerzgrenze bei einigen eindeutig überschritten.

Von 3069 betroffenen Praxen haben sofort 1057 Widerspruch gegen die

Honorarbescheide eingelegt. Das heißt nicht, dass die restlichen 2012 Praxen mit den Bescheiden einverstanden waren. Man konnte die prozessualen Entwicklungen in Ruhe abwarten, weil der Vorstand der KZV für den Fall eines höchstrichterlichen endgültigen Urteils für alle die Gleichbehandlung zugesichert hatte. Aber dieses endgültige Urteil wird erst in einigen Jahren vom Bundessozialgericht gefällt werden. Bis dahin melden die Parteien wechselweise Siege und Niederlagen, bis zum heutigen Tage allerdings mit einem deutlichen Plus auf Seiten der Zahnärzte, die als Kläger gegen ihre KZV von einem Beschluss des Landessozialgerichtes Berlin profitieren, der die KZV verpflichtet, vorläufig bis zum Eintritt der Rechtskraft der Entscheidung in der Hauptsache die einbehaltenen Beträge zuzüglich der weiteren bereits einbehaltenen Teilbeträge zurückzuerstatten. Und das kostet Geld. Geld, über das die KZV nicht verfügt, das nur über eine Kreditaufnahme ausgezahlt werden kann. Die Zinsen belasten die zahnärztliche

Gemeinschaft. Sollte die KZV in einigen Jahren die Rechtmäßigkeit ihrer Bescheide vom BSG bestätigt bekommen, bleibt rechnerisch alles beim alten Zustand. Außer Spesen mit vielen Aufregungen und gegenseitigen Unterstellungen ist dann nichts gewesen. Ergeht das Urteil gegen die KZV, droht eine erneute Prozesslawine. Denn von den 2012 Praxen, die keinen Widerspruch eingelegt haben, werden 1340 mit der Anwendung ei-

ner Quotierung eine höhere Rückzahlung an die KZV leisten müssen, wenn alle Bescheide aufgehoben werden. Dann haben bewusste Einschränkungen im Leistungsangebot in den Jahren 97 bis 99 ihren Wert verloren. Merkwürdigerweise würden auch 457 Praxen, die aus welchen Gründen auch immer schon heute Widerspruch eingelegt haben, eine höhere Kürzung erfahren, sich also wirtschaftlich schlechter stellen. Wie klein muss das Vertrauen dieser Zahnärzte in eine ordnungsgemäße Geschäftsführung ihrer KZV sein? Und wie verhält sich nun der Vorstand der Berliner KZV als Hauptverantwortlicher bei diesen Auseinandersetzungen, die sich nicht nur vor Gericht abspielen, sondern über die Vertreterversammlung bis an die zahnärztliche Basis hinunterreichen und in den Verbänden kontrovers diskutiert werden?

"Es sind Fehler gemacht worden", gesteht Herr Dr. Husemann ein, um im gleichen Atemzug fortzufahren: "Ich würde allerdings wieder so entscheiden". Bedeutet das, dass man aus Fehlern nichts mehr lernen kann? Wenn dem so ist, stehen der Berliner Zahnärzteschaft noch viele endlose Geschichten bevor.

**Redaktionsschluß forum 78:  
5. Juli 2002**

**Redaktionsleitung:  
Dr. Peter Nachweh**

peter.nachtweh@buz-berlin.de  
Kaiserdamm 97, 14057 Berlin  
Tel: 030 302 30 10

## Standing Ovations für begrenzte Leistungen

ROLAND ERNST, Edewecht

*Eines der wichtigsten gesundheitspolitischen Anliegen der rot-grünen Regierung war die Anpassung des zahnärztlichen Leistungs- und Bewertungskataloges an die aktuellen wissenschaftlichen und ökonomischen Vorgaben. Es gibt wohl auch unter den Zahnärzten kaum jemanden, der diese Notwendigkeit nicht einsieht.*

Der DAZ hatte sich schon vor der Verabschiedung des Gesetzes (1999) bei der Politik erfolgreich dafür eingesetzt, den dafür erforderlichen zeitlichen Rahmen für die Selbstverwaltung nicht zu eng zu ziehen.

Danach haben wir geradezu gebetsmühlenhaft die Spitzenorganisationen auf Zahnärzte- und auf Krankenkassenseite zu einem gemeinsamen Studienprojekt zu überzeugen versucht: Wenn man schon ideologisch bei der Lösung von nur gemeinsam zu lösenden Aufgaben auseinanderliegt, hätte man sich doch zumindest in der wissenschaftlich-technischen Vorarbeit mit einem Minimum an gutem Willen zusammuntun können. Über die Interpretation und Bewertung der gemeinsam und unter gegenseitiger Kontrolle der jeweils anderen gemessenen Ergebnisse hätte man dann hinterher immer noch ausgiebig Gelegenheit gefunden, sich zu streiten. Der DAZ hat bei seinem Einsatz für ei-

ne technische Zusammenarbeit seine gesamten bescheidenen Mittel sowohl in der Politik (Frau Ministerin Fischer und auch Herr Kirschner hatten Unterstützung zugesagt) als auch bei der BZÄK (wo er offene Ohren fand) wie auch bei den Kassen-Spitzenverbänden eingesetzt. An denen prallte aber jeder Gedanke an Kooperation genauso ab wie am Vorsitzenden der KZBV, der nicht einmal an seinem Vorstandstisch eine Diskussion zu diesem Thema zuließ.

Beide Lager haben ihre Studien mit Millionenaufwand abgeschlossen. Laut Gesetzauftrag muss bis Ende Juni 2002 der Bundes (Bewertungs-) Ausschuss nun einem neuen BEMA gestalten.

Die Krankenkassen-Studie hat gesetzeskonform den Zeitaufwand für alte und neue präventionsorientierte und minimalinvasive Leistungen gemessen und in Relation zueinander gesetzt, die Ergebnisse ökonomisch und steuerungspolitisch interpretiert und das Ganze unverzüglich veröffentlicht. Sie sieht nun den schon terminierten Ausschuss-Sitzungen gelassen entgegen.

### **Wie verhält sich die Zahnärzteseite?**

Sie hatte zwar spät, aber immer noch Monate vor den Krankenkassen, ihr



# Praxis zwangsweise geschlossen! Und die Kosten?



Stellen Sie sich vor, Ihre Praxis ist seit gestern geschlossen – ganz gleich, ob der Praxisbetrieb wegen Krankheit, Unfall, Quarantäne oder Sachschaden unterbrochen ist!

Wie lange können Sie aus privatem Vermögen Ihre laufenden Betriebskosten bezahlen? Einen Monat, zwei Monate, länger? – Oder wie viele Ihrer Kollegen, gar nicht?

Wir haben die Lösung: Die INTER Praxis-Ausfallversicherung!  
Sichern Sie sich Ihre Existenz!



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  
www.inter.de  
E-Mail aerzteservice.HV@inter.de

Bitte senden Sie mir weitere Informationen zum Thema Praxis-  
Ausfallversicherung.

Bitte rufen Sie mich zur Terminabstimmung an.

Absender / Praxis-Stempel:

Studien-Design festgelegt. Unter Federführung des IDZ in enger Zusammenarbeit mit der DGZMK entstand vermutlich das Modell einer Zahnheilkunde mit Therapieschrittlisten, Psycho-Aufwand und vielem anderen mehr.

Was steckt sonst noch drin? Wir dürfen es nicht wissen! Zum Zeitpunkt der Niederschrift dieses Artikels war noch nichts bekannt geworden! Eine offizielle Anfrage bei der BZÄK am 20. März 02 wurde beschieden, dass NICHTS veröffentlicht wird, selbst die Delegierten und die Vertreter wurden über den Inhalt nicht informiert.

### Wo leben wir eigentlich?

Spätestens seit Galilei gilt es im aufgeklärten Abendland als unfein, wissenschaftlich ermittelte Informationen zu unterdrücken, es sei denn, sie gefährden die Sicherheit von Menschen. Ausnahmen finden sich in den Lagern der Glaubenskrieger und/oder der ideologisch Verblendeten, in schlechter Gesellschaft also. Glaubt man, mit Unterdrücken von Informationen seinem Ziel der Kostenerstattung und den Wahlleistungen bei befundorientierten Zuschüssen näher zu kommen? Wohl doch kaum!

Also will man etwas verhindern. Soll die Öffentlichkeit nicht merken, welche Riesenlücke zwischen dem Zeitaufwand für Qualität und der abgerechneten Leistungsrealität klafft? Müsste es nicht das erklärte Ziel einer seriösen Standesführung sein, genau

in diese Lücke den Finger zu legen und immer wieder bei der Gesundheitspolitik, aber auch gegenüber den Versicherern, den Patienten und auch natürlich gegenüber den Kolleg/innen für mehr Glaubwürdigkeit und Vertrauen zu sorgen?

### DAZ und BUZ haben seit ihrem Bestehen für dieses Ziel gekämpft.

Bei der Neuwahl des KZBV-Bundesvorstandes wurde wieder einmal die Chance vertan, den vom FVDZ verordneten, schon über drei Jahrzehnte währenden Stillstand zu überwinden – als ob es keinen Staehle, keinen Sachverständigenrat und kein Lernen aus eigenen Fehlern gäbe.

#### KLEINANZEIGEN

Praxis abzugeben im Bezirk Köpenick-Treptow, 2 Behandlungszimmer, Termin nach Absprache. Tel. dienstlich 030/63922407, Tel. privat 033762/40307

Zahnarzt sucht Kollegen/in zum Einstieg in bestehende Praxis (als angestellter Zahnarzt/ärztin oder selbstständig). Infos ans DAZ-Büro, Tel. 0221/973005645, Fax 0221/7391239, Mail [daz.koeln@t-online.de](mailto:daz.koeln@t-online.de)

Zahnarztpraxis im Großraum Essen/Düsseldorf baldmöglichst abzugeben. Informationen: G. Krentscher, Ganspohlerstr. 5, 40764 Langenfeld, Tel. 02173/21021, Fax 02173/21026

# GOZ-Analyse der BZÄK

Veröffentlichung im Januar 2002

STEFAN GÜNTHER, Berlin

*Das Projekt GOZ- Analyse läuft bereits seit 5 Jahren als Gemeinschaftsarbeit der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und des Institutes der Deutschen Zahnärzte (IDZ) sehr erfolgreich.*

In einem Schreiben wurden im Januar 2002 alle teilnehmenden Zahnärzte/innen über den Stand der Auswertung des Datenmaterials und verschiedene Begleitaspekte informiert. Im Wesentlichen ist die Aufbereitung des Datenmaterials veröffentlicht in einem Artikel in der ZM Nr. 2 vom 16.01.2002 mit dem Titel "Der Steigerungssatz ist noch nicht ausgeschöpft."

Allen, die diese für unser Liquidationsverhalten wichtigen Daten noch nicht kennen, sei der Artikel dringend zur Lektüre empfohlen.

In einem weiteren Anhang zu dem Schreiben der BZÄK ist ein Abdruck einer Anfrage zu den GOZ-Steigerungssätzen an die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit, Frau Schaich-Walch, zu lesen. Dieses Beispiel soll zeigen, wie wichtig das GOZ-Analyse-Projekt auch für die Politik ist.

## Frage des Abgeordneten Anton Pfeifer (CDU/CSU):

*Wie hoch ist nach den der Bundesregierung vorliegenden Informationen der Anteil der Arzt- und Zahnarztrechnungen, in denen für privatärztliche und privat Zahnärztliche Leistungen der Regelhöchstsatz der "Begründungsschwelle" unterschritten wird, und ist die Bundesregierung aufgrund der tatsächlichen Abrechnungspraxis der Ansicht, dass der in den Gebührenordnungsvorschriften enthaltene Gebührenrahmen insgesamt ausreichend differenziert angewendet wird*

## Antwort der Parlamentarischen Staatssekretärin Gudrun Schaich-Walch vom 07.11.01:

*Nach den der Bundesregierung vorliegenden Informationen, die sich auf Rechnungsauswertungen des Verbandes der privaten Krankenversicherungen e.V. im Jahre 1999 stützen, liegt der Anteil privatärztlicher Leistungen, bei denen der Regelhöchstsatz der sog. Begründungsschwelle unterschritten wird, im ambulanten Bereich bei 4,56% und im stationären Be-*

reich bei 3,07% aller abgerechneten Leistungen. Bei privatärztlichen Leistungen beträgt der entsprechende Anteil 8,14%. Weit überwiegend werden für privatärztliche und privatärztliche Leistungen Gebühren in Höhe der Schwellenwerte in Rechnung gestellt, die jeweils in der Mitte des Gebührenrahmens liegen

**Frage des Abgeordneten Anton Pfeifer (CDU/CSU):**

*Ist die Bundesregierung der Ansicht, dass aufgrund der tatsächlichen Abrechnungspraxis auch hier ein Novellierungsbedarf bei den entsprechenden Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte und der Gebührenordnung für Zahnärzte besteht, und wird die Bundesregierung eine Novellierung dieser seit langem unverändert gebliebenen Gebührenordnungen noch bis zum Ende der Legislaturperiode des Deutschen Bundestages vorschlagen*

**Antwort der Parlamentarischen Staatssekretärin Gudrun Schaich-Walch vom 07.11.01:**

*Mit einer Novellierung der Gebührenordnungen für Ärzte und für Zahnärzte ist in dieser Legislaturperiode nicht mehr zu rechnen. Hinsichtlich der Frage einer stärker differenzierenden Gebührenbemessung wird im Übrigen davon*

*auszugehen sein, dass sich im Durchschnitt aller Leistungsabrechnungen eine die gesamte Bandbreite des Gebührenrahmens erschöpfende Differenzierung der Gebührenbemessung vom rechnerischen Ergebnis her nicht wesentlich von der überwiegend schematisch auf die Schwellenwerte abstellenden heutigen Liquidationspraxis unterscheiden dürfte. Zudem dürfte sich eine im Interesse einer einzelfallgerechteren Leistungsabrechnung wünschenswerte Rückkehr zu einer stärker differenzierenden Gebührenbemessung letztlich nur durch die Aufgabe der Begründungspflicht für schwellenwertüberschreitende Liquidationen erreichen lassen. Gerade infolge der Begründungspflicht konnte aber ein kontinuierliches Ansteigen des durchschnittlich berechneten Steigerungssatzes, wie es vor Einführung der Schwellenwerte zu beobachten war, verhindert werden. Damit ist zumindest hinsichtlich der Höhe der Gebührenbemessung eine Stabilisierung im Abrechnungsverhalten eingetreten, deren Wirkung auf die Entwicklung privatärztlicher Honorare und der damit für Privatpatienten verbundenen Kosten nicht unterschätzt werden sollte*

Der letzte Satz der Ausführungen von Frau Schaich-Walch zeigt, dass die grundsätzliche Zielrichtung der Politik nicht eine gerechte Honorarsituation für die Erbringung von ärztlichen/

zahnärztlichen Leistungen ist, sondern dass Politik unter diesem Aspekt als Verhinderung der Honorarentwicklung im Bereich der GOÄ/GOZ verstanden wird. Es bleibt die Frage: Cui bono?

### **Die meisten von uns werden sich noch erinnern:**

Die Gebührenordnung von 1988 (GOZ '88) wurde per Gesetz zum Jahresbeginn 1988 erlassen. Berechnungsgrundlage war die Bundesgebührenordnung vom März 1965 (BUGO '65), die kostenneutral in die neue Gebührenordnung umgesetzt wurde. Bei dieser kostenneutralen Umstellung war von der Bundesregierung und den Bundesländern beabsichtigt, die neueren Fachgebiete Prophylaxe, Parodontologie und Implantologie dergestalt in das Gebührenkonzept einzubinden, dass man die hierfür notwendigen Mittel aus den Fachgebieten Zahnersatz und Kieferorthopädie entnommen hat. Die Honorare für Zahnersatz und Kieferorthopädie wurden demzufolge abgesenkt!

Seit 1988 ist nun die Leistungsbewertung in der Zahnheilkunde nicht mehr angepasst worden, ja eigentlich seit März 1965 nicht mehr! Gegenüber der Ausgangssituation bei Inkrafttreten der GOZ '88 hat sich die Kaufkraft des Geldes gravierend vermindert. Zum Ausgleich nur des Kaufkraftverlustes wäre ein Zuschlag von 38% erforderlich. (Hier wird auf den Monats-

bericht der Deutschen Bundesbank Annahme 1995 laut Sachverständigenrat und weitere jährliche Kostensteigerungen von 3% auf den Preisindex Bezug genommen.)

Was kann nun die Ursache für die Entwicklung sein, die sich bei der privaten Leistungserbringung eines Zahnarztes hinsichtlich der Vergütung immer mehr der Leistungsbewertung in der gesetzlichen Krankenversicherung annähert? Der Stuttgarter Anwalt Prof. Zuck kommt zu dem Ergebnis, dass zum Einen die Gestaltung des Beihilferechtes des Bundes und der Länder und zum Anderen die wirtschaftlichen Interessen der Unternehmen privater Krankenversicherer ins zentrale Blickfeld rücken. Die privaten Krankenversicherer sind daran interessiert, den Kreis ihrer Versicherten auszudehnen und möchten dabei ein der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbares Gebührenniveau anstreben. Der Staat verfolgt die gleichen Interessen, um auf diese Weise nicht zugeben zu müssen, dass Sozialleistungen (Beihilfeleistungen) nicht mehr in dem bisherigen Umfang geleistet werden können. Hier ist es einfacher, die längst fällige Anpassung der Gebührenordnung zu blockieren.

Die Erbringung von Dienstleistungen ist besonders personalintensiv und kaum rationalisierbar, sodass die Preisentwicklung in diesem Sektor regelmäßig deutlich oberhalb der Entwicklung der Lebenshaltungskosten liegt.

**GOZ  
Analyse**

**BZAK**

Ein Gemeinschaftsprojekt  
von BZÄK, KZBV und IDZ

Notare Rodert & Adenauer  
Herrn Sven Hohenegg  
Hohenstaufering 57

50675 Köln

**Anmeldeformular  
für die Teilnahme an der  
GOZ-Analyse**

Die GOZ-Analyse ist eine auf Dauer angelegte, regelmäßige Erhebung und Auswertung von Daten der zahnärztlichen Privatliquidation.

Der Datentransfer erfolgt ausschließlich über einen Datentreuhänder, so daß die Anonymität der Teilnehmer gewahrt bleibt.

Teilnehmen können Zahnärzte mit den Programmen ChreMaDent, CD3, ZVG/Zahnarztrechner, HighDent, DS-Win und Z1.

Hiermit möchte ich mich zur Teilnahme an der GOZ-Analyse anmelden.

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
(Praxisstempel) Unterschrift

Bitte in einen Fensterumschlag an oben genannte Adresse senden!  
Oder per Fax an den Datentreuhänder 0221 / 921 52 52.

**Besten Dank für Ihre Mühe.**

GOZ-Analyse, Bundeszahnärztekammer  
10115 Berlin · Chausseestraße 13 · Telefon (0 30) 4 00 05 ñ 112 · Telefax (030) 4 00 05 ñ 119  
E-Mail: b.koch@bzaek.de  
Am besten erreichen Sie uns: Di. - Do. 9:00 - 14:30 Uhr

Am 13. Februar 2001 hat das Bundesverfassungsgericht in der 2. Kammer des 1. Senates einstimmig beschlossen, eine zahnärztliche Verfassungsbeschwerde zur GOZ '88 nicht zur Entscheidung anzunehmen. Unter anderem heißt es in der Begründung: "Eine Verletzung von Grundrechten und grundrechtsgleichen Rechten ist nicht ersichtlich, solange der Beschwerdeführer von den Gestaltungsmöglichkeiten, die ihm die Gebührenordnung für Zahnärzte eröffnet, keinen Gebrauch macht."

In der Gebührenordnung sind allerdings die übergeordneten Gründe für eine Steigerung der Abrechnungsposition genau festgelegt. Eine Begründung mit dem Ausgleich des Kaufkraftschwundes oder Ähnliches ist dort nicht zu finden. Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit würden die PKVen das im Leistungsfalle auch zur Geltung bringen. Insofern scheinen die Kenntnisse der Gebührenordnung und seiner Rahmenbedingungen bei den Richtern in diesem Punkt nicht so präzise gewesen zu sein.

