

82<sub>III/03</sub>

von Zahnärzten für Zahnärzte

**DAZ**  
forum

Herausgeber Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde, DAZ  
Berlins Unabhängige Zahnärzte, BUZ

**DAZ-Qualitäts-Projekt**



**Ausgliederung zahnärztlicher Leistungen**

**Amalgam versus Komposit**

**Bürgerbeteiligung oder Beteiligungstheater?**



**Kommunikation mit Angstpatienten**

**Das stark reduzierte Restgebiss**

**Von Friedrichsfehn nach Nyabondo**

**Der neue DAZ-Vorstand**

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



# Dental Museum

---

## Digitalisat der Bibliotheca Dentaria

An die einhundert Einzelbibliotheken aus Universitäten, von Sammlern und Museen, Archivbibliotheken von Firmen und sehr viele Privatbibliotheken befinden sich im Bestand des Dental Museums. Dieser Bestand erweitert sich ständig und stellt die umfangreichste Referenzbibliothek der Zahnheilkunde dar, die weltweit ihres gleichen sucht und daher zwingend erhalten werden muss.

**Dentalmuseum**

**Im Park 9b**

**04680 Zschadraß**

# Unser bestes Stück!



## Preise für glückliche Sparschweine!

AMPADIN Werbeagentur

Preislich als auch qualitativ bietet PERMADENTAL die optimale Lösung in Sachen Zahnersatz – und das seit mehr als 15 Jahren.

PERMADENTAL liefert Ihnen die preiswerte Alternative für Patienten. Innovation, Fortschritt und Ästhetik – unter diesen Gesichtspunkten werden unsere Produkte entwickelt und unterliegen einer ständigen Kontrolle.

Wir gewähren Ihnen 3 Jahre Garantie auf unsere Produkte mit bis zu 50% Preisvorteil und einen unkomplizierten, schnellen Service.



**Mit Sicherheit – PERMADENTAL!**

**V PERMADENTAL**  
ZAHNERSATZ

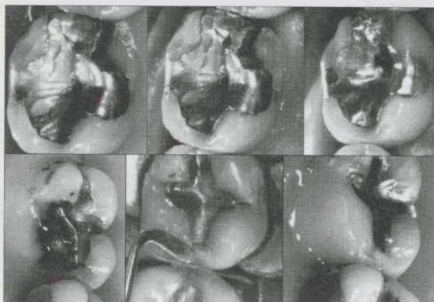
Postfach 10 07 24 • 46427 Emmerich  
[www.permadental.de](http://www.permadental.de)

E-Mail: [info@permadental.de](mailto:info@permadental.de)

**freecall 08 00 - 7 37 62 33**

## Amalgam versus Komposit

Durch Reparatur konnte eine stark-invasive, substanzopfernde Versorgung vermieden werden



## Inhalt

DAZ – quo vadis ?	E. Riedel	2
<b>Politik</b>		
Ausgliederung zahnärztliche Leistungen aus der GKV	A.O. Kern	4
Zahnmedizin ist Teil der Medizin und gehört in die GKV	ibo/Pressemeldungen	9
Schweizer Zähne nicht besser als deutsche	Winkelmann/Staehle	11
Bürgerbeteiligung oder Beteiligungstheater?	C. Schätze	13
Als Neuling in der Kammer	A. Gerlach	14
QS-Projekt vor dem Start	E. Riedel	16
Letzte Mahnung!	St. Zimmer	18
<b>Praxis</b>		
Kommunikation mit ängstlichen Patienten	W.Schulz	20
Amalgam versus Komposit	H.J. Staehle	29
Mediation – ein Fall für die Praxis ?	S. Lange	34
Zahnmedizinische Betreuung bei älteren Patienten	J. Hendriks	37
Das stark reduzierte Restgebiss -	R. Biffar	42
Lebensqualität durch Prävention	U.Happ	51
<b>Einsätze/Ehrung</b>		
Von Friedrichsfehn nach Nyabondo/Kenia	R. Ernst	55
DAZ-Mitglied gewinnt Wrigley-Prophylaxe-Preis 2003		58
Tholuck-Medaille posthum an Frau Prof. Dr. Almuth Künkel		60
<b>Verbandsnachrichten</b>		
Der neue DAZ-Vorstand		61
An alle Berliner Zahnärztinnen und Zahnärzte	P. Nachtweh	63
DAZ-Jahrestagung 2003	I. Berger-Orsag	64
DAZ-Studiengruppe Berlin/Brandenburg	E. Jakobczyk	70
Leserbrief	G. Gneist	72
Buchbesprechung		73
Termine		77
Der Bonusstempel - nie war er so wertvoll wie heute	I. Berger-Orsag	78
Impressum		78
Kontaktadressen		79

## DAZ - QUO VADIS ?

Ein Wechsel an der Spitze eines Interessenverbandes, zudem in einer kritischen Phase der Zahnärzteschaft wie auch des DAZ selbst, wirft die Frage nach einem möglichen Kurswechsel der Verbandsziele auf. So etwas hat es freilich in der Geschichte des DAZ bislang nicht gegeben. Nach dem Motto "Neue Besen kehren gut" könnte manch ein Mitglied Sorge haben, es würden nun mit frischem Wind alte DAZ-Überzeugungen davon geweht werden.

Als neuer Vorsitzender möchte ich zunächst betonen, dass ich mir der Traditionen unseres Verbandes durchaus bewusst bin. Dieses gilt in gleichem Maße für die neuen/alten Stellvertreter Frau Dr. Schätze, Frau ZÄ Jakobczyk sowie Herrn ZA Kolossa und genauso für den 'Vorstandsneuling' Herr Dr. Volkmann Lehrke. Der DAZ entstand aus einer Protesthaltung gegen die verkrusteten Strukturen des seinerzeitigen standespolitischen Establishments, dem die Besitzstandswahrung oft wichtiger war als manch ein ethischer Grundsatz und die wohlverstandenen Interessen unserer Patienten. Der hieraus folgende Vorwurf, der DAZ stünde politisch weit links, unterstrich nur noch mehr die Notwendigkeit einer standespolitischen Opposition. Dieses Schwergewicht unserer Zielsetzung bleibt in voller Kontinuität erhalten, und zwar zumindest solange, bis in alle Körperschaften ein demokratischer Pluralismus Einzug gehalten hat und damit auf das Wertgefüge des Berufsstandes und die Außendarstellung der Zahnärzteschaft Einfluss genommen werden kann. Die im GMG



vorgesehene Einführung des Verhältniswahlrechts lässt da hoffen, stärkt es doch die Mitgestaltungsmöglichkeiten auch kleinerer Gruppierungen.

Im Bereich der Kariesprophylaxe beispielsweise konnte der DAZ beeindruckende Erfolge verbuchen. Nichts macht unseren Berufsstand glaubwürdiger und verschafft ihm mehr öffentliches Ansehen, als effektiven vorbeugenden Gesundheitsschutz in die Realität umzusetzen.

Im Bereich der Qualitätssicherung blieb es bislang bei ersten Ansätzen und einer Vielzahl theoretischer Erkenntnisse. Immerhin hatten die vielerorts im Zusammenhang mit den Studiengruppen entstandenen Qualitätszirkel eine Vorreiterfunktion für spätere ähnliche Bestrebungen seitens der Körperschaften.

Das eigentlich Neue am DAZ nach den Vorstellungen des neuen Vorstandes ist, dass die Qualitätssicherung nunmehr in die Phase der praktischen Anwendung gehen wird. Hierzu sind in den letzten zwei Jahren von einer kleinen Arbeitsgruppe grundlegende Konzepte entwickelt und den Mitgliedern vorgestellt worden. Das Projekt wurde so konzipiert, dass es viele originäre Ziele des DAZ subsummiert. So wollen wir unter Beweis stellen, dass es einen Weg gibt, eine praxistaugliche und effektive Qualitätssicherung trotz vielfältiger und teilweise widerstreitender wissenschaftlicher Ansätze zu etablieren. Dass und wie dieses auch im finanziell eng gesteckten GKV-Rahmen möglich ist, wird die zukünftige Entwicklung aufzeigen, bei der die am Projekt beteiligten Praxen einen Wettbewerbsvorteil bei den Krankenkassen erhalten dürften.

Im Zusammenhang mit dem QS-Projekt wird auch die Arbeit unserer Studiengruppen mit neuen Inhalten gefüllt werden. So kann den teilnehmenden Praxen über die Studiengruppen ein direkter Erfahrungsaustausch ermöglicht werden. Es wird erforderlich sein, eine Reihe weiterer Studiengruppen in bislang unterbesetzten Regionen zu bilden.

Der DAZ wird sich auch in Zukunft zu den wesentlichen standespolitischen Problemfeldern Gehör verschaffen. Die tiefgreifenden Einschnitte in unseren Praxisalltag, die sich durch das GMG ankündigen, können teilweise nicht unwidersprochen bleiben. Die zunehmende Überfrachtung unserer Arbeit mit bürokratischen Pflichten wird durch die Praxisgebühr noch einmal erheblich

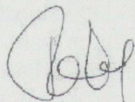
verschärft. Bei zweifelhaftem Einspar-effekt zur scheinheiligen Beitragsatzsenkung wird uns diese Gebühr in ihrer direkten und indirekten Auswirkung weitere Umsatzeinbußen bescheren. Die Ausgrenzung des Zahnersatzes schafft zusätzliche Risiken für unsere Patienten wie für uns, ohne dass diese Maßnahme durch irgendeinen nennenswerten gesundheitspolitischen Nutzen gerechtfertigt wäre.

Der DAZ wird trotz aller Turbulenzen und Unsicherheiten dieser Tage versuchen, auf alle Entwicklungen besonnen und maßvoll zu reagieren. Wir sollten vor allem unsere eigenen Ziele, wie sie z.B. im QS-Projekt zum Ausdruck kommen, unbeirrt weiterverfolgen, auch wenn der persönliche Nutzen nicht vom ersten Moment an spürbar ist. Wir gehen vielmehr davon aus, dass im Zuge der weiteren gesundheitspolitischen Entwicklung der 'Standortvorteil' konsequenter Qualitätssicherung unseren Praxen nutzen wird.

Für Anregungen und Kritik werde ich stets ein offenes Ohr haben und mir für die an mich herangetragenen Wünsche gerne Zeit nehmen. Auf den Austausch mit allen interessierten DAZlern freue ich mich.

Es grüßt Sie herzlich

Ihr



Eberhard Riedel.

## Ausgliederung zahnärztliche Leistungen aus der GKV aus dynamischer Perspektive betrachtet

Axel Olaf Kern, Augsburg

Die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) sprach sich auf Ihrer Jahrestagung 2003 in Potsdam dafür aus, dass nicht nur Zahnersatz sondern die Zahnmedizin insgesamt aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausgegliedert werden sollte. Der Vorsitzende des Vorstandes der KZBV kommentierte den Beschluss, dass die Ausgliederung von Zahnersatz für die Zahnärzte „nur der Einstieg in den Ausstieg“ sei. Der Beschluss der KZBV entspricht der Empfehlung des Berichtes der Herzog-Kommission, wonach ganze Leistungsbereiche aus dem Katalog der GKV gestrichen werden müssen, um das Gesundheitssystem finanzierbar zu halten. Ferner wird in einer Pressemitteilung der KZBV vom 20. Oktober 2003 ausgeführt, dass die Ausgliederung der Zahnersatzleistungen als Pilotprojekt für weitere Leistungsbereiche dienen könne. Die Zahnärzte stünden als Pioniere bereit.

Die Ausgliederung der gesamten vertragszahnärztlichen Leistungen würde die Leistungsausgaben der GKV um rund 9% verringern. Der durchschnittliche Beitragssatz von 14% würde sich um rund einen Beitragssatzprozentpunkt auf 13% reduzieren. Diese Zahlen ergeben sich jedoch aus einer rein statischen Betrachtung. Für die Beurteilung des Einsparpotenzials sowie der Folgen einer Privatisierung bzw. der

Ausgliederung von Leistungen reicht es nicht aus, das Ausgabenvolumen eines Leistungsbereiches zu bestimmen und dies als Einsparvolumen zu deklarieren. Vielmehr sind dynamische Entwicklungen zu beachten. Dabei sind für den Bereich der zahnärztlichen Leistungen die Zusammenhänge von Bedeutung zwischen:

1. der Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht und der Zahngesundheit,
2. der privaten Honorierung und der Nachfrage nach zahnärztlicher Leistungen auf einem „freien“ Markt,
3. der Zahngesundheit und der Allgemeingesundheit.

Aus der Sozialepidemiologie ist bekannt, dass Karies, Parodontopathien und Zahnlosigkeit „bei den unteren sozialen Schichten ... deutlich häufiger verbreitet [sind] als bei den Mittel- und Oberschichten“ [BAUCH ET AL. (1991)]. Ein Blick auf die Zahngesundheit im marktlich organisierten US-amerikanischen Gesundheits- und Versicherungssystem zeigt, dass sich soziale Ungleichheit in allen Alterstufen negativ auf die Mundgesundheit auswirkt und Mängel im Versicherungssystem für viele Menschen zu einer unzureichenden zahnärztlichen Versorgung führen [U.S. Public Health Service (2000)]. So wird die Nachfrage nach zahnärztlichen Leistungen wesentlich vom Umfang des Versicherungsschutzes bestimmt, da der „gefühlte“ Preis bei Inanspruchnahme geringer ist. Auf einem freien Versicherungsmarkt können Personen

Dr. Axel Olaf Kern  
Dipl.-Volkswirt, Dipl.-Betriebswirt (BA)

- 1964** in Stuttgart geboren  
Studium der Betriebswirtschaftslehre &  
studienintegrierte Ausbildung bei der  
Hallesche-Nationale Krankenversicherung  
**1987-1992** VWL-Studium an der  
Freien Universität Berlin  
**1992-1995** wiss. Mitarbeit am Lehrstuhl für  
Wirtschafts- und Sozialpolitik  
(Prof. H. Lampert), Uni Augsburg  
**1995-1999** wiss. Mitarbeit am Institut für  
Gesundheits-System-Forschung  
(Prof. F. Beske), Kiel  
**Seit 2001** wiss. Mitarbeit am Lehrstuhl für  
Finanzwissenschaft und Sozialpolitik  
(Prof. M. Pfaff), Uni Augsburg  
**2003** Promotion zum Thema „Privatisierung  
vertragszahnärztlicher Leistungen“.  
Temporary Adviser der World Health  
Organisation (WHO). Visiting Professor for  
health economics an der Russian Academy  
for Advanced Medical Studies (RAAMS).



mit niedrigerem Einkommen auf Grund ihrer geringeren Zahlungsfähigkeit und ihres schlechteren versicherungstechnischen Risikos keinen Versicherungsschutz erlangen oder nur zu sehr hohen und damit prohibitiven Prämien.

Die Ergebnisse aus der Schweiz zeigen ebenso, dass trotz privater Finanzierung zahnärztlicher Leistungen „die in der Schweiz ... angeblich bessere Mundgesundheit .. in dem jeweils aufgeführten Kontext als unzutreffend bzw. nicht hinreichend belegt bezeichnet werden [muss]“ [STAEHLE UND KERSCHBAUM (2003)]. Auch in der Schweiz weisen sozioökonomisch schlechter gestellte Bevölkerungsgruppen eine geringere Zahngesundheit auf als Menschen mit höherer Bildung und höherem Einkommen. Zudem haben auch dort sozial schlechter Gestellte einen wesentlich niedrigeren zahnärztlichen Versorgungsgrad als besser Situierte [STAEHLE UND KERSCHBAUM (2003)].

Empirisch konnte nicht nachgewiesen werden, dass marktorientierte Gesundheitssysteme in Bezug auf das gesetzte Versorgungsziel kostengünstiger und damit effizient sind [REINHARDT (2001)]. Für die westlichen Industrienationen lässt sich nicht feststellen, dass die Gesundheitsausgaben (pro Kopf und als Anteil am Bruttoinlandsprodukt) in Ländern mit einem höheren Anteil der privaten Konsumentenzahlungen signifikant niedriger sind [Pfaff (1984)]. Zudem wird auf die hohen „administrative costs“ der privaten Krankenversicherungsunternehmen (rund 30%) hingewiesen, welche das Gesundheitssystem in den USA zum teuersten weltweit macht [BRANDON ET AL. (1991)].

Die Einsicht einer Versicherungspflicht, wie sie bei einer Privatisierung zahnärztlicher Leistungen von der CDU vorgeschlagen wurde, beruht auf dem von Böhm-Bawerk (1961) formulierten „Gesetz“ der Minderschätzung zukünftiger Bedürfnisse. So soll vermieden



werden, dass Personen in zu geringem Maß für Ereignisse in der Zukunft selbst vorsorgen. Gerade vor dem Hintergrund der Sozialschichtabhängigkeit von Zahngesundheit ist von Bedeutung, dass Angehörige der sozialen Unterschicht auf Grund eines stärker instrumentellen Körper- und Gesundheitsverständnisses sowie einer daraus resultierenden „Ausbeutung des Körpers“ über keine Langzeitperspektive im Denken und Handeln verfügen [Bauch (1991)]. Das Verhalten, heute Mund- und Zahnhygiene zu betreiben, damit sich langfristiger Erfolg einstellt, ist vielmehr kompatibel mit Verhaltensmustern der Mittel- und Oberschicht. Der Langzeitperspektive des Individuums und diesen grundlegenden Verhaltensunterschieden kommt allerdings große Bedeutung für die Erklärung der schichtspezifischen Prävalenz von Zahnkrankheiten zu [Bauch (1991)]. Damit ist zugleich das Postulat, dass Eigenverantwortung und damit Eigenvorsorge im Gesundheitswesen durch eine Privatisierung von Leistungen erreicht werden kann, vorsichtig zu bewerten.

Ebenso ist vor diesem Hintergrund die im GMG getroffene Regelung zu beurteilen, Zahnersatz von allen GKV-Versicherten verpflichtend im Rahmen der gesetzlichen oder der privaten Krankenversicherung abzusichern. Dies widerspricht den Aussagen, dass aus der GKV ausgegrenzte Leistungen nicht

wirtschaftlich oder medizinisch nicht notwendig und somit Wahlleistungen sind. Für Wahlleistungen sollten die Freiheit der Nachfrage nach einer Leistung sowie die Wahl einer oder keiner Versicherung bzw. des Versicherungsumfangs gewährleistet sein.

In Bezug auf die zu erwartenden Versicherungsprämien bei einer Privatisierung zahnärztlicher Leistungen weist der SVR (2002/03) aus, dass für nicht verpflichtenden, privaten Versicherungsschutz alleine für Zahnersatz für einen Mann im Alter von 30 Jahren monatliche Versicherungsprämien von Euro 14 bzw. Euro 168 pro Jahr und für eine Frau von Euro 18 bzw. Euro 216 pro Jahr anfallen.<sup>1</sup> Kontrahierungszwang des Versicherungsunternehmens wurde unterstellt. Dies bedeutet, dass keine individuelle Risikoprüfung erfolgt. Aus Angaben von privaten Krankenversicherungsunternehmen betragen die Versicherungsprämien für zahnärztliche Versorgung bei einer Erstattung von 75-80% der Kosten für Zahnersatz und 100% Erstattung der Kosten für Zahnbehandlung (freie privat-zahnärztliche Honorierung und Materialwahl) für einen Mann im Alter von 30 Jahren (40 Jahren) rund Euro 50 (Euro 56) pro Monat sowie für eine Frau im Alter von 30 Jahren (40 Jahren) rund Euro 55 (Euro 70) pro Monat.

Im Vergleich dazu ergibt eine 1%-ige Beitragssatzreduktion bei Ausgliederung der zahnärztlichen Versorgung aus der GKV bei einem monatlichen Einkommen von Euro 1500 eine Entlastung von Euro 15 (Euro 180 pro Jahr). Dies gilt jedoch nur, wenn der Arbeitgeberanteil an den Versicherten ausgezahlt wird und der Betrag nicht versteuert wird. Somit können nur Personen mit einem monatlichen Einkommen von mindestens

<sup>1</sup> Vgl. SVR (2002/03), S. 433; es wird nicht ausgewiesen, welchen Umfang der Versicherungsschutz bietet, welche Selbstbeteiligungen enthalten sind und wie die Honorarsätze mit den Zahnärzten und die Kostenerstattung mit den zahntechnischen Laboren geregelt ist. Zudem ist nicht klar, ob die für prothetische Maßnahmen erforderlichen konservierend chirurgischen Leistungspositionen privat-zahnärztliche vergütet und vom Versicherungsschutz erfasst werden.

Euro 5000 aus der Beitragsreduktion eine private Versicherungsprämie für die gesamten zahnärztlichen Leistungen finanzieren. Die Beitragsbemessungsgrenze im Jahr 2003 beträgt „nur“ Euro 3450. Rund 40% der GKV-Mitglieder (ohne Rentner) erzielen monatlich ein Bruttoarbeitseinkommen von höchstens Euro 1500 [KERN (2003)].

Bei privat-zahnärztlicher Versorgung sind zwar Preisverhandlungen zwischen Patient und Zahnarzt im Grundsatz möglich, da dem Zahnarzt durch individuelle Festlegung des Steigerungsfaktors ein Preissetzungsspielraum innerhalb des gesetzlich verfügbaren Gebührenrahmens der GOZ bleibt. Jedoch kann insbesondere auf Grund der Informationsasymmetrie sowie der Vertrauensbeziehung zwischen Zahnarzt und Patient kaum von einer gleichgewichtigen Verhandlungsposition des Patienten ausgegangen werden [KERN (2002)].

Zusätzlich zu diesen ökonomischen Überlegungen sind insbesondere die Auswirkungen schlechter Zahngesundheit auf die Allgemeingesundheit und damit auf die Ausgaben der GKV für die Versorgung von Folgekrankheiten zu beachten, um das Einsparpotenzial infolge einer Ausgliederung zahnärztlicher Leistungen abzuschätzen. Unzureichend oder nicht versorgte Zahnschäden oder Zahnverluste können zu funktionellen Beschwerden des gesamten Kauapparates sowie zu Kopf- und Kiefergelenkschmerzen führen. Einschränkungen bei der Nahrungsaufnahme können ferner daraus resultieren. So verringert Zahnverlust die Kau-effektivität, welche nicht durch längeres Kauen ausgeglichen werden kann. Eine schlechtere Nahrungszerkleinerung ist die Folge. Ein optimales Zermahlen der Speisen ist

nicht mehr möglich [Elias und Sheiham (1998)]. Untersuchungen weisen darauf hin, dass nach einem Verlust natürlicher Zähne die Kaufunktion selbst durch Zahnersatz nicht vollständig wieder herstellbar ist [Feldman et al. (1984)]. Die verringerte Kaufähigkeit verändert die Ernährungsgewohnheiten, wodurch sich das Risiko von systemischen Krankheiten erhöht. Zusammenhänge zwischen verändertem Ernährungsverhalten infolge unvollständiger Bezahmung und systemischen Krankheiten werden in folgenden Zusammenhängen gesehen [Willett (1994), vgl. Joshipura et al. (1998)]:

- Ein erhöhtes Risiko kardiovaskulärer Krankheiten entsteht durch erhöhte Aufnahme von Cholesterin sowie gesättigten Fettsäuren und einer verringerten Aufnahme an Ballaststoffen, Karotin sowie Antioxidantien.
- Ein erhöhtes Krebsrisiko ergibt sich bei verringerter Aufnahme von Obst, Gemüse, Karotin sowie Vitamin C.
- Ein erhöhtes Kataraktrisiko resultiert aus verringerter Aufnahme von Vitamin C.
- Ein zunehmendes Risiko kolorektalen Adenoms entsteht bei verringerter Aufnahme von Ballaststoffen.

In Zusammenhang mit nachlassendem Kauvermögen wird auch davon ausgegangen, dass eine mangelhafte Zerkleinerung von Speisen zu einer verlängerten Verweildauer des Speisebreis im Magen beiträgt. Dies führt zu einer zusätzlichen Belastung des Magens. Aus Untersuchungen von Personen mit chronischer Gastritis lies sich ermitteln [Jüde et al. (1997)], dass eingeschränktes Kauvermögen nicht ohne „ursächliche Bedeutung für die Entstehung dieser Magenerkrankung ist.“ Auf Grund klinischer Erfahrungen wird ein

Zusammenhang zwischen mangelnder Nahrungszerkleinerung und Darmerkrankungen infolge abnormer Fäulnis- und Gärungsprozessen gesehen [Jüde et al. (1997)].

Joshipura et al. (1996) konnten feststellen, dass sich bei einem Zahnverlust zwischen einem und fünf Zähnen das Ernährungsverhalten deutlich verändert. Die Unterschiede z.B. bei der Aufnahme von schwer zu kauenden Nahrungsmitteln wie Äpfeln, Birnen oder Karotten, die einen Zusammenhang zwischen Zahnverlust und Ernährungsverhalten bilden, waren gering jedoch signifikant. Einem Rückgang der Ballaststoffaufnahme um 1 Gramm bei Personen mit Zahnverlust wurde ein um 2% erhöhtes Risiko eines Myokardinfarkts zugeschrieben. Rimm et al. (1996) formulierten in ähnlicher Weise, dass die zusätzliche Aufnahme von 10 Gramm Ballaststoffen das Risiko einer koronaren Herzkrankheit um 2,5% senkt.

Wenngleich diese Raten gering zu sein scheinen, so kann auf Grund der hohen Prävalenz von Zahnlosigkeit in der Bevölkerung dennoch ein großes Ausgabenvolumen für die Versorgung von Folgekrankheiten für die GKV daraus resultieren. So ist für Deutschland davon auszugehen, dass rund 44% der Personen in der Altersgruppe 65-74 Jahre im Oberkiefer, rund 27% im Unterkiefer und rund 25% in beiden Kiefern zahnlos sind [Schiffner und Reich (1999)]. Im Jahr 2000 lebten 7,76 Mio. Personen im Alter zwischen 65 und 74 Jahren in Deutschland. Damit waren 1,94 Mio. Personen zahnlos. In der Altersgruppe 35-54 Jahre hatten rund 49% der Personen in dieser Altersgruppe zwischen einem Zahn und sechs Zähnen verloren [Naujoks et al. (1991)]. Für das Jahr 2000 lässt sich bei

einer Bevölkerungszahl von 24,3 Mio. Personen in dieser Altersgruppe ermitteln, dass rund 12 Mio. Personen kein vollständiges Gebiss mehr hatten.

Der Zusammenhang zwischen sozialer Schicht, Zahngesundheit und Zahlungsfähigkeit sowie Zahlungsbereitschaft lässt bei einer Privatisierung zahnärztlicher Leistungen eine Verschlechterung der Zahngesundheit erwarten, da die meisten GKV-Versicherten kaum über nennenswerte zusätzliche finanzielle Mittel für die private Honorierung zahnärztlicher Leistungen verfügen und der Zugang zu privatem Versicherungsschutz für schlechte Risiken stark eingeschränkt ist. Deshalb ist zu erwarten, dass die Nachfrage nach zahnärztlichen Leistungen zurückgehen wird, da die zahnärztlichen Honorare gerade von den Personen mit dem größten Behandlungsbedarf kaum in dem bisherigen Maße finanziert werden dürften. Zudem sind auch Folgekosten für die GKV verbunden, wodurch die unter statischer Perspektive ermittelten Einsparungen geringer ausfallen. Darüber hinaus sind Honorareinbußen der Zahnärzteschaft infolge des Nachfragerückgangs zu erwarten. Die Honorareinbußen werden innerhalb der Zahnärzteschaft unterschiedlich ausfallen. Die Lage der Praxis und damit die sozioökonomische Struktur der Patienten klientel werden das individuelle Honorarvolumen stärker als bislang bestimmen [Kern (2003)]. Die Vorstellung, dass der Gesundheitsmarkt ein Wachstumsmarkt ist und sich das zahnärztliche Honorarvolumen im Vergleich zur vertragszahnärztlichen Versorgung steigern lässt, hängt sehr wesentlich von der Umverteilung von Kaufkraft von den Beziehern höherer Einkommen und gleichzeitig besserem

(Zahn-)Gesundheitszustand zu den Beziehern geringerer Einkommen mit höherem Morbiditätsrisiko ab. Bei einer Privatisierung werden Angehörige unterer sozialer Schichten nicht in der Lage sein, Nachfrage in dem Umfang zu entfalten wie bisher. Die Vorstellung steigender Honorareinnahmen bei Privatisierung zahnärztlicher Leistungen

wird sich nur für einen Teil der Zahnärzteschaft realisieren lassen. Somit ist der Wachstumsmarkt Gesundheit bei Privatisierung von Gesundheitsleistungen in einem anderen Licht zu sehen.

Literaturliste kann bei der Redaktion angefordert werden.

## Zahnmedizin ist Teil der Medizin und gehört in die Gesetzliche Krankenversicherung!

Über Monate war die Zukunft der zahnmedizinischen Versorgung eines der am heißesten umstrittenen Themen der Gesundheitsreform. Während die zahnärztlichen Spitzenorganisationen ihr gesamtes Fachgebiet als Experimentierfeld für Privatisierungen anboten und die schließlich auf Drängen der CDU/CSU erfolgte Ausgrenzung des Zahnersatzes aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als halbherzig kritisierten, machte sich der DAZ bei seinen Veranstaltungen und in mehreren Pressemeldungen weiterhin stark für die solidarische Finanzierung grundlegender zahnärztlicher Leistungen.

Er appellierte an Politiker und zahnärztliche Standesvertreter, die Zusammenhänge ideologiefrei zu betrachten und die von der Wissenschaft nachgewiesenen Fakten zur Kenntnis zu nehmen. So wird es nach einer im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Prothetik erstellten Studie selbst bei funktionierender Prophylaxe weiterhin Zahnerkrankungen in nennenswerter Zahl geben, und der Zahnersatz-Bedarf

wird bis 2020 nicht zurückgehen. Wenn die Zahnmedizin ohne flankierende Maßnahmen aus der gesetzlichen Absicherung herausgenommen wird, führt das zu einer massiven Kostenbelastung von Menschen mit Zahnschäden. Da diese eher in den unteren Sozialschichten anzutreffen sind, wird das Versorgungsniveau absinken und im übrigen die Häufigkeit ernährungsbedingter chronischer Erkrankungen zunehmen.

In seinen Pressemeldungen nahm der DAZ einige der seit Jahren von den zahnärztlichen Spitzenorganisationen verbreiteten Thesen unter die Lupe. So wird behauptet, dass die Privatisierung zahnärztlicher Leistungen die Patienten stärker zur Vorbeugung motiviere, ihnen mehr Wahlmöglichkeiten bringe und letztlich das Versorgungsniveau heben würde. Länderübergreifende Vergleiche zeigen jedoch, dass die erheblichen Kosten privat zu finanzierender Behandlungen keineswegs eine Garantie für lebenslang gesunde Zähne sind. Tatsächlich führen sie dazu, dass Menschen aus den unteren Sozialschichten schlechter

versorgt sind als Deutsche vergleichbaren Alters. Der umfangreiche Leistungskatalog der gesetzlichen Kassen ermöglicht bisher in der Bundesrepublik eine Versorgung auf gutem Niveau. Im übrigen ist keiner daran gehindert, darüber hinaus gehende Leistungen zu vereinbaren und privat zu bezahlen.

Die Privatisierung der gesamten Zahnmedizin ist nicht im Interesse der Mehrheit der Patienten - sie ist aber, dies stellte der DAZ heraus, auch nicht im Interesse der Mehrheit der Zahnärzte. Dank des Solidarprinzips können sie bisher auch weniger betuchte Patienten gut betreuen. Wenn es jedoch ins Belieben jedes Einzelnen gestellt wäre, sich privat für den Bereich Zähne zu versichern, so wären die ärmeren Teile der Bevölkerung, die tendenziell den höchsten Behandlungsbedarf haben, kaum in der Lage, sich adäquat zu versichern. Sie würden nur noch einfache Versorgungen bezahlen können oder sogar ganz auf Behandlung verzichten. Zahnärzte und Zahntechniker dürften sich auf einen deutlichen Nachfragegang einstellen.

