



Zukunftsperspektiven der zahnärztlichen Versorgung

Die zahnärztliche Versorgung in den Industrieländern befindet sich zur Zeit in einer Umbruchsituation. Kennzeichnend für die allgemeine Situation in diesen Ländern sind vor allem drei Entwicklungstendenzen:

- * das sich verändernde Panorama der Munderkrankungen, insbesondere der Rückgang der Karies;
- * die zunehmende Bedeutung einer Alterszahnheilkunde bedingt durch die Erhöhung der Lebenserwartung und die zunehmende Überalterung der Bevölkerung;
- * ein autonomes und jeden Bedarf übertreffendes Wachstum an zahnärztlicher Behandlungskapazität (Zahl der Zahnärzte).

Bislang wurden diese Entwicklungstendenzen nur je einzeln und isoliert betrachtet. Das Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung hat deshalb im März d. J. ein internationales Symposium zum Thema

Zukunftsperspektiven der zahnärztlichen Versorgung - Future of Dental Care

veranstaltet, das der Gesamtschau dieser Entwicklungslinien und der Erarbeitung von Handlungskonzepten dienen sollte.

Übereinstimmend kamen die Experten zu den Schlußfolgerungen, daß sich das Berufsbild des Zahnarztes der Zukunft entscheidend wandeln wird und sich deutlich ein Überschuß an zahnärztlicher Behandlungskapazität abzeichnen beginne. In der Vergangenheit seien als Reaktion auf hohe Erkrankungsraten die zahnärztlichen Versorgungskapazitäten ausgedehnt worden. Zukünftig käme es auf eine Konsolidierung, wenn nicht auf eine Schrumpfung der Behandlungskapazität an.

Dipl.-Volksw. Paul J. Müller

Abstract

International Conference on the Future of Dental Care

The dental care delivery systems in most industrialized countries are currently confronted with a set of interrelated processes that will have an enormous impact on these systems.

These trends are:

- * the changing pattern of oral health, especially the decline in caries prevalence,
- * the growing importance of targetting dental care towards the elderly, taking into account the increase of life-expectancy and the changing demographic composition of the populations,
- * the autonomous and all conceivable demand exceeding growth of the dental professions.

In the past, these trends have been analysed only separately and in an isolated manner. The Research Institute for Dental Care, West Germany, therefore invited to an international conference on the Future of Dental Care in March this year in order to review the current and future developments from a systemic viewpoint and to provide for a forum to elaborate appropriate measures for action by governments and organized dentistry.

The experts assembled at this conference adopted the conclusions that these developments will cause important changes within the dental professions and dental care delivery systems and that there is a proliferation of dental manpower that far exceeds any conceivable future demand in the industrialized countries. A consolidation, if not a shrinking of dental manpower is advised for these countries. Finally, there is a growing demand to improve the national monitoring systems to better predict and influence current and future developments. The Research Institute for Dental Care, West Germany, will take over an active role in this monitoring task.

Zukunftsperspektiven der zahnärztlichen Versorgung

Dr. Helmut Zedelmaier, Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, eröffnete das Symposium, an dem Vertreter aus nahezu allen westeuropäischen Ländern teilnahmen, mit den Worten:

"Die zahnärztliche Berufspolitik hat immer Weitblick bewiesen, lassen Sie uns diesen Vorsprung verteidigen, indem wir trotz der schwierigen Gegenwart schon jetzt für die Zukunft tätig werden. Ohne den richtigen Blick in die Zukunft ist auch die Gegenwart nicht zu meistern."

Auf diesem Symposium sollten drei gemeinsame Entwicklungstendenzen in den Industrieländern

- * das sich verändernde Panorama der Munderkrankungen, insbesondere der Rückgang der Karies;
- * die zunehmende Bedeutung der zahnärztlichen Versorgung älterer Menschen bedingt durch die Erhöhung der Lebenserwartung und die zunehmende Überalterung der Bevölkerung;
- * das autonome und jeden Bedarf übertreffende Wachstum an zahnärztlicher Behandlungskapazität (Zahl der Zahnärzte);

und ihre Auswirkungen auf die zahnärztlichen Versorgungssysteme analysiert und Möglichkeiten ihrer systematischen Beobachtung und Beeinflussung aufgezeigt werden.

Dr. David Barmes, Leiter der Abteilung Mundgesundheit der WHO, berichtete zunächst über die allgemeinen Strukturverschiebungen im Krankheitsbild der Mundkrankheiten in den Industrieländern.

...

Durchgängig sei ein deutlicher Trend im Rückgang der Karies festzustellen. Es sei bisher keine untere Grenze feststellbar, die die Karies nicht unterschreite. Schwieriger seien Aussagen über die Entwicklung der Parodontopathien (Zahnbetterkrankungen). Hier wären zwar Anstiege in ihrer Prävalenz zu verzeichnen, aber gleichzeitig lägen auch Beobachtungen vor, die kein so eindeutiges Bild, insbesondere über die Schweregrade und Verläufe der Erkrankungen zeichnen würden. Relativ sicher könne man jedoch davon ausgehen, daß bei der zunehmenden Überalterung der Bevölkerung und bei zunehmender Lebenserwartung die Bedeutung der Behandlung von Parodontopathien zunehmen werde.

Diese Veränderungen im Krankheitsspektrum hätten jedoch deutliche Auswirkungen auf die Struktur der Tätigkeiten in den zahnärztlichen Versorgungsbereichen der Industrieländer. Durch den säkularen Rückgang der Volkskrankheit Karies und der Beibehaltung der relativ besseren Mundgesundheit bis ins höhere Lebensalter ergäben sich spezifische Veränderungen im Therapiespektrum der Zahnärzte.