Würde man den Kostenanstieg in der Praxis am Multiplikator in der Gebührenordnung festmachen, so ergäbe sich für Leistungen, die wir 1988 mit dem 2,3fachen Gebührensatz (sog. Schwellen- oder Mittelwert) bemessen haben, nunmehr der 3,2 fache Multiplikator.

Die Staatssekretärin Schaich-Walch beantwortet die Fragen des Abgeord-

neten Pfeifer mit Bezug auf Datenmaterial aus Rechnungsauswertungen des Verbandes der privaten Krankenversicherungen e.V. aus dem Jahre 1999. Die wesentlich umfangreichere und aussagekräftigere Datenbasis der BZÄK war ihr nicht bekannt! Glücklicherweise konnte dies geändert werden. Die Daten wurden ihr zur Kenntnis gebracht.

Welche Möglichkeiten bleiben der Zahnärzteschaft, eine Änderung der bestehenden Verhältnisse und Entwicklungen zu erreichen?

Wenn sich für unseren Berufsstand eine Möglichkeit bietet, ohne emotionale Begleitmusik mit Fakten Argumentationsgrundlagen zur Anpassung der GOZ zu liefern, dann ist es die GOZ -Analyse, an der möglichst viele Praxen beteiligt sind.

Liebe Kolleginnen und Kollegen: bitte beachten Sie deshalb das nebenstehende Anmeldeformular für die Teilnahme an der GOZ - Analyse und machen von dieser Möglichkeit regen Gebrauch!

### **Guinand-Dentalgerätehandel**

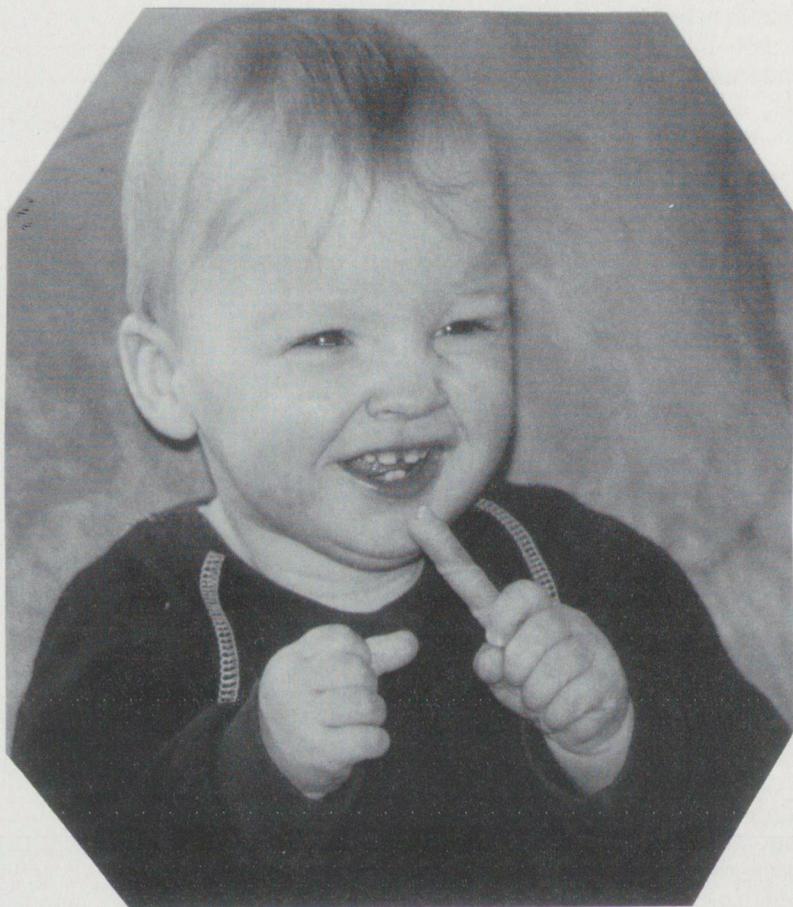
**Deichstr. 8a**

**26382 Wilhelmshaven**

**Tel. 04421/994667, Fax 04421/994669**

**Wir haben ständig eine große Menge günstiger Gebrauchtgeräte mit Garantie für Dentallabors im Angebot.**

MIT ZÄHNEN VON  KANN ER AUCH IM  
ALTER NOCH KRÄFTIG BEISSEN !!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!



SCHUSCHAN DENTALTECHNIK GMBH  
HAHNBUSCHWEG 18  
24147 KLAUSDORF  
TEL. 0431/79874 / 75

# Tätigkeitsschwerpunkte 1

KARL LÖCHTE, Berlin

Hatte im Herbst 2000 noch die Bundesversammlung in Dresden eine Neufassung der Musterberufsordnung beschlossen, so war diese schon am 23.7.2001 durch den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts Makulatur geworden und die unsinnige "Kammer-zertifizierte Fortbildung" war wieder vom Tisch. Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Begründung deutlich und in erfreulich klarer Sprache auf die Grundzüge unserer Berufsausübung hingewiesen und die Verantwortung des einzelnen Zahnarztes betont. Das Gericht wertet Fähigkeiten, besondere Erfahrung und nachhaltige Tätigkeit als entscheidendes Kriterium zur Ausführung zahnärztlicher Tätigkeit und betont die Möglichkeit zur sachlichen Information des Patienten.

Im November 2001 in Mainz beschloss die Bundesversammlung dann durch Änderung der Musterberufsordnung die Zulassung von Tätigkeitsschwerpunkten.

Diesen Umweg hätte sich die Bundesversammlung ersparen können, denn schon 1997 hatte die BZÄK in der Auseinandersetzung mit der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie die Grundsätze zur Ausübung der Zahnheilkunde und Weiterbildung deutlich formuliert. Zur Klarstellung sind diese Grundsätze hier noch einmal aufgeführt:

1. Zur Ausübung der Zahnheilkunde gehören alle unmittelbaren und mittelbaren Maßnahmen zur Verhütung, Feststellung und Behandlung von Krankheiten der Zähne, des Mundes, der Kiefer und der umgebenden Gewebe. Angesichts der sich in der wissenschaftlichen Zahnheilkunde weiterentwickelnden Behandlungsmöglichkeiten kann es eine feste Grenzziehung des Tätigkeitsbereiches der Zahnheilkunde nicht geben.

2. Die Zahnheilkunde stellt einen einheitlichen, unteilbaren Tätigkeitsbereich dar. Der Zahnarzt ist aufgrund seiner Approbation stets berechtigt, die Zahnheilkunde in vollem Umfang auszuüben. Die nach der Weiterbildungsordnung anerkannten Spezialisierungen stellen Teilgebiete innerhalb der Zahnheilkunde dar, zu denen jeder Zahnarzt weiterhin den Zugang behält und auf die sich der weitergebildete Zahnarzt grundsätzlich nicht beschränken muss.

3. Im Rahmen des rechtlich zulässigen Tätigkeitsbereiches darf der Zahnarzt nur solche Maßnahmen durchführen, zu denen er aufgrund seiner durch Aus-, Fort- und Weiterbildung vermittelten Kenntnisse und Fähigkeiten tatsächlich in der Lage ist. Eine kollegiale und interprofessionelle Zusammenarbeit kann zur Risikominderung genutzt werden.

Diese Grundzüge werden durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes gestärkt und die tatsächlich vorhandenen Fähigkeiten dem Zertifikat gegenüber richtig gewichtet.

Besonders Punkt 3 verdient Beachtung. Entscheidend für die Durchführung von zahnärztlichen Maßnahmen ist die tatsächlich vorhandene Qualifikation des Behandlers. Es ist völlig unerheblich, wie der Zahnarzt diese Qualifikation erworben hat, ob durch Kurse, Bücher, Videos, kollegiale Gespräche, Hospitationen oder was auch immer. Kein Zertifikat oder Titel wird den Behandler vor Gericht schützen, sondern nur der Nachweis von erfolgreich durchgeführten Behandlungen. Die vielen Fortbildungsbescheinigungen und Zertifikate mögen, im Wartezimmer zur Schau gestellt, den Anerkennungsdefiziten der jeweiligen Kollegen nützen, mehr können sie nicht leisten. Ebenso betont die Flut von Zertifizierungen mehr die Bedeutung der ausstellenden Institution, als dass sie dem Zertifizierten nützt.

Hilfreich und sinnvoll dagegen wäre eine Art von "Stiftung Fortbildungstest", die Referenten und Fortbildungsveranstaltungen bewertet und dem Zahnarzt Entscheidungshilfen für die Auswahl an die Hand gibt.

In der Therapie zählt jedoch die lege artis durchgeführte Behandlung und für diese trägt der Behandler die alleinige Verantwortung.

Der Deutlichkeit halber wiederhole ich: Der Zahnarzt darf daher nur solche Maßnahmen durchführen, zu denen er auf-

grund seiner durch Aus-, Fort- und Weiterbildung vermittelten Kenntnisse und Fähigkeiten tatsächlich in der Lage ist. Diese Aussage bildet auch die Basis für jede weitere qualitätssichernde Maßnahme.

Um Missverständnissen vorzubeugen, stelle ich hier klar, dass ich nicht einem Laissez-Faire in der Qualitätssicherung das Wort rede, sondern fest davon überzeugt bin, dass die Qualitätssicherung Schiffbruch erleiden wird, wenn wir diese Zertifizierungswut weiter voran treiben und dadurch entscheidende Weichenstellungen in der Qualitätssicherung verpassen.

Wenn das Bundesverfassungsgericht nun dem Zahnarzt erlaubt, zur sachlichen Information der Patienten seine Schwerpunkttätigkeit auf dem Praxisschild auszuweisen, so ist dieses sicher kein Grund zur Panik, sondern nur konsequent. Der Missbrauch wird auch begrenzt bleiben, denn Ankündigungen ohne entsprechende Leistung sind eher schädlich für den Ruf.

Wichtig scheint mir jedoch zu sein, dass die Kammern die Tätigkeitsschwerpunkte definieren und die Begriffe festlegen, die diese Schwerpunkte deutlich und allgemein verständlich beschreiben.

Mit der Zulassung von Tätigkeitsschwerpunkten wird natürlich auch die Weiterbildung in einem anderen Licht erscheinen. Hat die Musterweiterbildungsordnung der BZÄK bis jetzt noch die Bezeichnung Zahnarzt für Kieferorthopädie, Oralchirurgie und öffentliches Gesundheitswesen, so sollte jetzt aus Gründen der Abgrenzung die Bezeichnung Fachzahnarzt für

.... angewendet werden. Wie weit als Tätigkeitsschwerpunkte auch die Weiterbildungsgebiete genannt werden können, wird letztlich noch geklärt werden müssen. In dem Urteil des Verwaltungsgerichtshofes Baden-Württemberg vom 10. Juli 2001 wird ausdrücklich anerkannt, dass die weitergebildeten Zahnärzte eine grundrechtlich geschützte Rechtsposition mit ihrer Weiterbildung erworben haben und das Kammerzertifikat "Fortbildung in Kieferorthopädie" sowie "Fortbildung in Oralchirurgie" in diese Rechtsposition eingegriffen hätte. Hier besteht noch Koordinierungsbedarf durch die BZÄK.

Wie weit die Musterberufsordnung in den einzelnen Kammern als Körperschaften des öffentlichen Rechts durchgesetzt wird, ist jedoch eine andere Frage. Hier zeigt sich wieder das Dilemma der BZÄK, die als e.V. nur Koordinierungsaufgaben wahrnehmen kann und bundesweit Konsens herstellen muss, während in den Ländern oft Sonderwege beschritten werden, zwar im Sinne eines Föderalismus, der Sache aber meistens nicht förderlich und in der europäischen Koordinierung sicher kontraproduktiv.

## Tätigkeitsschwerpunkte 2

**Tätigkeitsschwerpunkte sind ungeeignet zur Qualitätssicherung.  
Eine direkte Antwort auf den Artikel des Kollegen Löchte.**

EBERHARD RIEDEL, München

Wäre das nun wirklich eine befreiende Erkenntnis? Die Zahnärztin/der Zahnarzt behandelt bitte in Zukunft nur noch das, wozu sie/er sich, auf welche Weise auch immer qualifiziert hat, und wir müssen uns fortan um Qualitätssicherung keine großen Gedanken mehr machen !? Wird durch den Standpunkt des Bundesverfassungsgerichtes, alle vorgenommene Behandlung läge im Verantwortungsbereich des Zahnarztes, für unseren Berufsstand wirklich etwas gewonnen? In ‚erfreulich klarer Sprache‘ wird hier doch nur ein alter juristischer Hut verkauft, der es lediglich den Gerichten ‚erfreulich‘ einfach macht, uns ohne große Umschweife für Kunstfehler zu belangen. Denn wenn

lediglich nicht näher definierte bzw. nachgewiesene ‚besondere Erfahrungen‘ oder ‚nachhaltige Tätigkeiten‘ als Voraussetzung für die ‚verantwortliche‘ Durchführung einer Behandlungsmaßnahme reichen, dann fällt dem Richter das Urteil ‚Kunstfehler‘ wesentlich einfacher, als wenn noch zusätzlich Beweis geführt werden müsste über die wirkliche Eignung des Behandlers.

Gerade aus Sicht des Patienten kann die pauschale Beschränkung auf zahnärztliche Selbsteinschätzung und fortbildungsorientierte Eigenverantwortung in überhaupt keiner Weise genügen. Um unter dem Gesichtspunkt des Verbraucherschutzes Patienten eine echte Entscheidungshilfe über die ‚tatsächlich vorhandene Qualifikation‘ in die Hand zu

geben, reicht es gerade nicht, es einfach dem Zufall zu überlassen, ob ein Zahnarzt seine vorgegebenen Fähigkeiten durch Kurse, Bücher, Videos, kollegiale Gespräche etc. oder aber gar nicht erworben hat.

Nach der Liberalisierung der Inhalte von Praxisschildern muss doch geradezu damit gerechnet werden, dass, zumindest in den Ballungsräumen, Tätigkeitsschwerpunkte auf den Praxisschildern erscheinen, die eben keiner echten Qualifikation des Praxisinhabers entsprechen. In unserer werbe- und konsumorientierten Gesellschaft dürfte aber manch anreißerisches Praxisschild vom gutgläubigen Patienten als Anzeige tatsächlicher Fähigkeiten missinterpretiert werden.

Es fällt schwer, hier an eine Selbstregulierung zu glauben. Die Erfahrung lehrt ja gerade, dass mangelhafte Behandlungsleistungen eben nicht direkt schädlich für den Ruf des Behandlers sind. Vielmehr ist sogar oft das Gegenteil der Fall. Unverantwortlich für den gesamten Berufsstand war es schon immer, der Schlechtbehandlung von Patienten so lange tatenlos zuzusehen, bis sich meist erst nach Jahren oder Jahrzehnten eine nachlassende Patientenakzeptanz von allein eingestellt hat.

Begrüßenswert ist in jedem Falle der Vorschlag, das überreichlich vorhandene Fortbildungsangebot unter qualitätsfördernden Gesichtspunkten genauer unter die Lupe zu nehmen, hier die reichliche Spreu vom wenigen Weizen zu trennen und den Kollegen Entscheidungshilfen für geeignete Veranstaltun-

gen zu geben. Freiwillige Teilnahme an qualifizierten Fortbildungen sollte aber erst dann auch zum Ausweisen von Fähigkeiten berechtigen dürfen, wenn zusätzlich noch ein weiterer Schritt gegangen wird: Nach Festlegung von zumindest jeweils kammerweit einheitlichen Fortbildungsstrukturen muss es für alle interessierten Kollegen einer vollständigen Teilnahme an allen jeweils vorgeschriebenen Pflichtveranstaltungen bedürfen, um eine gewünschte Zertifizierung zu erhalten. Eine straffe Organisation des Fortbildungsangebotes würde gleichzeitig auch die befürchtete Zertifizierungsflut verhindern. Die Liberalisierung der Schildinhalte ohne wirkliche Regularien kommt also eindeutig zu früh. Schade, dass hier die nötigen Hausaufgaben versäumt und echte Chancen zu glaubwürdiger Qualitätssicherung verpasst wurden.

Eine derart realisierte qualitätssichernde Fortbildung wird in jedem Fall erreichen, dass bei denjenigen, die diese freiwillig durchführen, die Zahl der unterdurchschnittlichen bzw. unbrauchbaren Behandlungsergebnisse sinken wird. Richtig ist natürlich auch, dass dem Behandler vor Gericht auch die konsequenteste Fortbildung nichts nützt, wenn der Kunstfehler dann doch passiert ist. Wer aber ohne Zweifel von sinnvoller Zertifizierung profitieren würde, sind unsere Patienten, sofern sie nicht durch eine nichtssagende Beliebigkeit von Schildinhalten weiter verunsichert werden. Unsere Pflicht ist es daher, die Strukturen zur Wiedererlangung des Patientenvertrauens aktiv zu schaffen.

## Die aktuelle Finanzsituation in der GKV

PETER NACHTWEH, Berlin

*Kann die Zahnärzteschaft in Deutschland den Zusammenbruch der gesetzlichen Krankenversicherung verhindern? Welche Auswirkungen hat eine weitere Abwertung der zahnärztlichen Leistungen auf die Belastungen der Beitragszahler?*

Stimmt die Behauptung, die GKV sei finanziell am Ende? Diese Fragen muss man sich stellen, wenn man einerseits weiß, dass der Anteil der Ausgaben für zahnärztliche Behandlungen in den vergangenen Jahren von einem Höchststand von 16% auf nunmehr etwa 8% abgesunken ist, auf der anderen Seite aber die gesetzlichen Krankenversicherungen im Jahre 2002 einen durchschnittlichen Beitragssatz von 14% erreicht haben. Also verpuffen die Einspareffekte bei den Zahnärzten, weil gleichzeitig mit den freigewordenen Mitteln andere Löcher im Gesundheitswesen gestopft werden. Welche Sinn hat es dann noch, den Politikern Reformvorschläge (z. B. Grund- und Wahlleistungen) zu unterbreiten, wenn die Patienten für die höhere finanzielle Belastung beim Zahnarztbesuch keine Entlastung in ihrem Beitragssatz erfahren? Dagegen könnten die Beitragssätze um 1,5 Prozentpunkte gesenkt und damit die Krankenkassen um rund 14 Milliarden Euro entlastet werden, wenn der Staat die Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen und die gegenwärtigen Beitragsvergünstigungen für Studenten, Arbeitslose und Familienmitglieder übernehmen würde.

Was haben Mutterschafts- und Entbindungsgeld, Empfängnisverhütung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch, Sterbegeld und Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes und die Sanierung der Rentenkassen mit der GKV zu tun? Allein diese Leistungen haben einen Wert von 2,3 Milliarden Euro.

Der Vdak hat aufgezeigt, welche Entwicklung der Beitragsklausur durch die Verschiebungen an Bahnhöfen genommen hat.

**Seit 1995:** Absenkung der Beitragsbemessungsgrundlage für Krankenkassenbeiträge der Arbeitslosen auf 80%. Mindereinnahmen: rund 2,5 Mrd Euro

**Seit 1998:** Übernahme der Instandhaltungskosten der Krankenhäuser von den Ländern bei Wegfall der Gegenfinanzierung (Notopfer). Mehrausgaben: 450 Mio Euro p. a.

**Seit 2001:** Weitere Reduzierung der Beiträge für Arbeitslosenhilfeempfänger. Mehrausgaben: 600 Mio Euro p. a.

**Seit 2001:** Krankengeldmehrausgaben durch die Neuregelung EU / BU – Renten. Mindereinnahmen: 715 Mio Euro p. a.

**Seit 2001:** Absenkung des Rentenniveaus im Rahmen der Rentenreform. Mindereinnahmen: 150 Mio Euro p. a.

**Seit 2002:** Mindereinnahmen im Rahmen der Rentenreform infolge einer Beitragsfreistellung für private Altersvorsorge. Mindereinnahmen. 250 Mio Euro p. a.

Zur Entlastung anderer Sozialversicherungsträger und der öffentlichen Haushalte wurden der GKV durch gesetzliche Eingriffe seit vielen Jahren Finanzmittel entzogen.