Allerdings gäbe es bei der Privatisierung sämtlicher zahnärztlicher Leistungen auch einen Gewinner: die private Versicherungswirtschaft. Jedoch kann es nicht Aufgabe einer Gesundheitsreform sein, eine bestimmte Branche durch Zuschancen von Marktanteilen zu bevorzugen. Oberste Ziele der Reform müssen die Förderung von Gesundheit und die Bereitstellung nötiger Hilfen für Kranke sein.

Ob die Politik diese Ziele mit geeigneten Mitteln verfolgt, daran gab es und gibt

es im DAZ erhebliche Zweifel. Insgesamt trägt das neue Gesetz nicht zur dringend nötigen Vereinfachung des Systems, sondern im Gegenteil zur weiteren Bürokratisierung des Gesundheitswesens bei. Die Beschneidung der Selbstverwaltung dürfte sich als ebenso wenig sachdienlich erweisen wie beispielsweise die Praxisgebühr von 10 Euro.

Der DAZ, der vor mehr als 20 Jahren als einer der ersten Vorschläge zur Qualitätssicherung in der Zahnmedizin vorgelegt hat, hält es nach wie vor für das Beste, wenn die an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen eigene und selbstbestimmte Anstrengungen zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit unternehmen und dabei die von ihnen betreuten Menschen einbeziehen. Er will sich nicht auf Kritik an den neuen gesetzlichen Regelungen beschränken, sondern mit einem eigenen Qualitätssicherungsprojekt einen konstruktiven Beitrag leisten und den mitwirkenden Praxen sowohl Hilfen zur Verbesserung der Qualität der eigenen Arbeit als auch ein Instrument zur Darstellung gegenüber Patienten und Kollegen an die Hand geben.

Der Ende September 2003 neu für zwei Jahre gewählte Vorstand unter Vorsitz von Dr. Eberhard Riedel betrachtet das Projekt als Hauptschwerpunkt seiner Arbeit und wird es Anfang 2004 mit einer zentralen Auftaktveranstaltung starten. (ibo)

**DAZ hat sich wiederholt mit Stellungnahmen an die Öffentlichkeit gewandt.**

Die Texte der DAZ-Pressmeldungen sind auf den Webseiten des DAZ zu finden unter [www.daz-web.de](http://www.daz-web.de).

## „Schweizer Zähne nicht besser als deutsche“

Privatisierung von Zahnbehandlungen führt nicht zu gesünderen Gebissen, sagt Zahnmediziner Hans Jörg Staehle\*

**taz: Herr Staehle, es heißt, die Schweizer haben bessere Zähne, weil sie für die Behandlung selbst bezahlen müssen. Stimmt das?**

Hans Jörg Staehle: Nein. Der Zustand der Mundgesundheit in der Schweiz ist nicht besser als in Deutschland - in praktisch keiner Altersgruppe. Es gibt auch keine Belege dafür, dass durch finanziellen Druck das Mundgesundheitsverhalten verbessert wird. Nach den verfügbaren Daten unterscheiden sich die Schweizer etwa in Bezug auf Ernährung, Rauchen und Zähneputzen kaum von den Deutschen.

**Warum wird dann in der hiesigen Debatte um die Gesundheitsreform behauptet, Privatisierung führe zu besserer Zahnpflege und im Effekt zu besseren Zähnen?**

Hier werden Tatsachen verdreht. Die sozioökonomische Situation der Bevölkerung ist in der Schweiz besser als in Deutschland. Die Prophylaxe, zum Beispiel durch Fluorid im Speisesalz und den Ausbau der Schulzahnpflege, wurde eher als in Deutschland umgesetzt. Allein deshalb müssten die Schweizer eigentlich bessere Zähne als die Deutschen haben. Offenbar reichen diese Pluspunkte aber nicht aus, um die nachteiligen Effekte der Privatisierung, also den teuren Zugang zu

zahnärztlichen Leistungen, zu kompensieren.

**Was wäre die richtige Lösung?**

Wenn man Prävention auf hohem Niveau gleichzeitig mit einem niedrigschwelligen Zugang zu sinnvollen zahnärztlichen Leistungen verbindet, könnte Deutschland in einigen Jahren sogar besser dastehen als die Schweiz.

**Aber was ist mit der These, eine Erhöhung der Eigenverantwortung verbessere das Gebiss quasi automatisch?**

Der Begriff der Eigenverantwortung ist zu reiner politischer Propaganda verkommen. Man muss viel deutlicher zwischen medizinischer und ökonomischer Eigenverantwortung unterscheiden. Aus medizinischer Sicht ist mit Förderung von Eigenverantwortung gemeint, die Voraussetzungen für Bildung, soziale Mindestsicherung, gesundheitliche Aufklärung, breitenwirksame Prophylaxe und leicht und günstig zu erhaltende Präventionsleistungen zu verbessern. Zur Zeit wird mit dem Begriff jedoch bloß die Ökonomisierung der Medizin betrieben.

**Wie das?**

Nach außen hin behauptet man, durch ökonomische Eigenverantwortung, also durch finanziellen Druck, würde die medizinische Eigenverantwortung und dadurch das aktive Mundgesundheitsverhalten verbessert. Dies führe auch

zu einer Kostenreduktion. Man gibt das Signal aus, die Bevölkerung müsse nur ein paar mehr Zahnbürsten kaufen, und alles werde billiger. Ingeheim wird aber natürlich nicht erwartet, dass weniger Geld in die Zahnmedizin fließt. Das Gegenteil ist der Fall, man hofft durch mehr „Selbstzahlerleistungen“ auf neue Wachstumsimpulse für den Gesundheitsmarkt.

### Mit welchen Folgen?

Wer wenig Geld hat, wird weniger attraktive Leistungen bekommen. Um allerdings das Gesamtvolumen zahnärztlicher Leistungen nicht zu senken, sondern sogar zu erhöhen, wird bei den zahlungsfähigen

„Kunden“ der Anteil unnötiger und fragwürdiger Leistungen vermutlich erhöht: Zum Beispiel Keramikinlays selbst bei geringfügigen Veränderungen, die man durch direkte Restaurationen schonender angehen könnte; oder neuerdings die esoterisch motivierten Messungen von „Zahnenergien“, wobei sich schon mancher zu Behandlungen überreden lassen hat, die für das Gebiss sehr schädlich waren. Die Gefahr eines Nebeneinanders von zahnmedizinischer Unter-, Über- und Fehlversorgung wird durch eine Privatisierung nicht kleiner, sondern eher größer.

INTERVIEW: ULRIKE WINKELMANN  
taz Nr. 7130 vom 14.8.2003,  
\*siehe auch Seite 29

### Amt für Arbeitsschutz NRW: Gebühren verdoppelt

Das Staatliche Amt für Arbeitsschutz Dortmund (zuständig für Nordrhein-Westfalen) hat die Allgemeine Verwaltungsgebührenordnung per Verordnung vom 13.05.2003 „angepasst“. Folge: Fast alle Gebühren z.B. für den Bereich Strahlenschutz (Betrieb von Röntgeneinrichtungen) werden mindestens verdoppelt! Außerdem werden neue „Gebührentatbestände“ mit erheblichen Auswirkungen für die Praxis eingeführt. Für die „Feststellung der geeigneten Ausbildung nach § 18a Abs. 1 Röntgenverordnung“ ist so zum Beispiel eine Gebühr zwischen 500 und 3.000 Euro vorgesehen. Der Präsident der Landes Zahnärztekammer Westfalen-Lippe Dr. W. Dieckhoff protestierte in einem Schreiben an das verantwortliche Ministerium für Wirtschaft und Arbeit NRW nachdrücklich gegen diese massive, unverhältnismässige Gebührenerhöhung nach „Gutsherrenart“. Dies sei in einer Zeit allgemeiner wirtschaftlicher Rezession und vor dem Hintergrund der drohenden Einführung der Gewerbesteuer und weiterer Restriktionen für die Freien Heilberufe durch das GMG eine nicht zu rechtfertigende Zumutung. Die Bundeszahnärztekammer wird recherchieren, wie sich die Gebührensituation in den anderen Landes Zahnärztekammern darstellt

### BdA warnt vor Praxisgebühr: Höhere Arbeitsbelastung

Die geplante Praxisgebühr wird die Arbeitsbelastung der Arzthelferinnen und Zahnmedizinischen Fachangestellten wesentlich erhöhen, so der Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzthelferinnen e.V. (BdA).

„Unseren Erfahrungen zufolge wird der Personalaufwand für das Kassieren, Abrechnen und Weiterleiten der Praxisgebühr pro Quartal pro Patient zirka zehn Minuten betragen“, so BdA-Präsidentin Sabine Rothe. „Bei einer Hausarzt- oder Zahnarztpraxis mit 1000 Patienten wäre damit die Arbeitszeit einer Vollzeitkraft für einen Monat ausgefüllt.“ Bei durchschnittlichen Personalkosten von 0,20 Euro pro Mitarbeiterinnenminute entstünden in diesem Fall zusätzlich rund 2 000 Euro Lohnkosten oder zwei Euro pro Patient. dev/pm

**Niederlassungsberechtigte/r Zahnärztin/  
Zahnarzt** für ausscheidende Sozia in eine junge, moderne Stadtpraxis in Oldenburg gesucht. Einstieg ab Anfang 2004 möglich, nähere Einzelheiten unter Tel.: 0441/36144263

## Bürgerbeteiligung oder Beteiligungstheater?

Dr. Celina Schätze, Berlin

Ende Juni 2003 wurden vom Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages über eine Woche lang Anhörungen zu etwa einem Dutzend Themen des neuesten Gesundheitsreformgesetzes – damals noch unter der Überschrift „Gesundheits-System-Modernisierungsgesetz“ – durchgeführt. Aus Termingründen hat es mich eher zufällig in die Sitzung zu allgemeinen Finanzierungsfragen verschlagen. Für mich war's die erste Veranstaltung dieser Art. Voller Erwartung auf Detailinformationen von kompetenten und erfahrenen Leuten aus irgendwelchen Spezialbereichen begab ich mich in den Reichstag.

Der Sinn solcher Anhörungen ist es nach meinem Verständnis, jedem Ausschussmitglied möglichst direkten Zugang zu Spezial- und Detailinformationen über eine zur Entscheidung anstehende Frage zu eröffnen, und zugleich den Beteiligten und Betroffenen aus den verschiedensten gesellschaftlichen Bereichen die Möglichkeit zu geben, ihre Sicht des Problems darzustellen. Die Form dieser Anhörungen ist die einer Fragestunde „Abgeordnete fragen Experten“, wobei Frage- und Antwortzeiten dem Fraktionenproporz folgen und die Sachverständigen nur auf Aufforderung hin zu Wort kommen.

Mein Erwartungen erwiesen sich schnell als zu idealistisch. Denn die Fragen, die gestellt wurden, konnten nicht wirklich einem Informationsbedürfnis entspringen sein. Es wurden fast nur

Einzelpersonen und Institutionsvertreter angesprochen, deren Meinungen jeder interessiert die Medien nutzende Bürger bereits kannte. Es ging um versicherungsfremde Leistungen, paritätische Finanzierung, Bürgerversicherung, Privatisierung, Beitragsbemessungsgrundlagen, Kostenerstattung, Steuern und Gebühren. Befragt wurden fast ausschließlich Vertreter der Krankenkassen und einige Professoren, die mit Stellungnahmen zum Finanz- und Gesundheitssystem bereits hervorgetreten waren.

Für mein Empfinden war die Veranstaltung eine Inszenierung von Beteiligungstheater. Die vorgetragenen sachlichen Argumente waren längst bekannt. Die endgültige Bestätigung meines Verdachtes ergab sich, als die Veranstaltung mit dem Zucken des Uhrzeigers auf 15.30 Uhr abgebrochen wurde. Echtes Informationsbedürfnis erlischt nicht mit einem Gongschlag.

Vor dem Tagungsraum war eine große Zahl von schriftlichen Stellungnahmen der verschiedensten Gruppen ausgelegt. Hoffentlich lesen die Vertreter der Presse, vor allem aber die Abgeordneten, diese Papiere wirklich! Sie könnten viele wichtige Informationen transportieren, die in dem inszenierten Frage- und Antwort-Spiel keine Chance hatten.

Sicher wird es manche Anhörung geben, in der es mehr um Fachfragen als um ideologisch aufgeheizte Grundsatzthemen geht und wo ein wirklich ernstgemeinter Dialog zwischen Politikern, Experten und Vertretern gesellschaftli-



cher Gruppen stattfindet. Bei den Anhörungen im Juni zur Gesundheitsreform allerdings hat sich der Eindruck, dass hier nur Theater inszeniert wurde, im Nachhinein sogar noch verstärkt.

Noch waren die Anhörungen nicht zu Ende, da wurde schon eine „Konsensrunde“ zusammengerufen, die fraktionenübergreifend Kompromisse aushandeln sollte und auch ausgehandelt hat. Während noch Stellungnahmen zum Gesetzentwurf des Gesundheitsministeriums erarbeitet und vorgetragen wurden, piffen bereits die Spatzen von

den Dächern, dass man hier vergebliche Liebesmüh investierte, weil dieser Entwurf noch einmal völlig umgekrempelt werden würde. Es entstand ein Gesetz – inzwischen ist es vom Bundestag verabschiedet –, über das Parlamentarier und Sachverständige zwar rollengemäß debattieren durften, das seinen wesentlichen Schliff aber ganz außerparlamentarisch und weitgehend außeröffentlich erhielt, in einer handverlesenen Runde und schließlich „in einer der schöneren Nächte“ im vertraulichen Zwiegespräch von Ulla und Horst.

So ist es denn auch geworden.

---

## Als Neuling in der Kammer Erste Eindrücke einer Berliner Zahnärztin

Dr. Almut Gerlach, Berlin

Als neu gewählte Delegierte wurde ich im November 2002 erstmals in die Delegiertenversammlung (DV) der Zahnärztekammer (ZÄK) Berlin eingeladen und war gespannt auf das, was mich erwarten würde.

Gleich fiel mir auf, dass wir in unserer DV recht wenige Frauen sind, was nicht der prozentualen Anzahl der tätigen Zahnärztinnen entspricht. Tatsächlich gibt es, seit Ost- und West-Berlin eine gemeinsame Kammer haben, etwa gleich viele Zahnärzte wie Zahnärztinnen in Berlin. Im alten Bundesgebiet überwogen traditionell und überwiegen noch die männlichen Vertreter unseres Berufes etwa im Verhältnis 2:1, während in der DDR die Zahnheilkunde ein von Frauen dominierter Beruf war. Dies gilt in den heutigen neuen Bundesländern

immer noch, aber mir scheint, dass sich trotzdem die Rollenverteilung der übrigen Gesellschaft – sprich die Dominanz der Männer dort, wo Entscheidungs- und Führungspositionen vergeben werden – immer stärker durchsetzt. Gern würde ich andere Kolleginnen zum Mitmachen motivieren, denn schließlich geht es um Entscheidungen, die unsere tägliche Arbeit betreffen und an denen gerade wir Frauen uns aus eigenem Interesse beteiligen sollten!

Erfreulich war, dass Neulinge und zugleich junge Kolleginnen und Kollegen wie ich zum Teil mit sehr lobenden und ermutigenden Worten begrüßt wurden. Man spürte, dass es von vielen Delegierten als positiv empfunden wird, in ihrer Runde auch mal neue Gesichter zu sehen. Zwar verdienen viele der schon lange Zeit berufspolitisch engagierten Kollegen Respekt und haben beträchtliche Erfahrung vorzuweisen. Aber eine

solche Selbstverwaltungskörperschaft braucht auch immer mal wieder frischen Wind. Zumal eingefleischte Interessen, Fehden und Fehlurteile die Durchsetzung neuer Ideen sehr erschweren.

Nun bin ich ja nicht nur neu in der Delegiertenversammlung, sondern auch noch eine Vertreterin der Opposition. Angesichts der klaren zahlenmäßigen Unterlegenheit fühlt man sich von vornherein unwohl und kommt in die Versuchung zu resignieren. Als Mitglied einer „Gruppierung ohne jegliches Profil“ (Zitat eines Kollegen im Vorfeld der Wahl) wird es mir nicht leicht gemacht, die Ketten der Vorurteile zu sprengen – obwohl ich mir Mühe gebe, alle Positionen, Meinungen und Kritikpunkte genauestens zu prüfen, ehe ich eine Entscheidung fälle. Selbst die große Politik macht in meinen Augen den Fehler, Mitglieder einer Partei zu einer gemeinsamen Meinung zu zwingen, obwohl doch jeder Abgeordnete die eigene Position mit seinem Gewissen vereinbaren muss und damit seinen Wählern zur Rechenschaft verpflichtet ist. Meines Erachtens ist gerade dieses Ausdruck von Demokratie. Von einer „verordneten Meinung“ sollten wir doch abkommen sein – oder? Ich würde mir wünschen, dass wir „Jungen“ es schaffen, über die Verbändegrenzen hinweg im ehrlichen, fairen Umgang und Erfahrungsaustausch auch andere Meinungen zu durchdenken und schließlich in vielen Fragen gemeinsame Ergebnisse zu erzielen. Zur Freiheit gehört auch die Toleranz gegenüber Andersdenkenden.

Bei alledem sollten wir nicht vergessen, dass wir in erster Linie Ärzte der Zahn- Mund- Kieferheilkunde sind und

eine ethische Verpflichtung gegenüber den uns anvertrauten Patienten haben, gleichzeitig jedoch auch gegenüber unseren Familien und Mitarbeitern.

Die Zahnärztekammer muss aus meiner Sicht eine Institution bleiben, die ihren Mitgliedern Halt und Hilfestellung bietet, organisatorische Aufgaben bewältigt, die Interessen der Zahnärzte nach außen hin wahrnimmt und im internen Bereich ruhig auch Kontrollfunktionen ausübt. Es sind sicher nicht alle Aufgabenbereiche angesprochen, jedoch sollte die Kammer nicht in einem großen Verwaltungsapparat ausufern, in dem der Überblick und das sogenannte „Controlling“ verloren gehen. Dazu gehört im übrigen auch der sparsame Umgang mit Materialien (z.B. den mehrfach veränderten Tischvorlagen) oder der Verzicht auf teures Büttenpapier im Pfaff- Institut.

Eine kleine Anregung möchte ich an dieser Stelle noch loswerden: Es wäre schön, wenn die gewählten Gutachter in loser Folge in unserem Zahnärzteblatt MBZ vorgestellt würden. Wie in dem Rechenschaftsbericht der ZÄK bemerkt wurde, sind Patientenbeschwerden häufiger denn je und die Anfragen nach Gutachtern zahlreich. Da wäre es für uns alle interessant zu wissen, welche besonderen Qualifikationen der Einzelne mitbringt.

Soweit meine erste Anmerkungen. Vielleicht sehen Sie manche Dinge anders – vielleicht würden Sie gern Kritik oder Vorschläge einbringen. Setzen Sie sich mit mir in Verbindung. Denn dafür bin ich schließlich gewählt worden – zur Vertretung der Interessen meiner Kolleginnen und Kollegen!

## QS-Projekt vor dem Start

Eberhard Riedel, München

Zwei Jahre nach der ersten Vorstellung des QS-Projektes stehen nunmehr die Vorbereitungsarbeiten vor dem Abschluss. Am 28. Februar 2004 soll das Projekt in einer Auftaktveranstaltung, zu der alle interessierten DAZ- und BUZ-Mitglieder eingeladen werden, aus der Taufe gehoben werden.

Die Auftaktveranstaltung, zu der auch Vertreter der Medien erwartet werden, soll allen Teilnehmern und solchen, die es werden wollen, letzte Informationen vermitteln und, falls notwendig, die Entscheidung für die Teilnahme am Projekt erleichtern. Diese Veranstaltung hat auch den Zweck, die Ernsthaftigkeit unserer Bemühungen um Qualitätssicherung zu unterstreichen und die anwesenden Kolleginnen und Kollegen auf die Ziele des Projekts einzustellen. Der Besuch dieser Veranstaltung ist aber keine Bedingung für die Teilnahme im Projekt.

In der Zwischenzeit ist der Arbeitsname ‚Projekt Qualitätssicherung‘ quasi etabliert, nachdem viele andere Bezeichnungen vorgeschlagen, diskutiert und wieder verworfen wurden. Dieser Name sagt auf sachliche sowie einfachste Weise und ohne damit falsche Assoziationen zu wecken aus, was wir mit dem Projekt bezwecken. Er hat ferner Einzug gefunden in unser Projektlogo, dessen Layout, wie auch das der Informationsschrift für die Praxis, dankenswerterweise von Frau Karla Hey gestaltet wurde. Frau Hey wird außerdem noch den

Fragebogen in seine endgültige äußere Form bringen.

Die Organisationsform wurde letztlich dergestalt festgelegt, dass das Projekt eine Arbeitsgruppe innerhalb des DAZ darstellt, womit eine Satzungsänderung des DAZ nicht erforderlich ist. So wird es ferner den geringsten Verwaltungsaufwand bedeuten, das Projekt in den DAZ zu integrieren, da auch keine separate Satzung und kein separater Vorstand zu schaffen sind. Außerdem unterstreicht diese Form, dass das Projekt zentral im DAZ, in dem es entstanden ist, verankert ist.

Bei der Festlegung des Projekt-Jahresbeitrages wurde entschieden, allen jetzigen DAZ- und BUZ-Mitgliedern einen Vorteil gegenüber (Noch-)Nichtmitgliedern einzuräumen und andererseits den Nichtmitgliedern einen kleinen finanziellen Anreiz zu schaffen, in den DAZ einzutreten. So soll der zusätzliche Projekt-Jahresbeitrag für DAZ-Mitglieder vorläufig 250 Euro betragen, während Nicht-DAZler allein für die Projektteilnahme zunächst 500 Euro entrichten müssen und damit 58 Euro im Jahr mehr zahlen als Mitglieder. Die zukünftigen Beitragshöhen sollen nach Möglichkeit abgesenkt werden, sobald der Gesamtfinanzbedarf erkennbar ist.

Diese und weitere Regelungen sind in einer Projektordnung niedergelegt worden, die Bestandteil der vertraglichen Bindung an das Projekt ist und allen Teilnehmern mit den Antragsformularen demnächst übersandt wird. Diese Ord-

nung enthält im Wesentlichen die allen bereits bekannten, schon früher erläuterten Sachverhalte. Weiter präzisiert wurden darin die Fragen der Mitgliedschaft im Projekt, die Organisation der Projektleitung, der Funktionsträger, der einzurichtenden Arbeitsgruppen und der Mittelverwaltung. Auch die näheren Modalitäten der Fragebogenaktion wurden festgelegt. So wurde zur Erzielung einer Repräsentativität die Verpflichtung eingeführt, dass jeder Teilnehmer täglich einen Fragebogen nach einem immer gleichen Zufallsprinzip einem Patienten aushändigt und damit jährlich ca. 200 Fragebögen zur Auswertung zur Verfügung stellt. Zusätzlich sollen die Fragebögen natürlich auch auf Verlangen des Patienten ausgegeben werden. Die Projektleitung sichert allen Teilnehmern zu, dass die erhobenen Daten streng vertraulich und nur für den internen Projektgebrauch verwendet werden. Aus den gesammelten statistischen Daten, die allen Projektteilnehmern zur Verfügung gestellt werden, ist lediglich

ein Rückschluss auf die Bewertungen des jeweiligen Teilnehmers, nicht aber auf die einzelner dritter Projektteilnehmer zu ersehen.

Alle Beteiligten hoffen auf eine große Akzeptanz seitens der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen innerhalb und außerhalb von DAZ und BUZ. Es ist mittlerweile unaufhaltbar, dass sich unsere Praxistätigkeit durch das GMG und durch andere sich abzeichnende Einschnitte ändert und wir durch diese Fremdbestimmung noch mehr eigene Spielräume einbüßen werden. Wir werden nur dann wieder eine Chance haben, als ernstzunehmende Berufsgruppe und verlässlicher Verhandlungspartner Einflüsse auf die Gesundheitspolitik zu nehmen, wenn wir uns trotz aller Irritationen von außen von unseren Prinzipien einer ethisch verantwortbaren Behandlungsführung nicht abbringen lassen. Das Projekt Qualitätssicherung soll hierzu einen Beitrag leisten.

## QS-Start in Berlin

Am Samstag, dem **28. Februar 2004**, findet ab 14.00 Uhr  
in Berlin-Mitte, im Ramada-Hotel, Chausseestr. 118,  
Tel. 030/278755-0, Fax 030/278755-550,  
Mail [berlin.mitte@ramada-treff.de](mailto:berlin.mitte@ramada-treff.de)

die **Auftaktveranstaltung zum DAZ-Projekt für Qualitätssicherung**  
statt. Alle interessierten Zahnärzte/innen sind herzlich eingeladen.

Für auswärtige Teilnehmer sind Zimmer im Ramada-Hotel reserviert.

Nähere Infos und Anmeldung bei der Kölner DAZ-Geschäftsstelle,  
Tel. 0221/97300545, Mail [daz.koeln@t-online.de](mailto:daz.koeln@t-online.de)

## Letzte Mahnung!

Priv.-Doz. Dr. Stefan Zimmer,  
Düsseldorf

Die drohende Schließung des einzigen deutschen „reinen“ Prophylaxelehrstuhles war Ende September Thema einer Pressekonferenz, zu der die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde nach Berlin geladen hatte. Übereinstimmend beklagten alle Vertreter der wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie der Landespolitik die Reduktion des Personalbestandes an der Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde in Erfurt von derzeit 14 auf 3,8 Stellen als schweren Schlag für Forschung, Lehre sowie Patientenversorgung. Die Fakten stimmen. Das Institut in Erfurt und die dort arbeitenden Wissenschaftler genießen zu Recht einen vorzüglichen internationalen Ruf, und der durch die drastische Reduzierung drohende Verlust für die Prävention an deutschen Universitäten ist immens. Aber was haben die nun Klage Führenden denn eigentlich erwartet? Schon seit mehr als einem Jahrzehnt ringen Hochschullehrer, Politiker und Landesvertreter um eine neue Approbationsordnung, die der Prävention in der Zahnmediziner-Ausbildung mehr Gewicht verleihen soll. Und was ist bisher dabei herausgekommen? Außer vielen guten Vorschlägen, die immer wieder in ministerialen Schubladen verschwinden, und regelmäßigen Verlautbarungen, die von der nun ganz bestimmt kurz bevorstehenden Neufassung der Approbationsordnung für Zahnärzte künden, nicht viel.

Andererseits werden die Institutionen des Gesundheitswesens zu Recht nicht müde, die bereits große und noch weiter

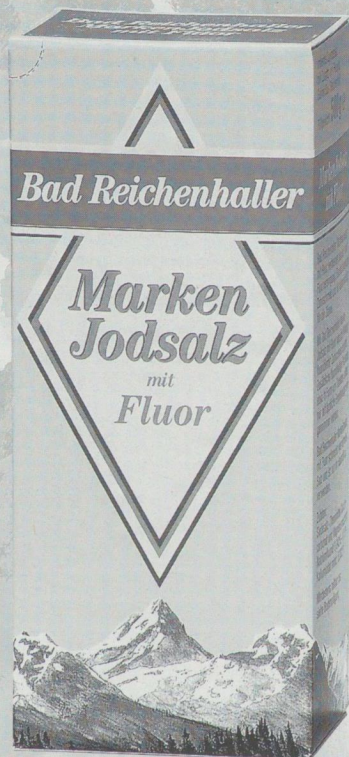
wachsende Bedeutung der Prävention zu beschwören. Mittlerweile halten die viel gepriesenen Prophylaxeaktivitäten schon als Begründung dafür her, dass Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der Prothetik in Zukunft gänzlich wegfallen können.

Aber wer ist eigentlich der Motor der zahnmedizinischen Prävention? Natürlich sind es die Zahnärzte. Diese können aber nur dann die Prävention in Gang halten und weiterentwickeln, wenn sie von ihren Lehrern an den Universitäten entsprechend ausgebildet werden und auch nach ihrer Ausbildung noch mit entsprechenden neuen Erkenntnissen aus der Prophylaxeforschung versorgt werden. Also brauchen wir die Prävention als Unterrichts- und Lehrfach an den Universitäten, und zwar angesichts der Entwicklungen des Gesundheitswesens heute mehr denn je. Wie kann es dann sein, dass die gleichen Institutionen, die die Bedeutung der Prävention fortwährend beschwören, es in mehr als einem Jahrzehnt nicht geschafft haben, ihr mehr Raum in der zahnärztlichen Ausbildung zu verschaffen? Darin liegt für mich der eigentliche Skandal. Denn solange die Prävention nicht als Lehrfach in der Approbation für Zahnärzte verankert ist, gehört sie nicht zum Pflichtcurriculum der Universitäten. Und ich muss leider - auch als Präventivzahnmediziner - mein Verständnis für die Entscheidungsträger an den Universitäten äußern, die unter dem Druck enormer Sparzwänge zunächst bei den Leistungsangeboten kürzen, die nicht zum Pflichtenkanon gehören. Ich wünsche mir, dass wir das Trauerspiel in Erfurt als Mahnung für die rasche Verabschiedung einer zukunftsfähigen präventionsorientierten Approbationsordnung wahrnehmen.

# 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**

## Kommunikation mit ängstlichen Patienten

Dr. Walter Schulz, Rothenburg

Die Angst vor Zahnbehandlungen lässt sich auffassen als ein Verhalten, das die Folge einer Konditionierung durch eine oder mehrere negative Behandlungserfahrungen ist. Diese Erlebnisse bestehen im Kern fast immer aus dem Gefühl, mangelnde Kontrolle über die Situation zu haben oder ausgeliefert zu sein. Dazu kommen individuell verschiedene Wahrnehmungen von einzelnen Reizen der Gesamtsituation, wie Schmerz, Geräusche, Eigenwahrnehmung usw., aber auch Äußerungen des Zahnarztes. Neben diesen authentischen Erlebnissen gibt es außerdem die Möglichkeit der Konditionierung durch Berichte oder Beobachtung anderer Personen (insbesondere wichtige Bezugspersonen), hieraus erklärt sich die Angst vieler kleiner Kinder, die selbst keinerlei Behandlungserfahrung haben.

Folge dieses Lernprozesses ist ein Zustand, der durch den fast reflexartigen Ablauf verschiedener physiologischer und psychischer Prozesse gekennzeichnet ist. Dabei kommt es nach Wahrnehmung individueller Auslöser zur gemeinsamen Aktivierung einer körperlichen Reaktion und der dazugehörigen Erinnerungen an vergangene negative Erfahrungen beim Zahnarzt. Diese verstärken sich gegenseitig und führen schließlich zu einem individuell unterschiedlichen Verhalten, das im Allgemeinen von Verkrampfung, Kreislaufproblemen bis hin zum Kollaps oder Vermeidungsreaktionen (wie z. B. Würgen, zwanghaftes Ausspülen) gekennzeichnet ist. So störend dieses



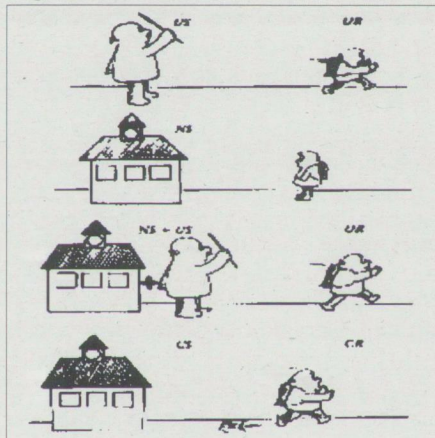
Geboren am 20.10.1965. Nach Studium in Hamburg, Promotion und Assistenzzeit seit 1993 als Zahnarzt in eigener Praxis in Rothenburg/Wümme (Niedersachsen) niedergelassen. Nach Ausbildung in zahnärztlicher Hypnose (Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Hypnose, DGZH) sowie klinischer Hypnose (Milton-Erickson-Gesellschaft) Spezialisierung auf Therapie von Zahnarztangst bei Kindern und Erwachsenen. Außerdem tätig als Trainer und Supervisor der DGZH sowie als Referent für die Akademie Praxis und Wissenschaft.