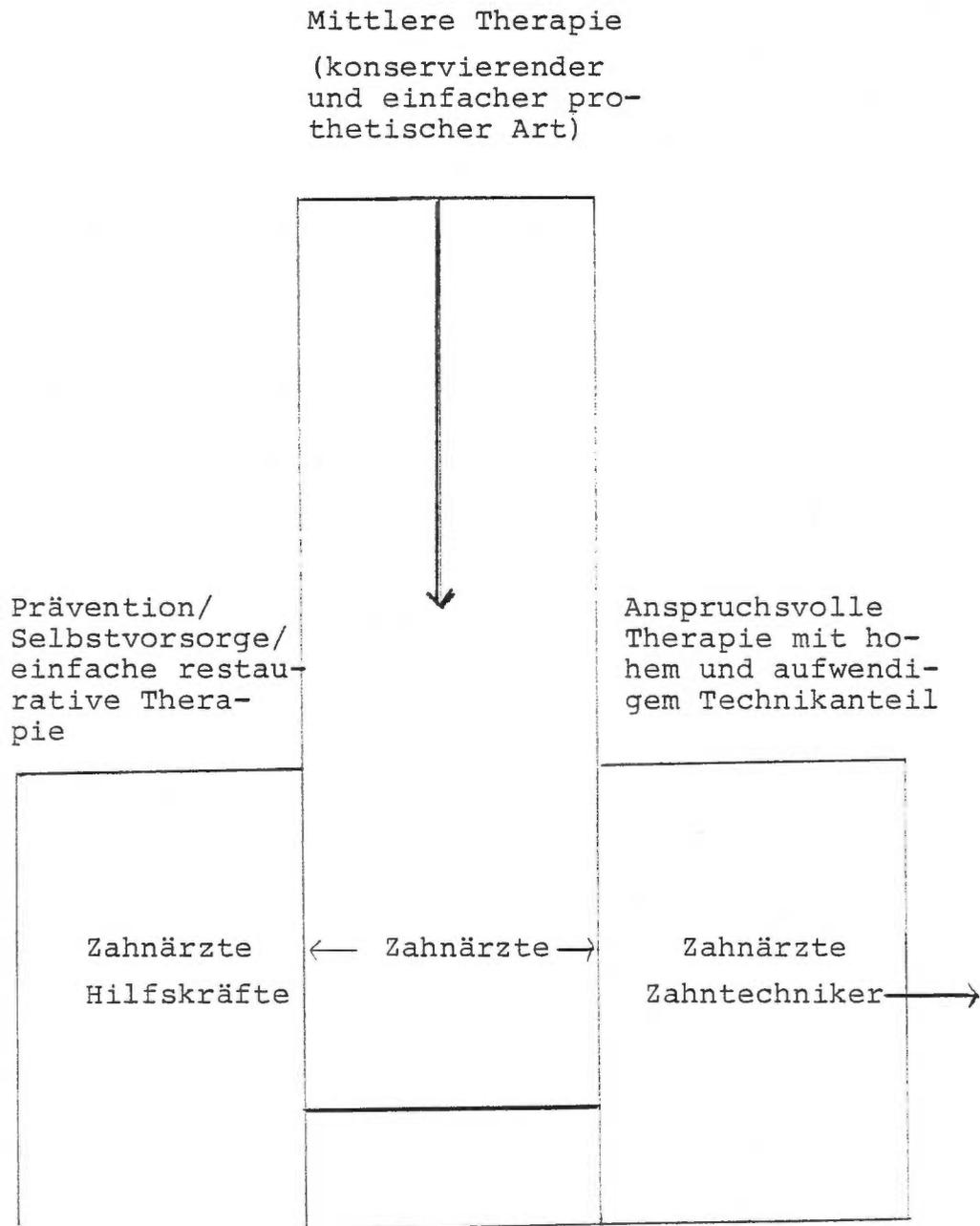
Früher habe sich das Behandlungsspektrum aufgeteilt in drei unterscheidbare Therapieformen: zwei etwa gleich bedeutsame Teile, die zum einen durch präventive und einfache zahnerhaltende Maßnahmen, zum anderen durch anspruchsvolle Versorgungen mit hohem und aufwendigem Technikanteil charakterisiert waren, und schließlich der größte mittlere Bereich, der durch kompliziertere konservierende als auch einfachere prothetische Versorgungen gekennzeichnet war (vgl. Schaubild 1, in dem die drei Therapieformen durch Säulen dargestellt werden).

Durch den Rückgang der Karies sinke die Bedeutung des mittleren Therapiebereichs (mehrflächige Füllungen, Zahnersatz in Form von Kronen und Brücken) - schematisch dar

...

Schaubild 1

Mögliche Konsequenzen der Veränderungen in der Struktur
zahnärztlicher Tätigkeiten in den Industrieländern



Quelle: WHO

gestellt durch die Verringerung der mittleren Säule in Schaubild 1. In diesem Bereich gäbe es zukünftig weniger zu tun. Entsprechend würde sich das Spektrum der vom Zahnarzt selbst ausgeführten Tätigkeiten verbreitern müssen. In Versorgungssystemen, die bisher durch einen relativ hohen Anteil an Delegation von Arbeiten an Spezialisten (z.B. Zahntechniker) und Hilfskräfte gekennzeichnet seien, käme es dadurch auch zur Verringerung der Arbeit für Spezialisten und Hilfskräfte. Damit einhergehend veränderten sich jedoch auch die Anforderungen an die zukünftigen Zahnärzte. Ihre Ausbildung müsse zukünftig breiter angelegt sein. Insbesondere der "Arzt im Zahnarzt" würde stärker gefordert. Noch längerfristig in die Zukunft projiziert, vermutete Dr. Barmes, daß diese Entwicklung bei gleichzeitig sinkender Bedeutung auch der hochkomplexen Therapie zur Entwicklung eines Berufsbildes des "Mundarztes" (oral physician) mit entsprechender Integration in die allgemeine Ärzteschaft führen würde. Dies seien jedoch erst Entwicklungen in 30 oder 40 Jahren.