Eine Reformpolitik darf demnach nicht bei den Zahnärzten beginnen. Denn so weit kann keine Honorarabsenkung gehen, dass bei den Versicherten eine Bei-

tragsentlastung spürbar wird. So kann es auch nicht unser Bestreben sein, den Leistungskatalog auf Grundleistungen zu reduzieren. Wir sollten vielmehr dafür sorgen, dass unser Kuchenstückchen an der großen Torte so klein oder so groß bleibt, wie es zur Zeit ist. Die Rechtfertigung für diesen Anspruch verpflichtet uns zur Qualität.

## Heiße Debatten inbegriffen

### DAZ lädt zu Frühjahrstagung mit H. Rebscher

I. Berger-Orsag, Köln

Derzeit bringen die Parteien sich für den Bundestagswahlkampf in Stellung und legen eine nach der anderen auch für das allseits als schwierig eingeschätzte Gesundheitsressort ihre Konzepte vor. Man liest allerlei Bekanntes: Vorschläge wie Qualitätsverbesserung und Kosteneinsparung durch mehr Wettbewerb, Einnahmenerhöhung durch Vergrößerung des Versichertenkreises und Erhöhung der Bemessungsgrenze, Schaffung von Transparenz durch schriftliche Patienteninformationen bis hin zu mehr Wahlfreiheit für die Versicherten, Abwahlmöglichkeit bestimmter Leistungen, Vereinbarung von Selbsthalten und Beitragsrückerstattungen usw. All diese Versatzstücke aus der Reformkiste werden neu gemischt und erlauben den im Bundestag vertretenen Parteien, sich trotz einiger Gemeinsamkeiten doch noch von einander abzuheben. Gleichzeitig melden sich andere Gruppen zu Wort: die Verbände der Leistungserbringer, Arbeitgeber, Gewerkschaften – und nicht zuletzt die Krankenkassen.

Einer ihrer profiliertesten Vertreter, Herbert Rebscher vom Verband der Angestelltenkrankenkassen (VdAK), wird am 4. Mai 2002 in Frankfurt Referent und Gast unserer Frühjahrstagung sein. Wer ihn kennt, weiß, dass er keine Auseinandersetzungen scheut und gelegentlich mit radikalen Vorschlägen Diskussionen entfacht, die nicht allen seiner Kassenkollegen geheuer sind. Zum Beispiel hat er mit der Forderung nach erfolgsabhängiger Bezahlung von Ärzten viel Furore gemacht; aktuell plädiert er für ein Verbot des Wechselns gut verdienender Arbeitnehmer von einer gesetzlichen in eine private Kasse; und schon seit längerem gehört mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern zu seinen Lieblingsthemen. Laut Rebscher hat "die staatliche Steuerung der Versorgung über Monopolstrukturen, Bedarfsplanung und Kontrahierungszwang das Entstehen von Überkapazitäten auf der Angebotsseite gefördert oder zumindest begünstigt" (KFO Zeitung 2/02). Eine solche Entwicklung sieht Rebscher in der Zahnmedizin allgemein und besonders in der Kieferorthopädie, die von 1985 bis 2000 eine Zu-

nahme der zugelassenen Fachzahnärzte für Kieferorthopädie um 80% zu verzeichnen hatte (lt. der 1984 beginnenden KZBV-Statistik gab es bei den Zahnärzten insgesamt von 1984 bis zum 1. Halbjahr 2001 einen Zuwachs von 49%, bei den Kieferorthopäden von 88%, bezogen auf die alten Bundesländer).

Ab wann eine Übersorgung vorliegt, wird bisher kaum seriös diskutiert. Der DAZ jedenfalls hat schon seit Jahren auf die Problematik hingewiesen und u.a. gefordert, durch eine grundlegende Reform des Zahnmedizinstudiums bei gleichzeitiger Veränderung der Betreuungsrelationen (durch Verminderung der Zahl der Studierenden) perspektivisch für weniger und besser ausgebildete Absolventen zu sorgen. Bisher scheitern jedoch alle Reformbemühungen an den für die Entscheidung zuständigen Bundesländern.

Bei unserer Tagung werden uns eine Reihe brennender Fragen beschäftigen: Wie wollen die Kassen und Herr Rebscher die bisherigen Monopolstrukturen aufknacken? Wen wollen sie von den vorhandenen – aus ihrer Sicht zum Teil wohl großenteils "überzähligen" - Vertragszahnärzten "einkaufen"? Welcher Art werden die Verträge sein? Wollen die Kassen beispielsweise kieferorthopädische und oralchirurgische Leistungen nur noch von entsprechend weitergebildeten Zahnärzten einkaufen? Werden sie darauf drängen, dass auch in anderen Bereichen nur noch Spezialisten tätig werden (zum Beispiel Wurzelkanalbehandlungen nur noch vom Endodontisten)? Wie wird das Verhältnis der Kassen zu den KZVen sein, wie zu den mehr oder weniger unabhängigen Genossen-

schaften und zahnärztlichen Zusammenschlüssen, die sich fast überall gebildet haben und für den Tag X als Ersatz-KZVen bereit stehen? Möchten die Kassen eigene Versorgungseinrichtungen aus der Taufe heben? Vor allem aber werden wir wissen wollen, welchem Ziel die Aufhebung der alten und Einführung neuer Vertragsstrukturen letztlich dienen soll. Geht es um eine möglichst günstige Positionierung der einzelnen Kasse im Kassen-Wettbewerb? Geht es um die Verbesserung der Versorgung der Patienten? Wie soll eine solche erreicht werden? In diese Diskussion werden sicher auch manche Argumente einfließen, wie sie im letzten Gutachten des Sachverständigenrates enthalten sind oder derzeit in Zusammenhang mit den Zeitmessstudien und den Vorschlägen für einen neuen BEMA von den Vertragspartnern erörtert werden. Wir rechnen mit interessanten Antworten von Herrn Rebscher.

Sie alle sind herzlich eingeladen zum Diskutieren mit H. Rebscher am Samstag, dem 04. Mai 2002, ab 10.00 Uhr im Bürgerhaus Bornheim, Arnsburger Str. 24, 60385 Frankfurt-Bornheim. Am Nachmittag, ab 14.00 Uhr, folgt eine sicher nicht minder spannende Fach-Fortbildung zu Kiefergelenkserkrankungen mit Prof. J.M.H. Dibbets von der Universität Marburg.

**Nähere Informationen erhalten Sie unter Tel. 0221/973005-45, Fax 0221/7391239 und E-Mail [daz.koeln@t-online.de](mailto:daz.koeln@t-online.de) (I. Berger-Orsag).**

## DAZ zur Neustrukturierung des zahnärztlichen Leistungskataloges:

**Studienergebnisse müssen veröffentlicht und breit  
diskutiert werden!**

**Köln, den 21.03.2002** – *Seit der letzten Gesundheitsreform stehen Krankenkassen und Zahnärzte in der Pflicht, den zahnärztlichen Leistungskatalog BEMA mit dem Ziel stärkerer Präventionsausrichtung und aufwandsgerechter Bewertung der Leistungen zu überarbeiten. Beide Selbstverwaltungspartner haben vor wenigen Tagen die Ergebnisse ihrer wissenschaftlichen Untersuchungen und ihre Vorstellungen zu einem neuen BEMA der Öffentlichkeit präsentiert. Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) hat sich bei seiner Ratssitzung am 16.03.2002 mit den veröffentlichten Aussagen auseinandergesetzt und nimmt hierzu wie folgt Stellung:*

Dass sich die Spitzenverbände der Krankenkassen und die zahnärztlichen Spitzenorganisationen nicht zu einer gemeinsamen Untersuchung des Aufwands zahnärztlicher Leistungen entschließen konnten, ist und bleibt ein Hindernis bei der Umsetzung des gesetzlichen Auftrags. Hieran haben beide Seiten ihren Anteil. Einseitige Schuldzuweisungen gehen an den Realitäten vorbei.

Während die Kassenstudie, durchgeführt vom Institut für Funktionsanalyse im Gesundheitswesen (IFH), seit Wochen auf Papier und als Datei ver-

fügbare ist, zirkulieren die Ergebnisse der zahnärztlichen BAZ II-Studie bisher nur in engsten Funktionärskreisen. Die Öffentlichkeit und vor allem die Zahnärzteschaft, mit deren Beiträgen die Untersuchung durch die Gesellschaft für Betriebsforschung und angewandte Arbeitswissenschaft (GBA) finanziert wird, hat ein Recht auf vollständige Information. Der DAZ fordert eindringlich von den zahnärztlichen Körperschaften, die komplette Studie allen Interessierten zur Verfügung zu stellen, u.a. über das Internet, und eine offene Diskussion hierüber in Gang zu setzen.

Da die Zahnärzte-Studie und hierauf basierende konkrete Vorschläge zur BEMA-Neugestaltung nicht vorliegen<sup>1</sup>, können weitere Überlegungen sich nur auf das von den Kassenverbänden Vorgelegte beziehen. Zunächst einmal begrüßt der DAZ, dass die Krankenkassen (anders als manche Zahnärzterevertreter) davon ausgehen, das bisherige Volumen der vertragszahnärztlichen Versorgung zu erhalten.

Begrüßenswert ist ebenfalls die Zielsetzung, Ungleichgewichte zwischen verschiedenen Teilbereichen der Zahnmedizin abzubauen. Art und Umfang der in diesem Zusammenhang vorge-

<sup>1</sup> heute, ein Tag vor Druck dieser Ausgabe hat der DAZ die BAZ II Studie bekommen.

sehenen Leistungsabwertungen kann der DAZ jedoch nicht nachvollziehen. Grundsätzlich ist aus DAZ-Sicht zu kritisieren, dass bei der Kassen-Studie weitgehend davon abgesehen wurde, Vorgaben für die Therapie (z.B. in Form von Therapieschrittlisten) zu machen und Qualitätskriterien an Behandlungsdurchführung und -ergebnis anzulegen. Bei gleichzeitig nicht nachvollziehbarer, wahrscheinlich nicht repräsentativer Stichprobenauswahl drängt sich der Eindruck auf, dass eine Art "Fließband-Zahnmedizin" gemessen wurde und nicht das, was Realität in deutschen Praxen sein und durch die Vorgaben der Selbstverwaltung gefördert werden sollte - nämlich eine individuelle Betreuung von Patienten.

Bei der Ermittlung der neuen Bewertungen zahlreicher Leistungen wurde von der Delegation an Hilfspersonal ausgegangen, ohne abzuklären, ob in deutschen Praxen so umfangreiche Delegationsmöglichkeiten überhaupt bestehen und genutzt werden. Dabei wurde selbst bei den vom IFH untersuchten Praxen nicht geprüft, ob das eingesetzte Hilfspersonal die erforderliche Qualifikation besaß. Ein neuer BEMA darf nach Meinung des DAZ keinesfalls auf Zeitwerte gestützt werden, die nur unter Zuhilfenahme illegaler Praktiken erreicht wurden.

Die aufgrund der Zeitmessungen vorgenommene Umverteilung der Finanzmittel unter den vorhandenen Leistungen führt in verschiedenen Fällen zu Ergebnissen, die der gewünschten Priorität von Prävention und Zahner-

haltung widersprechen. So beschwören beispielsweise die geplanten Abwertungen bei Wurzelkanalbehandlungen im Seitenzahnbereich oder bei Einzelkronen und bei parodontologischen Leistungen die Gefahr herauf, dass wichtige Leistungen, die letztendlich dem Erhalt von Zähnen dienen, nicht mehr oder nur in unzureichender Qualität erbracht werden.

Diskussionswürdig ist auch, ob - wie in der Kassenstudie geschehen - der Aufwand der zahnärztlichen Leistungserbringung auf den reinen Zeitwert reduziert werden darf. In der Zahnärzte-Studie wurden zusätzliche Parameter erhoben, einzelne Autoren (z.B. Schultz-Bongert sen.) haben bereits vor Jahren komplexe Indikatoren vorgeschlagen. Der zeitliche Aufwand ist sicher der entscheidende, aber nicht der einzige.

Zur Kritik ließe sich noch mehr ausführen. Jedoch darf Kritik nicht zum Feigenblatt verkommen, mit dem von den Mängeln des eigenen (Gegen-)Konzepts abgelenkt wird. Insbesondere die zahnärztlichen Körperschaften sind jetzt aufgefordert, ein eigenes konstruktives, praktikables und durchgerechnetes Konzept vorzulegen.

Der DAZ appelliert an alle Beteiligten, doch noch Konsens zu suchen. Eine gute zahnmedizinische Versorgung unserer Bevölkerung erfordert es, dass alle an einem Strang ziehen.

Für Nachfragen: Wolfram Kolossa, DAZ-Vorsitzender

HypoVereinsbank  
Beratungszentrum für Heilberufe  
Dr. Christine Trapp  
Telefon 030/3 40 04-650  
Mariane Prommer  
Telefon 089/378-4 88 12

# Bohrer sucht Gold.

Sie wollen auf gesunde Art und Weise Wurzeln schlagen? Eine bestehende Praxis übernehmen bzw. abgeben? Oder sind an einer Kooperation interessiert? Dann werfen Sie einen Blick auf unsere **Praxisbörse**.  
Darreichungsform: Online-

Angebote aus dem gesamten Bundesgebiet. Wo Sie auch Ihre eigene Anzeige veröffentlichen können. Natürlich anonym und kostenfrei:  
**[www.hypovereinsbank.de/praxisboerse](http://www.hypovereinsbank.de/praxisboerse)**

Leben Sie. Wir kümmern uns um die Details.

HypoVereinsbank



## Patientenberatung

Ein Erfahrungsbericht aus der Patientenberatungsstelle der Zahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin.

PETER NACHTWEH

*Nach über einem Jahr ehrenamtlicher Tätigkeit in der Patientenberatungsstelle schildert der Autor seine Erfahrungen und fasst die Ergebnisse seiner Bemühungen als Hinweise für die niedergelassene Kollegenschaft zusammen.*

Die Patientenberatungsstelle wurde im Jahre 2000 von den beiden Berliner Körperschaften gemeinsam ins Leben gerufen. Es war in der vergangenen Zeit offensichtlich geworden, dass die Patienten immer häufiger eine neutrale Anlaufstelle für ihre zahnärztlichen Probleme suchen. Gleichzeitig haben die Erfahrungen der vergangenen Jahre gezeigt, dass eine Beratung verknüpft mit einer klinischen Untersuchung doch aussagekräftiger ist. Aus diesem Grund wurde im Zahnärztheaus mit beträchtlichem finanziellen Aufwand ein ansprechender Raum mit einer zahnärztlichen Einheit, einer intraoralen Kamera, einer Videothek, einem Schreibtischsystem für die zahnärztliche Verwaltungsangestellte mit EDV-Anlage und der Besucherecke für Patienten und Zahnarzt eingerichtet. Die Telefonnummer der Beratungsstelle ist durch die Medien und das Internet bekannt gemacht worden. Schon bei der telefonischen Anmeldung werden die

wichtigsten Daten erfragt, so dass zu Beginn der Beratungszeit, neben den Personalien, der Versichertenstatus und der Beratungsgrund vorliegen. In einem viertelstündigem Intervall werden für einen Nachmittag generell 12 Patienten angenommen. Die vorgesehene Zeit reicht in der Regel für den Einzelnen nicht aus. Die Beratungszeit ist nach hinten immer unbegrenzt. Zum Abschluss der Beratung werden die Patienten um eine schriftliche Beurteilung<sup>1</sup> der Patientenberatungsstelle gebeten. Unter anderem wird gefragt, ob sie ihr persönliches Beratungsziel erreicht haben, was ihnen besonders gefallen hat oder was sie vermisst haben.

Wenn die Presse oder das Fernsehen eine Problematik aus dem zahnärztlichen Bereich objektiv schildert oder auch sensationsgierig aufgreift, besteht in der Beratungsstelle Handlungsbedarf. Es erscheint der an der Zahnheilkunde interessierte Bürger, der sich an Ort und Stelle noch nachhaltiger informieren will, sein erworbenes Halbwissen auf seine eigene Gesundheit überträgt und sich beraten lässt, ohne dass eine akute Notwendigkeit besteht. Die besten Bei-

<sup>1</sup>Die Fragebögen können bei der DAZ-Geschäftsstelle angefordert werden

spiele sind hier die Amalgamdiskussion und manchmal auch die Vorstellung eines neuen oder alten Implantatsystems.

Eine grosse Zahl der Beratungsfälle umfasst das Gebiet der Prothetik. Die Patienten erscheinen mit bis zu drei Heil- und Kostenplänen oder Gebührenvorausberechnungen. Sie wünschen eine rechnerische Überprüfung der angesetzten Gebühren, sowohl im BEMA als auch in der GOZ, und dann die Entscheidungshilfe, für welche Lösung sie sich entscheiden sollten. Dabei fällt auf, dass ihr Besuch in der Beratungsstelle oft mit Wissen ihres behandelnden Zahnarztes stattfindet. Sie sind allerdings nicht in der Lage, die einzelnen Lösungsvorschläge zu differenzieren. Sie wissen nicht, hinter welchem Plan die herausnehmbare Lösung oder der festsitzende Zahnersatz steckt. Die Helferin hat die Pläne ausgedruckt und übergeben. Bei einigen problematischen Fällen findet der Zahnarzt erst gar keine Lösung, sondern schickt seinen Patienten gleich in das " Zahnärztehaus ", die Röntgenaufnahmen und Planungsmodelle bringt dieser mit. Es häufen sich auch die Fälle, in denen der Patient von seinem Zahnarzt den lapidaren Hinweis auf eine Versorgungsmöglichkeit mit Implantaten bekommen hat. Die einfache klinische Untersuchung zeigt, dass er ist kein potentieller Implantatpatient ist. Es fehlen alle notwendigen Voraussetzungen für eine Implantation. Und wenn dann noch die finanziellen Auswirkungen angesprochen werden, ist der notwendige Ver-

zicht auf diese Lösung nicht mehr schmerzhaft. Viele Patienten lassen vor Behandlungsbeginn die Notwendigkeit einer Überkronung ihres Zahnes oder mehrerer Zähne oder der Erneuerung eines für sie intakten Zahnersatzes, meistens handelt es sich um Brücken, überprüfen. Oft hat in der Zahnarztpraxis nach Praxisübernahme ein Behandlerwechsel stattgefunden, und der Patient wundert sich, dass alles, was beim Vorgänger vor einigen Monaten noch schmerzfrei und funktionstüchtig war, auf einmal beim jüngeren Kollegen erneuerungsbedürftig ist. Ein gesundes Misstrauen führt den Patienten in die Beratungsstelle, und leider bestätigt die Untersuchung seinen Verdacht. Es ist klar, dass dieser Patient nicht in diese Praxis zurückkehren wird.

Viel Zeit nimmt die Überprüfung von Liquidationen nach Behandlungsabschluss ein. Bei den gesetzlich versicherten Patienten werden die Material- und Laborkosten nicht sorgfältig genug abgeschätzt. Auf die Bedeutung des Mehrkostenformulars, dass nämlich hier die prozentuale Kostenübernahme der Krankenkasse nicht gilt, wird zu wenig hingewiesen. Und dann sind da noch die ewigen Differenzen wegen der Edelmetallkosten, die eben nicht mit 50% der Gesamtkosten bezuschusst worden sind. Warum weiß der Patient so etwas nicht vor Behandlungsbeginn?

Bei den Selbstzahlern, die meistens gegenüber einer privaten Versicherung oder einer Beihilfestelle Erstattungsansprüche haben, sind die Stei-

gerungssätze häufige Diskussionspunkte. Oft fehlt eine Gebührenvor- ausberechnung, oft gab es vor Be- handlungsbeginn nur eine mündliche Kostenaussage, die dann nicht eingehalten werden konnte, oder während der Behandlung musste das Therapie- konzept geändert werden, und der Patient erfuhr nur, dass nun natürlich alles etwas teurer würde. Die Endab- rechnung überstieg die geschätzten Kosten um 100%. Mit der Behandlung ist der Patient sehr zufrieden, die Nachuntersuchung zeigt einen ein- wandfreien Befund, aber der Patient kann oder will die Rechnung nicht be- gleichen. Wie so oft muss an den nächsten Tagen zwischen den Partei- en vermittelt werden. Aber es gibt auch einige unzufriedene Patienten, mit Recht, wie ein Blick in den Mund beweist. Hier bleibt nur der aufklären- de Hinweis auf das Gutachterverfah- ren oder das kollegiale Gespräch mit dem behandelnden Kollegen, eine Neuanfertigung oder Nachbesserung vorzunehmen, so lange noch das Ver- trauensverhältnis des Patienten zum Zahnarzt besteht.