Verhalten aus der Sicht des Zahnarztes auch sein mag, für den Patienten stellt es jeweils die momentan beste Lösung seines Problems dar, er wird es also in der Regel nur dann aufgeben, wenn ihm eine auch aus seiner Perspektive bessere Lösungsmöglichkeit angeboten wird. Therapeutisch gibt es verschiedene Ansätze, diesen Teufelskreis zu unterbrechen und dem Patienten zu ermöglichen, geeignetere Verhaltensweisen zu entwickeln. In der zahnärztlichen Praxis am einfachsten umsetzbar ist eine Veränderung der Rahmenbedingungen mit dem Ziel, „klassische“ Angstauslöser, wie z. B. den Geruch, auszuschalten. Weitere Möglichkeiten sind der Einsatz gezielter Kommunikationsformen im Rahmen des ärztlichen Gesprächs sowie einfache Unterbrechungen des

üblicherweise ablaufenden Angstverhaltens, so führt z. B. vor einer Exzision allein die freundliche Bitte, die Hände auf den Bauch zu legen, anstatt sie an der Armlehne festzukrallen sehr oft zu einer deutlich positiveren Erfahrung für den Patienten. Entspannungsverfahren lassen sich in fast allen Fällen sehr erfolgreich einsetzen; aufgrund ihrer großen individuellen Flexibilität und demzufolge extrem schnellen Wirksamkeit kommt hierbei den modernen Hypnoseverfahren die wohl größte praktische Bedeutung zu. Ausgeprägte Formen der Behandlungsangst benötigen dagegen komplexere Therapieansätze, die insbesondere auch die kognitiven Aspekte des Patientenerlebens berücksichtigen sollten. Als sehr erfolgreich haben sich hierbei, auch in Kombination, die Hypnose- und die Verhaltenstherapie erwiesen. Im allgemeinen ist deshalb, schon aus zeitlichen Gründen, die Zusammenarbeit zwischen Zahnärzten und entsprechend interessierten und ausgebildeten Psychotherapeuten empfehlenswert.

Während also die Behandlung der eher seltenen schwer phobischen Patienten durchaus auch außerhalb der Zahnarztpraxis durch einen Psychotherapeuten erfolgen könnte<sup>1</sup>, sollten alle schwächer ausgeprägten Angstzustände im Rahmen des zahnärztlichen Praxisalltags zumindest soweit gemindert werden können, dass eine für Patient und Zahnarzt gleichermaßen befriedigende Behandlung möglich wird. Der gezielte Umgang des gesamten Praxisteams mit der Angst vor der Zahnbehandlung hat dabei nicht nur eine deutlich verbesserte Befindlichkeit der Patienten zur Folge, er wirkt sich darüber hinaus auch auf die eigentlichen Komponenten

der zahnärztlichen Tätigkeit sehr positiv aus. Ein Patient, der Angst vor einer zahnärztlichen Behandlung hat, betritt die Praxis in den meisten Fällen mit einem inneren „Nein!“ zur Ausführung dieser Behandlung. Diese negative Grundhaltung ist dann die Basis für die gesamte Kommunikation mit dem Patienten, während derer dann aus dem allgemeinen „Nein“ zum Zahnarzt ein „Nein“ zur konkreten Therapie wird. Selbst wenn der Patient aus vernunftmäßiger Einsicht in die Behandlung einwilligt, macht das beständige „Nein!“ während der Behandlung, das sich in Verkrampfung oder Vermeidungsreaktionen äußert, eine lege artis ausgeführte Therapie oft genug zur Schwerstarbeit, wenn nicht sogar ganz unmöglich, und führt dann im schlimmsten Fall zu einem „Nein“ zum Behandlungsergebnis. Ziel der gesamten Kommunikation<sup>2</sup> mit ängstlichen Patienten sollte also ein



**Abb. 3.** Klassische Konditionierung einer Angstreaktion (aus: Pytel/Perrez, 1978)  
 (US = un konditionaler Stimulus;  
 UR = un konditionale Reaktion;  
 NS = neutraler Stimulus;  
 CS = konditionierter Stimulus;  
 CR = konditionierte Reaktion)



„Ja!“ zum Zahnarzt und zur zahnärztlichen Behandlung sein, das soweit wie möglich auch emotional ein „Ja“ ist. Im Folgenden möchte ich darstellen, wie sich eine solche Kommunikation unter den Bedingungen einer normalen zahnärztlichen Praxis verwirklichen lässt.

### **Die Rahmenbedingungen**

Normalerweise wird der Weg eines Patienten in und durch die Praxis begleitet von zahlreichen Negativauslösern für seine Angst, wie z. B. Geruch, Geräusche, Erfahrung von Zeitdruck und Unfreundlichkeit usw. Diese begünstigen die Aktivierung seiner bisherigen angstvollen Zahnarzterfahrungen und führen somit dazu, dass der Focus seiner Wahrnehmung auf weitere negative Reize eingeengt ist, die ihn in seiner bisherigen Erfahrung bestätigen, dass Zahnarzt „einfach nur schrecklich“ ist (Abb.1). Deshalb ist es vorteilhaft, den üblichen Ablauf dieses Musters „Zahnarztbesuch“ gezielt zu unterbrechen, indem man dem Patienten Reize anbietet, die für ihn in diesem Kontext neu sind. Da man im allgemeinen nicht weiß, welche Auslöser für die Angst eines Patienten besonders wirkungsvoll sind, ist es sinnvoll, möglichst viele verschiedene Musterunterbrechungen anzubieten.

### **Möglichkeiten solcher Musterunterbrechungen sind z.B.:**

- Veränderter Praxisgeruch durch Ersetzen der dafür verantwortlichen Substanzen, evtl. auch Aromatisierung mit ätherischen Ölen (dauerhaft nur in Räumen, in denen nicht gearbeitet wird)
- Anbringen eines Türgongs oder Windspiels

- sichtbar von den üblichen Erwartungen abweichende farbliche Gestaltung und Einrichtung
- freundliche, ruhige Stimmung im gesamten Team, besonders aber am Empfang, da dieser erste Kontakt prägend für das weitere Erleben des Patienten in der Praxis ist
- Kinder von Anfang an verbal und nonverbal auf deren eigener Ebene ansprechen
- im Anamnesebogen nach Behandlungängsten bzw. Interesse an Entspannungshilfen fragen sowie Informationen abfragen, die Hinweise auf mögliche Fähigkeiten des Patienten geben (z.B. Beruf)
- gezielter Einsatz von Musik

Alle diese Musterunterbrechungen begünstigen einen Zustand, in dem der Patient mit seiner Aufmerksamkeit „außen“ bleibt, d. h. er erlebt in seiner Wahrnehmung den aktuellen Praxisbesuch und nicht die Summe seiner bisherigen Erlebnisse (Abb. 2). Ein solcher Aufmerksamkeitsfocus ist also eher auf neue (angenehmere) Erfahrungen ausgerichtet und macht es damit wesentlich einfacher, dem Patienten entspannende Hilfen erfolgreich anzubieten. In vielen Fällen führt allein diese gezielt veränderte Praxiswahrnehmung schon zu einem völlig veränderten Erleben des Patienten auch während der Behandlung.

### **Gezielte Kommunikation**

Erfahrungsgemäss wird das mitfühlende Eingehen des Behandlers auf die Angst eines Patienten von diesem zwar immer als wohltuend und erleichternd empfunden, es hat jedoch in den meisten Fällen keine wirklich dauerhafte Besserung des

Zustandes zur Folge und kann überdies im Einzelfall erhebliche Zeit kosten, die im allgemeinen im normalen Praxisablauf nicht vorhanden ist. Es kommt also darauf an, auch die Kommunikation mit dem ängstlichen Patienten so effizient zu gestalten, dass bei vertretbarem Zeitaufwand ein möglichst dauerhafter Nutzen erzielt wird. Hierfür ist es hilfreich, von dem Grundsatz auszugehen, dass der Patient nicht nur sein Problem (die Angst) mit in die Praxis bringt, sondern grundsätzlich auch die Fähigkeit, dieses Problem selbst zu lösen. Eine auf diesem Grundsatz aufbauende Kommunikation ist geprägt von konstruktiven Fragen, die zum Ziel haben, in kürzestmöglicher Zeit die Grundbedürfnisse eines Patienten zu erfahren, die für eine als angenehm empfundene Behandlung berücksichtigt werden müssen. Zu diesem Zweck lässt man der üblichen Eingangsfrage „Was kann ich für Sie tun?“ die Frage folgen „Was ist wichtig für Sie, damit Sie sich während der Behandlung wohl fühlen?“. Patienten antworten hierauf sehr oft mit Aussagen wie „Ich möchte keine Schmerzen haben ... mich nicht so ausgeliefert fühlen ...

wissen was gemacht wird.“ Im Folgenden kommt es dann darauf an, hieraus durch konstruktives Nachfragen eine positive Aussage entstehen zu lassen und dabei als Behandler der Versuchung zu widerstehen, Vorschläge zu machen im Sinne von „Ach ja, dann machen wir einfach ... dann brauchen Sie bestimmt ...“. Diese bergen immer die Gefahr einer ablehnenden Antwort, die dann ein erneutes Aufgreifen des Fadens erfordert und somit Zeit kostet. Im Idealfall endet diese Kommunikation nach zwei oder drei konstruktiven Fragen mit der abschließenden Frage „Wenn alle diese Bedingungen erfüllt sind, wie würde es Ihnen dann gehen?“. Als Antwort erhält man hier fast regelmäßig eine positive Zustandsbeschreibung wie entspannt, befreit, gleichberechtigt. Diese wird in der Karteikarte notiert und bildet die Grundlage der gesamten weiteren Kommunikation mit dem Patienten.

## Entspannungsverfahren

Körperliche Entspannung durchbricht den oben beschriebenen Teufelskreis der Angstreaktion und erhöht damit

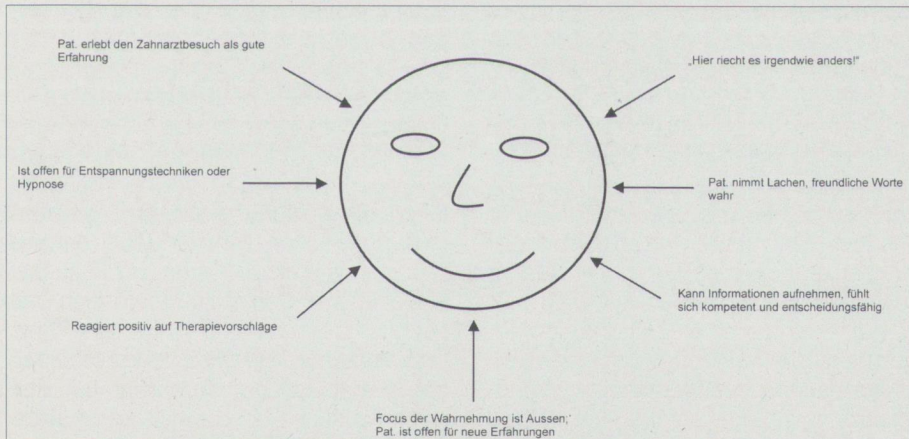


Abb.2

die Wahrscheinlichkeit, dass eine Zahnbehandlung wesentlich angenehmer erlebt wird. Standardmethoden wie Autogenes Training, progressive Muskelrelaxation nach Jacobson oder meditative Verfahren sind hier grundsätzlich wirksam, haben den Nachteil, dass ihre Erlernung im allgemeinen relativ lange Zeit erfordert. Diese Zeit kann in der Praxis aus organisatorischen und Kostengründen so gut wie nie aufgebracht werden. Diese herkömmlichen Entspannungsmethoden sind daher nur dann sinnvoll, wenn sie bereits vorab außerhalb des zahnärztlichen Kontextes erlernt werden können. Falls ein Patient jedoch eine solche Methode beherrscht (was man meist im Rahmen der oben beschriebenen „Grundbedürfnis-Anamnese“ erfährt), sollte er auf jeden Fall in deren Anwendung auch auf dem Zahnarztstuhl unterstützt werden.

### **Hypnose**

Eine besondere Bedeutung haben in diesem Zusammenhang die modernen Hypnoseverfahren, die sich in der Zahnarztpraxis zunehmend durchsetzen. Diese Verfahren zeichnen sich dadurch aus, dass sie die individuellen Entspannungsfähigkeiten von Patienten nutzbar machen. So wird es einem Patienten, der gern in der Sonne liegt, leicht fallen, sich bei der Vorstellung von Wärme zu entspannen, während ein anderer möglicherweise gern ins Kino geht oder im Bett Musik hört und demzufolge eher bei der Vorstellung von Bildern oder Klängen entspannen kann. Vereinfacht gesprochen, schafft man mit Hilfe moderner Hypnose einen Zustand, in dem sich der Patient auf möglichst vielen Sinnesebenen in einer alternativen, inneren Erfahrung befindet, die er im Idealfall als

so wirklich empfindet, dass die äußere Wirklichkeit „Zahnarzt“ im Hintergrund verschwindet. Da sich über die körperliche Entspannung hinaus noch andere Effekte mit ihr erzielen lassen (wie z.B. Kontrolle von Blutungen und Speichelfluss, Ausschaltung eines übersteigerten Würgereflexes) stellt die moderne klinische Hypnose, auch bei Patienten ohne grössere Ängste, zur Zeit das geeignetste Verfahren zur Begleitung von Zahnbehandlungen dar.

### **Phobiebehandlung**

Während den meisten ängstlichen Patienten mit Hilfe der oben beschriebenen Maßnahmen eine entspannte, oft sogar als angenehm empfundene Zahnbehandlung ermöglicht wird, gibt es eine Patientengruppe, deren Anteil in Studien auf 10-20% beziffert wird, der eine Behandlung auch unter diesen Umständen nicht oder nur in schlechtem Zustand möglich ist. Nur in diesen Fällen ist es angebracht, von einer Phobie vor zahnärztlicher Behandlung zu sprechen. Vorausgesetzt, eine solche ist wirklich erwünscht, was längst nicht immer der Fall ist, gibt es verschiedene Möglichkeiten, diesen Patienten zu helfen.

### **Verhaltenstherapeutische Ansätze**

Verhaltenstherapeutische Verfahren sind zur Zeit die häufigsten Methoden, die von Psychologen bei der Behandlung von Ängsten eingesetzt werden. Im wesentlichen geht es dabei darum, sich in einzelnen Schritten an die angstauslösenden Reize zu gewöhnen. Je nachdem wie diese Schritte aussehen und wie groß sie sind, unterscheidet man verschiedene Verfahren. Bei der systematischen Desensibilisierung stellt

sich der Patient die Reize zunächst nur vor, und erst wenn er bei dieser Vorstellung entspannt bleiben kann, begegnet er ihnen in der Realität. Anders beim sogenannten Modellernen, hier beobachtet der bisher Ängstliche die Reaktion eines anderen Menschen, der in der Lage ist, mit der angstauslösenden Situation umzugehen. Beim Verfahren der Reizüberflutung schließlich wird der Patient (nach vorherigem Erlernen einer Entspannungsmethode) sofort massiv seinen Angstreizen ausgesetzt. Alle Verfahren lassen sich grundsätzlich auch in der Zahnarztpraxis erfolgreich einsetzen, erfordern aber einen sehr hohen Zeitaufwand. Hinzu kommt, dass es in Deutschland keine auf Zahnärzte spezialisierte Ausbildung gibt. Diese Nachteile haben dazu geführt, dass die Verhaltenstherapie im Zusammenhang mit der Therapie von Zahnbehandlungsangst innerhalb der Zahnarztpraxis in Deutschland nur sehr selten angewendet wird.

### **Kombinierte Verfahren**

Hierunter lassen sich die zur Zeit wohl modernsten Methoden zur Angsttherapie in der Zahnarztpraxis zusammenfassen. Grundsätzlich bestehen diese Verfahren aus der Kombination einer der oben genannten Methoden mit der gezielten Aufarbeitung der negativen Wahrnehmungen und Grundüberzeugungen des Patienten im Zusammenhang mit seiner Angst. Insbesondere bei sehr großer Angst kommt es hierdurch zu einem deutlich schnelleren Behandlungserfolg. In Deutschland sind mir zwei Methoden bekannt. Eine an der Universität Witten-Herdecke entwickelte Variante, die eine Form der systematischen Desensibilisierung mit

Entspannungstraining und mentaler Auseinandersetzung mit der eigenen Angst kombiniert sowie die im Rahmen der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose entwickelte sog. Ressourcenorientierte Angsttherapie, bei der die mentale Auseinandersetzung mit Hypnose kombiniert wird. Diese ermöglicht es dem Patienten, sich einen Zustand vorzustellen, in dem er seine Angst überwunden hat. Nach Benennung dieses Zustandes (z. B. als Gefühl der Entspannung, Geborgenheit oder auch Freiheit) wird er angeleitet, nach einer Erfahrung in seinem Leben zu suchen, in der er diesen Zustand bereits kennen gelernt hat. Diese sog. Ressourcenerfahrung<sup>3</sup> wird dann mit Hilfe von Hypnose als eine Art von innerer Wirklichkeit derart aktiviert, dass die äußere Realität „Zahnarztbehandlung“ an Bedeutung verliert und als bewältigbar erlebt wird.

Beide Verfahren führen in vergleichbarer Zeit von ca. 60 – 90 Minuten zum Erfolg, wobei ich persönlich die Wittener Methode nur aus, allerdings sehr seriösen, Veröffentlichungen kenne, während die Ressourcenorientierte Angsttherapie in meiner Praxis das Standardverfahren bei Zahnbehandlungsphobie ist. Darüber hinaus ist mir für die Wittener Therapie kein Fortbildungsangebot für niedergelassene Zahnärzte bekannt, sodass eine solche Behandlung zur Zeit vermutlich nur an der Universität Witten-Herdecke sowie am sog. „Therapiezentrum für Zahnbehandlungsangst“ in Bochum möglich ist. Demgegenüber ist die Ressourcenorientierte Angsttherapie auch in einer ständig wachsenden Anzahl von Praxen niedergelassener Kollegen verfügbar.

### **Vollnarkose**

Sanft entschlummern und anschließend mit vollständig sanierten Zähnen wieder aufwachen – ein nur zu verständlicher Traum vieler ängstlicher Patienten. Doch wie bei vielen anderen Träumen gibt es auch bei diesem leider gewisse Unterschiede zur Wirklichkeit. Da ist zum einen das grundsätzliche Risiko jeder Narkose; auch wenn ernsthafte Zwischenfälle sehr selten geworden sind, gibt es nach wie vor keine Garantie, dass ein Patient diese ohne spätere Folgen übersteht. Wesentlich bedeutsamer sind aber die Probleme, die direkt im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Therapie entstehen. Komplexere Behandlungsmaßnahmen, wie sie insbesondere zur Herstellung von Zahnersatz erforderlich sind, sind nicht oder nur mit sehr kompromisshaftem Ergebnis durchführbar. Außerdem ist eine echte Überwindung der Angst, die ja für die zahnärztliche Zukunft des Patienten sehr wichtig ist, unwahrscheinlich, da keine Auseinandersetzung mit den angstausslösenden Reizen stattfindet.<sup>4</sup> Hilfreich sein kann die Narkose allerdings, wenn es darum geht, umfangreiche chirurgische Maßnahmen zu Behandlungsbeginn schnell durchzuführen, um z.B. rezidivierende Schmerzzustände kurzfristig in den Griff zu bekommen.

### **Kinder**

Wie bei der Karies so ist es auch bei der Behandlungsangst am besten, wenn sie gar nicht erst entsteht. Es ist deshalb hilfreich, darauf zu achten, dass kleine Kinder nur gemeinsam mit solchen Erwachsenen in die Praxis kommen, die selbst angstfrei und entspannt beim Zahnarzt sind. Darüber hinaus sollten Behandlungen in einer der Entwick-

lungsstufe des Kindes entsprechenden Art und Weise kommunikativ begleitet werden. Das kann zum Beispiel geschehen, in dem parallel zur Behandlung eine für das Kind interessante Geschichte erzählt wird, die es ihm ermöglicht während der Zahnbehandlung auftretende Reize umzuinterpretieren. So kann zum Beispiel der Sauger zum Wind während eines Fluges durch die Wolken werden, Empfindungen bei der Anästhesie mutieren zu Steinchen oder Scherben, die man beim Anschleichen im Rahmen eines spannenden Abenteuers überwinden muss. Bei Kindern ab ca. 10 Jahren eignen sich auch formale Hypnoseverfahren, mit deren Hilfe zum Beispiel die Empfindungsfähigkeit im Behandlungsgebiet für die Dauer der Behandlung „abgeschaltet“ werden kann.

Wenn Kinder bereits mit großen Ängsten kommen eignen sich die gleichen Vorgehensweisen, nur muss vorher das Vertrauen des Kindes gewonnen werden, was am einfachsten dadurch geschieht, dass man die Muster der vorherigen Zahnarztbesuche konsequent durchbricht, indem man es z.B. persönlich im Wartezimmer abholt oder durch einfache Zaubertricks signalisiert „Bei uns ist alles anders“. Die eher seltenen Fällen von Kindern, die jede Behandlung verweigern erfordern meist ein sehr differenziertes Vorgehen, bei dem insbesondere die Familienstrukturen berücksichtigt werden müssen. Eine Darstellung der möglichen Vorgehensweisen würde jedoch den Rahmen dieses Beitrages sprengen.

### **Liquidation**

Wie bei jeder Neuerung im Praxisablauf stellt sich natürlich auch für alle oben beschriebenen Ansätze die Frage nach

den wirtschaftlichen Auswirkungen auf die Praxis. Dabei sind alle Vorgehensweisen, die unter „Rahmenbedingungen“ und „Gezielte Kommunikation“ beschrieben worden sind nicht nur kostenneutral, die vereinfachte Behandlung vermeintlich schwieriger Patienten spart sogar Zeit und damit Kosten.

Anders verhält es sich bei Techniken zur Entspannung oder zur Therapie von extremen Phobien. Selbst die sehr schnell wirksamen modernen Hypnosetechniken erfordern immer noch soviel Zeit, dass eine private Vergütung durch den Patienten unumgänglich ist. Bewährt hat sich hier die Berechnung in Form einer zeitabhängigen Pauschale auf Basis des individuellen Stundenhonorars der jeweiligen Praxis. Dabei sollte eine bescheinigte anerkannte Ausbildung natürlich die Voraussetzung für jede Form der Liquidation sein. Private Versicherer erstatten mittlerweile in vielen Fällen zumindest die Kosten für die allgemein als hilfreich anerkannte Hypnose, falls der Patient mit der Rechnung ein Zertifikat einreicht, das die Ausbildung bei einer anerkannten Fachgesellschaft bescheinigt.

### **Fortbildungsmöglichkeiten**

Fortbildungsangebote zur Verbesserung der Kommunikation mit Patienten gibt es inzwischen überreichlich; eine Beurteilung der Qualität der einzelnen Veranstaltungen kann vorab allenfalls erfolgen, indem man versucht, den Anteil an praktischen Übungen festzustellen. Kurse, in denen hauptsächlich Kommunikationsmodelle diskutiert werden, sind für die Praxis wertlos. Hervorragende Kurse für den Umgang mit Kindern bieten einige Kammern an, der Wert des neu aufgelegten Kinder-Curri-

culums der APW wird sich auf diesem Sektor erst noch erweisen müssen. Erwähnenswert sind hier außerdem noch die vielfältigen Angebote für Fortbildung im sog. Neurolinguistischen Programmieren. Eine solche Ausbildung hat vielen Kollegen weitergeholfen, andere betrachteten den erheblichen Aufwand, der damit verbunden ist im nachhinein als verschwendet. Es erscheint zumindest ratsam darauf zu achten, dass es sich um Kurse handelt, die sich direkt an Zahnärzte wenden.

Die aktuell zweifellos größte Bedeutung kommt jedoch der Ausbildung in zahnärztlicher Hypnose zu, die im wesentlichen von zwei Fachgesellschaften getragen wird, die beide umfassende Curricula anbieten. Die Deutsche Gesellschaft für Hypnose (DGH, [www.hypnose-dgh.de](http://www.hypnose-dgh.de)) beschränkt dabei ihre Kurse auf Zahnärzte, die Ausbildung von Helferinnen wird abgelehnt; in der Praxis hat sich gezeigt, dass diese exklusive Bindung der Kenntnisse allein an den Behandler die Integration in den Praxisablauf in vielen Fällen erheblich erschwert. Demgegenüber bildet die Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose (DGZH, [www.dgzh.de](http://www.dgzh.de)), die weitaus die meisten Kurse in der Bundesrepublik organisiert, auch Helferinnen aus.<sup>5</sup> Wer sich für eine Ausbildung in Zahnärztlicher Hypnose interessiert, sollte dabei darauf achten, dass ein Fortbildungsangebot neben spezifischen Hypnosetechniken immer auch den dazugehörigen kommunikativen Rahmen vermitteln kann, der eine reibungslose, zügige Integration in den Praxisablauf stark vereinfacht. Darüber hinaus gibt es noch einige Angebote von engagierten Kollegen, die sich intensiv mit der Behandlung ängstlicher Patienten befassen und entsprechende Kurse anbieten.

## Zusammenfassung

Angst vor der zahnärztlichen Behandlung ist für viele Patienten ein Problem. Neben der subjektiv empfundenen Einschränkung der persönlichen Lebensqualität führt sie in vielen Fällen außerdem zu einer objektiven Verschlechterung der zahnärztlichen Arbeit. Der vorliegende Beitrag soll Möglichkeiten aufzeigen, wie kommunikativ mit den Ängsten von Patienten umgegangen werden kann. Hierfür wird ein Modell vorgestellt, das vom Umgang mit „normaler“ Angst bis hin zur Therapie krankhafter Phobien reicht. Fortbildungsmöglichkeiten sowie die betriebswirtschaftlichen Implikationen der praktischen Umsetzung werden abschließend besprochen

<sup>1</sup> Das Überweisen der Therapie an einen Psychologen hat allerdings einige Nachteile. So ist die reale (nicht imaginierte) Konfrontation mit dem angstauslösenden Stimulus bzw. der entsprechenden Situation eine unumstrittene Voraussetzung jeder Form von Angsttherapie. Das bedeutet aber, dass der Psychologe begleitend zur Zahnbehandlung direkt in der Praxis tätig sein müsste, was u. U. erhebliche organisatorische und auch finanzielle Probleme zur Folge hätte.

<sup>2</sup> Kommunikation meint in diesem Zusammenhang die Gesamtheit aller verbalen und nonverbalen Interaktionen, die zwischen der Zahnarztpraxis und dem Patienten stattfinden.

<sup>3</sup> Als Ressource bezeichnet man im Rahmen der Psychotherapie eine Lebenserfahrung des Patienten, deren kognitive und emotionale Bestandteile er nutzen kann um ein aktuelles Problem zu lösen.

<sup>4</sup> Die in diesem Zusammenhang in einigen sog. Angstkliniken angebotenen zahnärztlichen Therapien in ITN, deren Vertreter eine dauerhafte positive Beeinflussung der Angst behaupten sind einen nachvollziehbaren Beweis hierfür bisher schuldig geblieben. Demgegenüber gibt es zumindest Einzelfälle, in denen Patienten nach einer solchen Therapie mit katastrophalen sog. langzeitprovisorischen Versorgungen und ohne jede Veränderung ihrer Angst dastanden.

<sup>5</sup> Die in diversen Zahnärztekammern stattfindenden Kurse entsprechen inhaltlich den Kursen der DGZH, werden auch von deren Referenten geleitet und sind im Allgemeinen kompatibel mit den Curricula, die die DGZH selbst veranstaltet.

## Amalgam

Seitdem 1826 der Pariser Zahnarzt Ta-veau Amalgam als das ideale Füllungs-material für den Seitenzahnbereich eingeführt hatte, ist die Diskussion um die Vor- und Nachteile nicht abgeklungen. Diese Auseinandersetzung wurde nicht immer sachlich geführt – in der Literatur wird sogar von einem Amalgamkrieg in den USA gesprochen, der bis ca. 1850 anhielt, aber nie wirklich zur Ruhe gekommen ist. Verschiedene wirtschaftliche Interessen brachten neben medizinischen Erkenntnissen das Material immer wieder in Misskredit. 1992 wollte das bga (Bundesgesundheitsamt, Berlin) durch Herausgabe einer Informationsschrift dieser Unsicherheit ein Ende bereiten, in der ein Indikationskatalog aufgestellt wurde und als Folge bei allgemeiner Unbedenklichkeit z.B. für Patienten mit nachgewiesener Amalgamallergie die Versorgung mit Kunststofffüllungen nach BEMA ermöglicht wurde. Auch wurden alle Ansätze der Vergiftungs-Diagnostik und -Therapie der „alternativen“ Behandler klar in Zweifel gezogen. Die Broschüre brachte Beruhigung in die Praxen. Die einen versorgten ihre Patienten bei Beachtung der Indikationseinschränkungen weiter und erfolgreich mit Amalgam, die anderen nahmen aus der Broschüre die Möglichkeit, „ganzheitlich“ zu behandeln und auf eine „höherwertige“ Versorgung umzusteigen, wobei sie breite Unterstützung durch die Dentalindustrie fanden.

Eigentlich ist Ruhe an der Amalgam-Front. So wundert es, das als Nachfolger des bga, das BfArM (Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte)

nun, im August 2003, eine neue Amalgambroschüre herausgegeben hat, die die aktuelle Nutzen-Risiko-Bewertung des Füllungsmaterials zusammenstellt – und es ist inhaltlich die gleiche wie vor 11 Jahren. Die Broschüre unter [www.bfarm.de](http://www.bfarm.de) herunter geladen werden. Also nichts Neues für die Amalgamdiskussion?

Der folgende Artikel von Prof. H.J.Staehle „Amalgam versus Komposit“, Nachdruck aus ZWP spezial 4/2003, hingegen stellt den heutigen Stand der Diskussion noch einmal prägnant zusammen und stellt darin in brillanten Abbildungen (siehe auch Umschlagseite) für uns überraschende Therapiegründe und –möglichkeiten dar.

