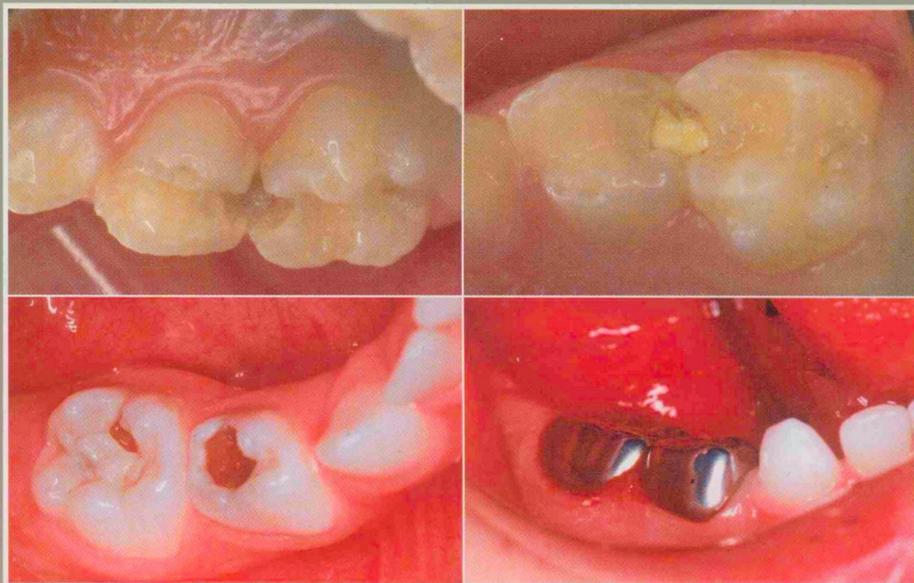


80_{1/03}

von Zahnärzten für Zahnärzte

DAZ
forum

22. Jahrgang 1. Quartal 2003 Herausgeber Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde, DAZ
Berlins Unabhängige Zahnärzte, BUZ



Visionen zur Gesundheitsreform

**Karies und Therapie
im Milchgebiss**

Primär- Sekundär- und
Teritärversorgung

Gesundheitsentwicklung
der Kinderzähne

Kinderzahnarzt — Ein Konzept

Erste Assistenten

Eine Lösung uns

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



Thomas
Murphy
Poppenbütteler Chaussee45
22397 Hamburg
01 DAZ 001 # 22 #



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

Bausteine für die Zähne

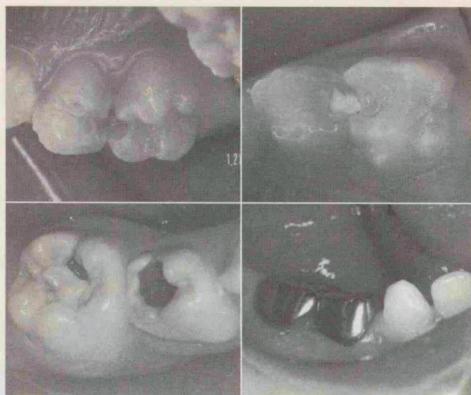
*Eine Empfehlung
für Ihre Patienten*

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

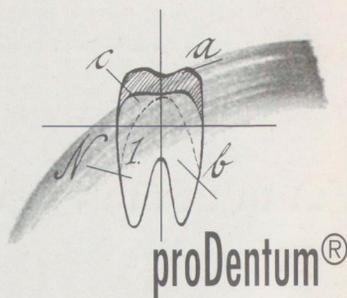
...die Geschmackskraft der Natur



Karies und
Therapie im
Milchgebiß

Inhalt

Nichts wie weg	U. Happ	3
Politik + Beruf		
Visionen zur Gesundheitsreform	M. Kaiser	4
Ausreichende Grundversorgung im Zahnersatz-Bereich	DAZ-PE	9
Äpfel und Birnen	L. Albers	11
Primär- Sekundär- und Tertiärversorgung	C. Schätze	13
Chancen für Obdachlose	I. Berger-Orsag	16
Zur Wahl der ZÄK-Berlin	P. Nachtweh	19
Schwerpunkt Kinderbehandlung		
Gesundheitsentwicklung der Kinderzähne	M. Kröplin	21
Kinderzahnarzt – Ein Konzept	M. Gilanschah	24
Mami, ich mag nicht...	S. Lange	32
Kreisel, Kreisel, schwupp	N. Netzer	35
junges forum		
Erste Assistentenerfahrungen	D.H. & O.G.	36
Meine Assistenzzeit in Südtirol	T.Tauchelt	38
Zahntechnik – Skandal		
Offener Brief	K. Spitznagel	40
Skandal lückenlos aufklären	DAZ-PM	42
Eine Lösung unserer Probleme	VHS – Erding	45
Buchbesprechung	H. Hey	47
Epilog	aus der DZW	53
Termine / Impressum		48
Der DAZ stellt sich vor		49
Die BUZ stellen sich vor		50
Kontaktadressen		52



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

E-mail: info@proDentum.de

Fax: 030 - 469 00 8 99

Internet: www.prodentum.de

Nichts wie weg!

So sprang uns in großen roten Lettern die Titelgeschichte der „zm“ 20, 2002 ins Auge. Der sausende Koffer lässt durch seine Sticker von schönen südlichen Ländern träumen, passend zum öffentlichen Image des Zahnarztes. Aus der Traum, darum geht es nicht.

Der Titel spiegelt den Zeitgeist wider. Ist dieser nun auch Stimmungsbild des zahnärztlichen Geistes geworden? Nichts wie weg. Wir strampeln im Hamsterrad gesetzlich vorgeschriebene Null-Runden bei steigenden Kosten und sinkender Nachfrage – abgelenkt höchstens von der uns überschwemmenden Bürokratie zur Sicherung und Dokumentation irgendwelcher vorgeschriebener Kontrollverordnungen. Wir trauen uns gar kein Gesundheitssystem mit Visionen mehr zu (siehe Seite 4, Gedanken von außen). Dabei wären Visionen so nötig, weil selbst die Rürup-Ideen letztlich nur in der alten Suppe rumrühren. Natürlich, es wird ein Mangel verwaltet, überall. Wir müssen versuchen, das Notwendigste zu erhalten (siehe PE zur Zahnersatz-Ausgrenzung Seite 9). Es gilt, den Sicherstellungsauftrag weiter zu erfüllen, die Kassen wollen ihn nicht haben (siehe Seite 12). Auch müssen wir intern das Nest säubern, die Spielregeln einhalten (zu unzumutbaren Bedingungen, siehe auch Seite 11). In Sachen ZE und Globudent - Skandal (Seite 40 + 42) ist das mal wieder tüchtig daneben



gegangen. Wo bleibt die Ethik, wo bleibt Hippokrates?

Wohin driftet die Zahnmedizin? Was bedeutet die Primär-, Sekundär- oder Tertiärprophylaxe? Was sagte „die Politik“ dazu? Wir werden es im Mai besser wissen, uns vielleicht besser positionieren können (Seite 13-15)?

Apropos Prophylaxe: Eine Studie aus Thüringen (Seite 21) hat wieder bestätigt, dass die Prophylaxe bei Jugendlichen greift: Die Zahl der naturgesunden Gebisse ist in den letzten Jahren deutlich angestiegen. Aber, dreht man die Medaille um, muss man sich wundern: Die Zahl der behandlungsbedürftigen Gebisse geht nicht zurück!

Woran liegt das? Nur an den dysfunktionalen Familienstrukturen (siehe forum 79), dem Budget oder vielleicht auch an unseren Versorgungen? Die Bilder Seite 25+26 machen nachdenklich.

„Quadratur des Kreises“, so steht es im anfangs erwähnten „zm“-Artikel: „Wer in Deutschland als Zahnarzt hauptsächlich mit Kindern arbeiten will, hat es schwer“ oder „Die Arbeit, die ich machen wollte, die gibt es in Deutschland gar nicht“.

Nichts wie weg? Das muss nicht sein. Das Rezept aus Diagnose, Therapie und Prophylaxe muss stimmen. Auf Seite 24 stellt sich eine sehr erfolgreiche Kin-

derzahnarztpraxis vor, danach gibt es noch viele Anregungen zum Lösen von vorhandenen Problemen der Kinderpsychologie in der allgemein-zahnärztlichen Praxis. Hiermit wollen wir jungen Kollegen zeigen, wie es gehen kann: Erfahrungen anderer annehmen und eigene abgeben. Dazu auch zwei weitere Assistenten-Berichte. Unser Beruf bietet viele schöne Möglichkeiten oder, wie Bertold Brecht sagte: „Es gibt nichts Gutes, außer man tut es“. Das Projekt in Berlin macht MUT (Seite 16), der Epilog (Seite 53) rückt unsere Probleme in ein anderes Licht.

U.Happ, Hamburg

Visionen zur Gesundheitsreform

Reform des Gesundheitswesens als Konjunktur- und Arbeitsplatzmotor

Matthias Kaiser, Berlin¹

Das solidarische Gesundheitswesen in Deutschland ist das beste der Welt. Es ist nur leider zu teuer geworden. Für die Beitragszahler und die Unternehmen.

Das Ziel, wie bei jeden Unternehmen, muss es sein, die Effektivität des Gesamtbetriebes „Gesundheit“ zum Nutzen aller Beteiligten zu steigern, Kosten zu senken und die Qualität zu erhöhen. Und das alles bei steigender Transparenz für den Patienten als Kunden. Denn der zahlt ein und kann für seine Beiträge optimalen Nutzen verlangen. Individuell und als Mitglied der Solidargemeinschaft.

1) Aus: **forum** UnternehmensGrün 2/2002, Stuttgart, Verband zur Förderung umweltgerechten Wirtschaftens

Und was ist daran solidarisch, dass sich alle unteren Einkommenschichten zu Zahlungen verpflichtet werden, während die „Besserverdienenden“ viel preiswerter bei höheren Leistungen privat versichert sind?

Keine politische Partei konnte bisher wesentliche Änderungen durchsetzen, weil jeder seine Klientel hat, die gut am Gesundheitswesen verdient. Fatalistisch könnte man heute allerdings auch konstatieren:

Alle wollen mehr und optimale Leistungen. Also leisten wir es uns. Ob 13,5 oder 14,5 % vom Lohn abgezogen werden, macht niemanden arm. Also bleibt alles wie es ist. Und laut Umfragen ist es genau das, was 75% der Bevölkerung

wollen: Komplettversorgung ohne nachdenken zu müssen.

Interessant ist das Gesundheitswesen aber aus volkswirtschaftlichen Gründen. Weil es ein gigantisches Potential an Transfers im Sinne von Arbeitsplatzbeschaffung, Entlastung der Sozialkassen und Eigenverantwortung birgt. Und das ohne den Verzicht auf optimale Versorgung FÜR ALLE.

Das Problem ist nur wie in allen Organisationsstrukturen, dass mächtige Interessengruppen aus egoistischen Gründen den positiven politisch-sozialen Ansätzen entgegenstehen. Tatsächlich sind es die kurzfristigen Interessen der Begünstigten des Gesundheitssystems, die einer langfristigen (10 Jahre?) und geplanten und von allen Gruppierungen getragenen grundsätzlichen Umorientierung entgegenstehen.

Aber in jedem Unternehmen müssen solche grundsätzlichen Probleme oft langfristig planerisch gelöst werden. Warum nicht im Gesundheitswesen?

Die Vision

1. Wenn es ein Solidarsystem ist, warum zahlen nicht alle ein?

Beamte, Selbständige, Besserverdienende profitieren vom gut ausgestatteten GKV-System, z.B. in Krankenhäusern, zahlen aber viel weniger ein. Wenn alle privat Versicherten eigene Arztpraxen und Krankenhäuser unterhalten müssten, wäre deren Versorgung sehr viel schlechter und schon gar nicht flächendeckend.

Alle „Nicht-Arbeitslosen“ müssen in die GKV einen Grundbetrag einzahlen. Auch Beamte.

2. Umschichtung der Tarife

Alleinlebende müssen mehr zahlen als Familien mit Kindern und sehr Vermögende müssen mehr einzahlen.

Es wird in zu überprüfende Grundleistungen und privat zu zahlende Zusatzleistungen unterschieden werden müssen. Allerdings nur in den eindeutigen Bereichen. Das dürfen nicht nur die Mediziner und Kassenvertreter entscheiden, sondern auch die Patientenvertreter.

3. Zusatzversicherung nach Bedarf

Die PKVen verlieren zwar die lukrativen reinen Privatpatienten, bekommen aber alle GKV-Patienten, die eine private Zusatzversicherung für z.B. Zahnersatz, Einzelzimmer etc. erwerben können. Und sollten! Ein anderer, aber großer Markt für die PKVen. Die Versicherungswirtschaft hat auch bei der „Riester-Rente“ sofort reagiert. Es sollte möglich sein, die Beitragszahlung zu senken, indem ein individueller Selbstbehalt auch von den GKVen angeboten wird. (Teil- oder Vollkasko).

4. Erfolgshonorare

Ärzte werden mit Prämien bezahlt – wenn der Patient gesund bleibt.

5. Prävention wird massiv gefördert

Individuell:
Gesundheitsberater/innen werden jeder Arztpraxis beigeordnet, der Besuch ist

verpflichtend für jeden Versicherten. Dies könnte ein riesiges Beschäftigungsprogramm werden !!

Es werden z.B. für jeden der Besuch von Sportvereinen/Fitnesscentern subventioniert – wer sich die Besuche abstempeln lässt, bekommt 50% des Vereinsbeitrages erstattet. Das wäre auch ein Beschäftigungsprogramm für soziale Integration und Senkung der Anzahl der psychisch Kranken aufgrund von Einsamkeit.

Allgemein:

Es wird ein flächendeckendes Schulpro-

gramm entwickelt, das die Bereiche Ernährung und Gesundheitsvorsorge zum permanenten Unterrichtsfach macht. Das lässt sich wunderbar in Biologie, Chemie und Sachkunde von der Grundschule an integrieren. Die Zahnprophylaxe macht es sehr gut vor!

Gesundheitsberater werden den Kindergärten und Schulen zugeordnet und gehen in die Betriebe. Kosten für Masseur und andere Gesundheitsdienstleister können z.B. in den Unternehmen steuerlich geltend gemacht werden. Prämien, die die Firmen für Nichtraucher zahlen, sind steuerfrei.

UnternehmensGrün – Was soll das?

Unternehmer/innen sind in ihrer täglichen Arbeit oft einsam. Vor allem in den vielen kleinen Firmen, die das Rückgrat unserer Wirtschaft darstellen. Der tägliche Kampf um die Aufträge, die Auseinandersetzung mit den MitarbeiterInnen und die Angst vor dem persönlichen finanziellen Desaster. Das entspricht nicht unbedingt dem Bild, das die Bevölkerung von Unternehmer/innen hat. Die wenigstens fahren im Mercedes zum Golfplatz, während die Angestellten schufteten. Die allerwenigstens.

Noch einsamer wird es, wenn sich zum Unternehmerdasein noch eine politische Einstellung gesellt, die nicht dem üblichen Gedankengut der meisten anderen Unternehmer/innen entspricht. Welche Unternehmerin traute sich schon, öffentlich die Fortsetzung oder gar Erhöhung der Öko-Steuer zu fordern? Welcher Unternehmer im Kleinbetrieb macht sich für eine sozial gerechte Einbindung der Arbeitnehmer/innen in das Unternehmen stark. Wer schreibt sich auf die Fahnen, die Umweltpolitik der Grünen im Bundestag zu unterstützen? Auch wenn er/sie nicht Mitglied der Partei ist !

Wichtig ist für mich persönlich, dass UnternehmensGrün ein Forum bietet, sich mit ähnlich denkenden Kolleginnen und Kollegen regelmäßig auszutauschen und bei der Erarbeitung von zukunftsweisenden Ideen und Präsentation von gesellschaftlichen Erneuerungen mitarbeiten zu können. Speziell in den Bereichen, wo Branchenkenntnisse einfließen können.

Zusätzlich sehe ich mittelfristig in regelmäßigen Treffen motivierter UG - Mitglieder die Möglichkeit, regionale Themen anzusprechen und sich über Vernetzung Gedanken zu machen, die durch aktuellen Informationsaustausch auch eine Hilfe für das Tagesgeschäft sein können.

Matthias Kaiser, Berlin

6. Radikale Umstrukturierung der Krankenkassen

Es werden nur noch drei konkurrierende GKV in einem jeweiligen Dachverband mit Hilfe von modernen Kommunikationsmitteln in ihren Kosten drastisch reduziert.

Warum gibt es über 800 Einzelkrankenkassen mit Vorständen, die mehr als ein Bundesminister verdienen? Dort gibt es mit großer Sicherheit riesige Einsparpotentiale. Man vergleiche die Kosten bei einer PKV mit einer GKV.

Es muss dort sehr viel Geld eingespart werden. Die Mitarbeiter/innen werden in einem 10 - Jahresplan zu KrankheitsverhüterInnen und GesundheitsberaterInnen umgeschult. Unnötige und auftragsfremde, vom Patienten nicht zu verantwortende Ausgaben müssen gesetzlich verboten werden.

Die Kassen müssen sich innerhalb von 2 Jahren zusammenschließen, oder werden per Gesetz dazu gezwungen. Immobilien werden verkauft etc. Es kann nicht sein, dass jede kleine Krankenkasse sich einen Luxusbau irgendwo leistet und fadenscheinig MS-Kranken Medikamente verweigert. Das versteht kein Mensch. Zumindest kein Beitragszahler. Die Bilanzen müssen zeitnah offengelegt werden

Alle drei Kassen entwickeln einen Haushalt, der von unabhängigen Gremien der Politik, Gewerkschaften und Patientenverbänden kontrolliert wird. Ein „General Manager“ oder eine Art „Generalbeauftragter der Bundesregierung zur Umgestaltung des Gesundheitswesens“ (wie bei anderen nationalen Unternehmen wie Post, Telekom, DB) kann gerne

viel Geld verdienen und viel Verantwortung übernehmen. Wir brauchen als Patienten/Kunden/Einzahler keine 800 überbezahlten „Vorstände“.

Ziel sollte es sein, die „Unternehmen Krankenkassen“ in die schwarzen Zahlen zu bringen, nicht durch Leistungsminderung oder erzwungene Beitragserhöhungen, sondern durch Organisationsoptimierung. Die Manager werden nach Erfolg bezahlt. Das Ziel ist, die Beiträge zu senken oder Rückzahlungen zu ermöglichen.

7. Mediziner

Es wird sich nicht vermeiden lassen, die Zahl der Ärzte mit Kassenzulassung zu reglementieren. Wenn die Kassenzulassung ein relevantes Mittel bleiben sollte. Mediziner müssen sich Arbeitsbereiche suchen, in denen sie unabhängig von Kassenpatienten arbeiten können. Es gibt z.B. auch keine „Staatsversorgung“ mit Aufträgen für Rechtsanwälte und Steuerberater.

8. Pharma

Medikamente sind in Deutschland viel zu teuer. Die Positiv-Liste muss Gesetz werden. Im Sinne der Beitragszahler.

