

SOCIALE TANDHEELKUNDE IN DUITSCHLAND HAAR INVLOED OP STAAT, GEMEENTE EN ZIEKENFONDS

DOOR

Dr. ALEXANDER DRUCKER.

Referent a. h. Ministerie van Welvaart te Berlijn.

Sedert oude tijden reeds rustte het gebouw der gezondheidsverzorging op drie pijlers. Het zijn dezelfde steunpilaren van de volksgezondheidszorg onzer dagen. Als eerste pijler is te beschouwen de overheid d.w.z. Staat en Gemeente. Ook tegenwoordig kent men zoowel in de Duitse republiek als in de Bondsstaten in het daartoe behoorend Ministerie een afdeling — in het Rijk b.v. aan het Ministerie van Binnenlandsche zaken en in Pruisen van Volkswelvaart — welke zich met de openbare zorg voor de gezondheid bezig houdt. In Pruisen leidt in het Ministerie van Volkswelvaart een arts als Ministerieel Directeur de geneeskundige afdeling. Aan hem zijn een reeks referenten toegevoegd, die de bijzondere takken van den gezondheidsdienst bestudeeren en behandelen. Zoo noem ik b.v. als onderdeelen: bestrijding der besmettelijke ziekten, der tuberculose, der geslachtsziekten enz. Sedert een aantal jaren is aan de geneeskundige afdeling ook een referent vast verbonden, ter behandeling van tandheelkundige aangelegenheden, welk ambt schrijver dezes sedert 1919 bekleedt.

Als tweede pijler der gezondheidszorg komt de eigen hulp der bezittende klasse in aanmerking. Deze laatste is door hare

betere welstand in staat, in alle gevallen van ziekte, zich van de noodige geneeskundige hulp en geneesmiddelen te doen voorzien en kan zich veroorloven hare door ziekte verzwakte gezondheid door bijzondere verpleging, badkuren enz. weer te doen herstellen. Dit economisch krachtige deel der bevolking omvat echter slechts een bescheiden percentage der geheele bevolking. De massa der arbeiders en employés is in geval van ziekte niet in staat zich de noodige zorg te doen besteden.

Deze volksgroepen zijn immers in geval van ziekte niet bij machte hun loon te ontberen zonder economisch verval te moeten vreezen, noch hun uitgaven te verhoogen tot herstel van hun gezondheid. Als gevolg daarvan hebben deze lagen des volks in tijden van goede gezondheid sedert eeuwen reeds een derde pijler aangelegd, door aaneensluiting en betaling van geregelde bijdragen, waardoor zij zich de noodige middelen konden verzekeren. Het meest ziet men deze neiging der arbeidersbevolking om zich tegen lichamelijke en economische gevolgen van ziekte te verzekeren daar, waar groote personengroepen gemeenschappelijk voortbrengend werkzaam zijn. Als de oudste instellingen van dien aard in de Duitsche landen kan men die der berg- en mijnwerkers beschouwen; zij stichtten de „Mijnwerkersfondsen”. In het jaar 1300 reeds werden deze „ziekenfondsen” genoemd (Krankenkasse). Zij omvatten de mijnwerkers van een bepaald gebied en verzekerden dezen, ondersteuning bij ongeschiktheid tot werken. Alle gezellen evenals de meeste bergwerk- of mijneigenaren waren tot wekelijksche contributie verplicht. Daarvoor verkreeg de zieke of verongelukte mijnwerker 4 tot 8 weken loon uitgekeerd en bovendien ziekengeld tot vergoeding van geneeskundige behandeling. Zeker een instelling welke moreel haar tijd vooruit was voor de 13e eeuw.

Intusschen ontwikkelde zich de gezondheidsverzorging voor den handwerksstand op interessante, doch geheel verschillende wijze. Tot de 15e eeuw ging alles goed. Er waren slechts weinig gezellen meer. Zij behoorden tot het huis van hun

meester. De gezellenstand die een leven lang in vreemden dienst werkte kende men niet. Na een leer- en gezellentijd en daarna een ambachtsreis, volgde de periode van economisch zelfstandig eigen baas zijn (meester). In deze verhoudingen kwam eerst verandering toen er zich onder de handwerkslieden een onzelfstandige klasse vormde. De enkele gezel werd in verband met zijn broodwinning geheel van zijn gilde afhankelijk, daar de gilden over het ja of neen zijner zelfstandigheid hadden te beslissen. Slecht was het ook voor hem gesteld in geval van ziekte, ongevallen en invaliditeit, in welke gevallen hem geen hulp werd verstrekt. In zooverre de handwerksstand in verzekering tegen ziekte bij de z.g. „Gesellenladen” baat wist te vinden, kwam dit slechts den meesters ten goede, niet den gezellen. De hulp welke de staat of de gemeente verzekerde in den vorm van armenzorg, werd dientengevolge de eenige toeverlaat voor den zieken gezel.