## Amalgam versus Komposit

Prof. Dr. med. Dr. med. dent.  
Hans Jörg Staehle, Heidelberg

*Bis in die 90er Jahre war Amalgam das Mittel der ersten Wahl zur Versorgung von Kavitäten im okklusionstragenden Seitenzahnbereich mit plastisch verarbeitbaren Restaurationsmaterialien. Inzwischen stehen vergleichsweise verschleißfeste und farbstabile Komposite zur Verfügung, die in Kombination mit Adhäsiven nicht nur im Frontzahngebiet in vielfältiger Weise eingesetzt werden können, sondern auch im Seitenzahngebiet wesentlich mehr Optionen als Amalgame bieten.*

Mit Kompositen lässt sich inzwischen ein großes Spektrum kavitätenbezogener Restaurationen abdecken. Dazu zählen neben minimalinvasiven Versorgungen kleiner Läsionen (zum Teil in Kombination mit Versiegelungen) und mittelgroßen „Füllungen“ auch ausgedehntere Restaurationen bis hin zu direkten Höcker- und Kronenaufbauten als ernsthafte Alternativen zu indirekt gefertigten Werkstücken wie zum Beispiel Inlays oder (Teil)kronen. Auch zur

Reparatur vorhandener Restaurationen sind adhäsiv befestigte Komposite sehr gut geeignet (vgl. Abb. 1 und 2). Daneben gewinnt das Einsatzgebiet für kavitätenunabhängige Restaurationen eine immer größere Bedeutung. Dazu zählen mannigfaltige Zahnformungen wie zum Beispiel direkte Zahnverbreiterungen zur Lückenverkleinerung oder zum Lückenschluss.<sup>6,8</sup> Auch eine Kombination von kavitätenbezogenen und kavitätenunabhängigen Restaurationen ist möglich. Die Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) und die deutschen Hochschullehrer für Zahnerhaltung haben im Jahr 2003 dazu eine entsprechende Stellungnahme abgegeben. Dabei wurde auch auf die besonders aufwändige und verarbeitungssensitive Insertionstechnik der Komposite hingewiesen.<sup>3</sup> Die Möglichkeit einer substanzschonenden Vorgehensweise, das zahnfarbene Aussehen und die Anwendungsvielfalt sind der fachliche Grund, weshalb Komposite in



den letzten Jahren stark an Bedeutung im Vergleich zu Amalgam gewonnen haben. Aber auch die Verwendung von Amalgam kann heute noch zur Versorgung mittelgroßer Standardkavitäten im Seitenzahnggebiet als probates und bewährtes Vorgehen angesehen werden. Es ist somit nicht angezeigt, die Zahnärzteschaft in zwei Gruppen von Amalgam- oder Kompositbefürwortern zu polarisieren. Man kann durchaus sowohl die Anwendung von Amalgamen als auch von Kompositen vertreten.

### **Bildet Amalgam eine wirkliche Gefahr?**

Bedauerlicherweise wurde die fachliche Diskussion über den adäquaten Einsatz von Amalgamen und Kompositen durch eine vollkommen überzogene Diskussion über befürchtete Unverträglichkeiten und Vergiftungen durch Amalgame belastet. In der Zwischenzeit kann es als erwiesen angesehen

werden, dass Amalgamfüllungen bei verarbeitungsgerechtem und bestimmungsgemäßem Einsatz toxikologisch unbedenklich sind. Von toxikologischer Seite spricht somit nichts gegen das Einbringen neuer Amalgamfüllungen. Insbesondere aber kann man gegenüber Patienten, die mit intakten Amalgamfüllungen den Zahnarzt zur Beratung aufsuchen, die Empfehlung aussprechen, alles zu belassen. Jedes zahnärztliche Restaurationsmaterial hat Risiken und Nebenwirkungen. Ein Vergleich zwischen Amalgam und Komposit zeigt, dass beide Materialgruppen in dieser Hinsicht ähnlich einzustufen sind. Das Risiko gesundheitlicher Belastungen ist sowohl bei Amalgam als auch bei Kompositen vergleichsweise gering.<sup>7</sup> Die vor allem in den 80er und 90er abgelaufenen Anti-Amalgam-Kampagnen waren – man kann dies nicht oft genug wiederholen – toxikologisch nicht begründet. Sie haben großen Schaden angerichtet und zum Beispiel dazu geführt, dass

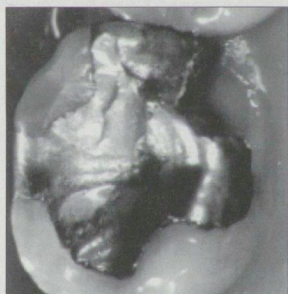


Abb. 1.1: Die Patientin kommt wegen einer kürzlich aufgetretenen Höckerfraktur distolingual zur Behandlung

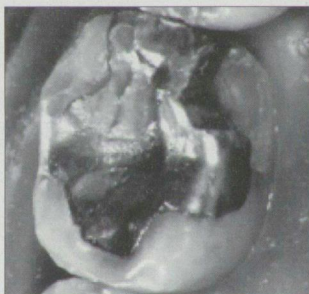


Abb. 1.2: Situation nach absoluter Trockenlegung mittels Kofferdam.

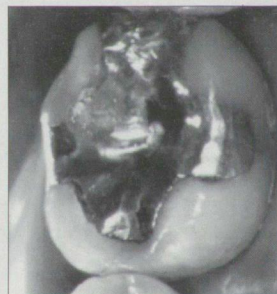


Abb. 1.4: Situation nach Ausarbeitung und Politur. Durch die Reperatur konnte auf vergleichsweise einfache Art eine stark-invasive, substanzopfernde Versorgung vermieden werden.

eine sehr hohe Zahl intakter Restaurationen entfernt, erhaltungswürdige Zähne zum Zweck einer vermeintlichen Entgiftung gezogen und zuweilen sogar Kieferknochenausfräsungen vorgenommen wurden. Diese eindeutigen Fehlbehandlungen hatten zum Teil regelrechte Gebissverstümmelungen zur Folge. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat dies in einem Gutachten zum Thema zahnmedizinische Über-, Unter- und Fehlversorgung, an dessen Abfassung der Autor beteiligt war, vor kurzem herausgearbeitet.<sup>5</sup> Ohne die bewusst emotional aufgezogenen Anti-Amalgam-Kampagnen hätte der allmähliche Wechsel von Amalgam zu Komposit zum Nutzen der Bevölkerung wesentlich kontrollierter vollzogen werden können. Vertreter von Zahnärzteschaft, Kostenträgern, Behörden, Gerichten, Industrie, Medien und sogar einiger Universitäten haben in dieser Auseinandersetzung bedauerlicherweise keine sehr rühm-

liche Rolle gespielt. Durch das Negieren oder einseitige Interpretieren von wissenschaftlichen Studien zur amalgambedingten Quecksilberbelastung des Menschen wurde die Besorgnis der Bevölkerung in unverantwortlicher Weise gefördert.<sup>1,2</sup>

Die Auslassungen von Vertretern der Alternativmedizin, von den Massenmedien begierig aufgegriffen, haben schließlich die Verängstigungen an die Spitze getrieben. Besonders bemerkenswert erscheint rückblickend die ambivalente Haltung einiger Standsvertreter zum Thema Amalgam. Sie verleiht dem oftmals „irrational“ erscheinenden Streit zumindest aus ökonomischer Sicht ein durchaus rationales Kalkül. Amalgamfüllungen sind eine klassische Kassenleistung. Die Abneigung, die sich in den letzten Jahren zahnärztlicherseits gegenüber Amalgam entladen hat, war zu einem großen Teil eine Ablehnung der als zu niedrig empfundenen Honorare der

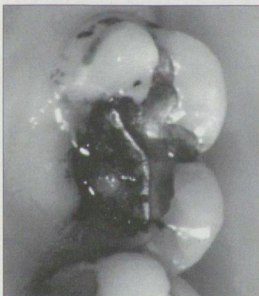


Abb. 2.1: Seit Jahren problemlos inkorporierte Amalgamfüllung bei einer gesunden Patientin ohne Amalgam-Phobie. Vor kurzer Zeit ist eine mesiolinguale Höckerfraktur eingetreten.



Abb. 2.2: Aufbau der verloren gegangenen Zahnschubstanz mittels adhäsiv verankertem Komposit.



Abb. 2.4: Kontrolle nach ca. einem halben Jahr. Keine Hinweise auf Sekundärkarries, parodontale, endodontische, funktionelle oder sonstige Irritationen.

gesetzlichen Krankenversicherung (man sagte Vergiftung, meinte in Wirklichkeit aber Unterbezahlung).

### **Füllungsmaterialien in der GKV**

Die Vorbehalte gegenüber Amalgam, die durch tendenziöse „Aufklärungen“ über mögliche Quecksilbervergiftungen zahnärztlicherseits zuweilen noch verstärkt wurden, wurden durchaus wohlwollend gesehen, solange sie die Entscheidung der Patienten in Richtung indirekter (meist laborgefertigter) Werkstücke kanalisierte, insbesondere dann, wenn es sich um Selbstzahlerleistungen handelte. Die Amalgamkampagnen förderten nämlich auch ohne den Besuch aufwändiger Verkaufsseminare die Durchführung unzähliger zahnärztlicher Sonderleistungen, die mehrere Milliarden DM bzw. Euro zusätzlich in die zahnmedizinische Versorgung fließen ließen. Dass es sich um unnötige oder sogar schädigende Eingriffe handelte, wurde dabei bewusst in Kauf genommen. Der Clou lag darin, dass diese Eingriffe von besorgten Bürgerinnen und Bürgern, auch wenn sie GKV-Mitglieder waren, privat bezahlt wurden. Erst als die Diskussion überhand nahm und ein Amalgamverbot seitens der fachlich vollkommen überforderten Bundesbehörden drohte, wurde gegengesteuert. Ein Amalgamverbot hätte nämlich die Einführung von anderen Versorgungsformen (z. B. mittels Kompositen) als Sachleistung der GKV erzwungen. Wie bizarr und verlogen die Argumentation war, zeigt sich zum Beispiel in einem Leitartikel der Zahnarztwoche (DZW) aus dem Jahr 1995. Als Antwort auf

eine drohende Indikationsausweitung von Kompositen innerhalb der GKV-Kataloge

wurde dort allen Ernstes die Empfehlung ausgesprochen, Kompositfüllungen beim Patientengespräch – ähnlich wie zuvor Amalgamfüllungen – mit hohen gesundheitlichen Risiken zu assoziieren und sie zum Beispiel in einen Zusammenhang mit Schädigung ungeborenen Lebens zu bringen, um den Wunsch der angeblich „mündigen“ Patienten in Richtung gewinnträchtigerer Maßnahmen (z. B. Inlays) zu lenken. Die Möglichkeit, Kompositrestaurationen über andere Wege (einschließlich Mehrkostenregelungen) abrechnen zu können, allerdings sehr schnell zu einem Verstummen solcher Empfehlungen geführt. Die heute zu beobachtende Strategie sieht aus, dass man zwar latente Vorbehalte Bevölkerung gegenüber den gering honorierten Amalgamfüllungen aufrechterhalten, gleichzeitig aber eine Streichung dem Kassenkatalog verhindern möchte. Man kann so dem GKV-Patienten offiziell Amalgam anbieten – wohlwissend, dass jahrelangen Kampagnen ihre Wirkung nicht verfehlt haben – und gleichzeitig Alternativen mit entsprechenden Kosten hinweisen.

Verängstigte Patienten, die sich vorhandene Amalgamfüllungen entfernen lassen wollen oder die auf Grund von Läsionen neue Restaurationen benötigen, werden auf diese Weise am leichtesten für Zusatzzahlungen gewonnen.

## Ausblick

Es ist davon auszugehen, dass Komposite in ihren werkstoffkundlichen Eigenschaften künftig weiter verbessert und in ihrer Verarbeitung vereinfacht werden. Das Indikationsspektrum wird sukzessive steigen. Dabei wird vor allem eine Konkurrenzsituation zu laborgefertigten Werkstücken eintreten. Die Behauptung, indirekt hergestellte Restaurationen (z. B. Inlays) seien generell „hochwertiger“ oder „besser“ als direkt eingebrachte Füllungen, lässt sich schon heute nicht mehr aufrechterhalten. Öffentliche Anti-Komposit-Kampagnen größeren Ausmaßes sind bislang ausgeblieben, obwohl ihre vielfältigen Inhaltsstoffe eine analoge Vorgehensweise wie bei Amalgam erlauben würden.

## Voraussetzungen für derartige Kampagnen wären wie folgt zu definieren:

1. Es befinden sich genügend konventionelle Komposite in den Zähnen der Bevölkerung, sodass Austauschaktionen größeren Ausmaßes umsatzrelevant werden.
2. Es liegen genügend Publikationen vor, die – zumindest bei einseitiger Interpretation – ein Schüren von Ängsten erlauben.
3. Es gibt neue Werkstoffe, die sich in ihrer Zusammensetzung von den konventionellen Kompositen hinreichend unterscheiden und einen größeren Bereich von Selbstzahlerleistungen abdecken können.

Ein neuerlicher umfangreicher Austausch intakter zahnärztlicher Restaurationen „lohnt“ sich erst dann, wenn die oben genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Eine bedarfsgerechte zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung spielt bei diesen Überlegungen – wie die Erfahrungen mit der Amalgamdiskussion zeigen – bedauerlicherweise keine dominierende Rolle.

## Literatur:

1. Bailer, J., Rist, F., Rudolf, A., Staehle, H. J.: Amalgamsensitivität, allgemeine Sensitivität gegen Umweltstoffe und psychische Beeinträchtigung. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 29 (1), 24–43 (2000).
2. Bailer J, Rist F, Rudolf A, Staehle HJ, Eickholz P, Triebig G, Bader M, Pfeifer U: Adverse health effects related to mercury exposure from dental amalgam fillings: toxicological or psychological causes? Psychological Medicine 31, 255–263 (2001).
3. Heidemann, D., Hellwig, E., Hickel, R., Klaiber, B., Staehle, H. J.: Direkte Kompositrestaurationen–Erweiterte Anwendung im Front- und Seitenzahngebiet. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) und der Hochschullehrer für Zahnerhaltung. Zahnärztl Mitt 93 (4), 354–355 (46–47) (2003).
4. Pischel, J.: Leitartikel DZW, Ausgabe 35/95 (1995).
5. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2000/2001, Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. III.4: Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2002.
6. Staehle, H. J.: Minimally invasive restorative treatment. J Adhesive Dent 1, 267–284 (1999).
7. Staehle, H. J.: Unverträglichkeit gegenüber Dentalmaterialien. Dt Ärztebl 97, A 3344–3351 (49) (2000).
8. Staehle, H. J.: Prophylaxeorientierte Füllungs-therapie. In: Roulet, J.-F., Zimmer, S.: Prophylaxe und Präventivzahnmedizin. Farbatlanten der Zahnmedizin 16. Thieme Verlag, Stuttgart 2003.

**Nachdruck mit freundlicher Genehmigung aus ZWPspezial 4/2003.**

## MEDIATION - EIN FALL FÜR DIE PRAXIS ?

*„Wohin wir auch blicken, überall entwickeln sich die Chancen aus Problemen.“ (John D. Rockefeller)*

Silke Lange/ Christine Warnke/ Sabine Hegeler-Lüttgau/ Brigitte Neldhardt Mediationsteam für Arztpraxen, Oldenburg

Viele niedergelassene Ärzte aller Fachrichtungen fühlen sich überlastet. Weniger stressen sie fachliche Problemstellungen als vielmehr organisatorische Probleme und Schwierigkeiten mit den Mitarbeitern oder auch den Sozietätspartnern. Die bekannten Belastungen, die sich zunehmend auch aus den Veränderungen des Gesundheitssystems ergeben, wirken sich auf Ärzte und ihre Mitarbeiter verunsichernd und krankmachend aus. Früher garantierte die Berufsentscheidung Arzt oder Zahnarzt zumindest eine sichere wirtschaftliche Zukunft, heute haben viele Niedergelassene ernsthafte Probleme. Im Rahmen einer Studie des Sozialwissenschaftlichen Forschungszentrums der Universität Erlangen zu den Themen Arbeitszufriedenheit und Burnout-Gefährdung äußern sich 78% der Befragten resignativ oder unzufrieden mit ihrer Arbeitssituation. Von den Vertragsärzten haben 35,5% schon einmal mit dem Gedanken gespielt, ihre Praxis wieder aufzugeben, 13% wollten gar ihre Kassenzulassung zurückgeben (die letzte Zahl dürfte angesichts der GMG-Aussichten inzwischen noch höher sein). Nur etwa 42% würden noch einmal Vertragsarzt werden (Mehrfachnennungen waren möglich).

Um den zunehmenden Druck in der eigenen Praxis zu entschärfen und organisatorische Fragen kompetent zu lösen, bietet sich eine externe Beratung in der Praxis an, denn die „menschlichen Seiten“ des Zusammenwirkens auf allen Ebenen in einem Betrieb haben einen nicht zu unterschätzenden Stellenwert im täglichen Praxisablauf. Es geht darum, Abläufe und Kommunikationsstrukturen in einer Praxis zu erkennen und wo nötig zu harmonisieren.

Zum einen wird damit die Teamentwicklung und das Betriebsklima positiv beeinflusst. Ein gutes Betriebsklima trägt entscheidend zur Patientenbindung und -neugewinnung bei, wie jeder erfahrene Praxisinhaber weiß. Schon beim Eintritt in die Praxis entwickeln Patienten ein Gespür für Organisationstalent und Kommunikationsfähigkeit des Personals. Erhalten Mitarbeiterinnen die Möglichkeiten zur Einbindung in betriebliche Entscheidungen und zur Fortbildung, entsteht ein Wohlfühlklima, das die Identifikation mit dem Betrieb verstärkt.

Zum anderen sind unbearbeitete Konflikte unter den Beschäftigten oder zwischen Praxispartnern immer eine Vergeudung menschlicher Energie, die eine Praxis schwächt. Schwelende Konflikte kosten im Praxisalltag Geld, Nerven, Zeit und Energie. Mediation ist ein Instrument der Konfliktlösung z.B. bei Streitigkeiten innerhalb des Praxisteams, bei Problemen mit den Auszubildenden oder scheinbar unlösbaren Differenzen zwischen Sozietätspartnern. Teile der Mediation sind als Technik für Ge-

sprache mit Problempatienten oder in schwierigen Auseinandersetzungen mit dem Labor, Depot oder den Kostenträgern hilfreich und einfach anzuwenden. Wie funktioniert nun das Mediationsverfahren? Mediation (=Vermittlung) ist eine Methode der Konfliktschlichtung durch unabhängige, ausgebildete Spezialisten (Mediatoren). Die Autorität des Mediators basiert auf einer strikten Neutralität und Allparteilichkeit gegenüber den beteiligten Personen (Konfliktparteien). Mediation kanalisiert Konfliktenenergie in praktische Vereinbarungen (z.B. Gespräche, Kompetenzklärungen, Zeitplanung) und macht sie so für die Funktionsabläufe fruchtbar. Menschen lernen durch sie, mit den Eigenschaften der anderen, mit ihren Zu- und Abneigungen umzugehen. Mediatoren versuchen, gemeinsam mit den Konfliktparteien die „Mitte“ zu finden, womit kein fauler Kompromiss gemeint ist, bei dem beide Seiten als Verlierer dastehen, sondern vielmehr geht es darum, eine faire und akzeptable Lösung zu finden, die alle Seiten zufrieden stellt (Win-Win-Prinzip). Da die Lösungen und Kompromisse von allen Beteiligten getragen werden, führen sie zu einer zukunftsorientierten und damit langfristigen „Befriedung“ des Konflikts. Voraussetzung für den Erfolg einer Mediation ist die Freiwilligkeit der Teilnahme aller Beteiligten.

Weil das Ziel der Mediation vorrangig die Lösung eines bestehenden Konfliktes ist, kann es vorkommen, dass psychologische Hintergründe zwar angesprochen, aber nicht tiefergehend thematisiert werden. Dies grenzt die Mediation von einer psychologischen Beratung oder tiefenpsychologischen Therapie ab, in deren Zentrum nicht der äußere

Konflikt, sondern die innere seelische Befindlichkeit des Menschen steht. Mediation unterscheidet sich auch von der Supervision. Hier klärt der Supervisor mit dem Blick von außen gemeinsam mit dem Team die Arbeitsweisen und sucht nach Abhilfe für besonders belastende Faktoren. Dabei wird durch regelmäßige Sitzungen während eines begrenzten Zeitraums ein Entwicklungsprozess für Personal und Praxis eingeleitet und begleitet (wenn gewünscht), in dem individuelle Problemlösungen erarbeitet werden.

Rolle der Mediatoren: Mediatoren verstehen sich in erster Linie als Begleiter im Prozess der Lösungsfindung, sie sind für die Struktur und den Ablauf des Verfahrens verantwortlich. Sie achten darauf, dass alle relevanten Themen angesprochen und fair verhandelt werden, und stellen sicher, dass der Rahmen der Gespräche für alle Beteiligten Sicherheit vermittelt, so dass diese ihre Interessen und Bedürfnisse optimal vertreten und vorbringen können. Sie helfen den Konfliktparteien dabei, eigenständig eine für alle akzeptable Problemlösung oder neue Regeln für eine sinnvolle Zusammenarbeit zu suchen. Die Hauptaufgabe besteht darin, den Mediationsprozess durch Techniken der Verbesserung der Kommunikation zu unterstützen, wenn die Verständigung unter den Konfliktparteien nicht gelingt. Wichtige Regeln für das Mediationsgespräch sind z.B.

- Vertraulichkeitsvereinbarung zwischen allen Beteiligten
- Jede Partei erhält ausreichend Zeit, ihre Position und Sichtweise des Konfliktes zuzuschildern

- Beleidigungen oder Beschimpfungen sind untersagt
- Die Parteien sollten sich gegenseitig mitteilen und zuhören, um die Interessen und Bedürfnisse zu verstehen
- Alle Beteiligten, einschließlich des Mediators können zu jedem Zeitpunkt die Mediation abbrechen

Der Ablauf einer Mediation gliedert sich in die folgenden fünf Phasen:

1. Einleitung mit Erklärung der Regeln, Abschluss des Mediationsvertrages
2. Darstellung der Sichtweisen durch die Konfliktparteien
3. Ermittlung der Hintergründe und Interessen
4. Erarbeiten von Optionen und Lösungen (Brainstorming)
5. Abschluss der Mediationsvereinbarung und ggf. nach Ablauf einer bestimmten Frist Kontrolle der Einhaltung der getroffenen Vereinbarung bzw. Suche nach neuen Alternativkonzepten

Mediation - ein Erfolgskonzept! Mediation wird heute bereits in verschiedenen Bereichen eingesetzt, so z.B. als Ar-

beits- und Wirtschaftsmediation, in der Schule, bei Familienstreitigkeiten und Trennungen oder Scheidungen, im Strafrecht (Täter-Opfer-Ausgleich) sowie im öffentlichen Leben, z. B. bei umweltrelevanten Bau- und Planungsvorhaben. Der Gesetzgeber ist zunehmend bemüht, in den entsprechenden Gesetzen Raum für die Durchführung von Mediationsverfahren zu schaffen. Denn Mediation ist ein erfolgreiches und geeignetes kostengünstiges Verfahren, um Konflikte schnell, effizient und unbürokratisch aus der Welt zu schaffen. Das gegenseitige Verständnis und die Akzeptanz der gemeinsam getroffenen Entscheidung schaffen neue Kreativitätspotenziale, die wirtschaftlich genutzt werden können. Ist die Fortsetzung einer Beziehung wichtig für den Praxiserfolg, sollte Mediation immer einer Gerichtsverhandlung vorgezogen werden. Einbußen durch Patienten- bzw. Imageverlust oder Behandlungsverzögerungen werden vermieden. Reibungsverluste und das Binden von wichtigen Ressourcen in langwierige Verfahren ebenfalls.

**Mediation ist ein Instrument, um aus Problemen Chancen werden zu lassen!**

**„Armut macht krank“** sagen die Initiatoren des Kongresses „Armut und Gesundheit“ in Berlin, der am 5. und 6. Dezember 2003 im Schöneberger Rathaus stattfindet. Zum 9. Kongress dieser Art kommen aus ganz Deutschland Aktive aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich zusammen, in diesem Jahr speziell zum Thema „Strategien der Gesundheitsförderung“. Jeder 10. Mensch in Deutschland, so die Veranstalter, ist arm. Arme Menschen haben in jeder Lebenslage ein mindestens doppelt so hohes Risiko zu erkranken, von Unfall oder Gewalt betroffen zu sein. Im Durchschnitt leben arme Menschen 7 Jahre kürzer. In 36 Einzelveranstaltungen neben dem Eröffnungs- und dem Schlussplenum werden zahlreiche Facetten des Themas aufgearbeitet, u.a. auch die gesundheitliche und Versorgungssituation Wohnungsloser. Ein positives Beispiel aus diesem Bereich, die Berliner MUT-Praxis, haben wir in der Ausgabe 80/2003 unseres DAZ-Forum vorgestellt. Wer Infos zur zahnärztlichen Obdachlosenbetreuung sucht, findet sie online unter [www.mut99.de](http://www.mut99.de) oder der kann sie beim DAZ in Köln anfordern. Über den Kongress „Armut und Gesundheit“ informiert ebenfalls das Internet - unter [www.gesundheitberlin.de](http://www.gesundheitberlin.de), oder Sie rufen die Veranstalter an unter Tel. 030/443190-82. (ibo)

# Zahnmedizinische Betreuung bei älteren Patienten

J. Hendriks, Aurich

## Demoskopie rückt Alterszahnheilkunde in den Mittelpunkt

Die Zukunft wird uns immer mehr Ältere als Patienten bescheren: Ersten, weil bald auf zwei junge Erwachsene statt einem über 65-Jährigen deren zwei kommen werden. Zweitens, weil immer mehr dieser Älteren noch eigene Zähne haben werden. Drittens, weil viele von ihnen höhere Erwartungen an Zahngesundheit und oralen Komfort haben werden als gleich alte Menschen heute. Diese Älteren gehören meist zu der Gruppe der „aktiven Alten“: sie sind mobil, meist finanziell unabhängig, oft wellness-orientiert und nehmen gesellschaftlich Anteil. Nicht allen Menschen wird es aber möglich sein, eine solch erstrebenswerte Form des Alterns zu „er-leben“. Wie die Gesundheit unterliegt auch das Altwerden ungleichen sozialen Chancen. Der resignative Alte wird unsere Praxis nur bei Beschwerden aufsuchen, die zahnärztliche Betreuung von Heimbewohnern ist in und außerhalb von Deutschland kaum vorhanden.

## Was heißt Altern? – Zwischen Defizitmodell und dem Wahn ewiger Jugend

Altern ist für Viele gleich-

bedeutend mit Verfall. Tatsächlich gibt es Körpergewebe (Sehnen, Knorpel und Nervenzellen), die schon ab dem jungen Erwachsenenalter nicht mehr wachsen und kaum mehr regenerieren können. Fast alle Körperfunktionen nehmen tendenziell mit zunehmendem Alter ab.

Doch glücklicherweise verfügt der Körper über enorme „Reservekapazitäten“, die nur in Ausnahmesituationen genutzt werden. Das heißt: die Anforderungen des täglichen Lebens können wir auch bei abnehmenden Körperfunktionen voll erfüllen und das Leben genießen, so lange die Reservekapazitäten nicht völlig ausgeschöpft sind. Natürlich sind diese um so größer, je besser wir unseren Kör-



Wir beraten Sie gerne!  
Ihre Zahntechnikermeister:

**Lipinski & Hoffmann**<sup>®</sup>  
zahntechnik

Qualität und Leistung

... für Ihre  
erfolgreiche Dentaltherapie kombiniert mit Prothetik  
überzeugend in Ästhetik & Funktion

Margaretenstr. 16  
■ 93047 Regensburg  
Fon 09 41.79 15 21  
■ Fax 09 41.79 25 11  
■ info@zahnerlebnis.de

www.zahnerlebnis.de

VOLLKERAMIK



TRIFFT GALVANO



per und Geist trainieren. In sofern ist eine aktive, gesunde Lebensgestaltung die beste – lebenslange – Altvorbereitung. Bei Intelligenztests, die für junge Erwachsene konzipiert sind, können Ältere nicht mehr mithalten: die Denkgeschwindigkeit („fluid intelligence“) hat abgenommen. Zugenommen hat hingegen aufgrund der gesammelten Lebenserfahrungen die Abgewogenheit im Denken („crystallized intelligence“).

Altersbedingten Wesensveränderungen, wie sie der Volksmund kennt („Altersstarrsinn“), sind selten: vielmehr fehlt Älteren u.U. nur die Kraft (=psychische Reservekapazität), unerwünschte Reaktionsmuster zu unterdrücken: Der „Altersstarre“ schafft es nicht mehr immer, verbindlich zu reagieren, sein immer schon vorhandener rechthaberischer Wesenszug kommt häufiger zu Tage... Auch eine Neigung zur Vorsicht ist vor dem Hintergrund der verringerten körperlichen und mentalen Reservekapazitäten ebenso angemessen wie nachvollziehbar.

Zum gesunden Altern gehört die positive Akzeptanz des eigenen Älterwerdens. Die Suche nach dem Jungbrunnen bei kosmetischen Chirurgen, Frischzelltherapeuten oder unangemessener sportlicher Herausforderung entspringt oft angstbedingter Verleugnung und somit einer zutiefst negativen, kraftzehrenden Emotion.

Natürlich kann auch die beste Lebensführung keine vollständige Gesundheit bis zum Tod garantieren. Ziel der Gerontologie ist vielmehr die „Kompression der Morbidität“, also eine weitest mögliche Ausdehnung der Gesundheit (definiert als physisches, mentales und soziales Wohlbefinden!) und eine Verkürzung der Phase einschränkender

Krankheit („final decline“). Vor diesem Hintergrund wünschen sich nur wenige Menschen (15%) 100 Jahre alt zu werden, die Mehrzahl hält ein Lebensalter von 85 Jahren für erstrebenswert. In griffiger Formulierung heißt das: Lieber den Jahren mehr Leben geben, als dem Leben mehr Jahre.

### Ältere – eine inhomogene Gruppe

Auch wenn Statistiken alterstypische Veränderungen aufzeigen können, dominiert doch die Individualität auch und gerade im Alter. Es existieren verschiedenste Ansätze zur Einteilung Älterer. In Bewusstseins- und Verhaltens-Dimensionen werden z.B. unterschieden:

souveräne Alte	Altersverweigerer
Gesellige	Rückzügler
Vermögende	Benachteiligte
Optimistische	Kritische
Gesundheitsbewusste	Nicht gesundheitsbewusste

Die Berliner Altenstudie ergab folgende Einteilung und Häufigkeitsverteilung:

- Aktive „neue Alte“: 25%
- Pflichtbewusste häusliche Alte: 31%
- Sicherheits- und gemeinschaftsorientierte: 29%
- Resignierte Alte: 15%

Somit dürfte nicht überraschen, dass auch die Zahngesundheit bei Alten sehr ungleich verteilt ist. Als Barrieren für gesundheitsbewusstes Verhalten werden aufgeführt (Künkel):

- Fehlende Einsicht in die Notwendigkeit der Maßnahmen.
- Fehlende Selbstwirksamkeitsannahme („bei meiner zahnschubstanz hat das alles keinen Zweck“).
- Selbst- und Fremdzuschreibung von Alter = Abbau („Für die paar Jahre lohnt es doch gar nicht mehr“).