Die Packungsgrößen für Medikamente sind oft absurd groß. Die Preise müssen gesenkt werden. Die Pharmaindustrie muss sich auf private Leistungen zur Gesundheitsvorsorge spezialisieren. Das wird der Markt regeln. In anderen Ländern geht das auch!

Warum die Apotheker ein Recht auf garantierte Preise und Umsätze haben sollen, versteht außerhalb Deutschlands kein Mensch. Es gibt auch heute gute

Beratung und schlechte Beratung. Aber alle werden gleich bezahlt. Das muss der Markt regeln. Eine Preisbindung entbehrt jeder marktwirtschaftlichen Einstellung, die die Industrie immer fordert. Das einzige Argument sind die Kosten der Forschung. Aber in anderen Ländern (USA) wird auch erfolgreich geforscht. Und die berühmte Kopfschmerztablette kostet in Griechenland nur 20% von dem, was in Deutschland verlangt wird. Und die niedrigere Kaufkraft in Griechenland wird als Preisfindung von der Industrie genannt. Wenn die „Kaufkraft der Solidargemeinschaft“ sinkt, dann sollten auch die Preise hierzulande deutlich sinken können.

9. Das Ziel

Die Politik muss eine klare „betriebswirtschaftliche“ Vorgabe machen:

Das gesamtgesellschaftliche Ziel ist es, das Gesundheitswesen langfristig geplant und solidarisch zu reformieren, um die Versorgung zu sichern, Kosten zu senken, Arbeitsplätze zu schaffen, Konjunkturförderung im nichtindustriellen und nicht-rohstoffverbrauchenden Bereich zu betreiben, und marktwirtschaftliche Anreize (Wettbewerb) auf Nachfrager- und Anbieterseite zu schaffen. Förderung von Gesundheitserhalten (die meistens im Bereich der kleinen und mittleren Unternehmen zu finden sind!!!) und Reduzierung der „Subventionierung“ von wenigen Pharmaunternehmen und der Lobby der Ärzte und Apotheker. 350.000 Gesundheitsberater in Praxen und Schulen, 50.000 Krankengymnasten, 50.000 Heilpraktiker und 350.000 Betreuer in den Altersheimen stehen gegen weni-

ge, teuer von der Solidargemeinschaft subventionierte Industriearbeitsplätze, deren Gewinne inzwischen zum großen Teil von ausländischen Unternehmen erzielt werden. Warum ist der Pharmabereich in Deutschland wohl so begehrt unter Investoren?

Wie viele Arbeitsplätze ließen sich in weiteren gezielten Präventionsmaßnahmen schaffen? In geförderten Sport- und Freizeiteinrichtungen? Förderung des Baus von generationenübergreifenden Wohnmöglichkeiten und „interaktiven“ Altersheimen. Im Besitz der Kommunen, finanziert von unseren Beiträgen.

10. Quintessenz

Alle existierenden Strukturen müssen auf den Prüfstand. Der Beitragszahler hat ein Recht auf Transparenz, was mit seinen Beiträgen geschieht. Und wenn mehr als 5% unserer Beiträge, die zum großen Teil in den kleinen und mittelständischen Betrieben erwirtschaftet werden, nicht für Therapie und Prophylaxe ausgegeben werden, dann ist das System nicht tauglich. Und wenn es nicht möglich ist, das System so zu verändern, dass die Beiträge je nach Einkommen flexibel und solidarisch zu organisieren sind, so dass nicht mehr als 10% des Einkommens nötig sind, dann ist das System nicht wirtschaftlich sinnvoll. Einsparungen bei den Ausgaben für Therapie und Schaffung von Arbeitsplätzen in Bereich der Vorsorge sind das Mittel der Wahl.

Gegen alle egoistischen und kurzfristigen Interessen von Lobbygruppen.

DAZ fordert ausreichende Grundversorgung auch im Zahnersatz-Bereich

Pressemeldung: 21. Januar 2003 – Im Rahmen der Debatten um die nächste Gesundheitsreform wird, bspw. durch Mitglieder der Rürup-Kommission und Vertreter des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ), Zahnersatz (ZE) als notwendiger Bestandteil des Leistungskataloges der Gesetzlichen Krankenkassen in Frage gestellt – u.a. mit den Argumenten, dass

- Zahnersatz durch Prophylaxe bald überflüssig wird
- Zahnverlust zunehmend als selbst verschuldet anzusehen ist
- ein hoher finanzieller Eigenanteil für Zahnersatz zur Prophylaxe motiviert
- Ästhetik nicht Aufgabe der Solidargemeinschaft ist.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) folgt dieser Argumentation nicht und verweist statt dessen auf das letzte Gutachten des Sachverständigenrates und die Studie der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Prothetik zur „Bedarfsermittlung für prothetische Leistungen in der Zahnheilkunde bis zum Jahr 2020“.

Auch wenn bei Kindern und Jugendlichen ein erfreulicher Karies-Rückgang zu verzeichnen ist, lässt sich ein deutliches Absinken des generellen Zahnersatz-Bedarfs wissenschaftlich nicht belegen. In den letzten 14 Jahren ist der durchschnittliche Zahnverlust der 35- bis 44-Jährigen nicht zurückgegangen. Nach Prof. Kerschbaum, Universität Köln, wird auch in Zukunft,

d.h. im Zeitraum bis 2020, der Bedarf nicht wesentlich abnehmen – trotz der Erfolge der Präventionsprogramme und auch bei einer optimistischen Beurteilung der Prophylaxeeffekte im Jugend- und Erwachsenenalter. Erkrankung und Verlust von Zähnen bleiben – wie Krankheit überhaupt – ein gesamtgesellschaftliches Problem. Aus sozialwissenschaftlicher wie aus medizinischer Sicht können weder Karies noch Parodontitis uneingeschränkt als selbstverschuldet beschrieben werden. Einen Motivationseffekt durch hohe Selbstbeteiligung gibt es gerade bei dem Teil der Bevölkerung, der den höchsten Versorgungsbedarf hat, nicht. Was die Ästhetik betrifft, so ist in unserer Gesellschaft bei einem sichtbar lückenhaften bzw. zerstörten Gebiss der Weg in die berufliche und private Ausgrenzung vorgezeichnet. Daraus folgt, dass eine Basisversorgung mit Zahnersatz ebenso wie die Ausstattung mit Hilfsmitteln und Körperersatzstücken in anderen Organbereichen keineswegs dem Luxus zuzurechnen ist, sondern zu den grundlegenden Hilfen gehört, die Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung bzw. einer wie auch immer zu definierenden Grundversorgung sind.

Zahnersatz trägt ganz elementar zum Erhalt körperlicher Funktionen bei, indem er normales Kauen und damit eine gesunde Ernährung, normales Sprechen und Artikulieren ermöglicht und zugleich durch Erhalt der normalen Stellung der Restbezahnung und der Kiefer zueinander dem Verlust weiterer Zähne

und der Entwicklung schmerzhafter Veränderungen der Kiefergelenke vorbeugt. Tatsächlich wirken Kronen, Brücken und Prothesen, richtig eingesetzt, prophylaktisch gegenüber weiteren, sonst eintretenden Zerstörungen des Gebisses und sich daraus ergebenden Folgeerkrankungen.

Private Versicherungsangebote können auf absehbare Zeit den Prothetikbedarf nicht abdecken. Wenn jeder für sein eigenes Risiko ansparen muss, erfordert

dies sehr lange Übergangsfristen – sonst gibt es deutliche Härten für ältere und bereits vorerkrankte Versicherte, die in der PKV mit Ablehnung, Leistungsausschluss und/oder exorbitanten Prämien zu rechnen haben.

Aus Sicht des DAZ gilt: Ein funktions-tüchtiges Gebiss – ggf. funktionstüchtig durch Zahnersatz - ist Lebensqualität. Da durch Präventionsprogramme der Bedarf an Zahnersatz nicht verschwindet, sondern allenfalls in höhere Lebensalter

verschoben wird, muss die Gesetzliche Krankenversicherung weiterhin oral-rehabilitative Leistungen zur Verfügung stellen.

Die moderne Zahnheilkunde bietet hier ein breites Spektrum von der Minimalversorgung bis hin zur extrem aufwändigen verschönernden Wiederherstellung, die nicht Aufgabe der Solidargemeinschaft sein kann. Der Gesetzgeber ist gefordert, den Leistungsrahmen für die gesetzlich Versicherten zu definieren. Als ein flexibles System, das eine ausreichende Grundversorgung ebenso wie Zuzahlungen und aufwändigere Versorgungsformen ermöglicht, empfehlen sich Festzuschüsse.

Praxisschilder

Fahrstuhl 1.OG

Zahnarzt
Dr. dent. Breitschaft

Sprechzeiten:
Mo - Fr 9.00 - 18.00 Uhr
u. nach Vereinbarung Telefon 84 10 90 50

Fahrstuhl 2.OG

Frauenarzt
Dr. med. Henning

Sprechstunden nach Vereinbarung
Telefon 84 10 90 40

Schnelldienst
unverbindlicher Hausbesuch
in Berlin

InfoCard Tel. (030) 84 10 90 40
Fax (030) 84 10 90 41

infocard@infocard-berlin.de

Äpfel und Birnen?

Über die Bewertung von Gutachten

Lutz Albers, Oldenburg

Schön waren die Sommerferien gewesen, die Heimfahrt gut verlaufen, umso unangenehmer war die Überraschung zuhause: Die Tür zum Wohnzimmer ließ sich nicht öffnen. D. h. man musste sie mit einiger Kraft in den Angeln anheben, um doch noch hindurch zu gelangen.

Was war geschehen? Der ein Vierteljahr zuvor verlegte Dielen-Fußboden hatte sich gehoben und insbesondere vor den Türen beachtliche Wellen gebildet. Ganz offensichtlich hatte die in dem Jahr (2000) besonders hohe Luftfeuchtigkeit zu einem Aufquellen der Massiv-Hölzer geführt.

Wie das schon mal mit Handwerkern gehen kann, die Geschichte zog sich in Länge, und irgendwann im Jahr darauf wurde ein „öffentlich bestellter und vereidigter Gutachter“ über die Handwerkskammer eingeschaltet. Die Begutachtung gestaltete sich im Beisein des Hausherrn angenehm. Das Grundproblem war rasch erkannt: Die Dielen waren mit dem Untergrund aus Gussasphalt fest verleimt worden. Ob allseits eine ausreichende Dehnfuge für die Hölzer eingerichtet worden war, ließ sich nicht mehr bestimmen, sicher war aber, dass entsprechende Fugen im Untergrund nicht angebracht worden waren.

Da die Luftfeuchtigkeit nicht nur in das Holz eindringt, sondern von dort in den

Asphalt übergeht, war der Platzmangel vorprogrammiert. Die Fußbodenwölbungen wurden vermessen und fotografiert, Alternativen zur Schadensbehebung wurden besprochen, und nach genau einer Stunde war der Ortstermin zu Ende.

Als das Gutachten nach ca. sechs Wochen zugestellt wurde, wies es sechs Textseiten auf, die mit Hilfe von durchschnittlich zehn sehr groß geschriebenen Zeilen unter beeindruckendem Briefkopf den Sachverhalt darlegten und zwei Lösungen unterbreiteten, eine „kleine“ und eine „große“. Im Anhang fanden sich elf Fotografien.

Warum diese Geschichte? Beeindruckend wie die Aufmachung des Gutachtens waren die am Schluss aufgeführten Gebühren. Auf der Basis einer entsprechenden Gebührenordnung wurden DM 826,55 gefordert. Eine Vorauszahlung in Höhe von DM 500,- war bereits zu Beginn des Verfahrens fällig gewesen und in der Vermutung geleistet, dass damit ja sicher bereits alles abgedeckt werde.

Die Illusion hatte ihren Hintergrund: Der Auftraggeber ist seit vielen Jahren Gutachter für Zahnersatz im Rahmen des VdAK-Vertrages und hatte sich ganz offensichtlich an eine andere Größenordnung gewöhnt. Allerdings drängte sich jetzt aber doch ein Vergleich geradezu auf: Der Zeitaufwand für ein Mängelgutachten im Zusammenhang mit einer etwas größeren Zahnersatzversorgung dürfte mit dem oben geschilderten

durchaus übereinstimmen. Den Schwierigkeitsgrad zu vergleichen, verbietet natürlich die Standesehre.

Bescheidener ist in der Regel zweifellos die Darstellung, auch werden eventuell Röntgenaufnahmen angefertigt, Fotos allenfalls zu eigenen Dokumentation. Der Unterschied liegt in den Gebühren: Ein Zahnersatzgutachten im Rahmen des VdAK-Vertrages ergibt – nach wie vor – 50 Punkte, die unvermeidliche Untersuchung 10 und die ggf. anfallenden Vitalitätsproben und bis zu zwei Röntgenaufnahmen noch einmal jeweils 8 Punkte.

Zusammen sind das also maximal 76 Punkte, multipliziert mit dem für das Jahr 2001 zugebilligten Punktwert von 1,514 ergab das einen Betrag von DM 120,01 zu dem noch eine Kostenpauschale von DM 10,- hinzuaddiert werden konnte.

Der Bundesverband der Betriebskrankenkassen vermerkte 1991 in einer Vorlage für eine Sitzung, dass die KZBV eine Erhöhung der Gutachtergebühren gewünscht habe. Wörtlich heißt es dazu: „Die Vertragsreferenten Zahnärzte der Spitzenverbände der Krankenkassen haben in der Verhandlung am 29.05.91 deutlich gemacht, dass die Änderungen der Vereinbarungen über das Gutachterverfahren z. Zt. keine Verhandlungsmasse sein können, bevor nicht andere, elementare Bestandteile des Bundesmantelvertrages einvernehmlich geregelt sind.“

Und so warten die Gutachter bis heute weniger auf die höhere Eingebung als vielmehr auf die sachliche Erörterung der Vertragsparteien mit dem Ziel, zu angemessenen Gutachtergebühren zu gelangen.

SICHERSTELLUNGSauftrag - AOK: „Wir wollen das nicht“

Die Fünf Wirtschaftsweisen haben gefordert, den Sicherstellungsauftrag von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) auf die Krankenkassen zu übertragen. Auch Gesundheitsministerin Ulla Schmidt plädiert für Veränderung und möchte den Sicherstellungsauftrag gemeinsam an KVen und Krankenkassen geben. Dr. Hans Jürgen Ahrens, Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, steht diesen Überlegungen jedoch skeptisch gegenüber. „Es ist denkbar, dass die Kassen den Sicherstellungsauftrag in der ärztlichen Versorgung übernehmen. Aber wir wollen das nicht“, sagte Ahrens auf einer Pressekonferenz in Berlin. Die Kassen würden sich für eine Lockerung des Kontrahierungszwanges und mehr Wettbewerb einsetzen. Die vollständige Übertragung des Sicherstellungsauftrags auf die Kassen, wie es kürzlich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung gefordert hatte, werde trotz vorhandener Kompetenz nicht angestrebt.

Der Abschluss von Einzelverträgen neben den Kollektivverträgen gleiche einem „Spiel mit dem Feuer“, meinte hingegen der 1. Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Manfred Richter-Reichhelm. Hätten Krankenkassen die Möglichkeit, vermehrt Einzelverträge mit Krankenhäusern, Gesundheitszentren und einzelnen Ärzten abzuschließen, so würde dies zu einer automatischen Austrocknung der KVen führen. Den Ärzten sei die Zwangsmitgliedschaft in der KV vor diesem Hintergrund nur schwer zu vermitteln, so Richter-Reichhelm. Quelle: BÄK-INTERN, Januar 2002

Primär-, Sekundär-, Tertiärprophylaxe

Fortbildungsvortrag auf der gemeinsamen Frühjahrstagung von VDZM und DAZ.

C. Schätze, Berlin

Prof. Dr. Thomas Kerschbaum, Universität Köln, Leiter der Abteilung Prothetik, wird über „Die Zukunft der zahnärztlichen Prothetik – Bedarfsprognose und Langzeitbewährung der wichtigsten Therapiemittel „ referieren.

Damit wurde nach längerer Zeit wieder ein Prothetiker zu dieser Veranstaltung eingeladen.

Der DAZ hat die Prophylaxe von Anfang an zu seinem zentralen Thema gemacht und mit dazu beigetragen, dass der Begriff inzwischen fest im Zeitgeist etabliert ist. Leider wird in der allgemeinen Öffentlichkeit der Begriff meist auf die Primärprophylaxe (Maßnahmen zur Erhaltung des naturgesunden Gebisses) verkürzt und diese in ihren Erfolgen in Bezug auf die generelle Verhinderung von Zahnschäden und den Verlust von Zähnen weit überschätzt. Studien zeigen , dass durch eine höhere Lebenserwartung, durch bereits eingetretene Zahnschäden und durch Schwierigkeiten bei der Durchsetzung prophylaxegerechten Verhaltens in sozial benachteiligten Gruppen der Bedarf an Zahnersatz in den nächsten Jahren nicht zurückgehen wird.

Prof. Dr. Kerschbaum hat die große Bedarfsstudie der Deutschen Gesellschaft für Prothetik und Werkstoffkunde mitini-

tiert und engagiert begleitet. Ihm ist es auch zu verdanken, dass die Ergebnisse der Studie zunehmend einer breiteren Öffentlichkeit bekannt werden.

Der konservierenden Zahnheilkunde wird bereits seit Jahren zugebilligt, sekundärprophylaktisch (weiteren Schäden vorbeugend) wirken zu können. Die Prothetik sollte – im wohl verstandenen Sinne - Tertiärprophylaxe sein. Um dieser Rolle gerecht zu werden, ist es erforderlich, eine funktionelle Versorgung möglichst strukturerhaltend, solide und einfach zu gestalten.

Gerade in Zeiten unkontrollierter „Innovationen“, gesteigerten Werbedrucks der Dentalindustrie und einer häufig zu beobachtenden Gleichsetzung von Aufwand mit Qualität sind genaue Kenntnisse über die Langzeitbewährung der zentralen Therapiemittel von besonderer Wichtigkeit. Auf dieser Basis können nicht nur abstrakte Qualitätsziele für die Zahnheilkunde verfolgt werden, sondern auch Wirtschaftlichkeitsgebote und die Sozialbindung der zahnärztlichen Tätigkeit Berücksichtigung finden.

Prof. Dr. Kerschbaum hat sich in zahlreichen Studien über viele Jahre unter verschiedenen Aspekten mit der Frage nach rationellen und nachhaltigen Versorgungsformen beschäftigt. Von ihm sind fundierte und umfangreiche Informationen zum Thema zu erwarten.

Der Vortrag findet am Sonnabend, dem 10. Mai 2003, um 14.00 Uhr im Bürgerhaus Bornheim in Frankfurt a.M. statt (siehe nächste Seite).

DAZ & VDZM laden ein: Frühjahrstagung am 10./11. Mai 2003 in Frankfurt/Main

Samstag, den 10. Mai 2003

10.00 Uhr

MdB Klaus Kirschner, Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages, Berlin:

Die Zukunft der Gesetzlichen Krankenversicherung: Wege aus der Krise

Die Teilnahme an dieser Vormittags-Veranstaltung ist beitragsfrei!

