



# forum

Herausgegeben vom Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde

NR. 10 · AUGUST 1985

Sie lesen u. a.

**Sprechstundenhilfen haben ausgedient  
Plädoyer für die Leistungsdelegation**

**Zahnärztekriminalität  
Krankheit des Systems?**

In Niedersachsen läuft der Landesverband  
des „Freien Verbandes“ Amok

Möglichkeiten der Kostensenkung im Bereich  
der zahnmedizinischen Versorgung

Ohne Fluoride geht gar nichts

Jugendzahnpflege – das heißt nicht nur Löcher zählen

Endodontie konservativ oder chirurgisch

Homöopathie in der Zahnheilkunde nötig und möglich

Warum Myofunktionelle Therapie

AIDS gelesen AIDS

Kann man Wein noch trinken?



# 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**

# DIE ADRESSE FÜR HYDROCOLLOID- ABDRUCKSYSTEME



## Dental-Spezialitäten

Friedrich Rißmann  
Beratung, Verkauf, Service  
Heidecker Straße 33  
Postfach 1348

**8543 Hilpoltstein**  
Telefon (09174) 9587

Jeder Zahnarzt hat wohl schon einmal mit dem Gedanken gespielt endlich Hydrocolloid-Abdrücke zu machen. Jedem Zahnarzt ist bekannt, daß dieser Abdruck der Genaueste ist. Trotzdem werden diese positiven Gedanken in vielen Fällen wieder verdrängt, weil es heißt, Hydrocolloid-Abdrücke sind umständlich, zeitraubend, aufwendig, teuer usw. Diese vorgefaßte Meinung ist schlicht und einfach falsch. Natürlich brauchen Sie für dieses Abdrucksystem einige Dinge, vor allem aber Toleranz. Denn Hand aufs Herz; müßten Sie sich mit Ihrem jetzigen (z.B. Doppelabdruck) nicht auch erst anfreunden?

Wenn es, wie bei Ihrer Arbeit, um höchste Präzision und Genauigkeit geht ist das beste gerade gut genug. Darauf haben Sie und auch Ihr Patient Anspruch. Wenn es dann, mit unserer gern gegebenen Hilfe, richtig funktioniert wird die Abdrucknahme für Sie zum Hobby. Das garantieren wir Ihnen.

Wenn Sie Kunde bei uns werden haben Sie einige Vorteile:

● Wir beraten Sie umfassend. ● Wir liefern prompt. ● Wir demonstrieren für Sie in Ihrer Praxis. ● Wir schulen Ihr Personal. Wir betreuen Sie auch nach dem Kauf. ● Wir kümmern uns um eventuelle Probleme. ● Wir sind nie weiter entfernt, als das nächste Telefon. ● Ist das ein Angebot?

Unser Programm umfaßt: Komplette Hydro-Abdrucksysteme, Conditioner, Zubehör und Materialien. Beschleif-Diamanten der Spitzenklasse. Den HNSY Royal Conveni Mikromotor ohne Stromanschluß. Den Quick-Jet Strahler zur Zahnreinigung. Kupferwachs-Bißschablonen. Retraktionsmaterial. Die Keen Super Hartgips. Einbettmassen Shur Temp, Shur Temp C, Wachse usw. außerdem immer wieder Neuheiten und Spezialitäten und last not least unseren Service.

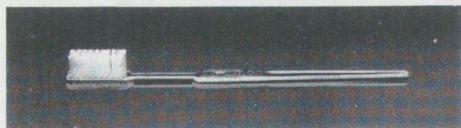
Unser Motivation lautet: Zufriedene Kunden sagen es anderen und kommen wieder. Bitte lassen Sie sich von uns überzeugen, testen Sie uns. Das alles kostet Sie nur einen Anruf oder eine Postkarte.

Ihr Hydro-Spezialist Friedrich Rißmann

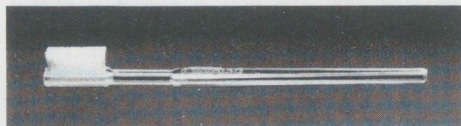
# Inhalt:

In eigener Sache	103
Dr. Chr. NIELSEN - Sprechstundenhilfen haben ausgedient - Plädoyer für die Leistungsdelegation	105
Dr. R. ERNST - Zahnärztekriminalität - Krankheit des Systems?	114
Dr. A. MAURER, Zur Einkommensentwicklung der Zahnärzte	118
Dr. T. ROPERS - In Niedersachsen läuft der Landesverband des "Freien Verbandes" Amok	119
Dr. H.-W. HEY - Möglichkeiten der Kostensenkung im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung	127
Dr. A. MAURER - Ohne Fluoride geht gar nichts - Eindrücke von einer Informationstagung in Basel im Mai 1985	140
Dr. E. REIHLEN - Jugendzahnpflege - das heißt nicht nur Löcher zählen!	147
Dr. H. WICHERT - Endodontie konservativ oder chirurgisch? - Indikationsstellung	153
Dr. L. HOFMANN - Homöopathie in der Zahnheilkunde nötig und möglich?	155
Dr. H. HAHN - Warum Myofunktionelle Therapie?	161
AIDS - gelesen - AIDS	164
Dr. T. ROPERS - "Recht muß Recht bleiben" - Gutachtersinneswandel	167
Buchbesprechung	171
G. MEIER - Kann man Wein noch trinken?	173
Leserbriefe	179
Dr. A. MAURER - Fortbildungsrückblick Juli - Dezember 1984 der Studiengruppe München	183
INFORMATIONEN	101

# Richtige Zahnpflege fängt mit der richtigen Zahnbürste an.



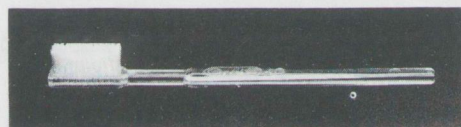
**Oral-B 20** Die ideale Zahnbürste für Kinder. Mit 3reihigem Borstenfeld und handlich kurzem Griff.



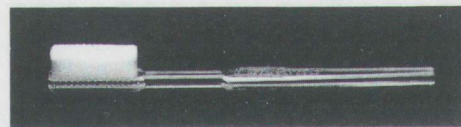
**Oral-B 30** Die Zahnbürste für Jugendliche. Mit 3reihigem Borstenfeld auf dem Kurzkopf.



**Oral-B 35** Zahnbürste für Erwachsene. Mit 4reihigem Borstenfeld und 1600 Einzelborsten auf extrem kurzem Kopf.



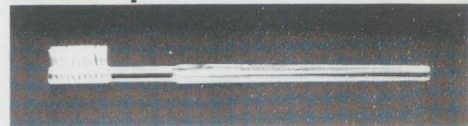
**Oral-B 40** Zahnbürste für Erwachsene. Mit 4reihigem Borstenfeld und 1920 Einzelborsten auf dem normalen Kurzkopf.



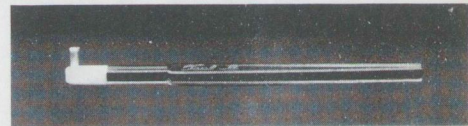
**Oral-B 60** Zahnbürste für Erwachsene. Mit 4reihigem Borstenfeld und 2400 Einzelborsten auf großem Kopf. Ideal auch zur Zahnfleischmassage bei Gebißträgern.

Die Oral-B-Zahnbürsten sind Multituft-Zahnbürsten. Feine, elastische Nylonborsten, auf kleinster Fläche angeordnet, bedeuten wirkungsvolle Reinigung und Pflege für Zähne und Zahnfleisch. Die abgerundeten Borstenenden schützen vor Verletzungen des Zahnfleisches. Das plane Borstenfeld ist ideal für die Zahnfleischmassage.

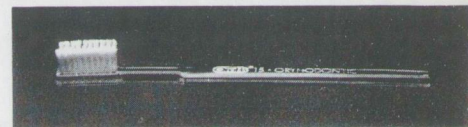
## Oral-B Spezialzahnbürsten



**Oral-B Sulcus** Die 2reihige Spezialbürste zur Reinigung des Zahnfleischsaumes. Auch empfohlen für Kinder in kieferorthopädischer Behandlung sowie bei feststehenden Apparaturen.



**Oral-B Einbüschel** Spezialbürste für Problemzonen im Mund- und Zahnbereich. Bei unregelmäßigem Zahnstand, bei Zahnlücken, Brücken, kieferorthopädischen Einsätzen.



**Oral-B 15 Orthodontic** Die ideale Zahnbürste für Träger von Multibändern und Brackets. Zur effektiveren Reinigung der Metallteile sind die beiden inneren V-förmigen Borstenreihen kürzer und härter als die beiden äußeren Borstenreihen.



**Oral-B Interdental** Die Bürsten-Kombination zur konsequenten und schonenden Reinigung von Zahnzwischenräumen. Die kegelförmige Nylonbürste bei größeren, die Einbüschel-Bürste bei engeren Zahnabständen.

## Cooper Dental. Wir behandeln Ihre Zähne gut.

**Cooper**  
Dental

Cooper Laboratories (Deutschland) GmbH  
2908 Friesoythe/6000 Frankfurt

# In eigener Sache

In der letzten Zeit haben mehrere Kollegen die Redaktion gebeten, doch mehr Fachbeiträge zu veröffentlichen und dafür weniger standespolitische Themen zu behandeln: "Was sollen wir mit Standespolitik? - Darauf haben wir ja doch keinen Einfluß." - "Das ist alles zu kompliziert."

Die Redaktion hält dem entgegen, daß

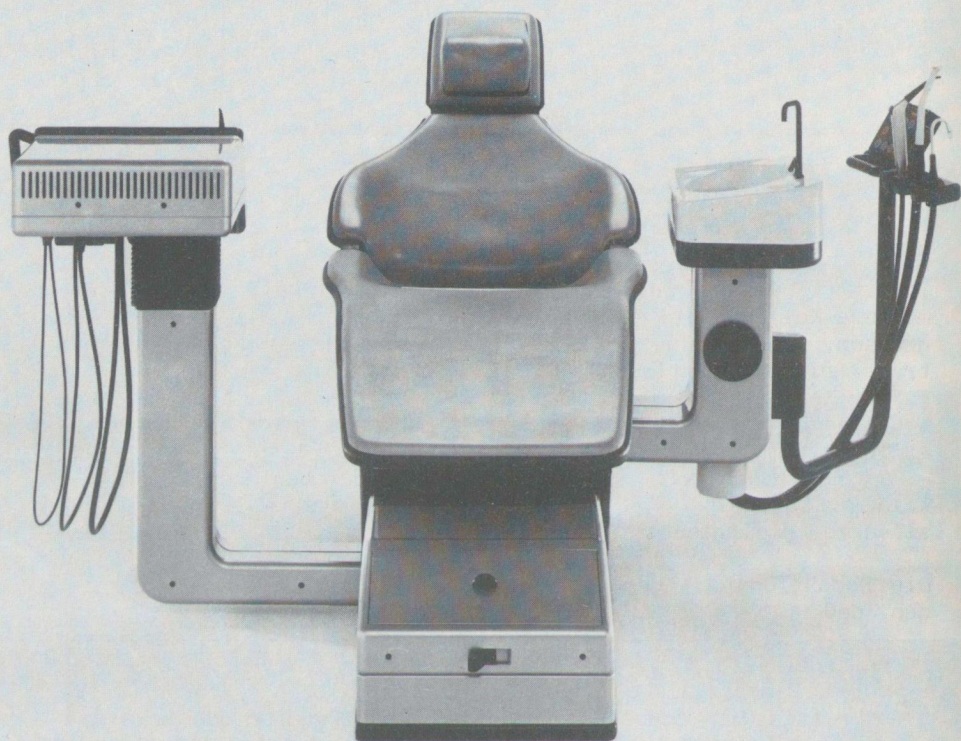
1. es ausreichend viele und gute zahnärztliche Zeitschriften mit Fachbeiträgen gibt, denen man nicht noch eine weitere hinzuzufügen braucht,
2. das Forum sich als Organ von und für Zahnärzte versteht, deren Beiträge andere Fachzeitschriften nicht veröffentlichen,
3. wir Standespolitik für außerordentlich wichtig halten, weil davon unsere Berufsfreiheit und unsere wirtschaftliche Existenz abhängen,
4. wir sehr wohl Einfluß haben und noch mehr Einfluß haben können, wenn wir mehr Mitglieder gewinnen,
5. die Materie nicht so kompliziert ist wie es auf den ersten Blick scheint.

So lange der Diskussion gegensätzlicher berufspolitischer Meinungen in der offiziellen zahnärztlichen Standespresse so wenig Raum gegeben wird und so lange der Freie Verband in selbstherrlicher Weise mit dem Anspruch einer "Einheitspartei" Standespolitik betreibt, so lange werden wir im Forum demokratische Meinungsbildung fördern und berufspolitische Alternativen zur Diskussion stellen.

Die Redaktion

SIEMENS

# Ein Behandlungsplatz aus einem Guß. Einfach besser!



**Revolutionär bis  
ins Detail:  
SIRONA® M1  
von Siemens**

Wir haben mit den herkömmlichen Vorstellungen aufgeräumt.

Zum Beispiel mit der, daß Patientensstuhl, Arztgerät und Wassereinheit völlig verschiedene Dinge sind, die getrennt mit Elektrizität, Wasser und Luft zu versorgen sind.

Aufgeräumt haben wir auch mit Fahrfüßen, Anschlußkabeln und Verbindungsschläuchen auf dem Fußboden.

Wir meinen: Patientensstuhl, Arztelement und Wassereinheit gehören zusammen. Alles aus einem Guß – das ist einfach besser!

## COUPON

Fordern Sie unsere detaillierten Informationen von SIRONA M1 an.

Siemens Aktiengesellschaft  
Bereich Medizinische Technik  
Geschäftsgebiet Dental  
Fabrikstraße 31, D-6140 Bensheim

Stempel/Unterschrift

# „Sprechstundenhilfen haben ausgedient“

## — Plädoyer für die Leistungsdelegation

Mit Rundschreiben der BLZK/KZVB vom 10.5.85 (BZB 6/85, S. 34) soll die bayerische Kollegenschaft auf den Niedersachsenkurs eingenordet werden, der das "Delegieren zahnärztlicher Leistungen an Hilfspersonal" kurzerhand als strafbare Handlung deklariert. Nach Jahren liberaler Handhabung dieser Frage wird die bayerische Kehrtwendung mit dem Verweis auf das Zahnheilkundengesetz (ZHG v. 31.3.52) begründet. Diese Begründung und buchstabengetreue, staatsbeflissene Auslegung des ZHG kann indes nur als vordergründig eingeschätzt werden. Mit Herrn Kollegen Pillwein halten wir diese "Auffassung für reaktionär" (ZM 19/83, S. 2081), weil sie weder der bewährten Praxis, noch weniger zukünftigen Anforderungen gerecht wird, sondern lediglich der Restauration überlebter und unrealistischer Behandlungsstrukturen von gestern dient.

Die wirklichen Motive bei der pauschalen und undifferenzierten Ablehnung der Leistungsdelegation dürften - neben der berechtigten Sorge wegen Mißbrauchs - mit Ängsten zu tun haben:

- der Angst vor einem sich wandelnden Berufsbild mit

Anforderungen, denen sich viele Kollegen nicht gewachsen fühlen

- der Angst vor selbstbewußten Mitarbeitern, die autoritäre Praxisstrukturen in Frage stellen könnten
- der Angst, der unselige Zahnpraktiker, Dentist könnte eine Renaissance erleben.

Die Aktualität des Themas haben ja auch weniger die "Schwarzen Schafe" mit absolut unzulässigen Methoden bewirkt, sondern wohl eher berufspolitische Unsicherheiten unter dem Druck ausgereizter Honorarspielräume, zunehmender Zahnärztedichte und der drohenden Amerikanisierung der Haftungssituation.

So wichtig und überfällig eine klare, sogar harte Haltung der Körperschaften ist, so wenig realistisch und zukunftsorientiert wäre es, das fast erwachsene Kind der Delegation mit dem legalistischen Bade auszuschütten. Die Zahnärzte und Zahnarzthelferinnen erwarten Leitlinien, die gewachsene, bewährte Arbeitsstrukturen moderner Praxen berücksichtigen und die qualifizierte Weiterentwicklung aller beteiligter Berufsbilder ermöglichen. Wenn die Körperschaften eine eindeutig beschriebene, d.h. begrenzte Delegationspraxis



nicht nur zulassen, sondern fördern, wird diese "Rechtswirklichkeit" das ZHG nicht in Frage stellen, besonders dann nicht, wenn Verstöße nachhaltig geahndet werden. Eine unflexible, restriktive Interpretation des ZHG durch die Körperschaften birgt zudem die Gefahr, daß bei nächster Gelegenheit Gerichte die Leistungsdelegation in einer Weise präzisieren, die dann für Jahre jede vernünftige Lösung blockieren könnte. Man kann davon ausgehen, daß Richter sich an der offiziellen Haltung der Körperschaften orientieren werden. Eine rigide Auffassung hier, wird dort ein entsprechend einschränkendes Urteil nach sich ziehen.

Unsere Zukunftsaufgaben sind Prävention, Parodontologie sowie der qualifizierte Austausch großer Teile der heute eingegliederten Prothetik. Diese Aufgaben werden wir nur in vernünftiger Arbeitsteilung mit unseren Helferinnen bewältigen können. Kollegen, die das erkannt haben, dürfen nicht kriminalisiert werden, sondern sollten in der Erprobung optimaler Versorgungsabläufe bestärkt werden.

Voraussetzung für den Einsatz von Zahnarzthelferinnen ist die zuverlässige Orientierung und Einhaltung folgender Prinzipien, die gleichzeitig erfüllt sein müssen:

1. Delegierte Leistungen finden unter voller straf-, zivil- und berufsrechtlicher Verantwortung des Zahnarztes statt.
2. Delegierte Leistungen bedingen die Anwesenheit des

Zahnarztes, Überwachung und Korrekturmöglichkeit müssen gewährleistet sein.

3. Delegierbare Leistungen finden außerhalb von biologischen Geweben statt.
4. Delegierbare Leistungen müssen durch das Berufsbild der geprüften Zahnarzthelferin bzw. durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen gedeckt sein.
5. Delegierte Leistungen dürfen nicht mit Risiken behaftet sein. Schmerzhaft Manipulationen sind nicht delegierbar.
6. Delegierte Leistungen dürfen nicht gegen den Willen des Patienten erfolgen.

Dem delegierenden Kollegen wird durch diesen Katalog eine besondere Sorgfalt bei Anamnese, Diagnose und therapeutischer Indikation auferlegt. Er haftet für die Qualifikation seiner Mitarbeiter.

Die Leistungsfähigkeit der Zahnarzthelferin korreliert zu der ihres Zahnarztes, beide Berufsbilder entwickeln sich parallel. Diese Entwicklung muß von Zahnärzten, Standesführung und Berufsverbänden aktiv gefördert werden. Die Leistungen des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte zur Fortbildung der Zahnarzthelferin sollen hier ausdrücklich gewürdigt werden. Es kann nur in unserem Interesse sein, wenn Qualifikation, Attraktivität und Sozialprestige der Zahnarzthelferin wachsen. Voraussetzung dafür ist aber eine angemessene Beteiligung am Behandlungsprozeß. Bei der Herstellung von Röntgenbildern hat diese Beteiligung prak-

tisch stattgefunden, ohne daß das ZHG oder zahnärztlicher Nimbus tangiert worden wären, im Gegenteil. Andere von Zahnarthelferinnen erbrachte "zahnärztliche Leistungen" - vor allem im individualprophylaktischen Bereich - erweisen sich als unverzichtbar. Sie sind im Ergebnis ohne Qualitätseinbuße, im Gegenteil. Jahrzehntelang haben Zahnärzte diese "Leistungen" als ihre ureigenste Domäne betrachtet, ohne daß die fast 100%-Morbidität bei Karies und Parodontopathien auch nur erschüttert werden konnte. Wenn hier und da heute Hoffnungsschimmer am PAR-Horizont aufleuchten, dann sind sie auch der professionellen Hingabe unserer Helferinnen zu verdanken.

Durch das breitere Berufsbild der Zahnarthelferin ergibt sich für uns Zahnärzte die Chance, endlich mit mehr Zeit und Präzision uns der Probleme unserer Patienten zu widmen, unsere verkümmerte Diagnostik zu entwickeln, die Beziehung zu unseren Patienten zu kultivieren, sowie die Supervision über alle (!) Prophylaxeformen zu realisieren. Stichwort: "Arzt im Zahnarzt" (FZV-Info 2/85, S. 6).

Der DAZ hat in seinen "Grundsätzen und Empfehlungen 1983" (S. 52 f) auf das zu erweiternde Berufsbild der Zahnarthelferin hingewiesen. Der dort empfohlene Katalog delegierbarer Leistungen könnte noch um weitere Maßnahmen ergänzt werden, z.B.

- Bestimmung von Hygiene-Indices (Papillen-Blutungs-Index, Plaque-Index u.a.)
- arbiträres Anlegen des Ge-

sichtsbogens

- Behandlung überempfindlicher Zahnhälse
- einfache myofunktionstherapeutische Maßnahmen.

Im Zusammenhang mit dem selbständigen Helferinnen-Einsatz darf ein Problem nicht unerwähnt bleiben. Im kieferorthopädischen Sektor ist die Delegationspraxis in zum Teil fragwürdiger Weise ausgeweitet worden. Die dadurch erzielte Fallzahlsteigerung durch den systematischen Einsatz von Zahnarthelferinnen ist mit dem Grundsatz der individuellen Dienstleistung des Zahnarztes nur noch schwer vereinbar. In den DAZ-"Grundsätzen ..." (S. 32 f) wird den Körperschaften empfohlen, dieser Entgleisung durch eine Reihe qualitätssichernder Maßnahmen zu begegnen bzw. vorzubeugen.

Im Interesse einer seriösen und fairen Partnerschaft mit den Leistungsträgern sollten delegierte Leistungen deklariert werden. Die zu erwartende Forderung eines Honorarab-schlages müßte unter Darlegung von Struktur- und Ergebnisqualität verhandelt werden. Die Krankenkassen müssen davon überzeugt werden, daß der Vorteil vor allem dem Patienten zugute kommt. Vernünftige Delegation bringt qualitativen, selten ökonomischen Gewinn.

Für die KZV ließe sich durch die Deklarierungspflicht problemlos ein Überblick über die Delegationspraxis gewinnen, um im Zweifel oder dem Verdacht des Mißbrauchs schnell intervenieren zu können. Zahnärzten, die ganz oder teilweise auf die Delegation verzichten, dürfen keine Nachteile entste-

hen.

Schließlich hat auch der Patient ein Recht, in dieser Frage gehört zu werden. Auch nur vermutete Skepsis oder Ablehnung sind besonders ernst zu nehmen.

Nach ausreichender Erfahrung kann aber festgestellt werden, daß bei qualifizierter Arbeitsteilung im Rahmen der oben genannten Leitlinien keine Probleme entstehen. Die allermeisten Patienten werten dieses Vorgehen als angemessen und "logisch" und entwickeln - besonders im prophylaktischen Bereich - gegenüber der Helferin ein besonders kooperatives Vertrauensverhältnis.

Das Zahnheilkundengesetz hat unserem Berufsstand nach dem 2. Weltkrieg eine nicht hoch genug einzuschätzende fachliche und gesellschaftliche Konsolidierung beschert. Dieser Status wird nicht durch sich wandelnde Behandlungstechniken gefährdet, sondern hängt direkt davon ab, wie wir uns den gesundheitspolitischen Anforderungen gewachsen zeigen. Den mehr schlecht als recht wahrgenommenen Sicherstellungsauftrag gilt es nach Jahrzehnten grandioser Ver-

schwendung mit zuverlässiger Versorgungseffizienz zu erfüllen. Die Zielvorgaben der WHO (ZM 23/81, S. 1366-1370) zur zahnmedizinischen Sanierung bis zum Jahr 2000 sind so anspruchsvoll wie unsere derzeitige Morbiditätsstatistik miserabel ist.

Unser Berufsbild hat sich an den zukünftigen Anforderungen zu orientieren, die ohne den vollen Einsatz unserer Helferinnen nicht zu meistern sind. Bei der bundeseinheitlichen Beratung und Meinungsbildung über die Frage des Delegierens darf deshalb die derzeitige "Auffassung" nicht das letzte Wort sein. Argumentative Unterstützung erhoffen wir uns deshalb z.B. von der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie und der DGZMK-Arbeitsgruppe "Arbeitswissenschaft und Zahnheilkunde", die wir bitten, sich dieses Komplexes unter Berücksichtigung internationaler Vergleiche und Erfahrungen anzunehmen. Der DAZ wird solche Studien nach Kräften unterstützen.

Dr. Christian Nielsen  
Lindenschmitstr. 44  
8000 München 70

**Patentrezepte zur Vermeidung der unnötigen Auswüchse der Fremdbestimmung können wir nicht anbieten. Der Wunsch nach Erhaltung unserer Freiberuflichkeit (unter Hinnahme der damit verbundenen Risiken) und das Bewußtsein, daß jeder von uns für seine Patienten persönliche, nicht an eine anonyme Instanz delegierbare, Verantwortung trägt, können uns wach machen für gefährliche Entwicklungen. Dazu gehört aber auch Voraussicht und rechtzeitiges Handeln! Wenn wir als Stand immer nur auf Entwicklungen reagieren (Beispiel: nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung in der Prothetik), statt Ziele und Maßstäbe vorzugeben, engen wir unsere Handlungsfreiheit unnötig ein. Deshalb ist es z. B. jetzt erforderlich, Konzepte zur Sicherung der zahnärztlichen Behandlungsqualität zu entwickeln, solange keine Außenkräfte uns unter Druck setzen. Dies wäre eine Chance, Fremdbestimmung abzufangen und eigene Vorstellungen und eigene Kompetenz einzubringen.**

DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983

"Das enorme präventive Potential der Zahnarzt-Gehilfin ist mit Sicherheit nachgewiesen."

-----

Das Editorial "Hippokrates und das Gesetz im Jahre 1984" im Lichte des erwiesenen präventiven Potentials von Zahnarztgehilfinnen.