In einigen wenigen Fällen muss aller- dings auch auf den zivilrechtlichen Weg verwiesen werden. Die irreversible Traumatisierung des nervus alveo- laris inferior bei einer Wurzelspitzen- resektion an einem vitalen unteren ersten Prämolaren kann auch die Pa- tientenberatungstelle nicht wieder rückgängig machen.

Natürlich tauchen in der Patientenbe- ratungsstelle auch jene unglücklichen Patienten auf, denen kaum ein Zahn-

arzt jemals wird helfen können. Aus ihren Taschen befördern sie unzählige Prothesen, der Gaumen brennt stän- dig, sie sind gegen alles allergisch, ha- ben metallischen Geschmack im Mun- de, sind amalgamvergiftet, sie haben Schmerzen im Kiefer, in dem keine Zähne mehr vorhanden sind, der Biss hat sich verändert. Der Zahnarzt hat an allem Schuld. Und merkwürdiger- weise finden sie wieder einen Zahn- arzt, der nicht ausspricht, was er denkt, der dem Patienten nicht zu ei- nem therapeutischen Gespräch ver- hilft, sondern den unsinnigen Versuch unternimmt, sein eigenes Unglück herauszufordern.

Nach meiner Schätzung wäre für mehr als die Hälfte der Patienten der Weg in die Beratungsstelle nicht nötig, wenn sich die Zahnärzte intensiver um ihre Patienten bemühen würden. Dabei steht die Aufklärung über die vorgesehenen Behandlungsmassnah- men an erster Stelle.

Es genügt nicht, den Patienten über die HelferIn einen Heil- und Kosten- plan in die Hand zu drücken. Die Pati- enten vermissen generell die persönli- che Betreuung durch den Zahnarzt, insbesondere dann, wenn ihre Investi- tionen einen gewissen Rahmen über- schreiten.

Viele Zahnärzte lassen in ihrem Ver- halten jegliche Kulanz vermissen, sie verärgern wegen Nichtigkeiten ihre Patienten, die ihnen oft blindlings ver- trauen. Dazu ein Beispiel: Der Zahn- arzt fertigt eine Brücke von 45 nach 47 an. Die Brücke wird metallkera-

misch vollverblendet. Die Mehrkosten sind nicht unerheblich. Der Zahn 45 erleidet ein Beschleiftrauma, er muss wurzelkanalbehandelt werden. Der Zahnarzt verschliesst den Zahn 45 occlusal mit Silberamalgam. Der Patient erscheint nun in der Patientenberatungsstelle. Er beschwert sich nicht nur, sondern jetzt erinnert er sich daran, dass er eigentlich gar keine Brücke haben wollte, an die Lücke bei 46 hatte er sich schon seit 10 Jahren gewöhnt, die Nachbarzähne 47 und 45 waren naturgesund und hätten überhaupt nicht beschliffen werden dürfen. Warum verschliesst der Zahnarzt die occlusale Trepanationsstelle nicht mit einem Keramikinlay?

Warum werden viele Auseinandersetzungen über das Honorarvolumen nicht vertrauensvoll in der Praxis geklärt? Dabei sollten die Zahnärzte manchmal auch zurückstecken, denn viele Liquidationen sind fehlerhaft, und nicht nur weil die Gebührenordnungen immer noch unterschiedlich kommentiert und interpretiert werden.

Meine lieben Kolleginnen und Kollegen, sie werden nicht vermuten, wann ich von einem besonders erfolgreichen Nachmittag

in der Patientenberatungsstelle spreche.

Wenn ich nämlich mit gutem Gewissen dem Patienten bestätigen kann, dass er seinem Zahnarzt voll vertrauen kann, die Behandlungsmassnahmen lege artis durchgeführt worden sind oder die Planung dem Stand der Wissenschaft entspricht. Sie glauben gar nicht, wie glücklich und zufrieden die Patienten die Sprechstunde verlassen. Dabei bin ich doch auch nur ein Zahnarzt.



**S+P**  
schmid paula oHG  
dentallabor

gemeinsam auf  
**Erfolgskurs**

**Medizin & Technik**

Qualität und Leistung seit über **25 Jahren**  
erfolgreiche Dentaltherapie ...  
kombiniert mit Prothetik  
überzeugend in Ästhetik & Funktion

Ihre Zahntechnikermeister B. Hoffmann — W. Lipinski  
Bruderwöhrstraße 10 — 93055 Regensburg —  
Telefon 0941/7915 21 — Telefax 0941/79 25 11 —  
info@schmidundpaula.de — www.schmidundpaula.de —

# Der Weisheitszahn aus kieferorthopädischer Sicht

PROF. DR. CHARLOTTE OPITZ, Berlin

*Eine wesentliche Aufgabe des Kieferorthopäden besteht darin, bei seinen Patienten zu entscheiden, ob und wann eine prophylaktische Entfernung von Weisheitszähnen indiziert ist. Einerseits ist zu bedenken, dass die Belastungen des Patienten durch diesen operativen Eingriff ganz erheblich sind und dem Gesundheitswesen hohe Kosten bereiten, andererseits hat dieser Eingriff seine Berechtigung, weil verlagerte oder nicht Platz in der Zahnreihe findende Weisheitszähne als potentielle Ursache für odontogene Zysten und Infektionen angesehen werden müssen und für die Entstehung von Engständen mit verantwortlich sein können.*

## Ätiologie des späten frontalen Engstandes im Unterkiefer

Engstand im unteren Frontzahnggebiet tritt bei Jugendlichen und Erwachsenen häufig auf, unabhängig davon, ob sie eine kieferorthopädische Behandlung erhalten haben oder nicht. Besonders in der dritten Lebensdekade wird bei kieferorthopädisch behandelten und unbehandelten Personen das Auftreten bzw. Verstärken eines Unterkiefer-Engstandes beobachtet, gelegentlich auch im Oberkiefer. Für den frontalen Platzmangel in der Adoleszenz hat sich der Begriff tertiärer Engstand etabliert. Seine Entstehung wird vielfach mit der Anlage und dem Durchbruch der Weisheitszähne in

Verbindung gebracht. Meist sind es aber mehrere Faktoren, die für die Engstandproblematik im individuellen Fall verantwortlich sind, u.a.

- eine Diskrepanz zwischen Kiefer- und Zahngröße
- eine Diskrepanz zwischen den Zahngrößen des Ober- und Unterkiefers
- eine physiologische Wanderungstendenz der Zahnreihen nach mesial
- ein Mesialvektor der Muskelkontraktionen, insbesondere beim M. masseter
- eine Störung des Gleichgewichtes zwischen Lippen- und Wangenmuskulatur einerseits und der Zungenmuskulatur andererseits
- oder eine Änderung der Druckbalancen und des Kaukräftemusters in der funktionellen Okklusion nach restaurativen Maßnahmen
- gelegentlich mit Bruxismus begleitendes Wachstumsmuster, das eine Vorwärtsrotation des Unterkiefers mit frontalem Engstand begünstigt

Am häufigsten wird aber ein Mesialdrift der sich entwickelnden Weisheitszähne auf die Zahnreihen als Ursache für die Entstehung und Verstärkung gesehen. Doch Literaturangaben, die den Einfluß der Weisheitszähne auf die Entstehung des

tertiären Engstandes bezweifeln, sind fast so häufig wie die, die ihn bejahen.

Die Entwicklung der Weisheitszähne beginnt etwa mit dem 7. Lebensjahr im aufsteigenden Ast des Unterkiefers. Das bedeutet, dass zu diesem Zeitpunkt kein Platz für den Zahn im Zahnbogen existiert. Die Raumvergrößerung für die dritten Molaren erfolgt durch Mesialbewegung der ersten und zweiten Molaren um durchschnittlich 2mm (Ausnutzung des Leeway-space während des Zahnwechsels innerhalb der Stützzone) und durch Knochenresorption im Bereich des Vorderrandes des Ramus. Es erscheint plausibel, dass, je geringer das Ausmaß der Platzbeschaffung durch Knochenresorption am Ramusvorderrand ist, desto ausgeprägter die Raummengende für die Weisheitszähne sein könnte mit den Folgen ihrer Retention oder einer stärkeren Mesialbewegung der Seitenzähne. Die bereits genannten anderen Einflüsse, insbesondere der Tonus der perioralen Weichteile, sind sicherlich beteiligt, aber im Ausmaß noch nicht ausreichend erforscht.

### **Kieferorthopädische Indikation zur Weisheitszahnentfernung**

Weil in der Literatur das Problem des Weisheitszahneinflusses auf die Zahnreihen noch immer kontrovers diskutiert wird, sind die Meinungen in bezug auf die prophylaktische Weisheitszahnentfernung sehr unterschiedlich. Absolute Befürworter auf der einen Seite, völlig ablehnende Haltung auf der anderen Seite bilden die beiden Extreme. Fast alle der bereits erwähnten Einflussfaktoren auf den adoleszenten frontalen Engstand

können kaum langfristig und durchgreifend korrigiert werden mit Ausnahme des Mesialdruckes auf die Zahnreihen durch Weisheitszähne. Diesen Einfluß hofft man, durch frühzeitige Weisheitszahnentfernung reduzieren zu können. Eine abgewogene Indikationsstellung dafür ist Voraussetzung. Kieferorthopädisch begründet ist die Entfernung der Weisheitszähne

- bei ausgeprägten Platzmangel im retro-molaren Raum infolge eines sagittalen Entwicklungsdefizits der Kieferbasen
- bei notwendiger oder erfolgter Distalisierung der ersten und zweiten Molaren, z. B. mit einem Headgear oder mit anderen Distalisierungsmechaniken
- als Ausgleichsextraktion bei reduzierter Zahnzahl im Gegenkiefer
- bei einer BOLTON-Diskrepanz, d. h. wenn die Breiten-summe aller Zähne eines Kiefers in Relation zu der des Gegenkiefers zu groß ist
- bei ausgeprägtem horizontalen oder vertikalen Wachstum des Patienten als vorausgehende Maßnahme vor einer geplanten Dysgnathie-Operation

### **Diagnostische Voraussetzungen für die Entscheidung zur Weisheitszahnentfernung**

Das Orthopantomogramm ist am besten geeignet, die Beziehungen zwischen dem Weisheitszahn und dem zweiten Molaren und dem aufsteigenden Astes des Unterkiefers aufzuzeigen. Der im Fernröntgenbild festgestellte Wachstumstyp sollte die



HARANNI  
ACADEMIE

Fortbildungszentrum  
für Heilberufe

# NEUE KFO-RICHTLINIEN

Neue Form des KFO-Behandlungsplan

Chemnitz	Samstag,	31.08.2002,	9 <sup>00</sup> – 17 <sup>00</sup> Uhr
Herne	Samstag,	14.09.2002,	9 <sup>00</sup> – 17 <sup>00</sup> Uhr

Referent: **Prof. Dr. Rolf Hinz, Herne**

Die Änderung der Richtlinien der kieferorthopädischen Behandlung haben eine Ausgrenzung von Behandlungsfällen und eine Beschränkung des zeitlichen Beginns der Behandlung zum Inhalt. Außerdem werden „befundbezogenen objektiv überprüfbare Indikationsgruppen“ das bisherige Indikationssystem zur Feststellung der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ersetzen. Der „Behandlungsbedarf“ ist in fünf Gruppen unterteilt. Wobei nur

die Gruppen drei bis fünf zur vertragsärztlichen Versorgung berechtigen. Darüber hinaus ist der KFO-Behandlungsplan verändert worden, der in den Abschnitten Diagnose und Therapie die jeweiligen Aussagen zum Ober- und Unterkiefer und zur Bisslage separat verlangt. Die Errechnung des Schwierigkeitsgrades ist in einem besonderen Abschnitt ebenfalls auf dem Behandlungsplan detailliert aufzuführen.

## KURSIINHALT:

1. Beschreibung des neuen KIG-Systems n. Ziff. 3
2. Erläuterung der Auswirkungen der geänderten Ziff. 12
3. Anzuwendende Messpunkte und Strecken
4. Anwendung der Ausnahmeregelung
5. Vereinfachte Erstellung des Behandlungsplanes und Errechnung der Schwierigkeitsgrade
6. Mitteilungspflicht an KZV, Kasse und Patient bei ausgegrenzten Fällen

## ANMELDUNG:

HARANNI ACADEMIE, Fortbildungszentrum für Heilberufe

Schulstr.30 • 44623 Herne • Tel.: 0 23 23 - 59 32 45 • Fax: 0 23 23 - 59 31 35

## KURSGEBÜHR:

Chemnitz	305,00 /€ inkl.MwSt.	250,00 /€ (für Assistenten mit Nachweis)
Herne	280,00 /€ inkl.MwSt.	225,00 /€ (für Assistenten mit Nachweis)

Entscheidung zur Weisheitszahnentfernung mit beeinflussen. Beim vertikalen Wachstumstyp kann beim Durchbruch des Weisheitszahnes eine unerwünschte Bisshebung durch Rotation des Unterkiefers nach kaudal und distal eintreten, dagegen kann eine Vorwärts- und Aufwärtsrotation des Unterkiefers den vertikalen Überbiss und auch den frontalen Engstand verstärken. Eine prophylaktische Weisheitszahnentfernung kann in diesen beiden Fällen die Gefahren dafür reduzieren.

Gelegentlich kann die Entscheidung für eine kieferorthopädisch begründete prophylaktische Weisheitszahnentfernung schwer fallen, z. B. bei Patienten mit großen Füllungen in den ersten Molaren, wenn eine Transplantation des Weisheitszahnkeimes in die Extraktionsalveole des ersten Molaren in Betracht kommen könnte.

Eine ausgeprägte Retention oder Verlagerung des Weisheitszahnes wird übereinstimmend als ein pathologisches Geschehen betrachtet, das mit der operativen Entfernung des Weisheitszahnes beseitigt werden muß. Schwierig ist nach wie vor die Voraussage, ob sich ein weniger stark verlagertes Weisheitszahn noch aufrichten und regelrecht durchbrechen kann oder ob er impaktiert bleiben wird.

Bei sicherer Indikation zur Weisheitszahnentfernung sollten die Extraktionen rechtzeitig und entweder einzeitig oder innerhalb eines kurzen Zeitraumes nacheinander erfolgen. Zwar wird die Indikation dazu im Unterkiefer häufiger gestellt als im Oberkiefer, aber die Antagonisten sind für die Kaufunktion überflüssig und

sollten in der Regel deshalb mitentfernt werden.

Die frühe chirurgische Enukleation von Weisheitszahnanlagen zwischen dem 13. und 17. Lebensjahr (volle Kronenmineralisation und beginnende Wurzelmineralisation) ist aus kieferorthopädischer Sicht günstiger als die Extraktion eines bereits im Durchbruch befindlichen Zahnes. Mögliche Folgen eines langsamen Durchbruchs auf die Zahnstellung können so vermieden werden. Erst im Anschluss an die Weisheitszahnentfernung sollte ein kieferorthopädischer Patient aus der Retentionsphase entlassen werden.

Aus forensischen Gründen ist eine ausreichende Information des Patienten und seiner Eltern über die Risiken des Belassens der Weisheitszähne bzw. bei der operativen Entfernung notwendig.

### Zusammenfassung

Der Einfluß des dritten Molaren auf die Entstehung des tertiären Engstandes ist nach wie vor ungeklärt. Es wurden verschiedene Aspekte im Zusammenhang mit der Engstandsproblematik aufgezeigt. Die Indikation zur prophylaktischen Weisheitszahnentfernung aus kieferorthopädischer Sicht wird in erster Linie wegen des posterioren Platzmangels, z. B. nach Distalisation der Seitenzähne im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung, und wegen der Gefahr der Bissoffnung beim vertikalen Wachstumstyp getroffen. Als prophylaktische Maßnahme gegen ein Auftreten oder Wiederauftreten eines frontalen Engstandes bleibt die Weisheitszahnentfernung weiterhin umstritten.

# Autotransplantation von Zähnen

KARL LÖCHTE, Berlin

*Die Transplantation von Zähnen gehört heute zum zahnärztlichen Therapie-spektrum. Sie ist unter Beachtung bestimmter Kriterien eine sichere klinische Methode in der Kinderzahnheilkunde, Kieferorthopädie und der Prothetik. Trotz der guten Ergebnisse hat die Transplantation von Zähnen nicht den Stellenwert in der Therapie, der ihr zusteht und ich blicke oft in erstaunte Gesichter, wenn ich von den Möglichkeiten der Transplantation berichte.*

Die Definition der Autotransplantation ist einfach. Sie ist die Überpflanzung von Gewebe – in diesem Fall von Zähnen oder Zahnkeimen – von ihrer natürlichen Stelle an eine andere zur Deckung von Substanzverlusten des gleichen Individuums (Autotransplantat).

Die Durchführung einer Transplantation erfordert jedoch die Beachtung einiger Regeln, die streng beachtet werden müssen, um den Erfolg nicht zu gefährden.

Grundsätzlich ist es möglich, jeden Zahn an eine andere Stelle im Kiefer zu setzen. Hier führe ich die klassischen **Indikationen** an:

- Weisheitszähne zum Ersatz vom ersten und zweiten Molaren.

- Prämolaren zum Ersatz von Prämolaren.

- Prämolaren zum Ersatz von oberen Frontzähnen

- Obere Weisheitszähne zum Ersatz der zweiten Prämolaren (besonders bei Nichtanlage)

Als Spenderzähne kommen in der Regel nur die Zähne in Betracht, die aus kieferorthopädischen Gründen (oft Prämolaren) oder aus Platzmangel (oft Weisheitszähne) ohnehin extrahiert werden müssen und verworfen werden.

Die Beachtung des **Zeitpunktes** der Verpflanzung der Spenderzähne ist von entscheidender Bedeutung. Nur ein ausreichend offenes foramen apicale bietet die Voraussetzung für die Revaskularisierung der Pulpa, Ausbildung der Pulparnerven und damit der Vitalerhaltung des Zahnes. Im Normalfall ist diese Voraussetzung bei 2/3 bis 3/4-Länge des Wurzelwachstums erfüllt.

Vor der Verpflanzung muss **ausreichend Platz** für die künstliche Alveole vorhanden sein. Oft genügt es, den Platz zu halten, manchmal müssen Lücken geöffnet und gekippte Zähne aufgerichtet werden. Diese Maßnahmen werden meistens während der ohnehin notwendigen Kfo-Behandlung durchgeführt. In ei-

nigen Fällen ist es notwendig, den Platz circa zwei bis vier Jahre zu halten, bis der Spenderzahn die notwendige Reife hat.

Die **chirurgische Technik** kann an dieser Stelle nicht im Detail beschrieben werden. Es sollen nur die unabdingbaren Konditionen erwähnt werden:

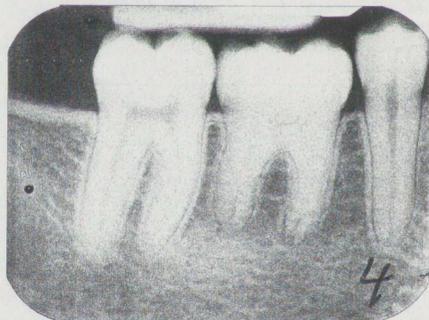
- Es muss im entzündungsfreien Gewebe operiert werden. Sowohl die Entnahmestelle wie auch die künstliche Alveole müssen entzündungsfrei sein. Bei devitalen ersten Molaren mit apikaler Parodontitis oder Zysten geht man daher in jedem Fall zweizeitig vor. Erst die Exzision des erkrankten Molaren, dann die Verpflanzung nach etwa drei Wochen.
- Die Entnahme des Spenderzahnes muss unter Erhalt der Wurzelhaut erfolgen, der schwierigste Part der chirurgischen Technik. Der chirurgisch tätige Zahnarzt fokussiert bei Zahn- oder Zahnkeimentfernungen auf die Schonung des umgebenden Gewebes. In diesem Fall gilt der umgekehrte Grundsatz.