Dr. Terry W. Cutress, Vorsitzender der FDI-Kommission für Mundgesundheit, Forschung und Epidemiologie, berichtete über das Ausmaß und die Gründe für den deutlichen Rückgang der Karies. In einer international vergleichend angelegten Untersuchung seien die Entwicklungstrends und Verursachungsfaktoren untersucht worden.

Schaubild 2 stellt den Rückgang der Kariesprävalenz (zwischen 30 und 50 %) während der letzten Dekade in neun Industrieländern graphisch dar. Berechnungen zufolge liegt die jährliche Verbesserungsrate in bezug auf die Mundgesundheit in diesen Industrieländern bei bis zu 12 %.

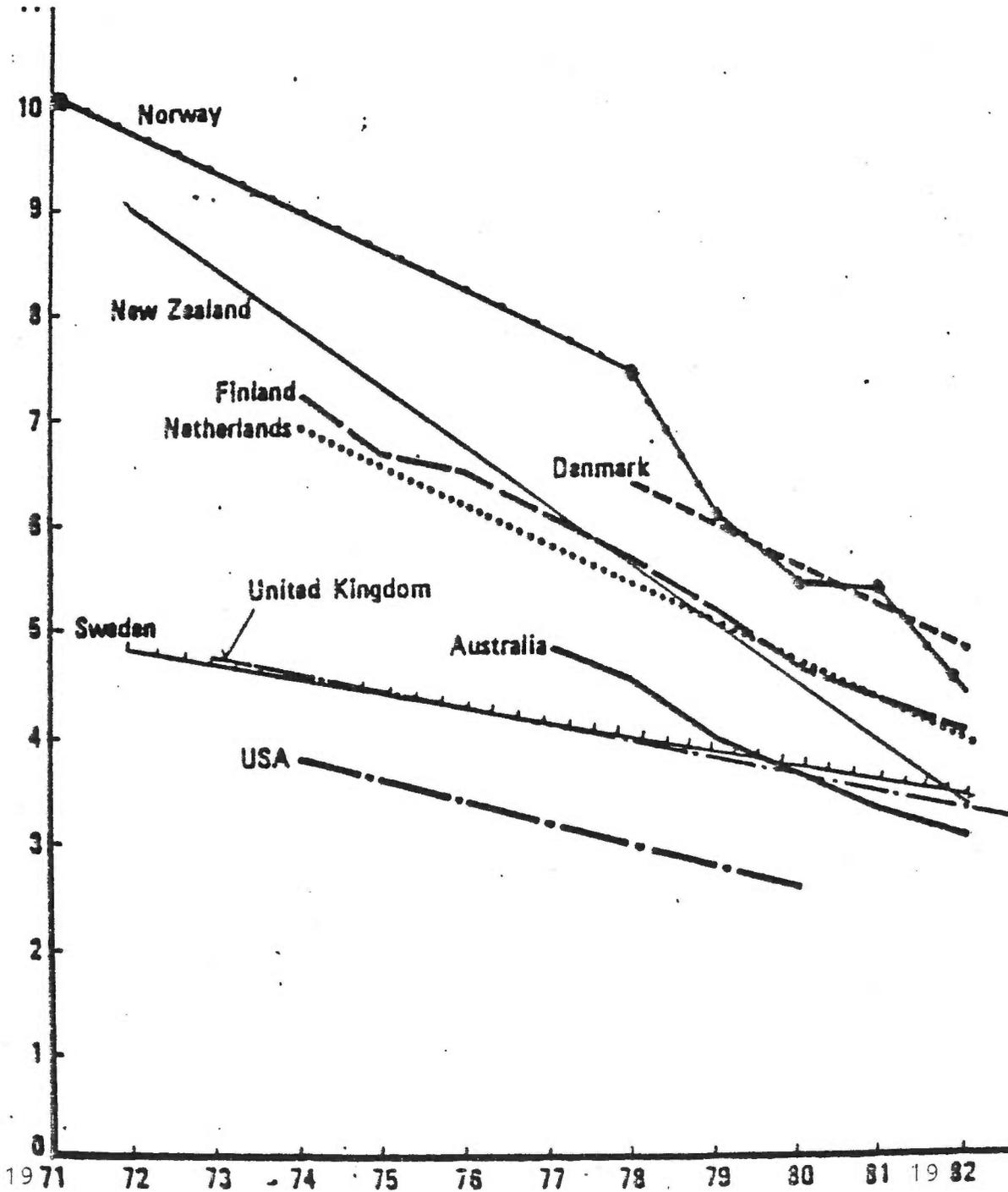
Nach eingehender Untersuchung der gemeinsamen Bedingungen in diesen neun Ländern kam man zu dem Ergebnis, daß der

...