In der Schweiz wird die zweijährige Lehre der Zahnarztgehilfin ganz von der Zahnärzteschaft getragen; dies betrifft auch den theoretischen Teil und die Prüfungen. Je nach Kanton gibt es wenige oder gar keine gesetzlichen Regelungen über die Berufsausübung der Zahnarztgehilfin (auf eidgenössischer Ebene keine). In Abwesenheit gesetzlicher Vorschriften war es möglich, in den vergangenen Jahren mehrere Versuchskurse mit Zahnarztgehilfinnen durchzuführen.

In mehrmals wiederholten Dreitageskursen (1978-82) wurde festgestellt, daß (Gehilfinnen mit Praxiserfahrung in drei Tagen folgendes lernen können:

- Demonstrieren des Gebrauchs von Zahnbürste, Zahnfaden, Dreikantholz und weiteren Interdentalreinigungsmitteln
- Aufnahme des Papillenblutungsindex
- Das wichtigste über die Ernährungsprophylaxe der Karies
- Psychologische Aspekte der Motivation.

Dazu an einem weiteren Tag:

- Plaqueentfernen mit rotierendem Gumminapf und einem konzentrierten Fluorpräparat (Marthaler, T. M.: Das Forschungsprojekt Recall 3+. Schweiz. Mschr. Zahnheilk. 92: 597-605, 1982). In einem 12-Tageskurs ließ sich, zusätzlich zum obengenannten Programm, ein viel weiter gestecktes Ziel erreichen:
- Vollständige supragingivale Konkremententfernung mit manuellen Instrumenten und maschinell (Fischer, W.: Bericht über den Versuchskurs zur Ausbildung von Prophylaxegehilfinnen

vom 26. August bis 2. Oktober 1982 in Zürich. SSO Bulletin für Standesfragen 60 (11): 513-516, 1982).

Eine hinterher in den Praxen durchgeführte Studie zeigte den Nutzen dieser Ausbildung beim eigentlichen Einsatz der Gehilfin in der Praxis (Diss. B. Michelotti 1984, zusammengefaßt in Michelotti, B./Lutz, F./Imfeld, T.: Die Prophylaxegehilfin - Ausbildung und Bewährung: SWISS DENT 5 (9): 24-32, 1984).

Es ist hinzuzufügen, daß in den Versuchskursen sowohl von den Gehilfinnen wie auch den Auszubildenden Überdurchschnittliches geleistet wurde. Für routinemäßige Durchführung von Kursen mit denselben Ausbildungszielen wären je etwa 50-100% mehr Ausbildungszeit erforderlich.

Der kariesprophylaktische Nutzen eines derartigen Gehilfinneinsatzes ist unbestritten, wobei die Fluoride (am Patienten in der Praxis angewendet und zur Heimpflege empfohlen) und die Ernährung die Hauptrolle spielen. Der parodontitisprophylaktische Effekt steht ebenfalls außer Zweifel, und zwar nicht nur durch die Anleitung zur besseren Heimpflege, sondern auch durch die supragingivale Plaque- und Zahnsteinentfernung. Dies gilt sowohl für (noch) nicht von Parodontitis befallene Patienten wie auch für solche mit Parodontitis (also Patienten, bei denen auch subgingivale Arbeiten erforderlich sind).

Das enorme präventive Potential der Zahnarzt-Gehilfin ist mit Sicherheit nachgewiesen.

Wer an der Gesundheit - sei es des einzelnen oder der Gesamtheit - interessiert ist, wird automatisch danach streben, dieses Potential nutzbringend einzusetzen.

Prof. Dr. Th. Marthaler, Zürich  
Phillip Journal 5, S. 4

---

# Unbedingt lesen – unbedingt lesen

---

Gerade der Einsatz aber von dem eben angesprochenen Hilfspersonal stößt in den meisten Länderkammern auf mehr oder weniger starken Widerstand, wobei die Argumentation meistens vordergründig oder mehr oder minder peinlich bleibt. Bei jeder Fortbildungsveranstaltung, bei der ich naturgemäß auf die große Bedeutung der Nachsorge hinweise, wird mir jedes Mal entgegengehalten, daß der Einsatz von Hilfspersonal in dem wünschenswerten Umfang nicht legal und deshalb

Die drei großen Organisationen der deutschen Zahnärzteschaft, und vor allem der Freie Verband Deutscher Zahnärzte, kämpfen seit zehn Jahren für Präventivmaßnahmen, halten es jedoch aus verschiedenen Überlegungen weder für erforderlich noch für richtig, über die in unseren Therapie-schritt-Listen aufgestellten Hilfsmaßnahmen hinaus, Hilfskräfte für Leistungen anzusetzen, die traditionell bei uns ärztliche Leistungen sind, und die durch das Zahnheilkundengesetz als solche bestimmt sind. Wir sehen auch keinen Grund, in eine in Skandinavien propagierte Mode einzusteigen, daß der Zahnarzt als der

Heute und in den nächsten Jahren sind wir, um unserer ärztlichen Verpflichtung nachzukommen, voll auf Delega-

nicht durchführbar sei. Spätestens an diesem Punkt hört die Diskussion dann auf fruchtbar zu bleiben, da meine Forderung, nur Parodontologie zu betreiben, wenn für eine entsprechende Nachsorge gesorgt werden kann, im luftleeren Raum stehen bleibt. Eine parodontologische Fortbildung mit dem Ziel der Breitenwirkung bleibt somit reines Wortgeklänge.

Prof. Dr. H.-Chr. Plagmann, Kiel  
Phillip Journal 5, S. 4

große Boß um sich herum einen Schwarm von DH's hat, die für ihn die Arbeit tun. Eine solche Entwicklung kann immer nur in einem kurzfristigen Eigeninteresse einzelner Kollegen liegen. Sie wird und muß langfristig auf den Berufsstand zurückschlagen. Wenn die Verfechter einer solchen Lösung, die ja auch Sie favorisieren, das nicht sehen, sind sie entweder blind oder sie sagen "nach uns die Sintflut".

H.-H. Bieg  
Stellvertretender Bundesvorsitzender,  
Freier Verband Deutscher  
Zahnärzte e.V., Bremen  
Phillip Journal 5, S. 2

tion angewiesen, und es müßten in Wirklichkeit der Hilfskräfte noch mehr sein.

R. Saladin SSO 4/85, S. 340

---

# Unbedingt lesen – unbedingt lesen

---

Auch wenn wir Zahnärzte auf Grund des uns anerzogenen Hangs zur Perfektion dazu neigen, dem Glauben zu verfallen, daß wir alles besser können, sollten wir als Akademiker in der Lage sein, anzuerkennen, daß eine gut ausgebildete, spezialisierte Hilfskraft solche Routine besser macht, uns dabei entlastet und somit unsere wirkliche ärztliche Arbeit vereinfacht. Ein Blick in die Medizin genügt, um das Funktionieren solcher Herangehensweise zu demonstrieren.

Kollegen, welche sich gegen Hilfskräfte wehren (wohl aus der Angst, daß ihnen der Broterwerb geschmälert würde) haben nur noch nicht bemerkt, daß die tägliche Arbeit als Zahnarzt wesentlich mehr Befriedigung bringt, wenn der Kampf gegen gingivale Blutung zur seltenen Ausnahme wird und somit der Zahnarzt besser und effektiver arbeiten kann. Ihr Ruf nach ZMFs ist somit sehr gerechtfertigt,

er sollte aber noch in die Prophylaxerichtung akzentuiert werden. Die ZMF ist eine weitergebildete zahnärztliche Helferin, deren Ausbildung zu 1/3 als Unterstützung kurativer und administrativer Leistungen ausgelegt ist. Nur rund 40 % der ZMF-Ausbildung befaßt sich direkt mit Prävention und Prophylaxe. ZMF sind gut, besser ausgebildete, speziell auf Prophylaxe getrimmte Hilfskräfte, wie auch immer sie heißen mögen, sind besser und für die Zahngesundheit wichtiger als das große Gerede über die Prophylaxe und die Entwicklung von flächendeckenden Konzepten. Prophylaxe nützt nur da, wo sie betrieben wird. Laßt uns doch nicht die Kollegen hindern, welche die Zeichen der Zeit erkannt haben, ihre Patienten optimal zu betreuen.

Prof. Dr. J.-F. Roulet, Berlin  
Phillip Journal 5/85, S. 5

Der Satz Ihres Editorials "Wenn wir das wissenschaftlich unbedingt Notwendige nicht in unsere tägliche Arbeit einbeziehen (können), ist unsere Behandlung nicht lege artis" muß zu rechtgerückt werden.

Es kann ja wohl nicht angehen zu sagen und zu schreiben, daß wir deutschen Zahnärzte das "wissenschaftlich anerkannt Notwendige" unseren Patienten nicht angeeignet lassen. Die Breitenversorgung ist bei uns, dem Ausland gegenüber, vorbildlich. Ich habe mich in der Welt umgesehen und wehre mich deshalb aufgrund dieser

Erfahrungen dagegen, immer dann, wenn mal das eine oder andere dort schon weiterentwickelt ist, dies uns deutschen Zahnärzten sogleich vorzuhalten.

Denn das allgemeine Versorgungsniveau bei uns wird von keinem anderen Land der Erde erreicht. Steigende Zahnärztezahlen werden die eine oder die andere Schwachstelle bei uns bald vergessen lassen.

Dr. Horst Sebastian, Präsident,  
Bundeszahnärztekammer, Mainz  
Phillip Journal 5'85, S. 5

---

# Unbedingt lesen – unbedingt lesen

---

...  
2. Die Zahnhygienikerin wird im Praxisteam des konservierenden Prophylaktikers, aber auch im Team des parodontal-chirurgisch, prothetisch, orthodontisch arbeitenden Therapeuten die Verantwortung für die Primär- und Sekundärkaries-Diagnostik tragen; d.h. mit anderen Worten, sie sollte dann einfach auch Überschüsse entfernen, die immer und immer wieder vor-

kommen. Zudem wird sie in der sekundären Prävention der Parodontalerkrankungen eine bedeutende Rolle spielen.

3. Neben der Dentalhygienikerin müssen ausgebildete Prophylaxehelferinnen im Team mitarbeiten.

...

Dr. Marc Frey-Nyitrai  
Colloquium med. dent. Nr. 5/1984  
S. 361 f.

Es ist nicht erlaubt, eine Zahnarzt-  
helferin außerhalb ihres Berufsbildes  
in der Praxis tätig werden zu lassen  
oder einzusetzen. Wer dies ermöglicht  
und mit Wissen zuläßt, verstößt gegen  
das Zahnheilkundegesetz. Ein Verstoß  
gegen die Berufsordnung bedingt die  
Einleitung berufserichtlicher Maß-

nahmen, die mit Geldbußen bis zu  
DM 50.000,-- geahndet werden können.  
Das berufserichtliche Verfahren wird  
auch eingeleitet, wenn bereits kas-  
senärztliche Ahndungen erfolgt sind.  
(Aus dem Rundschreiben der BLZK und  
der KZVB) BZB 6/85, S. 34

Beschluß 3 des Landesvorstandes des FVDZ vom 16.03.1985  
-----

"Der Landesvorstand des Landesverbandes Bayern im Freien Verband Deutscher Zahnärzte beschließt, beim Landesvorstand der Bayerischen Landeszahnärztekammer zu beantragen, daß die Anschlußfortbildung für Helferinnen ab 1986 auf die zwei Themenkrei-

se: "Mithilfe bei Prophylaxe und Röntgen" reduziert wird. Bei der Thematik Prophylaxe darf die Entfernung von Zahnstein (harte Zahnbeläge) in keiner Form weiterhin Fortbildungsinhalt sein."

BZB 4/85, S. 60

Unsere Politik ist es, den Krankenkassen den Rücken zu stärken.

(Bundesarbeitsminister Blüm, CDU, Bonn)

## Liebe Eltern...



Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde  
Studiengruppe München

### - Putzen -

Ersten Zähne zum Vorschein kommen, reinigen Sie sie mit einem Wattestäbchen. Vom 1. Lebensjahr an diese Reinigung nach jeder Mahlzeit vor.

### - Bürste -

Wahnehmungstrieb bedingt, wird Ihr Kind mit 2 Jahren von sich aus eine Zahnbürste benutzen. Ihre eigenen Kinderzahnbürste sollten Sie Ihre Versuche machen lassen. Bürsten Sie aber nicht mit Wasser nach. Es schadet nicht, wenn Sie (unregelmäßig ungesüßt) erst vom 3. Lebensjahr an

### - Fluoride -

Fluoridgehaltige Zahnpaste erfordert neben einer gründlichen Zahnbürstung die „Härtung“ der Zähne durch Fluoride, welche in der richtigen Dosierung in Zahngel, Zahnlack oder Zahnpasta enthalten sind. Diese Vorrichtungen gehören zu den natürlichen Fluoriden – in der Bundesrepublik sind sie in der Regel vorhanden. Diese Vorrichtungen nach der Geburt beginnen, da sie im Kiefer wachsenden Milchzähnen wird Ihr Kinderarzt vermutlich Ihnen raten, Ihr Kind mit Fluoridtabletten zu versorgen. Dies ist die tägliche Zufuhr sehr Fluoridzahnpaste.

### - Flasche -

Wichtigen Wachstumsreiz durch Flaschennahrung keinesfalls zu vernachlässigen. Ihr Kind sollte sich während der ersten Monate an das Saugen des Brustes gewöhnen. Halten Sie den Arm, denn bei flacher Rückenlage kann es zu Schluckakt angewöhnen, was nicht kann.

### - Schnuller -

Keine allgemeinverbindlich. Das Saugbedürfnis der Kinder wird durch die psychischen Konstitution der Mutter beeinflusst. Die Einnahme von Schnullern – zum Einschleifen – ist zahnärztlicherseits keine Empfehlung (Daumen, Schnuller).

Wenn möglich wird, dann geben Sie den kiefergerecht geformten Schnuller. Sie den Schnuller nie mit

Das DAZ-Merkblatt für Kleinkinder „Liebe Eltern ...“ ist wieder nachgedruckt worden und kann bezogen werden bei:

Dr. Helmut Simon  
Romanstr. 39  
8000 München 19

100 Stück kosten DM 20,- (Vorkasse bzw. Scheck),  
Kliniken, Kinderärzte und Gynakologen gratis.



# Zahnärztekriminalität

## — Krankheit des Systems?

Es mehren sich Berichte über Kollegen und ihre Familien, die der Fahndungseifer der Staatsanwaltschaft gepaart mit mangelnder Sorgfalt des Lokalredakteurs voreilig und - wie sich später herausstellt - unschuldig in existenzbedrohende Konfliktsituationen stürzen. Hat man sich als Kollege bisher in hilfloser Solidarität hinter die Schulter-schluß-Aufrufe der Standesführung gestellt, muß man heute die Frage nach dem eigentlichen Schuldigen stellen.

Zugegeben, ein heißes Eisen, aber eines von der seltenen Sorte, das durch langes Liegenlassen immer heißer wird. Und es liegt schon lange. Gelegentlich nimmt man es von offizieller Seite mit der Zange kurz auf, um es mit Abscheu wieder ins Halbdunkel zu befördern, aus dem es von Journalisten oder Staatsanwälten ans Tageslicht gezerrt wurde. Jeder Kollege, der sich ernsthaft dieses Themas annimmt, um es in die standesinterne Diskussion zu bringen - und dort gehört es zuallererst hin -, läuft Gefahr, zum Nestbeschmutzer und Störer erklärt zu werden. Wenn man jedoch dieses Thema beim Stammtisch oder bei Fortbildungen in den Kollegenkreis bringt, rücken alle etwas enger zusammen, die Stimmen senken sich und - jeder hat schon was davon gehört, jeder hat etwas dazu beizutragen: die Rede ist von der um sich greifenden strafrechtlichen Verfolgung von Kollegen.

Mit Abscheu und Empörung wer-

den meist einhellig diesbezügliche Artikel in "Spiegel" und "Stern" als falsch, böswillig und einseitig abgetan. In den letzten Jahren haben sich die Standesführungen redlich bemüht, Dementis abzugeben und sich erfolglos dagegen gewehrt, daß der ganze Stand pauschal verunglimpft wird. Neuerdings wird allerdings schon zugegeben, daß es "schwarze Schafe" gibt, die allerdings zur Rechenschaft gezogen würden.

Wie sieht aber die Wirklichkeit aus?

Noch fast unbemerkt von der Öffentlichkeit ist in Hamburg eine fast 30-köpfige Kripo-Sonderkommission Dental eingerichtet worden. Weitere Personalaufstockungen der Kommission, z.B. durch arbeitslose Zahnarzhelferinnen, stehen bevor. Man geht dort "aufgrund der vorliegenden Erkenntnisse davon aus, daß der Ermittlungsaufwand bei weitem zu Lasten der Schuldigen kompensiert wird und für die Zukunft eine beachtliche Minderung der

Schädigung der einzelnen Versicherten der Krankenkassen, der Krankenkassen und der Allgemeinheit eintritt."

Es gibt 1400 Aktenordner voller Unterlagen und es sind inzwischen 40 verschiedene Betrugsmethoden festgestellt worden. Es sind aber erst 150 Zahnarztpraxen und Dentallabors geprüft worden, woraus allerdings 81 Strafverfahren resultieren (Stand Januar 1985).

Im Saarland wurden seit September 1982 250 Ermittlungsverfahren gegen Zahnärzte und Labors eingeleitet.

Im Bereich des OLG Hamm sind 17 Staatsanwälte und mehrere Amtsanwälte eingesetzt, die Schwerpunkte der Ermittlungen gegen Angehörige aller mit Kassen abrechnender Heilberufe liegen in Bochum, Dortmund und Essen. Von den 2430 Ermittlungsverfahren sind 1563 wegen geringer Schuld oder mangels Tatverdacht eingestellt, 334 sind noch anhängig. 65 sind bisher zur Anklage gelangt. Von den 26 Verfahren gegen Apotheker und Ärzte sind wegen Überlastung der Gerichte weniger als die Hälfte mit einer Verurteilung beendet worden, u.a. mit Freiheitsstrafen bis zu vier Jahren.

Zwei Selbstmorde und ein sehr ernsthafter Versuch sind zu beklagen. Das Bochumer Gefängnis heißt im Volksmund schon "das neue Ärztehaus".

Forderungen in Millionenhöhe sind gegen einzelne Kollegen erhoben worden, entstanden aus Hochrechnungen angezweifelter oder unkorrekter Abrechnungen über Zeiträume von z.T. mehr

als 20 Jahren. In Bochum tauchten 40- bis 60-köpfige staatsanwaltschaftliche Rollkommandos mit umgehängten Maschinenpistolen zur Besetzung von Arztpraxen auf.

Wir müssen uns darauf einstellen, daß Hamburg und Bochum nur die Spitze eines Eisberges darstellen. Hier erarbeiten sich Staatsanwälte und Kripo in Zusammenarbeit mit Krankenkassen, Zahntechnikern und Steuerfahndung das Know-how und Fahndungskataloge, die bei der Steuerfahndung schon lange Usus sind.

Es wird bald ein engmaschiges und großflächig einsetzbares Prüfraster eingesetzt werden können, mit dem jeder Kollege zu jeder Zeit auch rückwirkend konfrontiert werden kann. Die Medien, die uns bekanntlich keine Sympathien entgegenbringen, werden uns mit Lust unsere Verfehlungen pauschal um die Ohren schleudern. Davon wird besonders die große Mehrzahl der korrekt abrechnenden Kollegen betroffen sein. Die schlimmste Folge aber besteht in der Gefährdung des Sachleistungssystems. Schon jetzt werden Forderungen laut (u.a. von den CDU-Sozialausschüssen), nach denen Patienten uns unsere Leistungen quittieren sollen.

Den KZV-en und Prüfungsausschüssen sind die schwarzen Schafen unter den Kollegen seit jeher bekannt. Wie nimmt der Stand aber seine Kontrollfunktion wahr?

Er verwarnt in kollegialer und verständnisvoller Form den Kollegen und kürzt die nach-

weislich falsch abgerechnete Leistung. Von berufsgerichtlicher oder gar strafrechtlicher Verfolgung dringt so gut wie nichts nach "draußen". Das scheint zum Schutz der Existenz des einzelnen Kollegen auch in Ordnung zu sein, besonders dann, wenn sich solche Verfehlungen auf einmalige Ausrutscher beschränken.

Leider haben aber in den letzten Jahren diese Vorfälle solche Ausmaße angenommen, daß sie als systemgefährdend angesehen werden müssen. Denn durch jahrelanges Unterdentisch-Kehren, Verschweigen, Bagatellisieren und schulterklöpfikoses Besserung-Geloben hat nicht nur die Öffentlichkeit - und das ist gut -, sondern auch die Kollegenschaft - und das ist schlecht -, so gut wie nichts von diesen Vorgängen erfahren. Dadurch ist inzwischen bei mehr Kollegen als wir glauben der Krankenschein zum Blanko-Scheck verkommen und der Betrug am System zum Kavaliersdelikt geworden, weil das Unrechtsbewußtsein abhanden gekommen ist. Und daß die Begehrlichkeit oder die Großzügigkeit im Umgang mit fremdem Eigentum zum eigenen Nutzen in unserem Stande geringer ausgeprägt sein soll als woanders, will uns auch der eloquenteste Standesvertreter nicht glauben machen. Obwohl es an Versuchen dazu nicht fehlt:

KZBV-Chef Zedelmaier schreibt unter der Überschrift "Keine ehrenwerte Gesellschaft?" in ZM 3/85 u.a.: "Man muß deshalb verstehen, daß es heute immer noch Zahnärzte gibt, die nicht verstehen können, daß ein

"günstiger" Einkauf beim Zahn-techniker ihm keine Vorteile - so wie früher - bringen soll." Und weiter: "Es ist eine alte Erfahrung, daß ein System die Menschen prägt." Ein Satz, den man in diesem Zusammenhang und aus diesem Munde auch zweimal lesen darf!

Hamburgs Kammerpräsident Bublitz und sein KZV-Chef Bonath schreiben in einem offiziellen Brief an alle Hamburger Zahnärzte: "Von den Ermittlungen der Soko-Dental sind zu trennen diejenigen Verfahren, die in rein steuerlicher Hinsicht gegen Kollegen anhängig waren oder sind. Die Vorstände wissen, daß hiervon eine Reihe von Kollegen betroffen ist. Sie sind offensichtlich von einer falschen steuerlichen Betrachtung ausgegangen, hier liegt kein Vergehen gegen Bestimmungen des Strafbgesetzbuches vor, so daß die Vorstände auch keine Veranlassung sehen, gegen Kollegen, die sich steuerlich verantworten mußten, weitere Maßnahmen durchzuführen. Alle Hamburger Kollegen sollen wissen, daß wir hier eine klare andere Betrachtungsweise anstellen als bei denjenigen Kollegen, die bewußt zu ihrem Vorteil strafgesetzliche Bestimmungen verletzt haben." Das hört Ex-KZV-Nordrhein-Chef Knelleken gern, der gerade zu 18 Monaten Gefängnis ohne Bewährung wegen vorsätzlicher Steuerhinterziehung verurteilt worden ist und der nach dieser Rechtsauffassung nicht einmal mit standesdisziplinarischen Konsequenzen rechnen muß. Wenn die organisierte (Zahn-)Ärztenschaft nicht binnen kür-

zester Frist anfängt, die ihr bekannt gewordenen Verfehlungen von Kollegen standesintern anders zu handhaben, wird man ihr zu Recht die Fähigkeit absprechen, als eigenständige Kontroll-Instanz zu fungieren. Es ist inzwischen so weit, daß AOKs, wie in Bochum, selbständig Anzeigen an die Staatsanwaltschaft weiterleiten. D.h., neuerdings erfahren die KZV-en nicht einmal mehr von diesen Dingen, allenfalls nach abgeschlossenem Verfahren, wenn z.B. die AOK einen Antrag bei der KZV auf Kassenentzug unter Hinweis auf die Buße veranlaßt. Dieser bisher schwerste Angriff gegen die Selbstverwaltung ist aber hausgemacht!

Wie lange ertragen die korrekt abrechnenden Kollegen eine Standesführung, die von diesen Vorgängen seit Jahren weiß und keine Konsequenzen zieht?

Wann hören die standespolitischen Informationsmedien auf, Informationspflicht mit Nestbeschmutzung zu verwechseln? Ein zu langes vermeintlich kollegiales Unter-den-Tisch-Kehren von systemgefährdenden Straftatbeständen ist nicht kollegial, sondern begünstigt die Straftat!

Die Standesführung kommt ihrer Fürsorgepflicht nicht nach, die ihr aus ihrer Verantwortung für das Ganze und aus ihrem Wissen um Verfehlungen erwächst.

Es sind folgende Forderungen zu stellen:

1. Alle Möglichkeiten, die die EDV der KZV bietet, müssen genutzt werden, um das Ab-

rechnungsverhalten des einzelnen Zahnarztes zu überprüfen und evtl. richtigzustellen.

2. Die Erkenntnisse der Soko-Dental Hamburg müssen standesintern zu Konsequenzen führen. Jeder Kollege muß die Liste der bekannten Verfehlungen (bisher ca. 40) an die Hand bekommen. Jeder Steuerprüfer hat sie, warum nicht wir? Die Standesführung jedenfalls verfügt über sie und hält sie unter Verschuß.
3. Nach einem Losverfahren sollten in einem Turnus von mehreren Quartalen 5 - 10 % aller abrechnenden Zahnärzte einer präzisen Prüfung - evtl. mit Praxisbegehung - unterzogen werden. Das wird standesintern viel Mut verlangen, es wird die KZV-Kosten erhöhen, es wird an Personal fehlen. Wir werden aber anders als durch diese Positiv-Beweise unsere Glaubhaftigkeit in der Öffentlichkeit nicht wieder herstellen können.
4. Wir müssen unseren verantwortlichen Kollegen in der Standesführung klarmachen, daß sie wiederholt vertragswidrige Abrechnungen auch zur Anzeige bringen.

Wenn wir selbst nicht die Kraft haben, die Betrüger und ihre Helfer unter uns mit legalen Mitteln auszuschalten, haben wir unsere Zukunft in einem freien Berufsstand verspielt.

Dr. Roland Ernst  
Waldblick 2  
2905 Edewecht

# Zur Einkommensentwicklung der Zahnärzte

Auch die neue Einkommenssteuer-Statistik des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 1980 (so langsam mahlt die Bürokratie) zeigt keinen Einkommensrückgang bei Zahnärzten. Im Durchschnitt verdienen Zahnärzte sogar ein Drittel mehr als Ärzte. Das Bruttoeinkommen je beschäftigtem Arbeitnehmer betrug dagegen 1980 nur etwa ein Sechstel des durchschnittlichen Zahnärzteinkommens. Rechtsanwälte kommen auf die Hälfte.