Een grondige verandering in alle arbeidersverhoudingen werd in 1810 door de invoering van de beroepsvrijheid in het leven geroepen. Deze stelde rechtspersonen in staat overeenkomsten te sluiten op voet van gelijkheid. Omstreeks de politieke emancipatie brak een tijdperk van economische omwenteling aan waarin het arbeidersvraagstuk rijp werd. De eeuw der machine ving aan en bracht een volledige revolutie der industriele voortbrengingswijze te weeg. Fabriek en grootbedrijf met hun overmacht van voortbrengingsvermogen, schiepen buitengewoon ongunstige voorwaarden voor den handwerksman, waardoor het getal handarbeiders met eigen bedrijf spoedig verminderde en het uitzicht van ondergeschikten op zelfstandigheid meer en meer verdween. Met natuurlijke noodzakelijkheid trad tusschen werkgever en werknemer een tegenstelling in daar de laatste, behalve veel andere grieven, ook niemand had die hem in gevallen van ziekte ondersteunde. Juist het machinebedrijf veroorzaakte aanvankelijk in hooge mate ziekten en ongevallen, die op hun beurt werkloosheid, tengevolge van invaliditeit veroorzaakten. De bedrijven waren vaak op een wijze ingericht, die levens-

gevaarlijk en schadelijk voor de gezondheid was, terwijl toen nog geen enkel arbeidsvoorschrift was ingesteld. Groote groepen arbeiders drongen aan op grondige verbetering en afschaffing van misstanden, waaraan de staat zich op den duur niet kon onttrekken. Zoo stelde de wetgeving zich aan het werk voorschriften te bepalen waaraan het particulier initiatief zich had te houden bij het oprichten van zieken- en begrafenisfondsen. Doch een wettelijke verzekeringsdwang was nog niet ingesteld. Als eerste gevolg van de Deutsche verzekeringswetgeving is de ziekteverzekeringswet van 15 Juni 1883 te beschouwen.

Jammer genoeg was in deze verzorging der fondsleden, de tandheelkundige hulp niet uitdrukkelijk inbegrepen. Lang en moeilijk was dan ook de strijd die de tandheelkundige stand had te worstelen, voor het haar gelukte de ziekenfondsen te verplichten, haar verzekerden tandheelkundige hulp te verschaffen. In de wet was slechts van geneeskundige verzorging der verzekerden (fondsleden) sprake. Daarom richtte in 1894 een Berlijnsche organisatie van tandartsen zich tot de Regeering met de volgende vraag: *Is onder de vrije geneeskundige behandeling door de ziekenfondsen ook tandheelkundige hulp te verstaan?* De Regeering antwoordde hierop gladweg: Neen.

Jaren lang gingen met dezelfde negatieve beslissing heen, ongunstig ten opzichte van verzekerden en tandheelkunde. Ten slotte klaagde een fondsleid op aansporing van collega E. Lazarus (bekend als redacteur van de „Zahnaerztliche Rundschau”) een ziekenfonds bij den rechter aan. De aanklager wenschte gerechtelijk uitgemaakt te zien of caries een ziekte is in den zin van de ziekenfondsverzekeringswet van 1863 en of de ziekenfondsen de kosten der behandeling van tandlijders hadden te dragen, ja dan neen. De Rechtband eischte een advies van hoogstaande deskundigen n.l. van den toenmaligen directeur van het Tandheelkundig Universiteitsinstituut te Berlijn, Prof. Dr. Busch. Daar dit oordeel voor de beteekenis der tandheelkundige hulp in de ziekenfondsen in Duitschland beslissende waarde had, laat ik het hier volgen en voeg

daaraan tevens het vonnis toe, dat er het gevolg van was.