Schaubild 2

Rückgang der Karies 1971-1982

DMT-T im Alter von 12 Jahren



Quelle: WHO

Rückgang der Kariesprävalenz in der letzten Dekade wohl auf die folgenden wichtigsten Faktoren zurückzuführen sei:

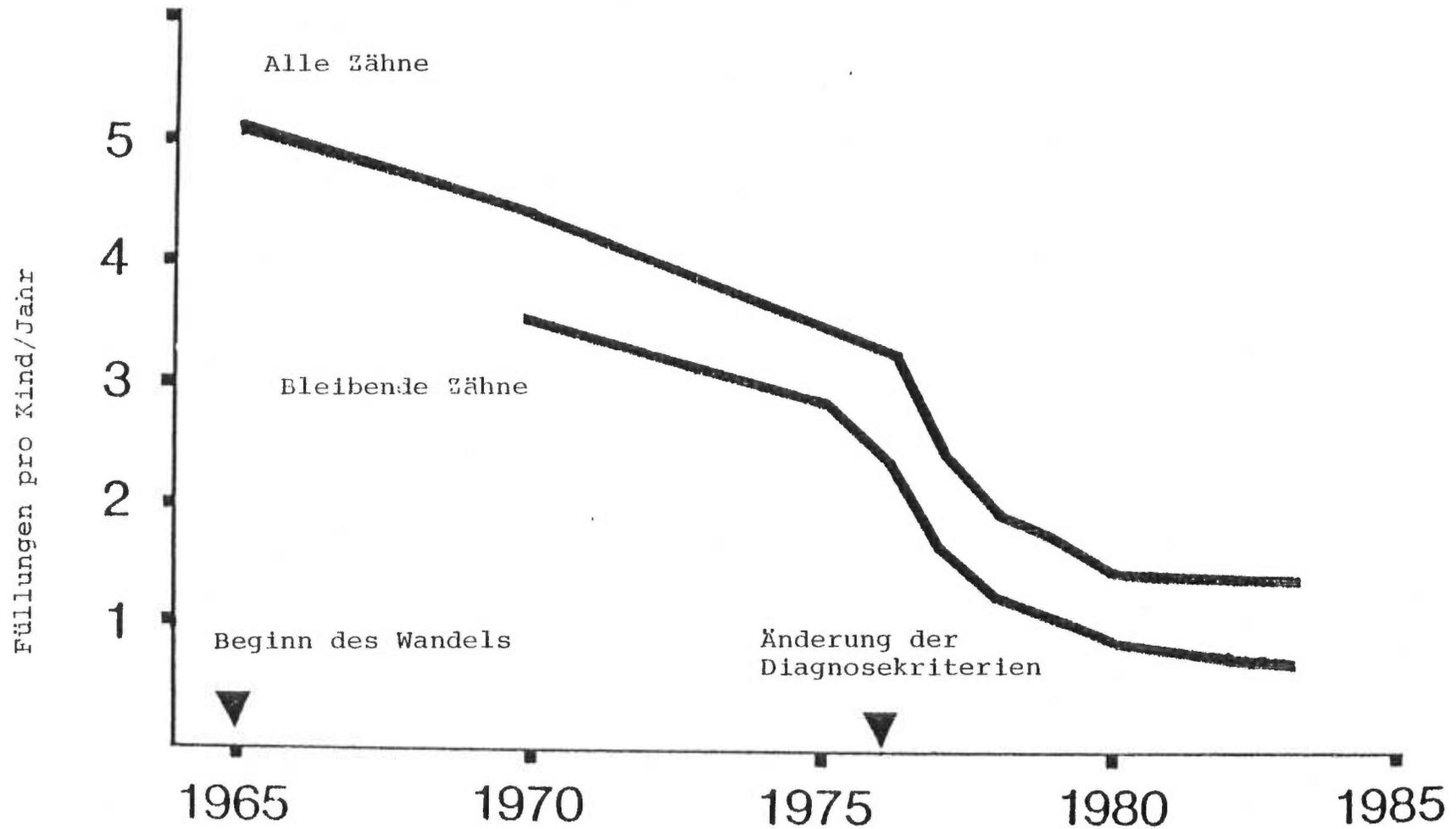
1. Einsatz von Fluoriden, insbesondere auch durch fluoridhaltige Zahnpasten;
2. Verfügbarkeit von Zahnärzten;
3. Verbesserung des Mundgesundheitsbewußtseins verbunden mit der intensiveren Nutzung von Vorsorgeuntersuchungen;
4. Präventionsmaßnahmen der Zahnärzte.

In Neuseeland konnte zudem sehr deutlich nachgewiesen werden, wie sehr der Rückgang der Karies zu reduzierten Behandlungsbedarfen führt (vgl. Schaubild 3). Waren im Jahre 1965 noch 5 Füllungen jährlich bei den Kindern im Alter von 7 - 13 Jahren zu legen, so reduzierte sich der Behandlungsbedarf im Jahre 1983 auf durchschnittlich 1 Füllung pro Kind im Jahr. Ein Teil dieses Rückganges ist jedoch auch auf veränderte Diagnosekriterien für die Bestimmung einer Behandlungsnotwendigkeit rückführbar.

Dr. Cutress vermutete, daß es in Zukunft nicht auszuschließen sei, daß sich das Verhältnis zwischen Morbidität, Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und dem Angebot an Behandlungskapazitäten fundamental ändern werde. Traditionellerweise wäre in der Vergangenheit immer feststellbar gewesen, daß der Behandlungsbedarf nach Expertenschätzung größer gewesen sei als die Nachfrage nach zahnärztlicher Behandlung durch die Patienten. Nicht jeder potentielle Patient würde einen objektiv gegebenen Behandlungsbedarf wahrnehmen oder rechtzeitig realisieren. Viele kämen auch heute noch erst dann zum Zahnarzt, wenn sie bereits Schmerzen verspürten. Diese Nachfrage hätte

...