Mit Einkünften aus selbständiger Tätigkeit von fast 240.000 DM im Jahr behaupten die Zahnärzte unangefochten die Spitzenstellung unter allen freien Berufen; und dies nach Abzug aller Betriebsausgaben und sonstigen abzugsfähigen Ausgaben.

Neben der selbständigen Arbeit haben andere Tätigkeiten keine große Bedeutung als Einkommensquelle. Vielmehr wird das Kapitalvermögen dazu benutzt,

steuertechnische Verluste zu produzieren. Davon machen Zahnärzte häufiger Gebrauch als Ärzte. Durch den so erzielten hohen Verlustausgleich lag das effektiv zu versteuernde Einkommen ca. 9.000 DM unter dem Einkommen aus selbständiger Tätigkeit.

Natürlich führt die Berechnung von Durchschnittseinkünften leicht zu falschen Schlüssen, da diese sehr ungleichmäßig sein können. So entfallen in unserem Fachbereich auf Zahnärzte mit Einkünften unter 100.000 DM (das sind immerhin 22,8 % der Kollegen!) nur 5,3 % der gesamten Einkommensmasse, während Zahnärzte mit Einkünften über 500.000 DM (8,3 % der praktizierenden Kollegen) sich ein volles Viertel des Gesamtvolumens untereinander aufteilen.

Dr. Armin Maurer  
Wöhlerstr. 20  
8000 München 60

Steuerpflichtige Zahnärzte, Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit nach Einkommensgrößenklassen 1980

Einkünfte von ... bis ... in Tsd. DM	Steuerpflichtige Zahnärzte in %	Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit pro Gruppe	
		in Mio DM	in %
bis 100	22,8	280,3	5,3
100 - 250	41,1	1.529,2	29,4
250 - 500	27,7	2.061,2	39,6
500 - 1000	7,3	1.018,5	19,6
1000 und mehr	1,0	310,0	6,0

# In Niedersachsen läuft der Landesvorstand des „Freien Verbandes“ Amok

Nachdem eine Reihe notabler, berufspolitisch aktiver Kollegen - besonders herausgestellt seien der Kollege Bartels, bundesweit bekannt durch seine Leprahilfe-Initiative und der Kollege Hildebrand, ehemals ein führender Standespolitiker - die Düpierungen durch die undemokratische Kandidatenkür für die Körperschaftswahlen (es durfte nur kandidieren, wer dem Landesvorstand des "FVDZ" genehm war) nicht hinnehmen mochte und Dr. Klaus Senge zum neuen Kammerpräsidenten wählte, griff der weidwunde "Freie Verband" sofort zu äußersten Mitteln. In bemerkenswerter Hast zogen Landes- und Bundesvorstand des "FVDZ" gegen alle beteiligten Kollegen Verbands-Ausschlußverfahren durch. Eine Gruppe Zahnärzte (an der Spitze Dr. von Petersdorff, Landesgeschäftsführer des "FVDZ") konnte sich mit dem neuen Kammerpräsidenten nicht abfinden und legte Einspruch gegen die Wirksamkeit der Wahl zur Kammerversammlung ein.

Der Wahlprüfungsausschuß erklärte die Wahl in 9 von 11 Bezirken für ungültig, weil ein wesentlicher Fehler bei der Wahlvorbereitung unterlaufen sei. Die Begründung überraschte sicherlich auch die Einspruchsführer. Der Kammervorstand und Präsident Dr. Bunke war nicht befugt, den

Tag der Absendung der Wahlunterlagen festzulegen. Kollege Bunke verschaffte sich durch diesen Verfahrensfehler die Chance einer erneuten Präsidentschaft. Die rechtlich abgesicherte vorzeitige Versendung der Wahlunterlagen durch den Wahlleiter führte dazu, daß die Kandidatenpräsentation des "FVDZ" den Wähler teilweise nicht mehr zum Beginn der Kammerwahlen erreichte. Dadurch bestand nach Ansicht des Wahlprüfungsausschusses die Möglichkeit, daß die Verteilung der Sitze in der Kammerversammlung und die Anwartschaft als Ersatzmann auf einen solchen Sitz beeinträchtigt worden sei.

Das Niedersächsische Zahnärzteblatt informierte über diese folgenschwere Entscheidung nur in einer kurzen, inhaltlich verzerrten Mitteilung, hingegen über die Landesversammlung des "FVDZ", die auch eine Schilderung des Landesvorsitzenden Dr. Schirbort über die Auseinandersetzung mit den Dissidenten zum Inhalt hatte, in einem vier Seiten langen Artikel.

Als Dokumentation drucken wir nachstehend ein Schreiben des "Dissidenten" Dr. Ross, die darauf erfolgte Reaktion des "Freien Verbandes" sowie einen Text des Chefideologen des "FV" ab:

Rundschreiben Dr. Ross an alle Kolleginnen und Kollegen der Bezirksstelle Stade vom 3. Juli 1985:

"In der Nacht vom 27.6. zum 28.6.1985 (20.30 Uhr - 3.15 Uhr) hat vor dem Bundesvorstand des FVDZ in einer Sondersitzung ("Ausschlußverfahren") in Hannover eine getrennte Anhörung sämtlicher betroffener Kollegen (Bartels, Hentschel, Hildebrand, Hirthe, Rischke, Ross, Senge, Winter) stattgefunden.

Folgende Standpunkte wurden von uns dargelegt und begründet, daß wir

1. zu keiner Zeit ein persönliches Interesse verfolgt haben, die niedersächsische Zahnärzteschaft zu spalten,
2. eindeutig - und nicht nur verbal - hinter der Zielsetzung des FVDZ stehen und
3. sachpolitisch gefaßte Beschlüsse des Bundesvorstandes sowie Landesvorstandes des FVDZ nicht nur mittragen, sondern als unabdingbare Notwendigkeit sehen, gemeinsame Politik zu betreiben;
4. nach den Grundsätzen des FVDZ diesen Verband nicht als Wahlpartei für Ämter in den Körperschaften sehen, jedoch den Körperschaften mit dem Gedankengut des FVDZ durch unsere Mitgliedschaft in ihren Gremien helfen, ihre Aufgaben im Dienste unseres Berufsstandes zu erfüllen;
5. dem Bundesvorstand sowie dem Landesvorstand das Recht abzusprechen, bei den Vorbereitungen zu den Körperschaftswahlen den Bezirksgruppenvorständen allein das Entscheidungsrecht überlassen, wer kandidieren darf und wer nicht, ohne die Basis mitbestimmen zu lassen, wer sie in den Körperschaften vertreten soll;
6. nicht verantwortlich sind für die Wiederholung der Kammerwahl. Der amtierende Kammervorstand trägt einzig und allein die Verantwortung für die Verunsicherung der Wählerschaft, die durch die Veröffentlichung des Zeitplans zur Kammerversammlung entstanden ist, denn dem Kammerpräsidenten obliegt nach der Wahlordnung nur das ENDE der Wahlzeit festzulegen und nicht auch den Beginn. So hat auch der Wahlprüfungsausschuß am 7.6.85 dem Wahlleiter bestätigt, daß er dafür Sorge zu tragen hatte, die Wahlmittel rechtzeitig abzusenden, damit der Wähler eine Wahlzeit von mindestens 10 Tagen zur Verfügung hatte,
7. eindeutig der Meinung, daß jedes gewählte Mitglied der Kammerversammlung das Recht zur Kandidatur in weitere Ämter hat, zumal in der Vergangenheit alle Mitglieder des Parlaments auch Mitglieder des FVDZ waren;
8. der Auffassung sind, daß keine beschlußgebundene Vorabstimmung des FVDZ den Wahlberechtigten in den Körperschaften bei der Ausübung seiner Grundrechte aufgezwungen oder auch nur beschneiden darf, auch dann nicht, wenn dieser auf den offiziellen Listen des FVDZ kandidiert hat;

9. daher unterstreichen, daß keine "Zufallsmehrheiten" in der konstituierenden Kammerversammlung am 23.3.85 Herrn Dr. Senge, Hannover, gewählt hat;
10. die Vorverurteilung der vom Ausschlußverfahren betroffenen Kollegen im Leitartikel des NZB 5/85 und in einschlägigen Rundschreiben als Diskriminierung betrachten und dieses Vorgehen der gesamten Zahnärzteschaft in der Öffentlichkeit geschadet hat.

Wir haben kein Verständnis dafür, daß in einer Zeit, in der die Einigkeit und Geschlossenheit in unserem Berufsstand überlebensnotwendig ist, jahrelange Personalquerelen im Vordergrund stehen, die seit der "Ära Schirbort" immer mehr um sich greifen.

Es ist für mich unbegreiflich, daß der Bundesvorstand des FVDZ in seiner Urteilsfindung in den Morgenstunden des 28.6.1985 sämtlichen Ausschlußanträgen gefolgt ist und die mehrere jahrzehntelangen Bemühungen und Verdienste vieler Kollegen um die zahnärztliche Berufspolitik und unseren Berufsstand einfach vom Tisch fegte und somit unberücksichtigt ließ.

Die Ausübung in unseren Ämtern und Tätigkeiten sind nie Anlaß einer Kritik des Freien Verbandes, der ZKN und der KZVN gewesen und sind, wie Sie selber beurteilen können, über jeden Zweifel erhaben.

Vom Freien Verband ausgeschlossen bis zum möglichen Widerruf durch die Hauptversammlung im Herbst dieses Jahres, hatten wir am Sonnabend, dem 29.6.85, keine Möglichkeit mehr, uns vor der Landesversammlung zu rechtfertigen.

Das mangelnde Demokratieverständnis, gepaart mit fehlendem Integrationsvermögen wird auch in den kommenden zwei Jahren vom Landesvorsitzenden auf die Arbeit in allen Bezirken Niedersachsens ausstrahlen und einen negativen Einfluß haben.

Wer widerspricht, denkt verbandsschädigend, denn:

"Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte ist einer politischer Kampfverband auf Standesebene, der von oben zentralistisch geführt wird."

(Zitat H. Bieg, stellvertr. Bundesvors. auf der Landesversammlung 29.6.85)

QUO VADIS FVDZ ????"

\* \* \* \* \*

Rundschreiben des Landesverbandes Niedersachsen vom 11.07.1985 an alle Zahnärztinnen und Zahnärzte der Bezirksgruppe Stade des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte:



"Am 10.07.1985 erhielten Sie ein Schreiben des Kollegen Dr. Ross aus Stade, das sich mit seinem Ausschluß aus dem freien Verband Deutscher Zahnärzte sowie dem Ausschluß von sieben weiteren Kollegen (Bartels, Dr. Hentschel, Dr. Hildebrand, Dr. Hirthe, Dr. Rischke, Dr. Senge, Dr. Winter) befaßt.

Mit vielen Worten wird darin der Versuch unternommen, die Entscheidung des Bundesvorstandes auf Ausschluß dieser acht Kollegen als unbegründet darzustellen. Wir können Ihnen versichern, daß sich der Bundesvorstand diese Entscheidung nicht leicht gemacht hat. Aber wie sonst könnte man denn ein derartig verbandsschädigendes Verhalten dieser Kollegen,

und zwar die Mißachtung von Beschlüssen der Gremien des Freien Verbandes und dazu dann noch konspiratives Verhalten gegen den Freien Verband

für die Zukunft ausschließen.

Alle aus dem Freien Verband ausgeschlossenen Kollegen haben bei ihrer Anhörung vor dem Bundesvorstand den schon vorher durch ihren Rechtsvertreter in Schriftform dargelegten Standpunkt bekräftigt, daß Beschlüsse der Gremien des Freien Verbandes für sie nur Empfehlungen sind, das heißt doch mit anderen Worten, Beschlüsse, an die man sich halten kann oder auch nicht.

Entsprechend ihrer Einstellung war auch das Verhalten dieser Kollegen im Vorfeld der Körperschaftswahlen und bei den Vorstandswahlen anläßlich der Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen und bei der Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen.

Es ist doch sicher für jedermann verständlich - und wird auch so in allen Verbänden und Parteien, egal ob berufs- oder gesellschaftspolitisch orientiert, gehandhabt, daß man sich bei bevorstehenden Vorstandswahlen darüber abstimmt, wer in den Vorstand gewählt werden soll. Derartige Aussprachen fanden auch im Landesvorstand Niedersachsen des Freien Verbandes statt, und die Vorstellungen legte man durch entsprechende Beschlüsse, die allesamt mit überwältigenden Mehrheiten im Landesvorstand gefaßt worden sind, fest.

Einige Kollegen ignorieren ganz einfach die Beschlüsse des Freien Verbandes, ohne jedoch vor dem Landesvorstand erklärt zu haben, daß sie diese Beschlüsse nicht mittragen könnten.

Durch eine Konspiration dieser Kollegengruppe am Freien Verband vorbei sollten deren persönliche Vorstellungen bezüglich der Zusammensetzung der Vorstände in KZVN und ZKN realisiert werden. Damit war auch verbunden, welche Berufspolitik künftig gemacht werden sollte.

Mit diesen Vorstellungen wurde sowohl die Sach- als auch die Personalpolitik des Freien Verbandes unterlaufen und aktiv dagegen gehandelt. Dabei hat man sich selbst - und hier auch Herr Kollege Dr. Ross - innerhalb der Besprechungen des Freien Verbandes einer offenen Diskussion nicht gestellt. Herr Dr. Ross hat im Gegenteil in einer Vorbesprechung unmittelbar vor der Kammerversammlung sogar verschwiegen, daß er wenige Minuten später gegen Herrn Kollegen Dr. Bunke - den Kandidaten des Freien Verbandes für das Präsidenschaftsamt - einen Gegenkandidaten vorschlagen wird. Eine Wertung dieses Verhaltens überlassen wir Ihnen.

Was nützt die verbale Äußerung des Kollegen Dr. Ross, daß er eindeutig hinter der Zielsetzung des Freien Verbandes steht, wenn er auf der anderen Seite Beschlüsse des Erweiterten Bundesvorstandes und des Landesvorstandes Niedersachsen mißachtet. Herr Kollege Dr. Ross war wie jedes Mitglied des Freien Verbandes an die Satzung gebunden und danach unterstützen die Bezirksgruppen den Landesverband in ihrem Bereich bei der Erfüllung seiner Aufgaben und der Landesverband unterstützt den Bundesverband.

Tatsache ist, daß die Vorgehensweise des Freien Verbandes anläßlich der Körperschaftswahlen durch mit überwältigenden Mehrheiten gefaßte Beschlüsse festgelegt worden ist und die große Mehrheit der Bezirksgruppenvorsitzenden des Landesverbandes Niedersachsen diese Beschlüsse auch umgesetzt hat.

Auch der Wahleinspruch von Mitgliedern des Freien Verbandes gegen die Wahl zur Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen, der vom Landesvorstand mitgetragen worden ist, wird dadurch gerechtfertigt, daß durch den Wahlprüfungsausschuß wesentliche Fehler bei der Vorbereitung und Durchführung der Wahl festgestellt worden sind und dem Einspruch in vollem Umfange stattgegeben worden ist.

Der beste Vertrauensbeweis für die Politik des Landesvorstandes Niedersachsen war seine mit überzeugender Mehrheit geschlossene Wiederwahl anläßlich der Landesversammlung am 29. Juni 1985.

Der Landesvorstand Niedersachsen des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte wird sich durch eine kleine Gruppe von Kollegen nicht erpressen lassen, die anderen mangelndes Demokratieverständnis vorwirft und offenbar selbst nicht weiß, was richtiges Demokratieverständnis ist. Aus diesem Grunde werden wir Sie auch in Kürze über weitere Einzelheiten informieren."

\* \* \* \* \*

Der Stellvertretende Bundesvorsitzende des Freien Verbandes, Herr Kollege Bieg, hat die Entscheidung des Bundesvorstandes auf der Landesversammlung Niedersachsen am 29. Juni 1985 u.a. wie folgt begründet:

"Wir können nicht zwei Landesvorstände in einem Land nebeneinander dulden, einen offiziellen, gewählten, demokratisch kontrollierten Landesvorstand, der die politische Sacharbeit macht und den Karren zieht und daneben einen anderen inoffiziellen Landesvorstand; eine Verbindung von zwei Dutzend Standespolitikern, die im Halbdunkeln, von niemanden kontrolliert (obwohl sie auf Demokratie pochen), halb drinnen, halb draußen vom Freien Verband ihre Ränke schmieden.

Wir können nicht eine Koalition von Mitgliedern des Freien Verbandes dulden, die wesentliche Beschlüsse des Landesvorstandes nicht interessieren, wie sie selbst offen und schriftlich erklären, und die jederzeit bereit sind, die Beschlüsse des Landesvorstandes durch aktives Handeln zu konterkarieren. Dieses tun sie mit einer Doppelstrategie. Sie erheben Anspruch, im Landesvorstand alles zu erfahren, wobei sie selbst nichts von ihren Absprachen preisgeben, und dann werfen sie noch unserem Landesvorstand vor, er mißbrauche den Freien Verband für persönliche Zwecke.

Wenn wir nicht gehandelt hätten, wären wir ein schlapper Bundesvorstand gewesen, der nicht imstande wäre, den Freien Verband zu führen, d.h. politische Entscheidungen zu treffen, notfalls auch harte, um schweren Schaden vom Freien Verband abzuwenden.

Diese Standespolitiker, die wir nun ausgeschlossen haben, hatten die Parole ausgestreut, es läge nicht an ihnen, sondern nur an der mangelnden Kompromißbereitschaft des Landesvorsitzenden. Was frech behauptet wird, findet leicht gläubige Zuhörer, auch außerhalb Niedersachsens. Bei mir hat man mit dieser Parole von Anfang an Pech gehabt. Denn ich kannte schon vor zwölf Jahren Ihren damaligen Landesvorsitzenden, den Kollegen Kroker, und ich weiß von ihm aus der Zeit damals, daß er der gleichen Koalition und den gleichen Intrigen gegenüberstand. Vom Bundesvorstand kann ich dem Kollegen Schirbort und seinen Mitstreitern nur Dank sagen, daß sie sich nicht haben erpressen lassen. Wir stehen zu Ihnen.

Denn entweder sind wir im Freien Verband eine Kampfgemeinschaft, die Sachdiskussion innen austrägt und nach außen geschlossen handelt, oder wir sind ein Nichts."

Der Kollege Bieg begründete in einer bemerkenswerten Rede die Haltung des "FVDZ"-Bundesvorstands. Wortwahl und Tenor sind entlarvend. Ein Ewig-Gestriger will wieder einmal gleichschalten. Ob sich das die Basis, wenn es sie denn noch gibt, wirklich bieten lassen will?

Die großenteils prominenten, inzwischen aus dem "FVDZ" ausgeschlossenen Kollegen erfahren nun auf schmerzhaft Weise, daß die offizielle Standespolitik in den Händen der maßgeblichen "FVDZ"-Leute

Sachdiskussionen nicht zuläßt, Andersdenkende bekämpft und diffamiert. Dies gilt gleichermaßen für Bundesebene (Herrmann, Bieg) wie niedersächsische Landesebene (Schirbort, Wick, Bunke, Jacobi).

Dieser Zustand ist uns seit langem bekannt. Es ist ganz billig und wirkt nachhaltig in der Kollegenschaft, wenn man Andersdenkende z.B. als "links" brandmarkt (Herrmann: DAZ - Sozialistische Verbrecher). Dabei sind wir vom DAZ anders als der "Freie Verband" in Sachen Allgemeinpolitik und Weltanschauung nicht einfarbig, sondern pluralistisch und offen.

- Wir wissen, daß in dieser Endphase der Belastbarkeit unseres Sozialversicherungssystems die Kompromißlosig-

keitsideologie der Falken des "Freien Verbandes" nur dazu führen kann, daß ganze Strukturen mit Getöse zusammenfallen werden, mit anschließender Installation eines ganz fremdbestimmten Systems über unsere Köpfe hinweg und zum Schaden aller.

- Wir wissen, daß wir nur mit Kompromißfähigkeit die Hoffnung haben können, das Prinzip der freien Berufsausübung in eigener Praxis zu erhalten.

- Mit großer Sicherheit ist zu erwarten, daß die jetzt aus dem "FVDZ" ausgeschlossenen Kollegen auf dem Instanzenweg alles versuchen werden, um die Ausschlußentscheidung revidieren zu lassen.

- Mit aller Sicherheit wird aber die Führungsclique des "Freien Verbandes" nicht mehr bereit sein, ihre Entscheidungen zu überprüfen.

Dies könnte für die betroffenen Kollegen Anlaß sein, zu überdenken, ob zahnärztliche Berufspolitik sich nicht auch nach sozialen und moralischen Kriterien ausrichten sollte. Hierzu bietet sich der DAZ als Gesprächspartner an.

Dr. Till Ropers  
Alter Marktplatz 4  
2162 Steinkirchen

**DAZ-forum - dreimal jährlich - DAZ-forum**

Gesundheitsausgaben in 13 Ländern in Prozent des BSP

	Gesundheitsausgaben in % des BSP			Index 1982 Ø OECD-Län- der 1982	Wachstum des Gesund- heitsausgaben-An- teils 1960-1982
	1960	1980	1982	= 100	
USA	5,3	9,6	10,6	136	+ 100 %
Schweden	4,7	9,5	9,8	126	+ 109 %
Frankreich	4,3	8,5	9,3	119	+ 116 %
Niederlande	4,1	8,6	9,1	117	+ 122 %
BRD	4,8	8,1	8,2	105	+ 71 %
Kanada	5,5	7,3	8,0	103	+ 45 %
Schweiz	4,1	7,2	7,8	100	+ 90 %
Durchschnitt OECD-Länder	4,3	7,4	7,8	100	+ 81 %
Australien	5,1	7,0	7,6	97	+ 49 %
Italien	3,9	6,8	7,0	90	+ 79 %
Finnland	4,2	6,5	6,8	87	+ 62 %
Norwegen	3,3	6,8	5,9	87	+ 106 %
Großbritannien	3,9	5,7	4,4	76	+ 51 %
Griechenland	2,9	4,3		56	+ 52 %

Aus: GPI Nr. 2/85, 2988

**Der DAZ fordert weiterhin das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten auf, die einseitige Unterstützung der Wirtschaftsvereinigung Zucker zu überdenken. Es ist völlig unverständlich, daß sich ca. ein Drittel der Mitarbeiter des Ministeriums damit beschäftigt, über Möglichkeiten der Förderung des Zuckerrübenanbaus und der zuckerverarbeitenden Industrie nachzudenken.**

DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983

Ursachen von Zahnkaries bei Kleinkindern

Für 423 Fälle wurden folgende Ursachen genannt:

	Prozent der Fälle
Flasche mit kariogenen Getränken	32
Fixfertige Kindertees	21
Nuggi mit Honig	25
Zahnungsmittel	3
Hustensirupe	8
Zwei der oben erwähnten Ursachen	2
Anderes	10

In den Hustensirupen waren 25-32% Saccharose enthalten, in den pulverförmigen Kinderteepräparaten um 80% Saccharose und/oder Glukose.

SSO 2/85, S. 124

# Möglichkeiten der Kostensenkung im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung

Wer sich mit der Frage der Kostensenkung der zahnmedizinischen Versorgung beschäftigt, muß zuallererst die Ausgangslage berücksichtigen: ihre Problematik resultiert nicht aus einer bestimmten Haltung der Krankenkassen oder aus der Politik des Bundesarbeitsministers. Sie ist vielmehr durch die folgenden Fakten gekennzeichnet, die die Menge der Leistungen und deren Qualität betreffen.

Zur Leistungsmenge:

1. Die Karies- und PAR-Erkrankungsrate ist unverändert hoch - nach Prof. Lange ist die Bundesrepublik "eine Insel der Karies und der Parodontopathien."
2. Trotz der Leistungssteigerung im konservierenden Bereich und trotz der massenhaften Verordnung von hochwertigem Zahnersatz während der letzten zehn Jahre sind noch keine Zeichen eines Sanierungseffektes sichtbar - im Gegenteil: es kam 1984 bei der gesetzlichen Krankenversicherung wieder zu einer Erhöhung der Zahnersatzausgaben um fast 10%.
3. Bei den Privatversicherungen gab es in den letzten fünf Jahren eine Steigerung der Zahnersatzausgaben um 400%. Insgesamt haben sich die Ausgaben der privaten Krankenversicherer für die

Reparatur von Zahnschäden in den letzten zehn Jahren mehr als verdreifacht (daß Zahnärzte ihren Privatpatienten fast nur noch den 5- und 6-fachen Satz GO-Z liquidieren, sei nur am Rande erwähnt.)

Zur Leistungsqualität:

1. Eine Untersuchung in Münster hat gezeigt, daß 78% der Einzelkronen und 82% der Brücken biologisch nicht akzeptable Überhänge aufwiesen.
2. Die Zahl der Parodontalbehandlungen, besonders aber die Zahl der präprothetischen PAR-Behandlungen ist verschwindend gering.
3. Nach meiner eigenen Erfahrung ist nur ein ganz geringer Prozentsatz der Patienten darüber aufgeklärt, wie man festsitzenden Zahnersatz richtig saubermacht. Ausreichende Aufklärung und Information des Patienten gehört jedoch auch zur Behandlungsqualität.
3. Die Zahl der Reklamationen bei prothetischen Rehabilitationen nimmt nach Auskunft der Kammern ständig zu.

Zur Ausgangslage gehört jedoch vor allem auch, daß die Umsätze der zuckerverarbeitenden Industrie in der Bundesrepublik stetig ansteigen. Und

noch immer putzen fast 1/3 der Bevölkerung ihre Zähne überhaupt nicht; so wie es sein sollte, nur etwa 10%. Es ist also keine Veränderung des Mundgesundheitsbewußtseins erkennbar.

Aus alledem muß man das Re-sümee ziehen, daß

- a. die Zahnärzteschaft mit dem bisherigen Konzept von Schuluntersuchungen und Behandlung durch niedergelassene Kollegen die Kariesrate und den Behandlungsbedarf bei Kindern nicht senken konnte, daß
- b. die Zahnärzte mit dem bisherigen System trotz der massenhaften Verordnung von Zahnersatz keinen erkennbaren Sanierungseffekt erzielen konnten, und daß
- c. die bisherigen Prophylaxemaßnahmen keine Veränderung im Ernährungs- und Mundhygieneverhalten der Bevölkerung bewirkt haben.