14.00 Uhr bis 18.00 Uhr

Prof. Dr. Thomas Kerschbaum, Universität Köln

Die Zukunft der zahnärztlichen Prothetik – Bedarfsprognose und Langzeitbewahrung der wichtigsten Therapiemittel“

ab 20.00 Uhr

gemütliches Beisammensein in Frankfurter Kneipe, Ort wird noch bekanntgegeben.

Sonntag, den 11. Mai 2003

9 -14.00 Uhr DAZ-Ratssitzung (Hotel Mercator)

9 -14.00 Uhr VDZM-Versammlung.

Organisatorische Hinweise:

Tagungsort: Bürgerhaus Bornheim
Arnsburger Str. 24, 60385 Frankfurt,
Tel 069/943403-0, Fax 069/943403-30

Weitere Informationen:

DAZ, Belfortstr. 9, 50668 Köln,
Tel 0221/973005-45, Fax 0221/7391239
E-Mail: DAZ.koeln@t-online.de
www.DAZ-Web.de

Die Teilnahme nur am Vormittag ist beitragsfrei.

40 Euro berufstätige Zahnärzte/innen
30 Euro berufstätige Mitglieder vom
DAZ oder VDZM
20 Euro Studenten/innen
10 Euro studentische Mitglieder vom
DAZ oderVDZM

Welche Zukunft hat die Zahnmedizin in Deutschland?



Ange­sichts von Milli­ardende­fi­zi­ten in der Ge­setz­li­chen Kran­ken­ver­si­che­rung soll es ein­schnei­den­de Re­for­men ge­ben. Er­neut wer­den – u.a. aus der Rürup-Kommission

- For­de­run­gen nach Aus­gren­zung zahn­me­di­zi­ni­scher Lei­stun­gen laut. Mit Klaus Kirschner, Werk­zeug­ma­cher, Ge­werkschaf­ter, AOK-Versich­er­ten­ver­tre­ter, seit 1976 für die SPD im Bun­des­tag und seit 1998 Vor­sit­zen­der des Ge­sun­de­heits­aus­schus­ses, wol­len wir über die Pläne für die näch­ste Re­form – u.a. auch über die Chan­cen ei­nes in­di­ka­tions­be­zo­ge­nen Fest­zu­schuss-Modells für Teile der Zahn­heil­kun­de - dis­ku­tie­ren.

Am Nach­mit­tag wird Prof. Dr. Thomas Kerschbaum von der Uni­ver­si­tät Köln For­schungs­er­geb­nis­se zur Ent­wick­lung des pro­the­ti­schen Be­darfs sowie Pro­gno­sen bis zum Jahr 2020



vor­stel­len. Wäh­rend vor we­ni­gen Jah­ren auf­grund des er­freu­li­chen Ka­ries­rück­gangs von Standes­funk­tionä­ren und Wis­sen­schaft­lern noch das baldi­ge Ende bzw. Über­flüs­sig­wer­den der Pro­the­tik be­schworen wurde, zeigen ak­tu­elle Be­darfs­studies, dass auch in kom­men­den Jahr­zehnten noch schwe­re Zahn­schä­den und Zahn­ver­luster auf­tre­ten wer­den und Zahnersatz zum Funk­tion­er­halt, ganz we­sent­lich aber auch zum Er­halt von Lebens­quali­tät, wei­ter­hin ge­braucht wird. Für den prak­tisch täti­gen Zahn­arzt wird in­ter­essant sein, welche Ver­sor­gungs­for­men sich wie be­währt haben und wie eine so­lide und lan­ge­bli­ge Lösung mit be­grenz­tem Auf­wand er­reicht wer­den kann.

Sie sind herzlich zu beiden Themen und zum Kennenlernen des Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) eingeladen.

Rückantwort bitte senden an: DAZ, Belfortstr. 9, 50668 Köln, Fax 0221/7391239

- Ich komme zur Vormittagsveranstaltung am 10.05.2003 mit MdB Klaus Kirschner.
- Ich komme zur Fortbildung am 10.5.2003 mit Prof. Dr. Thomas Kerschbaum.
- Ich komme zur DAZ-Ratssitzung am 11.05.2003 in Frankfurt.
- Ich bitte um Zusendung von Infos über den DAZ.

Absender (Stempel)

Datum, Unterschrift

Neue Chancen für Obdachlose in Berlin

Erstes zahnärztliches Betreuungsangebot für Menschen auf der Straße

I. Berger-Orsag, Köln

Im Dezember 2002 wurden am Tag des Ehreneramtes verschiedene Bürgerinnen und Bürger mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet, darunter auch die Zahnärztin Kirsten Falk, deren Ehrung uns ganz besonders gefreut hat.

Frau Falk wollte sich, nachdem sie 1998 mit ihrer eigenen Praxis „aus dem Größten heraus“ war, zusätzlich ehrenamtlich engagieren und das einsetzen, was sie kann: ihre Fähigkeiten als Zahnärztin. Ein Zeitungsbericht machte sie auf die Obdachlosenbetreuung durch die „MUT Gesellschaft für Gesundheit“ aufmerksam. In Berlin gibt es – wohl wegen der besonderen historischen und geografischen Situation der Stadt – ungewöhnlich viele, ca. 9.000 obdachlose Menschen.

MUT und andere Organisationen hatten in Berlin bereits allgemeinärztliche Betreuungsangebote für Obdachlose etabliert. Die zahnmedizinische Versorgung lag jedoch völlig brach. Kirsten Falk sah den dringenden Behandlungsbedarf vieler wohnungsloser Menschen und lud zur Behandlung in ihre Praxis ein. Sie bemerkte schnell die Hemmungen, eine „normale“ Praxis aufzusuchen. Also packte sie ein paar Instrumente ein und bot ihre Hilfe vor Ort im Obdachlosenzentrum von MUT an. Die Möglichkeiten zahnärztlicher Hilfe ohne eine Behandlungseinheit und die übliche Ausstattung sind allerdings

eng begrenzt. So entstand die Idee, ein zahnärztliches Behandlungszimmer einzurichten. Dabei war von Anfang an klar, dass die zahnärztliche Betreuung mit anderen Angeboten wie Aufwärm- und Waschmöglichkeiten, Suppenküche, Kleiderkammer und ärztlicher Betreuung kombiniert werden muss. Nur dann ist bei den entwurzelten, oftmals Alkohol-abhängigen Menschen das nötige Vertrauen vorhanden, sich in die Hände eines Zahnarztes zu begeben.

Im Juni 1999, nach mühevolem Umbau der Räumlichkeiten und unzähligen Bettelgängen zur Beschaffung der Grundausstattung, war es so weit, dass Kirsten Falk an ihren freien Mittwochnachmittagen in der neuen Praxis der MUT die Arbeit aufnehmen konnte. Das Angebot sprach sich herum; bald zeigte sich, dass tägliche Sprechstunden nötig wurden. Eine zweite Zahnärztin, Ganna Koismann aus der Ukraine, stieß zu dem Projekt und war wie Frau Falk zu unentgeltlicher Mitarbeit bereit. Dank des permanenten Einsatzes der MUT und der Unterstützung durch zahlreiche Kollegen/innen, durch Labors, Dentalfirmen, die lokalen Behörden und ganz besonders auch durch die Zahnärztekammer Berlin gelang es schließlich, eine bezahlte Zahnarztstelle und anderthalb Helferinnenstellen zu schaffen sowie eine weitere Zahnarztpraxis in der Obdachlosen-Tagesstätte von MUT beim Ostbahnhof einzurichten. Seitdem gibt es, abwechselnd an beiden Standorten, die ganze Woche hindurch eine zahn-

ärztliche Versorgung für Obdachlose.

Die Erfolge sind zweieinhalb Jahre nach dem Start für die Helfer deutlich zu erkennen. Üblicherweise finden Menschen, die auf der Straße leben, erst dann zum Zahnarzt, wenn nichts mehr zu retten ist. So waren auch in den beiden MUT-Praxen zunächst Extraktionen und das Eröffnen von Abszessen die Hauptaufgaben. In dem Maße aber, wie eine kontinuierliche Betreuung angeboten wird und die Behandelten ihre guten Erfahrungen weitererzählen, wachsen die Chancen für Zahnerhaltung. Inzwischen werden viele Füllungen gelegt, endodontische Behandlungen durchgeführt und Patienten mit stark reduziertem Zahnbestand mit einfachem Zahnersatz versorgt. Die prothetische Rehabilitation dürfte in vielen Fällen eine wesentliche Vorbedingung für die Reintegration in Beruf und Gesellschaft sein. Allerdings sind besonders hier die Kosten ein limitierender Faktor. In beiden Praxen wird grundsätzlich jedem Menschen geholfen, wenn nötig unentgeltlich und anonym. Dennoch kommt es auf jede Finanzierungsmöglichkeit an. Bei einem Hilfesuchenden mit Krankenversicherung wird ganz normal über die Kasse abgerechnet (die MUT-Praxen haben eine „institutionelle“ Zulassung). Ein anderer Teil der Besucher der Obdachloseneinrichtungen steht im Sozialhilfebezug oder es kann eine entsprechende Betreuung (und Finanzierung) in Gang gesetzt werden. Aber für eine große Zahl von Patienten gibt es keine Abrechnungsmöglichkeit. Man ist also auf die jedes Jahr erneut in Frage stehenden öffentlichen Zuwendungen und auf Spenden angewiesen. Angesichts der schwierigen Lage des Landes

Berlin ist dies kein einfaches Unterfangen. So musste MUT z.B. in diesen Tagen eine Angestellte entlassen – nicht aus Arbeits- sondern aus Geldmangel. Gleichzeitig mit dem Kündigungsbrief erhielt diese Mitarbeiterin einen Anruf: „Kannst du kommen, hier stehen jede Menge Patienten!“ Sie dürfen raten, wie die Antwort ausfiel.



Kirsten Falk

Dieses Problem erinnert an die Anfänge von MUT in der Zeit nach der Wende, als im Osten wichtige Versorgungsstrukturen aufgelöst und viele im Gesundheitswesen Tätige arbeitslos wurden und sich neu orientieren mussten. Die Ost-Mediziner standen vor der Alternative, sich niederzulassen, in Krankenhäusern unterzuschlüpfen oder andere Arbeitsmöglichkeiten zu erschließen. Die Ärztin Dr. Helga Schlick, heute Geschäftsführerin von MUT, wollte keine eigene Praxis aufmachen, sie bot der Ärztekammer Berlin ihre – ehrenamtliche – Mitarbeit an bei der Einrichtung von Übergangshilfen und Qualifizierungsmaßnahmen für das Personal aus den aufgelösten Polikliniken.

Aus den ehrenamtlichen wurden professionelle Aktivitäten, aus der kleinen Initiative eine dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband angehörende gemeinnützige Gesellschaft mbH mit der Ärztekammer Berlin als Hauptgesellschafter und ca. 40 festangestellten Mitarbeitern, knapp 200 Beschäftigten in Maßnahmen sowie mehr als 100 Auszubildenden. Generelles Ziel

von MUT ist die Arbeitsförderung; die Gesellschaft ist ein vom Land Berlin anerkannter arbeitsmarktpolitisch orientierter Beschäftigungsträger. Die MUT-Projekte richten sich in der Regel an benachteiligte, hilfsbedürftige oder besonders förderungswürdige Adressanten und verbinden diesen Einsatz damit, dass wiederum andere Menschen auf ihrem beruflichen Weg ein Stück weiter kommen – indem sie bei dem Projekt Qualifizierungsmöglichkeiten, Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen oder eine normale bezahlte Arbeitsstelle finden.

Die recht bunte Liste der aktuellen Projekte (vom Nachbarschaftshaus über Gesundheitswerkstätten und Aktivitäten zur Unfall- und Gewaltverhütung bei Kindern, Lebenshilfe und Beratung für Senioren, Umwelt- und arbeitsmedizinische Beratung, betreute Berufsausbildungsangebote, Suchtberatung, betreutes Wohnen, Kieztreff, Vermittlungsservice, Aufarbeitung von Patientenunterlagen aus Ostberliner Polikliniken, EDV-Fortbildungen für Mitarbeiter im Gesundheitswesen bis hin zur niederschweligen Obdachlosenbetreuung) vermittelt den Eindruck, dass hier einzelne Personen ihre individuellen Ideen, Fähigkeiten und Erfahrungen eingebracht und darauf aufbauend die jeweiligen Projekte entwickelt haben.

Gerade heute ist es angebracht, solche Aktivitäten zu würdigen. Es stimmt zuversichtlich, dass es Menschen gibt, die an Veränderungen glauben, eigene Initiativen starten, sich engagieren.

Die dies tun in einer Zeit, in der viel gejammert und geklagt und die eigene Ohnmacht beschworen wird (auch von

wohlhabenden und einflussreichen Schichten unserer Gesellschaft)! Für Kirsten Falk ist klar: „Ich lebe in gesicherten Verhältnissen und habe in meinem Leben so viel Glück gehabt, dass ich davon gern abgebe ...“. Dies sagt sie, obwohl ihre Praxis noch nicht abbezahlt ist und auch in Berlin Budgets existieren.

Über das Bundesverdienstkreuz hat sich die junge Zahnärztin, inzwischen Mutter einer Tochter, natürlich gefreut. Aber der Rummel um ihre Person ist nicht ihr Ding. Für sie steht fest, dass sie ohne die Hilfe vieler Kolleginnen und Kollegen und die Unterstützung zahlreicher anderer Menschen nie so weit gekommen wäre. Sie will die Ehrung als Aufhänger nehmen, um noch mehr und besser für die zahnärztliche Betreuung Obdachloser zu werben.

Vielleicht sind diese Zeilen für unsere Leser/innen Anlass, Portemonnaie und Material- und Gerätebestand zu durchforsten und etwas zu entdecken, worauf sie zu Gunsten von MUT verzichten können. Sachspenden bitte mit dem Empfänger absprechen.

Oder es könnte jemand den Anstoß bekommen, zu eruieren, wie eigentlich in der eigenen Stadt die Versorgung der Obdachlosen geregelt ist. Tatsächlich sind die beiden MUT-Praxen deutschlandweit, ja sogar europaweit, die einzigen zahnärztlichen Angebote für Menschen auf der Straße.

Wer mehr über MUT und die zahnärztliche Obdachlosenarbeit in Berlin wissen will, findet in Zeitschriften und im Internet zahlreiche Informationen.

Gern schicke bzw. maile ich eine Literaturliste bzw. Kopien von Artikeln. Oder Sie setzen sich gleich mit MUT in Verbindung - Adresse und Spendenkonto siehe unten.

Lassen wir uns MUT machen!

MUT Gesellschaft für Gesundheit
Geschäftsführerin Dr. Helga Schick
Rudolfstr. 11, 10245 Berlin
Tel. 030/293302-0, Fax 030/29330211
Mail mut99@t-online.de,
Internet www.mut99.de

Zahnarztpraxis am Bahnhof Lichtenberg
Weitlingstr. 11, 10315 Berlin,
Tel. 030/52695638

Zahnarztpraxis am Ostbahnhof
Stralauer Platz 32, 10243 Berlin,
Tel. 030/29047541

Spendenkonto
Konto-Nr. 13333330 bei der
Berliner Sparkasse, BLZ 10050000
Stichwort: Obdachlosenbetreuung

Sachspenden
Für die Zahnarztpraxen: tel. nachfragen,
was gerade gebraucht wird
Für die Kleiderkammer: vorrangig
Männerkleidung

Ergebnisse – Ereignisse – Konsequenzen

Die Wahl zur Delegiertenversammlung der Zahnärztekammer Berlin 2003-2006.

Eine Zusammenfassung von
Peter Nachtweh, Berlin

Nachdem die Leserschaft des Forums in den zwei zurückliegenden Ausgaben die Vorbereitungen der beiden Verbände BUZ und DAZ zur Berliner Kammerwahl verfolgen konnte, hat sie natürlich auch ein Anrecht darauf, das Wahlergebnis aus erster Hand zu erfahren. Ich möchte nichts beschönigen, beide Verbände haben ihre Wahlziele nicht erreicht. Die Wahlbeteiligung lag bei enttäuschenden 46,8 %. Auch in schwierigsten Zeiten, das kann man auf die allgemeine politische Situation, auf die gesundheitspolitischen Veränderungen und auf die Probleme der Standespolitik in Berlin im Besonderen beziehen, zeigte die

Mehrheit der Zahnärzteschaft den Landesvertretern und denen, die es werden wollten, die kalte Schulter. Dabei hatten gerade die oppositionellen kleineren Verbände geglaubt, dass die Ereignisse um das Versorgungswerk Berlin (16% Absenkung der Rentenanwartschaften) nun auch den hartnäckigsten Nichtwähler hinter dem Ofen hervorlocken würden. Nervös geworden ließ sich der Vorstand der ZÄK nicht davon abhalten, gegen den Mitbewerber IUZB eine Unterlassungsklage anzustrengen, die im Wege einer einstweiligen Anordnung verhindern sollte zu behaupten, im Versorgungswerk sei manches verheimlicht und vertuscht worden. Die Klage wurde vorerst abgewiesen. BUZ und DAZ haben einen betont sachlichen und

anerkannt fairen Wahlkampf geführt. Sie wurden aber nicht gehört und ihre Sachlichkeit wurde nicht belohnt. Dagegen mussten Kollegen von BUZ und der Fraktion Gesundheit persönliche Beleidigungen und Diffamierungen ertragen. Aber das gehört inzwischen zum Tagesgeschäft des Freien Verbandes, verwundert hat das nicht mehr.

Die Auszählung am 4. Dezember 2002 hat folgendes Ergebnis in der Sitzverteilung der Delegiertenversammlung erbracht:

Verband der Zahnärzte von Berlin:
20 Mandate

Freier Verband Deutscher Zahnärzte:
11 Mandate

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde:
3 Mandate

Berlins Unabhängige Zahnärzte:
3 Mandate

Initiative Unabhängige Zahnärzte Berlin:
3 Mandate

Fraktion Gesundheit in der ZÄK Berlin:
5 Mandate

Die Universitäten entsenden je einen Vertreter: 2 Mandate

47 zahnärztliche Kolleginnen und Kollegen wählen am 13. Februar 03 in der konstituierenden Delegiertenversammlung den alten oder doch einen neuen Vorstand. Zwar haben sich die alten Koalitionspartner – Verband der Zahnärzte von Berlin und der Freie Verband – schon im Vorfeld auf die Fortsetzung

ihrer Zusammenarbeit geeinigt, aber unter den jüngeren Kolleginnen und Kollegen des Verbandes regt sich Unmut. In die Schusslinie der Kritik ist der bisherige Vizepräsident, Dr. Jürgen Gromball, geraten. Sein Verhalten, seine Kommentare im Mitteilungsblatt der Berliner Zahnärzte und seine Ausfälle in der Leitung der Delegiertenversammlung konnten in den vergangenen vier Jahren nicht überzeugen. Äußerungen des Freien Verbandes zu Doppelmitgliedschaften unter Einbeziehung des Verband der Zahnärzte von Berlin, haben das Vertrauen der beiden grossen Wahlsieger untereinander in Frage gestellt. In der Analyse des Wahlergebnisses und in der rein numerischen Addition der Mandate wird der Verband der Zahnärzte nicht verkennen, dass in den nächsten vier Jahren in Berlin Kammerpolitik auch ohne den Freien Verband möglich ist.