Het oordeel van Prof. Busch luidde:

„Dem Amtgericht I, Abteilung II, erstatte ich in der Sache Ortskrankenkasse contra Konsentius das gewünschte Gutachten über die Frage, ob das Plombieren erkrankter Zähne zu den ärztlichen Hilfeleistungen, welche zur Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Kassenmitglieder notwendig sind, gehört. Ich kann mich in dieser Beziehung den Ansichten welche Herr Dr. R. in seinem Gutachten aufgeführt hat, nicht anschliessen, welche dahin deuten, dass das Plombieren der Zähne nur dann erforderlich sei, wenn zu befürchten steht, dass zu wenige Zähne im Ober- und Unterkiefer stehen bleiben als zur Zerkleinerung der Speisen unbedingt notwendig sind. Das Plombieren der Zähne ist vielmehr ein Verfahren, welches nicht nur die erkrankten Zähne selbst vor der fortschreitenden Verderbnis schützt, sondern welches auch die anderen bis dahin noch gesunden Zähne davor schützt, von der Verderbnis ergriffen zu werden. Es ist ferner eine bekannte Tatsache, dass von cariösen Zähnen aus häufig die Entzündung auf die betreffenden Nachbarorgane übergreift und dadurch schwere allgemeine Krankheitszustände hervorruft. Diesen schweren Folgezuständen kann dadurch vorgeeugt werden, dass die cariösen Zähne rechtzeitig plombiert werden.

Ich muss mich dahin aussprechen, dass das Plombieren erkrankter Zähne zu den *ärztlichen* Hilfeleistungen gehört, welche nicht nur zur Erhaltung der Gesundheit einzelner Zähne selbst, sondern auch zur Erhaltung der Gesundheit der Kassenmitglieder notwendig sind.“

Het gevolg van dit moedige optreden van den verdienstelijken Prof. Busch veranderde de positie van den tandarts bij de ziekenfondsen werkelijk. Op grond van zijn oordeel kwam de rechter tot de volgende beslissing:

„Caries ist eine Krankheit, die sowohl selbst die Gesundheit

und Arbeitsfähigkeit schädigen als auch durch ihre Folgezustände schwere allgemeine Krankheitserscheinungen hervorrufen kann. Die Heilung dieser Erkrankung, das Plombieren ist ein Teil der *ärztlichen* Behandlung, die der Arzt als Sachverständiger dem Kranken gewährt, kein *Heilmittel*. Durch das Plombieren kann dem Umsichgreifen der Caries wie den sich anschliessenden schweren Folgezuständen ein Ziel gesetzt werden. Zur Heilung von Zahnkrankheiten sind Aerzte approbiert, die sich regelmässig mit der Heilung von Zahnkrankheiten befassen und daher *haben die Krankenkassen Füllungen zu gewähren.*"

Als vrucht van dit vonnis viel in den loop van tientallen jaren reeds millioenen menschen, voor wie voordien tandheerkundige behandeling en gebitshygiëne onbekende grootheden waren, tandheerkundige hulp ten deel. En de behoefte naar die hulp bij het volk is in dien tijd zoo gegroeid, dat de tandarts even onontbeerlijk is geworden tot bestrijding van lichamelijk lijden der menschen als de arts. Zóó de massa te bereiken kon echter slechts langs den weg der verzekeringswetgeving tot vervulling komen.

In de rijksverzekeringsinstelling werd nu het geheele complex der sociale wetgeving wettelijk geregeld d.i. ziekenfondswetgeving, ongevallenverzekering en ten slotte de invaliditeitsverzekering en verzekering van nagelaten betrekkingen. De rijkswet breidde de kring der verzekeringsplichtigen ver buiten die der industriearbeiders uit en onderwierp bredere lagen van kostwinners aan verzekeringsdwang. Voor de ziekenfondsleden werd luidens §§ 122 en 123 de aanspraak op *tandheerkundige hulp* in deze wet genoemd en bij regeling der rijksverzekering *uitdrukkelijk erkend*. Het zou te ver voeren een grooter aantal paragrafen aan te halen, die voor de tandartsen in Duitschland van groot gewicht zijn geworden. Slechts zij nog § 368 vermeld, welke de fondsen de wettelijke verplichting oplegde, een schriftelijke overeenkomst met den tandarts te sluiten. De wet van 1883 omschreef de wijze waar-