Man kann zwar einräumen, daß sich viele Menschen eben nur schwer oder überhaupt nicht zu einer gesünderen Lebensweise motivieren lassen - und man kann auch einräumen, daß es manchen gibt, der für seine hohen Versicherungsbeiträge auch was herausbekommen möchte und seinen Zahnarzt drängt, ihm etwas früher als nötig eine neue Prothese zu machen oder vielleicht auch eine Zweitprothese.

Trotzdem kommen wir nicht daran vorbei, daß in anderen Ländern sehr wohl erhebliche Prophylaxeerfolge erzielt wurden, daß eine erhebliche Verbesserung des Mundgesundheits-

bewußtseins erreicht werden konnte - und wir kommen auch nicht an der Tatsache vorbei, daß ein begehrllicher Patient sich Zahnersatz nicht im Supermarkt holen kann, sondern daß wir Zahnärzte mit unserer Unterschrift den gesamten Zahnersatz verordnet und als medizinisch notwendig auf dem Heil- und Kostenplan beurkundet haben.

Aus diesen Gründen glaubt der DAZ, daß zur Verbesserung der zahnmedizinischen und kassenzahnärztlichen Situation in unserem Land vor allem wir Zahnärzte selbst Ideen und guten Willen einbringen müssen und auch einbringen können.

Aber auch die Krankenkassen sind gefordert: Statt sich auf die bloße Verwaltung und Verteilung der Versichertengelder zu beschränken, sollten sich die Krankenkassenverbände für die Qualität der Leistungen interessieren. Nur qualitativ hochwertige und dauerhafte Leistungen können kassenwirtschaftlich sein!

Unter Berücksichtigung dieser Gegebenheiten schlägt der DAZ die folgenden Maßnahmen vor:

Eine Kostensenkung ließe sich, wie die Beispiele aus vielen anderen Ländern zeigen, am sichersten durch breitenwirksame Prophylaxe erreichen. Einerseits ist zu erwarten und zu befürchten, daß sich der Idealismus der Zahnärzteschaft über kurz oder lang erschöpft; damit wird das Obleute-Konzept des Freien Verbandes einschlagen. Andererseits verfügen die Zahnärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst sowohl über die organisatorischen, die ad-



# bisico

## BISICO - regidur

Spezialmaterial  
zur Herstellung von  
Bißregistraten

### Besondere Merkmale:

Speziell eingestellte Härte  
(ca. Shore A 90).

Höchstmögliche Dimensions-  
stabilität.

Optimales Rückstellvermögen.

Geringste Federwirkung.

Einwandfrei mit Messer, Stein  
oder Fräse zu bearbeiten.

Einfachste Handhabung.

### Lieferform:

Packung mit 500 g Silicon,

30 ml Härter A oder 15 g

Pastenhärter, 1 Dosierlöffel.

BISICO, Bielefelder Silicon Ges., D-4800 Bielefeld

Vertrieb: Rudolf Hegen  
Hohenbergstraße 20  
7090 Ellwangen-Eigenzell  
Tel. (07961) 3858



ministrativen wie auch die fachlichen Möglichkeiten zur Durchführung der Gruppenprophylaxe. Wir halten es deshalb für am sinnvollsten, den öffentlichen Gesundheitsdienst mit dieser Aufgabe zu betrauen. Die Schulzahnuntersuchungen könnten, da sie ohnehin immer die gleichen Ergebnisse bringen, sich auf Stichproben beschränken. Stattdessen sollten, wie das in der Schweiz praktiziert wird, Mundhygieneinstruktionen, Prophylaxeunterricht und Fluoridapplikationen in Schulen und Kindergärten durchgeführt werden. Mit dieser Aufgabenstellung könnte der öffentliche Gesundheitsdienst auch als beschäftigungspolitisches Ventil zum Abbau der zu erwartenden Zahnarztschwemme dienen.

Wir haben weiterhin vorgeschlagen, daß Prophylaxeleistungen in der Zahnarztpraxis auch von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden sollten, allerdings aus Gründen der Kostentransparenz und des Kostenbewußtseins nur über den Weg der nachträglichen Erstattung.

Obwohl breitenwirksame Prophylaxe als sicherste Methode der Kostensenkung anzusehen ist, so muß eingeräumt werden, daß dieser Effekt nur langfristig eintritt, z.B. innerhalb von zehn Jahren.

Wir halten deshalb eine kurzfristig zu erzielende Kostensenkung nur und vor allem durch eine Verminderung der Menge der Zahnersatzleistungen für möglich. Diese Mengenbeschränkung könnte besonders dadurch erreicht werden, daß unnötiger Zahnersatz vermieden

wird und daß die Zahl mangelhafter Zahnersatzarbeiten drastisch verringert wird. Die Realisierung dieses Zieles ist, auch kurzfristig, möglich. Sie brächte für alle Beteiligten Vorteile: die Patienten kämen mehr als bisher in den Genuß einer guten und dauerhaften Versorgung, die Krankenkassen müßten weniger Leistungen bezahlen und die professionelle Kompetenz unseres Berufsstandes könnte verbessert werden - denkbar wirkungsvollste Imagepflege.

Daß zehn Jahre nach Aufnahme der Prothetik in den Kassenvertrag die Ausgaben für Zahnersatzleistungen noch immer steigen, läßt sich nur damit erklären, daß ein großer Teil der Zahnersatzarbeiten nach wenigen Jahren wieder erneuert werden muß. Nach unserer Auffassung erleichtert, ja sogar belohnt das augenblickliche System die Quantität während die Qualität bestraft wird. Der DAZ will jedoch erreichen, daß der gut und korrekt arbeitende Kollege ein gerechtes Honorar bekommt und daß der mangelhaft arbeitende Kollege entsprechend beschnitten wird. Dazu sind keine Aufseher oder Aufpasser in den Praxen notwendig - man müßte lediglich die bereits vorhandenen Institutionen und Möglichkeiten richtig nutzen, nämlich das Gutachterwesen und die Wirtschaftlichkeitsprüfung. Es ist ja noch immer so, daß ein Kollege, der mehr Füllungen legt und mehr Injektionen verabreicht oder mehr Röntgenleistungen erbringt als die anderen Kollegen, daß dieser in Regreß genommen wird, u.U. für

EINE TECHNIK DER AVANT-GARDE  
mit additionsvernetzendem Vinylsilikon

AN ADVANDE-GUARD-TECHNIQUE  
with vinyl-silicone of additional reaction

UNE TECHNIQUE D'AVANT-GARDE  
Matériau d'empreinte de vinyl silicone à polymérisation par  
réaction d'addition

UNA TECNICA D'AVANGUARDIA  
Materiale per impronte di vinyl silicone a polymerizzazione  
per reazione addizionale

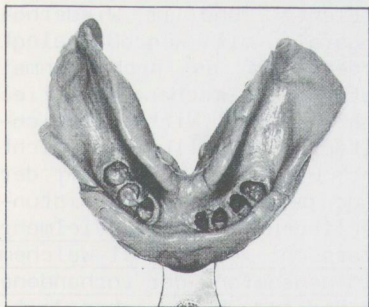
# **bisico** S1 + S4

Die Doppelabdrucktechnik, speziell bei der Anwendung in der  
Geschiebe- und Frästechnik, sowie bei Kronen, Brücken und Inlays  
garantiert durch Verwendung von BISICO S 1 und S 4 höchste  
Präzision und Paßgenauigkeit.

A double-impresion-technique specially for precise impressions,  
bridges, crowns, inlays, which garantees a maximum of precision  
and high exactness on application.

Technique de double-empreinte, notamment pour empreintes de  
précision, bridges, couronnes, qui garantie un maximum  
de précision et d'exactitude d'application.

Tecnica di doppia-impronta, in particolare per impronte di  
precisione, ponti, corone, inlays con una massima garanzia di  
precisione ed esatezza all'applicazione.



30 sec.
2 min., 30 sec.
3 min.

Anmischzeit  
mixing time  
Temps de préparation  
Tempo di preparazione

Verarbeitungszeit  
processing time  
Temps d'application  
Tempo d'applicazione

Aushärtezeit  
setting time  
Temps de prise en bouche  
Tempo di presa

Vertrieb: Rudolf Hegen  
Hohenbergstraße 20  
7090 Ellwangen-Eigenzell  
Tel. (07961) 3858

einen Teil dieser Leistungen das Honorar zurückzahlen muß. Man muß sich diesen Zustand einmal vor Augen führen: da jammert alle Welt über die ständig steigenden Zahnersatzkosten und gleichzeitig wird ein Kollege, der genau das Gegenteil tut, nämlich Zähne mit umfangreichen Füllungsrestaurationen erhält, dafür noch mit Honorarrückforderungen bestraft! Der augenblicklich praktizierte Standpunkt der Prüfungsausschüsse, daß nur derjenige Zahnarzt kassenwirtschaftlich arbeitet, dessen Leistungsmenge durchschnittlich ist, stellt einen schlichten, gleichwohl folgen-schweren Irrtum dar! Denn kassenwirtschaftlich können nur diejenigen Leistungen sein, die eine Sanierung des gesamten Kauorgans zum Ziel haben und die den Patienten lange Zeit vor weiteren Behandlungen bewahren. Deshalb ist auch aufwendiger, aber exakt gearbeiteter Zahnersatz für die Krankenkassen wirtschaftlicher, als einfacher, aber schlecht gearbeiteter Zahnersatz, der im selben Zeitraum umgearbeitet, erweitert oder wiederholt werden muß.

Der DAZ hält es aus diesen Gründen für notwendig, folgende Änderungen im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung kassenzahnärztlicher Leistungen vorzunehmen:

Es sollten alle zahnärztlichen Leistungen, also sowohl konservierende als auch parodontologische und prothetische Maßnahmen über einen Zeitraum von etwa zehn Jahren in den EDV-Anlagen der kassenzahnärztlichen Abrechnungsstellen

gespeichert bleiben, so daß es möglich wäre, den Verlauf der zahnärztlichen Behandlung eines Patienten zu verfolgen. Ziel sollte es dabei sein, Wiederholungsleistungen und Erweiterungsleistungen aufzufinden, also sogenannte Zahnkarrieren zu erstellen. Wenn sich dabei z.B. zeigt, daß am gleichen Zahn innerhalb eines kürzeren Zeitraums mehrere Füllungen an denselben Flächen gelegt wurden, daß z.B. Zahnersatz nach kürzerer Zeit erneuert werden mußte, daß Pfeilerzähne für festsitzenden Zahnersatz nie parodontologisch vorbehandelt wurden oder daß praktisch keine Milchzahnfüllungen gelegt wurden, so sind dies alles nach Auffassung des DAZ Hinweise auf eine kassenunwirtschaftliche Behandlungsweise. Weiterhin muß es die Aufgabe der Prüfungsausschüsse sein, auf die Einhaltung minimaler Qualitätskriterien zu achten (z.B. im Röntgenbild sichtbare Überhänge an Füllungen und Kronen). Im Falle auf solche Weise festgestellter Mängel könnte der betreffende Kollege vor den Prüfungsausschuß geladen werden, über die bei ihm gefundenen Auffälligkeiten unterrichtet und im Wiederholungsfall mit Regreß belegt werden. Um es noch einmal deutlich zu machen: Das Ziel einer solchen Wirtschaftlichkeitsprüfung sollte eben nicht mehr in der Feststellung der Menge der erbrachten Leistungen liegen; es sollte vielmehr untersucht werden, mit welchem Leistungsumfang der vorhandene Zahnbestand über welchen Zeitraum erhalten werden konnte.

Dabei könnten und sollten natürlich auch solche Kriterien wie Mundhygiene und Mitarbeitsbereitschaft des Patienten berücksichtigt werden sowie auch der Wechsel zu einem anderen Behandler (die Zahl der Wechselpatienten scheint erheblich geringer zu sein als man landläufig vermutet: sie soll ca. 15% betragen).

Der Freie Verband hält diesen DAZ-Vorschlägen entgegen, daß dieses Verfahren den Organisations- und Verwaltungsapparat der KZVen noch weiter aufblähen würde. Dieser Vorwurf trifft nach Meinung von Computerfachleuten nicht zu, da die vorhandene Speicherkapazität der EDV-Anlagen meist bereits jetzt ausreicht, um die erforderliche Datenmenge aufzunehmen. Außerdem würde genauso wie jetzt die Datenspeicherung und die Datenauswertung in den Händen der Zahnärzteschaft bleiben.

So wichtig es ist, den Prüfungsausschüssen die notwendigen Informationen und Instrumente in die Hand zu geben, um zu einer Beurteilung der Kasenwirtschaftlichkeit der zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen zu gelangen, so wichtig ist es auch, daß die Qualifikation der Gutachter sichergestellt ist. Es ist nach unserer Meinung nicht zu vertreten, daß ein Zahnarzt jahrzehntelang gutachterliche Tätigkeit ausüben kann, ohne seine Qualifikation und vor allem seine ständige Weiterbildung nachzuweisen. Der DAZ hat deshalb vorgeschlagen, die gutachterliche Tätigkeit eines Zahnarztes davon abhängig zu machen, daß

1. der Kollege mindestens fünf Jahre praktische zahnärztliche Tätigkeit hinter sich hat,
2. seine fachlichen Kenntnisse auch die aktuellen wissenschaftlichen Entwicklungen umfassen,
3. ausreichende Erfahrungen in allen zahnärztlichen Fachdisziplinen bestehen, und
4. die Teilnahme an mindestens vier ganztägigen Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr nachgewiesen werden kann.

Mit solcherart qualifizierten Gutachtern sollten Heil- und Kostenpläne in stärkerem Maße als bisher überprüft werden. Um beurteilen zu können, ob ein Zahnersatz in der vorgesehenen Art notwendig ist und um die Prognose abzuschätzen, muß der Gutachter Kenntnis von der vorangegangenen konservierenden Therapie, der Herstellung stabiler Parodontalverhältnisse, aber auch von der Aufklärung und Motivation des Patienten haben. Weiterhin sollten die Zahnärzte in ihrem eigenen professionellen Interesse die Möglichkeit von Nachbegutachtungen abgeschlossener prothetischer Rehabilitationen durch solche qualifizierten Gutachter schaffen. Der DAZ hat in diesem Zusammenhang auch vorgeschlagen, Schiedsstellen einzurichten, um Beschwerden und Reklamationen von Patienten besser und schneller aus der Welt schaffen zu können. Wenn man erfahren muß, wie Patienten mit Fehlbehandlungen vom Zahnarzt zur Krankenkasse, von der Krankenkasse zur Kammer oder

KZV und von dort wieder zurück zum Zahnarzt geschickt werden, sich im Grunde niemand zuständig fühlt und die Patienten sich zum Schluß mit Horrormeldungen an die Presse wenden, so brauchen wir uns nicht zu wundern, wenn unser Ansehen in der Öffentlichkeit Schaden nimmt.

Nach wie vor fordert der DAZ eine Umstrukturierung des BEMA. Wir halten in diesem Zusammenhang die Forderung der Krankenkassen nach 30%iger Absenkung der Prothetikhonorare für unsinnig und schädlich, weil diese Abwertung für sich allein nur zu einer Verschlechterung der Qualität führen kann. Wir glauben, daß zumindest die Füllungsleistungen erheblich aufgewertet werden müßten, um eine Trendwende zur Zahnerhaltung zu ermöglichen. Wir könnten uns ebenfalls vorstellen, daß ein Honorarzuschlag bei der Kinderbehandlung zu einer besseren und verstärkten Frühbehandlung führen würde.

Natürlich gehört zur Verbesserung der Qualität zahnärztlicher Behandlungsmaßnahmen auch und vor allem eine Verbesserung und Intensivierung der zahnärztlichen Ausbildung. Auch hierfür hat der DAZ einen Katalog von Vorschlägen gemacht, den wir in unseren "Grundsätzen und Empfehlungen zur kassenzahnärztlichen Versorgung 1983" vorgelegt haben. Genauso wie die breitenwirksame Prophylaxe kann aber auch die Verbesserung der zahnärztlichen Ausbildung nur langfristig einen Einfluß auf die Kostenentwicklung haben. Der Vorschlag des Freien Ver-

bands, einen Teil der Prothetikleistungen auszugrenzen und privat zu liquidieren, kann nur auf den ersten Blick als vorteilhaft für die Zahnärzte erscheinen. Ich bezweifle zuallererst, daß sich durch eine stärkere Kostenbelastung das Gesundheitsbewußtsein der Patienten verbessert. Überall dort, wo die Menschen für Zahnersatz viel bezahlen müssen, kommt es vor allem zu einer größeren Zahl von Totalprothesenträgern. Die Patienten zögern den Zahnarztbesuch hinaus, die Zahl der Spätschäden steigt.

Die sozial Schwachen werden hochwertige Prothetik nicht mehr bezahlen können, so daß wir wieder in eine Zwei-Klassen-Medizin zurückfallen. Vor allem aber wird die Privathonorierung erheblich ausgeweitet werden und es dürfte nicht sehr lange dauern bis wir mit den Privatversicherungen die gleichen Schwierigkeiten haben wie mit den gesetzlichen Krankenkassen. Für die nächsten Jahre muß ja auch zusätzlich berücksichtigt werden, daß eine neue private Gebührenordnung - selbst nach Dr. Ebenbecks geschmähtem Vorschlag - noch die dreifache Zahl abrechnungsfähiger Leistungspositionen haben wird, wie die jetzige Gebührenordnung; schon von der Leistungsmenge her ist also eine erhebliche Ausweitung des zahnärztlichen Liquidationsvolumens zu erwarten. Besonders problematisch, wenn nicht sogar unseriös, erscheint der Vorschlag des Freien Verbands zur freien Honorargestaltung ausgegrenzter Leistungen: Jeder Zahnarzt ist

aufgerufen, sich darüber Gedanken zu machen, wie dem Patienten klargemacht werden soll, daß z.B. vier Teleskopkronen in einem Restgebiß auf dem Heil- und Kostenplan eine bestimmte Kassenbewertung haben, während ein oder zwei weitere Teleskopkronen (die vertraglich ausgegrenzt werden), mit dem vielleicht doppelten Preis berechnet werden. Wie soll man den Patienten erklären, warum für die eine Krone 290,-- DM\* berechnet werden, für die gleiche daneben aber 500,-- DM\*\* oder noch mehr? Der DAZ hält es aus diesen und aus Gründen unserer Glaubwürdigkeit für notwendig, daß wir auch die ausgegrenzten Leistungen bei Kassenpatienten zu demselben Satz erbringen wie die Vertragsleistungen.

Ich selbst halte es für ganz besonders wichtig, daß wir uns unsere Therapiefreiheit im Bereich der Privatversicherten erhalten - das geht aber nur, wenn wir die Privatversicherungen vor der totalen Leistungs- und Kostenausuferung bewahren. Nicht die Regierung oder die Krankenkassen sind die wahren Sargträger unserer Berufsfreiheit, sondern diejenigen Kollegen, die einem Privatversicherten 30.000,- DM und mehr für eine Sanierung liquidieren!

Die Zahnärzteschaft muß unter allen Umständen versuchen, die Mengenausweitung in den Griff

zu bekommen, und zwar sowohl im Bereich der Sozialversicherten wie auch bei Privatpatienten. Der beste Weg dorthin ist der über die Qualitätssicherung und auch über die Qualitätskontrolle. Das ist nicht nur für unsere Patienten am besten, sondern vor allem für uns selbst, für unsere professionelle Glaubwürdigkeit. Ich bin sicher, daß wir mit den von uns vorgeschlagenen Maßnahmen, also der langfristigen Datenaufzeichnung und der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Qualitätskriterien, mit der besseren Qualifikation der Gutachter und entsprechend besserer Vor- und Nachkontrolle prothetischer Rehabilitationen - daß man mit diesen Instrumenten allein bereits eine 10-20%ige Reduzierung der Zahnersatzmenge erreichen könnte. Hätte man dies schon vor fünf Jahren getan, so wäre es sicher nicht zu jener 10%igen Steigerung der Zahnersatzausgaben im Jahr 1984 gekommen, die uns jetzt diese unqualifizierte 30%-Forderung der Krankenkassen auf den Tisch gebracht hat.

Wer sich auf den Standpunkt stellt, daß Kontrollen etwas mit Sozialismus zu tun haben (Originalton Freier Verband), der steht genau so neben der Realität wie derjenige, der meint, bei uns sei bereits das Durchschnittsniveau Weltklasse. Ebenso irrt, wer auf dem Standpunkt steht, unsere Vorschläge seien weltfremd und undurchführbar: seit zwei Jahren läuft bei einer Betriebskrankenkasse in Baden-Württemberg ein Modellversuch, der genau das zum Ziel hat, was

---

\* 240 x 1,2 (Punktwert) für die Position 91 e

\*\* 500,-- DM entspräche dem 5-fachen Satz GO-Z der Position 91 e

wir uns vorstellen: da wurden die gesamten zahnärztlichen Behandlungsdaten von 4.500 Patienten, natürlich anonymisiert, über einen Zeitraum von fünf Jahren aufgezeichnet und computergespeichert. Jetzt beginnt man, aus diesen Daten Zahnkarrieren zu rekonstruieren und z.B. herauszufinden, mit welchen und mit wievielen Behandlungsmaßnahmen die Zähne eines Patienten wie lange vor dem Ausfall bewahrt wurden. Es werden also Aufwand und Ergebnis miteinander verglichen und dabei besonderes Augenmerk auf Wiederholungsleistungen gerichtet. Der Bundesverband der Betriebskrankenkassen hat sich bei Beginn der Untersuchung an die Zahnärzteschaft gewendet und sie aufgefordert, sich an diesem wichtigen Projekt zu beteiligen - soeben hat die zuständige Zahnärztekammer dieses Angebot endgültig und entschieden abgelehnt. Wir meinen, daß das ein schwerer Fehler war. Spätestens in ei-

nem Jahr werden die Ergebnisse der Studie vorliegen. Die Zahnärzte werden dann wieder einmal dastehen und auf Tatsachen, wahrscheinlich auf unliebsame, reagieren müssen. Der DAZ stellt sich unter einer professionellen Standesführung aber eine Standesführung vor, die selbst solche Untersuchungen macht, die sich selbst um derartig wichtige Dinge wie die Behandlungsqualität kümmert.

Wenn wir unsere berufliche Freiheit bewahren wollen und wenn wir uns Glaubwürdigkeit sichern wollen, dann müssen wir uns als Zahnärzte selbst um die Dinge kümmern, die uns Zahnärzte zuallererst angehen - und das sind einerseits die Verhütung von Zahnkrankheiten und andererseits die bestmögliche Qualität unserer Leistungen.

Dr. Hanns W. Hey  
Lindenschmitstr. 44  
8000 München 70

**Der DAZ wendet sich gegen eine „Verniedlichungskampagne“ des Zuckerkonsums, wie sie in den letzten Jahren mit massivem Einsatz der Werbemedien von der Zuckerindustrie veranlaßt wurde. Bezeichnend ist, daß als Zielgruppe vor allem die Kinder angesprochen werden.**

**DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983**

#### BONN: KEINE WARNHINWEISE FÜR ZUCKERWAREN GEPLANT

Die parlamentarische Staatssekretärin im Gesundheitsministerium, Irmgard Karwatzki, erklärte auf eine Anfrage der Union hin, es sei kein Warnhinweis auf Zucker und zuckerhaltige Nahrungsmittel erforderlich. Anders als beim Rauchen sei beim Genuß von Süßwaren eine Gesundheitsgefährdung

nicht schon von vornherein gegeben. Für die Entstehung von Zahnkaries seien vielmehr ein falscher Umgang mit klebrigen, süßen Genußmitteln sowie mangelnde Mundhygiene verantwortlich.

Zahnärztl. Praxis 4/1985, S. 167

## Warnaufdruck auf Süßigkeiten-Packungen?

---

Ginge es nach dem Willen der Zahnärzte, so müßte auf allen abgepackten Süßigkeiten an deutlich erkennbarer Stelle zu lesen stehen: "Häufige süße Zwischenmahlzeiten sind der Tod der Zähne." In der Münchener Medizinischen Wochenschrift (MMW) kritisieren die Zahnärzte den "undisziplinierten Umgang" mit Zucker und Süßwaren durch die Wirtschaftliche Vereinigung Zucker, die mit "unverantwortlichen Werbekampagnen" die Warnungen der Mediziner unterlaufe. Der überhöhte Zuk-

kerkonsum in der Bundesrepublik von 40 Kilogramm pro Jahr und Kopf der Bevölkerung sei nicht nur verantwortlich für schwere Zahnzerstörungen, sondern zugleich ursächlicher Faktor für die Zuckerkrankheit, die Fettsucht und wahrscheinlich auch die Arteriosklerose. Analog zu der Kennzeichnung von Zigarettenpackungen sollten daher Süßigkeiten markiert werden.

GPI Nr. 3/85, 3138

## Impressum

Das DAZ-FORUM erscheint seit April 1982 dreimal jährlich. Auflage 1.700 Stück.

Das DAZ-FORUM ist das offizielle Organ des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde DAZ. Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht immer der Meinung der Redaktion oder des DAZ.

Das DAZ-FORUM wird allen DAZ-Mitgliedern zugesandt. Auf Anfrage erhalten auch Nichtmitglieder das DAZ-FORUM, soweit die Auflagehöhe das zuläßt.

Nachdrucke mit Quellenangabe DAZ-FORUM sind erlaubt, soweit dies mit den Autoren der Beiträge abgesprochen ist.

Rezensionsexemplare neuer Bücher sind erwünscht, eine Besprechung wird aber nicht zugesichert.

Redaktion:  
Dr. Jürgen Heidtkamp, Wahlenstr. 18, 8400 Regensburg

Zuständig für Annoncen:  
Dr. Wolfgang Lell, Hermann-Geib-Str. 59a, 8400 Regensburg



## Informationen - Informationen - Informationen - Informationen

EinzeleLeistungsvergütung wird Pauschalierungen weichen müssen?  
-----

Wir haben immer wieder die Ärzte darauf hingewiesen, daß wir das Einzelleistungshonorierungsverfahren, das von den Ersatzkassen immer praktiziert worden ist, nicht durchhalten können, wenn die Zahl der Ärzte weiterhin über Bedarf steigt. Und daß sie das tut, kann man schon für die nächsten Jahre eindeutig feststellen. Die Zahl der Medizinstudenten ist ja bekannt. Selbst gesetzliche Maßnahmen gegen die Entwicklung der Ärzteschwemme werden einige Jahre brauchen, bis sie wirken. Wir halten vermutlich dann die EinzeleLeistungsHonorierung nicht durch. Ich habe die Ärzte darauf aufmerksam gemacht.