BUZ, DAZ und IUZB haben dem Wahlsieger in jedem Fall ein Gespräch angeboten. Die Fraktion Gesundheit hält sich sehr bedeckt. Hier sitzt die Enttäuschung über das schlechte Wahlergebnis noch sehr tief. Ich werde weiter berichten

Langenhagen - Hannover

Moderne und fortbildungsorientierte Praxis sucht eine/n Kollegin/en mit Herz und Engagement für eine längerfristige Zusammenarbeit. Hochwertige Prothetik (Gutowski), Pa und Implantologie (Dragoo).

Dr. Franz-Josef Schraad
Tel. 0511 - 74 88 48
schraad@htp-tel.de

Gesundheitsentwicklung der Kinderzähne in Thüringen

Untersuchungen der Kindertagesstättenkinder und der Schüler der Grundschulen von 1993 bis 2002

Martina Kröplin¹, Heilbad Heiligenstadt

Die vorliegenden regionalen Untersuchungsdaten wurden mittels der in den Thüringer Gesetzen verankerten Vorsorgeuntersuchungen (Kindertagesstätten-gesetz von 1993; Thüringer Schulgesetz vom 14.10.2001, Verordnung im ÖGD vom 8.8.1990 und Thüringer Verordnung über die Schulgesundheitspflege vom 22.09.2002) erhoben. Die Untersuchungsergebnisse dienen einmal als analytisches Instrument zur Organisation effizienter Vorsorgemaßnahmen der Zahngesundheit unserer Thüringer Kinder und Jugendlichen in Kooperation mit anderen Partnern, die im SGB V § 21 die Verantwortung mit tragen helfen, zum anderen als überregionale Vergleichsmöglichkeit einzelner Indizes auf bundesdeutscher Ebene.

Die Gesundheitsberichterstattung liegt in der Öffentlichen Hand und gehört zu den drei wichtigen Arbeitsinstrumenten der Gesundheitspolitiker, neben der Gesundheitsplanung und Gesundheitskonferenzen.

Als Vorlage zur Ermittlung der Daten dient eine Exceldatei, die jeder Zahnärztin / jedem Zahnarzt im ÖGD Thü-

1) AG Jugendzahnpflege
Vor. MR.Dr.Martina Kröplin
Landkreis Eichsfeld
Zahnärztlicher Dienst
Petristr.6
37308 Heilbad Heiligenstadt

ringen zugegangen ist. Das Exemplar enthält neben dem dmf/t und DMF/T zusätzlich diverse Parameter, die national und international vergleichbar sind. Sie entsprechen den Inhalten der Untersuchungen der DAJ und können aus aktuellem Anlass innerhalb der LAG Jugendzahnpflege Thüringen e.V. zum Vergleich der einzelnen Arbeitskreise in Thüringen benutzt werden.

Bezüglich der 17 Landkreise und 6 kreisfreien Städte wurden je nach personellem Bestand des Zahnärztlichen Dienstes des ÖGD die Vorsorgeuntersuchungen der 2 - 18 Jährigen in den Kindertagesstätten und Schulen durchgeführt. In Thüringen ist die Besetzung der zahnärztlichen Dienste nahezu flächendeckend.

In den Städten Suhl und dem Landkreis Hildburghausen nehmen nur Honorarzahnärzte die Aufgaben des ÖGD wahr. Die Dokumentationspflicht der Vorsorgeuntersuchungen als Erfolgskontrolle der Gruppenprophylaxeaktionen liegt laut SGB V §21, der Rahmenempfehlung der LAG Jugendzahnpflege Thüringen e. V. vom 1.6.1992 und der Thüringer Gesetzgebung im Aufgabenbereich des ÖGD.

Die 22 Jugendzahnärztlichen Bereiche des ÖGD einschließlich der auf Honor-

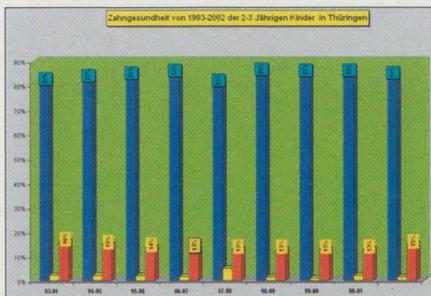


Diagramm 1

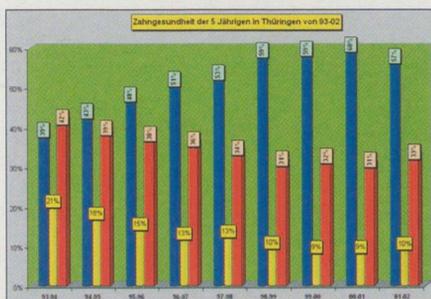


Diagramm 2

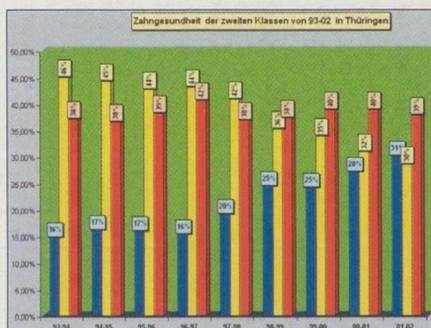


Diagramm 3

Legende:

- = naturgesunde Gebisse
- = behandlungsbedürftige Gebisse
- = sanierte Gebisse

arbeits tätigen Zahnärzte/innen übermittelten die oben genannten Kriterien. Da die Besetzung der zahnärztlichen Mitarbeiter in den letzten Jahren relativ konstant ist, sind die Untersucher immer die selben und die Daten über Jahre vergleichbar.

In der folgenden Analyse handelt es sich um ausgewählte Untersuchungsdaten der obengenannten Berichterstattungen, bezogen auf das Milchgebiss der Kinder in Kindertagesstätten und Grundschulen Klasse 1 bis Klasse 4, ermittelt bei den schulzahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen von 1993-1994 bis zum Schuljahr 2001-2002. In den Jahren 1990-1991 sind Thüringenweit keine Daten erfasst worden, dann folgte eine unsichere Zeit in der Besetzung der öffentlichen Dienste, so dass erst ab 1993 berichtet werden kann. In den Kindertagesstätten sind die Vorsorgeuntersuchungen mit Genehmigung der Eltern freiwillig, in den Schulen unterliegt der/die Schüler/in der Duldungspflicht. Als Indizes dienen die Anzahl der naturgesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Gebisse, verbunden mit dem Sanierungsrad des Milchgebisses in den genannten Jahren.

Anhand der folgenden Diagramme wird die Entwicklung der einzelnen Jahrgänge aufgezeigt.

Diagramm 1 Die Auswertung der Diagramme der einzelnen Altersgruppen zeigen auf, dass bei den 2- 3 Jährigen 1993 ca. 81% naturgesunde Gebisse vorgefunden wurden und sich bis 2002 diese Zahl um 3 % verbessert hat. Der

Sanierungsgrad des Milchgebisses, also die behandlungsbedürftigen Kinder lag im Jahre 1993-1994 bei 16% und sich in den Jahren bis 2002 kaum geändert hat, die Zahl der sanierten Kinder war verschwindend gering.

Diagramm 2 In der Altersgruppen der 5 jährigen ist in dem Zeitraum von 1993-2002 die Zahl der naturgesunden Milchgebisse von 39% auf fast 60% angestiegen und die Zahl der sanierungsbedürftigen um ca. 20 % zurückgegangen, die Zahl der sanierten Kinder fiel aber um ca. 50%

Diagramm 3 Bei den 8jährigen stieg die Zahl der naturgesunden Gebisse von 16% in 1993 auf 31% 2002. Trotzdem ist die Behandlungsbedürftigkeit in dieser Altersgruppen mit 39% deutlich zu hoch und konnte in den Jahren von 1993 – 2002 kaum verbessert werden. Obwohl die Zahl der naturgesunden Gebisse merklich angestiegen sind, wurde die Behandlungsbedürftigkeit der Wechselgebisse durch abnehmende Sanierungserfolge nicht merklich beeinflusst.

Resümee:

Der Komplex der Gruppenprophylaktischen Maßnahmen bewirkt wahrscheinlich in den

Kindertagesstätten eine Verbesserung der Mundgesundheit bezüglich des Anstieges der naturgesunden Gebisse, der Aufschwung hinsichtlich der Häufigkeit der Sanierung in den Praxen ist nicht ersichtlich, obwohl die Patenschaften in Thüringen vorrangig in den Händen der niedergelassenen Zahnärzte liegen. In den Schulen ist die Gruppenprophylaxe im Verantwortungsbereich des ÖGD. Die lokale Fluoridierung als basisprophylaktische Maßnahme ist aufbauend in den einzelnen Kreises umgesetzt und hat, wie der Anstieg der naturgesunden Gebisse beweist, auch Erfolg. Hier bewirken Individual- und Gruppenprophylaxe gemeinsam die deutliche Verbesserung der Mundgesundheit unserer Kinder.

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
Bruderwöhrdstraße 10 — 93055 Regensburg —
Telefon: 0941/7915 21 — Telefax: 0941/79 25 11 —
info@schmidundpaula.de — www.schmidundpaula.de —

Kinderzahnarzt – Ein Konzept

Besonderheiten der Zahnheilkunde im Kindesalter - mehr als nur die Behandlung kleiner Zähne

Dr. M.C.Gilanschah, Hamburg

Wer das Kapitel „Verteilung und Polarisierung“ der dritten deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS III ISBN 3-7691-7848-3) aufmerksam liest, wird folgendes feststellen:

Zitat: „19,4% der Jugendlichen haben sämtliche zu sanierenden Zähne, die große Mehrheit von vier Fünfteln der Jugendlichen hingegen besitzt keinen einzigen defekten Zahn“.

Wenn also morgen bei Ihnen fünf Kinder zur Kontrolle eingetragen sind, wird sich folgendes ereignen: vier der fünf Kinder werden bei Ihrer ZMF einen Termin zur Prophylaxe erhalten. So muss Kinderzahnheilkunde sein - problemlos. Aber leider ist ja noch Kind Nummer 5 auf dem Terminkalender. Oft wird es schon tobend in das Behandlungszimmer getragen, und ein kurzer Blick nach intraoral gibt den Blick frei auf vier, acht oder 20 kariöse Zähne.

Sie sind im Spiel und der Ball liegt auf Ihrer Seite.

Mein Artikel gibt einen Einblick in ein auf Kinderzahnheilkunde ausgerichtetes Konzept. Seit 1998 bin ich in Hamburg Winterhude niedergelassen und führe eine ausschließlich auf Kinderzahnheilkunde fokussierte Praxis. Im fünften Jahr meiner selbstständigen Tätigkeit freue ich mich immer noch auf jeden Arbeitstag. Wir haben viel Spaß mit den

jungen Patienten, die Therapien haben eine hohe Erfolgsquote und meine Zukunftschancen schätze ich unabhängig von der politischen Lage als sehr gut ein.

Möglich wird dies, weil ich jeder Therapie eine exakte Diagnose voranstelle. Verhalten des Kindes, allgemeinmedizinischer Zustand, Motivation der Eltern, Mundhygiene, funktionelle Aspekte und finanzielle Möglichkeiten der Eltern werden berücksichtigt. Es wird eine der Realität entsprechende und machbare Therapie entwickelt, die umgesetzt wird.

Nicht jeder Kollege wird die in diesem Artikel beschriebene Therapie für sich in Anspruch nehmen wollen. Eine exakte Diagnosestellung schützt aber in jedem Fall vor Behandlungsmisserfolgen und Frustration.

Diagnose und Therapie im Milchgebiss:

Die Diagnose kommt vor der Therapie. Dieser Grundsatz gilt für alle medizinischen Bereiche. Doch während man bei der konservierenden Therapie bleiben der Zähne die Dinge oft auf sich zukommen lässt (ob die Pulpa bei der Exkavation eröffnet wird), muss bei Milchzähnen dies bereits vor jeder therapeutischen Maßnahme richtig eingeschätzt werden. Also auch vor der initialen Exkavation der bestehenden Karies. Nur so wird die Therapie bei Kindern planbar

und das Ergebnis ein konstant hohes Behandlungsniveau widerspiegeln. Allzu leicht wird die Therapie im Milchgebiss auf die Möglichkeiten Füllung und caries - profunda Behandlung reduziert. Die folgende Aufzählung soll das Therapiespektrum deutlich machen:

1. caries profunda Behandlung (ein- oder mehrzeitig)
2. Pulpotomie (Vitalamputation)
3. Pulpektomie (Vitaextirpation und Wurzelkanalbehandlung)
4. Füllung
5. konfektionierte Milchmolarenkrone
6. Kunststoffkrone (plastische Herstellung mit Formteil)
7. Extraktion

Die Extraktion ist oft eine Alternative zu Therapien mit ungewissen Ausgang. Das Aufschleifen von Milchzähnen ist heute obsolet und wird nur noch in Ausnah-

mefällen von der DGZMK befürwortet. In jedem Fall müssen bei der Extraktion die Platzverhältnisse im Zahnbogen langfristig kontrolliert und gegebenenfalls die Lücken mit Platzhaltern stabilisiert werden (Abb.1). Die Pulpotomie und jede Form der Milchzahnkrone sind Techniken, die oft nur vom spezialisiertem Zahnarzt regelmäßig angewendet werden. Das gleiche gilt für die Pulpektomie mit anschließender resorbierbarer Wurzelkanalfüllung. Bei exakter Diagnose kann sich der Zahnarzt vor einer Therapie schützen, die nicht seinem Interessensschwerpunkt bzw. seiner täglichen Arbeit entspricht. Will man ausgedehnte Defekte bei Milchzähnen mit einer Füllung versorgen, steht man oft vor fast unlösbaren Problemen, und sollte die Füllung doch gelingen, hat sie nur eine stark begrenzte Haltbarkeit (Abb. 2+3). Eine Sonderstellung nimmt die plastisch hergestellte Frontzahnkrone ein. Bei ausgedehnter Karies an den Milchfrontzähnen werden die Kronen oft direkt im Mund mittels konfektionierte Formteile wieder hergestellt. Formgebung und Applikation der Krone erfolgen in einem Schritt. Der Verbund wird mit Dentinadhäsivtechnik und kleinen Unterschnitten im präparierten Stumpf gewährleistet. Diese Art der Versorgung, die häufig bei nursing-bottle-syndromen



Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3

zum Einsatz kommt, hat eine sehr gute Haltbarkeit. Kleine Defekte der Milchseitenzähne, besonders ohne Beteiligung der approximalen Zahnflächen, können ebenfalls gut mit Komposit versorgt werden. Die Voraussetzung ist eine ausreichende Mitarbeit der Patienten. Die Vielzahl der Komposite und der erforderlichen Bondingsysteme ist so groß, dass ich an dieser Stelle nicht weiter darauf eingehen möchte. Mit dem von mir verwendeten Kerr Prodigy und dem Kerr Optibond Solo habe ich bisher sehr gute Erfahrungen gemacht. Besonders die Farbstabilität der Frontzahnrestaurationen ist in diesem Zusammenhang erwähnenswert.

Diagnose im Milchgebiss:

Zu den morphologischen Besonderheiten des Milchzahnes zählen die weitreichende Ausdehnung der Pulpa und die geringe Schmelz-Dentin-Dicke. Der Schmelzmantel ist durchschnittlich 1mm dick, der Abstand der Pulpa zur Okklusalfäche beträgt zwischen 2-3mm. Deshalb muss bei weitreichender Karies mit offener Kavitation davon ausgegangen werden, dass eine Exkava-

tion der Karies nicht möglich ist, ohne die Pulpa freizulegen. Dies gleiche gilt für den durch Karies bedingten Verlust der Randleiste bei den Milchmolaren. In den Abbildungen 4, 5, 8 und 9 ist dies gut zu erkennen. Die Randleisten sind durch nicht diagnostizierte Approximalkaries verloren gegangen. Die Abbildung 6 zeigt eine offene Kavitation im okklusalen Bereich, Abbildung 7 einen eher seltenen kariösen Defekt im lingualen Bereich des Zahnes 75. Stehen die Milch-IVer und die Milch-Ver auf Kontakt, stellt dies immer ein erhöhtes Kariesrisiko dar. Hervorgerufen wird dies durch die Morphologie der Kontaktflächen der Milchzähne. Der Kontaktpunktbereich ist im Milchgebiss besonders flächig und weit ausgedehnt, was die Entstehung der Kontaktpunktkaries unterstützt. Wie in Abbildung 5 gut zu sehen ist, tritt bei Verlust der Randleiste auch ein Platzverlust in der betreffenden Stützzone auf. Durch die reduzierte mesio-distale Breite des Zahnes bei gleichbleibender bukkopalatinaler Ausdehnung wird das Anpassen der konfektionierten Milchmolarenkrone erheblich erschwert. Eruptionstörungen durch den Platzverlust sind im weiteren

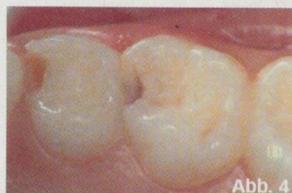


Abb. 4



Abb. 6



Abb. 8



Abb. 5



Abb. 7



Abb. 9

Verlauf sehr häufig. Regelmäßiger Gebrauch von Zahnseide und periodische Bissflügelaufnahmen können das Risiko einer unerkannten Approximalraumkaries minimieren.

Milchmolaren, die Ihre Randleisten kariesbedingt verloren haben oder offene Kavitationen mit bernsteinfarbener Karies aufweisen, können nur durch eine Vitalamputation (oder Wurzelkanalbehandlung) und konfektionierte Milchmolarenkrone erhalten werden.

Weitere Faktoren, die den Erfolg der Therapie beeinflussen:

Verhalten und das Alter des Kindes:

Junge Patienten und die damit verbundenen Verhaltensmuster erschweren die Therapie. Gerade bei sehr jungen Patienten mit eingeschränkter Kooperation muss man genau abwägen, ob eine zahnfarbene Restauration indiziert ist. Oft ist eine konfektionierte Milchmolarenkrone mit der unkomplizierten Verarbeitung die bessere Alternative. Umfangreiche Befunde stellen eine Indikation zur Zahnsanierung in Allgemeinanästhesie dar. Nur auf diesem Weg sind bei kariesaktiven Kleinkindern die erforderlichen hygienischen Verhältnisse herzustellen.

Mundhygiene:

Schlechte Mundhygiene, wie sie in Abb.10 durch Anfärben sichtbar gemacht wurde, ist in meinen Augen eine Kontraindikation für eine ad hoc Therapie. In solchen Fällen muss zuerst die Mundhygiene gesteigert werden, bevor man die eigentliche Therapie beginnt.