op de tandarts zich aan het ziekenfonds kon verbinden als volgt. De tandarts verzocht om toelating bij het fonds. Bij gunstige beslissing ontving hij van het fonds bericht met dienstregeling. Het fonds kon naar vrijen wil den tandarts ontslaan, wat voor hem een economische ruine beteekende. Onder den drang van deze omstandigheden vereenigden zich de tandartsen tot het gemeenschappelijk behartigen hunner belangen tegenover de ziekenfondsen. Zoo kwam het z.g. „Wirtschaftliche Verband Deutscher Zahnaerzte" tot stand, tot taak hebbende, voor zijne leden in het bijzonder een gunstige oplossing te bereiken in verband met honoreering van de te verleenen hulp. De aard der hulp aan de diverse fondsen te verleenen was verschillend en afhankelijk van de inzichten en de graad van belangstelling van den voorzitter van dezen tak van dienst.

Als onvoldoende werd de hulp aan het fonds beschouwd, hetwelk het maken van vullingen tot een minimum beperkte. Daarentegen werd de volgende overeenkomst als *voldoende* beschouwd:

1. extractie behoudens contra-indicatie moet onder anaesthesie worden uitgevoerd.
2. alle vullingsmaterialen behalve goud moeten zoo noodig worden toegepast. Goudvullingen kan het fonds zich niet veroorloven.
3. toepassing der volledige mondchirurgie, o. a. wortelpuntresectie, cyste-operatie, tanduitbeitelen.
4. Röntgenopnamen.

Deze overeenkomst toont het streven der fondsen hun leden de vruchten van het nieuwste op het gebied der tandheelkunde te doen deelachtig worden. Buitendien kende men nog bijzondere overeenkomsten tusschen fondsen en tandartsen, met het oog op die verrichtingen, die boven de macht der ziekenfondsen gingen en die gewoonlijk slechts in de privaattijktijd konden worden uitgevoerd.

Zeer belangwekkend is ook de *vorm* onder welke de tand-

heelkundige hulp aan fondsleden werd verleend. Wij onderscheiden 4 soorten.

1. vrije vorm. Hieronder is de vorm te verstaan waarbij alle tandartsen van een bepaald gebied in het betreffende ziekenfonds tot medewerking worden toegelaten. Zij hadden volgens een minimum-bedrag, per verrichting, bij honorarium-overeenkomst geregeld (Staatliche Taxe) — den mond van de verzekerden te „saneeren”. In verband met de hooge uitgaven die dit voor de fondsen meebracht, kon deze vorm helaas geen ingang van beteekenis vinden.

2. Beperkte vrije vorm.

De groote meerderheid der ziekenfondsen heeft deze soort van tandheelkundige verzorging voor haar leden ingevoerd. Bij toepassing van dit systeem laat de directie van het fonds zooveel tandartsen als medewerkers toe, als tot de meest noodzakelijke hulp van haar verzekerden noodig blijkt. Als derde vorm volgt dan:

3. het „Pauschalvertrag”. Dit is een contract dat het ziekenfonds met den tandarts sluit en deze laatste verplicht tegen een vast bedrag per ziel en per jaar (Pauschalsatz), de wettelijk voorgeschreven behandeling der fondsleden op zich te nemen. Aanvankelijk heeft deze regeling bij de tandartsen een slecht onthaal gevonden, omdat de betaling per verrichting werd uitgeschakeld. Zooals ik aan de hand van de verhoudingen der „Berliner Ortskrankenkassen” later zal aantonen, bestaat er een relatief verband tusschen het aantal leden van een fonds en de grootte van de behoefte aan tandheelkundige hulp. Het is op grond van deze berekening, dat de honorarium-kwestie bevredigend kon worden opgelost. Overigens zal, indien in dit systeem bij een bepaalde groep leden de noodige vullingen zijn verricht, door deze leden, met hun verzorgden mond, later nog slechts in bescheiden mate hulp worden gevraagd.

Ten slotte noem ik:

4. Bij het streven van de ziekenfondsen de meest geschikte en economische vorm te verkrijgen, zijn zij ten slotte

ertoe overgegaan de tandheelkundige verzorging in eigen beheer te nemen (Eigen Regie). Er werden tot dat doel fondsklinieken voor tandheelkundige hulp gesticht met eigen instrumentarium der ziekenfondsen, waaraan de tandartsen op vaste bezoldiging de verzekerden behandelden. De leider der kliniek houdt het toezicht op de overige tandartsen en draagt de verantwoordelijkheid voor alle gebeurlijkheden op de polikliniek tegenover de directie.