Die RVO läßt heute schon alle möglichen anderen Honorierungsformen zu, dazu bedarf es keiner gesetzlichen Änderung. Es bedarf zweier Partner, die das dann praktizieren. Ich sehe auch die Gefahr, daß wir die Einzelleistungshonorierung, die ich für die gerechteste Honorierungsform halte, zugunsten von Teilpauschalierungen aufgeben müssen, weil wir sonst der ansteigenden Zahl der Ärzte und damit

der ärztlichen Leistungen nicht Herr werden können. Wir haben bereits im Laborbereich eine Teilpauschalierung vorgenommen. Im RVO-Kassenbereich ist darüber hinaus eine gewisse Begrenzung auch der Fallwerte vorgenommen worden. Das sind bereits Modelle für eine Pauschalierung.

Ich könnte mir auch denken, daß wieder die alte Forderung nach Pauschalierung des Honorars bezogen auf bestimmte Krankheitsarten, also nach Komplexgebühren erhoben wird. Die Ersatzkassen sind allerdings der Meinung, daß alle Pauschalierungen des Honorars vermutlich auf dem Rücken der Versicherten ausgetragen würden. Das ist immer unsere Auffassung gewesen, und deswegen haben wir uns auch bisher ganz entschieden für die EinzeleLeistungsHonorierung ausgesprochen und sie ganz massiv vertreten. Ob wir sie bei der steigenden großen Zahl von Ärzten durchhalten können, muß ich leider bezweifeln.

VdAK-Geschäftsführer Müller  
Ersk. 4/1985, S. 153

Zahnärzteprognosen für die BRD (FZV)  
-----

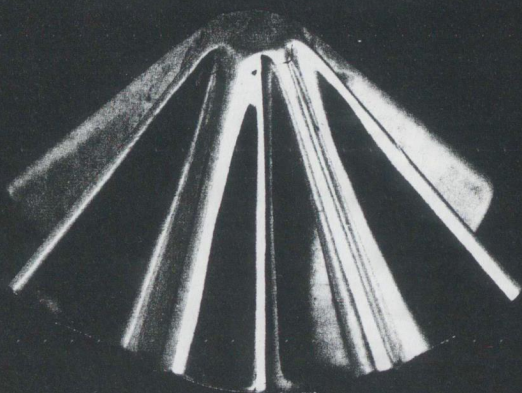
Bis zum Jahre 2000, so die FZV-Prognose steigt die Zahl der berufstätigen Zahnärzte - 1983: 35176 - um ca. 15000 Kollegen. Das ist ein 43%iger Zuwachs. Gleichzeitig reduziert sich

die deutsche Wohnbevölkerung um 2,3 Millionen, wodurch sich die Zahnärztdichte von 1:1746 (im Jahre 1983) auf 1:1182 verändern wird.

GPI Nr. 2/85, 3033

®  
CEPLATEC

## Die Krone



Sie hat alles.  
Die Ästhetik.  
Die Wirtschaftlichkeit.  
Die Verträglichkeit.  
**Cera-Platin-Technik**

Ihr CEPLATEC Labor:

G

**buchhauser**  
moderne  
zahntechnik



Greflingerstraße 7  
8400 Regensburg  
Tel. (0941) 5 3815

# Ohne Fluorid geht gar nichts

— Eindrücke von einer Informationstagung in Basel im Mai '85

Überall in Deutschlands Zahnärzteschaft tönt es vom "Schweizer Modell", von "Büttner, Marthaler, Jann und Co.", von "Prophylaxe-Erfolgen" und vielem anderen, wovon wir hier bisher nur träumen. Daß hier keine Windeier gelegt sondern langfristige Erfolge produziert werden, davon wurden wir an Ort und Stelle sehr rasch überzeugt.

Eingeladen hatten der Bundesverband der Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die Schulzahnklinik Basel-Stadt und die Firma Albert Roussel.

Um gleich voranzustellen, was schon die Spatzen von den Dächern pfeifen: Mit kleinem Aufwand, wenig Personal und geringen Kosten gelang es Basel (und nur von Basel ist hier die Rede), die Karies um 65 % zu reduzieren und jedes zweite Schulkind bis zum Ende der Schulzeit absolut kariesfrei zu halten. Dies trotz Zuckerverbrauchs von Welt-niveau und trotz Zahnpflege, die zwar besser als bei uns, aber noch lange nicht optimal zu nennen ist. Ohne sich als Ketzer zu fühlen, bekennt Dr. Büttner, Leiter der Schulzahnklinik in Basel: "Ohne Fluorid geht gar nichts; Hygienein-

struktion allein genügt keinesfalls."

"Drei Säulen der Kariesprophylaxe" hieß Prof. Gülzows einleitendes Referat, wobei er gleich anfangs auf die deprimierende Situation in Deutschland einging. Er widersprach dabei ausdrücklich der "positiven Tendenz", die Prof. Naujoks am Horizont ausgemacht haben will. "Bei uns wird sehr viel geredet, wenig geschieht."

Bekanntlich zielt zahnmedizinische Prophylaxe auf gute Zahnpflege, vernünftige Ernährung und - last not least - Fluoridierung ab.

Zahnpflege ist zur Parodontalprophylaxe fast noch wichtiger als zur Kariesverhütung. Plaque muß alle 24 Stunden entfernt werden, da sie auch ohne Nahrungszufuhr entsteht. Zum Erlernen wirksamer Zahnpflege ist der Kindergarten der fruchtbarste Ort. Einfache Bürstmethoden sollten geübt werden, da die Feinmotorik des Kleinkindes noch keine sehr differenzierten Bewegungen zuläßt.

Ernährung, die zahnschonend ist, muß weitgehend auf Zucker verzichten. Auch Zuckeraus-

# Duraphat®

der Fluorlack  
zur Behandlung sensibler Zahnhälse und  
zur Vorbeugung gegen Zahnkaries.

1. Intensive desensibilisierende Wirkung nach 1 bis 2 Touchierungen.
2. Besonders zeitsparende und einfache Anwendung.
3. Langanhaltende und schonende Tiefenfluoridierung.

Duraphat ist ein fluoridhaltiger Lack, der mit einem Wattebausch oder Spatel auf die überempfindlichen Zahnhälse aufgetragen wird und unter Speichel erstarrt.

Duraphat ist wassertolerant und überzieht daher auch feuchte Zähne mit einem gut haftenden Lackfilm, der eine bisher unerreichte Tiefenfluoridierung an den Prädilektionsstellen der Karies ermöglicht.

Duraphat gewährleistet auf diese Weise eine wirksame Karieshemmung schon bei 2-3 Touchierungen pro Jahr.

Sonderdrucke und Prospekt mit Literaturangaben über Fluoridlack und Duraphat stehen auf Anforderung zur Verfügung.

#### Duraphat

**Zusammensetzung:** 1 ml Fluoridlack enthält 50 mg Natriumfluorid, entspr. 22,6 mg Fluor, suspendiert in einer alkoholischen Lösung von Naturharzen.

**Anwendungsgebiete:** Desensibilisierung, Kariesprophylaxe.

**Gegenanzeigen:** Ulcerierende Gingivitis.

**Nebenwirkungen:** Bei Neigungen zu allergischen Reaktionen können vorübergehend ödematöse Schwellungen der Mundschleimhaut auftreten. Überdosierungen können Brechreiz verursachen.

Woelm Pharma GmbH & Co., Eschwege

#### **Packungsform u. Preis**

Normalpackung 10 ml DM 36,78  
Stand Jan.83

**Woelm Pharma**

tauschstoffe sind mit Vorsicht zu genießen, da sie nicht gänzlich unbedenklich sind, wenn auch wesentlich weniger kariogen als Haushaltszucker. Leider sind Eingriffe in die Eßgewohnheiten ein schier unmögliches Unterfangen, zumal Aufklärungsbemühungen geschickt unterlaufen werden. So lange die Zuckerwerbung derartige Summen ausgibt und ausgeben darf, bleiben wir Rufer in der Wüste. Gummizahnbürsten von Haribo sowie "bärig-guter-Schlaf" als Wunsch derselben Firma verraten eine Psychostrategie, gegen die Zahnärzte wie Schulmeister wirken.

Fluoridprophylaxe dagegen verlangt vom Patienten am wenigsten und bietet den größten Erfolg. Fluor ist das weltweit am besten untersuchte Spurenelement, dessen toxikologischer Schwellenwert bei 4 mg pro kg Körpergewicht liegt. Ohne Fluorid können wir nicht existieren, aber ohne Fluorid existiert auch keine breitenwirksame Zahnprophylaxe. Fluorid kann als Trinkwasserfluoridierung durchgeführt werden, als fluoridiertes Speisesalz, als Fluorid-Tablette oder als lokale Fluoridapplikation auf die Zähne.

In der folgenden Diskussion bemerkte Dr. Büttner, es sei nicht zufällig, daß in Deutschland gegenüber Hygiene und Ernährung die Säule Fluorid sehr klein geschrieben werde. Weitgehende Einigkeit bestand bei den Teilnehmern über die Unsinnigkeit, Prophylaxeanreize über den Geldbeutel zu schaffen, da Prophylaxe

ja gerade beim Kind ansetzen muß.

Professor Bergmann vom Deutschen Bundesgesundheitsamt vertiefte die Ausführungen über Fluorid als kariesprotektive Substanz und zerpflückte eingehend alle Argumente der Fluorgegner à la Ziegelbecker. Kein Vorwurf gegen Fluoridprophylaxe konnte bisher glaubhaft belegt werden. Vom Bundesgesundheitsamt berichtete Prof. Bergmann, es sei nicht einheitlicher Meinung zum Fluorid. Besonders die Wasserwerke sperrten sich gegen die Trinkwasserfluoridierung, da sie die öffentliche Diskussion und schlechtes Image fürchteten.

Interessant war ein Beispiel einer italienischen Gastarbeiterfamilie aus einer Gegend mit hohem Fluoridgehalt. Kinder, Eltern und Großeltern haben kerngesunde Zähne noch Jahre nach dem Umzug nach Deutschland. Nur das hier geborene Nesthäkchen hat das deutsche Einheitsgebiß.

Einen Überblick über die Aktivitäten der Basler Schulzahnklinik und der Schulzahnpflege gab Dr. Büttner. Anknüpfend an die Ausführungen zum Fluorid betonte er, welche Sisyphusarbeit die Umstellung der Ernährung ist und daß dies die Möglichkeiten der Zahnärzteschaft weit übersteigt. Ähnlich schwierig sei es für den Patienten, eine perfekte Mundpflege durchzuführen. Auch können wir nicht mit der erforderlichen Mitarbeit und Konsequenz rechnen. Trotzdem

## Der medizinische Doppelschutz gegen Parodontose und Karies



**morgens  
aronal**

**abends  
elmex**

**Spezialisten bieten besseren Schutz.**

**elmex Forschung · Wybert GmbH. 7850 Lörrach**

ist hier ein Hebel anzusetzen, was in Basel seit langem geschieht. Dabei muß die Prophylaxeschulung in Gruppen vor dem 12. Lebensjahr abgeschlossen sein, weil nach diesem Alter die Jugendlichen nur noch individuell instruierbar sind. Ohne tatkräftige und überzeugte Mithilfe der Lehrerschaft ist diese Zielsetzung hoffnungslos. Somit muß einer Schulzahnklinik als öffentlicher Anstalt der Weg in Kindergärten und Schulen politisch geöffnet werden. Ohne gesetzliche Grundlage dürfte Breitenwirksamkeit nicht zu erreichen sein, was das Obleutekonzept bei uns hinlänglich beweist. In Basels Kindergärten (die so gut wie jedes Kind besucht) kommen zweimal jährlich Prophylaxehelferinnen zur Mundhygieneaufklärung und zu Zahnputzübungen. In den Schulen findet einmal pro Jahr eine Untersuchung mit Putzübung statt, dazu wird noch einmal pro Jahr ausschließlich Zahnpflege geübt. Jede erste und dritte Grundschulklasse erhält eine volle Unterrichtsstunde über die Zähne, gehalten von einer Dentalhygienikerin mit spezieller Schulung. Prophylaxe und Untersuchung werden gratis angeboten; die Behandlung kostet je nach Vermögen der Eltern.

Dr. Büttner ging im Gespräch auf finanzielle Aspekte ein und äußerte die Ansicht, wir könnten in Deutschland 100 Jahre RVO mitsamt den davon geprägten Einstellungen und Verhaltensweisen nicht ungeschehen machen. Er sei dennoch überzeugt, auch in diesem Rah-

men eine ebenso wirksame Jugendzahnpflege einsetzen zu können, wie in Basel. "Man läßt nicht seine Zähne verrotten, nur weil die Behandlung nichts kostet, zumal eine Behandlung ja kein Vergnügen ist."

Wesentlich einfacher, billiger und zugleich im Hinblick auf Kariesreduktion wirkungsvoller ist erwiesenermaßen die Fluoridierung. Diesen Weg verfolgt Basel seit 1962 mit der Trinkwasserfluoridierung. Obwohl Karies keine Fluoridmangelkrankheit ist, führt Dr. Büttner über 90 % seiner Erfolge auf die breitenwirksame TWF zurück. Mit Tablettenfluoridierung, fluoridiertem Speisesalz oder regelmäßiger lokaler Anwendung gelangt man zum selben Ergebnis - vorausgesetzt, die Methode wird konsequent angewandt.

Im Rahmen der Tagung konnten wir eine Unterrichtsstunde über die Zähne bei einer Schulklasse sowie einer Zahnputzübung im Kindergarten beobachten. Faszinierend, wie einfach die Durchführung war, die Begeisterung der Kinder und das Engagement der Hygienikerinnen. Geht es doch in Basel auch ohne "Zahnputzbrunnen" und sogar ohne Zahnputzsets, die in aufwendigen Regalen ohne Kontaminationsrisiko aufzubewahren sind. Die Kinder üben das Zähneputzen eben auch mal nur mit dem eigenen Zeigefinger, um mit der Mundhöhle vertraut zu werden. Regelmäßiges, einfaches und kindgemäßes Einüben von gesundheitsförderndem Verhalten lassen die-

ses zur Gewohnheit im Alltag werden.

Auch ein Besuch der Zahnklinik mit ihren mehr individuell ausgerichteten Prophylaxemaßnahmen und der Kinderbehandlung beeindruckte uns durch die Einsatzfreude sowie die Professionalität der Assistentinnen. Mit diesen von Dr. Büttner sehr gut geschulten und motivierten Mitarbeiterinnen steht und fällt das Programm. Zumal sie auch eine sichere Anstellung mit guter Bezahlung ohne jährlichen Lohnkampf und ohne Überstunden durchaus zu würdigen wissen und viele die Möglichkeit schätzen, nur halbtags tätig sein zu können. Dafür kommen der Schulzahnklinik große Begeisterung und Schwung auch

noch nach zehn Jahren zugute. Der überwiegende Teil der freipraktizierenden Zahnärzte dürfte wohl nicht in der Lage sein, ähnliche Programme mit so viel Engagement und Einfühlungsvermögen konstant durchzuführen.

Am Ende der Tagung war uns klar, daß Prophylaxe nach dem Motto "Jeder koche sein eigenes Süppchen" keine Chance hat, daß wir Erfahrungen anderer Länder für ein effizientes "deutsches System" verwerten können und daß wir vom Stadium des Redens endlich zum Handeln überwechseln müssen.

Dr. Armin Maurer  
Wöhlerstr. 20  
8000 München 60

**Angesichts eines Pro-Kopf-Verbrauches von 120 g Industriezucker pro Tag und permanenter Beeinflussung – gerade von Kindern – durch die Werbeaktivität der Zuckerindustrie, vermissen wir den überzeugenden Widerstand gegen diese Entwicklung von Seiten der zahnärztlichen Körperschaften. Es wirft ein ungutes Licht auf unseren Berufsstand, daß sich stattdessen Teile der Standesführung in den Verdacht gebracht haben, durch „Vereinbarungen“ mit der Zuckerindustrie zum Stillschweigen verpflichtet worden zu sein. DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983**

Aufwand der SSO für Prävention 1976-1982: 3,6 Millionen Fr.

-----

Die Schweiz. Zahnärztesgesellschaft (SSO) und ihre Sektionen haben zwischen 1976 und 1982 rund 3,6 Millionen Fr. für Prophylaxe ausgegeben

(Informationsmaterial, Tagungen, Dokumentationszentralen, Schulen für Dentalhygienikerinnen usw.).

GPI Nr. 1/85, 2879

**Der DAZ warnt vor dem sogenannten „Informationskreis Mundhygiene und Ernährungsverhalten“ (IME), einer von der Zuckerindustrie gegründeten PR-Institution, die eine, angeblich selbstlose, „Gesundheitsaufklärung“ betreibt. In Wirklichkeit wird hier der Versuch unternommen, von den Gefahren des Zuckerkonsums dadurch abzulenken, daß die Mundhygiene als besonders wichtig herausgestellt wird. Motto: wer genügend Zahnpflege betreibt, der kann soviel Süßigkeiten essen, wie er will.**

DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983

**Der DAZ fordert dagegen Warnaufdrucke auf Zuckerwaren, das Verbot des Verkaufs von Süßigkeiten an Schulen und das Verbot ihrer Abgabe an Kinder unter 12 Jahren.**

DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983



# gelesen – gelesen – gelesen – gelesen

## FAKTEN

### I Im benachbarten Ausland und den USA

- 1 Minderung der Karieshäufigkeit um ca. 50%
- 2 Intensive zahnärztliche Prophylaxe (einschl. Fluoridierung) in Zahnarztpraxis
- 3 Individuelle Prophylaxe privat (einschl. Fluoridierung)
- 4 Gute Motivation zur Selbstverantwortung für Zahngesundheit und Mundhygiene
- 5 Längerer Erhalt der eigenen Zähne
- 6 Verstärkung geriatrischer Zahnbehandlung
- 7 Geringere Beanspruchung zahnärztlicher Tätigkeit
- 8 Schließen von Ausbildungsstätten für Zahnärzte
- 9 Verringerung der Ausbildungskapazitäten für Zahnärzte
- 10 Senkung der Gesamtkosten für Zahnbehandlung

### II In der Bundesrepublik Deutschland

- 1 Ansätze für eine Minderung der Karieshäufigkeit (Repräsentative Statistiken stehen noch aus)
- 2 Anlaufen der Prophylaxe-Aktionen in Kindergärten durch Arbeitskreis Zahngesundheit (Zahnärzteschaft, RVO-Kassen, Kreisgesundheitsamt)
- 3 Große Schwierigkeiten mit Start und Durchführung der Prophylaxe-Aktionen, große bürokratische

Hemmnisse. Obwohl seitens Weltgesundheitsorganisation, Bundesgesundheitsamt, Gesundheitsminister der Länder und durch die entsprechenden Kreisgesundheitsämter empfohlen, können die Träger der Kindergärten (staatliche, kirchliche, kommunale und freie) ebenso wie die Leiterinnen der Kindergärten und die Elternbeiräte gut gemeinte Prophylaxeberatungen, Erläuterungen und Zahnputzübungen einschließlich der Ermöglichung des Angebots zur Fluoridprophylaxe ablehnen.

- 4 Minderung der prothetischen Tätigkeit für Patienten
- 5 Verringerung der Beschäftigten in zahntechnischen Laboratorien
- 6 Vermehrte Tätigkeit in der Praxis mit Parodontologie und Prophylaxe
- 7 Zunehmende Behandlung von alten Menschen

Bei einem Vergleich mit den Gegebenheiten und Erfolgen auf dem Gebiet der zahnärztlichen Prophylaxe muß festgestellt werden, daß in der Bundesrepublik Deutschland sich zwar auch Erfolge andeuten, die allerdings statistisch noch nicht gesichert sind. Die Erfolge bei den benachbarten westlichen Industriestaaten und den USA liegen aber wesentlich höher.

Dr. Egon Banger

ZWR, 94. Jahrg. 1985, Nr. 1, S. 15 f.

Alle reden von der Medizin, aber keiner tut was dagegen.

(Unbekannt)

GPI Nr. 1/85, 2879

# Jugendzahnpflege

— das heißt nicht nur Löcher zählen!

## § 21

### Zahn-, Mund- und Kieferpflege

Der öffentliche Gesundheitsdienst berät und betreut Kinder, Jugendliche und ihre Personensorgeberechtigten in Fragen der Gesunderhaltung des Zahn-, Mund- und Kieferbereichs. Er führt zahnärztliche Untersuchungen, insbesondere regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen, durch, um Krankheiten und Fehlentwicklungen zu verhüten, zu beseitigen oder zu mildern, und sorgt für erforderliche Behandlung.

aus: Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG)  
Berlin 1980

Dieser trockene Siebenzeiler, der § 21 des Berliner Gesundheitsdienstgesetzes, in Verbindung mit erläuternden Richtlinien, bildet die Arbeitsgrundlage der Zahnärztlichen Dienste der Berliner Gesundheitsämter. Jeder der 12 Bezirke verfügt über solch einen Zahnärztlichen Dienst, die personelle Mindestausstattung beträgt 2 Teams, bestehend je aus Zahnarzt/ärztin und Zahnarthelfer(in).

Im Gesundheitsamt Berlin-Steglitz arbeiten drei Zahnärztinnen und drei Zahnarthelferinnen. Jedes Team verfügt über ein modern eingerichtetes Sprech- und Behandlungszimmer, das auch für die Gruppenprophylaxe genutzt wird. Eine geräumige Warte- und Tobezone bietet 50 Kindern Platz, demnächst werden wir eine 6 m lange Zahnputzzeile einweihen können.

Wir sechs Mitarbeiterinnen

sind uns einig, daß, wenn wir als "Amt" von Kindern und Erwachsenen angenommen werden wollen, unser Zahnärztlicher "Dienst" lebendig und interessant sein und etwas bieten muß. Jedes Sprechzimmer hat seine persönliche Note (Mobile, Marionetten, Kindergeschenke in Form von selbstgemalten Bildern und Nuckelflaschen). Die Wartezone ist bunt durch ihre Ausstattung mit Kindergemälden, Fotos und Postern. Bilderbücher, Bausteine, ein Kasperletheater fehlen nicht.

Wichtige Voraussetzung für die Arbeit ist die volle Unterstützung von Amtsarzt und Gesundheitsdezernent, denn sämtliche Behandlungs- und ein Teil der Prophylaxemittel, Fluoridtabletten in allen vier Dosierungen stellt unser Haus.

Die Krankenkassen, vor allem die AOK, die Technikerkrankenkasse und die Innungskranken-

kassen statten uns auf hervorragende Weise mit Informationsmaterial, Bechern, Bürsten und Zahnputzuhren aus.

Unsere Hauptaufgaben sind

- Zahnärztliche Untersuchung aller Kindergarten- und Schulkinder (3- bis 18-Jährige) einmal im Jahr - in unserem Bezirk sind das etwa 27.000 - mit Dokumentation
- Gruppenprophylaxe-Programme
- Zahnärztliche Kinderbehandlung in besonderen Fällen
- Begutachtung geplanter prothetischer Maßnahmen, deren Kostenträger das Sozialamt ist.

Ziel all unserer Bemühungen ist es, Kindern und Jugendlichen (deren Eltern, Erziehern, Lehrern) so früh wie möglich Zahngesundheitswissen in Theorie und Praxis nahezubringen, Eigenverantwortung zu wecken und die Kinder mit der zahnärztlichen Praxis vertraut zu machen, um sie so früh wie möglich an die wahrscheinlich irgendwann einmal notwendige zahnärztliche Behandlung heranzuführen.

Bewußt nutzen wir die Gruppensituation, ganz gleich ob es um Reihenuntersuchung, Prophylaxeprogramm oder die Kinderbehandlung geht. Daß Zähneputzen im Kindergarten Spaß macht - das sagen uns heute selbst die meisten Erzieher.

Wir wissen, daß die zahnärztliche Reihenuntersuchung in der Regel unbeliebt ist, daß sie als einmalige (sekundär-) prophylaktische Maßnahme im Schuljahr zwar besser als gar

nichts, aber viel zu wenig ist. Deshalb sind wir bemüht, unsere teils in den Einrichtungen, teils im Amt stattfindenden Reihenuntersuchungen aufzulockern und anzureichern.

Mit der Gruppe oder Klasse führen wir zunächst ein kurzes Gespräch, und vom Kindergarten bis zur 6. Grundschulklasse wird jede Reihenuntersuchung mit einer Demonstration des richtigen Zähneputzens verbunden. Wir ermuntern die Kinder und Jugendlichen, uns Fragen zu stellen und helfen mit, daß sie Behandler finden, wenn es notwendig ist, und wenn es aus irgendeinem Grunde Schwierigkeiten gibt. Manches ernstzunehmende Gespräch findet statt, wenn wir von einem Kind mitgeteilt bekommen, daß "die Mutti böse wird, wenn es nach dem Frühstück die Zähne putzen will", und gar nicht einfach ist die Situation vor einer Schulklasse, wenn nach Abschluß unseres Prophylaxegesprächs ein Pfiffikus, 9 Jahre alt, aufsteht und stolz verkündet: "Frau Dokta, det kann nich janz stimmen. Ick fress' dauernd Süßet, ick putz' ma nie de Zähne, un ick hatte noch nie en Loch!" Ich gucke nach - der Junge hat recht. Und nun wollen alle wissen, warum das so ist, und warum die anderen, die jeden Tag morgens und abends putzen, so oft "gebohrt bekommen haben".

Jedes Jahr machen wir auch Sonderaktionen in den Schulen. Die Erstkläßler, die übrigens überall in Berlin zum Schulbeginn von der Senatsgesundheitsverwaltung einen Zahn-

pflegebeutel erhalten, bekommen diesen nicht mehr durch die Lehrerin ausgehändigt, sondern das tun wir Zahnärztinnen und verbinden damit gleichzeitig eine Trockenputzübung im Klassenzimmer in Gegenwart der Lehrer, die als Vorbild natürlich mitmachen. Eine Zahnbürste für sie bringen wir mit.

So wie es unsere Zeit zuläßt, organisieren wir auch in Grundschulen einen Zahngesundheitstag. Dabei werden wir mit Sachmitteln und Personal durch bei uns in Zahnpflegetechniken geschulte Mitarbeiterinnen der ADK, sogenannte Laienhelferinnen unterstützt.