Schmerzbehandlungen werden sofort begonnen, wenn nötig. Jede weitere Therapie sollte aber von nachvollziehbaren Indizes (API, VPI in Prozent) abhängig gemacht werden. Die ermittelten Werte werden den Eltern schriftlich



Abb. 10

mitgegeben, und von Anfang an wird auch ein Prozentwert gesetzt (z.B. API 10%), ab dem die Therapie starten kann. Dem kleinen Patienten sollte der Stand seiner Mundhygiene durch Symbole wie z.B. Sonne bedeutet gut geputzt, Regen steht für schlechte Mundhygiene, verdeutlicht werden. Ein klar formuliertes und erreichbares Ziel ist sowohl für die Eltern als auch für das Kind wichtig. Es kann seinen Erfolg selber kontrollieren und den Eltern wird nicht der Eindruck vermittelt, dass der Zahnarzt die Behandlung unnötig herauszögert oder gar nicht durchführen möchte.

Medizinische Befunde:

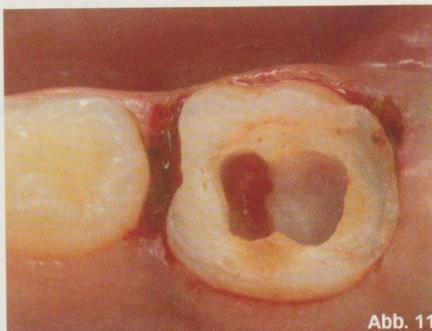
Eine gründliche Anamnese steht am Anfang jeder Therapie. Risikopatienten müssen vor Therapiebeginn identifiziert werden. Kindern mit Herzfehlern, z.B. Ventrikel Septum Defekte, weisen ein erhöhtes Risiko auf, selbst nach kleineren Eingriffen in der Mundhöhle eine bakterielle Endokarditis zu erleiden. Zu den Risikopatienten zählen auch ins-

besondere Kinder mit Immundefekten, verursacht durch eine HIV-Infektion oder durch eine Leukämie. Kinder, die mit Kortikoiden, Bestrahlung oder Immunsuppression nach Organtransplantation behandelt werden, leiden ebenfalls unter einer Schwäche des Abwehrsystems, die im Rahmen einer Zahnbehandlung schwerwiegende Komplikationen hervorrufen kann. In all diesen Fällen muss eine individuell gestaltete Therapie entwickelt werden, die den medizinischen Notwendigkeiten Rechnung trägt.

Therapie im Milchgebiss:

Vitalamputation:

Die Vitalamputation ist fester Bestandteil der Kinderzahnheilkunde. Sie tritt fast immer an die Stelle der direkten Überkappung, da für diese in wissenschaftlichen Untersuchungen nur stark schwankende Erfolgsraten (1) ermittelt werden konnten. In der täglichen Praxis stellt lediglich die iatrogene, kleinflächige Eröffnung der Pulpa eine Indikation dar. Hier ist jedoch die Voraussetzung, daß die Pulpa entzündungsfrei ist. Kennedy und Kapala (2) haben bereits 1985 vermutet, daß der besonders hohe Gehalt an undifferenzierten mesenchymalen Zellen in der Milchzahnpulpa eine mögliche Ursache für die hohe Misserfolgsquote der direkten Überkappung im Milchgebiss ist. Die Autoren vertreten die Meinung, dass diese Zellen sich bei der direkten Überkappung reaktiv in Odontoklasten ausdifferenzieren und so die interne Resorption auslösen. Die Vitalamputation wurde jahrzehntelang in der Formokresoltechnik durchgeführt. In den letzten Jahren rückten jedoch



viele Autoren wegen der befürchteten Mutagenität des Formaldehyds von dieser Technik ab.

Fuks et al (8) haben 1997 gezeigt, dass sich Eisen(III)- Sulfat als Nachfolger des Formocresols eignet. Die Konzentration beträgt 15,5%, und das von mir verwendete Produkt von Ultradent kam in der oben erwähnten Arbeit von Fuks et al. zur Verwendung. Die Erfolgsraten liegen um die 90% und sind mit den Erfolgsraten der Formocresoltechnik vergleichbar. Eine neue Studie von Burnett und Walker (4) bestätigt ebenfalls, dass mittelfristig die Erfolgsraten vergleichbar sind. In der Langzeitbetrachtung (länger als 36 Monate) konnten die Autoren jedoch eine etwas höhere Erfolgsquote für die Formocresoltechnik nachweisen. Es wird sicher noch vieler wissenschaftlicher Arbeiten bedürfen, um die Technik der Vitalamputation mit Eisen(III)-Sulfat abschließend zu beurteilen. In meiner täglichen Praxis hat sich die Methode bewährt, und die Entscheidung der DGZMK, die Formocresoltechnik nicht mehr zu empfehlen, ist sicher richtig. Die Vitalamputation ist aber auch kein Allheilmittel in der Kinderzahnheilkunde, deshalb ist es wichtig, die Kontraindikationen zu kennen:

Um die entsprechenden Diagnosen

treffen zu können und auch aus forensischen Gründen sollten zu Beginn der Behandlung Röntgenbilder angefertigt werden. Röntgenaufnahmen zur Dokumentation der Vitalamputation sind eher die Ausnahme.

Kontraindikationen Vitalamputation:

1. langanhaltende dunkelrote Blutung nach Amputation
2. Fistel oder Schwellung
3. erhöhte Mobilität des betreffenden Zahnes
4. interradikuläre oder apikale Aufhellung
5. Kalzifizierung innerhalb des Kanalsystems
6. interne oder externe Resorptionen

Die Amputation selber wird von mir in der Praxis mit dem roten Winkelstück und einem birnenförmigen, grob belegten Diamanten durchgeführt. Danach wird die endodontische Kavität mit Wasser gespült. Mit einem raschen Blick auf die amputierten Pulpastümpfe kann man jetzt die Blutung gut beurteilen. Es sollte sich um eine hellrote langsame Blutung handeln. Durch die Applikation des Eisen(III)-Sulfats muss die Blutung vollständig zum Stillstand kommen. Nur bei trockenen Bedingungen in der endodontischen Kavität kann die Vitalamputation mit hoher Aussicht auf Erfolg durchgeführt werden. Abbildung 11 zeigt die endodontische Kavität nach der Fixierung der Wurzelpulpa. Der Verschluss der Kavität erfolgt mit stopfbarem Zinkoxid-Eugenol-Zement, der direkt auf die Pulpastümpfe appliziert wird. Wichtig ist die feste Konsistenz des Zinkoxid-Eugenol-Zements, damit dieser ohne Hohlräume, in denen sich ein Blutkoagulum bilden könnte, fest

auf die amputierte Pulpa gestopft werden kann.

Konfektionierte Milchmolarenkrone:

Konfektionierte Milchmolarenkronen werden in Deutschland von 3M unter dem Namen „stainless steel crowns“ vertrieben. Die Sortimentskästen sind nach amerikanischer Nomenklatur eingeteilt. Der Buchstabe D steht für den 1. Milchmolaren, der Buchstabe E für den 2. Milchmolaren. Es sind die Größen 2 bis 7 verfügbar. Die Kronen selber sind unverblendet, wodurch sie problemlos den gegebenen Verhältnissen angepasst werden können. Wegen der mangelnden Ästhetik sollten die Eltern aber unbedingt vorher mit einer Abbildung aufgeklärt werden. Verblendete Kinderkronen (Nu-Smile/ Orthodontic Technologies Inc.) sind aus den USA ebenfalls beschaffbar.

Die notwendigen Arbeitsschritte, die zur Versorgung eines Milchzahnes mit einer konfektionierten Milchmolarenkrone notwendig sind, werden in den folgenden Bildern dargestellt:



Abb. 12

Ausgangsbefund: Milchzähne 84 und 85 mit aktiver Karies und offener Kavitation im Bereich der Kauflächen. Für diese

Zähne wird eine Vitalamputation mit nachfolgender Versorgung mit Milchmolarenkronen geplant.

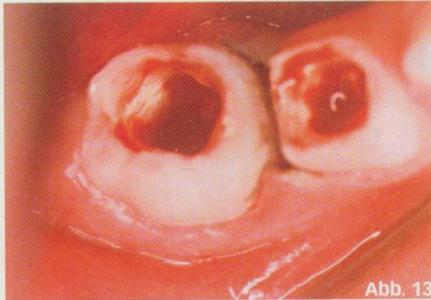


Abb. 13

Zustand nach Karies ex . Die okklusale Höhe wurde um etwa 1 bis 1,5 mm reduziert, approximal wurden die Kontaktpunkte mit einem flammenförmigen Diamanten Größe 014 gelöst. Bukkal und lingual darf nicht präpariert werden. Die Amputation der Kronenpulpa ist auch schon erfolgt. In beiden endodontischen Kavitäten ist eine deutliche Blutung sichtbar.



Abb. 14

Abb. 14 Die Blutungen sind mit Astringedent (Eisen(III)-Sulfat) gestoppt worden. Zahn 84 zeigt den Idealfall. Die endodontische Kavität ist absolut frei von Blut. Man sieht direkt auf die amputierte Wurzelpulpa. Bei Zahn 85 war es nicht möglich, ein entsprechendes

Ergebnis zu erzielen. Eine Pulpektomie ist hier eine zu diskutierende Therapiealternative.



Abb. 15

Abb. 15 Nach Fixierung der Wurzelpulpa wird die endodontische Kavität mit stopfbaren Zinkoxid-Eugenol-Zement aufgefüllt. Blutungen aus dem Sulkus wurden elektro-chirurgisch gestoppt.

Abb. 16 Einprobe der konfektionierten Milchmolarenkronen. Auf 85 wurde die Größe E4 angepasst, bei Zahn 84 die Größe D4. Beide Kronen haben einen leichten Schnappeffekt. Die Ränder



Abb. 16

wurden gekürzt und nachkonturiert, um die Kronen auf Höhe der Kauebene eingliedern zu können.

Abb. 17 Beide Milchmolarenkronen nach dem Zementieren mit Polycarboxylatzement (Poly-F/Hersteller DentSply). Die



Abb. 17

Zementreste wurden sorgfältig entfernt und der Approximalraum mit Zahnseide gereinigt. Dies ist wichtig, um später Irritationen im Bereich der Gingiva zu vermeiden. Die Größenmarkierungen wurden mit einem Heidemannspatel entfernt.



Abb. 18

Abb. 18 In der Seitenansicht ist gut zu sehen, dass die vertikale Höhe der Milchmolarenkronen sich in etwa auf der Kauebene befindet. Leichte okklusale Interferenzen sind jedoch manchmal nicht zu vermeiden. Diese werden aber von den jungen Patienten gut vertragen und führen nicht zu Problemen.

Zusammenfassung:

Wie bereits in der Einleitung gesagt, lebt Kinderzahnheilkunde von einem machbaren Konzept. Die Diagnose muss

umfassend erstellt werden und die Therapie konsequent umgesetzt werden. Unter Umständen auch in Narkose.

Haben wir dieses geschafft, bleibt der Ball im Spiel und befindet sich jetzt auf der Seite der Eltern.

Dies bedeutet etwas vereinfacht ausgedrückt, daß im weiteren Verlauf der Erfolg der häuslichen Mundhygiene aufgezeichnet wird, wir Tipps für die Ernährung geben und versuchen, mit geeigneten Mitteln den kleinen Patienten zu motivieren und zu instruieren. So macht Kinderzahnheilkunde Spaß.

Literaturnachweis:

- (1): Fuks AB Pulp therapy for the primary and young permanent dentitions. *Dent Clin North Am (United States)*, Jul 2000, 44(3) p571-96, vii
- (2): Eidelman E, Holan G, Fuks AB Mineral trioxide aggregate vs. formocresol in pulpotomized primary molars: a preliminary report. *Pediatr Dent (United States)*, Jan-Feb 2001, 23(1) p15-8
- (3): Mani SA, Chawla HS, Tewari A, et al. Evaluation of calcium hydroxide and zinc oxide eugenol as root canal filling materials in primary teeth. *ASDC J Dent Child (United States)*, Mar-Apr 2000, 67(2) p142-7, 83
- (4): Burnett S; Walker J Comparison of ferric sulfate, formocresol, and a combination of ferric sulfate/ formocresol in primary tooth vital pulpotomies: a retrospective radiographic survey. *ASDC J Dent Child* 2002 Jan-Apr;69(1):44-8, 12
- (5): Sasaki H, Ogawa T, Koreeda M, et al. Electrocoagulation extends the indication of calcium hydroxide pulpotomy in the primary dentition. *J Clin Pediatr Dent (United States)*, Spring 2002, 26(3) p275-7
- (6): Smith NL, Seale NS, Nunn ME Ferric sulfate pulpotomy in primary molars: a retrospective study. *Pediatr Dent (United States)*, May-Jun 2000, 22(3) p192-9
- (7): Elliott RD, Roberts MW, Burkes J, et al. Evaluation of the carbon dioxide laser on vital human primary pulp tissue. *Pediatr Dent (United States)*, Sep-Oct 1999, 21(6) p327-31
- (8): Fuks AB, Holan G, Davis JM, et al. Ferric sulfate versus dilute formocresol in pulpotomized primary molars: long-term follow up. *Pediatr Dent (United States)*, Jul-Aug 1997, 19(5) p327-30

Mami, ich mag nicht...

Kinderbehandlung in der allgemein Zahnärztlichen Praxis - ein Erfahrungsbericht ohne Zahlen und Fakten

S. Lange, Oldenburg

Um es gleich vorweg zu nehmen: es geht mir in diesem Beitrag nicht um aktuelle wissenschaftliche Daten und Fakten verschiedener Techniken in der Kinderzahnheilkunde sondern vielmehr um Ressourcenstärkung für alle diejenigen, denen Kinderbehandlung bisher eher ein lästiges Übel im Berufsalltag war.

„Mami, ich mag mich nicht auf den Stuhl setzen. Ich hab' Angst...“ „Svenja, Du weißt, was wir verabredet haben, setz Dich jetzt bitte hin und lass Deine Zähne untersuchen - sonst gibt's auch keine Belohnung!“ Gebrüll und Tränen...

So oder so ähnlich erleben KollegInnen sicherlich auch immer wieder das Thema Kinder in der täglichen Praxis, was bei einigen dazu führt, diesen Bereich der Zahnmedizin eher zu vernachlässigen denn als besonderes Steckenpferd zu pflegen. Die Behandlung von behandlungsunwilligen oder auch nur nicht besonders kooperativen Kindern scheint nicht nur wenig effektiv und schon gar nicht lukrativ zu sein, sie löst auch bei vielen ein enormes Stresspotenzial aus; oft spielt der Zeitfaktor eine große Rolle bzw. mangelt es an liebevoller Unterstützung durch die Mitarbeiterinnen. Inkompetenter Umgang mit den kleinen Patienten und nichtangepasste Kommunikation fördern den Teufelskreis:

Ängstliches Kind - gestresster Behandler - Termindruck - ungeduldige, nervöse Eltern genervte Assistenz - Patient arbeitet nicht adäquat mit bzw. verweigert die Behandlung ganz - neuer Termin - gleiche Rahmenbedingungen mit gleichem Erfolg / Misserfolg.

Letztendlich folgt oft ein Praxiswechsel, die Behandlung erfolgt in ITN oder unterbleibt ganz und gar - bis zur akuten Schmerzsituation und Notfallbehandlung. Dass Kinderbehandlung auch anders ablaufen kann, wissen die Niedergelassenen, die sich dem Tätigkeitsschwerpunkt „Kinderzahnmedizin“ verschrieben haben oder ein speziell für ihre Praxissituation passendes Behandlungskonzept entwickelt haben (siehe auch folgenden Artikel).

Meiner Meinung nach ist das Wichtigste an einem Konzept die innere Haltung und generelle Einstellung gegenüber Kindern. Wie viel Geduld bin ich bereit, aufzubringen? Was bringt mir persönlich der Anteil an Kindern in meiner Patientenklientel? Macht mir die Arbeit mit Kindern überhaupt Spaß oder behandle ich statt eines Kinderpatienten lieber zwei Erwachsene? Ist mein Praxisteam in der Lage und dafür ausgebildet, die kindgerechte Orientierung mitzutragen? Bin ich bereit, ein gewisses Maß an Kreativität aufzubringen, die leider nicht unbedingt entsprechend honoriert wird? Liegen meine besonderen Fähigkeiten per se in anderen Bereichen der

Zahnmedizin (Prothetik, Implantologie etc.), die in der Regel auch wirtschaftlicher sind? Diesen Fragen sollte sich jeder Behandler ehrlich stellen. Mit viel Engagement, guter Organisation (IP-Leistungen werden natürlich von den Prophylaxehelferinnen erbracht) und einem gewissen „feeling“ für die Kleinen, last not least guten Nerven kann Kinderbehandlung auch sehr schön sein: abwechslungsreich, witzig und sehr bestätigend für das ganze Praxisteam!

In unserer Praxis (leider mit nur einem kleinen Anteil in Höhe von ca. 20% an unter 18jährigen Patienten - ich arbeite allerdings auch nur an zwei Nachmittagen in der Woche, sonst vormittags), die im Stadtgebiet einer 160.000 Einwohner zählenden Stadt in Norddeutschland liegt, sind seit der Niederlassung im Jahre 1989 folgende zwanzig Grundregeln in der Betreuung von Kindern „ungeschriebenes Gesetz“:

- Erhöhte Sensibilität im Umgang mit den kleinen häufig durch Versprechungen oder Drohungen beeinflussten Patienten bei Behandler und Assistenz, das Kind sollte bei beiden die Empathie spüren.
- Primäres Ziel ist ein kooperativer, entspannter, zufriedener Patient, der sich auch zukünftig angstfrei behandeln lässt, nicht eine um jeden Preis herbeigeführte perfekte Restauration; Ziel von restaurativen Maßnahmen im Milchgebiss ist Schmerzfreiheit und Prävention.
- Wartezeiten möglichst kurz, trotzdem kindgerechte Wartezimmereinrichtung mit Büchern und Spielmöglichkeiten.
- Altersadäquate Kommunikation, d.h.

sprich mit dem Kind in seiner Sprache, erkläre immer, was passiert: was, warum, wie und wann („tell-show-do“)

- Bedeutsamer als der Gesprächsinhalt sind dabei der Gesichtsausdruck sowie die Stimmlage, das Team sollte immer Ruhe und Sicherheit ausstrahlen, auch wenn die Behandlung abgebrochen werden muss oder anders verläuft als geplant.

• Adäquate Wortwahl - Beispiele für Kinder im Kindergarten- oder Vorschulalter: Luftbläser = Wind, Suktör = kleiner Staubsauger, Sonde = Zahnfühler, Karies = das Schwarze, die gegessene Schokolade, Kofferdam = Zahn-Regenmantel, Matrize = Silberring, Zange = Zahnwackler, Polierpaste oder Säure bei SÄT = Zahnschampoo, Röntgenbild = Foto, Injektion = Piekser, Zahn schläft ein, Blut = rote Spucke, Spülbecken = Wasserkarussell, Watterolle = Zahnkissen.