Durchschnittliche Zahl der Füllungen pro Kind (7-13 Jahre)
in Neuseeland (1965-1983)



Quelle: de Liefde/Ritchie, 1984

zudem nicht immer voll und unverzüglich (Wartezeiten) befriedigt werden können. Dies sei ein wesentlicher Grund dafür gewesen, die zahnärztliche Behandlungskapazität in der Vergangenheit zu expandieren (vgl. Schaubild 4 A).

Durch den Rückgang der Kariesprävalenz sei nun jedoch zu erwarten, daß die Nachfrage mit dem Angebot deckungsgleich werden würde - dem Idealzustand - und sogar das Angebot an zahnärztlicher Versorgung größer werde als die Nachfrage (vgl. Schaubild 4 B). Eine solche Umkehrung der Proportionen müsse Umbruchsituationen produzieren, die im Interesse einer reibungslosen Versorgung zu vermeiden seien.

Diese Veränderungen müßten zukünftig sorgfältig und kontinuierlich beobachtet werden. Die Methoden der Epidemiologie wären inzwischen soweit entwickelt, daß sie zur Politikberatung eingesetzt werden könnten. Angewandte Epidemiologie böte den zahnärztlichen Organisationen die Voraussetzung, sich zukünftig zu informierten Organisationen mit neuen Kenntnissen und Steuerungspotentialen zu entwickeln.

Prof. George S. Beagrie, Vorsitzender der FDI-Kommission für zahnärztliche Ausbildung und Berufsausübung, berichtete über die Bemühungen der FDI, auf dem Hintergrund der Veränderungen im Krankheitspanorama ein neues Modell zur Abschätzung der benötigten zahnärztlichen Behandlungskapazität zu entwickeln. Auf dem Symposium des FZV stellte er erstmalig dieses Modell angewandt auf die Bundesrepublik Deutschland vor.

Dieses Modell verlangt eine Vielzahl von Informationen, die teilweise noch wegen Ermangelung exakter und zuverlässiger

...

Schaubild 4 A

Das Verhältnis zwischen Behandlungsbedarf, Inanspruchnahme und Versorgung in der Vergangenheit

Behandlungsbedarf (Morbidity) (B)

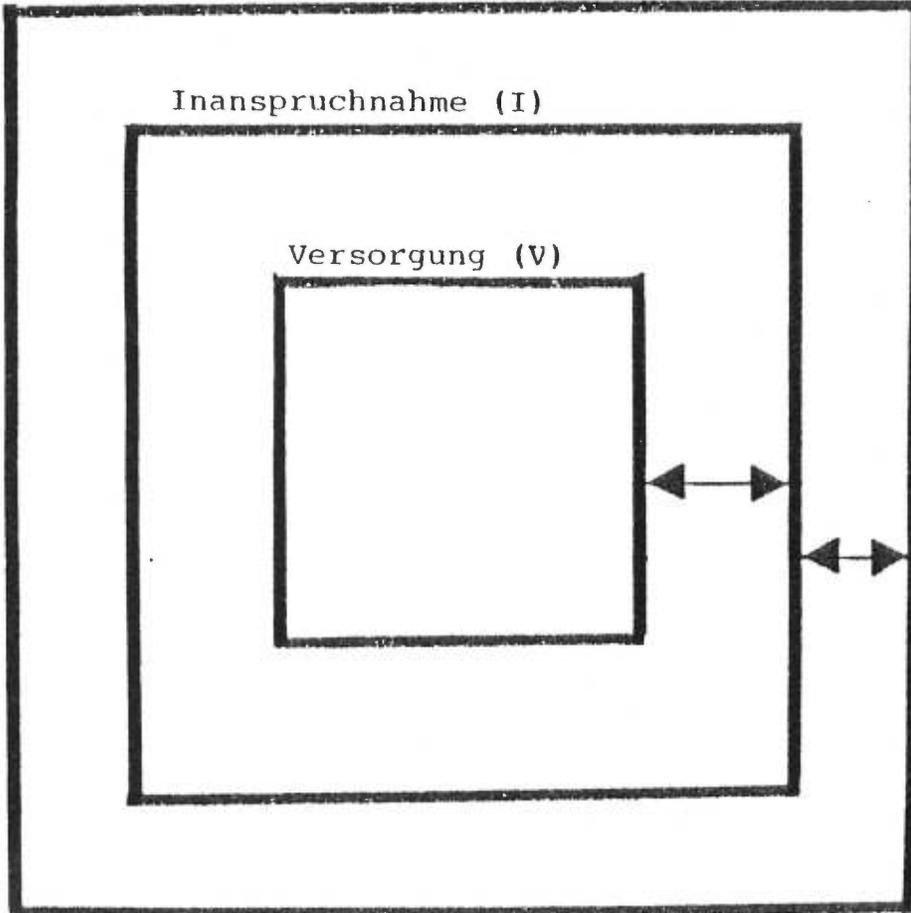
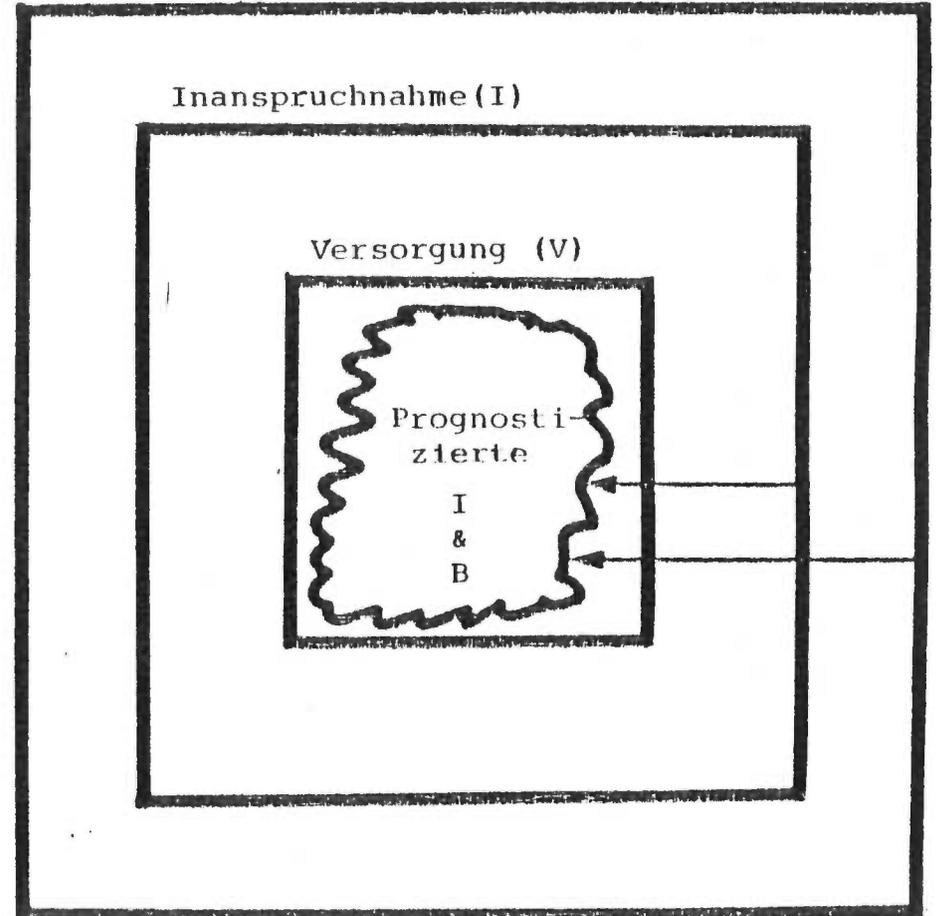