- Bei der perfekten operativen Technik wird der Spenderzahn entnommen und, ohne die Mundhöhle zu verlassen, sofort in die vorbereitete künstliche Alveole gesetzt. Zur Fixierung genügen in der Regel Nähte. Die Nähte werden nach einer Woche entfernt.

Im **Heilungsverlauf** beobachten wir

- nach drei Wochen Gingivaheilung, noch leichte Lockerung des Transplantats.
- nach zwei Monaten Festigung des Zahnes, deutliche Knochenheilung.
- ab drittem bis zwölftem Monat evtl. Sensibilitätstest positiv.
- nach dem vierten Monat beginnende Obliteration des Pulpencavums.
- nach sechs bis zwölf Monaten abgeschlossenes Wurzelwachstum.

Bei transplantierten Zähnen mit abgeschlossenem Wurzelwachstum wird nach drei Wochen eine Wurzelfüllung



mit frisch angerührtem Calciumhydroxid durchgeführt und nach sechs Monaten die endgültige Wurzelfüllung eingebracht. Die Einheilungsquote des Transplantats liegt bei circa 95%.

Dieser Artikel gibt einen kurzen Überblick über die Möglichkeiten der Autotransplantation von Zähnen. Umfassende Informationen erhält der interessierte Zahnarzt aus dem Standardwerk für Transplantationen von Jens O. Andreasen, Farbatlas der Replantation und Transplantation von Zähnen, Deutscher Ärzteverlag 1993, ISBN 3-7691-4050-8.

Im Übrigen sei hier angemerkt, obwohl eigentlich selbstverständlich, dass eine professionelle Individualprophylaxe auch hier die Grundlage für einen dauerhaften Erfolg legt und dass die Transplantation von Zähnen die einzige Methode ist, die den DMF-T Index im bleibenden Gebiss senken kann.

### Neu: "Fluorid-Rezeptblock" für Zahnärzte

Patienten-Empfehlungen zur Fluorid-Versorgung jetzt in "Rezeptformat" Damit Zahnärzte ihren Patienten in Zukunft genaue Empfehlungen zur Fluoridanwendung geben können, hat die Informationsstelle für Kariesprophylaxe jetzt einen Abreißblock mit Empfehlungskarten in "Rezeptformat" herausgegeben. Zahnärzte und Prophylaxeassistentinnen können darauf gezielte Fluorid-Anwendungsmöglichkeiten ankreuzen und somit jedem Patienten einen individuellen "Fluorid-Fahrplan" mit nach Hause geben.

Der Abreißblock mit 50 "Fluorid-Fahrplänen" kann kostenlos angefordert werden bei der Informationsstelle für Kariesprophylaxe, Postfach 1352, 64503 Groß-Gerau, Telefon: 06152/81466, Fax: 06152/81788, E-Mail: [daz@kariesvorbeugung.de](mailto:daz@kariesvorbeugung.de) - IfK -



## Prophylaxe in der Kieferorthopädie Präventive und interdisziplinäre Betreuung von Kindern

STEFAN GÜNTER, Berlin

Der Paradigmenwechsel in der Zahnheilkunde, der die frühzeitige Erhaltung von gesunder Zahnschubstanz zum Ziel hat, ist nach unserem heutigen Verständnis eine unbedingte Voraussetzung für die kieferorthopädische Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Gleiches gilt natürlich auch für die kieferorthopädische Behandlung von Erwachsenen, wobei die im Folgenden dargestellte Systematik im wesentlichen übertragbar scheint. Im folgenden Beitrag soll daher schwerpunktmäßig auf die Situation bei Kindern und Jugendlichen eingegangen werden.

### Ausgangssituation

Überwiegend wird der Zeitpunkt der kieferorthopädischen Behandlung im Alter zwischen dem 7. und 12. Lebensjahr liegen. Dies ist der Zeitraum, in dem allmählich die Überwachung der Zahnpflege durch die Eltern in die Verantwortung der Kinder übergeben wird. Ob dies aus präventiver Hinsicht der richtige Zeitpunkt ist, sei hier nicht weiter diskutiert, entspricht aber der langjährigen Erfahrung des Autors. Diese Erfahrung zeigt auch, dass spätestens jetzt Unregelmäßigkeiten bei der häuslichen Mundhygiene auftreten, sowohl was die Qualität als auch

die Frequenz der Maßnahmen betrifft. Ein weiterer Risikofaktor ergibt sich dadurch, dass das Ernährungsverhalten der Betroffenen schwieriger zu kontrollieren sein wird. Die Kinder/Jugendlichen sind zunehmend häufiger und länger außerhalb des häuslichen Bereiches und werden je nach Möglichkeiten Zwischenmahlzeiten und Snacks zu sich nehmen. Nicht zu unterschätzen ist der Einfluss der Werbung, der gerade in dieser Altersklasse eine seiner wesentlichen Zielgruppen als Konsumenten von angeblich gesunder Ernährung in Form von Milchschokolade, Mars, Energiegetränken, Yoghurt etc., hat.

Mit Beginn der Pubertät werden sich die Einflussmöglichkeiten der Eltern auf die Kinder verändern. Die zunehmende Selbstständigkeit und das bewusste Übernehmen von Verantwortung für sich selbst sind wünschenswerte und natürliche Vorgänge, die mit allseits bekannten Risiken für das entsprechende Individuum untrennbar verbunden sind.

Hier ergeben sich für die zahnärztliche Praxis in Zusammenarbeit mit der kieferorthopädischen Praxis konstruktive Möglichkeiten, Kinder und Eltern zu unterstützen, die Risiken für die Zahn- und Mundgesundheit zu begrenzen.

# CURAPROX®

SWISS INTERDENTAL CARE SYSTEM 

# Wir setzen neue Masstäbe!

Denn noch so häufiges Zähneputzen genügt nicht.

Das Problem: Keine Zahnbürste erreicht die entscheidenden Stellen.

Die Lösung: CPS «prime», «regular» und «implant».

Sie reinigen perfekt und sorgen für optimale Mundgesundheit!

CPS «prime»

CPS «regular»

CPS «strong & implant»



CPS 06

CPS 07

CPS 08

CPS 09



CPS 10

CPS 11

CPS 12

CPS 012

CPS 14

CPS 14Z

CPS 15



CPS 18



CPS 22



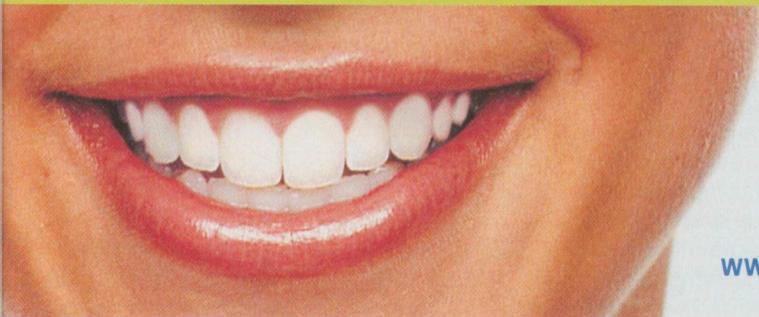
CPS 24



CPS 25



CPS 28



[www.curaprox.com](http://www.curaprox.com)

CURADEN AG (Schweiz)  
Industriestrasse 4 D-76297 Stutensee  
Fon 07249-95 25 73 Fax Fon 07249-10 77  
[de-elig@online.de](mailto:de-elig@online.de)

## Möglichkeiten der praxisübergreifenden Prävention

Kinder, die von klein an in einem präventiven Praxiskonzept betreut wurden, haben die besten Voraussetzungen, die für sie und ihre Zähne schwierige Zeit der kieferorthopädischen Behandlung schadlos zu überstehen. Die individuell richtige Zahnpflege wird bis zu diesem Zeitpunkt bereits fester Bestandteil der täglichen Körperhygiene sein. Die präventive Betreuung hat Risikofaktoren durch Versiegelung, Fluoridierung und professionelle Zahnreinigung minimiert, das Ernährungsverhalten ist weitgehend unschädlich. Besonders günstig sind die Bedingungen, wenn sich das Kind in einem sog. aktiven Recall befindet, d.h. die Praxis erinnert im richtigen Zeitintervall an die nächste Untersuchung und professionelle Zahnreinigung und beurteilt anhand von geeigneten Tests das aktuelle Erkrankungsrisiko.

Mit Beginn der kieferorthopädischen Behandlung verlagert sich die Betreuung für einen längeren Zeitraum in die KFO-Praxis. Die Zusammenarbeit der kieferorthopädischen und der zahnärztlichen Praxis bekommt nun für das Kind eine wesentliche Bedeutung, wenn sich die Zahngesundheitsrisiken durch die stattfindende Behandlung erheblich verändern.

Die herausnehmbaren Apparaturen scheinen aus meiner Sicht zunächst nicht besonders erwähnenswert. Zwar ergeben sich auch hier Veränderungen bezüglich der Plaqueanlagerung an

den Glattflächen, die Hygienefähigkeit der Zähne ist aber zum Zeitpunkt der Zahnpflege nicht bedeutsam beeinträchtigt, solange keine festsitzenden Apparaturen auf den Zahnoberflächen befestigt sind.

Erst diese festsitzenden Apparaturen verändern das Erkrankungsrisiko nachhaltig. Die Hygienefähigkeit ist schlagartig dramatisch schlecht. Bedingt durch Schmerzempfindlichkeiten während der Behandlung ist die Motivation zu ausführlicher Zahn- und Mundpflege nachvollziehbar reduziert, und das veränderte Ernährungsverhalten wird sich aus verständlichen Gründen nicht positiv auf das Mundmilieu auswirken.

In der initialen Phase der Behandlung wird das Kind in kurzen Intervallen die kieferorthopädische Praxis aufsuchen müssen. Folglich scheint es sinnvoll, die einleitende präventive Betreuung, abgestimmt auf die neue Mundsituation, auch in dieser Praxis und nicht wie bisher, in der zahnärztlichen Praxis durchzuführen. Die genaue Erklärung der Risikobereiche bezüglich Plaqueanlagerung, die Ernährungsberatung bezogen auf zu erwartende Verhaltensveränderungen und die intensive Schulung in effektiver Plaquebeseitigung gehören hierzu. Die professionelle Zahnreinigung ist eine *Conditio sine qua non*.

Nicht jede kieferorthopädische Praxis wird über ein professionelles Präventionskonzept mit entsprechend ausge-

bildeten Mitarbeiterinnen und Strukturen verfügen. Ich rege an dieser Stelle an, ggf. einen Leistungstransfer mit einer sog. Prophylaxepaxis zu vereinbaren. Vorstellbar wäre, sog. "Hygienetage" in der kieferorthopädischen Praxis zu installieren, an denen eine Prophylaxeassistentin aus einer Prophylaxepaxis die erforderlichen Behandlungen der "neuen kieferorthopädischen Patienten" nach Absprache vornimmt. Nach Abschluss der Intensivphase der kieferorthopädischen Behandlung erfolgt die Überweisung des Patienten zurück in die zahnärztliche Praxis, zur weiteren präventiven Betreuung in einem risikoadäquaten Recall.

### **Interdisziplinäre Zusammenarbeit**

Es ist weiterhin von großer Bedeutung, dass die Befunde aus der präventiven Betreuung, soweit sich bedeutsame Veränderungen ergeben, zwischen den Praxen ausgetauscht werden. Es wäre in diesem Zusammenhang hilfreich, wenn sich beide Praxen auf ein einheitliches Muster der Befunddokumentation einigen würden. So sollten die Indizes für Blutung und Plaque möglichst einfach, übersichtlich und aussagekräftig sein. Sinnvoll wäre es, sog. Alarmkriterien abzusprechen, für den Fall, dass sich das Risiko in dem einen oder anderen Bereich nachteilig verändert.

Die Notwendigkeit der unterstützen der professionellen Zahnreinigung bei

der Therapie mit festsitzenden kieferorthopädischen Apparaturen scheint unzweifelhaft. Wenn schon unter normalen Bedingungen die professionelle Zahnreinigung in individuellen Intervallen das Herzstück der Individualprophylaxe ist, kann unter diesen erschwerten Bedingungen ganz sicher nicht darauf verzichtet werden. In der Praxis des Autors konnte immer wieder beobachtet werden, dass der Bedarf an Unterstützung für die jungen Patienten individuell sehr unterschiedlich ist und in der Regel das Erkrankungsrisiko für Hart- und Weichgewebe ohne professionelle Prävention stark ansteigt.

Besondere Bedeutung kommt der Ernährungsberatung zu. Die wiederholte Erklärung von Risiken kann bildhaft und verständlich anhand der Stephanurve erfolgen, mit dem Ziel, die Patienten für schädliche Ernährungsgewohnheiten sensibel zu machen, ohne dogmatisch die völlige Vermeidung von Zucker fordern zu müssen. Leider scheidet das Zahnpflegekaugummi in dieser Behandlungsphase als "trendiges Hilfsmittel" aus. Im Folgenden möchte ich mich auf die Aufzählung der weiteren Maßnahmen im Rahmen einer professionellen präventiven Betreuung in der zahnärztlichen Praxis beschränken. Die ausführliche Darstellung eines präventiven Behandlungskonzeptes kann an anderer Stelle detailliert nachgelesen werden. Insbesondere verweise ich auf nachfolgende Nummern des "Forum", die hier einen Themenschwerpunkt setzen werden.

- besondere Putztechniken bei festsitzenden Apparaturen
- Versiegelung von Risikoflächen
- Fluoridierung nach WHO-Kriterien, nach ausführlicher Fluoridanamnese
- prof. Fluoridierung von Risikosites
- antimikrobielle Therapie mit CHX-Lacken oder -Spülungen
- Risikobeurteilung durch Speicheltests
- bleeding on probing (BOP)
- API als vereinfachter Plaquestatus
- Röntgenuntersuchung zur Kariesdiagnostik
- individuelles risikoorientiertes Recall

### **Kommunikation zwischen den Praxen**

Die "interdisziplinäre Zusammenarbeit" zwischen der KFO-Praxis und der allg. zahnärztlichen Praxis sollte nach einem festen Schema erfolgen. Zu diesem Zweck scheint es sinnvoll zu sein, ein spezielles Anforderungsformular zu schaffen, dass es ermöglicht, in kurzer Zeit vollständig alle notwendigen Kriterien zu erfassen, ohne den Praxisalltag zusätzlich zu belasten. Die Kommunikation zwischen den Praxen sollte möglichst delegierbar sein und wenig Fehlermöglichkeiten bieten.

Hierzu bietet sich die Formularform besonders an, wie sie z.B. in Überweisungsanforderungen und Mitteilungen für andere Bereiche durchaus üblich ist (Implantologie, mikrobielle Untersuchungen etc.)

Auf diesem Wege sollten auch Zwischenergebnisse übermittelt werden.

Besondere Bedeutung kommt meines Erachtens der begleitenden Röntgendiagnostik zu. So werden im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung zwischenzeitlich Röntgenaufnahmen angefertigt, die zumindest übersichtsartig auch für die Kariesdiagnostik des behandelnden Zahnarztes von Interesse sind. Sicher ist unter Beachtung des Strahlenschutzes die Indikation für Bißflügelaufnahmen in dieser Zeit stark eingeschränkt. Die exakte Kariesdiagnostik, besonders von Initialkaries, zur Risikobeurteilung, scheint mir aber mit einer Übersichtsaufnahme kaum möglich zu sein. So sollte zwischen beiden Behandlern abgesprochen werden, wann welche Röntgenuntersuchungen notwendig und sinnvoll sind. Die Eltern des Patienten sollten über die geplanten Maßnahmen zeitnah informiert werden, um Missverständnissen vorzubeugen.

Ich möchte an dieser Stelle alle Kolleginnen und Kollegen anregen, eigene Erfahrungen zur Diskussion zu stellen, eventuell bereits vorhandene Formulare vorzustellen und konstruktive Kritik zum Wohle unserer Patienten zu äußern.

## Die maschinelle Wurzelkanalaufbereitung

BUZ – Stammtisch im Hotel Seehof in Berlin-Charlottenburg,  
am 06.03.02

STEFAN GÜNTER, Berlin

*Im alltäglichen Praxisablauf erscheint die endodontische Behandlung immer wieder eine besondere Herausforderung an den Behandler und das Praxisteam zu sein. Sei es die aufwendige Handaufbereitung der Wurzelkanäle, der Versuch des randdichten Verschlusses, mit welcher Technik auch immer, oder sei es die gefürchtete Instrumentenfraktur. Die erfolgreiche Wurzelkanalbehandlung erfordert viele Mühen und ein Höchstmaß an Selbstmotivation, um nicht nur den geforderten Kriterien der gesetzlichen Versicherung zu entsprechen, wonach lediglich das apikale Drittel erreicht werden muss, sondern eine möglichst wanddichte, bis zum physiologischen Apex reichende Kanalfüllung zu schaffen.*

Seit dem 06.03.02 ist für die Kolleginnen und Kollegen, die zum Stammtisch von BUZ gekommen sind, das eine oder andere Rätsel aus dieser Kategorie gelöst.

Herr Martin Raida, von der Firma Dentsply DeTrey, war mit mehreren riesigen Materialkisten in das Hotel Seehof in Berlin Charlottenburg gekommen. Thema war die Wurzelkanalaufbereitung nach der Crown-Down-Technik mit Hilfe der NiTi-Instrumente Pro File und Pro Taper, in Verbindung mit dem neu-

en computergesteuerten Endodontiemotor ATR Tecnika. Ausgestattet waren die Motoren mit einem W&H 16:1 Miniaturkopf-Winkelstück. Dank seiner Drehmomentüberwachung bietet der ATR Tecnika zusätzliche Sicherheit bei der Wurzelkanalaufbereitung und hilft, Instrumentenfrakturen zu vermeiden. Die Verwendung eines Miniaturkopf-Winkelstückes bietet besonders bei der Behandlung von Prämolaren und Molaren große Vorteile.

Nach einem theoretischen Teil, der im wesentlichen die Besonderheiten der Instrumente und Materialien behandelte, konnten die Teilnehmer praktische Erfahrungen sammeln. Die zu "behandelnden" Kunststoffblöcke mit zum Teil s-förmig gebogenen Wurzelkanälen wurden zunächst mit Pro-File-Instrumenten aufbereitet. Auffallend schnell legte sich die anfängliche Skepsis gegenüber diesem neuen Verfahren, denn es zeigte sich, dass die Wurzelkanalaufbereitung mit dieser Methode einfach, sicher und schnell vonstatten ging. Die Angst vor der Instrumentenfraktur verflog und der Spaß an der Sache gewann die Oberhand. Dank der hilfreichen Unterstützung von Herrn Raida konnte jeder eine gelungene Wurzelfüllung abliefern. Im zweiten Teil wurden dann die "Turbo-Instrumente" Pro-Taper auspro-

biert. Diese neueste Generation von Aufbereitungsinstrumenten zeichnet sich durch verschiedene Vorteile aus.

- Die progressive Konizität, die enorme Flexibilität und die große Schneideeffizienz.
- Aufgrund des Instrumentendesigns werden nur sehr wenige Instrumente zur Kanalaufbereitung benötigt.
- Die Torsionsbeanspruchung ist geringer, dadurch reduziert sich die Bruchgefahr.
- Die Technik ist auch von Neueinsteigern leicht erlernbar.

Für die Wurzelfüllung stand das Thermo-fil-System zur Verfügung. Es zeichnet sich durch einfachste Handhabung und sicheres Handling des Behandlungsablaufes aus.

Die Wurzelfüllung sitzt randdicht und in exakter Länge im Wurzelkanal. Ein weiterer Vorteil scheint darin zu liegen, dass auch Seitenkanäle mit abgefüllt werden können, was selbst bei lateraler Kondensation eher die Ausnahme sein wird.