- Bei ganz kleinen Kindern verzichten wir auf den Mundschutz bzw. verwenden amerikanische mit aufgedruckter „Hasenmaske“ - kommt immer gut an...
- Gutes Verhalten immer loben und schlechtes nach Möglichkeit ignorieren, keine Alternativen anbieten, wo es keine gibt.
- Lüge das Kind nie an, es glaubt Dir nie wieder etwas!
- Mache seine Ängste nicht lächerlich, nimm sie ernst (schrittweiser Abbau der „Angsthierarchie“, mit einfachen, schmerzlosen Behandlungsschritten beginnen, u.U. nur Untersuchung und eventuell IP-Maßnahmen, neuer Termin

für Füllungen oder Milchzahnextraktionen). Wir bieten den Eltern spezielle Terminzeiten an, wo das Kind die Praxis erst mal nur "beschnuppert" und mithilfe einer Assistenzkraft die Räume und Instrumente spielerisch kennenlernt.

- Für jede Sitzung erreichbare Ziele setzen und umsetzen, zögerliche Kinder bei älteren Geschwistern oder anderen Kindern bei der Behandlung zusehen lassen, wenn gewünscht.
- Beteiligung des Kindes am Behandlungsgang (z.B. den Speichelzieher halten lassen), die Eltern miteinbeziehen und über Befund und Therapieschritte informieren.
- Rückgewinnen der Aufmerksamkeit des nicht mehr mitarbeitenden Kindes durch Änderung des Tonfalls oder der Lautstärke, oder im Gegenteil für die, die mit Hypnose Erfahrung haben: einleiten von leichten Trancezuständen (z.B. Lid-, Arm- oder Beinkatalepsie).
- Einige Kinder/Jugendliche sind dankbar über jede Form der Ablenkung mittels Audio/Videoanalgesie (das Hören/Sehen von Musik oder Geschichten während der Behandlung über Kopfhörer erleichtert die Entspannung. Wir überlegen z.Zt., einen kleinen DVD-Player an den Monitor der intraoralen Kamera anzubringen, um mit Filmen den Focus auf ein anderes Thema zu lenken.
- Im Spiegel die Situation erklären und zeigen, was o.k. bzw. nicht o.k. ist.
- Bei Anästhesien immer dünne, kurze Kanülen verwenden, oft reicht eine intraligamentäre Anästhesie (Citoject)

aus; das Kind dabei möglichst durch Berührung und leichten Druck an Schulter, Arm oder gegenüberliegender Wange ablenken.

- Füllungstherapie mit geeigneten kleinen Matrizenhaltern (wir verwenden fast ausschließlich Tofflemire junior, selten Automatrix oder Hawe Neos).
- Fast immer exkavieren mit Handinstrumenten (kleine, scharfe Hartmetalllexkavatoren), geht genauso schnell, vibriert aber nicht so wie der Rosenbohrer.
- Wir vereinbaren mit jedem Kind (übri-gens auch mit jedem erwachsenen Patienten) vor der Behandlung ein Zeichen (mit dem linken Arm melden), auf das auch von der Helferin genau geachtet wird und mit dem die Behandlung jederzeit unterbrochen werden kann. Körperliche Gewalt (Hand-over-mouth-Technik oder festhalten des Kindes) wird in unserer Praxis strikt abgelehnt, da diese Maßnahmen fast immer ein Trauma, zumindest einen Vertrauensverlust hinterlassen und ein vernünftiges Ergebnis trotzdem nicht zu erreichen ist. Wenn nichts geht und dringend ansteht, wird das Kind zu einem KCH bzw. einer niedergelassenen Kollegin, die mit Anästhesisten in ihrer Praxis zusammenarbeitet, überwiesen.
- Entlassen des Patienten mit positiven Worten, entsprechender Mimik, einem kleinen Witz oder, wer kann – Zauberstückchen. Das Kind kommt zum nächsten Termin mit demselben Eindruck und Gefühl in die Praxis zurück, mit dem es sie verlassen hat (das gilt auch für Erwachsene!).

Kreisel, Kreisel, schwupp...

Hildegard Markwart und Wolfgang Koch: Schleckis und Schlampis Abenteuer mit der Zahnfee vom blauen Fluss. Ein Lern- und Spaß-Buch zur Zahngesundheit. 30 Seiten, durchgehend farbig illustriert; gebunden, Hardcover. In medias res Verlag, Landsberg am Lech 2001; ISBN 3-935475-004. Preis: 15,24 Euro

Für dieses Kinderbuch war es höchste Zeit. Wer schöne und gesunde Zähne bekommen und sie behalten will, muss schon als kleines Kind im Vorschulalter lernen, dass und wann und - vor allem - wie die Zähne geputzt werden sollten.

Die Bärenjungen Schlecki und Schlampi lernen es von einer gütigen Fee. Die führt ihnen keine boshaften Bakterienteufel vor, um dann zum wackeren Putzkampf gegen diese aufzurufen. Sondern sie regt die Einsicht der Bärenkinder an, wie gut sich leben lässt mit regelmäßig und richtig geputzten Zähnen. Dazu müssen nicht irgendwelche unsichtbaren Monster oder Teufel bekämpft werden, vor denen Kinder sowieso keine Angst mehr haben, seit sie in allen Medien als witzig gezeichnete Trickfiguren daherkommen. Warum überhaupt Kampf? Warum erst einmal Aggressionen schüren, wenn es doch darum geht, Kinder zum sorgsamem, also bestimmt nicht kämpferischen Umgang mit ihren Zähnen zu motivieren? Und wenn sie von klein auf keine Angst vor dem Zahnarzt bekommen sollen, der auch dann von Zeit zu Zeit gebraucht wird, wenn die Zähne noch so gut geputzt werden!

Die gute Fee auf der Blaubeereninsel ist „Zahnärztin“, und ihr Assistent ist ein hilfsbereiter Adler. Die bringen den zwei Bärenkindern Schlecki und Schlampi ganz genau bei, wie Zähne richtig geputzt werden. Kinderleicht ist das, wenn es einem einleuchtend gesagt wird. Wie gut, dass die Autorin zwei Berufe erlernt hat: Hildegard Markwart ist Zahnärztin und Pädagogin. Zusätzlich kommt ihr die langjährige intensive Beschäf-

tigung mit zahnärztlichen Hypnosetechniken zugute: Wie die Zahnfee den Bärenkindern spielerisch-pädagogisch mit Rat und Tat hilft, das ist überzeugend und hoch motivierend.

Der Illustrator Wolfgang Koch hat die Geschichte in Bilder gesetzt, die in ihrer stilistischen Gemengelage von naturalistischer Darstellung und kindlicher Fantasie-Vorstellung nicht jedem Erwachsenen zusagen mögen. Bedenken wir jedoch, dass „Schleckis und Schlampis Abenteuer“ vor allem ein Vorlesebuch ist! Die Geschichte spricht Kinder im Alter von etwa drei bis sieben Jahren an. Das Kind liest nicht, sondern hört die Geschichte, vorgelesen von der Mutter, vom Vater, von einem Verwandten, von der Kindergärtnerin oder der Erstklasslehrerin. Beim Zuhören stellt sich das Kind die handelnden Figuren, die Landschaft, die spannenden Ereignisse bildhaft in seiner Fantasie vor. Wenn es anschließend das Gehörte visuell bestätigt sehen möchte und das Buch selber durchblättert, könnte die aufgebaute Motivation wie ein Kartenhaus zusammenfallen, wenn da noch so kuschelig oder witzig karikierte Teddybären oder künstlerische Designerbären der bereits etablierten Fantasienvorstellung des Kindes diametral entgegen stünden. Kinder sehen und lieben es anders als wir Erwachsenen. Diesen Nerv hat der Illustrator von „Schleckis und Schlampis Abenteuer“ genau getroffen, er hat Bilder geschaffen, in die sich Kinder hineinfühlen können.

Alles in allem: Hildegard Markwarts Buch ist eine wertvolle pädagogische Hilfe für jede und jeden, die sich die schwierige Aufgabe ein wenig leichter machen wollen, ihnen anvertraute Kinder für's fleißige und dabei richtige Zähneputzen zu motivieren - ein Buch für junge Eltern, für Kindergärtnerinnen und Erzieherinnen, für Grundschullehrerinnen und -lehrer und nicht zuletzt auch für Zahnärztinnen, Zahnärzte und ihre Prophylaxe-Assistentinnen.

N. Netzer, München

Erste Assistentenerfahrungen

D.H & O.G, Berlin

Dieser Artikel soll einen kleinen Teil der Erfahrungen widerspiegeln, die eine Zahnärztin und ein Zahnarzt im Verlauf ihrer Assistenzzeit machten.

Während sie versuchte, in der Kollegenschaft den richtigen Arbeitgeber und „Ausbilder“ zu finden, ging er aufgrund seines ohnehin noch abzuleistenden Wehrdienstes zur Bundeswehr als Stabsarzt.

Die Suche nach der richtigen Assistenzstelle begann für sie kurz nach dem Examen im November 1998. Die Stellensuche verlief recht schwierig, da einem überwiegend Assistenzstellen mit ca. 15-20 Wochenarbeitsstunden angeboten wurden. Das klingt ganz nett, da aber der monatliche Euro-Bruttoverdienst sich als Faustregel aus der Anzahl der Wochenstunden multipliziert mit Fünfzig errechnet, bedeutet dies für den Berufseinstieg nicht gerade Taschen voller Geld.

In einem Bewerbungsgespräch bot ein Kollege ihr an, sie könne doch, um ihr Gehalt noch aufzubessern, die Prothetik im Labor am besten nach Praxisschluss selber machen.

Ein anderer wollte, dass sie sofort auf Umsatz arbeitet. Er zeigte ihr Umsatzstatistiken, aus denen sie so gar nichts entnehmen konnte und machte Umsatzversprechungen von mindestens 2500.- Euro pro Monat ohne Festgehalt. Aufgrund seiner Zusage im Vorstellungsgespräch sollte 4 Wochen später das Arbeitsverhältnis beginnen. Eine Woche vor Arbeitsbeginn ergab ihre telefonische Rückfrage, dass er sich nicht

an sie erinnere und nun wohl jemand anderes hat.

Eine andere Kollegin zeigte ihr die leeren Karteikartenkästen und bot ihr an, in Ihrer Praxis ohne Helferin mit selbst mitgebrachten Patienten auf Umsatzbeteiligung zu arbeiten.

Allgemein sei angemerkt, dass eine Umsatzbeteiligung für einen Berufstarter eine zusätzliche Belastung ist, da, abgesehen von dem ausbaufähigen Arbeitstempo, in den meisten Fällen der Tätigkeitsschwerpunkt im Bereich der zeitaufwendigen Kinderbehandlung, dem Entfernen von Druckstellen und dem Neuanfertigen und Wiederbefestigen von Provisorien liegt.

Nachdem sie in zwei größeren Praxen angefangen hatte, die sie aber aufgrund von Patientenmangel wieder entließen, fing sie in einer kleinen Praxis an. Auch hier wurde sehr am Personal gespart. So musste sie während der Patientenbehandlung selbst absaugen, nebenbei Telefonate entgegennehmen, Termine vergeben und Heil- und Kostenpläne schreiben.

Dies war hart, aber nach einer gewissen Zeit spielte sich alles ein und man lernt eine Menge über Praxisführung und Praxisorganisation.

Es gibt enorme Qualitätsunterschiede zwischen den Praxen.

Sowohl in der Behandlung wie auch in den Materialien, die verwendet werden. Man muss als junger Assistent darauf achten, die an der Uni gelernten hohen Qualitätsstandards in einen angemessenen und persönlich vertretbaren Einklang mit den in der Praxis verlangten quantitativen Anforderungen zu bringen.

Es schleicht sich schnell unsauberer Arbeit ein, wenn im Wartezimmer drei Patienten sitzen.

Ein gutes Arbeitsverhältnis ist gegeben, wenn der Chef einem freie Hand lässt und in schwierigen Situationen mit bewährten Tipps zur Seite steht.

Auch das viel zu seltene Eingestehen selbst gemachter Fehler seitens des Chefs ist eine große Hilfe, eben diese zu vermeiden.

Es ist ratsam, größere Kombiarbeiten mit erfahrenen Zahntechnikern im Voraus zu besprechen.

Wichtig ist auch, Kommentare der Helferin zum Behandlungsablauf wie z.B. "Der Herr Dr. macht dies aber so und so!" zu unterbinden, da man es aufgrund seines jugendlichen Aussehens ohnehin schwer hat, vom Patienten akzeptiert zu werden.

Die Arbeit als Zahnarzt bei der Bundeswehr, in diesem Fall für zwei Jahre bei der Marine, bietet einem interessante Möglichkeiten.

Eine Suche nach der richtigen Assistenzstelle entfällt, da man mehr oder minder dorthin versetzt wird, wo Bedarf ist. Dies setzt eine gewisse regionale Ungebundenheit bzw. verständnisvolle Partnerin voraus.

Die Größe des Standortes und die zu versorgende Anzahl an Soldaten entscheidet über die Anzahl der Zahnärzte, die dort tätig sind.

So kann es einem als Berufsanfänger passieren, auf einmal Leiter einer Zahnarztgruppe zu sein. Jetzt darf man sowohl als unabhängiger Zahnarzt sein, fachliches Können unter Beweis stellen, wie auch als militärischer Vorgesetzter wirken und den Umgang mit der Bürokratie üben. Die einzige fachliche Stütze

stellt in diesem Fall der örtliche MKG-Chirurg dar, zu dem man überweisen kann.

In einer größeren Zahnarztgruppe hat man den Vorteil, sich mit Kollegen austauschen zu können, kann aber auch jederzeit z.B. auf zur See fahrende Einheiten versetzt werden. Dies führt dazu, dass man einiges von der Welt sehen kann und das Leben an Bord kennen lernt, aber wieder der einzige Zahnarzt für einen Verband mehrere Schiffe ist, diesmal ohne MKG-Chirurg.

Der große Vorteil ist, dass diese Arbeit stets völlig frei von wirtschaftlichem Druck ist und lediglich durch die Anzahl der Patienten reguliert wird. Man hat also die Zeit und die Freiheit, seine Mischung aus Qualität und Quantität zu optimieren.

Die Fortbildungsmöglichkeiten bei der Bundeswehr sind gut, kostenlos und sehr begehrt. In der Regel kann man eine Fortbildung pro Jahr besuchen.

Den überwiegenden Teil des Verbrauchsmaterials kann man selbst bestimmen. Aus finanzieller Sicht ist der Einstieg bei der Bundeswehr als Stabsarzt gegenüber der zivilen Assistenzstelle eine lukrative Alternative.

Zu erwähnen bleibt, dass die bei der Bundeswehr als Zahnarzt verbrachte Zeit mit maximal 1½ Jahren auf die 2-jährige Assistenzzeit angerechnet wird. Es verbleibt also mindestens ein halbes Jahr, in dem man sich um die bis dahin vernachlässigte Abrechnung kümmern kann.

Abschließend lässt sich aus unserer Sicht feststellen, dass es die optimale Stelle nicht gibt, aber man überall etwas lernt, und sei es nur, wie man es selbst besser macht.

Meine Assistenzzeit als Zahnärztin in Südtirol – Italien

Tamara Tauchelt, Berlin

Immer wieder werde ich gefragt, ob ein Zahnmedizinstudium heutzutage noch empfehlenswert ist.

Die Entscheidung dafür ist sicherlich individuell. Sie sollte aber in jedem Fall von echtem Interesse für die (Zahn)-Medizin getragen sein. Ein faszinierendes Fach ist sie sicherlich. Der finanzielle Aspekt dürfte eigentlich kaum noch eine Rolle spielen. Ich denke, es hat sich mittlerweile herumgesprochen, dass qualitätsbewusst arbeitende Zahnärzte keine goldenen Berge verdienen.

Als Alternative zum Zahnmedizinstudium habe ich immer die Humanmedizin gesehen. Mit einem lachenden und einem weinenden Auge schaue ich auf Freunde und Kollegen aus Studienzeiten, die sich als Augenärzte, HNO-Ärzte u.ä. niedergelassen haben. Die meisten von ihnen arbeiten inzwischen mit großer Zufriedenheit in ihrer gewählten Fachrichtung. Allerdings blieb mir ihre Klinikzeit mit vielen Wochenend- und Nachtdiensten in meiner späteren Assistenzzeit glücklicherweise erspart.

Meine eigene Assistenzzeit habe ich in Südtirol / Italien begonnen. Als Berufsanfängerin frisch von der Universität hatte ich mich auf ein Stelleninserat in der Zeitung beworben. Beim Bewerbungsgespräch, das sehr freundlich und unkompliziert verlief, wurde ich gefragt, ob ich nicht gleich den Kittel überziehen und anfangen könnte! Die Praxis war voll. Termine wurden auf drei Monate im

Voraus vergeben. Gesagt - getan, meine persönlichen Sachen hatte ich vorher im Dorfgasthof, meiner ersten provisorischen Wohnstätte, untergebracht.

Mein Arbeitsplatz in Südtirol gestaltete sich als Vollzeitstelle mit Arbeitszeiten von 9 - 12 Uhr und von 16 - 21 Uhr. Die lange Mittagspause war sehr angenehm, denn sie teilte den Tag in zwei Hälften, und man konnte sich zwischendurch gut erholen.

Das angebotene Leistungsspektrum in der Praxis umfasste vorwiegend konservierende und prothetische Leistungen. Parodontologie und Prophylaxe wurden im weit geringeren Umfang, als wir es in Deutschland gewohnt sind, angeboten. Der Studiengang Zahnmedizin ist erst seit Mitte der 80er Jahre in Italien etabliert. Vorher praktizierten dort Humanmediziner mit der Facharztanerkennung Zahnmedizin. Der Anteil der Frauen ist verschwindend gering, außer mir praktizierte in ganz Südtirol zu meiner Zeit nur noch eine weitere Zahnärztin!

Insgesamt kann man sagen, dass persönliches Engagement, Initiative und ein guter sozialer Kontakt zu den ansässigen Dorfbewohnern wichtig waren, um in dieser Praxis erfolgreich bestehen zu können. Auch Mundpropaganda und persönliche Empfehlung waren wichtig. Die Bezahlung aller zahnärztlichen Leistungen ist vom Patienten erst einmal selbst zu erbringen. Je nach Krankenkassenzugehörigkeit werden dann 20 - 60% der Kosten erstattet. Die

Zahlungsmoral der Patienten konnte man als gut bezeichnen - es gab selten Außenstände.

Wenn ich heute an das Assistenzarztjahr in Südtirol zurückdenke, freue ich mich immer, es so erlebt zu haben. Die Zeit dort war sehr interessant und eine große persönliche Bereicherung. Den jüngeren Kollegen oder Berufsanfängern

kann ich diese Art von Auslandserfahrung nur empfehlen! Das Jahr in Italien wurde mir komplett als Vorbereitungsjahr angerechnet, da es sich dort um eine Kassenzahnärztliche Praxis handelte. Die Anerkennung kann aber von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in den verschiedenen Bundesländern unterschiedlich gehandhabt werden. Also in jedem Fall vorher nachfragen!

Haben Sie sich schon entschieden ?