Schaubild 4 B

Prognostiziertes Verhältnis zwischen Behandlungsbedarf, Inanspruchnahme und Versorgung

Behandlungsbedarf (Morbidity) (B)



siger Zahlen über die Bundesrepublik Deutschland nur geschätzt werden konnten. So werden insbesondere verlangt:

- * repräsentative Zahlen zur Mundgesundheit für die Alterskohorten 0 - 29, 30 - 64 und 65 Jahre und älter;
- * verlässliche Zahlen über die Behandlungsbedarfe dieser drei Alterskohorten über die gesamte Lebenszeit in den Bereichen der
 - konservierenden Behandlung (inklusive Erneuerungsbedarf)
 - Parodontologie
 - kieferorthopädischen Behandlung
 - Versorgung mit Zahnersatz (inklusive Erneuerungsbedarf)
 - chirurgischen Behandlung
 - Alterszahnheilkunde
- * Daten über die Bevölkerungsstruktur und -entwicklung;
- * Daten über die verfügbare Behandlungskapazität (Zahl der Zahnärzte und "Arbeitszeit am Stuhl");
- * Daten über übliche Behandlungsstile/Therapiefolgen;
- * Daten über benötigte Behandlungszeiten für unterschiedliche Therapiefolgen.

Aus diesen Informationen werden durchschnittliche kohortenspezifische Behandlungszeiten pro Patient in Minuten und pro Jahr geschätzt. Diese Schätzungen werden dann gewichtet mit der relativen Verteilung der Kohorten in der Gesamtbevölkerung. Aufgrund der der FDI vorliegenden (für die Kariesprävalenz wohl zu hohen) Schätzungen über die Bundesrepublik Deutschland ging er von einer durchschnittlichen benötigten Behandlungszeit von 55,32 Minuten pro Person und Jahr aus.

Weiterhin wird angenommen, daß jeder Zahnarzt in Deutschland 6 Stunden am Tag "am Stuhl" arbeitet, und dies an fünf Tagen in der Woche über 48 Wochen im Jahr.

Hieraus ergab sich dann eine Schätzung des benötigten Bedarfs an Zahnärzten in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1985 in der Größenordnung von 1 Zahnarzt pro 1.600 Personen. Die reale Zahnarztdichte betrug im Jahr 1983 1 : 1.746.

Die "Bedarfszahl" von einem Zahnarzt pro 1.600 Personen ergab sich jedoch nur unter der zusätzlichen Annahme, daß 100 % aller Patienten mit Mundkrankheiten sofort zum Zahnarzt gehen würden; geschähe die Umsetzung des "objektiven" Behandlungsbedarfs in Inanspruchnahmeverhalten durch die potentiellen Patienten nur zu 75 %, so verändere sich die benötigte Zahnarztdichte auf 1 : 2.100.