- Negative Aufwand/Nutzen-Bilanz:  
Zu aufwändig, zu teuer, schwer zu er reichen, Nutzen unklar, fehlen der Sinn- und Lebensbezug.  
Ängste: vor dem Fremden, vor Blamage und Versagen; Wege-Angst

### Allgemeine Tipps zum Umgang mit Älteren in der Betreuungssituation

Ältere bedürfen nur dann besonderer Umgangsformen, wenn Einschränkungen bezüglich Seh- und Hörvermögen oder Verständnisfähigkeit vorliegen. Hierzu einige Tipps in Stichpunkten (nach Kutsch):

### Spezielle stomatologische Aspekte

### bei Älteren

Altersbedingte Risiken für die Mundgesundheit erwachsen aus einer Abnahme der Mundhygienefähigkeit, der unzureichenden Inanspruchnahme zahnmedizinischer Betreuung, sowie der kumulierten Vorschädigungen wie:

- Knochenschwund /Parodontitis
- Vorgeschiedigte Zahnschubstanz, Wurzelkaries
- Mundtrockenheit, insbesondere als Medikamentennebenwirkung
- Objektiv insuffizienter ZE, der subjektiv oft als vollauf genügend empfunden wird.
- Mundschleimhautrekrankungen:

<b>Tipp:</b>	<b>Beispiel / Hinweise:</b>
Konzentrationsförderndes Setting	Kein blendendes Licht, keine lauten Hintergrundgeräusche, kein Zeitdruck.
Patientengerechte Gesprächsführung	Dem Patienten ausreichend Zeit zum Formulieren lassen; Wortwahl: keine Modewörter; Persönliche Bedeutung der Information herausstellen: Ältere „lernen“ nur noch das, was ihnen wichtig erscheint; bei Schwerhörigen nicht zu laut, sondern langsam und deutlich, mit zugewandtem Gesicht sprechen; keine Mehrfachfragen; Verständnisabklärung.
altersgerechte Kommunikationsmittel	Information möglichst mit Bildern ergänzen; Großdruck.
Gründliche Entscheidungsfindung	Genügend Zeit zur Reflektion geben.
Transparente Kostenabsprachen	unter Einbeziehung der Betreuenden.
Behandlungsplanung unter Berücksichtigung einer altersgemäßen Aufwand-Nutzen Analyse	Leicht handhabbare und erweiterbare Versorgung als zahnärztliche Altersvorbereitung, aber keine unnötigen Veränderungen.
Transparente und sensible Terminvergabe	Berücksichtigung von Besonderheiten, z.B. Pflegeroutinen im Tagesablauf.
Recall unter Berücksichtigung einer erhöhten Fürsorgepflicht	Ältere gehen seltener zum Zahnarzt; rechtzeitig Hilfe Dritter einbinden.

(Bakterienbesiedlung in Verbindung mit Abwehrschwäche)

Da immer mehr Ältere viele eigene Zähne haben, gewinnt insbesondere das Problem der Dentinkaries an Bedeutung. Als Cofaktoren für die Karies an freiliegenden Dentinflächen gelten neben der allgemeinen Karieserfahrung (n. Noack): reduzierter Speichelfluss, Rauchen (!), Verlust des Wurzelzements nach PA-Therapie, plaquerentiver, herausnehmbarer Zahnersatz. Soweit Präventionsmöglichkeiten wie Speichelstimulation durch Xylitkaugummis und Fluoridierungsmaßnahmen nicht (mehr) ausreichen, ist die Touchierung mit gefüllten Bondingsystemen wie z.B. Optibond erfolgversprechend, die in die Kollagenmatrix des Dentins eindringen und dieses quasi versiegeln.

### Gerostomatologische Betreuung in der Praxis

Für Patienten, die bereits zahnärztliche Prävention in Anspruch genommen haben, wird diese auch im Alter von großer Bedeutung bleiben. Allerdings muss irgend wann mit nachlassenden Fähigkeiten zur Mundhygiene gerechnet werden. Hier sind zunächst Hilfsmittel wie Mehrkopfhandzahnbürsten (z.B. Superbrush), die sich auf den Zahnreihen selbst zentrieren und diese von oral, okklusal und vestibulär zugleich bearbeiten oder auch elektrische Zahnbürsten, die dem Patienten die kleinen Rüttelbewegungen abnehmen, zu empfehlen. Die Fluoridzufuhr muss oft erhöht werden, um Risiken wie verminderter Speichelfluss und Wurzelendenudation aufzufangen. Ineffiziente Eigenfürsorge kann nur bedingt durch Praxismaßnahmen aufge-

fangen werden, so dass die Einbindung von Angehörigen oder Pflegekräften in die Mundpflege rechtzeitig angestrebt werden sollte. Hier ist allerdings sehr sensibles Vorgehen erforderlich.

Trotz und wegen Prophylaxe wird die Prothetik weiter von Bedeutung bleiben. Als Trends für die Prothetik der Zukunft zeichnen sich ab (Kerschbaum):

- Mehr hochwertiger, festsitzen der ZE, Implantate, adhäsive und ästhetische Versorgungen,
- Mehr provisorische Lösungen (u.a. aus finanziellen Gründen)
- Mehr komplexere Versorgungsfälle mit hohen Anforderungen an den Behandler
- Immer späterer Übergang von fest-sitzendem zu herausnehmbarem ZE impliziert zunehmende Adaptationsprobleme
- Patientenmotiv ist Lebensqualität, Prävention rückt allgemein in den Vordergrund.

Das Konzept der verkürzten Zahnreihe wird sich zunehmend durchsetzen, da die Mehrzahl der Patienten lieber mit weniger, aber festen Kaueinheiten als herausnehmbar vollbezahnt versorgt sind.

Auch und gerade der Zahnersatz muss den Aspekt der Altersvorbereitung erfüllen. Hierzu ist zu beachten (Müller):

- Früh- bzw. rechtzeitig versorgen: Eine zukunftsfähige Versorgung bedeutet oft einen erheblichen Behandlung- und Zeitaufwand, dem sich der Patient unterziehen sollte, so lange er noch mobil und rüstig ist.

- Einfache Handhabbarkeit, Pflegbarkeit und Erweiterbarkeit: Im Zweifelsfall sind teleskopierende Lösungen komplizierteren Verankerungsmöglichkeiten vorzuziehen; Abnahmehilfen.
- Strategische Extraktionsplanung: Problemzähne rechtzeitig entfernen zur Schmerz- und Focusvermeidung und zum Kieferkammerhalt, aber auch zur verbesserten Pflegbarkeit erhaltenswerter Nachbarzähne.
- Übergang zur Zahnlosigkeit abmildern: Teleskopversorgungen, Coverdenture, als Kompromiss Aufbauprothesen.
- Übergang zur Totalen aber auch nicht zu spät Prothesenrecall.

### Heimbewohner – zahnmedizinische Situation und Betreuungsansätze

Keiner wünscht sich, in einem Altenheim zu „landen“. So sind es meist gesundheitliche oder psychosoziale Schicksalsschläge, die den Heimaufenthalt erforderlich gemacht haben. Multimorbidität ist die Regel, wobei als häufigste Systemerkrankungen im Alter zu nennen sind (Hertrampf):

- Apoplex
- Depression (15-40%)
- Hüftfraktur
- Kinearthrose

Zusammenhänge zwischen oraler und allgemeiner Gesundheit sind statistisch nachweisbar, meist ohne dass der Kausalzusammenhang klar ist. Bei Patienten, die gefüttert werden müssen, besteht jedoch eine hohe Neigung, sich zu verschlucken. Hier führt eine Verbesserung der oralen Plaquekontrolle eindeutig zu einem verminderten

Pneumonie-Risiko und wirkt sich damit lebensverlängernd aus.

Aus verschiedenen Gründen hat die orale Versorgung und Pflege in Heimen jedoch zur Zeit eine absolut untergeordnete Bedeutung:

- Es stehen in der begrenzten Betreuungszeit andere, wichtigere Probleme im Vordergrund.
- Die Ausbildung des Pflegepersonals in zahnmedizinische Belangen fehlt nahezu vollständig: Ein erstes Ausbildungsprojekt wurde Ende 2002 von der ZÄK Hessen gestartet. In Leipzig wird z.Zt. ein Computerlernprogramm für Pflegekräfte erarbeitet, das der Vermittlung von Pflegeanweisungen zunächst auf die Verbesserung der eigenen Mundhygiene abzielt, die häufig ebenfalls unzureichend ist.
- Die Erwartungen der Patienten an orale Betreuung sind sehr niedrig: Obwohl nur ein Drittel der Patienten funktionstüchtigen Zahnersatz haben und 30 % der Prothesen älter als 15 Jahre sind, sind 80% damit zufrieden. Die Weiterbetreuung durch den (ehemaligen) Hauszahnarzt kommt häufig zum Erliegen.

Zahnmedizinische Heim-Betreuung setzt Freiwilligkeit und somit eine grundlegende Motivation sowohl seitens der Heimleitung und des Pflegepersonals als auch seitens der Insassen voraus, es gibt keine Weisungsbefugnis! Es existieren zwei Betreuungsansätze:

a) Patienten werden gruppenweise aus dem Heim in die eigene Praxis gebracht

b) Ein zahnärztliches Behand-

lungsteam geht in die Heime, entweder mit tragbaren Einheiten oder unter Nutzung einer vom Heim gestellten Behandlungseinheit (Verbot des Führens einer Zweitpraxis!).

Um Erfolg und nicht Frust zu ernten, sollte folgendes im Vorfeld abgeklärt werden:

- Hat die eigene Praxis überhaupt ausreichende zeitliche Kapazitäten für eine solche Aufgabe?
- Sind die eigenen Helferinnen für diese Aufgabe ausreichend motiviert und vorbereitet?
- Will/akzeptiert die Heimleitung die Betreuung? (Konsiliarvertrag, Honorarregelung).
- Lassen sich zumindest einzelne motivierte Pflegekräfte für diese Aufgabe gewinnen?
- Ist die Tagesplanung gut mit dem Heimpersonal abgestimmt? Wer ist Ansprechpartner, wer bringt und holt die Patienten?
- Idealerweise sollte bei jeder Behandlung eine verantwortliche Pflegekraft anwesend sein, die in entsprechende Mundpflege und Besonderheiten der Betreuung eingewiesen werden kann.

---

## **Das stark reduzierte Restgebiss – aus Sicht des Individuums und aus Sicht der Gesellschaft**

Prof. Dr. Reiner Biffar,  
Universität Greifswald

*Bei der DAZ-Jahrestagung 2003 in Berlin hat Prof. Dr. Reiner Biffar, Leiter der Poliklinik für zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde an der Universität Greifswald, in einem umfang- und bildreichen Referat die prothetische Rehabilitation von Menschen mit stark verringertem Zahnbestand dargestellt und uns freundlicherweise fürs DAZ-Forum nachfolgende Zusammenfassung seiner Ausführungen geliefert.*

Die Zahnmedizin ist als ärztliche Disziplin der Rückgewinnung der oralen Gesundheit für den einzelnen Patienten verpflichtet. Es fällt nur schwer, zu beschreiben, was wir unter oraler Gesundheit verstehen. Orale Gesundheit kann kaum dadurch erhalten werden,

dass wir unseren Fokus alleine auf die Therapie von Karies und Parodontopathien oder auf die prothetische Versorgung ausrichten. Unser Berufsstand sollte sich vornehmlich um die primäre Verhinderung eines krankhaften Ereignisses in unserem Tätigkeitsgebiet kümmern. Tritt jedoch dieses Ereignis ein, so kann man dies auch definieren, dass der Patient aus eigener Kraft nicht mehr präventionsfähig ist und er professioneller Hilfe bedarf. Diese Hilfe erwartet er vom Zahnarzt, der die Präventionsfähigkeit durch zahnärztliche Intervention wiederherstellt. Seine facettenreichen Möglichkeiten reichen von Methoden der Motivation bis hin zur prothetischen Versorgung, von der oralen Chirurgie über die Parodontologie bis hin zur Kieferorthopädie. Fasst man diese Methoden zusammen, so bedienen wir uns professioneller Vermei-

dungs-, Behandlungs-, Betreuungs- und Versorgungsstrategien.

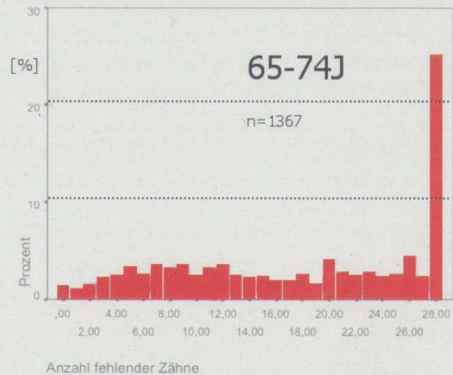
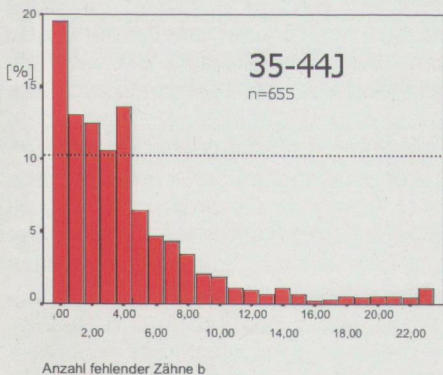
### Zahnverluste sehr ungleich verteilt

Um Effekte unserer Maßnahmen und den Bedarf an zahnärztlicher Leistung definieren zu können, benötigt man repräsentative Informationen aus epidemiologischen bevölkerungs-basierten Studien. In Deutschland ist die Datenlage inzwischen deutlich besser geworden. Neben den eigenen, durch den zahnärztlichen Berufsstand finanzierten Studien DMS I-III liegen weitere Studien aus dem Public Health Verbund Sachsen und des Forschungsverbundes Community Medicine Greifswald, Study of Health in Pomerania, vor. Beschäftigt man sich näher mit den Daten aus diesen Studien, gewinnt man den Eindruck, dass die vereinfachende Darstellung des mittleren Zahnverlustes durch Mittelwerte dramatisch die Aussagen verfälscht und uns irre leitet. Schaut man sich die Verteilungen an, dann mag zwar ein mittlerer Zahnverlust bei den Senioren von 22 Zähnen optimistisch als Erfolg unserer Bemühungen in der Zahnheilkunde gewertet werden (Abb.1). In

diesem Wert sind jedoch mit rund einem Viertel Probanden enthalten, die zahnlos sind (65-74J, DMS III Micheelis, Reich et al.). Dies ist wohl keineswegs ein Erfolg zu nennen. Diese Beschreibung ergibt eine andere Sichtweise des Problems. Es ist sinnlos und hochgradig unzulässig, aus dem selektierten Patientengut der eigenen Praxis auf die Gesamtheit der Bevölkerung zu schließen. Bevölkerungsbasierte Studien fußen auf der randomisierten Rekrutierung der Probanden aus den Einwohnermelderegistern, um die notwendige Aussagekraft zu erreichen.

### Auch zukünftig gehen Zähne verloren, jedoch mit höherem Alter

Auf dieser Basis können die erneuten Auswertungen der DMS III Studien (Schreoder et al. 2001) für die Zukunft im Jahre 2020 zeigen, dass nur dann der demographische Effekt gegenkompensiert wird, wenn die optimistische Annahme in die Berechnung einbezogen wird, dass die gesamte Bevölkerung sich in Bezug auf die Zähne so verhält, wie diejenigen, die heute schon regelmäßig zum Zahnarzt gehen, und dass



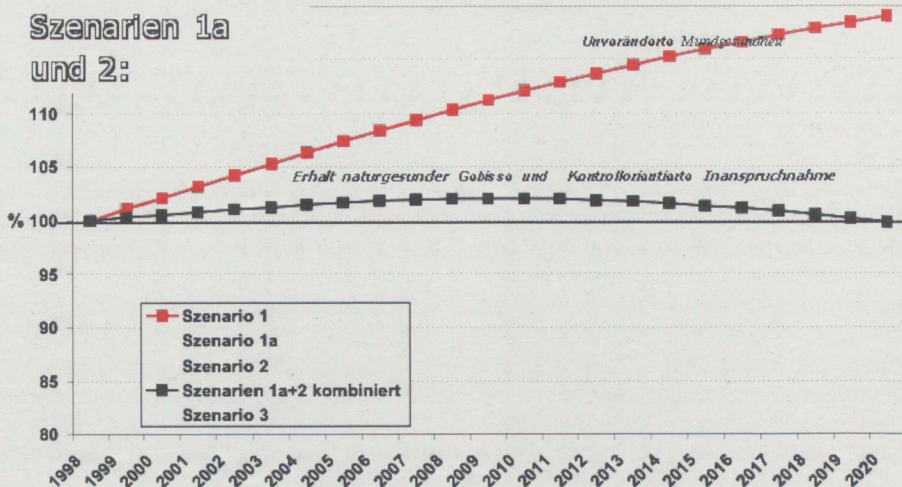


Abb 2: Gutachten zum Versorgungsbedarf in der deutschen Bevölkerung. Hier: Entwicklung des Zahnverlustes in der Bevölkerung bis zum Jahr 2020 unter unveränderten Bedingungen der heutigen Mundgesundheit und bei Erhalt der naturgesunden Gebisse und flächendeckender Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienste (Schroeder et al 2001; [www.dgzpw.de](http://www.dgzpw.de)).

gleichzeitig diejenigen, die bis zum 12. Lebensalter keine Karies aufweisen, nie in ihrem Leben Karies bekommen werden. Würde das Mundgesundheitsverhalten der Bevölkerung auf dem Stand von heute verharren, ist durch die demographischen Umwälzungen trotz unserer deutlich sichtbaren Erfolge der zahnärztlichen Prävention mit einem weiteren Anstieg des Zahnverlustes um 18% zu rechnen (Abb. 2). Hierbei wird sich die Struktur des individuellen Zahnverlustes so verändern, dass in den älteren Generationen mehr Zähne im jeweiligen Kauorgan erhalten bleiben und der Wechsel von festsitzenden zu herausnehmbaren Hilfsmitteln, wenn notwendig, in einen späteren Lebensabschnitt verschoben wird. Für das Jahr

2020 erscheint es plausibel, dass diese Grenze um ca. 2 Lebensjahre nach oben verschoben wird.

### Freiendprothesen können die Okklusion nicht stützen

Hat man diese Veränderungen vor Augen, ist es sinnvoll, über die wichtige prothetische Frage nachzudenken, ob in bestimmten Fällen auf eine Komplettierung der Zahnreihen verzichtet werden kann, ohne Schäden zu setzen. Das Konzept der Freiendzahnreihe überdenkt die Notwendigkeit der Versorgung fehlender Molaren. Aus der Literatur ist hinlänglich bekannt, dass die Steigerung der Kauaktivität mit herausnehmbaren Freiendprothesen nur circa 60% des

Wertes vollbezahnter Patienten erreicht (Witter et al. 1994). Auch ist valide untersucht, dass Freiidprothesen die Okklusion nicht stützen können (Witter et al 1994, Sassen et al 1985) und ein großer Teil der Freiidprothesen gar nicht getragen wird (Budtz-Jørgensen et al 1985). Es erstaunt ein wenig, dass die Diskussion über die Notwendigkeit der Versorgung der Freiidssituation in Deutschland erst mit dem neuen Jahrtausend in Gang gekommen ist, obwohl die Kenntnisse über die Zusammenhänge bereits in den 80iger Jahren publiziert wurden und in einigen akademischen Schulen Deutschlands als Standard gelehrt wurden. Die Hypothese, dass bei unversorgten Freiidssituationen mit einem erhöhten Grad an Dysfunktionen zu rechnen ist, konnte bis heute nicht belegt werden. Es scheint vielmehr so zu sein, dass durch das Gegenlager der Zunge, die sich in die Freiidlücke hineinentwickelt, eine muskuläre Kompensation entsteht. Hierin scheint der große Unterschied zu den unversorgten Schaltlücken zu bestehen. Denn dort besteht das potentielle Risiko, dass durch die Kippung des distalen lückenbegrenzenden Zahnes ein Mediotrusionsvorkontakt entsteht, der Auslöser einer Myopathie sein kann. Potentiell kann dieses Risiko auch bei der Freiidssituation auftreten, wenn nicht abgestützte Molaren elongieren und Mediotrusionsvorkontakte bilden. Versucht man jedoch das Risiko zu identifizieren, stellt man fest, dass im wesentlichen die Elongation von Molaren im Unterkiefer ein derartiges Risiko zeitigen kann, während dieses Risiko bei der Elongation von oberen Molaren weniger gegeben ist und damit die Versorgungsnotwendigkeit von verlorenen unteren

Molaren hinter der von oberen Molaren zurücksteht (Abb.3). Das Ausmaß und die Geschwindigkeit der Elongationen sind bei jüngeren Patienten größer und manifestieren sich bevorzugt nach der Extraktion (Kirschbaum et al 1987, Love et al 1971, Lenz et al 1986). Um die Risiken zu verringern, ist es sinnvoll, die Patienten im kontinuierlichen Recall zu halten. Kontrollmodelle - erstellt kurz nach der Extraktion - können wertvolle Hilfsmittel zur frühzeitigen Identifikation von Elongationen mit dysfunktionellen Risiken sein, die sich in ein Betreuungskonzept für unsere Patienten logisch einfügen.

### **Implantatgestützte Brücke ist überlegen**

Im unversorgten Freiidfall wird die Hypothese diskutiert: Je kleiner die anteriore Stützzone und je größer der Freiid-sattel ist, desto größer wird das Risiko für eine kranio-mandibuläre Dysfunktion. Daraus lässt sich ableiten, dass gerade im stark reduzierten Lückengebiss die Abstützung im dorsalen Seitenzahngbiet eine große Bedeutung hat. Daraus wiederum folgt, dass diejenigen prothetischen Versorgungen das geringste Risiko haben, die eine zahnähnliche Abstützung rekonstruieren können. Festsitzende Versorgungen sind herausnehmbaren Versorgungen vorzuziehen. Die implantatgestützte Brücke ist allen anderen Versorgungsformen überlegen. Die wissenschaftliche Literatur belegt, dass rein implantatgetragene Brücken und Verbundbrücken von Zahn und Implantat funktionell gleichwertig sind. Betrachtet man den Kostenaspekt für die Patienten, ist die Verbundbrücke mit einem Implantat deutlich preiswerter



als die rein implantatgetragene Brücke auf zwei Implantatpfeilern. Wegen der geringeren Kosten kann diese Art der Versorgung der Freundsituation für einen größeren Teil der Bevölkerung nutzbar gemacht werden. Die Strategie eines Zahn-für-Zahn-Ersatzes von fehlenden Zähnen durch Implantate behindert den Blick auf einen größeren volkswirtschaftlichen Nutzen. Das prothetische Können des Zahnarztes zeigt sich immer dann, wenn er mit geringem Aufwand einen maximalen Effekt für den Patienten mit Lückengebiss erzielt.

### Hohe Effektivität der Anhängenbrücke

So ist auch die Verlängerung der Zahnreihe durch eine Anhängenbrücke um eine Prämolarenbreite an Position 6 oder 5 eine gut evaluierte Alternative in der Freundsversorgung; sie bietet jedoch im stark reduzierten Lückengebiss keine Lösungsmöglichkeit. Die hohe Effektivität der Anhängenbrücke erklärt sich aus der Nähe der distalen okklusalen Abstützung zum Kaukraftbelastungszentrum. Der Erfolg dieses Therapiemittels ist jedoch eng an besondere Präparationsrichtlinien, wie z.B. nach mesial geneigte Präparationsstümpfe oder ausreichende Stabilität des Metallgerüsts im Verbindungsbereich zum Brückenglied von ca. 3 mm in der Höhe, gekoppelt. Es bleibt unverständlich, warum gerade dieses minimal-invasive Hilfsmittel zur Versorgung des Freundsfalles im Seitenzahnbereich im Unterschied zur Freundsprothese nicht mehr im neu gestalteten BEMA gelistet wird.

Jede herausnehmbare Freundsprothese

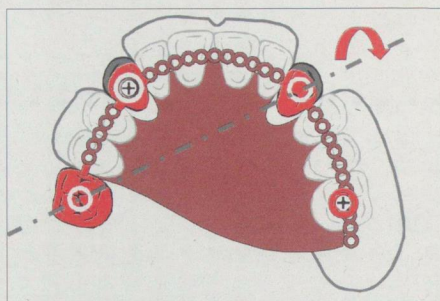


Abb. 3: Kompensation von Rotationsphänomenen im Diagonalfall durch strategische Implantate

ist eine nur unvollkommene Kompensation des Lückengebisses, da sie aufgrund der Schleimhautresilienz einsinkt. In der Zukunft werden aus verschiedenen Gründen wahrscheinlich wieder vermehrt Versorgungen mit klammerverankerten Modelleinstückgussprothesen eingesetzt werden müssen. Konzepte der sattelfernen Abstützungen konnten keine Vorteile gegenüber sattelnahen Abstützungen bieten. Im Gegenteil, die sattelnahen Abstützung für die Klammerkonstruktionen ist parodontalhygienisch im Vorteil, und durch die endständige Abstützung am distalen Pfeilerzahn kann dem ersten Prothesenzahn noch eine gewisse okklusale Stützfunktion beim Einsinken der Prothese zugebilligt werden. Der strategisch ausgerichtete Einsatz von wenigen Klammerelementen zur Abstützung und Absteifung am Restzahnbestand ist aus vielerlei Sicht wünschenswert und sogenannten erweiterungsfähigen Konstruktionen mit vielen Klammerelementen in der Performance überlegen.

### Strategische Implantate

Im stark reduzierten Lückengebiss sollte, auch wenn herausnehmbarer Zahnersatz angewendet werden soll, über

**Prof. Dr. R. Biffar**

- 1956 geboren in Frankfurt am Main  
 1976-81 Zahnheilkundestudium in Frankfurt  
 1981-93 Wiss. Assistent in der Abt. für zahnärztl. Prothetik, Uni Frankfurt  
 1991 Habilitation  
 seit 1993 Leitung der Poliklinik für zahnärztl. Prothetik und Werkstoffkunde, Uni Greifswald  
 seit 2003 Dekan der Med. Fakultät  
 2000-03 Mitarbeit in wichtigen Gremien im Medizinbereich, z.B. DGZMK-Repräsentant bei der FDI, Vertreter in der Expertenkommission des VDZI, Mitglied im Vorstand wissenschaftlicher Gesellschaften, u.a. 2. Vorsitzender der DGZPW

die Implantation von strategischen Implantaten nachgedacht werden. Natürlich ist die Wiederherstellung einer Vierpunktabstützung das erstrebenswerte Ziel. Jedoch kann auch schon ein einzelnes Implantat in der Eckzahnregion die Rotation im Diagonalfall um eine Achse, wie in der dargestellten Situation (Abb. 3), kompensieren und den Tragekomfort erheblich steigern helfen. Durch diese Rotationssicherung wird präventiv der Strukturverlust gewährleistet.

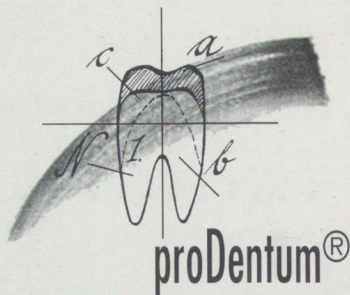
Die Vorteile einer implantatverankerten unteren Totalprothese werden heute als so evident bewertet, dass dem Patienten bei der Diskussion um eine Versorgung diese Möglichkeit bevorzugt angeboten werden sollte. Nicht nur der Strukturverlust wird durch die ruhige Lagerung der unteren Totalprothese verbessert,

sondern auch die Ernährungslage wird durch die höhere Kau-effizienz mit dieser Art der Versorgung verbessert (Feine et al 2003). Dabei ist die messbare Steigerung der Lebensqualität durch verbesserte Abstützung auf vier Implantaten im Vergleich zu nur zwei Implantaten gering (Feine et al 2003).

Stellt man die Vorteile von Implantationen zusammen, wird schnell ersichtlich, dass die Hauptanwendungen auf den Gebieten der distalen Pfeilervermehrung mit einzelnen Implantaten, den Einzelimplantaten zur Schließung von Einzelzahn-lücken, dem Aufbau fehlender Stützzonen und strategisch wichtiger Pfeiler, der Versorgung des zahnlosen Unterkiefers und bei der Defektprothetik liegen. Die kleine Implantologie hat somit weitreichenden Eingang in die allgemeinzahnärztliche Versorgung gefunden - mit hohem Effekt für die Bevölkerung.

### Zahnerhalt trotz Lockerung

Trotz dieses messbaren Benefits muss von Seiten der Wissenschaft angemahnt werden, dass die Möglichkeiten der Implantologie anscheinend die Bereitschaft zum Zahnerhalt herabgesetzt haben. Stellt man in Studien fest, dass in der täglichen Praxis extrahierte Zähne oftmals noch mehr als 50% des Attachments aufweisen, muss die Frage erlaubt sein, ob hier nicht der Zahnerhalt durch parodontale Massnahmen sinnvoller gewesen wäre. Je selbstverständlicher zahnärztliche Betreuung-sangebote mit Recallvereinbarungen angenommen werden, desto eher können auch parodontal geschädigte und sanierte Zähne über viele Jahre erhalten werden. Die Zahnlockerung ist als Indiz



Damit ein Lächeln  
nicht  
„Die Welt kostet“!

**Kennen Sie schon die Tablette gegen Karies?**

**[www.denttabs.de](http://www.denttabs.de)**

**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

**Vom TÜV zertifiziertes Labor nach ISO 9001.**

**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](mailto:info@proDentum.de)

**Fax: 030 - 469 00 8 99**  
Internet: [www.prodentum.de](http://www.prodentum.de)

für die Schädigung des Zahnhalteapparates wenig geeignet, entscheidend für die Prognose ist die Entzündungsfreiheit des Parodonts. Lockere Zähne können durchaus dem Patienten noch lange zuverlässig Dienst leisten.

### **Soziale Zugehörigkeit, Familienstand und Bildung bestimmen den Zahnverlust**

Lassen wir das Vorangegangene Revue passieren, muss konstatiert werden, dass alle exemplarisch beschriebenen Versorgungseinrichtungen ein hohes Maß an Eigenverantwortung durch den Patienten erfordern. Die Einsicht des Einzelnen in die Risiken seiner Erkrankung - schlimmstenfalls geht es um Zahnverlust - trägt die Betreuungskonzepte der Zahnheilkunde und wird als Compliance definiert. Die Frage erhebt sich jedoch, ob diese Konzepte tragfähig für alle Bürger unseres Staates sind. So müssen in einer bevölkerungsorientierten Betrachtung des Problems die Fragen nach den Patienten mit überdurchschnittlichem Zahnverlust und den besonderen Risiken, ein stark reduziertes Restgebiss zu bekommen, gestellt werden. Zahnverlust nur auf Karies und Parodontalerkrankungen zurückzuführen, greift deutlich zu kurz. Neben den zahnärztlichen Gründen sind auch verhaltensbezogene und soziale Abhängigkeiten zu erkennen. Fragen der empfundenen Lebensqualität bestimmen ebenso die Entscheidungen des Patienten wie die übertragenen Normen und Werte aus Gesellschaft und Familie. Nicht zuletzt ist auch der Zahnarzt in diesem multifaktoriellen Modell des Zahnverlustes mit seinen fachlichen Normen und seinen Kenntnissen ein Einflussfaktor.

Anhand der Auswertungen der Study of Health in Pomerania (SHIP), einer bevöl-

kerungsrepräsentativen randomisierten Studie an 4310 Probanden aus der Region Vorpommern (Response 68,9%), kann gezeigt werden, dass die soziale Zugehörigkeit, der Familienstand und die Bildung signifikant den erlittenen Zahnverlust des Individuums bestimmen. Dies deckt sich mit anderen internationalen Studien und ist kein Spezifikum Deutschlands. Da es gerade die sozial Schwachen sind, die unter überdurchschnittlichem Zahnverlust leiden, müssen Präventionsprogramme besonders auf diese Hochrisikogruppen ausgerichtet sein, auch wenn gerade hier nur schwer Erfolge zu erzielen sind. In niedrigen Sozialschichten hat der Erhalt nicht sichtbarer Zähne eine geringere Bedeutung, und empfohlene Verhaltensweisen zum Erhalt der Zahn- und Parodontalgesundheit werden weniger befolgt (Resine et al 1981). Es muss jedoch immer wieder betont werden, dass die größten Erfolge durch Beeinflussung der Entscheidungsvorgänge in den Familienverbänden zu erreichen sind. Personen, die auf andere einen prägenden Einfluss haben, müssen gezielt durch abgestimmte Programme angesprochen werden. Dass Bildung im Zusammenhang mit den Variablen Familie und Einkommen steht, ist aufgrund der Einflusskette verständlich.