Alle Mitglieder von DAZ und BUZ sind in den vergangenen Wochen per Rundschreiben auf wichtige anstehende Weichenstellungen unserer Verbände aufmerksam gemacht worden. Mit einem sorgfältig erarbeiteten Konzept wollen wir uns auf die sich abzeichnenden Veränderungen in der gesundheitspolitischen Landschaft vorbereiten und allen Kolleginnen und Kollegen eine, wie wir glauben, bedeutende Hilfestellung für ihre berufliche Zukunft geben.

Von der Teilnahme möglichst vieler Praxen hängt es ab, ob unserem Konzept zum Erfolg verholfen werden kann. Daher nochmals die dringende Bitte (falls nicht schon längst geschehen): Nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit für die Lektüre des Rundschreibens und geben Sie uns bitte unbedingt eine Rückantwort auf dem beiliegenden, voradressierten Fragebogen. Alle Einsendungen bis zum

28. Februar 2003
werden noch berücksichtigt.

Herzlichen Dank !

Die Vorstände von DAZ und BUZ.

Offener Brief

Sehr geehrte Damen und Herren,

stellen Sie sich vor, Sie bitten einen Mercedes-Händler, etwas über den Lexus von Toyota zu schreiben, was meinen Sie, was dabei wohl rauskommt? In allen Medien sprechen oder schreiben deutsche Zahntechniker über Import-Zahnersatz, den sie wahrscheinlich noch nie gesehen oder begutachtet haben.

Meine Damen und Herren, Qualität kommt nicht (mehr) allein aus Deutschland, auch im Bereich Zahnersatz. Unser Labor in Hongkong arbeitet auf hohem internationalen Niveau und liegt laut einer Studie von Prof. Dr. Kerschbaum aus dem Jahre 2001, in der es speziell um den Kronenrandschluss ging, auf dem gleichen Qualitätsniveau wie „Made in Germany“ (siehe zm 91, 01.10.2001). Aber mit bis zu 50% Preisvorteil! Wir geben genauso wie deutsche Labore eine Konformitätserklärung ab und können die Nachweise erbringen, wo welche Materialien gekauft und verwendet worden sind. Unsere Lieferanten sind Ivoclar Vivadent, Bego, Dentsply Degussa, 3M ESPE, Elephant, Ceka, Si-Tec und MK 1 Attachments. Fragen Sie Ihren Techniker doch einmal, ob er diese Lieferanten nicht kennt.

Die Berichte wie „Zahnersatz aus Türklinken“ oder „Prothesen mit krebserregenden Werkstoffen“ sind es, die die Patienten verunsichern. Hier wird mit den Ängsten der Patienten auf primitivste Art umgegangen! Es sind Fernsehsendungen wie Frontal 21, die viel Staub

aufwirbeln und nicht mit dem nötigen Hintergrundwissen einen objektiven Bericht senden.

Nicht dass wir uns falsch verstehen. Globudent hat wirklich dumm gehandelt, gegen die Gesetze verstoßen. Aber das jetzt alles mit der Qualitätsdiskussion zu verbinden, das ist der falsche Weg. Warum hört man nicht auf jemanden, der sich mit Import-Zahnersatz auskennt?

Natürlich könnten Sie Herrn Klaus Altmann (Pressesprecher der AOK-Niedersachsen) fragen, was er über Zahnersatz überhaupt weiß, Sie könnten auch den Zahnarzt aus Berlin fragen, der Veneers und Vollkeramik-Inlays/Kronen in seiner Praxis selbst herstellt und seinen Therapieschwerpunkt auf diese Behandlungsmaßnahmen beschränkt hat, sie könnten natürlich auch Herrn Wolf, den Vorsitzenden der Zahntechnikerinnung fragen, der mit seinen Beryllium-Geschwätz auf Krebsgefahr durch Zahnersatz hingewiesen hat. Beryllium ist aus fast allen Legierungen verbannt worden und ist in den verwendeten Materialien von uns und den allermeisten unserer Mitbewerber nicht mehr zu finden!

Die Zertifizierung unserer Labore wie auch die unserer Mitbewerber setzen einen hohen Standard voraus. Wenn Bilder einer unaufgeräumten Ecke eines Labors in Bangkok gezeigt werden, so kann das alleine nichts über die Qualität aussagen. Hand aufs Herz: ist in Ihrem Labor immer alles aufgeräumt – oder haben Sie eventuell auch einen Raum, in dem Sie alte Arbeitsunterlagen, leere Gipseimer und andere Sachen zwischenlagern?

Es stellt sich die Frage, warum es einigen Leuten so sehr am Herzen liegt, Patienten vor dem „billigen“ Zahnersatz zu „retten“, davon abzuraten, wie es Herr Altmann gemacht hat. Sind das die potenziellen Ratgeber – oder propagierende Lobbyisten, die Zahnärzte und ihre Patienten nur in die Irre führen wollen, um ihren „Stamm der teuren Zahntechnik“ über Wasser halten zu können.

Bei diesem Globudent-Skandal würde ich auch nicht nur bei den Zahnärzten nach Fehlern suchen. Bei der derzeitigen wirtschaftlichen Lage, u.a. durch die Budgetierung verursacht, müssen sie nach jedem Strohalm greifen. Legale und illegale Angebote sind oft nur wenige Schritte voneinander entfernt und entscheiden manchmal sogar über eine Existenz. Fragen muss man sich auch, warum ein Sprecher der KZV Nordrhein wörtlich sagt: „wir prüfen alles, was über der BEL II Grenze liegt“. Darin liegt doch der Nährboden für diese krummen Geschäfte.

Hier muss erwähnt werden, dass die BEL-Listen herausgegeben worden sind, damit man eine gesetzliche Höchstgrenze für die Laborpreise hat. Warum setzen fast alle Deutschen Labore diese Höchstgrenze für ihre Abrechnungen ein? Man darf auch in diesem Punkt den schwarzen Peter nicht dem Importgeschäft zuschieben sondern muss sich fragen, wieso überhaupt die Kuh derart lange gemolken werden konnte. Das es irgendwann bei der BEL knallt, nun in Form von pauschaler Preissenkung, das war doch vorauszusehen.

Gerne möchte ich den Importzahnersatz wieder in das Licht rücken, wo er hingehört: gute Qualität zu kleinem Preis, eine echte Alternative soll er für die Patienten sein.

In diesem Sinne verabschiedet sich ein „Toyota“-Mitarbeiter,

Ihr Klaus Spitznagel
Verkaufsleiter Permamental

Leserbrief zu Ultraschall-Debridement (forum 79) Jobst Wollstein

Schade, dass kein Piezo-Praktiker zu Wort kommt! Die Untersuchung ähnelt in ihren Ergebnissen den Versuchen, BMW bei Motorradtest schönzureden, die offensichtlichen Vorteile der östlichen Marken aber totzuschweigen.

- leichtes, kurzes, gut in der Hand liegendes Handstück
- schnell auswechselbar ohne die Spitze ab-/oder anzuschrauben
- deutlich leiseres Geräusch
- hervorragend einstellbar
- Firmen „MECTRON“ und „EMS“

Skandal um Auslandszahnersatz lückenlos aufklären Zahnärzte lehnen Betrug ab

DAZ Pressemeldung 30. November 2002 – Rundfunk, Fernsehen und Printmedien berichten in diesen Tagen über „Millionenbetrug mit Billiggebissen“. Seit Jahren soll die Mülheimer Firma Globudent an Zahnärzte in China billig gefertigten Zahnersatz geliefert und nach deutschen Höchstpreisen abgerechnet haben. Die enorme Spanne (bis zu 80%) teilten sich die Dentalhandels-gesellschaft und der jeweilige Zahnarzt.

In vielen Branchen profitieren Zwischenhändler legalerweise von niedrigen Auslandspreisen; im Bereich der Zahnersatzversorgung ist dies jedoch verboten. Wenn Zahnärzte die Preisvorteile nicht an Patienten und Kasse weitergeben und den Eindruck erzeugen, der Patient habe in Deutschland gefertigten Zahnersatz erhalten, handelt es sich eindeutig um Betrug, der sowohl von den Strafverfolgungsbehörden als auch von Kammern und KZVen geahndet werden muss.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) hat sich seit Jahren mit dem Thema Auslandszahnersatz auseinandergesetzt und vor widerrechtlicher Ausnutzung der Preisunterschiede gewarnt. Angesichts der zum Teil einseitigen Berichterstattung über das Betrugsgeschehen wollen wir auf einige Aspekte hinweisen, die uns wichtig erscheinen.

Über Tage kolportieren die meisten Medien sensationelle Zahlen, ohne hierfür hinreichende Belege zu haben. Von bis zu 2.000 in den Betrug verwickelten Zahnärzten (vereinzelt sogar von einer 5-stelligen Anzahl) und kassierten Summen von bis zu 300 Millionen Euro ist die Rede. Wenn man die konkret benannten Fälle zusammenzählt, relativieren sich diese Zahlen zusehends. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, zuständig für die Abrechnung der Zahnärzte gegenüber den Kassen, überprüfen derzeit in jedem Bundesland bzw. KZV-Bereich die Zahnersatzrechnungen der letzten Monate. Überall liegt die Zahl der Verdachtsfälle bisher niedriger, als dies bei Beteiligung von 2000 Zahnärzten bundesweit zu erwarten wäre. Selbst wenn die Ermittler noch weitere am Deal beteiligte Globudent-Kunden aufspüren und fingierte Rechnungen auch noch bei anderen Firmen und deren zahnärztlichen Auftraggebern entdecken, dürften die Zahlen deutlich unter 2000 bleiben. Mit Sicherheit gibt es schon jetzt mehr Presseäußerungen über den Betrug als beteiligte Betrüger. Die Medien sind zu mehr Sorgfalt zu ermahnen. Denn übertriebene Verdächtigungen richten Schaden an, auch wenn sie irgendwann später korrigiert werden.

Eine Mahnung geht auch an diejenigen, die sofort massive Qualitätsmängel bei Auslandszahnersatz und schlimme Gefahren für die Patienten bis hin zu

Krebserkrankungen beschworen haben. Manchem geht es dabei weniger um den Schutz der Patienten vor Gesundheitsschäden als um den Schutz des eigenen Betriebes vor Konkurrenz. Zahlreiche ausländische Labors laden zur Überprüfung ihrer Qualität ein, unterziehen sich Zertifizierungsprozeduren, verwenden zugelassene Materialien und beschäftigen deutsche Meister, um so Zugang zum deutschen Markt zu erhalten. Vereinzelt wurden Vergleichbarkeit der Ergebnisse und Qualitätssicherungsmaßnahmen ausländischer Labors bereits wissenschaftlich untersucht (Kerschbaum in ZM 91/2001).

Verschiedene gesetzliche Kassen haben sich seit Jahren aus Kostengründen für die Nutzung von Auslands-Zahnersatz stark gemacht. Große Ersatzkassen wie Barmer und DAK versorgen ihre Patienten mit Empfehlungslisten kostengünstiger Labors, die z.T. im Ausland fertigen lassen. Einige Betriebskrankenkassen wie die BKK Hamburg und die BKK Berlin sind noch weiter gegangen und bieten Zahnärzten finanzielle Anreize! Ein Drittel der kassen-seitigen Ersparnis bei preiswerter Prothetik soll dem Zahnarzt zufließen –umfirmiert als Qualitätsbonus wegen einer auf fünf Jahre verlängerten Gewährleistung auf die zahntechnische Arbeit. Ein inhaltlich und rechtlich höchst zweifelhaftes Angebot, gegen das in Hamburg bereits die Aufsichtsbehörde eingeschaltet wurde. Denn wieso erhält nur ein Zahnarzt, der die Prothetik billig einkauft, den Gewährleistungsbonus – das eine hat doch mit dem anderen nichts zu tun! Wieso wird es außerdem dem Zahnarzt als erhöhte Qualität angerechnet, wenn für die Technik eine längere Garantie

gilt? Das ist doch kein zahnärztliches Verdienst! Wenn schon, müsste es um eine längere Gewährleistung für die prothetische Arbeit insgesamt gehen. Viele Labors, einschl. Auslandslabors, verpflichten sich ohnehin auf eine 5-jährige Gewährleistung. Der DAZ hat schon vor Jahren befürwortet, dass es Zahnärzten möglich sein müsste, besondere Qualitätszusagen zu machen und dafür Vergütungszuschläge zu erhalten. Die BKK-Angebote haben mit solchen Qualitätskonzepten jedoch wenig zu tun. Ihr Ziel ist nicht, die Qualität zu verbessern, sondern einen Anreiz zu setzen für die Verwendung billigen Zahnersatzes, der Kosten spart und gleichzeitig der Kasse als Marketing-Argument dienen kann.

Die entscheidende Frage bei den aktuellen und ähnlichen Betrugsfällen ist natürlich die, wer durch den Betrug mit überhöht abgerechnetem Zahnersatz geschädigt wird. Wenn man eine akzeptable Qualität der Arbeiten annimmt, dann entsteht dennoch für Kasse und Patient ein Schaden finanzieller Art dadurch, dass beide um die durch Auslandsproduktion mögliche Ersparnis geprellt werden. Die Schädigung der Solidarkassen, die bei Prothetik zwischen 50 und 65% der Kosten, bei Härtefällen sogar 100% übernehmen, ist zweifellos skandalös. Aber die Schädigung der Patienten ist es ebenso. In einigen der jetzt publizierten Berichte fallen die Nachteile für die Patienten fast völlig unter den Tisch. Dies ist unseres Erachtens eine falsche Gewichtung. Wir begrüßen es, dass zahnärztliche Körperschaften Hotlines für Patienten eingerichtet haben und auch Unterstützung bei der Rückforderung überzahlter Beträge anbieten.

Und die Kassen, die sich z.T. als die Hauptleidtragenden hinstellen, täten gut daran, auch ihren eigenen Umgang mit billiger Zahntechnik, Qualitätsfragen und Anreizen überdenken. Nicht hinzunehmen ist es jedenfalls, wenn sie oder andere jetzt einen Zusammenhang zwischen den Betrugsfällen und den Finanzproblemen unseres Gesundheitswesens konstruieren. Kassen und Patienten ist durch die Falschabrechnungen nicht mehr Geld entzogen worden, als sie bei korrekter Abrechnungen von BEL-Preisen für deutsche Zahntechnik bezahlt hätten. Wer meint, das hinterzogene Einsparvolumen hätte einen wesentlichen Beitrag zur Sanierung der Gesetzlichen Krankenversicherung bewirken können, verkennt die Relationen. Tatsache ist, dass der Anteil der Zahnmedizin und auch der Prothetik an den Kassen-Ausgaben seit Jahren rückläufig ist.

Aber in schwierigen Zeiten wie diesen, wo viele Bürger sich mit finanziellen Einschnitten konfrontiert sehen, passt's gut, wenn es den „Besserverdienern“ an den Kragen geht, die sich noch zusätzlich illegal bereichern. Viele Schlagzeilen stellen in Zusammenhang mit dem Globudent-Skandal ganz allgemein „die Zahnärzte“ an den Pranger.

Die gewählten Vertretungen der deutschen Zahnärzteschaft haben vom ersten Tag an klargemacht, dass sie nach Kräften zur Aufklärung der Betrugsfälle beitragen werden, dass sie die strafrechtlichen Konsequenzen befürworten und ihrerseits in den bewiesenen Fällen das berufsrechtliche Instrumentarium bis hin zum Entzug der Kassenzulassung einsetzen werden. Sie sind darin zu er-

muntern – Vorgänge dieser Art dürfen keinesfalls mit dem Mantel der Kollegialität zugedeckt werden! Der DAZ hofft, dass die zahnärztliche Selbstverwaltung, sensibilisiert durch diese Erfahrung, in Zukunft Ihre Kontrollmöglichkeiten konsequenter nutzt und klarer als bisher für die Einhaltung der gesetzlichen bzw. vertragszahnärztlichen Regelungen eintritt. Sie darf nicht zulassen (oder gar fördern), dass ein Klima entsteht, in dem viele Zahnärzte aus Frustration über Budgetierungen, Abwertungen, Nullrunden und die sonstigen Eingriffe in das kassenärztliche System meinen, zur „Selbsthilfe“ greifen und sich ihre eigenen Regeln schaffen zu können.

Der DAZ fordert alle Beteiligten auf, für die rasche und vollständige Aufklärung der Betrugsfälle zu sorgen, damit das Vertrauen der Menschen in ihren Zahnarzt nicht Schaden nimmt.

**Redaktionsschluß forum 81
18. April 2003**

Redaktionsleitung:

Dr. Peter Nachtweh

peter.nachtweh@buz-berlin.de
Kaiserdamm 97, 14057 Berlin

Telefon: 030 302 30 10

Aus dem Programm der Volkshochschule Erding:

Eine Lösung fast aller unserer Probleme!

Zahnersatz selbst gemacht!

Informations-Veranstaltung zu einem Pilot-Projekt von
Krankenkasse, Volkshochschule und Dentallabor

Kursnummer: **H3725**

01.04.03

18:00 - 19:30

Dienstag

Kursleitung: Gertrud Scheffellmann

Kursort: Erding, VHS-Haus

Kursgebühren: entfallen

Wir alle verfolgen die Einsparungen im Rahmen der Gesundheitsreform mit großer Sorge. So wie es aussieht, werden sich in naher Zukunft nur noch wenige einen Zahnersatz leisten können.

Der Lehrgang wird von erfahrenen Dentaltechnikern durchgeführt. Diese haben eine Methode entwickelt, die es einem handwerklich durchschnittlich begabten Teilnehmer ermöglichen sollte, zu einem gut sitzenden und zugleich kostengünstigen Zahnersatz zu kommen. Der Lehrgang wendet sich vor allem an Teilnehmer, die zur Wiederherstellung der vollen Kaufunktion bzw. aus kosmetischen Gründen eine Eingliederung von Zahnkronen (Jackettkronen), Halbkronen, Brücken oder einer Zahnprothese (herausnehmbarer Zahnersatz) benötigen. Wegen der einfacheren Handhabung und aus Kostengründen verwenden wir in diesem Lehrgang nur Kunststoff, Edelmetall oder Keramik kommen nicht zum Einsatz.

Was Sie erwartet: Zuerst wird ein Abdruck genommen und danach ein Modell gefertigt. Anhand eines sogenannten Farbringes werden dann die Zähne in der passenden Form und Farbe ausgesucht. Nach der Einartikulierung der Modelle werden die Zähne in Wachs aufgestellt. Nach der Modellation des Zahnfleisches wird die „Wachsprothese“ in eine Kürette eingebettet, das Wachs entfernt und mit Kunststoff aufgebettet. Nachdem dieser ausgehärtet ist, wird die Kürette entfernt, die Prothese beschliffen, poliert und angepasst. Sie können wieder kraftvoll zubeißen.

Am Lehrgangsende wird der Sitz und die Qualität des Zahnersatzes durch vorgeschriebene Beiß-Proben getestet. Fällt das Ergebnis positiv aus, übernehmen die Krankenkassen einen Teil der Kosten und Sie erhalten ein VHS-Zertifikat.