Für die Zukunft wird nach diesem Modell - bedingt durch den Rückgang der Bevölkerung und die Zunahme der Bedeutung der Alterszahnheilkunde - im Jahre 2000 eine benötigte Zahnarztdichte von 1 : 1.500 (bei 100%iger Ausschöpfung des objektiven Behandlungsbedarfs durch Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienstleistungen) bzw. von 1 : 2.000 (bei 75%iger Ausschöpfung) berechnet. Diesen zukünftigen Bedarfsschätzungszahlen steht in der Bundesrepublik Deutschland jedoch schon eine real zu erwartende Zahnarztdichte von 1 : 1.182 im Jahre 2000 gegenüber.

Dr. Peter Hanedoes, Präsident des Niederländischen Zahnärzterverbandes, thematisierte insbesondere die Konflikte und Widersprüchlichkeiten, denen sich die Zahnärzte durch den rapiden Wandel in der Mundgesundheit und dem übermäßigen Anwachsen der Zahl der Zahnärzte ausgesetzt sähen.

...

So würden auch in den Niederlanden z. Z. noch zu viel Zahnärzte ausgebildet, andererseits hätten 39 % der Erwachsenen im Alter von 35-45 Jahren keine eigenen Zähne mehr. Dies sei u. a. auch ein Ergebnis der früheren Unter-versorgung mit Zahnärzten gewesen, die viel zu wenig Zeit gehabt hätten, konsequent zahnerhaltende Maßnahmen bei diesen Patienten durchzuführen. Er hoffe sehr, daß es durch geeignete Maßnahmen gelingen möge, zwischen der Nachfrage nach zahnärztlicher Behandlung und dem Angebot an zahnärztlicher Behandlungskapazität erneut ein Gleichgewicht zu erreichen. Hierfür müsse sowohl die Nachfrage nach zahnärztlicher Behandlung gesteigert werden als auch das Angebot der Zahnärzte der zukünftigen Nachfrage entsprechend verändert werden, u. a. durch Abstimmung auf neue Bedürfnisse. Hierfür braucht der Zahnarzt der Zukunft

- * viel (medizinisches) Wissen;
- * eine große Anpassungsfähigkeit an sich verändernde Bedürfnisse;
- * ein offenes Auge für den Menschen im Patienten.

Paul J. Müller, Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung, berichtete abschließend über die Planungen zur Durchführung der ersten bundesweiten und bevölkerungsrepräsentativen Erhebungen zum Wandel der Mundgesundheit und des sich verändernden Behandlungsbedarfs in der Bundesrepublik Deutschland. Diese Erhebungen sollen Bestandteil einer kontinuierlichen Gesundheitsberichterstattung auf der Basis epidemiologischer Gesundheitssurveys werden. Durch eine enge internationale Kooperation mit den Ländern, die epidemiologische Beobachtungssysteme bereits erfolgreich auf nationaler Ebene installiert hätten, könne den zahnärztlichen Organisationen mit bundesweiter Verantwortung die benötigten Informationen über die zukünftigen

...

Entwicklungen und Steuerungsbedarfe gegeben werden. Dies gelte insbesondere für die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die als Körperschaft des öffentlichen Rechts den gesetzlichen Sicherstellungsauftrag für die Kassenzahnärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland übertragen bekomme habe.

Während die Sicherheit, mit der in der Bundesrepublik Deutschland die Entwicklung der Versorgungskapazitäten vorhergesagt werden könne, relativ groß sei, gelte dies nicht für die Beobachtung des sich wandelnden Behandlungsbedarfs.

Erst kürzlich kamen Hochrechnungen des Forschungsinstituts für die zahnärztliche Versorgung zur quantitativen Entwicklung der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland zu dem Ergebnis, daß die Versorgungsdichte - die Relation Zahnärzte/Bevölkerung - bis zum Jahre 2000 zu einem Maße anwächst, das nach allen Experteneinschätzungen inklusive des neuen FDI-Bedarfabschätzungsmodells ein Zuviel an zahnärztlicher Behandlungskapazität bedeuten würde. Betrage die derzeitige Zahnarzt-dichte 1 : 1.746 (1983), so wird bis zum Jahre 2000 eine Steigerung um 43 % auf eine Versorgungsdichte von 1 : 1.182 erwartet.

Dabei gingen diese Modellrechnungen von einem konstanten Morbiditätsniveau aus. Gerade diese Annahme sei aber bei aller Beschränktheit der verfügbaren Zahlen über die Häufigkeit und Strukturen der Mundkrankheiten in der Bundesrepublik Deutschland wohl nicht mehr länger haltbar. Untersuchungen der Arbeitsgruppe Epidemiologie der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) hätten ergeben, daß bei den 8-9jährigen Kindern, die regelmäßig zum Zahnarzt gehen, ein Rückgang

der Karies von 30 % festgestellt werden konnte. Dies seien aber keine bevölkerungsrepräsentativen Studien gewesen.

Um zukünftig genaueres Wissen über die Risikofaktoren bei der Verursachung von Mundkrankheiten zu erhalten, sei es zudem erforderlich, nicht nur Krankheiten und Behandlungsbedarfe zu registrieren, sondern auch ihre Ursachen angemessen abzubilden. Zu wenig sei bekannt über die einzelnen Ursachen des Kariesrückgangs und über das Mischungsverhältnis der beeinflussenden Faktoren. Gleiches gelte für die Umsetzung des objektiven Behandlungsbedarfs in die Nachfrage nach zahnärztlicher Behandlung.