Nach etwa 3 Stunden waren es wohl die fortgeschrittene Stunde und der Gedanke an den nächsten Arbeitstag, die zum Aufhören mahnten. Übereinstimmend war die Skepsis gegenüber der maschinellen Wurzelkanalaufbereitung gewichen, und die unkomplizierte und sichere Behandlungsweise löste viel positive Resonanz aus. Endodontie unter diesen Bedingungen hat für die Teilnehmer dieses Abends ihren Schrecken verloren und wird mit den neu gewonnenen Erkenntnissen den Praxisalltag sowohl für Patienten als auch für uns Behandler durchaus positiv bereichern können.

Besonderer Dank sei an dieser Stelle nochmals Herrn Martin Raida ausgesprochen, der mit großem materiellen und ideellen Einsatz und viel Einfühlungsvermögen den Abend so erfolgreich gestaltete.



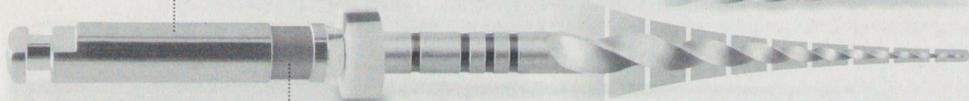
# Die Virtuosität liegt in Ihren Händen

## PROTAPER™

- Variable Konizitäten
- Schneidleistung
- Sicherheit
- Benutzerfreundlich

- die ultimative Lösung für die schnelle, problemlose Aufbereitung enger, gekrümmter und verkalkter Wurzelkanäle
- die nächste NiTi-Generation

13-mm-Griff für leichteren Zugang und bessere Sicht



Leichte Identifikation dank Farbsequenz

Unterschiedliche Konizitäten



### ProTaper™ Starter Kit

REF A 0409: Sortiment aus  
6 Instrumenten, 21 oder 25 mm

Als führender Anbieter im Bereich innovativer Endodontie bringen wir Ihr Instrumentarium für eine erfolgreiche Wurzelkanaltherapie auf den neuesten Stand:

- Entscheidend ist die variable Konizität und der progressive Kanalwindungswinkel
- Aufbereitung langer und gekrümmter Kanäle mit lediglich 3 bis 4 Instrumenten
- Extrem kurze Arbeitszeit: weniger Instrumente
- Geringerer Stress: weniger Rekapitulationen. Einfach und sicher!

Weitere Informationen:

DENTSPLY DeTrey GmbH

Maillefer-Produkte Deutschland

De-Trey-Str. 1

D-78467 Konstanz

DENTSPLY Service-Line 08000/735000 (kostenlos)

Fax (0 75 31) 5 83 - 2 65

**DENTSPLY**  
MAILLEFER

## Buchbesprechungen

K. Kimmel

### Zahnärztliche Praxis- und Arbeitsgestaltung

Ergonomie als Grundlage der Leistungs- und Lebensqualität

Deutscher Zahnärzte Verlag Köln 2001  
283 Seiten, ca.210 Abb., 20 Tab., geb. 75,67 Euro, ISBN 3-934280-23-4

Wie heißt es schon im Vorwort? "Die Grundlagen der Ergonomie werden den Zahnärzten in der Ausbildung vorenthalten, sodass es leidvoller Selbsterfahrung bedarf, um die Arbeitsabläufe in der Praxis zu optimieren". Nach ein paar Jahrzehnten Praxis kann man das nur nachdrücklich bestätigen. Und ohne den unermüdlichen Altpionier Kimmel wäre die Erfahrungssuche sicher noch leidvoller - kostspieliger allemal. Andererseits stellt der Autor selbst fest, "dass es für die Mehrheit der Menschen unmöglich ist, sich nach ihrer Ausbildung freiwillig Weiterentwicklungen anzupassen." Deshalb wird der Praktiker durch allerlei Zwänge dazu veranlasst, z.B. durch Fehlbelastungen des Band- und Muskelapparates oder sogar einen massiven Bandscheibenschaden. Spätestens dann macht man sich Gedanken, ob nicht vielleicht doch durch eine ergonomische Arbeitsweise die gesundheitlichen Probleme verringert, vielleicht ja sogar die Arbeit erleichtert werden kann. Mir selbst ist es zwar nie gelungen, mich bei der Behandlung so gerade zu halten wie Prof. Schön oder die Kollegen auf den Abb. 1.3 und 6.10 dieses Buches, trotzdem ist es wichtig, dass man immer wieder daran erinnert wird.

Und weiter: Auch wenn es für den Praxisgründer hilfreich ist, zu wissen, welches

Raum- und Flächenverhältnis die einzelnen Funktionsbereiche der Praxis zueinander haben sollten (S.242) - nur selten dürften so ideale Bedingungen einer fast quadratischen Gesamtfläche vorliegen, dass sich das geschilderte Modell für eine Einzelpraxis realisieren lässt.

Sehr wichtig: Das Kapitel Qualitätssicherung (QS) - wie man weiß, eines der Kimmelschen Lieblingsthemen. Zwar ist in diesem Rahmen naturgemäß vor allem von voraussetzungsorientierter QS die Rede, also von den Rahmenbedingungen, die QS erst ermöglichen, wirklich wichtig ist aber natürlich erst das, "was hinten raus kommt" (ergebnisorientierte QS). Den Leitsatz 7 auf S. 237 sollte sich jeder Standespolitiker übers Bett hängen: "Definierte Anforderungen an die Qualitätssicherung sollten nicht als Eingriff in die Freiheit der Berufsausübung aufgefasst werden". Nielsen (DAZ) hat es noch klarer gesagt: "Qualitätssicherung ist Honorarsicherung!"

Alles in allem ein gutes Buch - nicht nur für diejenigen Kollegen, die sich gerade eine Praxis einrichten, eine unbedingte Pflichtlektüre!

Trotzdem ein paar kritische Anmerkungen bzgl. QS der Abbildungen in diesem Buch: Vielleicht sind bei einer Neuauflage die Bilder verzicht- oder austauschbar, auf denen Kollegen ohne Handschuhe, mit Ring und Uhr am Patienten arbeiten (auf Abb. 422 sogar mit Straßenkleidung). Außerdem sollte man noch ein paar sicherlich seitenverkehrte Bilder umdrehen (1.16d, 2.19, 4.4, 4.5, 4.17 - und 5.4, das auf dem Kopf steht).

Und schließlich: So unterstützenswert deutsche Dentalfirmen sind - in einem solchen Standardwerk scheint mir die KaVo-Lastigkeit etwas einseitig. H. Hey, München

Pharmacus CEDIP

**Wegweiser für Gesundheit und Wohlbefinden**4. Auflage 2001 18.95 Euro  
ISBN 3-9804075-7-8

"Mit sicherem Griff das passende Medikament" - mit diesem Slogan wirbt der CEDIP-Verlag für seinen Wegweiser, der Patienten dabei helfen soll, sich in Selbstmedikation unter den 4613 in Deutschland rezeptfreien Arzneimitteln das richtige herauszusuchen. Dazu hat man eine Art Kombination aus Roter Liste und Pschyrembel für den Laien zusammengestellt.

In Zeiten immer kürzerer Informationskontakte beim Arzt ist so ein Nachschlagewerk natürlich nützlich, besonders dann, wenn wie hier grundsätzliche Informationen über die wichtigsten Erkrankungen und Tipps zur Vorbeugung gegeben werden und jedes Kapitel ein Kästchen mit Hinweisen enthält "wann Sie zum Arzt gehen sollten".

Was Mundhöhle, Zähne und Zahnfleisch betrifft, so sind die Ratschläge in diesem Buch gut und verständlich - man sollte bei der nächsten Auflage allerdings auch Interdentaltbürstchen empfehlen und dafür ruhig weniger ausführlich die Zungenreinigung behandeln - sie allein hilft nämlich nicht, dass "in den meisten Fällen der üble Mundgeruch verschwindet." Auch reicht es nicht, Prothesen mit einer weichen Zahnbürste zu reinigen - wer das macht, bekommt mit der Zeit die Beläge nicht einmal mit dem ebenfalls empfohlenen Reinigungsbad oder gar mit dem Ultraschall weg. Dass bei der Auflistung der Wirkstoffe bei Zahn- und Zahnfleischbeschwerden Fluoridpräparate fehlen (da gibt es schließlich auch rezeptfreie), ist ein Mangel.

Für einen wirklichen Fehler halte ich es - vor allem, wenn der Verlag betont, dass das Buch vollständig überarbeitet und aktualisiert worden ist - dass an mehreren Stellen (S.155, 361 und 362) Kava-Kava Präparate empfohlen werden, von denen im Öko-Test-Heft Nr.2/2002 ausdrücklich und heftig abgeraten wird, weil "Berichte über Leberschäden dazu geführt haben, dass das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) vor Extrakten aus dieser Süddeckpflanze gewarnt hat, und Marktrücknahmen bereits im Gange sind." Ob das auch noch für andere Präparate in diesem Buch gilt? Und dass sich die Homöopathie zur Selbstmedikation eignet, muss doch stark bezweifelt werden. Schließlich richtet sich die Wahl des Präparates hier nicht nur nach der momentanen Symptomatik, sondern vor allem nach dem individuellen Mittelbild - wer kann das schon für sich selbst bestimmen? Andererseits enthält der Wegweiser aber so viel Nützliches, dass man ihn mit den genannten Einschränkungen empfehlen kann.

H.Hey, München

Peter Pospiech

**Die prophylaktisch orientierte Versorgung mit Teilprothesen**Thieme Verlag Stuttgart, 1. Auflage 2002  
209 Seiten, über 400 Abb, geb.

129,- Euro, ISBN 3-13-126941-3

Edelste Prothetik, ästhetisch perfekt, ggf. fest auf Implantaten zementiert - Werke zu diesem Thema bestimmen die prothetischen Fortbildungsangebote oder Neuerscheinungen auf dem Büchermarkt - und nun ein Werk zur Versorgung mit Teilprothesen, prophylaktisch orientiert.

Das macht neugierig. Was gibt es da zu berichten?

Prof. Pospiech hat sich die Mühe gemacht, die Erfahrungen seiner nun schon 14-jährigen Lehrtätigkeit an der Ludwig-Maximilians-Universität München zusammenzustellen und sie dem Studenten, aber auch dem rekapitulierenden Zahnarzt und auch dem Zahntechniker anzubieten.

Dabei sind seine langjährigen Erfahrungen in der Planung und der Versorgung mit einfachen Provisorien, Modellgussprothesen, Doppelkronen bis Geschiebe und Anker eingeflossen. Das Buch ist sehr an der täglichen Arbeit orientiert geschrieben, d.h. es wird zuerst sehr ausführlich und bis ins kleinste Detail die Arbeit in Praxis und Labor beschrieben. Jeder Arbeitsablauf ist direkt nachvollziehbar, er wird an Hand von sehr konkreten, detaillierten "Durchführungsbestimmungen" dargestellt, wichtige Kurzhinweise werden rot, notwendige Kontrollen blau hervorgehoben. Durch diese vielen Hinweise geht der Text ein wenig verloren – d.h. sie erschweren meines Erachtens das Lesen des Buches. Sie erleichtern aber das schnelle Rekapitulieren, das Lösen von eventuellen Problemen, was durch die überaus zahlreichen, ungeschönt praxisnahen Abbildungen sehr unterstützt wird.

Nach dem praktischen Teil folgt eine knappe, sehr anschauliche Aufarbeitung der medizinisch theoretischen Hintergründe, die als Basis unsere therapeutischen Überlegungen sehr gut aufzufrischen vermag.

Mit diesem Buches bekommt der junge Kollege umfangreiche praktische, auch sehr prophylaktisch orientierte Hinweise für die

täglich neuen Probleme seiner (Sozial-) Praxis, für die erfolgreiche Kommunikation zwischen Zahnarzt und Zahntechniker werden viele Arbeitsschritte erläutert und auch der "alte Hase" kann dem Buch unzählige Details für seinen Berufsalltag entnehmen.

U.Happ, Hamburg

N.Müller, Th.Morneburg, M.Hofmann  
**Von Totalprothesen nach dem All-Oral-Verfahren zum Micro®-Plant-gestützten Zahnersatz**

Deutscher Zahnärzte Verlag Köln 2001  
231 Seiten, 277 Abbildungen,  
mit CD-Rom 99,95 Euro,  
ISBN 3-934280-32-3

Trotz bester Prophylaxe und Therapie ist die Spätversorgung mit Totalprothesen zur Zeit bei 24 % der über 65jährigen notwendig. Gerade wegen der Prophylaxe und umfangreichen Vortherapien kann sie sehr kompliziert erscheinen, da durch langen Erhalt der Zähne die Kieferkämme oft sehr atrophisch sind. Präprothetische Maßnahmen wie Vestibulumplastik oder Kieferkammerhöhung werden vom Patienten, aber auch vom Behandler wegen der nicht sehr guten Prognose und zusätzlich der damit verbundenen Beschwerden und Risiken abgelehnt – es gilt, den besten Sitz der Totalprothese in der vorgegebenen Situation zu finden.

Vor über 25 Jahren, zur Zeit meiner Niederlassung, hat Prof. Hofmann das All-Oral-Verfahren entwickelt und publiziert, das in der Regel auch in hoffnungslosen anatomischen Ausgangssituationen einen guten Prothesenhalt ermöglicht. Prof. Hofmann führt das nicht primär auf die Qualität der Prothesenlager zurück sondern auf die differenzierte Beachtung der dynamischen Vorgänge in

der Mundhöhle. Diese gilt es zu erfassen und zu beachten. Ein sehr praxisnahe Anleitung zu seinem (auch für mich) erfolgreichen Verfahren gibt nun die neueste, vollständig überarbeitete Auflage seines Lehrbuches, das für Computereffreaks noch mit einer CD ergänzt wurde.

In der Erweiterung des Buches findet man außerdem Vorschläge, wie man sich mit Haftmitteln, mit weichbleibenden Unterfütterungen oder bei Material-Unverträglichkeiten weiterhelfen kann. Wenn alles nichts nützt, wird man dem letzten Kapitel viele Anregungen entnehmen können, wie der Halt einer UK-Prothese nachträglich durch gering belastete Implantate optimiert werden kann.

U.Happ, Hamburg

Charlotte Opitz  
**Kieferorthopädische  
 Behandlung von Mund-  
 Kiefer-Gaumen-Spalten**

Quintessenz Verlag, Berlin 2002  
 160 Seiten, 213 Abbildungen  
 98,- Euro, ISBN 3-87652-328-1

Auf 500 bis 700 Babies kommt ein Kind mit einer Spaltbildung im Lippen-Kiefer-Gaumenbereich. Die Behandlung erfordert umfangreiche Maßnahmen von der Geburt bis zum Abschluss des Wachstums, um die Folgen für das Gesichtswachstum, die Zahnstellung, die Sprache, das Hören und die Psyche gering zu halten und um die Eingliederung dieser Patienten in die Gesellschaft zu unterstützen.

Von der Behandlung nach der Geburt, im Milchgebiss und im bleibenden Gebiss über

die Zahnentwicklung, Besonderheiten hinsichtlich Karies und Gingivitis und den zahnärztlichen Betreuungsaufgaben, die Gaumenplastik bis hin zur ästhetischen Zahnkorrektur mithilfe der Adhäsivtechnik informiert das Buch über Möglichkeiten zwischen Wünschenswertem und Machbarem. Es werden diagnostische und therapeutische Besonderheiten sowie Apparaturen für die effektive Behandlung dargestellt. Unter Berücksichtigung der internationalen Literatur stellt die Autorin, die seit fast 40 Jahren in der Lehre und Forschung innerhalb der Kieferorthopädie an der Charité in Berlin tätig ist, auch eigene Untersuchungen zu Teilaspekten der kieferorthopädischen Behandlung und zum Wachstum im Kiefer- und Gesichtsbereich unter den Bedingungen der Spaltbildung vor.

Das Buch Kieferorthopädische Behandlung von Mund-Kiefer-Gaumen-Spalten ist konzipiert als Informationsquelle für praktizierende Kieferorthopäden, die danach streben, ihren Patienten mit einer Spaltbildung im Lippen-Kiefer-Gaumen-Bereich eine verantwortungsvolle Behandlung zu bieten.

Aus DZW, Bonn

#### Nebenjob für Telefon-Talente

Sie haben Spaß am Telefonieren? Wir suchen jemanden, bevorzugt aus Berlin, die oder der uns bei der Anzeigenakquisition unterstützt. Das DAZ-Forum erscheint vierteljährlich und könnte noch ein paar mehr Werbeanzeigen, insbesondere aus dem Berliner Raum, vertragen. Interessiert? Dann rufen Sie mich an oder schicken Sie mir eine Mail: I. Berger-Orsag, Tel. 0221/973005-45, Tel. 0178/8268362 oder E-Mail [berger-orsag@t-online.de](mailto:berger-orsag@t-online.de)

## Termine

**4./5.5.2002**, Frankfurt, Bürgerhaus Bornheim: DAZ-VZDM-Frühjahrstagung 2001.  
**4.5.2002**, 10 Uhr: Gesundheitspolitischer Vormittag zum Thema "Perspektiven der zahnmedizinischen Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung", Referent: Herbert Rebscher, VdAK-Vorsitzender; **4.5.2002**, 14 Uhr: Fachreferat zum Thema "Das kranke Kiefergelenk – eine lehrreiche Entdeckungsreise", Referent: Prof. Dr. J.M. Dibbets, Direktor der Klinik für Kieferorthopädie der Universität Marburg; **5.5.2002**, 9 Uhr, Hotel Merkator: DAZ-Ratsitzung (Tel. 0221/973005-45)

**16.5.2002**: Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402/928811)

**22.-25.5.2002**, Dresden: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie mit Sitzung des Arbeitskreises Psychologie und Zahnmedizin zum Thema "Prävention zahnmedizinischer Erkrankungen – Forschung und Praxis" (Tel. 0221/81-13016)

**5.6.2002**, 19 Uhr, Berlin/Hotel Seehof, Lietzenseeufer 11: BUZ-Jahreshauptversammlung 20 Uhr BUZ-DAZ-Stammtisch

**18.6.2002**, 14.00 Uhr, Bonn/AOK-Bundesverband: Mitgliederversammlung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege DAJ (Tel. 0228/694677, Fax 694679)

**20.6.2002**: Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402/928811)

**18.7.2002**: Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402/928811)

**15.8.2002**: Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402/928811)

**4.9.2002**, 20 Uhr, Berlin/Hotel Seehof, Lietzenseeufer 11: BUZ-DAZ-Stammtisch

**19.9.2002**: Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402/928811)

**22.-26.9.2002**, Berlin: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Psychologie mit Arbeitsgruppe zum Thema "Psychologische Forschung in der Zahnmedizin" (Tel. 0221/81-13016)

**28.9.2002**, 10.00 Uhr Berlin/Dietrich-Bonhoeffer-Haus: DAZ-Jahrestagung mit Referat + Diskussion zum Thema: "Streß im Praxisalltag und wie man sich davor schützen kann", Referentin: Prof. Dr. Almuth Künkel, Fachhochschule Düsseldorf. 14.00 Uhr DAZ-Jahreshauptversammlung

**17.10.2.2002**: Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402/928811)

**15.11.2002**, 10.30 Uhr, Berlin: öffentliche Veranstaltung der Bundeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bundes

**16./17.11.2002**, 9.30 Uhr, Berlin: Bundeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bundes

**4.12.2002**, 20 Uhr, Berlin/Hotel Seehof, Lietzenseeufer 11: BUZ-DAZ-Stammtisch

**21.11.2002**: Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402/928811)

**19.12.2002**: Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402/928811)

**(Nähere Informationen unter Tel 0221/973005-45, Fax 0221/-7391239, Mail [daz.koeln@t-online.de](mailto:daz.koeln@t-online.de))**

## Fehlerhafte Prothetik: Was übernimmt die Haftpflichtversicherung?

HANS-PETER RIES UND  
RALF GROSSBÖLTING<sup>1</sup>

*Die Fälle, in den Patienten nach einer zahnärztlichen Behandlung der Ansicht sind, Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche aufgrund eines vermuteten Behandlungsfehlers geltend machen zu können, nehmen stetig zu. Dieses liegt teilweise in der immer weiter steigenden finanziellen Mitbeteiligung an den Zahnarztkosten, teilweise sicherlich auch in einer gesteigerten Anspruchshaltung des Patienten begründet. Der Großteil der Beanstandungen betrifft dabei die Prothetik.*

Häufig stellen zwar der damit für den Zahnarzt verbundene zeitliche Aufwand, das Unverständnis und der Ärger über die – oftmals unberechtigten und hergeholten – Vorwürfe die größere Belastung dar. Dennoch ist es für ihn in einer solchen Situation von großem Interesse zu wissen, in welchem Umfang seine Berufshaftpflichtversicherung eintritt. Übernimmt sie den Schadensersatz, das Schmerzensgeld oder die Kosten anwaltlicher Hilfe?