Was Sie benötigen: Kunststoff (Pulver und Flüssigkeit zum Anrühren), Zähne (verschiedene Formen und Farben), Wachs und Modellierinstrumente, Mittelwertartikulator (um die Situation im Mund nachzustellen), Kürette (zum Herstellen der Prothese), Schleif- und Polierinstrumente, Gips ... und natürlich ein sanierungsbedürftiges Gebiss

Der Lehrgang dauert 20 Abende und soll zwei Mal pro Woche, 18 - 21 Uhr, in den Räumen des kooperierenden Dentallabors in Erding statt finden. Terminabsprache, detaillierte Auskunft über Lehrgangs- und Materialkosten am Informationsabend

Für diesen Tag ist in dem Programm unter anderem noch eine interessante, für uns sehr wichtige Veranstaltung zu finden:

Workshop: Survivalkurs für Steuerzahler

Kursnummer: **H1330**

01.04.03

19:30 - 21:00

Dienstag

Kursleitung: Dr. G. Schroeder-Schroepf

Kursort: Erding, VHS-Haus

Kursgebühren: 8,00 EUR

Anhand eines nahezu realistischen Planspiels lernen die Teilnehmer auf spielerische Weise alle Steuerarten (Einkommens-, Lohn-, Arbeitslosen-, Grunderwerbs-, Haarfärbe-, Mehrwert-, Öko-, Luft-, Erbschafts-, Vergnügungs-, Daseins-, Tabaksteuer usw.) kennen. Sie erfahren den richtigen Umgang mit ihnen und - bei entsprechender Handhabung - wie Sie finanziell über die Runden kommen können.....

Schade, das wir an dem Tag nicht an beiden Kursen teilnehmen können – besonders das 2. Angebot würde doch gut zur Fortbildungspflicht passen, die uns von Frau Schmidt (Gesundheitsministerin) zum Survival, zur Erhaltung der Zulassung angekündigt wurde.

U. Happ, Hamburg

(Das vollständige Programm der Volkshochschule Erding siehe: www.vhsed.weihenstephan.org)

Freiheit hat auch ihre Grenzen

SSO-Präsident Dr. A Zimmer kritisiert u.a. die FVDZ-Positionen zu Qualitätsrichtlinien

Im Editorial der Schweizerischen Zahnmedizinischen Zeitschrift 12/02 weist der Präsident der Schweizerischen Gesellschaft (SSO) auf die seiner Meinung unangemessenen Klagen der Schweizer Zahnärzte über Zwänge des Schweizer Krankenversicherungsgesetzes hin: „Gewiss, wir üben einen freien Beruf aus, und wir sind stolz darauf. Aber diese Freiheit, die wir so lieben, hat sie nicht auch ihre Grenzen?“ und, in Blickrichtung auf die nördlichen Nachbarn: „Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) hat sich jüngst gegen eine Weiterbildungspflicht sowie gegen Qualitätsrichtlinien ausgesprochen. Derselbe Verband kämpft jedoch gleichzeitig für eine freie Zahnmedizin. Steht dies nicht im offensichtlichen Widerspruch zueinander?“ „Der Begriff ‚frei‘ bedeutet nicht Freiheit ohne Grenzen, sondern im Gegenteil die Einhaltung bestimmter, zwar einschränkender Regeln, die andererseits jedoch unsere Freiheiten sichern“.

Heike Ostarheld

Wenn Meisterwerke Zähne zeigen

Über das Lachen in der Kunst

Legat-Verlag 2002, 34,90 Euro

ISBN 3-932942-06-X

Das Buch zeigt in 54 Beispielen aus Malerei, Grafik und Plastik „vom 13. Jahrhundert bis zu Andy Warhol“ die Darstellungsmöglichkeiten der verschiedenen Ausprägungen des Lachens, vom seligen Lächeln Verliebter bis zum grauisigen Spott der Henkersknechte Christi. Dazu liefert die Autorin jeweils kenntnisreiche Interpretationen im entsprechenden historischen Kontext.

Interessanterweise sieht man jedoch auf keinem Bild die »gezeigten Zähne« auch nur annähernd anatomisch korrekt wiedergegeben - z.B. die Mittellinie zwischen den Frontzähnen - wenn man von den Großmeistern Caravaggio und Hieronymus Bosch absieht, von denen der eine die Zähne 11 bis 13 seines amor victorius wunderbar plastisch und natürlich verschachtelt wiedergibt, Bosch dagegen auf einem einzigen Bild gleich zehn Figuren durch charakterisierende Mund- und Zahnstellungen großartige Lebendigkeit verleiht. Andererseits verwendet nicht einmal Rembrandt besondere Mühe auf die Darstellung seiner eigenen Zähne, und auf den übrigen Bildern sind Zähne und Zahnreihen bestenfalls angedeutet. Vielleicht liegt das ja daran, dass in früheren Zeiten Leute von Stand durch entsprechende Mimik ihre kariösen Zähne zu verbergen suchten, wie man das z.B. von Oskar Wilde weiß, der sich seinen Gesprächspartnern meist nur mit halbem Gesicht zuwandte.

Außerdem sind sichtbare Zähne nur ein Sekundärphänomen beim Lachen und Lächeln, das erst durch die Formung der Lippen und die Ausprägung der mimischen Muskulatur bis zu den Augen entsteht.

Das für uns Zahnärzte - und die Zahn-techniker - viel interessantere Thema, wie weit nämlich Form, Farbe und Stellung der Zähne Einfluss auf das positive Erscheinungsbild einer Frau oder eines Mannes haben, diese Frage beantwortet das Buch nicht, will es auch nicht. Trotzdem ist das Bändchen interessant genug, um z.B. im Wartezimmer eine zahnbezogene Begegnung mit der Kunst zu finden, dazu mit dem angenehmen Nebeneffekt, dass die Patienten sehen, wie gut es ihnen heutzutage geht mit vollen Zahnreihen - natürlichen oder künstlichen.

H. Hey, München



Termine 2003

- 26.02.2003, 20 Uhr, Berlin/Geschäftsstelle des NAV-Virchow-Bundes, Chausseestr. 99: Treffen der DAZ/NAV-Virchow-Bund-Studiengruppe Berlin-Brandenburg mit Berlins unabhängigen Zahnärzten BUZ zur Fortbildung über „Wirtschaftlichkeitsprüfungen“, Referent: Dr. Anatasios Fotiadis (Tel. 030/9915003)
- 07.03.2003, 10.00.-14.00 Uhr, Inselhotel Potsdam: Arbeitstagung des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zum Thema „Qualitätsmanagement im Öffentlichen Gesundheitsdienst“ (Tel. 06192/201-1121)
- 14.03.2003, 10.00 – 17.00 Uhr, Berlin/Geschäftsstelle des NAV-Virchow-Bundes, Chausseestr. 99: DAZ-Ratssitzung
- 19.03.2003, 20 Uhr, Berlin/Geschäftsstelle des NAV-Virchow-Bundes, Chausseestr. 99: Treffen der DAZ/NAV-Virchow-Bund-Studiengruppe Berlin-Brandenburg mit Berlins unabhängigen Zahnärzten BUZ zur Fortbildung über das Thema „Parodontitis und Allgemeinerkrankungen“, Referent: Dr. Thomas Wagner, Charité Berlin (Tel. 030/9915003)
- 05.03.2003, 20 Uhr, Berlin/Hotel Seehof, Lietzenseeufer 11: BUZ-Stammtisch
- 26.04.2003, Neumünster/Holstenhallen: 10. Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag zum Thema „Moderne Kariesdiagnostik und -therapie“ (T. 04347/1313, F. 04347/8533)
- 10./11.05.2003: Frankfurt/Bürgerhaus Bornheim: DAZ-VDZM-Frühjahrstagung mit Referat des Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses MdB Klaus Kirschner zum Thema „Die Zukunft der Gesetzlichen Krankenversicherung: Wege aus der Krise“ und mit Fachvortrag von Prof. Dr. Thomas Kerschbaum, Universität Köln, zur „Die Zukunft der zahnärztlichen Prothetik - Bedarfsprognose und Langzeitbewahrung der wichtigsten Therapiemittel“
- 27.09.2003, Berlin/Dietrich-Bonhoeffer-Haus: DAZ-Jahrestagung: 10.00 Uhr Fachreferat von Prof. Dr. Reiner Biffar, Greifswald, 14.00 Uhr DAZ-Jahreshauptversammlung mit Vorstandswahlen

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

Impressum

Herausgeber:

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

Tel : 0221 97300545, Fax : 0221 7391239

Mail : DAZ.Koeln@t-online.de

Internet: www.DAZ-web.de

Berlins unabhängige Zahnärzte (BUZ),
Kaiserdamm 97, 14057 Berlin,
Tel : 030 3023010, Fax : 030 3255610
Mail : pnachtweh@t-online.de
Internet: 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

Redaktionsadresse: Dr.Ulrich Happ, Kapellenstr. 2,
22117 Hamburg, Tel: 040 244578, Fax: 040 243676
Redaktionsmail: daz.redaktion@happ.org

Erscheinungsweise: 4 mal jährlich
Auflage: 6000

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

Druck: Druckerei Diet, 87474 Buchenberg,
E-Mail druckerei_diet@t-online.de

Der DAZ stellt sich vor

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) ist ein parteipolitisch unabhängiger Verband für Zahnärzte in freier Berufsausübung. Der Erhalt der Freiberuflichkeit und der Therapiefreiheit sind wichtige Ziele seiner berufspolitischen Tätigkeit.

Studiengruppen

Die Mitglieder des DAZ sind, soweit geografisch möglich, in regionalen Studiengruppen zusammengeschlossen, die praxisnahe Fortbildungsveranstaltungen und Gesprächsabende anbieten. Neben der Erörterung aktueller Berufsprobleme und standespolitischer Fragen werden im offenen kollegialen Gedankenaustausch Erfahrungen aus dem Praxisalltag diskutiert.

Informationen

Über die örtlichen Aktivitäten werden die Mitglieder durch regelmäßige Rundschreiben informiert. Überregional gibt der DAZ viermal jährlich die Zeitschrift DAZ-forum mit Fortbildungsberichten und Informationen zur Standes- und Berufspolitik heraus, aktuelle Nachrichten und Diskussionsbeiträge werden der E-Mail über die workgroup daz-intern ausgetauscht, Veranstaltungshinweise, Kontaktadressen und Grundinformationen zum DAZ können über die DAZ-Seiten im Internet unter www.daz-web.de abgefragt werden.

Hilfe für den Zahnarzt-Alltag

Für Studierende der Zahnmedizin vermittelt der DAZ Hospitationsmöglichkeiten, er bietet Beratung zur Assistentenausbil-

dung und bei der Praxisneugründung, er leistet Unterstützung bei der Ausrichtung der Praxisarbeit nach Gesichtspunkten des Umwelt- und Arbeitsschutzes. In Verbindung mit dem NAV-Virchow-Bund offeriert er seinen Mitgliedern darüber hinaus eine Fülle von Informations- und Servicemöglichkeiten. Näheres dazu bei der Geschäftsstelle in Köln.

Standespolitik

Standespolitik muss sich aus der Kollegenschaft heraus entwickeln und an der Praxis orientieren. Der DAZ setzt sich ein für:

- eine vorurteilsfreie Diskussion der Berufsprobleme in den Medien der Körperschaften
- die Entwicklung eines sozial ausgewogenen Systems von Vertrags- und Zusatzleistungen innerhalb der GKV
- die Überwindung des Misstrauens zwischen Krankenkassen und Zahnärzten durch partnerschaftliche Zusammenarbeit
- die Aufgabe hektischer ad-hoc-Forderungen zugunsten langfristiger Perspektiven.

Zahnärztliche Ausbildung

Der DAZ fordert eine Reform des Zahnmedizinstudiums mit folgenden Veränderungen:

- Schwerpunktverschiebung von der prothetisch-technischen zur prophylaktisch-konservierenden Seite
- Verkürzung der vorklinischen Ausbildung bei gleichzeitiger Verlängerung des klinischen Studiums

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 030 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 Tödttmann, Oldenburgerstraße 291,
26180 Rastede, Tel. 04402 928811,
Fax 04402 928831,
E-Mail RolfToedtmannt@t-online.de;
Dr. Roland Ernst,
E-Mail Ernst.Roland@t-online.de

Rheinessen

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 619518,
E-Mail MKroepelin@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

Arzt- und Zahnarztthilfe Kenya:

Patenschaften für AIDS-Waisen in Nyabondo

Am 1. Dezember war Welt-Aidstag – ein Tag, der daran erinnert, dass Aids nach wie vor ein Thema ist. Wesentlich schlimmer als hier zu Lande ist die Situation in Afrika. Die hohe Verbreitung und zunehmende Sterberate der AIDS-Pandemie hinterlässt zum Beispiel in Kenia sehr viele (gesunde) Waisenkinder, die eine schwere Zukunft haben. Diesen Kindern zu helfen, hat sich die Arzt- und Zahnarztthilfe e.V. zur Aufgabe gemacht und in Nyabondo hat der Verein ein Patenschaftsprojekt organisiert.

1999 von Thüringer Zahnärzten gegründet, hat sich der Verein durch den Transport zahnärztlicher Geräte, Instrumente und Materialien nach Kenia durch kostenlose Hilfeinsätze von deutschen Zahnärztinnen, Zahnärzten, Ärzten, Zahnarztthelferinnen und Zahn-technikern in Nyabondo/Kenia einen Namen gemacht. Nun organisiert er auch Patenschaften für Aidsweisen. Durch Briefkontakt zu einem Patenkind kann man bei regelmäßiger finanzieller Unterstützung an der Entwicklung des Projekts und des Kindes teilhaben. Es gibt kaum Ausbildungsplätze, wenig Arbeitsplätze, keine staatliche Unterstützung. Ohne Schulbildung haben viele nur die Alternative, sich als Straßenkinder in größeren Städten durchzuschlagen. Auch stehen viele Waisen

völlig alleine da oder müssen sich als „Familienoberhaupt“ um ihre kleinen Geschwister kümmern.

Der Schulbesuch, die Basis für jede zukünftige Entwicklung des Kindes, wird zum größten Problem. Zwar verfügt Kenia über ein gut ausgebautes Schulsystem und es besteht wie auch in Deutschland Schulpflicht, doch muss vor dem Schulbesuch eine Schuluniform angeschafft und Schulgeld bezahlt werden – und Geld ist Mangelware. Deshalb bittet der Verein um Übernahme einer persönlichen Patenschaft, die einem Waisenkind den Schulbesuch ermöglicht und eine Zukunft schenkt. So kann das Patenkind in noch vorhandenen familiären Strukturen gehalten werden und ist nicht zu Landflucht und Ver-

elendung verdammt. Durch das St. Joseph's Hospital Nyabondo, Partner des Vereins, ist die sichere und ausschließliche Verwendung der Mittel garantiert. Ein ehrenamtlich arbeitendes Team unter der Leitung der Franziskanerinnen in Nyabondo wählt nach gemeinsam mit uns erstellten Kriterien die zu fördernden Waisenkinder aus und erstellen eine kurze Foto-Biografie. Sie überprüfen, dass die Unterstützung ausschließlich für die vereinbarten Aufgaben verwendet wird, dass Quittungen über die Ausgaben vorgelegt werden und dass ein direkter, persönlicher Briefkontakt mit dem Patenkind entsteht, damit der Pate seine Entwicklung begleiten und die sachgerechte Verwendung der Mittel selbst verfolgen kann.



Es wird ein regelmäßiger Kontakt zwischen dem Team und dem Waisenkind bestehen, um vor Ort eine weitergehende soziale Betreuung sicherzustellen. Die Paten können sich jederzeit über ihr Patenkind informieren oder es besuchen – zum Beispiel zum Weihnachtsfest, das in Nyabondo mit einem Kirchgang und einem Essen, getragen von Spenden, gefeiert wird. Nähere Informationen können auch über die Webseite der Organisation, www.zahnarztthilfe-kenya.de, abgerufen werden. Darüber hinaus steht Dr. Ulrich Happ, Spadenteich 1, 20099 Hamburg, für Fragen zur Verfügung, Telefon (040) 24 36 76, oder E-Mail an drhapp@happ.org.

IP4

Nach dem Individualprophylaxe-Vertrag (IP4) werden Arzneimittel zur lokalen Fluoridierung (z.B. *elmex® fluid*) als Sprechstundenbedarf verordnet.

Effektive Fluoridierung im Rahmen der Individualprophylaxe

elmex® fluid ist eine Aminfluoridlösung zur Kariesprophylaxe, zur Prophylaxe von Sekundär-Karies und zur Unterstützung der Therapie initialer Kariesläsionen. Für Kinder und Jugendliche wird *elmex® fluid* im Rahmen der IP 4 zur Schmelzhärtung und Unterstützung der posteruptiven Schmelzreifung eingesetzt.



Vorteile für die Praxis

- *elmex® fluid* lässt sich leicht und schnell auftragen
- kein Trockenlegen der Zähne
- keine Wartezeit nach der Behandlung
- keine optische Veränderung der Zähne
- *elmex® fluid* ist kostengünstig

Die einmalige Anwendung von *elmex® fluid* führt zu einer erhöhten Remineralisation von initialen Kariesläsionen.

Buchalla und Mitarbeiter zeigten die Remineralisation von Schmelzläsionen durch *elmex® fluid* in einer In-situ-Studie. Die Schmelzproben wurden einmalig für 20 Sekunden mit *elmex® fluid* behandelt. Nach 5 Minuten sowie nach 1, 2, 3 und 4 Wochen wurde jeweils eine Probe entnommen und der Fluorid- und Mineralgehalt bestimmt.

elmex® fluid

Zusammensetzung:

100 g *elmex® fluid* enthalten: Aminfluoride Dectaflur 1,150 g, Olafur 12,126 g (Fluoridgehalt 1 %), gereinigtes Wasser, Saccharin, Aromastoffe.

Anwendungsgebiete:

Prophylaxe: Zur Kariesprophylaxe.

Therapie: Zur Unterstützung der Behandlung der Initialkaries, zur Behandlung überempfindlicher Zahnhäule.

Gegenanzeigen:

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

Nebenwirkungen:

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

Packungsgrößen und Preise:

20 ml Lösung € 9,00 (apothekenpflichtig), 50 ml Lösung € 21,00 (apothekenpflichtig).

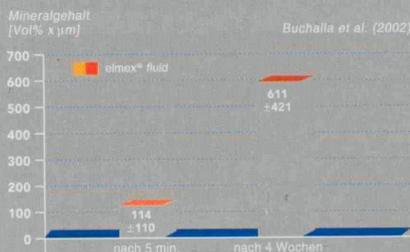
Stand: Januar 2003



GABA GmbH

Spezialist für orale Prävention

Remineralisation nach einmaliger Anwendung von *elmex® fluid* auf Schmelzläsionen in situ



Buchalla W et al.: Fluoride uptake, retention and remineralization efficacy of a highly concentrated fluoride solution on enamel lesions in situ. J Dent Res 81, 329-333 (2002)

Der Mineralgehalt der Schmelzproben nahm im Verlauf von 4 Wochen signifikant zu. Die einmalige Applikation von *elmex® fluid* hat somit eine erhöhte Remineralisation von initialen Kariesläsionen zur Folge.

e-mail: info@gaba-dent.de