### **Einfluss des Rauchens**

Eine weitere Variable, die in unseren logistischen Regressionsmodellen aus SHIP mit hoher Signifikanz an die Oberfläche tritt, ist der Einfluss des Rauchens. Über die Alterskohorten der Studie hinweg erreicht die Gruppe der Raucher einen halbmaximalen Attachmentverlust bereits mit 47,4 Jahren, während in derselben Studie Nichtraucher diesen Zustand erst mit 60,1 Jahren zeigen (Meisel et al

2002). Zwischen der Schwere der Sucht und dem Zahnverlust, aber auch mit dem allgemeinen Gesundheitszustand ist eine Dosis-Wirkungsbeziehung als Ausdruck einer extrem engen Abhängigkeit nachzuweisen. In Übereinstimmung mit der internationalen Literatur sind rauchende Frauen von überdurchschnittlichem Zahnverlust signifikant stärker betroffen als Männer. Zusätzlich ist der Effekt von bestimmten genetischen Polymorphismen nur bei Frauen zu erkennen (Meisel et al 2002). Die genetische Disposition in der Immunantwort und ein negatives Gesundheitsverhalten wie das Rauchen sind hochsignifikante Risikomarker. Es muss die Hypothese formuliert werden, dass bei anhaltendem Rauchen das Risiko des Zahnverlustes weitgehend unabhängig von der zahnärztlichen Betreuungsstrategie ist und damit der Nutzen der Therapien kritisch hinterfragt werden muss.

### Vorsorgeuntersuchungen

Als besonders signifikant erwies sich der Zusammenhang zwischen der Mundgesundheit und der Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienste. Im internationalen Vergleich mit den USA, Großbritannien und sogar der Schweiz schneidet die deutsche Bevölkerung bzgl. regelmäßiger Zahnarztbesuche besonders gut ab, allerdings gibt es Unterschiede je nach Alter. Liegt die Inanspruchnahme gemäß DMS III bei 12jährigen noch bei 70%, sinkt sie bei Senioren auf etwas über 50% ab. Aus den Daten geht eindeutig hervor, dass ein positives Inanspruchnahmeverhalten dem Zahnverlust vorbeugt. Ein Risiko, durch den Zahnarztbesuch vermehrt Zähne zu verlieren, ist eindeutig widerlegt.

Die Modelle zum Zahnverlust wurden weiter auch auf die Frage nach der pro-

thetischen Versorgung ausgedehnt. Es gelten prinzipiell die gleichen Risikovariablen beim Zahnverlust und bei der nicht adäquaten prothetischen Versorgung. Die Zusammenfassung unserer derzeitigen Auswertung zum Zahnersatz ergibt folgendes Bild:

1. Die Argumentationen über die Notwendigkeiten zahnärztlicher Versorgungen unterscheiden sich zwischen Zahnarzt und Patienten erheblich.
2. Die Entscheidung des Patienten zum Zahnersatz wird durch sein Umfeld und seine geprägte Einstellung zur oralen Gesundheit beeinflusst. Das Erkennen der Notwendigkeit von prothetischer Versorgung ist mehr von psychosozialen Faktoren und der allgemeinen Einstellung zur Gesundheit abhängig als von der Struktur des Restzahnbestandes.

### Zahnersatz - einfacher ist oft besser

Zieht man aus diesen Erkenntnissen die Konsequenzen, muss Zahnersatz vorrangig unter dem Aspekt der tertiären Prävention gesehen werden, da er zunehmend in den Risikogruppen zur Anwendung kommt. Ein Verstoß gegen parodontalhygienische Rahmenbedingungen durch den Zahnersatz ist nicht erlaubt. Zahnersatz muss einfach konstruiert und einfach in der Handhabung sein, um die Reinigung zu erleichtern. Nicht allein die Ausführungsqualität, nicht die technische Perfektion, keinesfalls die „Hochwertigkeit“, sondern vielmehr die Zielgerichtetheit, die einfache Handhabung, die einfache Hygienisierbarkeit und die fallbezogene Strategie auch nach der Eingliederung entscheiden über die Langlebigkeit der prothetischen Versorgung im stark reduzierten Lückengebiss.

## „MIT BISS DURCHS LEBEN – Lebensqualität durch Prävention“

U.Happ, Hamburg

Unter diesem Thema veranstaltete die blend-a-med Forschung den diesjährigen 12. Kongress für präventive Zahnheilkunde vom 31.10. bis 1.11. in Hamburg. Es wurden Präventionskonzepte der Zahnmedizin von der Schwangerschaft bis zum Lebensabend vorgestellt und besprochen (Individualprophylaxe ist ein Prozess, der sich in jedem Lebensabschnitt wandelt).

Die Fachtagung wurde organisiert von Prof. Dr. Ursula Platzer (Direktorin der Hamburger Poliklinik für Zahnerhaltungskunde und Präventive Zahnheilkunde) in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Johannes Einwag (Zahnmedizinisches Fortbildungszentrum Stuttgart) und Dr. Dieter Langsch (Leiter der blend-a-med Forschung, Schwalbach), die den Kongress eröffneten.

Karies und Gingivitis sind vermeidbar, und selbst die Parodontitis ist zu einem hohen Prozentsatz zu verhindern. Seit vielen Jahren sind die wissenschaftlichen Grundlagen bekannt, wie zum Beispiel: Ein sauberer Zahn bleibt gesund! Wirksame Hilfsmittel zur Umsetzung dieser Erkenntnisse im Rahmen der professionellen und häuslichen Prophylaxe sind vorhanden. Einer lebenslangen Gesunderhaltung der Zähne und des Zahnhalteapparates steht grundsätzlich nichts im Wege.

Das Problem: Diese wissenschaftlichen Erkenntnisse allein sind nicht ausschlag-

gebend für die erfolgreiche Durchsetzung der Prophylaxe. Die für die Mundgesundheit des Einzelnen wesentliche Frage lautet nämlich nicht: Sind Karies, Gingivitis und Parodontitis grundsätzlich vermeidbar, sondern: Sind Karies, Gingivitis und Parodontitis bei mir (mit einem für mich akzeptablen Aufwand an Zeit und Geld) vermeidbar?

Das heißt im Klartext: Effektivität, also der Einsatz wirksamer Methoden allein, reicht nicht aus. Gefragt sind Handling und Effizienz, eine akzeptable Kosten-Nutzen-Relation, in allen Altersgruppen bei unterschiedlichen Situationen und Risiken.

Prävention kann nur erfolgreich sein, wenn sie dem Individuum mit seinen speziellen Bedürfnissen und seiner persönlichen Situation in allen Lebensabschnitten sinnvoll angepasst wird. Daher müssen sich wissenschaftlich fundierte und dabei praxisbezogene Präventionsstrategien am jeweiligen Lebensalter orientieren – von der Schwangerschaft bis ins Seniorenalter.

Diese Inhalte wurden in zahlreichen Fachvorträgen gemeinsam oder getrennt vor ca. 600 Zahnärzten und Mitarbeiterinnen mit folgenden Schwerpunkten referiert:

- Wer motiviert das Individuum, wer motiviert das Team ?
- Welche präventiven Strategien haben sich bewährt ?
- Welche Innovationen verdienen Beachtung im Praxisalltag ?

- Welche Konsequenzen ergeben sich aus betriebswirtschaftlicher Sicht?

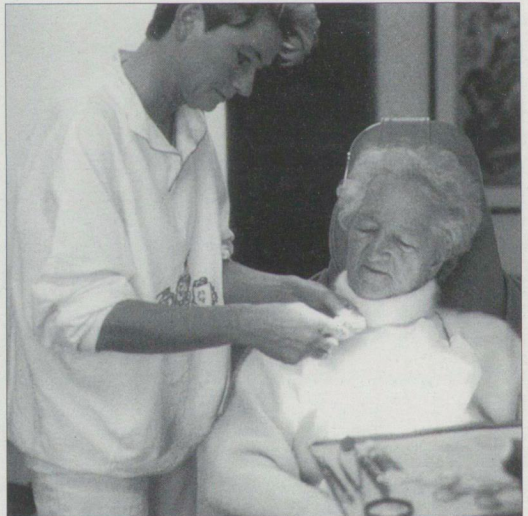
Immer wieder wurde die Erkenntnis herausgestrichen: „Es gibt nichts Gutes, es sei denn, man tut es“, so z.B. Dr. Rüdiger Lemke, Hamburg, zum allgemeinen Rückgang der Karies im Milch- und Wechselgebiß: ca. 15-20% der Betroffenen werden durch Gruppen- und/oder Individualprophylaxe nicht erreicht. Bei ihnen ist eine hohe Kariesaktivität zu verzeichnen. Diese „Risikopatienten“ sind in der Regel nicht durch Einzelmaßnahmen (z.B. verstärkte Fluoridierung, besseres Putzen) allein zu beeinflussen. Ein - individuell abgestimmtes - komplexes Maßnahmenbündel sei erforderlich, in das - gerade bei jüngeren Kindern - die gesamte Familie mit eingebunden werden muss.

In vielen Fachvorträgen wurden diese individuellen, d.h. für den Patienten möglichen Präventionsschritte bei Infragestellung bisheriger Dogmen für alle Altersgruppen besprochen. Jiri Sedelmayer, Uni Hamburg, griff dabei eine eigentlich besonders informierte Gruppe heraus, die Zahnmedizinstudenten und Zahnartzkinder. An Hand sehr anschaulicher Lichtbilder konnte er nachweisen, dass selbst sie entscheidende Prinzipien nicht begriffen haben und dass das Vertrauen in die Fluoride unberechtigt ist. Er plädierte für eine grundlegende, präventionsorientierte Studienreform und führte sein praktiziertes Studentenprogramm vor.

Sehr große Beachtung – und das sollte eigentlich auch der Schwer-

punkt dieser DAZ-forum Ausgabe sein – gebührt der Alterszahnheilkunde. BZÄK-Vizepräsident Dietmar Oesterreich rief auf, auch um unsere zahnärztliche Gesundheitspolitik glaubhaft zu machen: „Gehen Sie in die Altersheime“. Die Dentalhygienikerin Susanne Graack, Leiterin des Lehrbetriebes des Norddeutschen Fortbildungsinstituts Hamburg, zeigte unseren Mitarbeitern sehr überzeugend, warum und wie sich das ganze Praxisteam der Senioren annehmen soll, um ihnen die bestmögliche Lebensqualität zu ermöglichen. Prof. Frauke Müller, Uni Genf, stellte am Ende noch das neue interaktive Lernprogramm „Zahnpflege für Senioren“ (siehe Kasten oder [www.akgerostomatologie.de](http://www.akgerostomatologie.de)) vor – soviel zu einigen Eindrücken eines sehr umfassenden Kongresses.

Wem das nicht genügt: ein eigens beauftragtes Autorenteam war dabei und wird die Erkenntnisse und Konsequenzen des Kongresses in einem Prophylaxe-Buch Mitte 2004 veröffentlichen.



## Zahnpflege für Senioren – interaktives Fortbildungs-Programm für Pflegekräfte, Ärzte und Angehörige

Quelle: GABA-Pressemitteilung vom 27.10.03

Der steigende Anteil der Senioren an der Gesamtbevölkerung bringt es mit sich, dass immer mehr Menschen im Alter auf Pflegeleistungen angewiesen sind. Sowohl in zahnärztlichen Praxen als auch in Senioreneinrichtungen zeigt sich, dass die Mundgesundheit bei vielen Pflegebedürftigen Defizite aufweist. Verantwortlich hierfür sind mangelnde Kenntnisse über geeignete Maßnahmen zur Mundhygiene, aber auch der enge Zeitrahmen, der dem Pflegepersonal zur Verfügung steht. Spezielle Fortbildungen sind notwendig, um die in der Pflege tätigen Personen über die Bedeutung der Mundgesundheit als Bestandteil der Allgemein-gesundheit und des allgemeinen Wohlbefindens und über Techniken der Zahnpflege bei Senioren zu informieren.

Mit Unterstützung der GABA GmbH und unter der wissenschaftlichen Leitung von Dr. med. dent. Ina Nitschke (Universität Leipzig und Evangelisches Geriatriezentrum Berlin) wurde deshalb eine interaktive CD-ROM als Schulungsinstrument für Pflegekräfte, Ärzte und pflegende Angehörige entwickelt. Das Fortbildungs- und Lernprogramm „Gesund im Alter – auch im Mund“ gibt umfassenden Einblick in die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, vermittelt die notwendigen Kenntnisse zur Gesunderhaltung der eigenen Zähne und gibt

Tipps und Hilfestellungen zur Durchführung der Mundhygiene bei pflegebedürftigen Patienten. Das Lernprogramm ist einfach in der Anwendung, die Bearbeitung kann kapitelweise individuell erfolgen. Videosequenzen, Animationen und umfangreiches Bildmaterial veranschaulichen die einzelnen Themen. Über ein hinterlegtes Lexikon, das jederzeit zugänglich ist, kann der Anwender sein Wissen vertiefen. Jedes Kapitel schließt mit einem interaktiven Wissenstest. Das Programm liegt in einer Text- und einer Audioversion vor, die je nach Computerausstattung abgespielt werden können.

Von dem Erlös der CD-ROM, die für Euro 49,95 bei der GABA GmbH (Tel. 07621/907-154 und -155, Fax 07621/907-149) erhältlich ist, fließen Euro 2,50 an den Arbeitskreis für Gerostomatologie e.V. (AKG).

**Redaktionsschluß forum 83  
19. März 2004**

Redaktionsleitung:

Dr. Peter Nachtweh

peter.nachtweh@buz-berlin.de

Kaiserdamm 97, 14057 Berlin

Tel: 030 302 30 10



## Ergebnis eines Workshops auf der „EuroPerio 4“

Ob elektrisch oder manuell – der Nutzen des Zähneputzens ist weit größer als die Risiken

Kronberg, 2. Oktober 2003 — Zähneputzen ist prinzipiell ein abrasiver Vorgang. Um das dadurch bedingte Risiko einer Gewebeschädigung einmal systematisch nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft gegen den Nutzen abzuwägen, fand unter der Leitung der Fa. Oral-B am Donnerstag, 19. Juni 2003, im Rahmen der „EuroPerio 4“ (Kongress der Europäischen Gesellschaft für Parodontologie) ein Workshop mit dem provokativen Titel: „Schadet Zähneputzen der Gesundheit?“ statt. Dabei kamen die britischen Wissenschaftler M. Addy und M.L. Hunter zu der Schlussfolgerung, dass der Nutzen des Zähneputzens die potenziellen Schäden weit überwiegt.

Die Wissenschaft kennt Fallberichte von Personen, die sich mehrmals täglich und aggressiv die Zähne putzten und eine Abnutzung des zervikalen Dentins sowie Zahnfleischschwund aufwiesen. Ein direkter Zusammenhang konnte allerdings nie eindeutig nachgewiesen werden. Die Wissenschaftler M. Addy aus Bristol und M.L. Hunter aus Cardiff sind dieser Frage nachgegangen, indem sie eine Vielzahl von Fachartikeln zu diesem Thema gesichtet und bewertet haben. Über ihre Ergebnisse referierten sie auf einem Workshop anlässlich der „EuroPerio 4“ vom 21. bis 23. Juli 2003 in Berlin unter dem Titel: „Kann Zähneputzen Ihrer Gesundheit schaden? Auswirkungen auf Mund- und Zahngewebe“.

Dem Vortrag zufolge scheint es keinerlei Anzeichen dafür zu geben, dass die Anwendung einer Zahnbürste an sich irgendwelche negativen Konsequenzen für Zahnschmelz oder Dentin hat. Auch das Putzen mit Zahnpasta ruft praktisch keine Abnutzungen am Zahnschmelz hervor und

ist nur minimal abrasiv für das Dentin. Addy und Hunter weisen allerdings darauf hin, dass bezüglich der Effekte unterschiedlicher Zahnpasten noch Forschungsbedarf bestehe. Als gut belegt dürfe dagegen gelten, dass elektrische und manuelle Zahnbürsten sich in ihrer Abrasionswirkung auf weiche und harte Gewebe nicht unterscheiden. Beide könnten „nur bei übermäßiger, unzureichender oder missbräuchlicher Benutzung oder in Verbindung mit Erosion signifikante Schäden verursachen. Bei normaler Benutzung muss die Schlussfolgerung sein, dass der Nutzen des Zähneputzens die potenziellen Schäden weit überwiegt“ – so lautet das Fazit des Berichts.

Die Untersuchung von Addy und Hunter ist jetzt in deutscher Sprache als Teil einer Sonderausgabe des International Dental Journal erschienen, die auch die Redebeiträge der anderen Referenten enthält – eine fundierte Hintergrundinformation auch für das Prophylaxe-Beratungsgespräch mit dem Patienten. Interessierten können sich ab sofort die Zusammenfassung bei Oral-B über Fax unter 06173/30 15 88 bestellen.

### Literatur:

- 1 M. Addy und M. L. Hunter, Kann Zähneputzen Ihrer Gesundheit schaden? Auswirkungen auf Mund- und Zahngewebe, Int Dent J 3/03, S. 177-186



Kollegen gesucht für zahnärztl. Hilfesatz in Kenia/Ostafrika (ab 3 Wochen)

Arzt- und Zahnarztthilfe Kenya e.V.  
Bahnhofstr. 21, 99610 Sömmerda  
Tel: 03634 - 621079 Fax: - 39313  
Spendenkonto: Konto Nr. 38013111  
BLZ: 820 541 12, Spk. Sömmerda

## Von Friedrichsfehn nach Nyabondo - Praxisteam erlebt in Kenia Zahnmedizin einmal anders

Dr. Roland Ernst, Friedrichsfehn

„Wir haben eine komplette Zahnarztpraxis gespendet bekommen - hilfst Du mit, sie in Kenia aufzubauen?“ hatte mich mein Hamburger Kollege Dr. Happ im vergangenen Oktober angerufen. Klar, wenn es mehr nicht ist! Ein Installationsstechniker eines Oldenburger Dental-Depots war schnell gefunden, und auch eine meiner Assistentinnen wollte sich auf das Abenteuer einlassen.

Die im Container durch den Suez-Kanal geschipperte Praxis-Einrichtung war im März in Nairobi angekommen. Sie wurde von uns innerhalb einer Woche in einem Franziskanerinnen-Kloster am Rande des Slums der Millionenstadt installiert. Eine echte Herausforderung - fast ohne Werkzeug, selbst die Beschaffung eines Heimwerkerbohrers gelang uns erst am dritten Tag.

Die Patienten waren seit Jahren ohne jede zahnärztliche Versorgung. Die 300.000 Bewohner dieses Slums leben ohne Strom, ohne Abwasserentsorgung, ihr Brauchwasser beziehen sie aus öffentlichen Kränen und transportieren es über große Entfernungen in Eimern auf dem Kopf in ihre fensterlosen Blechbehausungen. Fäkalien werden in Plastiktüten zwischen den Hütten „entsorgt“. Ihre Feuerausdünstungen schweben Tag und Nacht über dem riesigen Gelände.

Mehr als 50% der Menschen sind HIV-positiv, fast alle leiden an Malaria - in Afrika sterben daran täglich 3000 Kinder,

Tendenz in den letzten 10 Jahren stark steigend.

Krankheiten, die man als deutscher Zahnarzt nur in seinem Studium in Lehrbüchern gesehen hat - offene Tuberkulosen, schwere offene Hautkrankheiten, Missbildungen und große lebensbedrohliche Abszesse - dort gehören sie zum täglichen Straßenbild.

Die meisten unserer Patienten erlebten durch uns ihre erste zahnärztliche Behandlung, viele von ihnen den ersten Kontakt mit Weißen.

Tief beeindruckt hat unser kleines Team die würdevolle Gelassenheit, mit der sie trotz schwerster Schmerzen über viele





Monate oder Jahre die sicher auch für sie stressige Behandlung über sich ergehen ließen.

Unser Vorstellungsvermögen reicht nicht aus, um sich ein Bild oder ein Gefühl davon zu machen, was sich in diesen Slums alltäglich abspielt. Der uns gelegentlich begleitende betagte Ordensbruder, der dort seit 35 Jahren die Sterbenden seelsorgerisch betreut, antwortete mir auf meine Frage, ob diese Menschen irgendeine Hoffnung hätten, nach langem Nachdenken: „Ich habe noch nirgendwo auf der Welt so volle Gottesdienste mit so vielen fröhlichen Menschen erlebt...“

Nach gut einer Woche Praxisbau und Slumerfahrung haben wir unsere beweglichen Sachen zusammengepackt und sind auf abenteuerlichen Straßen in ebenso abenteuerlichen Fahrzeugen 400 km nach Westen ins Landesinnere gefahren. Dort unterhält in Nyabondo,

einem Dorf in den Bergen über dem Victoriasee, unser Verein (Arzt- und Zahnarzthilfe Kenia e.V.) in einem Franziskanerinnen-Konvent seit drei Jahren eine Zahnstation. Dort betreuen fast kontinuierlich deutsche Kolleginnen und Kollegen die Bevölkerung. Eine andere Versorgung außer dieser gibt es im Umkreis einer Tagesreise nicht. Auch dort gibt es für die Menschen keinen Strom und kein fließendes Wasser - es hatte seit sieben Monaten nicht mehr geregnet.

Obwohl fast kein Geld im Umlauf ist, müssen die Patienten der Station für ihre Behandlung ein Honorar bezahlen, über dessen Höhe die Schwestern von Fall zu Fall entscheiden. So wurde ich gleich am ersten Tag Zeuge, wie das als Honorar mitgebrachte Huhn abschätzend durch mehrere Hände ging, als sich herausstellte, dass nicht wie geplant eine, sondern zwei Füllungen gemacht werden mussten. Aber es erwies sich dann doch als schwer genug, saß den restlichen Tag angebunden draußen unter unserem Wartebaum vor der Praxis und wanderte abends in die Küche. Es sollte nicht die einzige Gelegenheit zum Nachdenken über unser hiesiges Gesundheitssystem bleiben...

Gesundheitswesen, Bildungseinrichtungen etc. werden auf dem Lande nur von Kirchen und anderen wohltätigen Organisationen unterhalten und von ihnen finanziert. Staatliche Einrichtungen wie Gerichte, Polizei, Müllabfuhr, Straßenbaubehörde oder Wasserversorgung sind praktisch nicht existent.

Die Geißel dieser ländlichen Stammes-Gesellschaft aber ist AIDS. Überkomme-

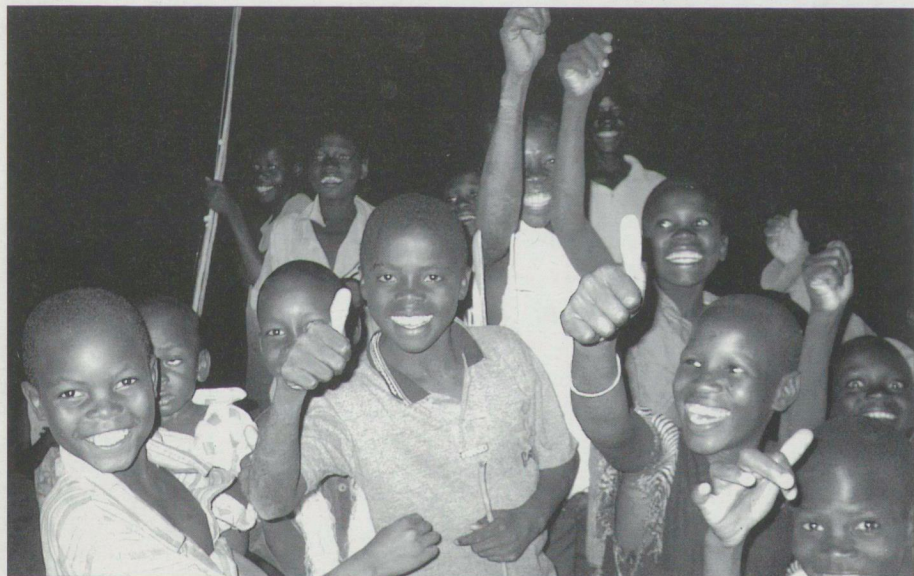
ne Strukturen und Mangel an jeglicher Aufklärung, verbunden mit fehlenden Mitteln für Vorbeugung und Therapie, lassen mehr als die Hälfte der Frauen und fast so viele Männer HIV-positiv werden. Die Witwen und ihre Kinder und die Waisen werden von ihren Familien völlig ausgegrenzt und sind damit dem Verhungern preisgegeben.

Unser Verein hat darum vor gut einem Jahr ein Patenschaftsprojekt für die AIDS-Waisenkinder gegründet und inzwischen fast 100 Kinder an Pateneltern vermittelt.

Ich habe mein Patenkind für drei Tage in Nyabondo bei mir gehabt - den 13-jährigen blitzgescheiten Frederick, dessen Eltern an AIDS gestorben sind und der keine anderen Verwandten hat. Durch unsere monatliche 15-Euro-Zahlung kann er nun die Kloster-Internatsschule besuchen, bisher mit großem Ehrgeiz

und exzellenten Zeugnissen. In meiner Gegenwart aß er zum ersten Mal in seinem Leben mit Messer und Gabel, benutzte zum ersten Mal eine Zahnbürste, sah ein Schiff und fuhr damit gleich auf dem Victoriasee, lernte Brot mit Aufschnitt kennen und probierte zum ersten Mal Coca-Cola. Darüber hinaus „assistierte“ er mir bei der Behandlung einiger Patienten, und wir hatten Gelegenheit, uns über seine zukünftige Lebensplanung zu unterhalten: Er möchte gern „Doctor“ werden, eine Perspektive, die ohne unsere Patenschaft völlig undenkbar wäre. Es sollte mich wundern, wenn daraus nicht eine lebenslange Freundschaft entstanden ist.

Ein anderes hoffnungsvolles Projekt des Vereins ist eine Förderkampagne für AIDS-Witwen, die, von ihren Familien verstoßen und dem Verhungern preisgegeben, mit unseren und für unsere Verhältnisse geringen Spenden sich



und ihre Kinder am Leben erhalten. Da werden Ziegen gekauft und gezüchtet, Ziegelsteine gebrannt und verkauft und Textilien hergestellt.

Eine der anrührendsten Veranstaltungen war die aus Anlass unseres Besuches abgehaltene Jahresversammlung ihrer ca. 10 inzwischen gewachsenen Selbsthilfegruppen, in der die Sprecherin jeder Gruppe detailliert Rechenschaft ablegte über die Anlage und Vermehrung der vor ca. einem Jahr übergebenen Geldbeträge von umgerechnet ca. 20 bis 50 Euro pro Gruppe.

Ich habe selten in meinem Leben so starke und von Überlebenswillen geprägte Frauen gesehen wie diese, die selbst in der Mehrzahl HIV-positiv sind, aber zäh für ihre – noch - gesunden Kinder kämpfen. Unsere geringen finanziellen Einsätze sind ihr Strohalm, der ihnen Hoffnung und Chance zum Überleben gibt.

Vielleicht ein Tropfen auf einem heißen Stein und vielleicht nichts, was ihre Gesellschaft verändert - eines aber ist sicher: niemand, der das erleben darf, kommt unverändert wieder nach Deutschland zurück.

Praxisstress, Gesundheitsreform- und BEMA-Umstrukturierungs-Generve mit oder ohne Festzuschüsse, Sachleistung oder Kostenerstattung - nach einer solchen Erfahrung lässt sich das alles völlig gelassen ertragen.

Wirklich sinnvoll kann man sich woanders engagieren...

Team:

Marlies Bloy, Prophylaxe-Assistentin, Bad Zwischenahn

Dr. Ulrich Happ, Hamburg

Benedikt Specker, Techniker Depot Multident Oldenburg

Hartmut Battermann, Lehrer, Bad Zwischenahn

Kontakt: [www.zahnarzthilfe-kenya.de](http://www.zahnarzthilfe-kenya.de) (siehe auch Seite 54)

---

## DAZ-Mitglied gewinnt Wrigley-Prophylaxe-Preis 2003 in der Sparte „Öffentliches Gesundheitswesen“

Priv.-Doz. Dr. Stefan Zimmer,  
Prophylaxereferent des DAZ

Marc van Steenkiste, Leiter des Fachbereichs Zahngesundheit am Gesundheitsamt Waiblingen und DAZ-Mitglied, hat den Wrigley-Prophylaxepreis 2003 in der Sparte „Öffentliches Gesundheitswesen“ gewonnen. Die Preisverleihung fand im Rahmen der ConsEuro 2003, des Jahreskongresses der European Federation of Conservative Dentistry,

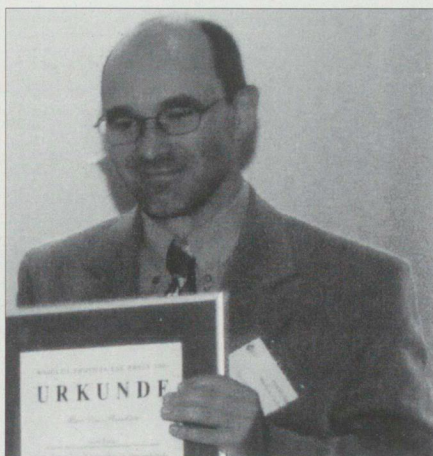
in München statt. Marc van Steenkiste hat nicht erst durch diesen Preis auf sich aufmerksam gemacht. Seit vielen Jahren ist er als engagierter Jugendzahnarzt bekannt, der die Ergebnisse seiner Untersuchungen regelmäßig auf Kongressen vorträgt und publiziert. In der nun prämierten Untersuchung befragte van Steenkiste deutsche Eltern und die Eltern aus Migrantenfamilien, welche Maßnahmen sie für nützlich hielten, die Zahngesundheit ihrer Kinder

zu erhalten. Dabei stellte er erhebliche Unterschiede fest. So waren z.B. 19% der Migranten-Eltern und nur 5% der deutschen Eltern der Auffassung, dass man nur dann zum Zahnarzt gehen sollte, wenn man Zahnschmerzen hat. Als Schlussfolgerung aus seiner Arbeit fordert van Steenkiste weiter gehende spezifische Aufklärungsmaßnahmen für Migranten-Familien im Rahmen der Gruppenprophylaxe.

Der DAZ freut sich mit seinem Mitglied über den Preis und gratuliert ihm herzlich.

### Deutschland ist Einwanderungsland.

Fast jeder 11. Bürger ist ausländischer Herkunft. In allen gesellschaftlichen Bereichen, auch im Gesundheitswesen, müssen wir uns auf die Begegnung mit Menschen einstellen, die nicht nur eine fremde Sprache sondern uns fremde kulturelle Prägungen mitbringen. Diese gilt es zunächst zu verstehen, um dann in einem zweiten Schritt die Prophylaxeangebote in Kindergärten und Schulen so zu gestalten, dass auch ausländische Kinder davon profitieren, oder zusätzliche Angebote (z.B. Aufklärung von Müttern über Zahnpflege und zahngesunde Ernährung durch zuvor ausgebildete Multiplikatorinnen gleicher Nationalität) zu entwickeln. Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) hat bei mehreren Tagungen die auf diesem Gebiet als Pioniere Tätigen zusammengeführt und durch Fortbildungsveranstaltungen und Publikationen („Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten“, für 11,50 Euro über die DAJ zu beziehen, [www.daj.de](http://www.daj.de)) die gewonnenen Erkenntnisse in Fachkreisen verbreitet.



Ein wichtiger Partner dabei ist das Ethnomedizinische Zentrum Hannover (Tel. 0511/447653). Informationen sind auch erhältlich beim Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit (c/o Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen in Berlin, Tel. 030/2007-2786).