Erst durch die kombinierte Erfassung des Mundgesundheitszustandes und des Mundgesundheitsverhaltens wird eine gesicherte Grundlage auch für die Prognose zukünftiger Entwicklungen geschaffen werden können. Die Anforderungen an die angewandte Epidemiologie im zahnärztlichen Versorgungsbereich mit dem Ziel der Politikberatung seien deshalb

- * bundesweite Repräsentativität für die Bevölkerung;
- * Erfassung des gesamten relevanten Panoramas der Zahn- und Zahnbetterkrankungen und ihrer entsprechenden Behandlungsbedarfe, wo immer möglich;
- * Erfassung der Umsetzung von Behandlungsbedarf in Nachfrage nach zahnärztlicher Behandlung;
- * kombinierte Erfassung der Mundgesundheit bzw. der Mundkrankheiten und ihrer Verursachungsfaktoren.

An die Vorträge der Referenten schloß sich eine Podiumsdiskussion an, die von Dr. B. Tiemann moderiert wurde. Die Teilnehmer an der Podiumsdiskussion: Dr. P. Hanedoes, Dr. I. J. Moller, Leiter der Abteilung Mundgesundheit der WHO-

...

Europa, Prof. R. Naujoks, Universität Würzburg, und Dr. H. Zedelmaier zogen erste Schlußfolgerungen aus den vorgelegten Analysen für die Weiterentwicklung der zahnärztlichen Versorgung insbesondere in der Bundesrepublik Deutschland.

Der KZBV-Vorsitzende unterstrich in seinem Schlußwort die Appelle für rechtzeitige Maßnahmen zur Verbesserung der zahnärztlichen Ausbildung an den Hochschulen, der Prophylaxe und der zukünftigen Beobachtung der Entwicklungen.

Die Dokumentation der gesamten Veranstaltung (vgl. Anlage) erscheint demnächst in der Broschürenreihe des Forschungsinstituts für die zahnärztliche Versorgung.

FORSCHUNGSINSTITUT
FÜR DIE ZAHNÄRZTLICHE VERSORGUNG



Research Institute for Dental Care

ZUKUNFTSPERSPEKTIVEN DER
ZAHNÄRZTLICHEN VERSORGUNG

FUTURE OF DENTAL CARE

Internationales Symposium

13. März 1985 – March 13, 1985

Excelsior Hotel Ernst

Köln – Cologne

Tagungsanschrift – Conference Hotel:

Excelsior Hotel Ernst
Domplatz
5000 Köln 1
Telefon 0221/2701

Auskunft erteilt – For information refer to:

Forschungsinstitut für die
zahnärztliche Versorgung
(Research Institute for Dental Care)
Universitätsstraße 73
D-5000 Köln 41
Telefon 0221/40010

13.30 - 13.50 BEGRÜSSUNG UND EINFÜHRUNG
Opening of the Meeting and Introduction
Dr. H. ZEDELMAIER
Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen
Bundesvereinigung
Chairman of the Panel Dentists'
Federal Association

13.50 - 14.10 REFERATE - LECTURES
ZAHNGESUNDHEIT UND BEHANDLUNGS-
BEDARF IN DEN INDUSTRIELÄNDERN -
FOLGERUNGEN DER WELTGESUNDHEITS-
ORGANISATION
Oral Health and Treatment Needs in Industrialized
Countries - Conclusions of the World Health
Organization
Dr. D. BARMES, Genf - Geneva
Leiter der Abteilung Mundgesundheit
Weltgesundheitsorganisation
Chief - Oral Health, World Health Organization

14.10 - 14.30 WANDEL DER MUNDGESUNDHEIT -
DER EINFLUSS AUF BEHANDLUNGSBEDARF
UND PROPHYLAXEPROGRAMME
Changing Patterns of Oral Health - Relevance to
Treatment Needs and Preventive Programs
Dr. T.W. CUTRESS, Neuseeland - New Zealand
Vorsitzender der FDI-Kommission für Mund-
gesundheit, Forschung und Epidemiologie
Chairman of the FDI-Commission on Oral Health,
Research and Epidemiology

14.30 - 14.50 BEDARF AN ZAHNÄRZTLICHER
BEHANDLUNGSKAPAZITÄT
Dental Manpower Needs
Prof. Dr. G. S. BEAGRIE, Kanada - Canada
Vorsitzender der FDI-Kommission für Zahnärztliche
Ausbildung und Berufsausübung
Chairman of the FDI-Commission on
Dental Education and Practice

14.50 - 15.10 DAS PROBLEM STEIGENDER
ZAHNÄRZTEZAHLEN IN EUROPA
Problems in View of the Growing Number
of Dentists in Europe
Dr. P. HANEDOES, Niederlande - Netherlands
Präsident der Nederlandsche Maatschappij tot
Bevordering der Tandheelkunde
President of the Dutch Dental Association

15.10 - 15.30 ZAHNGESUNDHEIT UND BEHANDLUNGS-
BEDARF - DER BETRAG DER
EPIDEMIOLOGISCHEN FORSCHUNG
Oral Health and Treatment Needs -
The Role of Epidemiological Research
Dipl.-Volksw. P. J. MÜLLER
Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung
Research Institute for Dental Care

15.30 - 15.45 Kaffeepause - Coffee Break

15.45 - 17.30 DISKUSSION - DISCUSSION
Teilnehmer - Participants: Dr. P. HANEDOES
Dr. I. J. MØLLER
Prof. Dr. R. NAUJOKS
Dr. H. ZEDELMAIER

Moderation - Chairman: Dr. B. TIEMANN
Geschäftsführendes
Vorstandsmitglied
Forschungsinstitut für die
zahnärztliche Versorgung
Member of the Executive
Board, Research Institute
for Dental Care

17.30 SCHLUSSWORT - SUMMARY AND CONCLUSIONS

anschließend: Abendbuffet - Invitation to the Buffet Dinner