Um darauf hinzuweisen, daß das Kindergebiß ab dem 3. Lebensjahr spätestens regelmäßig unter die Augen eines Zahnarztes gehört, veranstalten wir jedes Jahr eine Zahngesundheitswoche für Kleinkinder. Eingeladen wird der gesamte Jahrgang der Kinder, die das 3. Lebensjahr vollenden.

1985 wurden 1.480 Elternbriefe verschickt. 520 Kinder kamen. Immer nutzen wir die lebendige Gruppensituation, viele Eltern und Kinder bei uns zu haben. Wir setzen, wenn möglich gleich zwei Kinder zusammen auf den Stuhl zur Untersuchung. Wir beraten die Eltern über Zahnpflege und Ernährung, informieren über Fluoridtabletten und geben welche mit - kostenfrei für die Eltern - wenn gewünscht.

Übrigens waren 15 % der untersuchten Kleinkinder behandlungsbedürftig.

Der Gebrauch von Schnullern und Babyflaschen in dem Alter ist ausgesprochen häufig. Die Eltern sind aber - Wetzell sei Dank! - informierter als vor fünf Jahren.

Bei Frontzahnkaries und/oder offenen Bissen entspinnen sich häufig Gespräche ernster Natur. So ist z.B. dieses ganz typisch:

"Simone, hast du noch eine Nuckelflasche und einen Baby-nuckel?", frage ich

"Wie kommen Sie darauf?", schaltet sich die Mutter ein, ohne daß das Kind selbst antworten kann. "Früher habe ich ihr immer Kindertee gegeben, aus der Flasche natürlich, heute trinkt sie ihn nur noch nachts, auch aus der Flasche, aber heute ist in den Kindertees ja kein Zucker mehr drin, da ist das ja nicht weiter gefährlich", so meint Simones Mutter. "Und ohne Nuckel, das schafft sie nicht. Ohne Nuckel kann sie nicht einschlafen."

Nun frage ich Simone: "Hör mal, kannst du schon aus dem Becher trinken?" "Türlich", ist die prompte Antwort.

"Kannst du auch schon aus der Tasse trinken?" "Türlich", sagt Simone ohne Zögern. "Kannst du auch aus dem Glas trinken?" "Türlich!" zum dritten Mal.

"Brauchst du denn dann noch eine Nuckelflasche?" Simone zögert und schüttelt den Kopf. "Und einen Babynuckel hast du auch noch?" "Ja", sagt Simone. "Sag mal, kannst du schon laufen?" "Türlich!" "Hast du noch Windeln an?" Da lacht sie. "Nein, ich bin doch schon

groß!" "Also bist du kein Baby mehr, du bist ein großes Mädchen", fasse ich das Gespräch zusammen, "da brauchst du doch auch keinen Babynuckel mehr?" "Doch", protestiert Simone hier, "meinen Nucki will ich noch haben!"

Merke ich bei solchen Gesprächen, daß die Eltern dies als lästige Einmischung betrachten, dann belasse ich es dabei. Spüre ich aber, daß die Eltern Interesse haben oder selbst schon auf dem Wege sind, gegen die leidigen Lutsch- und Nuckelgewohnheiten anzugehen, so erhalten sie weitere Tips.

Manches Echo erreicht uns nach Wochen und Monaten in Form von Briefen, von Telefonanrufen oder Päckchen, in die die Kinder mit den Eltern zusammen - als Ritual - ihre Lieblinge eingepackt haben, um sie uns zu schenken. Wir haben dafür eine "Nuckelwand" eingerichtet, die mittlerweile von weit mehr als 100 Schnullern und Nuckelflaschen - selbstverständlich mit namentlicher Beschriftung - geschmückt ist.

Bei unserem Gruppenprophylaxe-Programm handelt es sich vorwiegend um eine Schwerpunktbetreuung der Fünfjährigen (Vorschulkinder) aus Kindertagesstätten und Grundschulen. Ich möchte hier nicht näher darauf eingehen. Es ist im DAZ-FORUM, Sonderheft 1982, ausführlich beschrieben.

Die Nachfrage nach diesem Programm - zumal es mit dem ausführlichen Kennenlernen zahnärztlicher Behandlungsräu-

me verbunden ist - hat so zugenommen, daß wir Abstriche bei unseren sekundärpräventiven Aufgaben vornehmen müssen, um die primärpräventive Nachfrage zu befriedigen. Dies heißt konkret, daß Reihenuntersuchungen bei 17- bis 18jährigen Oberschülern nur noch in Ausnahmefällen stattfinden.

Wir würden die Jugendzahnpflege als Torso betrachten, bestünde nicht die Möglichkeit, auch Kinder zu behandeln. Das Berliner Gesundheitsdienstgesetz schafft diesen erfreulichen Spielraum, und wir nutzen ihn. Die Regel ist, an drei Nachmittagen Sprechstunde zu haben. In den Schulferien können auch Vormittage herangezogen werden.

Welche Kinder kommen zu uns? Durchweg sind es "Restanten". Das sind Kinder, die sich, aus welchen Gründen auch immer, nach einer gewissen Zeit nicht zahnärztlich behandeln ließen, obwohl wir die Notwendigkeit dazu im Kindergarten oder in der Schule festgestellt hatten. In solchen Fällen können wir den Kindern die Behandlung bei uns anbieten. Das geschieht.

Realität allerdings ist auch mittlerweile, daß, jedenfalls in unserem Zahnärztlichen Dienst, Eltern wegen Behandlung anrufen, weil sie gehört haben, daß wir uns um Kinder, um gerade kleine Kinder kümmern. Wir machen solche Eltern darauf aufmerksam, daß sie es zunächst bei ihrem eigenen Zahnarzt versuchen sollen, und wenn es dort - aus welchen Gründen auch immer - nicht

klappt oder vielleicht schon mehrere Male nicht geklappt hat, nehmen wir die Kinder auf.

Manchmal ist der Behandlungseinstieg problemlos, weil die Kinder durch die Gruppenprophylaxe zu uns schon ein Vorvertrauen gefaßt haben. Manchmal mühen wir uns lange und mehrere Male, bis das Kind ein rotierendes Instrument in seinem Munde zuläßt.

Da hilft nur:

- Geduld und Ruhe ausstrahlen
- das Kind mit all seinen Reaktionen und Wahrnehmungen ernst nehmen
- ihm nichts vormachen, auch den möglichen Behandlungsschmerz nicht verheimlichen
- viel mit dem Kind sprechen, es mithelfen lassen
- ab und zu ein bißchen zaubern
- die ganze Behandlerperson einsetzen mit Sanftheit und Strenge, Fröhlichkeit und Trauer

Selten müssen wir autoritär werden.

In einigen Fällen schaffen wir es nicht und müssen die Zeit und die Entwicklung des Kindes abwarten, aber Freude und Lob auf unserer Seite sind groß, wenn die Sanierung bewältigt ist.

Manche Kinder bleiben danach weg, andere kommen über Jahre mit Regelmäßigkeit weiter zu uns. Wir stehen in gutem Kontakt zu niedergelassenen Kollegen, zu Kieferorthopäden, wenn wir Rat brauchen.

Wenn wir den Eindruck haben, daß die Kinder ihre Ängste überwunden haben, was manchmal Jahre dauert, helfen wir mit, daß sie einen Behandlungsplatz in einer Praxis finden und nehmen dafür wieder neue kleine ängstliche Kinder auf.

Was wir unseren kleinen Patienten zusätzlich zur Behandlung regelmäßig anbieten, sind alle heute bekannten Formen der Individualprophylaxe, wie Zahnpflege üben, Beläge anfärben, Fluoridtouchierung und -lackierung, Elternberatung. Fluoridtabletten bekommen die Kinder in Kindertagesstätten, oder die Eltern können sie sich zur Anwendung zu Hause bei uns abholen.

Bezahlt werden wir Jugendzahnärzte wie Studienräte, Oberstudienräte, Studiendirektoren. Die Arbeitszeit ist geregelt. An Bereitschaftsdiensten an Sonn- und Feiertagen nehmen wir nicht teil. Sämtliche Leistungen sind für die Verbraucher kostenfrei, auch eine Krankenscheinabrechnung findet nicht statt.

Im Bewußtsein der Bevölkerung gibt es "die Schulzahnärzte" und "die richtigen Zahnärzte". Gestartet sind wir alle einmal mit den gleichen kurativen Qualifikationen. 1 % von uns sind hauptamtlich - vorwiegend oder ausschließlich - primär- und sekundärpräventiv in der Jugendzahnpflege tätig geworden. Je nach gesetzlichem Spielraum, Ausstattung der Arbeitsplätze und je nach persönlicher Arbeitsauffassung kann diese Tätigkeit wirkungsvoll und sehr befriedigend

sein. Dies gilt vor allem in einer Zeit, die zu Recht die Umkehrung des Wertewandels fordert, von der Früh-Restaurierung weg, hin zur Bewahrung naturgegebener Gesundheit, wo es nur geht.

Allerdings meine ich, daß wir in Berlin trotz attraktiver Arbeitsplätze und hinreichender Spielräume viel effektiver sein könnten, und diese Effektivität käme nach meiner Überzeugung sowohl der Zahngesundheit zugute als auch den Voraussetzungen für die zahnärztlich-behandlerische Arbeit der niedergelassenen Kollegenschaft.

Folgendes halte ich für notwendig:

1. In Berlin sollte der Stellenabbau von Zahnärzten und Zahnarthelfern im Öffentlichen Gesundheitsdienst aufhören.

Im Bundesgebiet lautet die Aufgabe: vorhandene Stellen in der Jugendzahnpflege attraktiv machen und besetzen. Wo keine Stellen vorhanden sind, diese schaffen.

2. Im Öffentlichen Dienst brauchen wir Prophylaxehelfer(innen).

Das sind medizinisch-pädagogisch geschulte, fortgebildete Zahnarthelferinnen, also Fachpersonal, die das Zahngesundheitswissen der Kinder und Jugendlichen in Kindertagesstätten und Schulen und die praktische Zahnpflege mehrmals im Jahr

wiederholen, üben, kontrollieren, selbstverständlich unter zahnärztlicher Gesamtverantwortung.

Nach Schweizer Maßstäben - kaum jemand kann die Erfolge so lückenlos belegen wie die Schweiz - heißt dies: sechsmal im Jahr tätig werden.

Diese Aufgaben können weder die Jugendzahnärzte allein noch die niedergelassenen Zahnärzte, die mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst in Landesarbeitsgemeinschaften zusammenarbeiten, bewältigen.

3. Erzieher und Lehrer brauchen mehr Gesundheitswissen und, darauf aufbauend, Gesundheitsdidaktik für den Unterricht in Kindertagesstätten und Schulen.

Was wir uns - ich meine niedergelassene Zahnärzte und Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst - nicht mehr leisten sollten, ist, uns in bezug auf Prophylaxe-Konzepte und ihre Durchsetzung Unfähigkeit vorzuwerfen und durch Kompetenzgerangel Resignation hervorzurufen.

Es wird hohe Zeit, ohne Schönfärberei auf allen Seiten, solide Arbeit zu leisten.

Dr. Erika Reihlen  
Bezirksamt Steglitz von Berlin  
Abt. Gesundheitswesen - Gesundheitsamt - Zahnärztlicher  
Dienst  
Schloßstr. 80  
1000 Berlin 41

**Der DAZ fordert die alljährlichen zahnärztlichen Schuluntersuchungen durch einen zweimal im Jahr stattfindenden Prophylaxeunterricht zu ersetzen. Diese Maßnahme, vom jugendzahnärztlichen Dienst und niedergelassenen Zahnärzten durchgeführt, könnte ohne umfangreiche organisatorische Vorbereitungen und ohne nennenswerte weitere Kosten ab sofort realisiert werden.**

DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983

# Endodontie konservativ oder chirurgisch?

## — Indikationsstellung

Bei einer Gangrän in einem Wurzelkanal erfolgt immer eine ausgedehnte Infektion des Periapex und zwar 1.) solides Granulom, 2.) radikuläre Zyste, 3.) diffuse periapikale Entzündung, keine Röntgendiagnose möglich, Entdeckung meist durch Zufall (6).

Die genaue Diagnose dieser Erkrankungen des Periapex ist nicht durch das Röntgenbild, sondern nur bei Vorliegen von Zystenflüssigkeit und histologisch möglich (1).

Bei einer Beseitigung der Infektionsnoxe aus dem Wurzelkanal durch eine konservative endodontische Behandlung an deren Ende eine Wurzelkanalfüllung bis zum Foramen anatomicum einschließlich Seitenkanäle steht, erfolgt eine Abheilung unter Knochenneubildung der oben genannten drei periapikalen Läsionen (2, 3, 4, 5, 6).

Die mit dem Heilungsprozeß verbundene Knochenneubildung ergibt wegen der Schonung der Zahnhartsubstanzen und der Schonung des Patienten einen erheblichen Vorteil gegenüber der Wurzelspitzenresektion (3, 4, 6).

Die Entzündung des Periapex heilt also unter Knochenneu-

bildung ab, wenn es dem endodontisch tätigen Zahnarzt gelungen ist, die Entzündung im Wurzelkanal zu eliminieren. Durch diese klare Tatsache wird die Indikation zur Wurzelspitzenresektion eingeschränkt (3).

Nach Schroeder führt die konservative Therapie der Gangrän in 90-100% der Fälle, die Resektion in 50-80% je nach Operationsart zum Erfolg (3). Wurzelspitzenresektionen sollen nur durchgeführt werden (2, 3, 4):

1. bei starker Kanalkrümmung,
2. bei verkalkten Kanälen, deren Aufbereitung ad apicem nicht möglich ist,
3. nach Instrumentenbruch - Fragmente sind konservativ endodontisch nicht zu entfernen,
4. die meisten iatrogenen Perforationen,
5. bei prothetischen Restaurationen mit dem Verschluß der Kanäle durch nicht entfernbare Stifte, Schrauben etc.,
6. Mehrzahl nicht erfolgreicher durchgeführter Wurzelkanalbehandlungen,
7. Wurzelquerfrakturen im api-



- kalen Drittel und  
8. apikale Resorption.

Endodontisch-chirurgische Eingriffe sollen nicht vorgenommen werden (2, 3, 4):

1. bei durchgängigen Kanälen,
2. bei "anamnestisch auffälligen und sog. Problempatienten" (hämorrhagische Diathese, Stoffwechselerkrankungen, Schwangerschaft etc.; ein stationärer Aufenthalt ist bei konservativ endodontischem Vorgehen nicht notwendig),
3. bei fortgeschrittener Parodontalerkrankung wird der Zahn durch die Resektion weiter in seiner Festigkeit geschwächt und
4. bei ungenügenden Sichtverhältnissen und ungünstiger Lage von anatomischen Strukturen (Kieferhöhle, Canalis mandibularis, A. palatina etc.).

Zusätzlich muß in vielen Fällen nach der Resektion mit einem gelockerten Zahn, mit schlecht heilenden Schleimhautwunden und mit neuralgieformen Narbenschmerzen gerechnet werden (3).

#### Zusammenfassung:

Die Reaktionen des Körpers auf die Infektionen des Periapex können konservativ endodontisch mit Erfolg behandelt werden. Voraussetzung sind vollständig bis zum Foramen anatomicum aufbereitete und desinfizierte Kanäle und eine

dichte Wurzelfüllung mit Guttapercha und einer für das periapikale Gewebe reizlosen Wurzelfüllpaste bis zum Foramen anatomicum einschließlich Seitenkanäle und apikalem Delta.

Bei Vorliegen einer Gangränä complicata ist die routinemäßig durchzuführende Wurzelspitzenresektion nach meinen obigen Ausführungen abzulehnen.

#### Literatur:

1. Morse, D.R. et al.: Electrophoretic differentiation of radicular cysts and granulomas. Oral. Surg. 35, 249 (1973).
2. Pecchioni, Augusto, Roulet, F.J. und Lavagnoli, G.: Die Wurzelkanalbehandlung. Quintessenz-Verlag (1982).
3. Schroeder, A.: Endodontie. Quintessenz-Verlag Berlin (1981).
4. Guldener, P., Ingelland, K.: Endodontologie. Georg Thieme Verlag Stuttgart (1982).
5. Grossman, L.: Endodontic Practice. Lea und Febinger, Philadelphia (1981), 10. Auflage.
6. Wichert, H.: Die Infektion des Periapex und ihre Behandlung mit der Wurzelkanalfüllpaste Gangraena Merz<sup>R</sup>. Quintessenz, Heft 6, (1985).

Dr. Heinz Wichert  
Untere Bahnhofstr. 25  
8034 Germering

# Homöopathie in der Zahnheilkunde nötig und möglich?

In einer Zeit der Verunsicherung der Patienten über Wirkungen und Nebenwirkungen chemischer Arzneimittel, täglicher Meldungen neuer Umweltbelastungen, die den menschlichen Organismus mitbelasten können, werden auch wir Zahnärzte gleichermaßen mit den Ärzten herausgefordert, ja oft sogar von den Patienten aufgefordert, uns Gedanken zu machen, wie wir ohne belastende Nebenwirkungen therapieren können. Bringen wir doch schon genügend körperfremde Materialien im Rahmen der konservierenden und prothetischen Zahnheilkunde in den Mund unserer Patienten ein und damit in unmittelbaren Kontakt zu lebenden Geweben. So sollten wir doch dann wenigstens dort, wo es Ausweichmöglichkeiten gibt, nach nicht belastenden Therapien Ausschau halten.

Es tritt die Frage auf, wo wir als Zahnärzte überhaupt noch therapieren müssen oder dürfen. Sind wir nicht schon allein im Gebiet der Mundhöhle Spezialisten? Wiederum haben uns Zahnärzte gerade diese Spezialgebiete (z.B. Parodontopathien, Gelenkserkrankungen) eher dazu gebracht, auch einen Blick in die Umgebung der Mundhöhle zu werfen. Und da sind wir eigentlich schon dort, was von dem Spezialistentum unserer Medizin so sehr vernachlässigt wird: die Beachtung des gesamten Menschen. Denn krank allein ist

nicht nur ein Organ oder die Mundhöhle, stets gibt es Auswirkungen auf den gesamten Organismus: der ganze Mensch fühlt sich krank. Bekannt sind uns ja schon lange bestimmte, übergeordnete Erkrankungen mit Zeichen in der Mundhöhle (z.B. bei Infektionskrankheiten, Blutkrankheiten, Diabetes, etc.).

Die Betrachtungsweise des gesamten Menschen in seiner Krankheit machen sich die Ärzte zueigen, die entweder der Naturheilkunde immer treu geblieben sind oder ihr sich heute wieder zuwenden wegen der oft aussichtslosen Gesundung vieler Patienten mit herkömmlichen Mitteln. Diese sind meist gekennzeichnet als "Antimittel" (Antiphlogistika, Antipyretika, Antitussiva, Antitoxine, Antibiotika, etc.) (Rost, J.), also "gegen" die Erscheinungen des Krankheitsbildes gerichtet und treten damit gegen die Krankheitsäußerungen unterdrückend auf. Die Krankheitsäußerung ist aber das Ventil des Körpers und Zeichen seines Bewältigungsbemühens. Wird er dabei gestört, so wird er nicht gesund, seine Eigeninitiative wird gebremst, unterdrückt, "antitherapiert", seine Immunprozesse können gar nicht mehr anlaufen.

Eine der Naturheilmethoden ist die Homöopathie, die auf den genialen Arzt Samuel Hahnemann

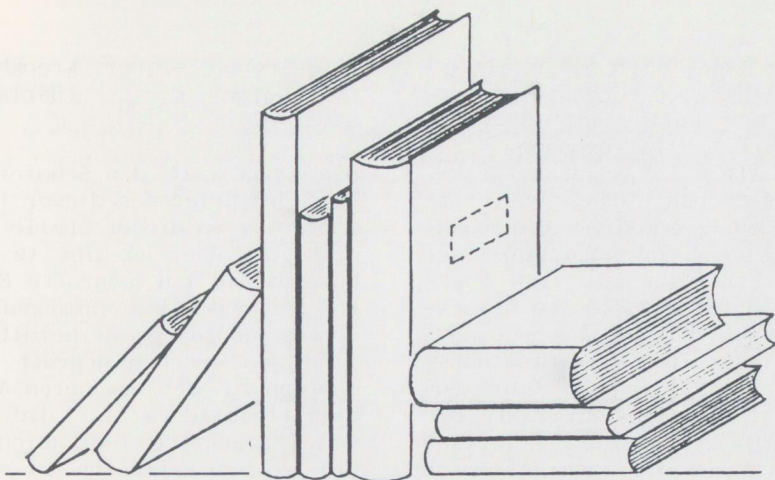
(1755-1843) zurückgeht und die geboren wurde aus einer eben-solchen Therapienot der dama-ligen Zeit. Antimon- und Quecksilber-, Brech- und Ab-führmittel, ja fast noch mit-telalterliche Praktiken be-herrschten die landläufige Me-dizin damals. Durch Eigenver-suche an sich und seinen Mit-arbeitern mit Medikamenten (z.B. Chinarindenversuch) fand Samuel Hahnemann die geniale Vermutung bestätigt, daß die toxischen Zeichen eines ge-prüften Mittels als Hinweis für die therapeutische Mittel-wahl zur Behandlung von Krank-heiten mit ähnlichen Krank-heitszeichen gelten können: "similia similibus currentur". Und dabei machte er die Fest-stellung, daß oft chronische, manifestierte Zustände aus-heilten ohne jegliche Neben-wirkungen oder zusätzliche Schwächung der Patienten. Da-bei arbeitete er mit winzigen Dosen und Verdünnungen seiner pflanzlichen, tierischen und mineralischen Arzneimittel, die er zusätzlich noch ver-schüttelte - potenzierte. Und diese Herstellung ist bis heu-te geblieben.

Vorstellung der Wirkungsweise homöopathischer Mittel:  
Die Wirkungsweise dieser feinsten Verdünnungen - oft der Angriffspunkt der Gegner der Homöopathie - kann man sich mit einem Impulsgeben auf einen gestörten Regelkreis ver-sinnbildlichen. Nun aber nicht, wie das "Antimedika-ment", gegen das Regelgesche-hen des Körpers sich durchset-zend, sondern gleichsinnig, "mit ihm". In Minimaldosen

eingesetzt, nach dem Gesetz der Wirkungsumkehr kleiner Dosen (Arndt-Schultz'sche Re-gel), wirken die homöopathi-schen Mittel als informatori-scher Reiz oder Anstoß, eine entgleiste Körperregelung, eine entgleiste körpereigene Abwehrfunktion wieder in die richtige Richtung zu führen. Damit wird der Organismus wie-der in die Lage versetzt, sein Bewältigungsprogramm der ge-störten Funktion auszuführen.

Was hat das mit der Zahnheil-kunde zu tun? Ist das nicht dem Arzt vorbehalten? Kämen wir nicht in den Ruf, "fach-überschreitend" zu arbeiten?

In der Mundhöhle spiegeln sich viele gestörte Funktionsabläufe des Gesamtorganismus wider. Ein breites Feld bieten die Mundkrankheiten und Parodonto-pathien, die leider oft der Sanierung durch konservative Zahnheilkunde, Mundhygienever-besserung, operative Maßnah-men, Ernährungsumstellung trotzen. Dabei leistet uns bei Berücksichtigung anderer Or-ganbeteiligungen und ihrer Be-handlung mit naturheilkundli-chen Begleittherapien (z.B. Dysbiose-Behandlung des Darms) auch die Homöotherapie eine gute Hilfe. Wobei wir gerade bei diesen Erkrankungen die oben angeführte ganzheitliche Betrachtungsweise des kranken Menschen nicht außer acht las-sen dürfen. So führen uns oft homöopathische Magen-, Darm-, Leber- oder Nierenmittel zum noch besseren Ergebnis schon zahnärztlich exakt behandelter Parodontopathien. Dabei spielt bei der Wahl der zahlreichen



## FACHBÜCHER ZU AKTUELLEN THEMEN

### MARYLAND-BRÜCKE

**Simonsen R. J. / P. Thompson / G. Barrack**, Die Säureätzttechnik in der Brückenprothetik. 1983. 180 Seiten mit Abb. DM 186,—

**Heinenberg B. J.**, Die modifizierte Maryland-Brücke. 1984. 131 Seiten mit Abb. DM 158,—

### HOMÖOPATHIE

**Mastalier O.**, Herdtestmethoden und Störfeldmethoden der Ohrakupunktur für Zahnärzte und Ärzte. 1984. 52 Seiten mit Abb. DM 29,—

**Meuris J.**, Homöopathie in der zahnärztlichen Praxis. 1984. 298 Seiten. DM 64,—

**Wienrich H.**, Homöopathie in der Zahnheilkunde: Symptomatik, Therapie, Prophylaxe. 1982. 152 Seiten. DM 35,80

**Rost, A.**, Thermoregulationsdiagnostik: Leitfaden und Atlas für die tägliche Praxis. 1983. 130 Seiten mit Abb. DM 158,—

## FAKLER & WAGENBAUER

Fachbuchhandlungen KG

Beethovenstraße 12

D-8000 München 2

Telefon: 089 / 53 39 59

Mittel natürlich wieder dasjenige Mittel die erfolgversprechendste Rolle, das in seinem toxischen Bild, dem sog. "Arzneimittelbild", den Krankheitszeichen des Patienten möglichst ähnlich ausgesucht wird und auch noch möglichst die Erscheinungs- und Reaktionsweise des Kranken berücksichtigt. Der erfahrene homöopathische Arzt wird also unter Berücksichtigung der Konstitution seines Patienten die dauerhaftesten Erfolge erzielen. Er wird seinen Patienten dazu wieder "anhören", "ansehen" (Dorcsi M.) und erspähend, ertastend untersuchen müssen. Das jedoch gerade geht oft in der "Apparate- und Labormedizin" unter, auf die wir uns allzu häufig allein verlassen.

Ein Beispiel soll die mögliche Begleittherapie verdeutlichen: Das schwammige, geschwollene, dunkelrote bis livide Zahnfleisch und Mundschleimhaut mit Neigung zum Bluten, zu Ulcerationen und Taschensekretionen, widerlichen foetor dabei, Zahneindrücken am Zungenrand, geschwollenen Lymphknoten, Patient neigt zu Schweiß, auch bei Schwangerschaftsgingivitis, würde täglich eine Gabe (1 Tabl.) Mercurius solubilis Hahnemanni D<sub>12</sub> (Quecksilber) erfordern.