Der mit insgesamt Euro 8000,- dotierte **Wrigley-Prophylaxe-Preis** steht unter der Schirmherrschaft der deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung und wird alljährlich von Wrigley Oral Healthcare Programs, dem zahnmedizinischen Forschungs- und Informationsprogramm von Wrigley, für Arbeiten aus den Bereichen „Wissenschaft“, „Praxis“ und „Öffentliches Gesundheitswesen“ gestiftet. Über die Preisvergabe entscheidet eine unabhängige Jury. In diesem Jahr hatte sie die Qual der Wahl zwischen zwanzig eingereichten Beiträgen. Der Prophylaxe-Preis wird auch für 2004 ausgeschrieben, Einsendeschluss ist der 1. März 2004. Sie finden die Teilnahmebedingungen unter: [www.wrigley-dental.de](http://www.wrigley-dental.de)

## Tholuck-Medaille posthum an Frau Prof. Dr. Almuth Künkel verliehen

*Die Tholuck-Medaille des Vereins für Zahnhygiene e.V. (VfZ), wichtigste Auszeichnung für Verdienste auf dem Gebiet der Zahngesundheitserziehung, ging in diesem Jahr posthum an die Psychologin und Publizistin Prof. Dr. Almuth Künkel. Im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung am 10. Oktober 2003 im schwäbischen Kloster Irsee nahm ihr Ehemann den Preis entgegen.*

Die Preisträgerin unterstützte im Laufe ihrer langjährigen Tätigkeit als Psychologin sowie als Autorin zahlreicher Publikationen in erheblichem Maße die Zahngesundheitserziehung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Diesen Verdienst würdigte der Verein für Zahnhygiene e.V. jetzt mit der Verleihung der Tholuck-Medaille.

Prof. Dr. Almuth Künkel war nach ihrem Studium in München, Genf und Hamburg zunächst in eigener Praxis in Hamm und

Lingen psychotherapeutisch tätig, insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendtherapie. Nach 1983 verlagerte sie den Schwerpunkt ihrer Tätigkeit auf die medizinische Psychologie, wobei die interdisziplinäre Diagnostik und die Behandlung von Fehlverhalten und Gesundheitsstörungen im Vordergrund standen. Schließlich promovierte sie mit einer Arbeit unter dem Titel „Vom Knirschen und Knacken“, einer Untersuchung von Persönlichkeitsmerkmalen und verhaltensmedizinischen Aspekten bei pathologischen Parafunktionen. Bald darauf, im Jahr 1993, nahm sie den Ruf auf den Lehrstuhl für Entwicklungspsychologie an der Fachhochschule Düsseldorf, Fachbereich Sozialpädagogik, an, den sie bis zuletzt innehatte.

Von herausragender Bedeutung für die Zahnmedizin in Deutschland sind ihre Publikationen zur Kinder- und Jugendpsychologie. Bücher wie „Total zerknirscht? Ursachen, Folgen und Therapie des Zähneknirschens“, „Kinder- und Jugendpsychologie in der zahnärztlichen Praxis“ und „Die Psychologie der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe“ sind nur einige Beispiele ihrer Veröffentlichungen, die das Wissen zur Zahngesundheitserziehung entscheidend erweitert haben. Sämtlichen Publikationen gemein ist dabei ihre ungekünstelte Sprache und gute Lesbarkeit – Almuth



Künkel verstand es, sich klar auszudrücken. Schwierige Zusammenhänge stellte sie verständlich und einfach dar, ohne je ins Seichte oder grob Vereinfachende zu verfallen. Dies hat die Preisträgerin auch in ihren vielgeschätzten Vorträgen auf Fortbildungsveranstaltungen in ganz Deutschland und in zahlreichen Seminaren immer wieder eindrucksvoll unter Beweis gestellt, so auch bei der DAZ-Jahrestagung 2002. Anlässlich dieser Veranstaltung wurde Frau Künkel auch

spontan Mitglied der Arzt- und Zahnarztthilfe Kenya e.V. (siehe Abb. + Bericht R.Ernst, Seite 53).

Ihr Ehemann, Zahnarzt Dr. Klaus Künkel, nahm zur Ehrung ihrer großen Verdienste am 10. Oktober 2003 die Tholuck-Medaille, benannt nach dem Frankfurter Obermedizinalrat in Ruhe Dr. Hans-Joachim Tholuck, am Rande einer Fortbildungsveranstaltung im schwäbischen Kloster Irsee entgegen.

## DAZ-Vorstand,

neu gewählt bei der DAZ-Hauptversammlung am 27.09.2003 in Berlin

### Vorsitzender:

**Dr. Eberhard Riedel,**

Wolfratshauer Str. 189, 81479 München,  
Tel 089/534552, Fax 089/54404484,  
Mail e\_riedel@msn.com

### Stellvertreter:

**Dipl.-Med. Edeltraud Jakobczyk,**

Jenaer Str. 54, 12637 Berlin,  
Tel 030/9915108, Fax 030/99284908,  
Mail jako.zahn@telemed.de

**Wolfram Kolossa,**

Bahnhofstr. 43,  
24217 Schönberg/Holst.,  
Tel 04344/9020,  
Fax 04344/3349, Mail:  
wolfram.kolassa@t-online.de

**Dr. Volkmar Lehrke,**

Hannoversche Str. 54,  
31582 Nienburg,  
Tel 05021/65484,  
Fax 05021/913888,  
Mail v.lehrke@gmx.de

**Dr. Celina Schätze,**

Reichenhaller Str. 2-3, 14199 Berlin, Tel  
030/8264232, Fax 030/81295231,  
Mail celina.schaetze@web.de

**Kassenwart:**

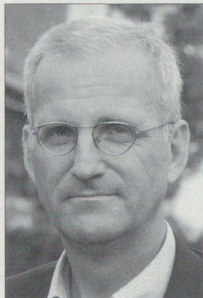
**Dipl.-Med. Steffen Schmidt,** Miltitzer Str. 1,  
04430 Leipzig-Burghausen, Tel/Fax 0341/  
4415982, Mail za.schmidt@t-online.de





## Der neuen DAZ-Vorsitzende

Dr. Eberhard Riedel



Geboren 1953 in Kiel  
Verheiratet, 2 Kinder

- 1970-71 Schulbesuch in den USA
- 1973 Abitur in Kiel
- 1973-75 Ausbildung zum Reserveoffizier
- 1975-80 Studium der Zahnmedizin an der Christian-Albrechts-Universität Kiel
- 1981-Frühjahr 1982 Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung Zahnerhaltung der ZMK-Klinik Kiel (Prof. W. Hoppe)
- 1982 Assistentenzeit in Kieler Praxis
- 1982 Promotion an der ZMK-Klinik Kiel (Prof. K.-H. Körber)
- 1983 Niederlassung in eigener Praxis in Kiel
- Seit 1991 in eigener Praxis in München niedergelassen mit den Schwerpunkten Zahnerhaltung und Ästhetische Zahnheilkunde
- 1994/99 Buchveröffentlichung 'Patient beim Zahnarzt'
- 1995 Eintritt in den DAZ
- 2001 Wahl zum stellvertretenden DAZ-Vorsitzenden
- 2003 Wahl zum DAZ-Vorsitzenden

In der Freizeit:

Astronomie (seit 1980 im Vorstand der International Occultation Timing Association mit weltweiten Publikationen)  
Motorflug

## Ein neues Gesicht im DAZ-Vorstand: Dr. Volkmar Lehrke

Geboren und aufgewachsen in Berlin  
Verheiratet, 2 Kinder

1978-1983 Studium in Rostock  
Bis 1987 Fachzahnarztausbildung an Berliner Polikliniken Assistenz-tätigkeit in Nienburg/ Weser

Seit 1992 in Nienburg in eigener Praxis niedergelassen  
Seit 1999 Mitglied im DAZ

Wie ich zum DAZ gekommen bin: Gerade in Niedersachsen wurden in den 90er Jahren innerhalb der Zahnärzteschaft immer wieder Szenarien für den Ausstieg aus der GKV entwickelt. Ich suchte eine berufspolitische Organisation, die sich von ihren Zielen und dem Verständnis zahnärztlicher Arbeit her dem Gedanken einer solidarischen Krankenversicherung verpflichtet fühlt.

Mein berufspolitisches Ziel: Ich engagiere mich für gute Arbeitsbedingungen für die Zahnärzte. Damit sie alle Konzentration und Energie für eine gute Patientenbehandlung einsetzen können.

Volkmar Lehrke



## BUZ - Berlins Unabhängige Zahnärzte e. V. In eigener Sache - An alle Berliner Zahnärztinnen und Zahnärzte

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Mitglieder von BUZ und DAZ!

Vor zwei Jahren haben die Vorstände vom DAZ und von BUZ in einem Kooperationsvertrag unter anderem beschlossen, allen Berliner Zahnärztinnen und Zahnärzten das DAZ FORUM kostenfrei zu zusen-den. Mit neuem redaktionellem Konzept haben sich Mitglieder vom DAZ und von BUZ wechselseitig bemüht, vierteljährig attraktive Hefte mit unterschiedlichen Schwerpunktthemen zu gestalten. Es war das Ziel, den Grundgedanken der redaktionellen Arbeit - von Zahnärzten für Zahnärzte - zu verstärken und die Arbeitslast, die die Erstellung eines niveaureichen Mitteilungsblattes beinhaltet, auf mehrere Schultern zu verteilen. Alle drei Monate konnten die Redakteure zeitnah über Gesundheits- und Berufspolitik, Praxisführung, medizinische und zahnmedizinische Herausforderungen, Buchbesprechungen, Praxistipps, Pressemeldungen und Verbandsnachrichten berichten.

Natürlich bedeutete eine Auflage von 6000 Exemplaren für beide Verbände einen grossen finanziellen Kraftakt. Zumal es in der heutigen Zeit immer schwerer wird, Firmen für ein Inserat in unserem Heft zu gewinnen. Hinzu kommt, dass sich die Redaktion vorbehält, nicht jede Anzeige anzunehmen. Inhalt des Heftes und Inserate sollen sich nicht widersprechen.

Sie selber werden in Ihren Praxen täglich mit einer Vielzahl von bunten, professionell gestalteten Journalen beliefert,

mit denen das DAZ FORUM von seiner äusseren Aufmachung her nicht, eher schon mit seinen inhaltlichen Aussagen konkurrieren kann. Die Herausgeber des Forums werden sich dem Trend der Zeit nicht verschließen können und das Erscheinungsbild des DAZ FORUM dem Markt anpassen. Der kostenfreie Versand des Heftes über fast zwei Jahre verfolgte natürlich auch das Ziel, einem möglichst großen Kreis von Kollegen die berufspolitische Auffassung der beiden Verbände DAZ und BUZ näher zu bringen und neue Mitglieder zu werben. Diese Erwartungen haben sich nicht erfüllt. Wir könnten auf das allgemein nachlassende berufspolitische Interesse und die ebenfalls vorhandenen Nachwuchssorgen anderer Verbände verweisen, wollen uns aber damit nicht begnügen. Wir werden weiterhin versuchen, insbesondere junge Kolleginnen und Kollegen zu erreichen - vielleicht auf etwas anderen Wegen als bisher.

Jedenfalls wird mit dem Jahre 2004 die kostenfreie Zusendung des Forums an die Berliner Kollegenschaft eingestellt. Selbstverständlich erhalten alle Mitglieder von DAZ und BUZ das Mitteilungsblatt weiterhin. Mit dem Ihnen vorliegenden letzten Heft des Jahres 2003 hofft die Redaktion, möglichst viele Berliner Zahnärzte überzeugen zu können, das Forum in den nächsten Jahren nunmehr als Abonnent zu beziehen. Ein Bestellformular und die Abo-Bedingungen finden Sie am Ende dieses Heftes.

Viel Spass beim Lesen wünscht

Dr. Peter Nachtweh, Berlin

## DAZ-Jahrestagung 2003

### Kursbestimmung in chaotischen Reformzeiten

Irmgard Berger-Orsag  
DAZ-Geschäftsführerin

Einen Tag zuvor war im Deutschen Bundestag unter dem Kürzel GMG ein vom „Gesundheits-Struktur-Modernisierungs- „ zum „GKV-Modernisierungs-Gesetz“ mutiertes Reformwerk verabschiedet worden, dessen Inhalte weitgehend außerparlamentarisch in Konsensrunden beraten und zum Teil in kürzester Zeit mehrfach über den Haufen geworfen wurden. Die über 470 Entwurfseiten hatten sicher nur wenige Abgeordnete gelesen - verstanden wahrscheinlich noch weniger. Und bei der Frage, wie denn dieses Regelwerk umgesetzt werden sollte, wäre mit Sicherheit die Verlegenheit noch größer geworden. Welch Glück, dass zur DAZ-Jahrestagung am 27.09.2003 kein Politiker als Referent geladen war, sondern ein Zahnmediziner, und dass es nicht um die Interpretation des Reform-Wirrwarrs ging sondern um ein für niedergelassene Zahnärzte ganz handfestes alltägliches Thema, um „Das stark reduzierte Restgebiss“.

Prof. Reiner Biffars Vortrag wurde mit großem Interesse aufgenommen und zeichnete sich nicht nur durch die packende Aufarbeitung wissenschaftlicher Fakten, sondern auch durch engen Bezug zur gesellschaftlichen Wirklichkeit aus. Die ist nun mal, gerade in Mecklenburg-Vorpommern bzw. Greifswald, wo Prof. Biffar forscht und zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde lehrt, für

viele Menschen von beruflicher Unsicherheit und relativ geringem Einkommen geprägt. Wie die epidemiologische Forschung belegt, werden nicht nur diejenigen krank, die sich Krankheit finanziell gut leisten können. Vielmehr ist in allen Bereichen eine höhere Morbidität gerade in den unteren Sozialschichten anzutreffen. Auch stark reduzierte Gebisse sind eher bei den Menschen zu finden, die nicht über genügend Geld für aufwändige Behandlungen verfügen.

#### **Möglichst viel Lebensqualität mit möglichst wenig Aufwand schaffen**

Für Prof. Biffar ist dies Anlass, Behandlungskonzepte zu entwickeln, die mit minimalem Aufwand und mit Hilfe möglichst einfacher Konstruktionen möglichst viel an Funktion, Ästhetik, Strukturerehalt, sprich an Lebensqualität und Verhinderung weiterer Erkrankungen für die Patienten bringen. Entsprechend den sehr unterschiedlichen Konstellationen in den Mündern von (tendenziell eher älteren) Menschen mit reduziertem Zahnbestand kommen ganz unterschiedliche zahnärztliche Strategien zum Einsatz. Da steht das Nicht-Behandeln und Beobachten von (vielleicht stabilen) Lücken und verkürzten Zahnreihen (sogar bei vorhandenen Antagonisten) neben invasiven Verfahren wie der Implantation, wobei Biffar nicht den Zahn-für-Zahn-Ersatz sondern einige wenige strategisch gesetzte Implantate als Mittel der Wahl ansieht.

In der Diskussion ging es denn auch

nicht nur um rein Zahnmedizinisch-Fachliches, sondern auch um gesundheitspolitische Konsequenzen der Greifswalder Forschungen und um das neue Reformgesetz, das mittlerweile auch vom Bundesrat verabschiedet ist und ab 2004 in Kraft treten wird.

### **GMG ist Offenbarungseid der Politik**

Hier konnte Wolfram Kolossa, Vorsitzender des DAZ, bei der Eröffnung der Jahreshauptversammlung des DAZ direkt mit seinem Bericht über das zurückliegende Jahr anschließen. Nach Ansicht Kolossas stellt das neue Gesetz einen Offenbarungseid der Politik und keine wirkliche Reform dar. Insbesondere die Zahnersatz-Ausgrenzung aus der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist nicht als Erfolg zu bewerten. Statt 4,50 Euro wie bisher müssen die Versicherten demnächst deutlich mehr für die geplante Pflichtversicherung aufbringen, wobei das mehr Gezahlte weder ihnen noch ihren Zahnärzten zugute kommt.

Der DAZ-Vorsitzende wandte sich ebenso gegen die Umstrukturierung der KZVen und die ausufernden Regelungen, mit denen demnächst Fortbildung und Qualitätssicherung durchgesetzt werden sollen. Die Verpflichtung zu beidem wurde vom DAZ immer unterstützt – schließlich hat er sich seit seiner Gründung für eigene Aktivitäten der Zahnärzte bzgl. Fortbildung und Qualitätsverbesserung stark gemacht. Leider hat jedoch der zahnärztliche Berufsstand solche Anforderungen über Jahre abgewiesen – nun erhält er die Quittung durch Eingriffe von oben, die sich allein schon von der Regelungsdichte her als

kontraproduktiv erweisen dürften.

### **DAZ sucht konstruktive Alternative**

Im DAZ will man sich allerdings nicht damit begnügen, die durch das neue Gesetz zu erwartenden Einschränkungen zu beklagen. Vielmehr setzt der Vorstand auf eine Projektidee, die inzwischen zur Hauptaktivität des DAZ geworden ist und in der nächsten Zeit dazu beitragen soll, neue Motivation und Resonanz zu schaffen – ungeachtet der Irrungen und Wirrungen der aktuellen Gesundheitspolitik.

Initiator dieses Projekts ist, wie regelmäßige Forum-Leser bereits wissen, Dr. Eberhard Riedel, der mit Informationen über den Fortgang des Projektes den Vorstandsbericht fortführte. Aus Sicht des Münchner Zahnarztes ist der Rückgang der Aktivitäten im DAZ während der letzten Jahre zu einem großen Teil auf Orientierungslosigkeit und Resignation unter den Mitgliedern, ja innerhalb der Zahnärzteschaft überhaupt, zurückzuführen. Die ständigen und wenig nachhaltigen Eingriffe des Gesetzgebers, der wachsende ökonomische Druck in den Praxen, die Komplexität unseres Gesundheits- und Sozialsystems schreckten immer mehr Zahnärzte vom Verbandsengagement ab.

### **DAZ-QS-Projekt geht an den Start**

Insofern beabsichtigt Riedel, ein Projekt zu starten, das der Verbesserung der Arbeit in den Praxen und dem Erhalt der freien Praxen nutzen soll, jedoch von der Tagespolitik weitgehend unabhängig ist. Zahnärzte, die mitmachen wollen, verpflichten sich zum Einhalten

bestimmter Minimalstandards und Grundsätze. Zu ihnen gehört die Orientierung des Zahnarztes am Bedarf des Patienten und die Vermeidung sowohl von Unter- als auch Überversorgung - ein Thema, das angesichts der Ökonomisierung der Medizin immer wichtiger wird. Näheres erfahren Sie im Beitrag von Dr. Riedel auf Seite 16 in diesem Forum. Inzwischen sind, wie Dr. Riedel berichtete, grundlegende Komponenten des Projektes so weit entwickelt, dass in Kürze der Startschuss abgefeuert werden kann. Alle Mitglieder sollen über das Erreichte informiert und Anfang 2004 zu einer zentralen Projekt-Auftakt-Veranstaltung eingeladen werden.

Die Diskussion begann mit dem von vielen als nicht besonders glücklich empfundenen Namen des Projekts, der jedoch, bis Besseres gefunden wird, als Arbeitsbegriff bestehen bleiben soll: „DAZ-Qualitäts-Sicherungs-Projekt“. Kontrovers diskutiert wurde, ob die Mitgliedschaft im DAZ als für die Projektteilnahme verpflichtend vorgeschrieben werden soll. Die Öffnung auch für Nicht-DAZler wurde mit Mehrheit beschlossen, ebenso die Einführung unterschiedlicher Projekt-Beiträge für DAZler und Nicht-DAZler. Entsprechend der von einer Arbeitsgruppe erstellten Projektordnung soll es eine jeweils für zwei Jahre gewählte fünfköpfige Projektleitung geben, zusätzlich werden Verantwortliche für einzelne Arbeitsbereiche und Kollegen für die geplante Hotline gesucht, die von Patienten und Zahnärzten genutzt werden kann. Angesichts der Fülle von Aufgaben ist klar, dass das Projekt sich nur nach und nach entwickeln wird.

## **DAZ-interner Austausch vorwiegend online**

Es folgten Berichte aus weiteren Arbeitsbereichen des DAZ. Die Geschäftsführerin gab einen Überblick über verschiedene Aktivitäten im zu Ende gehenden Jahr und forderte dazu auf, Kritik und Verbesserungsvorschläge einzubringen. Wie sicher auch in anderen Verbänden ist es im DAZ ein schwieriges Unterfangen, möglichst viele Mitglieder umfassend zu informieren und zu beteiligen. Der Versand von E-Mails und Dateien, der als einziger mit vertretbarem Kosten- und Arbeitsaufwand eine schnelle und häufige Informationsweitergabe erlaubt, ist innerhalb des DAZ zur wichtigsten Form des Austausches geworden. Leider sind nach wie vor manche DAZler hiervon ausgeschlossen, weil sie entweder keinen Online-Zugang haben, mit dem Mailen nicht vertraut sind oder weil sie ihre Mail-Adresse noch nicht mitgeteilt haben (sollte letzteres der Fall sein, wird um Zusendung einer Mail an [daz.koeln@t-online.de](mailto:daz.koeln@t-online.de) gebeten). Die heutige Vielfalt an Kommunikationsmöglichkeiten sollte es eigentlich jedem Mitglied erlauben, auf die ihm gemäße Art Fragen, Angebote von Mitarbeit, Vorschläge und Informationen einzubringen. Man erreicht den DAZ über Telefon (0221/97300545), Fax (0221/7391239) und Briefpost, außerdem gibt's mehrmals im Jahr Tagungen und Arbeitstreffen mit der Möglichkeit des direkten Austauschs mit DAZ-Kollegen/innen.

## **Nachdenken über Einsparpotentiale**

Im zu Ende gehenden Jahr war für den DAZ die geplante Gesundheitsreform eines der wesentlichen Themen. Schon

früh hatte die Opposition aus Union und FDP sich auf Leistungsausgrenzungen im Bereich Zahnmedizin festgelegt, wobei sie sich auf entsprechende Vorschläge der zahnärztlichen Standesvertretung stützte. Zur Begründung mussten die Argumente erhalten, die schon seit 10 Jahren wiederholt werden und seitdem durch wissenschaftliche Untersuchungen eher in Frage gestellt als belegt werden. Wie Dr. Kern in diesem Forum (Seite 4) ausführt, vermag z.B. auch eine Analyse aus dem Blickwinkel der Ökonomie nicht von den Vorteilen der Privatisierung zu überzeugen. Vielmehr zeigt sich, dass die Ausgrenzung zahnmedizinischer Leistungen aus der GKV die volkswirtschaftliche Belastung nicht verringert, die Leistungen nicht kostengünstiger macht, die Mundgesundheit der Bevölkerung nicht verbessert, nachteilige Effekte auf die allgemeine Gesundheit hat und - nebenbei - der Masse der Zahnärzte nicht mehr, sondern weniger Einkommen bringt, also so ziemlich das Gegenteil von dem bewirkt, was die KZBV und der Freie Verband seit Jahren behaupten.

Trotz dieser Überlegungen wollte man sich im DAZ der Frage nach Einsparpotentialen in der zahnmedizinischen Versorgung nicht verschließen. In einer Arbeitsgruppe wurden Vorschläge zur Begrenzung der GKV-Leistungen diskutiert - allerdings unter der Maßgabe, dass nach wie vor jedem Versicherten Grundleistungen zu Erhalt bzw. Wiederherstellung von Kaufunktion, Sprechfähigkeit und Ästhetik von der Solidargemeinschaft zur Verfügung gestellt werden und dass Ansätze zur Eigenvorsorge des Patienten nicht konkterkariert werden sollten. Der Beschluss

über die Ausgliederung des gesamten Zahnersatzes aus der GKV unterbrach diese Konzeptentwicklung. Im übrigen möge man bedenken: die finanziellen Probleme der GKV sind von Zahnärzten nicht zu lösen. Die Zahnmedizin war kein Kostentreiber in den letzten Jahren. Medizinische vertretbare Kürzungen zahnärztlicher Leistungen sind für das 250 Milliarden-Unternehmen GKV nicht mehr als der berühmte Tropfen Wasser auf dem heißen Stein.

### **Kinderbehandlung verbessern - ein wichtiges DAZ-Anliegen**

Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt des DAZ, über den die Geschäftsführerin berichtete, war das Thema Kinderbehandlung. Das erste Forum des Jahres 2003 brachte Fakten über den Stand der Kinderbehandlung und Berichte aus der Praxis, die zahnmedizinische-fachliche Möglichkeiten und pädagogisch-psychologische Hilfen aufzeigen und Mut machen sollten, die Schäden in Kindermündern anzugehen. Zwar sind in Deutschland die Prophylaxeangebote tatsächlich ständig verbessert worden, bei der Behandlung der Kinder aber, die trotzdem einzelne kranke Zähne bis hin zu weitgehend zerstörten Gebissen haben, liegt vieles im Argen. Hierbei spielen mit Sicherheit Vorbehalte aus Seiten mancher Behandler und die mangelnde Ausrichtung von Praxen auf kleine Patienten eine Rolle. Entscheidender ist aber wohl, dass viele Kinder mit kranken Zähnen gar nicht oder erst sehr spät zum Zahnarzt gelangen, obwohl der Behandlungsbedarf vielleicht längst durch die Kontrolluntersuchung in Kindergarten oder Schule festgestellt wurde. Hier erweist sich als nachteilig, dass die

Gruppenprophylaxe nicht direkt mit einem Behandlungsangebot verknüpft ist. Einige Berliner DAZ-Zahnärztinnen nahmen die hohe Zahl der nicht-sanierten Kinder zum Anlass, sich mit Vorschlägen an die Bundesregierung zu wenden und u.a. eine intensivere Betreuung der Kinder mit hohem Kariesrisiko und verstärkte Kooperation von Schulen, jugendzahnärztlichen Diensten, Sozialbetreuern usw. zu fordern. Der DAZ machte mit einer Presseerklärung zum Weltgesundheitstag auf die Problematik aufmerksam.

Weitere Pressemeldungen thematisierten vor allem die geforderte Ausgrenzung medizinisch notwendiger zahnärztlicher Leistungen, die sich zu einem der zentralen Streitpunkte zwischen Regierung und Opposition entwickelte. Ansonsten gab es im Berichtszeitraum kaum öffentliche Stellungnahmen des DAZ. Auch die täglich neuen Reformvorschläge, oft nur mit einer Halbwertszeit von wenigen Stunden, ließ er unkommentiert (wer die Endfassung des Gesetzes haben möchte, kann sie beim DAZ per Mail oder auf Diskette anfordern).

Stattdessen richteten die Aktivitäten sich eher nach innen. Ein kleiner Kreis von DAZlern arbeitete, wie schon von Dr. Riedel berichtet, an der Konkretisierung des Qualitätssicherungs-Projektes; von Köln aus wurden Informationen und Fragebögen versandt, um die Mitglieder zu informieren und ihre Bereitschaft zur Beteiligung zu eruieren. Die Geschäftsführerin schloss ihren Bericht mit dem Wunsch, dass die Projektaktivitäten zügig weiter entwickelt werden sollten. Sie hofft, dass das Projekt zu einer

Belebung des DAZ und zum Einstieg neuer Mitglieder in die Verbandsarbeit beiträgt.

### **Suche nach Forum-Redakteuren**

Der Chefredakteur des DAZ-Forum, Dr. Ulrich Happ aus Hamburg, kommentierte die Redaktionsarbeit mit deutlicher Skepsis. Zwar hat sich die Zusammenarbeit mit Berlins Unabhängigen Zahnärzten (BUZ) bewährt. Jedoch war es noch schwieriger als in den Vorjahren, verantwortliche Redakteure für die einzelnen Ausgaben und Autoren für gewünschte Beiträge zu finden. Erstmals musste eine Forum-Nummer mangels Bearbeiter ausfallen. Zugleich stelle sich - so Happ - auch die Frage nach dem Interesse der Leser an der Zeitschrift. Die Verteilung des Forum an alle Berliner Zahnärzte z.B. habe nicht zu einer nennenswerten Resonanz geführt.

Aus diesem Grund, ebenso auch aus Kostengründen, entschied die Mitgliederversammlung, ab dem Jahr 2003 die kostenlose Belieferung der Berliner Zahnärzteschaft zu beenden. Zugleich wurde die Verringerung der Zahl der Foren für 2004 von vier auf zwei (Erscheinen im Mai und im November) beschlossen. Eine Ausgabe soll von BUZ, eine vom DAZ betreut und das Format evt. auf DIN A 4 umgestellt werden. Vorrangig soll das Forum den weiteren Fortgang des QS-Projektes begleiten. Es soll aber auch verstärkt Informationen aus den verschiedenen Kammer- und KZV-Bereichen bringen. Übrigens: wenn das Interesse am Forum und an aktiver Mitarbeit doch größer sein sollte, als von der Mitgliederversammlung erwartet, dann werden wir flexibel genug sein,

auch in 2004 mehr als zwei Ausgaben zu produzieren.

### **Erfolgreiche Öffentlichkeitsarbeit pro Prophylaxe**

Als Bericht aus einem weiteren Arbeitsbereich lag ein Papier der DAZ-Informationsstelle für Kariesprophylaxe (IfK) in Groß Gerau vor. Was vielleicht nicht alle Mitglieder wissen: diese vom DAZ ins Leben gerufene Stelle, in deren Beirat seit der Gründung engagierte DAZler und renommierte Wissenschaftler mitarbeiten, betreibt seit 1991 Öffentlichkeitsarbeit für Prävention und Fluoridierung. Sie informiert jedes Jahr Zehntausende von Multiplikatoren im Gesundheitsbereich, Medienvertreter und Verbraucher. Sie erstellt und verteilt Materialien zum Thema Zahngesundheit und speziell zur Prävention mit Fluoridsalz, sie verschickt Mailings, stellt Infos über das Internet zur Verfügung, veranstaltet neuerdings online-Sprechstunden, liefert Stoff für Presse, Funk und Fernsehen, veranstaltet Tagungen mit Experten und ergreift Initiativen zur Ausweitung des Fluoridangebotes in Deutschland und zur Veränderung der Gesetzgebung. Wer Material zum Verteilen sucht oder mehr über die Arbeit der IfK erfahren möchte, klicke ihre Webseiten an ([www.kariesvorbeugung.de](http://www.kariesvorbeugung.de)) oder erkundige sich unter Tel. 06152/81466.

Den Abschluss des öffentlichen Teils der DAZ-Jahreshauptversammlung bildete die Beratung über die bundesweiten Tagungen in 2004. Am 15. Mai 2004 wird die nächste Frühjahrstagung mit der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM) in Frankfurt stattfinden, die wie in den Vorjahren aus einem ge-

sundheitspolitischen Samstagvormittag und einer Fach-Fortbildung am Nachmittag (sowie einem DAZ-Treffen am 16.05.2004) bestehen soll. Noch sind Themen- und Referenten-Vorschläge möglich und erwünscht. Beraten wurde auch über die nächste DAZ-Jahrestagung und als Termin Samstag, der 25. September 2004, zugleich der bundesweite Tag der Zahngesundheit 2004, ausgewählt. Tagungsort soll wieder Berlin sein.

### **Verjüngungskur für den DAZ-Vorstand**

Im internen Teil wurden die Berichte von Kassierern und Kassenprüfern vorgestellt, der Vorstand entlastet und ein neuer DAZ-Vorstand gewählt. Wolfram Kolossa stellte sich nicht mehr für den Posten des Vorsitzenden zur Verfügung; der stellvertretende Vorsitzende Dr. Roland Ernst, lange Jahre Vorsitzender und Motor des DAZ, schied auf eigenen Wunsch ganz aus dem Vorstand aus, um sich anderen Schwerpunkten widmen zu können. Bei den Wahlen setzte sich der vor zwei Jahren begonnene Trend einer allmählichen Verjüngung und Erneuerung des Vorstandes bei gleichzeitiger Wahrung der Kontinuität fort. Dr. Eberhard Riedel wurde als Vorsitzender gewählt, der Kassierer Steffen Schmidt aus Leipzig in seinem Amt bestätigt, und zu den stellvertretenden Vorsitzenden Edeltraud Jakobczyk und Dr. Celina Schätze aus Berlin sowie Wolfram Kolossa kam als neuer Stellvertreter Dr. Volkmar Lehrke aus Nienburg hinzu. Mit Dank an Dr. Ernst und W. Kolossa und einem ersten Statement des neuen Vorsitzenden Dr. Riedel zur zukünftigen Arbeit schloss die Versammlung.