Grundsätzlich gewährt die zahnärztliche Berufshaftpflichtversicherung dem Zahnarzt Versicherungsschutz für den

Fall seiner zivilrechtlichen Inanspruchnahme wegen eines Zahnarztfehlers. Dabei erstreckt sich der Deckungsschutz des freiberuflich tätigen Zahnarztes nicht nur auf eigene Behandlungsfehler, sondern auch auf Tätigkeiten eines Praxisvertreters, eines Assistenten oder einer Zahnarthelferin.

Im Bereich der chirurgischkonservierenden und prophylaktischen Leistungen sowie bei kieferorthopädischer Behandlung übernimmt die Haftpflichtversicherung neben einem Schmerzensgeld auch den materiellen Schadensersatz, wenn tatsächlich ein Verstoß gegen die Regeln der zahnärztlichen Heilkunde, ein Verschulden sowie ein Kausalzusammenhang zwischen diesem Behandlungsfehler und dem geltend gemachten Schaden vorliegen. Hierunter fallen die Kosten der fehlerhaften Behandlung bzw. die für eine Behebung des Schadens erforderlichen Aufwendungen, Verdienstaufschlag, Fahrtkosten u. ä.

Für die Leistungen der Berufshaftpflichtversicherung gibt es jedoch bei Ansprüchen im Zusammenhang mit prothetischen Maßnahmen im Sinne einer gerechten Lastenverteilung zwischen Verursacher und Haftpflichtversicherung gesetzliche Ausnahmen. Nach § 4 I Nr. 6 (letzter Absatz) der Allgemeinen Bedingungen für Haftpflichtversicherung (AHB) ist die an die Stelle der

<sup>1</sup>Rechtsanwälte Hans-Peter Ries und Ralf Großbölting, Friedrichstraße 155-156/Unter den Linden 24, 10117 Berlin; [www.rechtsanwaelte-moenig.de](http://www.rechtsanwaelte-moenig.de)

Erfüllungsleistung tretende Ersatzleistung nicht Gegenstand der Haftpflichtversicherung.

Im Klartext: Der Zahnarzt ist aufgrund des geschlossenen Vertrags dem Patienten gegenüber verpflichtet, den Zahnersatz ordnungsgemäß zu erstellen und einzugliedern. Gelingt dies nicht, so tritt die Haftpflichtversicherung für die dabei anfallenden Kosten nicht ein. Soweit der Patient eine etwaige Nachbesserung oder Neuankfertigung des vermeintlich fehlerhaften Zahnersatzes oder Erstattung eines bereits von ihm geleisteten Eigenanteils verlangt, tritt die Berufshaftpflichtversicherung für diese Forderungen nicht ein.

Sollten also die von dem Zahnarzt erbrachten Dienst- bzw. Werkleistungen nicht fehlerfrei sein und sollte beispielsweise eine Erneuerung des Zahnersatzes notwendig werden, so handelt es sich um einen sogenannten "Erfüllungsschaden", der vom Versicherungsschutz nicht umfasst ist. Ein Einstehen der Haftpflichtversicherung für die Fehlerhaftigkeit der eigentlichen Erfüllungsleistung (hier: Zahnersatz) würde – so die Argumentation der Versicherungswirtschaft – zu einer großen Belastung der Versichertengemeinschaft führen, weshalb es sich um ein prinzipiell nicht versicherbares Risiko handelt.

Von Seiten der Haftpflichtversicherung werden bei Prothetik also lediglich die Schmerzensgeldansprüche sowie etwaige Folgeschäden wie Fahrtkosten und Verdienstaussfall getragen.

Die Kosten anwaltlicher Vertretung des Zahnarztes werden von Seiten der Berufshaftpflichtversicherung im vorgerichtlichen Verfahren grundsätzlich nicht übernommen. Sollte es zu einer gerichtlichen Auseinandersetzung kommen, so werden auch hier die Anwaltskosten nur insoweit übernommen, als es den Teil betrifft, für den die Haftpflichtversicherung einzustehen hat.

Gerade bei Auseinandersetzungen über die Ordnungsgemäßheit des Zahnersatzes empfiehlt sich jedoch für den Zahnarzt, frühzeitig einen Berater aufzusuchen. Nur so kann gewährleistet werden, dass seine Interessen auch insoweit ordnungsgemäß vertreten werden, als es den materiellen Schadensersatzanspruch betrifft, für den seine Berufshaftpflichtversicherung nicht eintritt.

Denn im Rahmen der oftmals emotionalen Auseinandersetzung um eine fehlerhafte prothetische Behandlung sind viele Besonderheiten (z.B. die vom Regelfall abweichende Beweislastverteilung) zu beachten. Sieht sich zudem z.B. ein Patient aufgrund der zögerlichen Reaktion des Zahnarztes gehalten, den – vermeintlichen – Behandlungsfehler im Rahmen eines gerichtlichen sogenannten selbstständigen Beweisverfahrens von einem Gutachter feststellen zu lassen, um die weitere zahnärztliche Behandlung zu ermöglichen, sind etwaige Einigungsmöglichkeiten bereits weitgehend ausgeschlossen.

Das Bleaching ist keine zahnärztliche Behandlung und darf daher auch von einem medizinischen Laien geschäftsmäßig betrieben werden. Dies entschied das Frankfurter Oberlandesgericht. Die Zahnverfärbungen, die bei dieser Behandlung aufgehellt würden, seien keine Zahnkrankheit. Daher sei auch das Auffärben eine rein kosmetische Angelegenheit.

Das Gericht wies mit seinem Urteil die Klage eines Verbandes ab, einem Gewerbetreibenden das Zahnweißen zu untersagen. Nach Auffassung des Verbandes stellt diese Tätigkeit die Ausübung der Zahnheilkunde dar. Dies sei aber ohne Approbation nicht zulässig, zumal die Behandlung zu Reizungen des Zahnfleisches führen könne.

Das OLG folgte dieser Einschätzung nicht. Das Weißen von Zähnen sei letztlich nichts anderes als etwa das Haarefärben. Auch hier könne es zu Reizungen der Haut kommen, ohne dass verlangt werde, wegen dieser körperlichen Beeinträchtigung müsse ein Arzt die Leistungen erbringen, betonten die Richter. (Ihe) Oberlandesgericht Frankfurt, Az:22U222/00 (aus ZWP 2/2002)



**PROFIMED**

Tel.: 0 80 31 / 7 10 17  
E-Mail: [info@profimed.de](mailto:info@profimed.de)  
Internet: [www.profimed.de](http://www.profimed.de)

## MUNDHYGIENE IM RICHTIGEN LICHT

Der PROFIMED Punktlichtspiegel. Eine einleuchtende Erfindung zur optimalen Kontrolle Ihrer täglichen Mundpflege.

Als Hand-, Stand-, Wand- und Reise-Spiegel. **Für vergrößerte Einblicke in höchster Präzision.** Ideal auch zum Einsatz von Kontaktlinsen oder als Schmink- und Rasierspiegel.



Lust auf ein  
*strahlendes* Lächeln.

## Fluoridiertes Speisesalz setzt sich durch

### Marktanteil liegt erstmals über 50 Prozent - Weitere Aufklärung ist jedoch notwendig

Fluoridiertes Speisesalz, das als Jodsalz mit Fluorid im Handel erhältlich ist, hat im letzten Jahr erstmals einen Marktanteil von knapp über 50 Prozent erreicht. Nach nur zehn Jahren hat sich dieses Salz somit als eine weitere wirksame und einfache Möglichkeit der Kariesprophylaxe in weiten Teilen der Bevölkerung etabliert.

Diese Entwicklung wird von Wissenschaftlern des Zahngesundheitswesens ebenso begrüßt wie von Fachinstitutionen der Ernährungswissenschaften, denn fluoridiertes Speisesalz gilt nach wie vor als die einfachste, wirksamste und preiswerteste Möglichkeit zur Kariesvorbeugung, von der zudem die ganze Familie profitiert. Entscheidend ist dabei vor allem der lokale Effekt des im Speisesalz enthaltenen Fluorids, der einmal direkt auf die Zahnoberfläche und zusätzlich über den Speichel in der Mundhöhle wirkt, dessen Fluoridkonzentration sich dadurch erhöht.

Die Experten der Informationsstelle für Kariesprophylaxe befürworten deshalb eine baldige Verwendung dieses Salzes auch in Einrichtungen der Gemeinschaftsverpflegung. Erste Ergebnisse einer diesbezüglichen Studie an der Universitätsklinik in Heidelberg zeigen, dass durch die Verwendung von fluoridiertem Speisesalz in Großküchen die Fluoridaufnahme bei den Probanden sich leicht erhöht und somit ein besserer Kariesschutz gewährleistet ist, aber nie bedenkliche Werte erreicht.

Nach wie vor besteht aber Aufklärungsbedarf hinsichtlich einer weiteren Verbreitung von fluoridiertem Speisesalz. So hat eine Untersuchung des Instituts der Deut-

schen Zahnärzte ergeben, dass nur jeder zweite Zahnarzt seine Patienten gezielt auf fluoridiertes Speisesalz hinweist. Die Wirksamkeit der Speisesalzfluoridierung wird von 31 Prozent der befragten Zahnärzte als hoch, dagegen von 24 Prozent als gering eingeschätzt.

Vorbehalte bestehen bei Zahnärzten häufig auch gegen Salz allgemein, sodass auch aus diesem Grund kein fluoridiertes Speisesalz empfohlen wird. Nicht selten wird auch die Kombination Jod und Fluorid abgelehnt, was jedoch unbegründet ist. Denn Jod und Fluorid heben sich weder in der Wirkung gegenseitig auf noch bestehen irgendwelche gesundheitlichen Risiken durch Jod. Jod in physiologischen Mengen ist selbst für Menschen unentbehrlich, die eine Überfunktion der Schilddrüse oder andere Schilddrüsenprobleme haben.

Zahn- und Kinderärzte sollten ihre Patienten deshalb verstärkt auf die Möglichkeit der Verwendung von fluoridiertem Speisesalz hinweisen, so Privatdozent Dr. Stefan Zimmer vom Zentrum der Zahnmedizin der Charité-Universitätskliniken Berlin, Mitglied des wissenschaftlichen Beirates der Informationsstelle für Kariesprophylaxe. Dies auch vor dem Hintergrund, dass zwar bereits viele Verbraucher dieses Salz verwenden, es jedoch mehr "zufällig" als bewusst kaufen, wie Marktanalysen ergeben haben. Verbraucher müssen deshalb verstärkt aufgeklärt werden, sodass sie über die Vorzüge von Jodsalz mit Fluorid informiert sind und beim Einkauf gezielt zu diesem Salz greifen. Weitere Infos zur Kariesprophylaxe mit Fluoriden unter [www.kariesvorbeugung.de](http://www.kariesvorbeugung.de)

# Bausteine für die Zähne

*Eine Empfehlung  
für Ihre Patienten*

Tag für Tag  
Bad Reichenhaller  
MarkenJodsalz 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.



**Bad Reichenhaller**

**...die Geschmackskraft der Natur**

## Man sollte ihn vermissen

### Abschied vom Artikulator

HANNS-W. HEY, München

*"Der Artikulator" - eigentlich wäre das die Pflichtlektüre für jeden zahnärztlichen Standespolitiker gewesen, zumindest für die, denen neben Honoraren, Punktwerten und Wirtschaftlichkeitsfragen Dinge wie soziale Verantwortung, Prophylaxe und Qualitätssicherung wirkliche Anliegen sind.*

25 Jahre lang hat diese Zeitschrift Themen beackert, die der etablierten Standespresse zu unbequem, zu lästig oder einfach zu "links" waren:

- Verbesserung des Patientenschutzes
- Professionelle Gruppenprophylaxe
- Gewährleistung statt Festzuschüsse
- Von der Maschinen- zur Ganzheitsmedizin
- Zahnärztliche Obdachlosenpraxis
- Kinder- und Jugendpsychologie in der zahnärztlichen Praxis
- Alterszahnheilkunde
- Zahnärzte und Zuckerindustrie

Aber natürlich vor allem - wie unser DAZ-forum - immer wieder die Hauptthemen Qualitätssicherung und Intensivierung breitenwirksamer Prophylaxe. Ohne die Publikationen in diesen beiden Oppositionsblättern und ohne die vielen von DAZ und VDZM veranstalteten Symposien und Diskussionen würden die KZBV und die Bundeszahnärztekammer wahrscheinlich immer noch den selbstverständlichen Anspruch auf die beste Zahnmedizin der Welt vertreten.

Der Redaktion des Artikulators gebührt weiterhin das große Verdienst, fast allein die finstere Thematik der Zahnärzte im Nationalsozialismus bearbeitet zu haben. Dazu gab es sogar neben vielen Einzelbeiträgen im April 1983 ein umfangreiches Sonderheft über die Zahnmedizin im Faschismus mit einer Biografie von Prof. Kantorowicz als Moorsoldat im KZ Börgermoor.

Durchgängig und regelmäßig seit 1978 hat das Verbandsorgan der "Vereinigung demokratische Zahnmedizin" (VDZM) die Finger in die offenen Wunden unseres Berufsstandes gelegt und dafür natürlich - wie wir vom DAZ - nicht nur die permanente Ausgrenzung aus den etablierten Medien erfahren, sondern sich auch immer wieder dem Vorwurf der Nestbeschmutzung und der kommunistischen Wühlarbeit aus-

gesetzt gesehen. Ein Standesvertreter erheischte sich den Beifall seines Auditoriums sogar mit dem Hinweis, solche Verräter hätte man früher an die Wand gestellt... Es versteht sich von selbst, dass vor diesem Hintergrund mit den Körperschaften meist keine echten Sachdiskussionen in kollegialer Atmosphäre geführt werden konnten.

Natürlich hat auch mich von Anfang an die Namensgebung sowohl des Verbandes wie auch des Organs gestört: es gibt schließlich weder eine "demokratische" Zahnmedizin noch eine "kritische" Zahnmedizin, sondern bestenfalls demokratisch orientierte und kritikfähige oder kritische Zahnmediziner. Mir sind Organisationen immer erst einmal suspekt gewesen, die das Adjektiv demokratisch auf einem allzu großen Schild vor sich her getragen haben. Andererseits - wer die Kollegen der VDZM kennt, weiß, dass dahinter sehr wohl etwas Prinzipielles steht: Dass nämlich Karies- und Parodontal-schäden zuallererst auf gesellschaftliche Fehlentwicklungen zurückzuführen sind und eben nicht, wie nach Meinung der verfassten Zahnärzteschaft, diese Schäden als selbst verschuldet und damit auch als selbst zu finanzieren angesehen werden müssen. Natürlich wissen inzwischen alle Fachleute, dass der größte Teil der Gebiss-schäden tatsächlich bei Kindern und Jugendlichen zu finden ist, die unterprivilegierten Schichten entstammen, woraus sich selbstverständlich zwingend das Primat der Gruppen- und Kollektivprophylaxe gegenüber der Individualprophylaxe ergibt. Die Konsequenz - Intensivierung der Gruppen-

prophylaxe in Kindergärten, Schulen und ähnlichen Einrichtungen - lässt sich vielerorts trotzdem nicht durchsetzen. Manche stöhnen ja schon auf, wenn sie das Wort Kollektivprophylaxe hören, weil das so sozialistisch klingt. Dabei wurde der Begriff schon vor 30 Jahren in der Schweiz benutzt. Inn VDZM-Kreisen wurden sogar Gemeinschaftspraxen als "Praxiskollektive" ausprobiert, mit gleichen Rechten und gleichem Einkommen für Helferinnen und Ärzte. Die sind zwar inzwischen alle gescheitert - ein Zyniker, wer sich darüber freut -, aber einen Versuch wars's sicher wert.

Was für die Akzeptanz der Prophylaxe schädlicher war, war die anfänglich kritische Einstellung der Artikulator-Macher gegenüber Fluoriden. Mich hat das damals sehr in Opposition zur VDZM gebracht, dass Fluoridbefürworter als Verbündete der Zuckerindustrie hingestellt wurden, und Figuren wie Herr Ziegelbecker so viel Raum zur Darstellung ihrer paranoiden Fluoridphobien eingeräumt wurde. Immerhin hat sich das inzwischen geändert und der consequente Einsatz lokaler und systemischer Fluoridanwendung ist auch bei der VDZM ein unstrittiges Basisprinzip.

Während sich die Zahnärzteschaft in den Körperschafts- und Standesmedien in den letzten Jahrzehnten fast nur in Selbstbeweihräucherung und Selbstmitleid erging, konnten interessierte Kollegen, Sozial- und Gesundheitspolitiker im Artikulator die Fakten lesen, ungeschönt und bisweilen von so gnadenloser Offenheit, dass sich die Lobbyisten unseres Berufsstandes die Haare gerauft haben. Natürlich führte das

auch dazu, dass Kollegen der VDZM zu Beratern der "Gegner" wurden. Es steht aber unzweifelhaft fest, dass diese "Verräter" dem Berufsstand mehr genützt haben als die, die schon vor 10 Jahren im Kollektiv(!) ihre Kassenzulassung zurückgeben wollten.

Und dann war da natürlich noch das professionelle Layout der Zeitung und das noble Prinzip, das Blatt ohne Anzeigen zu realisieren, um sich von niemandem nötigen lassen zu müssen, Produktwerbung als quasi neutrale Fach- oder Sachinformation zu publizieren. Ich weiß, wovon ich rede - als verantwortlicher Redakteur des DAZ-forum sah ich mich fast bei jedem Redaktionsschluss in dieser gastritischen Situation.

Der Artikulator hat das durchgehalten - 25 Jahre lang bis zur letzten Ausgabe Anfang dieses Jahres - finanziert aus Mitgliedsbeiträgen, z.T. sogar durch Sonderspenden der Autoren selbst.

Jetzt ist Schluss - die Gründe sind die gleichen, mit denen auch unser Medium bei jeder Ausgabe zu kämpfen hat: Mehr und mehr werden Inhalte und Erscheinungsbild des Berufsstandes vom smarten Business-Doc bestimmt, der in seinem Dentalshop möglichst nur noch Privatleistungen verkauft. Kollegen, die Sachleistungen beim Kassentypen - womöglich auch noch engagiert - erbringen und Themen wie Patientenschutz, Gruppenprophylaxe und Qualitätssicherung diskutieren, werden - bestenfalls - als Sozialromantiker bemitleidet, vielleicht sogar aggressiv als Abweichler gebrandmarkt. Und Staat und Krankenkassen ist die

Art der Versorgung der Patienten inzwischen ziemlich gleichgültig, wenn nur die Kosten so niedrig wie möglich sind. So kann man die Resignation des Artikulators durchaus nachvollziehen. Schließlich liegen die konstruktiven und realisierbaren Vorschläge, wie man

- konsequent mit Prophylaxe Schäden vermeiden kann, wie man die
- Qualitätssicherung zahnärztlicher Leistungen verbessern könnte und wie man auch
- GKV-Patienten einen modernen zahnärztlichen Leistungskatalog in freier Praxis sichern kann,

seit vielen Jahren in den Schubladen der Ministerien, Parteien und Krankenkassen. Aber alle scheinen es sich bequem gemacht zu haben und darauf zu warten, dass der jeweils andere aktiv wird...

Trotzdem: Gerade weil resignative Tendenzen auch im DAZ bestehen, ist die Kompetenz und das Engagement der Kollegen vom Artikulator gefragt, um gemeinsam und immer wieder die liegegebliebenen Probleme anzusprechen. Bei uns gibt es weder "redaktionelle Kürzungen" noch fadenschenig begründete Absagen unbequemer Kritik. Insofern könnte der melancholische Abgesang auf ein wichtiges zahnärztliches Oppositionsorgan zur willkommenen Bereicherung und Erweiterung des forum mutieren. Jedenfalls sind hiemit alle Kolleginnen und Kollegen aus der VDZM herzlich zum Mitmachen eingeladen.