Door de tandartsen werden deze instellingen bestreden, omdat zij in deze, overmachtige concurrenten voor hun eigen broodwinning zagen. Evenzoo beschouwden zij de uitschakeling van de persoonlijke vertrouwenspositie tusschen patient en tandarts, zooals men die in de privaatspraktijk kent, een gevaar voor de individueele behandeling der verzekerden. Ik behoud mij voor in een volgend artikel over de hulpverlening der tandklinieken der ziekenfondsen, uitvoeriger mededeelingen te doen.

Na dit korte overzicht over de verzekering van tandheelkundige hulp door de ziekenfondsen, zal ik een concreet voorbeeld geven van het beheer en de leiding van een ziekenfonds.

Bij de „Allgemeine Ortskrankenkasse” te Berlijn, het grootste ziekenfonds van Duitschland met rond 500.000 leden, heeft de toestand zich als volgt ontwikkeld: Het fonds heeft na een langjarige bemoeiing, het beperkte vrije systeem voor de toelating der tandartsen voor de behandeling der leden ingevoerd. Zij gaf in het jaar 1903 tot dat doel, met een ledenaantal van 78656, 33997 Mk. uit, d. i. per ziel per jaar Mk. 0.46. In 1912 bedroeg het ledenaantal 131.343. De uitgaven voor de tandartsen bedroegen toen Mk. 133.912.10. d.i. reeds per ziel en per jaar Mk. 1.01.

Deze verhooging kwam niet plotseling tot stand, doch heeft zich van jaar tot jaar stijgend, aldus ontwikkeld. Ondanks deze uitgaven werd er nog menige klacht door fondsleden ingebracht, waardoor het fonds zich genoopt zag, een nieuwen weg ter betere bevrediging van hare leden te zoeken. Als uitkomst van lange onderhandelingen, trad in 1914 een over-

eenkost in werking, waardoor tegen een abonnementsbedrag per ziel en per jaar (Pauschalsumms), in de tandheelkundige behandeling van alle fondsleden voorzien moest worden. Hier zien wij dus een typische vorm van „Pauschalvertrag” als te voren reeds besproken. Intusschen had zich dit fonds, door aaneensluiting met 40 andere, tot een ledenaantal van 433666 uitgebreid. Hoe groot ongeveer de behoefte der tandheelkundige hulp is, in verhouding van het gezamenlijk aantal fondsleden over een bepaalden tijd, blijkt uit den volgende staat:

Statistiek:	1918	1919
Ledenaantal	433666	499814
Consulten	23326	30751
Extracties met verdooving	65960	77706
„ zonder „	5390	5276
Vulling zonder wortelbehandeling	86295	108566
„ met „	24974	35129
Tandsteenverwijdering	1142	1164
Behandelingen	2e7707	258692

Drukken wij bovenstaande getallen in procenten uit, dan zien wij:

	1918	1919
Tandheelkundige behandeling i. v. t.		
alle fondsleden	55 %	53 %
Tandextracties alle fondsleden	16.6 %	16.4 %
„ met verdooving	91.5 %	93,1 %
„ zonder „	8.5 %	6.9 %
Vullingen zonder wortelbehandeling	77.53 %	75.55 %
„ met „	22.47 %	24.45 %

In woorden zeggen ons deze cijfers de volgende feiten:

Als men het aantal verrichtingen en het aantal verzekerden met elkaar vergelijkt, zou meer dan de helft van tandheelkundige hulp hebben kunnen gebruik maken. Inderdaad

heeft elke vijfde verzekerde den tandarts bezocht: 22 %. Op iedere 6 fondsleden komt een extractie. Het is met blijdschap te begroeten, dat de locaalanaesthesie zulke groote overwinningen heeft te boeken. Groot is ook bij de fondsleden de behoefte aan conserveerende hulp. Op pl.m. 3 leden een vulling. Voor het groeiende bewustzijn van het gewicht der gebitsverzorging in breede lagen des volks spreekt het feit, dat 75 % der gezamenlijke patienten, zoo vroegtijdig ter behandeling kwamen, dat geen pulpabehandelingen behoeften te worden verricht. Vergelijkt men dan nog het aantal vullingen met dat der extracties, dan blijkt, dat van de 100 behandelde patienten bij 60 een vulling en bij 40 extractie is verricht. Het belang van de volksgezondheid eischt nu, dat in de toekomst het aantal extracties ten gunste van de conserveerende tandheefkunde vermindert.