## Herzlich willkommen bei der DAZ-Studiengruppe Berlin/Brandenburg

Edeltraud Jakobczyk, Berlin

Einmal monatlich an einem Mittwoch treffen sich Zahnärzte/innen in Berlin, um sich weiterzubilden und standespolitische Probleme zu diskutieren. Sie gehören zur Studiengruppe des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde (DAZ), Kooperationspartner des NAV-Virchow-Bundes. Unsere Berliner Gruppe entstand aus Mitgliedern des Rudolf-Virchow-Bundes, 1989 in Berlin-Ost von Ärzten und Zahnärzten aus der ehemaligen DDR gegründet. Ziel der Ärzte- und Zahnärztergruppe war es, notwendige Veränderungen im damaligen Gesundheitswesen gemeinsam durchzusetzen. Heute besteht die Studiengruppe aus ungefähr 50 Zahnärztinnen und Zahnärzten, die zum Teil die Möglichkeit der Doppelmitgliedschaft im NAV-Virchow-Bund nutzen. Die meisten sind in eigener Praxis tätig, einige sind wissenschaftliche Mitarbeiter an der Humboldt Universität Berlin. Diese Zusammensetzung hat sich als sehr günstig erwiesen. Sie ermöglicht es uns, qualitativ hochwertige Weiterbildungen anzubieten. Zugleich erlaubt die enge Zusammenarbeit mit den Kolleg(inn)en aus der Hochschule, von neuen Forschungsergebnissen schnell bei der täglichen Arbeit zu profitieren. Umgekehrt erhalten die „Uni“-Kollegen Einblick in Probleme und Sorgen des Praxisalltags. Bei unseren Zielen steht obenan, die Leistungen für unsere Patienten auf einem hohen Niveau zu erbringen. Zurzeit wird im DAZ an einem Projekt zur Qualitätssicherung gearbeitet, was vor

allem den Patienten unser qualitätsorientiertes Engagement zeigen soll. Die monatlichen Zusammenkünfte werden nicht nur zur fachlichen Weiterbildung und zur gemeinsamen Lösung von Praxisproblemen genutzt. Betriebswirtschaftliche Fragen, steuerliche Neuerungen u.ä. werden in Zusammenarbeit mit dem NAV-Wirtschaftsdienst bei unseren Zusammenkünften beraten. Auch standespolitische Themen spielen in der Studiengruppe eine wichtige Rolle. Schon 1990 bei der ersten gemeinsamen Kammerwahl in Berlin bekamen wir sechs Sitze in der Delegiertenversammlung der Zahnärztekammer und stellten ein Vorstandsmitglied. Für die Wahlperiode von 1994 bis 1998 ging aus unserer Studiengruppe die erste Vizepräsidentin einer deutschen Zahnärztekammer hervor. Inzwischen sind wir (nach Verringerung der Zahl der Delegierten auf die Hälfte) mit drei Mitgliedern in der Delegiertenversammlung der Berliner Zahnärztekammer vertreten und mit zwei Mitgliedern in der Vertreterversammlung der Berliner KZV. Darüber hinaus arbeiten Kollegen(innen) aus der Studiengruppe in den verschiedenen Ausschüssen der Landesvertretungen mit. Heute sehen wir es als wichtiger denn je an, dass Ärzte und Zahnärzte bei der Lösung der aktuellen politischen Probleme zusammenarbeiten. Trotz der fachlichen Besonderheiten sind alle Mediziner im gleichen Gesundheitswesen tätig, und die zu erwartenden „Reformen“ werden Ärzte und Zahnärzte in ähnlicher Weise betreffen.

Vor allem aber haben wir es mit den gleichen Menschen, Versicherten, Patienten zu tun. Zum Teil müssen wir Zahnärzte Hand in Hand mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen arbeiten, um unsere Patienten, insbesondere die alten und multimorbiden unter ihnen, adäquat zu versorgen. Mit Sorge beobachten wir die Tendenz einiger zahnärztlicher Gruppierungen, die zahnmedizinischen Leistungen die medizinische Notwendigkeit absprechen und das Fach vorrangig in Richtung Ästhetik und Wellness ausweiten wollen. Gerade neuere wissenschaftliche Ergebnisse stützen die Überlegung, dass unser Fach sich als Oralmedizin verstehen sollte, als integralen Bestandteil der Medizin. Zahnärzte können eine wichtige Rolle z.B. bei der Krebsfrüherkennung und bei der Therapie chronischer Schmerzen spielen.

Sie können durch ihre Maßnahmen (z.B. Bekämpfung chronischer Parodontitis, Beseitigung von Entzündungsherden, Wiederherstellung der Kaufunktion als Voraussetzung für eine gesunde Ernährung usw.) wichtige Beiträge zur Gesunderhaltung des gesamten Menschen leisten. Wir Zahnärzte/innen aus DAZ und NAV-Virchow-Bund wollen durch enge Kooperation mit allen Medizinerkollegen, durch Austausch von Gedanken und Ideen sowohl auf der medizinisch-fachlichen als auch der gesundheits- und berufspolitischen Ebene zur Lösung der anstehenden Probleme im Sinne unserer Patientinnen und Patienten und im Sinne unserer eigenen Interessen beitragen. Wer mitmachen will, ist herzlich eingeladen.

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

Hiermit bestelle ich ein Abonnement des DAZ-forums zum nächsten Termin.

Name, Vorname

Straße, PLZ, Wohnort

Telefon

Fax

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

DAZ - Jahresabonnement ab 2004: 12,- Euro

## Der Schlagabtausch in Berlin setzt sich fort

Die Forum-Redaktion freut sich im Prinzip über Leserbriefe allerdings mehr über konstruktive Vorschläge als über polemische Auseinandersetzungen zwischen einzelnen Personen, für die wir uns ungern als Forum hergeben. Dennoch liegt uns daran, Leserreaktionen unzensuriert zu veröffentlichen. Damit der nachfolgende Brief auch für Leser außerhalb Berlins verständlich wird, vorab ein paar Erläuterungen.

Die KZV Berlin hat für die Jahre 1997 bis 1999 Honorarbescheide erlassen, die sich nach dem damals gültigen Honorarverteilungsmaßstab (HVM) richteten. Gegen diese Bescheide haben sehr viele Zahnärzte/innen Widerspruch eingelegt, oft auf Anraten ihrer Verbände und mit Unterstützung der Kollegen, die vorher bei der Etablierung des HVM beteiligt waren.

Die im Brief erwähnten Zahnärzte Gneist und Cornehlens haben nicht nur Widerspruch eingelegt, sondern mit Hilfe eines renommierten Anwaltes ihre Ansprüche vor dem Sozialgericht geltend gemacht und bisher auch gegen die KZV obsiegt. Aus einer reinen Klagegemeinschaft entwickelte sich zur letzten Kammerwahl ein eingetragener Verein mit der Bezeichnung I.U.Z.B., die Initiative Unabhängiger Zahnärzte Berlins. Sie stellte eine eigene Liste auf. Im Zuge der Wahlwerbung veranlassten einige Aussagen im Wahlkampfflugblatt der I.U.Z.B. den Kammerpräsidenten, Dr. Christian Bolstorff, wiederum die Kollegen Gneist und Cornehlens vor dem Landgericht Berlin auf Unterlassung zu

verklagen. Das Versorgungswerk, das im wesentlichen betroffen war, verlor diesen Rechtsstreit.

Tatsächlich sind die Herren Gneist und Cornehlens nicht die einzigen, die sich gegen den HVM gewandt haben. Obwohl Kollegen/innen aus allen Berliner Verbänden, auch führende Repräsentanten der berufspolitischen Szene aus Berlin, wegen der HVM-Bescheide 1997-1999 gegen ihre KZV klagen, berichten unsere Berliner Mitglieder, dass Kammer und KZV ihre Kritik ausschliesslich auf die I.U.Z.B. konzentrieren.

Mehr Sachlichkeit und weniger Polemik - dieses Motto möchte man als Außenstehender den Kontrahenten ans Herz legen. Außerdem sollte man, wo immer möglich, den Weg über die Gerichte für wichtige und anders nicht lösbare Konflikte reservieren. Denn beim Prozessieren der Körperschaften gegen die eigenen Zahnärzte verlieren eigentlich immer die ganz normalen Zahnärzte an der Basis. Sie dürfen die Zeche bezahlen - egal, wer gewinnt oder verliert.

---

Zahnarzt Gerhard Gneist, Spießweg 35, 13437 Berlin, schrieb am 04.07.2003 an den Präsidenten der Berliner Zahnärztekammer, Dr. Christian Bolstorff, und übersandte uns seinen Brief zur Veröffentlichung:

Sehr geehrter Herr Dr. Bolstorff,

mit Erstaunen habe ich Ihren Artikel „audiatur et altera pars“ im DAZ Forum II/03 gelesen. Sie glänzen zwar mit Schul-Latein-Kenntnissen, aber auch mit Unverfrorenheit, indem Sie die I.U.Z.B. als eine reine Klagegemeinschaft verunglimpfen.

Sie haben wohl schon vergessen, dass Sie in Ihrer Funktion als Kammerpräsident die I.U.Z.B., Herrn Zahnarzt Cornehlens und mich vor dem Landgericht verklagt haben, weil Sie nicht wussten, was in Ihren eigenen Wirtschaftsberichten stand. Das Versorgungswerk verlor den Rechtsstreit und musste die Kosten dafür tragen - natürlich nicht die Initiatoren persönlich, dieses durften alle Kammermitglieder tun.

Ich fordere Sie hiermit auf, Ihre polemischen Entgleisungen zu unterlassen. Widmen Sie sich lieber, mit ein wenig Selbstkritik, den massig anfallenden Problemen - zum Wohle der Kollegenschaft. Ich bezeichne Ihren Verband ja auch nicht als Selbstbedienungsladen für Vorstandsmitglieder.

**PPI:** Herbe Verluste, mangelnde Aufsicht  
**Versorgungswerk:** 16 % Kürzung,  
 Verstöße gegen geltendes Recht,  
 Hohe Verwaltungskosten  
**Kammer:** Zertifizierte Fortbildung,  
 Befriedigung der persönlichen Eitelkeit

Einige Mitglieder der I.U.Z.B. haben gegen den „HVM 97-99“, der rechtswidrig ist, geklagt. Genauso haben Kollegen Ihres Koalitionspartners geklagt, fragen Sie doch mal Ihren Vizepräsidenten, aber auch Kollegen Ihres eigenen Verbandes sind involviert. Ich muss leider wieder einmal erkennen, dass es Ihre Stärke ist, andersdenkende Kollegen zu verunglimpfen.

Ist dies Ihre Art von fairem Umgang miteinander ?

Hochachtungsvoll - Gerhard Gneist

## Heping Yuan

Chinesische Zungendiagnostik  
 Verlag Urban&Fischer, München  
 3. Auflage 2003, 160 S., geb., 100 Abb.,  
 39.95 Euro, ISBN 3-437-56061-3

Das Buch gibt Auskunft über eine wichtige Säule in der chinesischen Medizin, die Zungendiagnostik. Veränderungen im energetischen Zustand des Patienten wie Fülle- oder Leere-Zustände von Organen oder Krankheitsverläufe sind direkt an der Zunge ablesbar. Der Autor, Prof. Heping Yuan, ist seit 1984 als Arzt, Buchautor und Dozent für Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) in Deutschland tätig und hat sein Büchlein klar und übersichtlich aufgebaut - sehr gut sind die Abbildungen der verschiedenen Krankheitsbilder zum Erlernen der Diagnosestellung. Er zeigt alle wichtigen Zungenbefunde und erläutert in einem neu eingefügten Kapitel auch die Verbindung von Zungen- und Pulsdiagnostik. Charakteristische Zungenbefunde und Merkmale wie Zungenbelag, Feuchtigkeit, Farbe, Form und Beweglichkeit des Zungenkörpers werden kurz und prägnant dargestellt und mit differenzialdiagnostischen Gedanken ergänzt. Gerade wir als Zahnärzte sollten bei der Inspektion der Mundhöhle immer wieder ein besonderes Augenmerk auf die Zungendiagnose legen: mit Hilfe der Zungendiagnostik kann der Untersucher feststellen, ob Vitalenergie und Abwehrkräfte des Patienten stark oder schwach sind, er kann Krankheiten differenzieren und analysieren, krankheitsverursachende Faktoren wie z.B. Kälte, Hitze, Feuchtigkeit, Blutstauung, Ärger, Angst etc. an der Zunge festmachen. Da die Veränderung von Zungenbelag und -farbe in Verbindung mit der

Veränderung der Organe Herz, Niere und Magen steht, können Aussagen auch über den Gesundheitszustand dieser Organe getroffen werden. Die TCM-Krankheitserkennung wird bei jedem Zungenbild Beispielen westlichen Diagnosen gegenübergestellt. Last but not least geht der Autor auch auf Unterschiede zwischen der chinesischen und Merkmalen der deutschen Zunge ein und gibt im Anhang Zusammensetzungen von Kräuterrezepten an. Dieser Rezepteteil bedürfte allerdings für westliche Mediziner genauerer Anleitung zum praktischen Gebrauch, hier werden in TCM ausgebildete Therapeuten sicherlich mehr Anwendungskenntnisse besitzen.

---

**Fritz-Jürgen Nöhring (Hrg.)**

Fachwörterbuch Medizin  
Deutsch - Englisch  
Verlag Urban & Fischer,  
München, 3. Auflage 2003  
1680 S., 48 Abb.,  
119,- Euro, ISBN 3-437-15110-X

Nach der Sprachrichtung Englisch-Deutsch ist jetzt auch der Band Deutsch-Englisch des Fachwörterbuches Medizin erschienen (erhältlich ist ebenfalls eine CD-ROM, die als Langenscheidt e-Fachwörterbuch die Inhalte beider Bücher bündelt). Aus der Kooperation des Langenscheidt Fachverlages mit dem medizinischen Verlag Urban & Fischer ist eine gelungene Komposition mit rund 160.000 Fachbegriffen sowie mehr als 350.000 Übersetzungen aus allen Bereichen der Medizin

hervorgegangen. Neu aufgenommen in dieser Auflage ist das Vokabular aus der Allergologie, Mikrochirurgie, Homöopathie und der Bioenergetik. Wesentliche Ergänzungen finden sich auf dem Gebiet der Zahnmedizin sowie in den Bereichen Medizintechnik und Labordiagnostik. Des weiteren dazugekommen ist der 56-seitige Anhang in Englisch und Deutsch, mit Abkürzungen, Laborwerten, medizinischen Formeln, Maßeinheiten und diversen klinischen Parametern. Faszinierend sind auch die 41 vierfarbigen Illustrationen des weltweit bekannten Sobotta Anatomie-Atlas. Anhand der Sobotta-Tafeln und den zweisprachigen Erklärungen kann der Nutzer die korrekte sprachliche Bezeichnung der wichtigsten anatomischen Strukturen und Fachbegriffe finden, auch wenn ihm der englische Begriff nicht geläufig ist. Die gewichtige Ausgabe hat zwar einen - für ein Wörterbuch - stolzen Preis, ist ihr Geld aber durchaus wert. Es ist das umfangreichste Werk seiner Art auf dem deutschen Markt und präsentiert das Know-How in Medizin und Lexikographie der beiden Verlage.

Silke Lange, Oldenburg

---

**Implantate - lange haltbar, lange schön**

Unter diesem Titel hat der Verband der implantologisch tätigen Zahnärzte Deutschlands (BDIZ) kürzlich eine Patientenbroschüre herausgebracht, die in erster Auflage von 15.000 Exemplaren bereits nach 2 Wochen ausverkauft war.

Je mehr Implantationen zur täglichen Routine werden, umso mehr bedarf es verständlicher, griffiger Aufklärungsmaterialien für die zahlreicher werdenden Patienten. Die Broschüre im handlichen Leporello-Format bringt übersichtlich und anschaulich die wichtigsten Informationen und Tipps. Tatsächlich weicht ja die Pflege von implantat-gestütztem Zahnersatz nur in wenigen Punkten von der Mundhygiene bei eigenen Zähnen und konventionellen Kronen und Brücken ab - auch Hinweise wie die auf die Schädlichkeit des Rauchens oder Vorschläge für zahngesunde Ernährung gelten uneingeschränkt sowohl für eigene als auch für Implantatzähne, so dass man auf manches Bekannte zurückgreifen kann. Die meisten Erläuterungen geben eher nur einen Überblick, als dass sie ins Detail gehen. Dahinter steht offensichtlich die mehrmals auch explizit ausgesprochene Intention, den Patienten bei allen speziellen Fragen und bei Problemen auf die Praxis seines Implantologen zu verweisen und ihm regelmäßige Kontroll- bzw. Individualprophylaxe-Termine nahezu legen.

Bilder sind unverzichtbar für eine solche Broschüre. Wenn man bedenkt, dass der Bedarf an Implantaten zwangsläufig mit dem Alter zunimmt, verwundert es etwas, in dem Heftchen ausnahmslos Abbildungen jugendlich wirkender Personen zu finden. Besonders wenig nachvollziehbar ist eine äußerst attraktive junge Dame mit strahlendem Gebiss zur Illustration der Erläuterungen umfangreicher Stegkonstruktionen mit dazu zugehörigem Zahnersatz von Ohr zu Ohr. Die eine hat mit dem anderen nichts zu tun, aber die Botschaft soll wohl lauten: Implantate halten jung. Da ist tatsächlich

was dran. Außerdem repräsentieren die fotografierten Kandidaten sicher auch gut die Klientel, die heute vorrangig auf Implantate angesprochen wird: jung bis mittelalt, beruflich erfolgreich, gepflegt, ästhetikbewusst. Und einkommensstark genug, um durch die Honorarforderungen der Implantologen nicht in Verlegenheit zu geraten ...

Bevor sich ein Patient zu einer Implantatbehandlung entscheidet, braucht man auf jeden Fall anderes zur Aufklärung (z.B. Informationen darüber, was Implantate überhaupt sind, wie sie einheilen, welche Grenzen und Risiken zu beachten sind - nicht zuletzt: was Implantate kosten usw.), aber für die Zeit nach der Implantation ist das Heftchen als eines unter mehreren Medien sicher eine gute praktische Anleitung. Von Patientenseite ist zu hoffen, dass mindestens das Vorwort recht häufig aktualisiert werden muss. Denn in dem Vorwort steht etwa über die bisher nachweisbare Haltbarkeit von Implantat-Zahnersatz - und da hätte man als Patient gern: lebenslanglich.

Infos bzw. Bestellmöglichkeiten gibt's beim BDIZ in Bonn, Tel. 02228/9359244 bzw. [www.bdiz.de](http://www.bdiz.de). (ibo)

---

**Peter Schwind, Faszien- und Membrantechnik**, Urban und Fischer, 2003, ISBN 3-437-56560-5, [www.urbanfischer.de](http://www.urbanfischer.de)

Die faszinierenden manuellen Techniken des Rolfing, der Osteopathie und der kranio-sakralen Therapie sind eigentlich weit entfernt vom zahnärztlich chirurgischen und prothetischen Be-

handlungsfeld, und doch ergeben sich bei der Behandlung des Kiefergelenkes und bei chirurgischen Eingriffen wie den minimal invasiven Sinusbodenelevationstechniken sehr konkrete Möglichkeiten für diese Techniken.

Mittlerweile hat sich herumgesprochen, dass nicht jede Kiefergelenkserkrankung mit Hilfe einer wie auch immer gearteten Aufbißschiene therapiert werden kann, sondern dass das Kiefergelenk eingebettet ist in ein myofasziales Umfeld, das weit in den Brustraum, die Rückenpartie und den Nacken hineinreicht, und von Verspannungen und Tonusunterschieden dieser Bereiche negativ beeinflusst werden kann. Das Buch bietet eine sehr einleuchtende Interpretation der anatomischen Verhältnisse, der sich daraus ergebenden Diagnostik und Therapie. Jeder, der umfangreiche Rehabilitationen mit und ohne Implantaten bei vorgeschädigtem Kiefergelenk plant, tut gut daran, diesen Behandlungsansatz mit einzubeziehen, es erspart lästige Korrekturen und unzufriedene Patienten.

Ein weiteres Kapitel befasst sich mit Folgeschäden der minimal invasiven Techniken bei der Anhebung des Kieferhöhlenbodens nach Summers. Auch hier bietet das Buch nach Würdigung der anatomischen Gegebenheiten eine einleuchtende Erklärung dafür, dass auch nach vorsichtigster Präparation mit den entsprechenden Kondensierinstrumenten länger andauernde Irritationen, z.B. Gleichgewichtsstörungen, Schwindel und Kopfschmerz auftreten können. Peter Schwind zeigt nach entsprechender Diagnostik einen Therapieweg auf, der meiner Meinung nach aber in die Hände eines erfahrenen Therapeuten

gehört, der über eine ausreichende Sensibilität verfügt. ( Stellen Sie sich vor, sie versuchten eine Blindenschrift zu lesen: Der Blinde wird mit seinem Finger mühelos über die Zeilen gleiten und verstehen, während Sie noch nicht einmal die Rauigkeit des Papiers oder gar eine Struktur „begreifen“ können).

Das Buch vermittelt über die uns betreffenden fachspezifischen Kapitel hinaus eine tiefe Einsicht über die körperliche Befindlichkeit, der Dysfunktion und deren Therapie, und ist zudem verständlich und spannend geschrieben.

Sebastian Schmidinger

---

**Hellwege, Klaus-Dieter**  
**Die Praxis der zahnmedizinischen Prophylaxe-** Ein Leitfaden für die Individualprophylaxe, Gruppenprophylaxe und initiale Parodontaltherapie  
6. überarb. und aktualis. Auflage 2003 293 Seiten mit 353 meist farbig. Abb. Preis: 119 Euro, 181 CHF ISBN 3-13-127186-8

Dass dieses Buch bereits seit 20 Jahren und jetzt in der 6. Auflage erscheint, spricht ja allein schon für seine Nützlichkeit und Qualität. Inzwischen hat sich der Thieme-Verlag dieses Standard-Werkes angenommen und mit der verlagstypischen Professionalität die einzelnen Bereiche

- Lebensraum Mundhöhle
- Mundhygiene und Zahngesundheit
- Maßnahmen zur Keimverminderung etc.

anschaulich und übersichtlich dargestellt. Von der »subgingivalen Auswischtechnik an Zahnersatzteilen« bis zu »Ratschlägen zum klugen Umgang mit dem Süßen« enthält das Buch wirklich alles, was man in der Zahnarztpraxis zur Verbesserung der Mundgesundheit dem Patienten vermitteln kann. Dass der Autor allerdings immer noch Fluoridtabletten gegenüber fluoridiertem Speisesalz favorisiert, ist - zumindest für Kinder nach dem 2. Lebensjahr - realitätsfremd und praxisfern, weil die Einnahme der Tabletten niemals zur gleichen Konstanz der Fluoridaufnahme führt wie beim Verzehr von fluoridhaltigem Speisesalz. Aber das nur nebenbei.

Gesonderte Abschnitte des Buches widmen sich den gesetzlichen und vertraglichen Vereinbarungen zur Individual- und Gruppenprophylaxe. Auch hier gibt es vom Zahnputzlied zur KAI-Methode bis zum Gesprächsbeispiel für die Hinführung des Patienten zur initialen Parodontaltherapie alle erdenklichen Ratschläge und Anstöße, sowohl für die Prophylaxeassistentin als auch für Kindergartenbetreuer und Erzieherinnen. Wichtig erscheint mir auch die Warnung des Autors vor Alkoholkonzentrationen in Mundspüllösungen, die von 0-21,6% (!) variieren, und deshalb nicht ungefährlich für Kinder, Alkoholiker und Suchtgefährdete sind. Insgesamt ein durchaus empfehlenswertes Buch, für Prophylaxeanfänger und Profis, zu einem stattlichen, aber in Bezug auf Umfang, Bildausstattung und Informationsfülle gerechtfertigten Preis.

Hanns-W. Hey, München

## Termine

20.11.2003, 20.00 Uhr: Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402/928811)

03.12.2003, 20.00 Uhr, Berlin /Geschäftsstelle des NAV-Virchow-Bundes, Chausseestr. 119b: Informations- und Diskussionsveranstaltung von BUZ und DAZ zur Gesundheitsreform 2003, Referent: Dr. Jörg-Peter Husemann, KZV-Vorsitzender (Tel. 030/3023010)

05.-06.12.2003, Berlin/Rathaus Schöneberg: 9. Kongress Armut und Gesundheit zum Thema "Strategien der Gesundheitsförderung - Wie kann die Gesundheit von Menschen in schwierigen Lebenslagen nachhaltig verbessert werden?" (Tel. 030/44319082, www.gesundheitberlin.de)

18.12.2003, 20.00 Uhr: Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg (Tel. 04402/928811)

28. 02 2004, 10.00 - 13.00 Uhr, Berlin/ Geschäftsstelle des NAV-Virchow-Bundes, Chausseestr. 119b: DAZ-Ratssitzung

28.02.2004, 14.00 - 18.00 Uhr, Berlin/Hotel Ramada, Chausseestr. 118: Auftaktveranstaltung des DAZ-Qualitätssicherungs-Projektes

15.05.2004, 10.00 - 18.00 Uhr, Frankfurt/ Bürgerhaus Bornheim: DAZ-VDZM-Frühjahrs-tagung mit gesundheitspolitischem Vormittag und Fachfortbildung am Nachmittag

16.05.2004, 10.00 - 14.00 Uhr, Frankfurt: DAZ-Ratssitzung

25.09.2004 bundesweiter Tag der Zahngesundheit

25.09.2004, 10.00 - 18.00 Uhr, Berlin/ Dietrich-Bonhoeffer-Haus, Ziegelstr. 30: DAZ-Jahrestagung 2004

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



## Der Bonusstempel - nie war er so wertvoll wie heute

Es ändert sich so manches durch die ständigen Reformen. Viele Patienten sind verunsichert und befürchten, dass bei den Zähnen bereits ab 2004 alles anders wird. Deutliche Änderungen stehen tatsächlich beim Zahnersatz bevor, bezüglich Finanzierung (zusätzliche Pflichtversicherung) und bezüglich der Art der Zuschüsse (Festzuschüsse statt prozentualer Zuschüsse), jedoch bedeutet beides nicht, dass man beim Zahnarzt alles selbst bezahlen muss. Schon gar nicht ab 2004. Die Änderungen treten erst ab 2005 in Kraft, derzeit kann man über die Details nur spekulieren.

Was aber heute schon klar ist: das Bonusheft bleibt. Aus DAZ-Sicht hat es seine Schwächen: belohnt es doch präventionsorientiertes Verhalten mit höherem Zuschuss beim Zahnersatz, der gerade vermieden werden soll. Außerdem hat der Zahnarztbesuch zum Abholen des Bonusstempels nicht immer mit Prävention und Zahnerhalt zu tun; manch einer lässt sich nur untersuchen und nimmt den angesetzten Behandlungstermin schon nicht mehr wahr.

Dennoch: der Bonus motiviert so manchen zum sinnvollen Zahnarztbesuch, und für einen Teil der Bevölkerung ist er eine wesentliche Hilfe zur Finanzierung notwendigen Zahnersatzes.

Auch nach Inkrafttreten der Reform zählen weiterhin die Einträge im Bonusheft, sogar dann, wenn jemand ab 2005 Prothetik bei einer privaten Versicherung absichert. Darum sei noch einmal ins Gedächtnis gerufen: der bisherige allen Versicherten zustehende Kassenzuschuss von 50%, der auch noch in 2004 gilt, erhöht sich auf 60%, wenn man sich in den letzten 5 Jahren mindestens einmal jährlich hat untersuchen lassen, auf 65%, wenn dies für die letzten 10 Jahre zutrifft. Wenn ab 2005 Festzuschüsse gelten, werden sie entsprechend höher ausfallen, je nachdem, ob regelmäßige Untersuchungen für mindestens 10 oder mindestens 5 Jahre nachweisbar sind. Schon eine einjährige Pause setzt

den Bonus von 15% auf 10% zurück bzw. führt zum völligen Verlust des Bonus. Die Patienten sollten dies wissen! (ibo)

---

### 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: drhapp@happ.org

Erscheinungsweise: 2 mal jährlich  
Auflage ab 2004: 2400

Bezugsbedingungen: Das DAZ-forum ist im  
Abonnement erhältlich, Jahresabo 12 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

## 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, E-Mail w.i.schempf@web.de

### 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 ropers.gellrich@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  
thomas@murphy-hamburg.de

### Nordrhein

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

### Oberbayern / München

Dr. Johann Brosch, Untertaxeweg 124,  
82131 Gauting, Fax 089 7556341;  
Dr. Kai Müller,  
E-Mail Kai\_F\_Mueller@t-online.de  
Dr. Ursula Frenzel, Kidlerstr. 33,  
81371 München, Tel. 089 773716,  
Fax 089 74665749,  
E-Mail ursulafrenzel@hotmail.com

### Oberpfalz

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

### Oldenburg

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

### Rheinhessen

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

### Schleswig Holstein

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

### Thüringen

Dr. Bernd Kröplin, Leine Einkaufszentrum,  
37308 Heilbad Heiligenstadt,  
Tel./ Fax 03606 619518,  
E-Mail MKroeplin@aol.com

### Westfalen - Lippe

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

### DAZ-Geschäftsstelle

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

**Beitrittserklärung**

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

Name, Vorname

Geb. Datum

Straße. PLZ, Wohnort

Telefon

Fax

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

DAZ- Mindestjahresbeitrag ab 1.1.2002

 Stud./cand.med.dent und Fördermitglieder 12,- Euro Assistenz ZÄ/ZA 96,- Euro Niedergel. ZÄ/ZA 192,- Euro ZÄ/ZA im Ruhezustand 36,- Euro

zutreffendes bitte ankreuzen

**Beitrittserklärung**

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

Name, Vorname

Geb. Datum

Straße. PLZ, Wohnort

Telefon

Fax

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

BUZ- Mindestjahresbeitrag ab 1.1.2002

 Stud./cand.med.dent und Fördermitglieder beitragsfrei Assistenz ZÄ/ZA 122,71 Euro Niedergel. ZÄ/ZA 148,07 Euro

zutreffendes bitte ankreuzen

... alles gespart!



Durch die Teilfertigung von Zahnersatz in unserem Meisterlabor in Manila sparen Ihre Patienten bis zu 40% der Laborkosten und das bei einem Maximum an Qualität und Service.

Kann Ihr Labor das auch?

InteraDent Zahntechnik AG

Neue Zähne: schön, preiswert und sympathisch.

**InteraDent®**

**Zentrallabor Lübeck**

Roggenhorster Straße 7  
23556 Lübeck  
Telefon: 0451-87985-0  
Telefax: 0451-87985-20  
[www.interadent.de](http://www.interadent.de)  
[info@interadent.de](mailto:info@interadent.de)

# 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 Dectafur 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 Zahnhälse.

### 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.

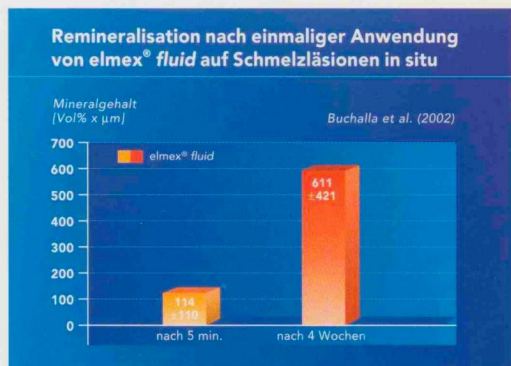
### Packungsgrößen und Preise:

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

Stand: Januar 2003



**GABA GmbH**  
Spezialist für orale Prävention



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