Wäre es ein Patient, der Leberbeschwerden hat, Völlegefühl nach dem Essen, Blähungen, Druck am Leib schlecht verträgt, alt, blaß, vertrocknet aussieht und sich nervös oder zornig wegen Überforderung menschenscheu zurückzieht, so würde ihn in der

Überwindung seiner Krankheit Lycopodium D<sub>4-30</sub> (Bärlapp) stützen.

Die Frage nach der Schwierigkeit des Erlernens dieser Therapie ist an dieser Stelle berechtigt. Aber es gibt in der Homöopathie gut geprüfte Mittel - und alle homöopathischen, geprüften Arzneimittel sind am Menschen geprüft und führten zu oben erwähnten Arzneimittelbildern -, die in sog. "bewährten Indikationen" bei vielen Patienten in etwa gleichartig wirkend eingesetzt werden können.

Wo können die sog. "bewährten Indikationen" in der Zahnheilkunde eingesetzt werden?

Dafür bieten uns die zahnärztlichen Gebiete der Entzündungen, Operationen, Blutung oder Nachblutungen, Schmerzbehandlung, Kreislaufkomplikationen, Behandlungsangst, Hyperästhesien, Zungenerkrankungen, Zahnung und der Kariesprophylaxe ein weites Anwendungsgebiet.

Einige Beispiele für bewährte Indikationen zum Nachvollziehen und Neugierigmachen möchte ich anfügen:

Der Patient gesteht Ihnen bei der Planung eines operativen Eingriffs seine Angst davor, er reagiert mit Schlaflosigkeit, Durchfall, Harndrang und Schweiß, er ist blaß, fahl, gehetzt, zittrig: Argentum nitr. D<sub>12</sub> (Silbernitr.) 1x5 globuli <sup>am</sup> Vortag abends vor dem Schlafengehen und vor Behandlungsbeginn erweisen sich als hilfreich.

Haben Sie das Glück, daß er

Ihnen noch sagt, er neige zu Blutungen und blauen Flecken, oder besser, erheben Sie das aus der Anamnese, so bewährt sich zur Blutungsprophylaxe 1-2 Tage vor dem Eingriff eine Injektion des Mittels Phosphorus D<sub>200</sub> in die Umschlagfalte oder i.m.

Für die Heilung, Schmerz- und Blutungsprophylaxe bewährt ist das große Trauma- und Verletzungsmittel der Homöopathie: Arnika. Sie können es dem Patienten 1-2 Tage vor der Operation beginnend als Arnica D<sub>12</sub> (Bergwohlverleih) 1x5 Tropfen pro die oder als Ampulle verabreichen. Am Operationstag eventuell häufiger zur Schmerzlinderung.

Haben wir einen abwehrgeschwächten Patienten vor uns oder soll die Extraktion eines beherdeten Zahnes erfolgen, so führt Echinacea D<sub>3</sub> (Sonnenhut) auch 1-2 Tage<sup>3</sup> vorher 3x5 Tropfen begonnen zur nachgewiesenen Leukozytenausschüttung und damit Resistenzsteigerung. Wir hätten damit keine Suppression wie oben besprochen, sondern eine nebenwirkungsfreie Anregung des "Regelkreises Infektionsabwehr". Zur Förderung der Knochenheilung und Callusbildung bewährt sich post operationem Symphytum D<sub>2</sub> oder D<sub>4</sub> (Beinwell) 3x1 Tablette pro die.

Die Periost- und Knochenheilung unterstützt ebenfalls Ruta D<sub>4</sub> (Garten- oder Weinraute) 3x5<sup>4</sup> Tropfen pro die.

Neigt der Patient zu Schwellungen oder befürchten Sie fokale Streuung, so geben Sie einige Tage vorher beginnend Phytolacca D<sub>4</sub> (Kermesbeere) als Ampulle oder 3x5 Tropfen

pro die.

Hypericum D<sub>4</sub> (Johanniskraut) 3x5 Tropfen<sup>4</sup> pro die bewährt sich bei Nervenschmerzen und lindert auch den Operationsschmerz.

Reagiert der Patient doch einmal mit Schwellung und Hämatom post operationem, bringt Bellis perennis D<sub>4</sub> (Gänseblümchen) 3x5 Tropfen bald Erleichterung.

Wird der Patient während des Eingriffs oder der Injektion blaß, zittrig, kaltschweißig bis fast zum Kollaps, so hilft in wenigen Minuten Veratrum D<sub>4</sub> dilutio unter die Zunge getropft. Ein sehr zu empfehlendes Notfallmittel. Wirksamkeit thermographisch nachgewiesen im Doppel-Blindversuch (Rost A.).

Dieser Patient ließe sich weiterverfolgen mit bewährten Mitteln für die Nachblutung oder die Heilungsverzögerung.

Machen Sie auch einmal einen Versuch mit Chamomilla D<sub>30</sub> (Kamille) 1x5 globuli unter die Zunge eines behandlungsunwilligen, störrischen, launenhaften Kindes mit roten Wangen und warten eine gewisse Zeit, bis es behandlungswillig wird. Das gleiche Mittel bewährt sich bei zahnenden Säuglingen mit ihrem Weinen und ihrer Unruhe, eventuell einer roten und einer weißen Wange. Was gäbe man diesen Kleinsten lieber als ein nebenwirkungsfreies Mittel!

Aus diesen wenigen angeführten Beispielen der risikoarmen und nebenwirkungsfreien Therapie mit homöopathischen Mitteln,

die außerdem noch dem viel geforderten Begriff des Kosten-sparens entgegenkommen, möchte ich Sie anregen zur Beschäftigung mit diesem Gebiet der Naturheilkunde.

Hahnemann selbst gab in seiner Einleitung im Jahr 1810 zum Organon diesen Weg mit folgenden Worten an: "Wähle, um sanft, schnell und dauerhaft zu heilen, in jedem Krankheitsfalle eine Arznei, welche ein ähnliches Leiden für sich erregen kann als sie heilen soll."

Dr. Lieselotte Hofmann  
Ottostr. 12  
8530 Neustadt/Aisch

#### Literatur:

Gäbler, H.: Lebendige Homöopathie, Deutsche Homöopathische Union Karlsruhe  
Dorcsi, M.: Medizin der Person, Haug-Verlag Heidelberg,

1970

Dorcsi, M.: Arzneimittellehre Homöopathie, Bd. 5, Haug-Verlag Heidelberg, 1983

Dorcsi, M.: Vorlesungen Homöopathie I und II, Ungar-Druckerei GmbH Wien, 1984

Hahnemann, S.: Organon der Heilkunst, stilistische Bearbeitung von Kurt Hochstetter, Haug-Verlag Heidelberg, Ausgabe 68

Mezger, J.: Gesichtete Homöopathische Arzneimittellehre, Bd. 1 und 2, Haug-Verlag Heidelberg, 1977

Rost, A.: Wirkungsnachweis homöopathischer Mittel mit Hilfe der Thermographie, Phys. Med. u. Rehab. 19, 303-308 (1978)

Rost, J.: Naturheilverfahren in der Zahnärztlichen Praxis, Der Freie Zahnarzt, 11, 1984

Rost, J.: Homöopathisches Kompendium für Zahnärzte, Deutsche Homöopathische Union Karlsruhe

Rost, J.: Homöopathie in der Zahnärztlichen Praxis, Der Zahnarzt, 3, 161-168 (1983)

Achtung, hier spricht der Fachmann:

-----  
- Erlauben Sie, Herr Dr. ..., daß wir hier den Begriff der "Mundtrockenheit" ins Gespräch bringen: Ältere Menschen klagen doch besonders häufig über einen trockenen Mund - ist dieses Symptom vielleicht Ausdruck eines pathologischen Geschehens? - PD Dr. ...: Die Xerostomie bzw. Mundtrockenheit - oft auch als Oligosialie,

Aptyalie, Asialie oder als Stomatitis sicca bezeichnet - meint einen Zustand reduzierter oder fehlender Salivation.

(Alles klar? - Oft auch in Totalität evident, global transparent oder in globo intus genannt)

GPI Nr. 3/85, 3099

# Warum Myofunktionelle Therapie?

Mehr als die Hälfte unserer Kinder müssen kieferorthopädisch behandelt werden. Der Prozentsatz ist eher im Steigen, und die Kosten sind immens. Unterbleibt die Stellungskorrektur, wird die Behandlung nicht zu Ende geführt oder tritt ein Rezidiv auf, ergeben sich Spätfolgen durch erhöhte Karies- und Parodontoseanfälligkeit, frühzeitigen Zahnverlust und die notwendig werdenden zahnärztlichen Leistungen, die kaum noch finanzierbar sind.

Nun ist nicht jede Fehlstellung oder Dysgnathie hereditär, also skelettal bedingt, ein wichtiger Kofaktor ist die formative Kraft der Muskeln, die Weichteilumgebung der Kiefer.

Gestörte orofaziale Funktion beeinträchtigt Wachstum und Entwicklung und zeitigt obengeschilderte Situation.

Viele Autoren haben sich in den letzten Jahren darüber Gedanken gemacht und sannen auf frühzeitige Korrektur der Dysfunktionen im Sinne einer Prävention oder ganzheitlich kausalen Therapie.

Die Myofunktionelle Therapie, wie sie heute als praxisnahes Konzept vorliegt, trug aus verschiedenen Schulen Denksätze und praktische Kniffe zusammen und macht es dem

Zahnarzt möglich, genauer zu diagnostizieren und die Übungen an einen speziell ausgebildeten Therapeuten zu delegieren.

Verbreitet wurde die Methode bei uns seit 10 Jahren vor allem von Daniel Garliner und Mary Ann Bolton, doch die Literatur nennt viele Autoren in Europa und Amerika (Straub, Fletcher, Rogers, Andresen, Häupl, Balters, Fränkel, Bahnmann u.a.).

Von zentraler Bedeutung ist die Zungenfunktion und das Schlucken. Falschgerichteter Druck gegen Zähne und Kiefer führt zu Deformationen, da die Zunge ein sehr starker - Tag und Nacht aktiver - Muskel ist. Die antagonistische äußere Kraft wird durch eine Muskelschlinge aus M.buccinator, M.masseter und M.orbicularis oris auf die Dentition ausgeübt. Im Idealfall besteht ein muskuläres Gleichgewicht. Eine relativ zu starke Zunge kann z.B. offene Bisse, Diasthemen, Pseudoprognathien oder Kreuzbisse verursachen.

Die Ursachen der Dysfunktionen sind überwiegend zivilisations- und milieubedingt. Im Verlauf der kindlichen Entwicklung sind dies zu kurzes oder unterlassenes Stillen, Flaschenernährung mit unphysiologischen Saugern, (Daumen-)Lutschen und sonstige



Habits, falsche Ernährung, welche die Kaufaulheit und Zuckersucht fördert.

Sehr häufig kommt die Mundatmung hinzu, die ihrerseits weitreichende Folgen wie Anfälligkeit im Respirations-trakt, Haltungsfehler im Kopf-Halsbereich und in der Wirbelsäule zeitigt.

Wann und wie kann der Zahnarzt helfen?

Je früher eine falsche Entwicklung umgeleitet wird, um so besser, am besten ist die prophylaktische Aufklärung schon bei der Schwangeren, die zur Untersuchung kommt. Das Motivationsprogramm nach Garliner hilft fast immer Lutschgewohnheiten abzustellen, ohne daß die Psyche leidet oder das Problem verlagert wird. Die Übungsbehandlung in 20 Sitzungen wird frühestens im Grundschulalter, aber auch bei Erwachsenen durchgeführt. Wesentlich ist die persönliche Zuwendung von Zahnarzt/Therapeut und die Motivation. Die Übungen sollen stets lustig, entspannt und locker gemacht werden. Man spricht vom "Tausziehen", "Kranspiel" oder "Kipplaster".

Obligat ist natürlich die genaue Anamnese und exakte Diagnose. Dabei helfen auch die mechanische oder elektronische Messung von Muskelkräften, Sichtbarmachen der Zungenfunktion mit fluoreszierender Paste und Schwarzlicht (Payne-Technik), was im Lauf der Therapie zur Überprüfung und Remotivation mehrfach zur Anwendung kommt.

Abschließend läßt sich feststellen, daß die MFT Defizite zahnärztlichen Schulwissens deckt und uns hilft, die komplexen Vorgänge im stomatognathen System besser zu verstehen und zu beurteilen. Wer darüber hinaus die Diagnose und Therapie ganz oder teilweise in seine Praxis einbaut, verfügt über eine zusätzliche Hilfsdisziplin zur Bewältigung mancher Problemfälle und tendiert damit zu primärer Prävention, weg von apparativer Defektheilung. Dies ist schließlich Gebot der Stunde, wenn man die finanzielle und strukturelle Situation unseres Gesundheitswesens betrachtet.

Dr. Hermann Hahn  
Steinkirchner Str. 28  
8000 München 71

Ein unbekannter Prozentsatz zahnärztlicher Leistungen muß nach Ablauf zu kurzer Zeit neu erbracht werden, weil die Qualität der Arbeit nicht für ausreichende Dauerhaftigkeit sorgte. Eine qualitätsorientierte Wirtschaftlichkeitsprüfung würde auch auf diesem Felde zu Einsparungen führen.  
DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983

**DAZ-forum - dreimal jährlich - DAZ-forum**

## Unsere Erfahrung ist Ihr Vorteil!

- Konusarbeiten nach Prof. Körber
- Verarbeitung von reduzierten und edelmetallfreien Legierungen – Wiron 88 –
- Ceplatec-Kronen
- Maryland-Brücken
- Ivokap-Kunststoffprothesen allergiegetestet

Ihr zuverlässiger Partner für  
neuzeitliche Zahntechnik

DENTAL-LABOR  
**MICHAEL STAUFER**  
ZAHNTECHNIKERMEISTER  
BRÄUHAUSSTRASSE 4A  
**8033 PLANEGG**



Funk-Botendienst – Tel. 089/8599500

# AIDS — gelesen — AIDS

AIDS - Bedeutung für den Zahnarzt  
-----

Bisher sind keine dokumentierten Erkrankungen bei Krankenhauspersonal aufgetreten, bei denen als Ursache eine Übertragung im Spital angenommen werden mußte. Das Virus wird nicht durch Händedruck, Husten oder ähnliche Kontakte übertragen.

Für den Zahnarzt, der bei manchen seiner Behandlungsmaßnahmen mit Blut in Berührung kommt, besteht indessen ein ausgesprochenes Infektionsrisiko bei der Behandlung von Patienten der erwähnten Risikogruppen. Dieser Infektionsmöglichkeit muß unbedingt Rechnung getragen werden.

Zur Infektionsprophylaxe von AIDS sind die gleichen Maßnahmen zu treffen wie bei Patienten mit viraler Hepatitis:

- Tragen von Mundschutz, Schutzbrille, Gummihandschuhen und Schutzkleidung
- Vermeiden von aerosolbildenden Behandlungstechniken (Spray)
- Sofortige Dekontamination aller verwendeten Instrumente und Einrichtungsgegenstände
- Sterilisation der verwendeten Instrumente

Als Desinfektionsmittel eignen sich Aldehydprodukte, z.B. 1%iger Glutaraldehyd, oder 70%iger Alkohol. Zur Reinigung von Ablageflächen und kontaminierten Böden soll 0,2%iges Natriumhypochlorit verwendet werden. Ziel dieser prophylaktischen Maßnahmen ist die Verhütung einer Selbstinfektion des Zahnarztes und einer Umgebungsinfektion von Mitarbeitern und Patienten.

SSO 95 Nr. 8/85, S. 697 f.

\*\*\*

In den USA ist seit drei Jahren eine große Anzahl von Angehörigen der medizinischen Berufe in sorgfältiger

Überwachung. Auch in den mehr als 350 Fällen, in denen das Pflegepersonal sich zufällig Verletzungen zuzog - zum Beispiel Stich mit der Kanüle eines AIDS-Patienten - konnte in den USA bis jetzt in keinem Fall eine Infektion nachgewiesen werden, obwohl bei dieser Form der Übertragung (das Virus kann im Blut von infizierten Personen enthalten sein) zunächst mit einem erhöhten Infektionsrisiko zu rechnen war. Eine Übertragung von Patient zu Patient im Krankenhaus ist bisher nicht beschrieben worden.

BZB 6/85, S. 60

\*\*\*

Meinrad Koch vom Bundesgesundheitsamt in Berlin sprach sich für eine baldige Untersuchung aller Blutkonserven und Blutprodukte aus; an einer verbindlichen Richtlinie werde bereits gearbeitet. Ab 1. Oktober 1985 dürften nach dem Arzneimittelgesetz nicht getestete Produkte aus Blutplasma nicht mehr verkauft werden.

Auch wenn die Mediziner einen wesentlichen Erfolg von diesem Test erwarten, so bleiben sie dennoch skeptisch: Selbst mit dem allerbesten Testsystem könnten nicht alle infizierten Blutspender erfaßt werden. Es gebe etwa den Fall, daß ein Virus erst wenige Tage im Blut eines Spenders vorhanden sei und sich daher noch keine Antikörper gebildet hätten.

Wichtig und dringlich sei es daher nach wie vor, einen Impfstoff zu finden ...

ZM 13/85, S. 1464

\*\*\*

Da die Inkubationszeit - also die Zeit zwischen Ansteckung und Erkran-

kung - zwei bis fünf Jahre dauert (im Extremfall 14 Jahre), gibt es ein riesiges, latentes Erregerreservoir. Einer der führenden AIDS-Forscher, der Amerikaner Robert Gallo, hat während eines Vortrages in der Frankfurter Universität vergangenen Monat vorausgesagt: Im Jahre 1988 wird es

in den Vereinigten Staaten etwa 100.000 AIDS-Fälle geben.

In der Bundesrepublik, dies bestreiten nur wenige, hinkt die Ausbreitung der Krankheit nur etwa zwei Jahre hinterher.

DIE ZEIT 34/85, S. 9

---

## gelesen – gelesen – gelesen – gelesen

---

Betrifft: Vorbehandlung

-----  
Für die Therapie - und damit zum Nachweis eines Costen-Syndroms ex iuvantibus - bieten sich Aufbißbehelfe an. Diese erlauben es, die Okklusion reversibel zu verändern, und erzielen gleichzeitig eine für den Patienten adäquate Relation vom Unterkiefer zum Oberkiefer. Gebräuchliche Schientypen sind von Ott (1978) und Motsch (1980) beschrieben worden. Grundsätzlich wird diese Form der Vorbehandlung unterteilt in die

1. Entspannungsphase und in die
2. Stabilisierungsphase.

Während der Entspannungsphase soll die Kaumuskulatur relaxiert werden, damit der Unterkiefer zwanglos in die retrale Kontaktposition geführt werden kann. In dieser Position wird daraufhin eine Schiene mit zirkulärer Okklusion mit Front-/Eckzahnführung erstellt; diese wird im Rahmen der Stabilisierungsphase, die 1 bis 3 Monate dauern kann, mehrmals überprüft und korrigiert. Wie u.a. Motsch (1980) dargestellt hat, weisen die bisherigen Erfahrungen darauf hin, daß vor jeder größeren Rekonstruktion des natürlichen Gebisses eine Vorbehandlung mit einer Schiene durchgeführt werden sollte.

Beim teilbezahnten bzw. beim zahnlosen Patienten muß die neue Relation

von Unterkiefer zum Oberkiefer schrittweise über die vorhandenen Prothesen bzw. über einen Interimsersatz eingestellt werden.

Im Anschluß an diese Behandlungsmaßnahmen ist - bei nunmehr beschwerdefreiem Patienten - in der Regel eine erneute Okklusionsanalyse indiziert. Daraus ergibt sich, ob

- a) kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen zur Korrektur von Zahnstellungs- oder Bißlageanomalien)
- b) kieferorthopädisch-chirurgische Eingriffe (Progenie- bzw. Prognathieoperation bzw. chirurgische Korrektur der Bißlagestörung)
- c) subtraktive Maßnahmen (Einschleiftherapie durch selektives Einschleifen) oder
- d) additive Maßnahmen (Eckzahnaufbauten; konservierende, prothetische Versorgung bis zur "oralen Rehabilitation") erforderlich sind.

Das Ziel dieser Behandlungsmaßnahmen ist es, die während der "Vorbehandlung" ermittelte, stabilisierte Okklusion in die definitive Versorgung umzusetzen.

Dr. Klaus Ott

ZWR, 94. Jahrg. 1985, Nr. 1, S. 49 f.

---

# gelesen – gelesen – gelesen – gelesen

---

Drei Mitteilungen von der SGP-Tagung 1984 scheinen wichtige neue Wegweiser für die praktische Parodontologie zu sein

-----

1. Die Erhaltung eines parodontitischen Zahnes hängt nicht von Taschenelimination ab, sondern sie läßt sich ebensogut durch eine biologisch akzeptable Wurzeloberfläche im Inneren der Tasche erreichen.

Für die Praxis bedeutet dies: Parodontaltherapie besteht nicht aus imposanten, nur von Superspezialisten beherrschbaren Operationen, sondern aus "deep scaling" und Wurzelglätten. Dies ist zwar mühsame Kleinarbeit - Kleinarbeit aber, die jeder Zahnarzt ohne großen Aufwand an Weiterbildung und ohne kostspielige Investitionen ausführen kann.

2. Das mikrobiologische Geschehen im Sulcusgebiet beeinflusst das mikrobiologische Geschehen in der Taschentiefe.

Obschon die Zusammenhänge noch nicht voll verstanden werden, läßt sich klinisch eine Toleranzzeit von drei Monaten bestimmen; so lange geht es, bis die ungestörte Sulcusflora erneute Taschenaktivität induzieren kann. Für die Praxis bedeutet dies: Zur Erhaltung des Behandlungsergebnisses - nämlich entzündungsfreier Taschen -

braucht nicht, wie früher angenommen, ein ständig plaquefreier Sulcus realisiert zu werden; vielmehr genügt eine im jeweiligen Fall optimale Zahnpflege, kombiniert mit einer gründlichen, professionellen supragingivalen Reinigung in Abständen von nicht mehr als drei Monaten.

3. Für die Erhaltungsphase gilt: To bleed or not to bleed: That is the question! Bluten oder Nichtbluten beim Sondieren entscheidet darüber, ob eine Tasche neu instrumentiert werden muß oder ob wir es bei der erwähnten supragingivalen Reinigung bewenden lassen dürfen.

Für die Praxis bedeutet dies: Der Entscheid, wann was gemacht werden muß, ist nun viel leichter zu fällen, und die Quantität der Arbeit in der Tiefe der Taschen wird verringert; denn wir brauchen nicht mehr in der Einheit "Zahnreihe" zu denken und zu arbeiten, auch nicht in der Einheit "Quadrant", nicht einmal mehr in der Einheit "Zahn". Unsere Arbeitseinheit in der Erhaltungstherapie ist die einzelne Wurzeloberfläche.

R. Saladin SSO 4/85, S. 336 f.

---

# gelesen – gelesen – gelesen – gelesen

---

# „Recht muß doch Recht bleiben“

## oder Sinneswandel ist auch beim Gutachter möglich

Beispiele für überlanges Beharren auf unhaltbar gewordenen Positionen gibt es in unserer Berufspolitik nur allzu viele. (Es gibt Leute, die haben einen Gesichtskreis mit dem Radius "Null". Das ist dann ihr Standpunkt.)

Jedoch - wir wollen doch ausgewogen berichten - es gibt auch Beispiele von schier unglaublicher Wandlungsfähigkeit.

Bei einem Alterspatienten mit zahnlosem Unterkiefer, der sich mit meiner prothetischen Erstversorgung nicht anfreunden mochte, hatte ein Kollege am Orte als Gutachter meine Arbeit ohne hinreichende Würdigung der besonderen Problematik und der Anamnese gründlich "verrissen". Hauptvorwurf: Falsche Bißlage. Meine daraufhin durchgeführte instrumentelle Funktionsanalyse mit Remontage der Prothesen wies jedoch nach, daß die eingestellte Bißlage richtig war. Dies teilte ich dem Prothetik-Einigungs-Ausschuß mit, übersandte sogar die Original-Unterlagen des Registrats und erhob somit Einspruch gegen das Gutachten meines Kollegen am Orte.

Mein Einspruch gegen dieses Gutachten wurde nun vom Prothetik-Einigungs-Ausschuß - ohne in irgendeiner Weise

erneut Beweis erhoben zu haben - allein auf Grund der Angaben eben dieses Gutachtens verworfen.

An die Rechtmäßigkeit einer solchen Prozedur konnte ich nicht glauben. Ich erfuhr aber dann auf Anfrage telefonisch vom Ausschuß-Vorsitzenden: "Dies ist letztinstanzlich. Wenn Sie noch etwas wollen, müssen Sie vor's Sozialgericht gehen."

Das Sozialgericht stellte dann aber fest, daß diese Rechtsmittelbelehrung falsch war. Es fehlte noch ein rechtsmittelfähiger Bescheid. (Überhaupt wurde dabei deutlich, daß die Rechtsnatur dieser körperchaftlichen Gremien ganz strittig ist. Gegen wen man in so einem Fall zu klagen hat, konnte noch nicht eindeutig ermittelt werden.)

Jetzt trat Herr Schirbort auf den Plan. Herr Schirbort ist Landesvorsitzender des "Freien Verbandes" für Niedersachsen und 2. Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung. Wiederum ohne neuerliche Beweiserhebung - wir hatten Begutachtung durch Prof. Marxkors vorgeschlagen - entschied diese nun wirklich letzte berufsinterne Instanz rein nach Aktenlage erneut gegen mich. Zur Objektivierung der Bißlage durch die instrumentelle Funk-

tionsanalyse wurde dabei noch festgestellt, "daß diese Maßnahmen nicht geeignet waren, die festgestellten Mängel zu beheben." Diese Fehlinterpretation der Bißregistrierung als mißglückten Nachbesserungsversuch belegt, daß dieses Gremium gar nicht verstanden hat, worum es eigentlich ging. Man hatte also keine Probleme, festzustellen, daß meine Arbeit wirklich nichts taugte. Gezeichnet: Schirbort. Jetzt endlich ging es voran beim Sozialgericht. Der Richter ordnete das persönliche Erscheinen der Hauptbeteiligten zum Termin an, und er machte sogleich deutlich, daß dieser Fall im Moment nur per Vergleich zu lösen war: Falsche Rechtsmittelbelehrung hier und falscher Adressat der Klage da. Ein Urteil hätte nur nach formalen Kriterien ergehen können. Daher erwog der Richter nun auch, endlich eine kompetente Neubegutachtung durchführen zu lassen, wie wir es immer gefordert hatten. Herr Schirbort, der als Sachverständiger für die KZV anwesend war, begann daraufhin, sich in ganz anderer Weise als zuvor zu äußern, obwohl sich

an der aktenmäßigen Beweislage absolut nichts geändert hatte, seit er fünf Monate zuvor den Bescheid gegen mich unterzeichnet hatte: Die Problemstellung bei dem vorliegenden Behandlungsfall sei außergewöhnlich schwierig und meine Therapie in jeder Weise lege artis gewesen.