Tot slot van het eerste deel van mijn mededeelingen nog een korte verklaring ten opzichte van de toepassing van de honoreering der tandartsen bij het „Pauschalsysteem”. Nadat per ziel en per jaar — voor den oorlog kenden wij de valutaellende nog niet — het honorarium was vastgesteld, ontving het tandheelkundig bureau van administratie, prompt drie-maandelijks de termijnbetaling van het fonds ter verdeling. Dat gebeurde op de volgende wijze: Ieder tandarts vindt in zijn contract opgave van de waarde-eenheid der verschillende verrichtingen, door waardepunten aangegeven en wel als volgt:

1. consult	1 punt
2. extracties	2 punten
3. extracties met anaesthesie	3 „
4. vulling met plastisch materiaal behalve silicaatcement	4 „
5. silicaatcement vullingen	5 „
6. vulling met wortelbehandeling, extra . . .	1 „
7. wortelpuntresectie (mondchirurgie) . . .	10 „
8. tandsteenverwijdering	3 „
9. Röntgenopnamen	6 „

De tandarts berekent de som der punten voor zijn gezamenlijke verrichtingen, welke hij met bewijsstukken aan het bureau inlevert voor de afwikkeling. Nu wordt het bedrag, van het ziekenfonds ontvangen, door de verschillende cijfers gedeeld, die het totaalbedrag van alle ingekomen afrekeningen uitmaken. De uitkomst der cijfers na de verdeling, bepaalt dan het honorarium voor de waarde van een enkele punt. Het puntcijfer wordt nu vermenigvuldigd met het eindcijfer van den tandarts en dientengevolge het hem toekomende bedrag vastgesteld. Bij de „Allgemeine Ortskrankenkasse” fungeert een klein bureau, dat zich met deze verrekening belast. Verder houdt dit bureau er een kaartsysteem op na, waarin elke uitgevoerde vulling wordt aangeteekend. Een van tijd tot tijd toegepaste controle geeft uitstekende kijk op de verleende hulp. Onrechtmatige verwijten van patienten tegenover de tandartsen kunnen met behulp van het kaartsysteem worden weerlegd; onregelmatigheden of vergissingen van tandartsen worden door nauwkeurig toezicht verhinderd of uit den weg geruimd. Alle deze door mij beschreven instellingen zijn tot op den huidigen dag gehandhaafd.

Tot slot van dit deel mijner beschouwingen vestig ik de aandacht op de uitkomst van een voortreffelijk werk van Dr. J. Chaskel in Berlijn. Deze collega staat een menschenleeftijd in een groote ziekenfondspraktijk. In zijn geschrift getiteld: „Die Bedeutung der Zahncaries fuer die Volksgesundheit und ihre Bekämpfung durch unsere sozialhygienische Einrichtungen, insbesondere der Krankenkassen” geeft schrijver zijn opvatting en neemt stelling als volgt:

1. De tandheelkundige behandeling van millioenen ziekenfondsleden heeft de volksgezondheid aantoonbaar bevorderd.

2. Tot bestrijding der caries is het noodzakelijk, dat niet slechts arbeiders en ondergeschikten als ziekenfondsleden in staat zijn zich tandheelkundig te laten behandelen, doch ook dat hun vrouwen en kinderen door invoering van *familieverzekering* de weldaden der genees- en tandheelkundige behandeling ten deel vallen.

3. De behandeling der kinderen moet zoo mogelijk aan schooltandklinieken worden opgedragen.

Aan deze stellingen wil ik persoonlijk toevoegen, dat bij de tandheelkundige behandeling naast de therapie aan de prophylaxis meer bijzondere aandacht moet worden gewijd. Ten slotte geef ik als mijn meening te kennen, dat men eerst dan de caries meester zullen kunnen worden, als wij tandheelkundige behandelingsdwang der schoolkinderen nagenoeg even wettelijk zullen kunnen toepassen als leerplicht.

Deze laatste eisch geldt als slotwoord van elk hoofdstuk over sociale tandheelkunde, zooals mijn volgende artikelen zullen aantonen.