## Ein neues Gesicht

Dr. med. dent. Celina Oda Schätze

*Geboren 1956 in Berlin*

*Staatsexamen 1981*

*1981 - 1986 Wiss. Mitarbeiterin in der Proth. Abt. an der FU Berlin*

*1986 - 1988 angestellte Zahnärztin in der Poliklinik des US-Army-Hospitals*

*Seit 1988 niedergelassen in einer Praxisgemeinschaft in Berlin*

*Spezialistin der Dt. Gesellsch.f. zahnärztl.Prothetik und Werkstoffk.*

*Mitglied des Berufsbildungsausschusses der ZÄK-Berlin*

*Gutachterin für Prothetik bei der ZÄK-Berlin*

*Obergutachterin für Prothetik bei der KZV-Berlin*

*Seit 1990 Mitglied bei BUZ (Berlins unabh.Zahnärzte)*

Standespolitik ist auch eine Stilfrage. Sie sollte auf der Basis von sachlicher und faktenreicher Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit stattfinden. Intern und nach außen. Für politische Entscheidungsprozesse wünsche ich mir eine möglichst breite Diskussion. Diese kann sinnvoll nur geführt werden, wenn klare Beschreibungen von moderner qualitätsorientierter Zahnheilkunde sowie von deren sozialmedizinischen und wirtschaftlichen Zusammenhängen zur Verfügung stehen. Hierfür ist eine enge Zusammenarbeit der organisierten Zahnärzteschaft mit den wissenschaftlichen Gesellschaften unseres Faches sowie Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlern anzustreben.

Je besser die Darstellung dieser Inhalte vor einem gesamtgesellschaftlichen Forum ist, desto weniger besteht die Gefahr, dass Einzelinteressen dominieren. Dabei denke ich z. B. an partei- und haushaltspolitische Interessen, an die Interessen der Dentalindustrie und auch an diejenigen Kollegen, die überwie-

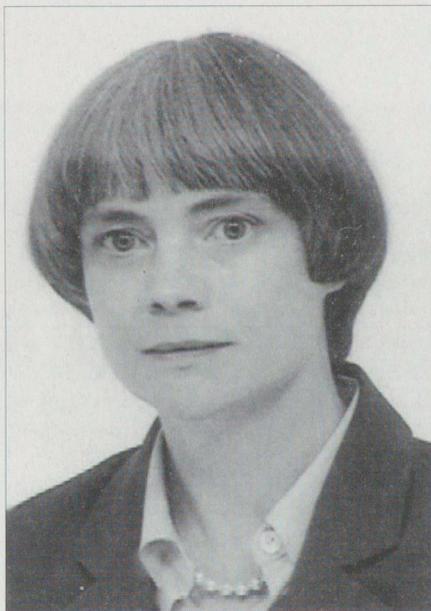
gend ihren wirtschaftlichen Erfolg im Auge haben. Eine glaubwürdige Argumentation in der Debatte um Zahnheilkunde und ihre gesellschaftlichen Bezüge ist eine Chance, sach- und fachfremde Rahmensetzungen für unsere Arbeit künftig besser zu vermeiden. Dies gilt für unsere Selbstverwaltung wie für die "große" Politik.

Für eine solche Form der Öffentlichkeit und Sachlichkeit trete ich ein. Es handelt sich dabei nicht nur um eine Frage des Stils. Inhaltlich ergibt sich daraus zwangsläufig eine ausgewogenere Politik, die mehr auf wissenschaftliche und gesamtgesellschaftliche Zusammenhänge Rücksicht nimmt, als es die offizielle Standespolitik zur Zeit tut. Medizinische Ethik und Merkmale wie Leistungsqualität, Betreuungsqualität und soziale Verantwortung werden dann neben dem Kampf um die wirtschaftliche Basis mehr Gewicht bekommen.

Mein Interesse ist es, die Rahmenbedingungen für die Ausübung einer qualitätsorientierten und damit auch einer per-

sönlich befriedigenden Zahnheilkunde zu verbessern. Notwendigerweise muss hierfür auch eine wirtschaftliche Basis gesichert werden, die unserer Ausbildung und dem notwendigen Investitionsaufwand entspricht.

Ein Hauptanliegen unserer Selbstverwaltung sollte die Qualitätssicherung sein. Regelungen der Studienordnung, der Fort- und Weiterbildung, der Berufsordnung, der Personalausbildung, der Begutachtung, der Schlichtung und vieler anderer Bereiche dienen diesem Ziel. Anerkannt hohe Qualitätsstandards sind nicht nur gut für unsere Arbeitszufriedenheit, sondern auch für die Stellung unseres Berufsstandes in der Gesellschaft und damit letztlich auch für unsere wirtschaftliche Lage.



## Frau Dr. Dohnke-Hohrmann im Ruhestand

STEFAN ZIMMER, Berlin

Am 1.9.2001 wechselte Frau Medizinaldirektorin Dr. Sylvia Dohnke-Hohrmann, die mehr als 20 Jahre lang den Zahnärztlichen Dienst in Berlin-Neukölln geleitet hatte, aus gesundheitlichen Gründen in den vorzeitigen Ruhestand. Nach Frau Dr. Reihlen, die bereits ein Jahr zuvor zur "Ruheständlerin" geworden war, verliert der Zahnmedizinische Öffentliche Gesundheitsdienst Berlins und Deutschlands damit innerhalb kurzer Zeit die zweite große Führungspersonlichkeit. Geboren und aufgewachsen in Berlin, trat Frau Dohnke-Hohrmann nach dem Studium an der Freien Universität Berlin und einem kurzen Gastspiel in einer zahnärztlichen Praxis im Jahre 1974 in den Zahnärztlichen Dienst Berlin-Neukölln ein und übernahm bereits sechs Jahre später dessen Leitung. Praktisch seit Beginn ihrer zahnärztlichen Laufbahn engagierte sich Frau Dohnke-Hohrmann berufspolitisch im Bundesverband der Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (BZÖG). Von 1980 bis 1992 stand sie diesem Verband in der Landesstelle Berlin zunächst als 2. und dann als 1. Vorsitzende vor, ehe sie im Jahre 1992 zur Bundesvorsitzenden gewählt wurde. Diese Wahl veranlasste sie im Jahre 1994, ihre bis dahin ausgeübte Funktion als Koordinatorin für Jugendzahnpflege bei der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit aufzugeben. Bundesvorsit-

zende des BZÖG blieb Frau Dohnke-Hohrmann bis 1998. In der schwierigen Zeit des Zusammenwachsens der Öffentlichen Gesundheitswesen von Ost und West zeichnete sie sich in der Führung dieses Amtes durch ihre Fähigkeit zur Integration, besonders aber auch durch das konsequente Verfolgen gesundheitspolitischer Ziele, vor allem dem Ausbau der Gruppenprophylaxe, aus.

Neben der Übernahme von Verantwortung in Dienst und Berufspolitik engagierte sich Frau Dohnke-Hohrmann in außerordentlicher Weise immer auch in Projekten, die der Kariesprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen gewidmet waren. So war sie in den Jahren 1992 bis 1998 als einzige Deutsche Mitglied der Arbeitsgruppe "Children's Dental Health in Europe", in der sie mit Wissenschaftlern von internationalem Rang zusammen arbeitete. Darüber hinaus initiierte sie im Jahre 1995 in Neukölln unter dem Dach der Berliner LAG ein von den Krankenkassen finanziertes Modellprojekt zur Basis- und Intensivprophylaxe. Dieses Projekt ist als Umsetzung des Konzeptes der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Gruppenprophylaxe nach §21 SGB V zu verstehen.

Frau Dohnke-Hohrmann, die seit vielen Jahren DAZ-Mitglied ist, war Referentin in zahlreichen Fortbildungsveranstaltungen und auf wissenschaftlichen Kongressen sowie Autorin in Fachzeitschriften und Büchern. Für ihre besonderen Verdienste wurden ihr im Jahre 1999 das Bundesverdienstkreuz am Bande sowie das Silberne Ehrenzeichen des BZÖG verliehen.

Wann immer eine geschätzte Persönlichkeit in den Ruhestand verabschiedet wird, stellt sich die Frage nach den Erwartungen an die Zukunft. Einerseits wünsche ich mir, dass Frau Dohnke-Hohrmann der Sache der Gruppenprophylaxe noch lange erhalten bleibt, andererseits wünsche ich ihr ebenso den nach einem anstrengenden Berufsleben verdienten Genuss eines unbeschwerteren Lebens an der Seite ihres Mannes. Wie immer sie sich entscheidet, unser Respekt wird ihren Entschluss begleiten.



## Praxisalltag ohne Stress?

Wer wünscht sich das nicht? Eine möglichst stress-freie Situation – für den Zahnarzt, das Praxispersonal und den Patienten. Bei seiner diesjährigen Jahrestagung am 28.09.02 in Berlin will sich der DAZ dieses Themas annehmen und den teilnehmenden Zahnärzten/innen und Praxismitarbeiter/innen ermöglichen, durch die angebotene Fortbildung etwas für ihre Arbeit, aber auch für sich persönlich zu tun. Die Entwicklungspsychologin Prof. Dr. Almuth Künkel von der Fachhochschule Düsseldorf wird über Ursachen und Folgen von Überbeanspruchung, wie sie oft im Praxisalltag kaum zu vermeiden ist, informieren; vor allem aber Strategien zur Reduzierung und Bewältigung von Stress vorstellen, die für das ganze Team geeignet sind.

Sie alle sind herzlich zu der DAZ-Jahrestagung am 28.09.2002, 10.00 Uhr, im Dietrich-Bonhoeffer-Haus, Ziegelstr. 30, 10117 Berlin-Mitte, eingeladen. Nach der Vormittagsveranstaltung unter dem Thema ""Stress im Praxisalltag und wie man sich vor Überlastung schützen kann" steht am Nachmittag ab 14.00 Uhr die DAZ-Jahreshauptversammlung auf dem Programm. Zu deren öffentlichem Teil sind auch Nicht-Mitglieder willkommen. Für die Tagung wird kein Beitrag erhoben. Anmeldungen sind zu richten an die DAZ-Geschäftsstelle, Tel. 0221/973005-45, Fax 0221/7391239, Mail [daz.koeln@t-online.de](mailto:daz.koeln@t-online.de) (ibo)

### Impressum

Herausgeber:

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde, (DAZ),  
Belfortstr.9, 50668 Köln,.

Tel : 0221 97300545, Fax : 0221 7391239

Mail : [DAZ.Koeln@t-online.de](mailto:DAZ.Koeln@t-online.de)

Internet: [www.DAZ-web.de](http://www.DAZ-web.de)

Berlins unabhängige Zahnärzte (BUZ),

Kaiserdamm 97, 14057 Berlin,

Tel : 030 3023010, Fax : 030 3255610

Mail : [pnachtweh@t-online.de](mailto:pnachtweh@t-online.de)

Internet: [www.buz-berlin.de](http://www.buz-berlin.de)

Redaktion: Irmgard Berger-Orsag, Dr. Roland Ernst,

Dr. Jörg Hendriks, Dr. Peter Nachtweh, Dr. Hanns-

W.Hey, Silke Lange, Dr. Eberhard Riedel, Tamara

Tauchelt, Priv.Doz.Dr.Stefan Zimmer,

ViSdP: Dr.Ulrich Happ

Leitender Redakteur dieser Ausgabe:

Dr. Peter Nachtweh

Redaktionsadresse: Dr.Ulrich Happ, Kapellenstr. 2,  
22117 Hamburg, Tel: 040 244578, Fax: 040 243676

Redaktionsmail: [daz.redaktion@happ.org](mailto:daz.redaktion@happ.org)

Erscheinungsweise: 4 mal jährlich

Auflage: 6100

Bezugsbedingungen: Das DAZ-forum ist im Abonnement erhältlich, Jahresabo 22 Euro.

Für Mitglieder des DAZ/BUZ ist das Abo im Mitgliedsbeitrag enthalten. Interessenten erhalten einzelne Ausgaben des DAZ-forum auf Anfrage.

Anzeigenverwaltung, Mediadaten: Irmgard Berger-

Orsag, Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde,

Belfortstr.9, 50668 Köln, Tel : 0221 97300545, Fax :

0221 7391239, Mail : [DAZ.Koeln@t-online.de](mailto:DAZ.Koeln@t-online.de)

Druck: Druckerei Diet, 87474 Buchenberg,

E-Mail: [druckerei\\_diet@t-online.de](mailto:druckerei_diet@t-online.de)

# Kontaktadressen

## Berlin-BUZ

Dr. Peter Nachtweh, Kaiserdamm 97,  
14057 Berlin, Tel. 030 302 30 10  
FAX 030 325 56 10,  
E-Mail peter.nachtweh@buz-berlin.de;  
Stefan Günther, Georg-Wilhelm-Str.3, 10711  
Berlin, Tel. 030-890 928 76,  
Fax 030-890 928 77,  
E-Mail stefan.guenther@buz-berlin.de;  
E-Mail helmut.dohmeier@buz-berlin.de

## Berlin-DAZ

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

## Baden-Württemberg

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

## Sachsen

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

## Elbe - Weser

Dr. Till Ropers, Alter Marktplatz 2,  
21720 Steinkirchen,  
Tel. 04142 4277 Fax 04142 2059,  
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

## Nordrhein

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

## Oberbayern / München

Dr. Johann Brosch, Ammerseeestr.6,  
82061 Neuried, Tel./Fax 089 7556341;  
Dr. Kai Müller,  
E-Mail Kai\_F\_Mueller@t-online.de  
Dr. Ursula Frenzel, Kidlerstr. 33,  
81371 München, Tel. 089 773716,  
Fax 089 74665749,  
E-Mail ursulafrenzel@hotmail.com

## Oberpfalz

Dr. Gerd Ebenbeck, Hochweg 25,  
93049 Regensburg, Tel. 0941 297290,  
Fax 0941 2972999,  
E-Mail info@ebenbeck.com

## Oldenburg

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

## Rheinhessen

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 MKroepplin@aol.com

## Westfalen - Lippe

Dr. Ulrich Zibelius, Mittelstr. 17,  
32657 Lemgo, Tel. 0526110166,  
Fax 05261 92901,  
E-Mail Ulrich.Zibelius@t-online.de

## DAZ-Geschäftsstelle

Irmgard Berger-Orsag, Belfortstraße 9,  
50668 Köln, Tel. 0221 97300545, Fax  
7391239, E-Mail kontakt@daz-web.de

**Beitrittserklärung**

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)  
Belfortstr. 9, 50668 Köln, Fax 0221 7391239

Name, Vorname

Geb. Datum

Straße, PLZ, Wohnort

Telefon

Fax

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

DAZ- Mindestjahresbeitrag ab 1.1.2002

- |  |            |
|--|------------|
| <input type="radio"/> Stud./cand.med.dent und Fördermitglieder | 12,- Euro  |
| <input type="radio"/> Assistenz ZÄ/ZA                          | 96,- Euro  |
| <input type="radio"/> Niedergel. ZÄ/ZA                         | 192,- Euro |
| <input type="radio"/> ZÄ/ZA im Ruhezustand                     | 36,- Euro  |
- zutreffendes bitte ankreuzen

**Beitrittserklärung**

Berlins Unabhängige Zahnärzte e.V. BUZ  
Kaiserdamm 97, 14057 Berlin  
Tel.: 030 302 30 10  
Fax: 030 325 56 10

Name, Vorname

Geb. Datum

Straße, PLZ, Wohnort

Telefon

Fax

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

BUZ- Mindestjahresbeitrag ab 1.1.2002

- |  |              |
|--|--------------|
| <input type="radio"/> Stud./cand.med.dent und Fördermitglieder | beitragsfrei |
| <input type="radio"/> Assistenz ZÄ/ZA                          | 122,71 Euro  |
| <input type="radio"/> Niedergel. ZÄ/ZA                         | 148,07 Euro  |
- zutreffendes bitte ankreuzen

# GREENPEACE MAGAZIN / 3



Wie die USA  
Milliarden  
in die Rüstung  
pumpen, um  
ihre Vor-  
herrschaft zu  
zementieren

## BOMBEN POLITIK

EUR 3,60 / FRF 5,00

10 JAHRE NACH RIO / DER HAI-BETTER / TRITTINGS BILANZ / SKANDAL IN BRUNSBÜTTEL

Lesen Sie im aktuellen Greenpeace Magazin, wie die USA Milliarden in die Rüstung pumpen, um ihre Vorherrschaft zu zementieren.

Ab dem 26. April am gutsortierten Kiosk oder per Hotline 040/306 18-213 zu kaufen - für nur 3,60 Euro. GREENPEACE MAGAZIN - keine Anzeigen, keine Kompromisse.

Mit Erstaunen und Dankbarkeit quittieren die ersten Patenkinder unseres Hilfsprojektes Arzt- und Zahnarztthilfe Kenya e.V. dem Empfang von KSH 500 (EURO 8), die sie von ihren deutschen Pateneltern für Schulkleidung bekommen haben. Es ist für sie das Startgeld in eine neue Zukunft, von der sie als AIDS-Waisen kaum zu träumen gewagt haben.



Wollen auch Sie einem Kenianischen Waisenkind eine Zukunft durch Zahlung des Schulgeldes (ca. EURO 15.-/Monat) schenken, so fragen Sie uns bitte um weitere Informationen:

**Arzt- und Zahnarztthilfe  
Kenya e.V.**

Bahnhofstr. 21,  
99610 Sömmerda  
Tel 3634 621079  
Fax 3634 39313  
azk@zahnarztthilfe-kenya.de  
Sparkasse Sömmerda,  
BLZ 82054112 Kto 38013111

# IP4

## Effektive Fluoridierung im Rahmen der Individualprophylaxe

Nach dem Individualprophylaxe-Vertrag (IP4) sind Arzneimittel zur lokalen Fluoridierung (z.B. elmex® gelée) als Sprechstundenbedarf zu verordnen.



**effektiv –  
ohne großen  
Zeitaufwand**

#### Zusammensetzung:

100 g elmex® gelée enthalten:  
Aminfluoride Dectaflur 0,287 g, Olafleur  
3,032 g, Natriumfluorid 2,210 g (Fluoridgehalt  
1,25 %), gereinigtes Wasser,  
Propylenglycol, Hydroxyethylcellulose,  
Saccharin, Aromastoffe.

#### Anwendungsgebiete:

**Prophylaxe:** Zur Kariesprophylaxe.

**Therapie:** Zur Unterstützung der Behandlung der Initialkaries, zur Behandlung überempfindlicher Zahnhälse.

#### Gegenanzeigen:

Bei Überempfindlichkeit gegen einen der Inhaltsstoffe, Abschilferungen der Mundschleimhaut und fehlender Kontrolle über den Schluckreflex soll elmex® gelée nicht angewendet werden.

#### Nebenwirkungen:

In Einzelfällen desquamative Veränderungen der Mundschleimhaut. Überempfindlichkeitsreaktionen sind nicht auszuschließen.

#### Packungsgrößen und Preise:

25 g Dentalgel € 5,75 (apothekenpflichtig); 38 g Dentalgel € 7,96 (verschreibungspflichtig);  
215 g Anstaltspackung € 21,24 (verschreibungspflichtig).

GABA GmbH – elmex® Forschung  
79515 Lörrach

Stand: Februar 2002



elmex® gelée zur Kariesprophylaxe bei Kindern und Erwachsenen; zur lokalen Fluoridanreicherung des Zahnschmelzes und zur Remineralisation der Initialkaries.

Durch die zusätzliche Verordnung von elmex® gelée 38 g (verschreibungspflichtig) zur 1 x wöchentlichen Anwendung wird sichergestellt, dass die eingeleiteten Maßnahmen durch den Patienten zu Hause weitergeführt werden.

In der Praxis wird elmex® gelée mit dem Applikator oder mit der Miniplastschiene angewendet.

**G**  
GABA GmbH  
Spezialist für orale Prävention

elmex® Forschung  
e-mail: info@gaba-dent.de