Diesen unerwarteten Sinneswandel konnten weder Richter noch Krankenkassenvertreter begreifen. Einen echten Politiker ficht so etwas aber nicht an: "Im direkten, persönlichen Gespräch stellt sich alles eben etwas anders dar." So einfach ist das. Hätte ich nicht in ungewöhnlicher Hartnäckigkeit mein Recht bis hin zum Sozialgericht weiterverfolgt, wäre durch die vorinstanzliche, diametral entgegengesetzte Beurteilung des gleichen "Experten" die Unrechts-situation bestehengeblieben. Beim abschließenden Small-Talk sagte mir Herr Schirbort noch mit treuherzigem Augenaufschlag: "Recht muß doch Recht bleiben."

Dr. Till Ropers  
Alter Marktplatz 4  
2162 Steinkirchen

**Zur Förderung des Kostenbewußtseins bei Behandlern und Patienten empfiehlt der DAZ, in regelmäßigen Abständen (aber mindestens einmal jährlich) einen detaillierten und allgemeinverständlichen Ausdruck der entstandenen Kosten für medizinische und zahnmedizinische Behandlung an die Versicherten zu versenden. Dies soll einerseits die Patienten für die Kosten sensibilisieren, und ihnen andererseits Übersicht und durchaus auch Kontrolle über die von Arzt und Zahnarzt abgerechneten Leistungen ermöglichen. Nachdem ohnehin Krankenscheinheft und andere Mitteilungen an die Versicherten versandt werden, dürfte der erforderliche Aufwand sich in Grenzen halten, da ja sämtliche dieser Daten sowieso erfaßt werden.**

DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983



Metamorphose  
eines Zahnes

*Hans Klossau - 83*

**bernd Lorenz**

keramisches dental-labor

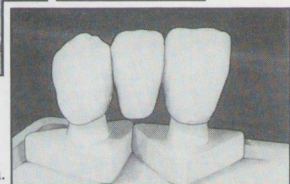
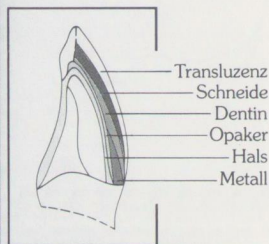
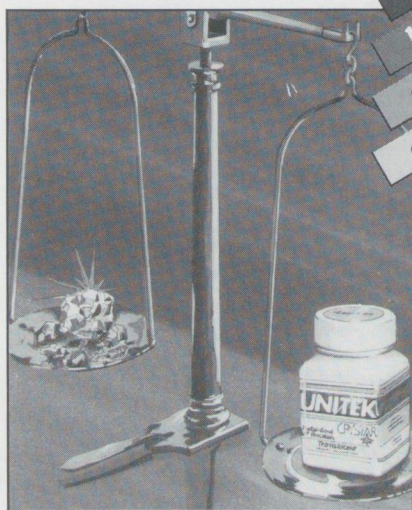
Waldfriedhofstraße 15/II  
8000 München 70 · Telefon 089-715588



# UNITEK<sup>®</sup>

## CRYSTAR<sup>®</sup>

hohe Transluzenz  
 licht- und farbneutral  
 sichere Verarbeitung  
 geringste Schrumpfung



CRYSTAR<sup>®</sup>-Keramikmassen lösen endlich Farbprobleme bei künstlichen Lichtverhältnissen. Die natürliche Farbkonstanz, Lichtreflektion sowie Transmission eröffnen dem Keramiker neue ungeahnte Möglichkeiten. Durch ein neues, patentiertes Herstellungsverfahren der Keramikmassen wird dem Keramiker infolge der geringen Schrumpfung enorme Zeitersparnis bei der Verarbeitung geboten.

Ein Versuch mit CRYSTAR wird Sie und die Patienten Ihrer Kunden überzeugen.



inter · UNITEK GmbH · Postfach 1629  
 D-8032 Gräfelfing · Tel. (089) 85 50 39 · Telex 5 213 953 utk d

# Buchbesprechung:

Thomas Schneller, Annette Fleischer-Peters (Hrsg.)  
Anwendung psychologischer Methoden in der Zahnheilkunde  
252 Seiten, DM 29,80, ISBN 3/88074/156/5

Der streng wissenschaftlich formulierte Buchtitel läßt nicht erahnen, welche Fundgrube praxisrelevanter Hinweise - auch für den psychologisch nicht vorgebildeten Zahnarzt - sich in diesem Werk verbirgt.

Nach einer aufrüttelnden Einführung in die Thematik durch die Herausgeber wird zunächst die zahnmedizinische Prävention abgehandelt. Besonders die wissenschaftlich-analytischen Ausführungen von Thomas Schneller bestätigen uns vom DAZ auf unserem Weg: Die Parallelen und Gleichklänge mit unseren "Grundsätzen und Empfehlungen" sind nicht zu verkennen. So zeigt er die Gefahr auf, daß "gesundheitsschädigende Verhaltensweisen, wie der häufige Zuckerkonsum, aus dem sozioökonomischen Kontext gelöst werden, in dem sie auftreten. Es liegt dann der Fehlschluß nahe, sie allein als Ausdruck einer persönlichkeitsbedingten Fehlreaktion anzusehen und als persönliche Schuld dem Patienten anzulasten."

Es gibt auch Argumentationshilfe, um die Kollegenschaft zu mehr Engagement in der Prophylaxe zu bewegen:

"Je mehr Zähne bis ins hohe Alter erhalten bleiben, um so

mehr Zähne müssen überwacht, gelegentlich versorgt und vor allem parodontal gesichert werden."

Weiter: Es lohne sich, "zumindest einmal zu überlegen, wie kreative, sowohl mit der Gesundheitserziehung wie auch mit der ärztlichen Ethik eng verbundene Werte mit anderen bedeutsamen Werten, wie dem Prestige, dem Sozialstatus und Einkommen, dem Streben nach Absicherung usw. zusammenhängen ..."

"Müßte ... der Ehrgeiz zu besonders kunstvollen und technisch brillanten kurativen und rehabilitativen "Werken" heute nicht einen etwas bitteren Beigeschmack haben?"

"Solche und ähnliche Fragen greifen natürlich hinein in die Persönlichkeit des Zahnarztes, in die Motivation zur Berufswahl sowie die Gestaltung der Ausbildung und Schulung der angehenden Ärzte."

Es schreiben weiter einige prominente Fachautoren - denen man zum Teil solch' progressiven Denkansatz gar nicht zuge-  
traut hätte - neben noch weit-  
hin unbekanntem, wohl jüngeren  
Kollegen über Aufgabenbereiche  
und Möglichkeiten der Psycho-  
logie bei der Umpolung unseres

Berufsbildes hin zur Prävention, beim Themenkreis "Angst in der Zahnmedizin" sowie bei speziellen psychosomatischen Problemen in der Zahnmedizin.

Das ganze Buch hat "Werkstatt-Charakter", ist also zwangsläufig nicht homogen. Es ist aber Spiegelbild des noch viel zu geringen Standes dieser speziellen interdisziplinären Zusammenarbeit und möchte deshalb den interessierten Kollegen ermutigen, solche Kontakte gezielt herzustellen und auszubauen, um nicht wie bisher weiter autodidaktisch und oft inkompetent weiterwursteln zu müssen.

In den USA hat man diese Startschwierigkeiten längst

überwunden. "Dentale Psychologie" oder "psychologische Zahnheilkunde" sind dort bereits integrale Ausbildungsbestandteile. Man streitet dort seit Jahren darum, ob diese spezielle Sparte der Wissenschaft in der psychologischen oder der zahnmedizinischen Fakultät firmieren soll.

Schneller: "In der Bundesrepublik könnten wir froh sein, wenn wir uns über diese Probleme den Kopf zerbrechen müßten."

Pflichtlektüre für den fortschrittlichen Zahnarzt!

Dr. Till Ropers  
Alter Marktplatz 4  
2162 Steinkirchen

**WILLI KUNZE**

FALLSTRASSE 22 · 8000 MÜNCHEN 70



**DENTAL-MEDIZIN.  
GROSSHANDEL**

### **Das DENTAL DEPOT neben dem ZAHNÄRZTEHAUS**

**SONDERANGEBOTE** für Praxis und Labor –  
fordern Sie unsere Sonderangebotsliste an

**FACHBÜCHER** von Quintessenz und Carl Hanser

**INSTRUMENTE** von Carl Martin und Safident

**KUNDENDIENST** technischer Service  
für alle gebräuchlichen Einrichtungen

**BOTENDIENST** kostenlose Zustellung in München

**Wir freuen uns auf Ihren Besuch!**

Montag bis Freitag 8–17 Uhr, Mittwoch bis 18.30 Uhr,  
PS: small is beautiful – wir sind kein anonymer Filialbetrieb!

**Telefon 089 / 7 24 10 14**

# Kann man Wein noch trinken

## oder: gepanschter Wein — wie konnte es dazu kommen, Gedanken und Forderungen

Es ist in aller Munde: im Wein liegt nicht die Wahrheit, sondern die Chemie; insbesondere geht es um das Süßungsmittel Diäthylenglykol, Wunderwaffe zur Herstellung von süßen Prädikatsweinen, die dem Verbraucher für ein paar Mark im Supermarkt angeboten werden, und die er im Vertrauen, einen supergünstigen Einkauf gemacht zu haben, kartonweise in den Keller schleppt, um den vermeintlich guten Tropfen bei passender Gelegenheit zu genießen. Daß bei diesen Preisen nicht alles mit rechten Dingen zugeht, vermuteten viele Winzer oder auch weinkundige Verbraucher schon seit langem, Meldungen wurden den zuständigen Behörden schon gemacht, aber bis zur Aufdeckung des Skandals ohne Ergebnis.

### Wie konnte es dazu kommen?

Ein Grund der Misere ist bestimmt darin zu sehen, daß sich das Produkt "Wein" als ursprüngliches Naturprodukt den subjektiven Erfordernissen des Marktes unterzuordnen hat. Der Weinmarkt wird aber weitgehend nicht vom Endprodukt "Wein" im natürlichen Sinne beeinflusst, sondern von künstlich, z.B. durch entsprechende Werbung hervorgerufenen Verbrauchererwartungen, die den Kauf von süßen Weinen hervor-

rufen. Da aber nur ein verschwindend geringer Teil des Weins durch seinen Gehalt an Zucker auch nach der Gärung süß wird, muß die Chemie herhalten, um den Wein so süß zu machen, wie ihn der Verbraucher haben will.

Der Wein, bei der Ernte als Most mit dem entsprechenden Zuckergehalt versehen, wird erst durch die Gärung das, was er ist, nur wird er in der großen Mehrzahl nicht süß: der ursprünglich vorhandene Zucker wird durch die Gärung in Alkohol umgewandelt, bis auf den unvergärbaren Restzucker (in der Regel 0,5 bis 2 g/l). Erst ab der Beerenauslese wird der ursprünglich vorhandene Zuckergehalt so hoch, daß sich ein relevanter natürlicher Restzuckergehalt ergibt.

Nun wäre es eigentlich nicht besonders schwer, dem Verbraucher diese einfachen Zusammenhänge klarzumachen, doch das Gegenteil geschieht. Deutschlands Public-Relations-Organisationen, allem voran die Weinwerbezentrale in Mainz, beteiligen sich kräftig am Spiel mit dem Konsumenten, und auch die "Weinwerbung Württembergischer Weingärtnergenossenschaften" bläst ins gleiche Horn, wenn etwa dem Verbraucher weisgemacht wird, ein Sylvaner sei lieblich; kein

Wunder also, wenn der Verbraucher ob dieser Verwirrungsspiele nicht weiß, woran er ist. Die konkrete, wichtigste Aufklärung an den Konsumenten muß also sein: der Wein ist nur süß, wenn er süßgemacht wurde, auch die Auslese; ein nennenswerter Restzuckergehalt ergibt sich erst ab der Beerenauslese, und auch hier wird oft noch manipuliert, damit das Zeug erst richtig klebrig süß wird. Den Unterschied zwischen einfachen Weinen zu Prädikatsweinen schmeckt man am besten, je trockener die Weine gehalten sind: nur hier kommt das kräftigere, fruchtigere Bukett richtig zum Vorschein, während es bei den süßgemachten Weinen von der Süße verdeckt oder gar überlagert wird; wenn es also unbedingt ein süßer Wein sein soll, dann greife man doch bitteschön zum billigeren Qualitätswein und vermindere dann automatisch auch die Gefahr, daß der Wein gepanscht ist, denn hier lohnt es sich nicht.

Die "Rationalitätsfalle" im Weinmarkt: um so mehr Leute daran verdienen, desto billiger wird der Wein!

Wenn man sich das Spielchen mit den diäthylenglykolversetzten sog. "Auslesen" etc. einmal rational durchdenkt, dann klingt das wie ein billiger Hintertreppenwitz! Eine Kellerei kauft den Wein beim Winzer, (die Kellerei vielleicht noch an einen deutschen Importeur) dann wird der Wein abgefüllt, muß analysiert werden, wird dann an den Supermarkt verkauft, wobei bei den österreichischen Importweinen

noch Zoll und Einfuhrumsatzsteuer anfallen; und jetzt ist das Wunder geschehen, die österreichische Auslese ist um vieles billiger im Supermarkt als beim Erzeuger! Da bleibt wohl nur noch der Schluß, daß es sich bei den beteiligten Firmen um hochkarätige Abschreibungsgesellschaften handeln muß. Für einen Weineinkauf, der sich zum Ziel gesetzt hat, einwandfreie Ware zu einem günstigen Preis-leistungsverhältnis zu erwerben, gilt deshalb folgendes:

- (1) Der Konsument muß sich die erforderlichen Informationen über den Wein beschaffen; dies kann er entweder durch Eigeninformation (den Winzer fragen, fragen und nochmals fragen; dann andere Winzer fragen und aus der Summe der Informationen und der eigenen Einschätzung der Rationalität der Winzer sich eine Meinung bilden) oder durch die Vermittlung eines Weinhändlers, der die entsprechenden Kenntnisse haben kann (aber nicht muß!).
- (2) Der Weinbezug muß entweder direkt vom Produzenten erfolgen oder durch die Einschaltung eines Mittlers (Weinhändler), der die entsprechenden Marktkenntnisse hat und seine Gewinnspanne dadurch erzielt, indem er beim Produzenten günstige Mengenrabatte erzielt und den Transport preisgünstiger organisiert (Anlieferung durch den Winzer).

Das Angebot im Supermarkt: vom

### eigentlichen Produkt abgekoppelt!

In den Regalen der Supermärkte findet man dann ein Weinangebot, das mit dem Produkt "Wein" nichts mehr zu tun hat. Supermärkte legen darauf Wert, daß das Produkt "Wein" (1) möglichst billig, (2) in jeder beliebigen Menge (3) jederzeit (4) ohne organisatorischen Aufwand lieferbar ist und zudem (5) unproblematisch zu lagern ist sowie (6) dem Publikumsgeschmack entspricht, was immer das auch sei.

Diese Postulate führen dazu, daß die Weine (1) von Großkellereien meist heißabgefüllt (2) von den großen Anbaugebieten aus meist flachen Großlagen (3, 4) unter Einschaltung von Vertretern und (6) entsprechend gesüßt auf den Markt kommen. Für den ehrlichen, durchgegoenen Wein, der in bestimmten Jahren auch noch ein paar Jahre im Faß gelagert wird, der vom Winzer individuell angebaut wird und natürlich der Kaltsterilabfüllung unterzogen wird, ist da kein Platz mehr. Daß dann bestimmte Weine, die in den Regalen des Supermarktes stehen, auch noch gefälscht sind, wen wundert das?

### Einige markante Sünden bei der Weinproduktion

(1) Übermäßige Düngung und chemische Unkrautbekämpfung auch nach der Blüte: Pestizide, Herbizide und Insektizide belasten den Boden und den Wein. Überdüngung führt zu einem hohen Nitratgehalt im Boden, im Wasser und im Wein. Insektizidspritzung vor der

Blüte genügt, natürlicher Dünger (Guano, Torf, kompostierter Treber, der Rebenabschnitt etc.) in Maßen genügt und sorgt für natürliche Stabilität.

- (2) Schönungen: mit Bentonit darf das Eiweiß "herausgeschönt" werden, mit Gelatine Trübungen, wenn sich der Wein nicht von selbst klärt. Die Schönungen sind insbesondere nötig bei der
  - (3) Heißabfüllung der Weine. Hier wird der Wein bei der Abfüllung bis zu 80 Grad erwärmt, wobei die Hefekulturen abgetötet werden und somit keine Nachgärung erfolgen kann. Dadurch wird z.B. die Lagerung des Weins erleichtert. Bei der Heißabfüllung entweichen auch unverzichtbare leicht flüchtige Stoffe (z.B. Säuren). So wird der Wein zur ausdrucksloseren abgetöteten Flüssigkeit, der das typische Aroma verlorengegangen ist. Um dies zu kompensieren, ist natürlich die
  - (4) Zugabe von Süßreserve (sterilisierter pasteurisierter Traubenmost) ein Mittel. Diese Untugend ist aber auch bei trockenere Weinen üblich, wenn der Geschmack gefälliger werden soll und entsprechender markanter Bodengeschmack übertüncht werden soll.
- All dies ist erlaubt, aber überflüssig. Ebenso erlaubt, aber nach heutigem Wissenstand nötig, ist die
- (5) Schwefelung des Weins (Hinzugabe von schwefeliger Säure als Konservie-

rungsmittel). Jedoch sollte damit sehr spärlich umgegangen werden, was die kleinen Erzeuger in der Regel auch tun. Bei milden Weinen ist in der Regel mehr schwefelige Säure, weil sie ja noch unvergorenen Zucker enthalten. Da die schwefelige Säure auch die Haltbarkeit erhöht, muß z.B. in Prädikatsweinen, die ja der Verbraucher in der Regel länger aufhebt, mit höheren Schwefelwerten gerechnet werden.

#### Wo gibt es die relativ sauberen, trockenen Weine?

In der Regel gibt es sie bei den kleinen Winzern, bei denen auch immer eine Flasche ihres eigenen Weins auf dem Tisch steht. Trockene Weine mit nur dem unvergärbaren Restzucker gibt es auch bei den badischen, fränkischen und den meisten Rheingauer Genossenschaften, um nur einige Beispiele zu nennen. Sämtliche Genossenschaften aus diesen Gebieten füllen auch kaltsteril ab, ebenso die in Württemberg, doch ist es hier üblich, auch den trockenen Weinen Süßreserve zuzugeben. Deshalb hat mich es kürzlich überrascht, daß die WG in Flein einen 84er Riesling vorgestellt hat, der ganz trocken ist und nach Angabe des dortigen Geschäftsführers "biologisch ausgebaut" sein soll unter Vermeidung von schwefeliger Säure; wenn sich hier etwas täte, wäre das nur zu begrüßen.

In der Regel besitzt der Wein des Winzers auch ein besseres Bukett als der von Genossen-

schaften und Kellereien, was ohne Zweifel am individuelle ren und chemieärmeren Verfahren liegt. Am vertrauensvollsten ist natürlich der Winzer, der alle Weine vergären läßt und ganz trocken abfüllt, und davon gibt es noch einige!

#### Forderungen für den Wein von morgen

Um dem Verbraucher die Informationsmöglichkeiten über den Inhalt zu geben, müßten die wichtigsten Fakten auf der Flasche stehen, d.h.

- (1) Abfüllart: Kaltsterilverfahren oder Heißabfüllung;
- (2) Gehalt an freier und gesamt schwefeliger Säure;
- (3) Restzuckergehalt, die Hinzugabe von Süßreserve muß erwähnt werden ebenso wie das Abstoppen des Weins in der Gärung durch Schwefel, so daß es nicht weitergärt;
- (4) Jeder Wein, der drin ist, müßte auf dem Etikett erwähnt werden; nach dem gültigen Weingesetz darf in der Regel 25 % anderer als auf dem Etikett angeführter Wein enthalten sein, bei bestimmten Prädikatsweinen bis 50 %.
- (5) Nur solche Weine müßten als "trocken" bezeichnet werden dürfen, die nur noch den unvergärbaren Restzucker enthalten. Damit würde auch das Verwirrspiel mit dem Verbraucher entfallen, daß z.B. ein rheinhessischer Wein mit 9g Restzucker pro Liter das gelbe Weinsiegel haben kann, während ein Frankenwein mit 4,1g Restzucker nur das rote tragen

darf, weil es hier kein grünes ("halbtrocken") gibt und der trockene Frankenwein höchstens 4g Restzucker haben darf.

Ferner plädiere ich für die Aufhebung der verschiedenen Mindestmostgewichte (entspricht dem Zuckergehalt des Weins vor der Gärung) in Deutschland nach Gebieten sowie für das Verbot der Zuckering des Weins vor der Gärung bei Qualitätsweinen. Ferner ist es m.A. nach nicht sinnvoll, in schlechten Jahren die Mindestmostgewichte für Qualitätsweine zu senken, weil dem Verbraucher nicht zuzumuten ist, sich nach den entsprechenden Jahrgangsverordnungen zu orientieren, an die er bestimmt nicht so einfach rankommt. Stattdessen müßte das Mindestmostgewicht einheitlich an einem höheren

Level angesetzt werden und auf eine Zuckering vor der Gärung verzichtet werden. Wir hätten dann eine breite Palette von gehobeneren Landweinen, die sich sicher ihren Platz in Deutschlands Weinregalen erobern würden sowie saubere, leichte Qualitätsweine, die in der Regel süffiger wären als die heutigen, da sie ein höheres natürliches Mostgewicht besäßen, aber weniger Alkohol, was dem Verbrauch bestimmt nicht abträglich wäre.

Damit ist das Problemfeld "Wein" sicher nur kurz angerissen, aber ich hoffe doch, hiermit dem bewußten Verbraucher und Weinfreund einige Anstöße gegeben zu haben.

Gerhard Meier  
Kellerstr. 17  
8409 Tegernheim

Der DAZ fordert weiterhin die Erlassung von Vorschriften, die besagen, daß - ähnlich wie bei der Werbung für Zigaretten - nur noch mit dem Begleittext geworben werden darf, daß Zuckerkonsum für die Allgemeingesundheit und für die Zähne schädlich ist. Es ist unerträglich, daß z. B. eine Süßwarenfirma in einem Werbespot Schulkinder auffordert, ihr Pausenbrot wegzuworfen und stattdessen eine Schokoladeschnitte dieser Firma zu essen. Wir erwarten, daß die zahnärztlichen Standesinstitutionen rigoros gegen solche Machenschaften vorgehen.

DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983

**DAZ-forum - dreimal jährlich - DAZ-forum**



der Professor an ihm unbekann-  
te Patienten herangeht.

Faszinierend dann der Kurs in  
persönlicher Atmosphäre, bei  
dem keine Frage unbeantwortet  
blieb und nach dem wohl jeder  
mit neuen Vorsätzen und viel  
Schwung an die Arbeit ging.

Vielleicht noch schöner war  
die Erfahrung, welche Autori-  
tät, Fähigkeit und Persönlich-  
keit der Begründer der Funk-  
tionstherapie ausstrahlt.

Wir möchten ihm hier nochmals  
herzlichst für sein Kommen  
danken.

\*

Wenn Individualpsychologie und  
Funktionstherapie nach Prof.  
Krogh-Poulsen nicht weiterhel-  
fen, bleibt immer noch die  
Myofunktionelle Therapie nach  
Garliner - sagten wir uns und  
luden Kollegen Dr. Hahn aus  
München ein, uns die von ihm  
praktizierte Behandlungsweise  
zu zeigen. In enger Zusammen-  
arbeit mit Garliner forschen  
und behandeln Dr. Hahn und  
seine Frau in dieser Disziplin  
mit viel Engagement. Wohl zu  
Unrecht steht diese Methode  
heute noch immer in der Grauz-  
zone der Zahnheilkunde. Viele  
Mißerfolge bei Kfo oder Pro-  
thetik blieben uns erspart,  
können wir die Zungenfunktion  
beeinflussen oder wenigstens  
solche Problempatienten erken-  
nen und überweisen.

\*

Zahnarzt Jürgen Müller führte  
wieder Amalgamfüllungen vor,  
wie man sie legt und schnitzt,  
und wie er sie auf Hochglanz

bringt, ohne die Stops zu ver-  
lieren.

\*

Die Fa. Whaledent bzw. Herr  
Loser, bestritt einen zweiten  
Abend dieses Jahres, diesmal  
mit der Vorstellung ihres Re-  
paratursystems für Zahnersatz  
(eine Art Notfallkoffer) und  
diverser Neuheiten.

\*

Last not least Dr. Heinz  
Wichert aus Germering, ein En-  
dodontist: Sein Intensivkurs  
Endo für nur zehn Kollegen  
dürfte jeden Teilnehmer in die  
Lage versetzt haben, McSpad-  
den-Technik anzuwenden und die  
Systematik zu verbessern. Ob-  
wohl ihm der Kurs furchtbar  
viel Arbeit macht, werden wir  
ihn um Kurswiederholung mit  
zwei Tagen bitten.

\*

Die Beteiligung an den Veran-  
staltungen hat sich im vergan-  
genen Jahr bei "rege" einge-  
pendelt und gibt uns Auftrieb,  
für 1985 ein größeres Angebot  
zu wagen.

Hierzu sind natürlich alle  
DAZler und Interessenten ein-  
geladen, wobei die niedrigen  
Kosten oft selbst eine weite  
Anreise akzeptabel machen.

Wir danken allen Referenten  
des Jahres 1984 für ihr Enga-  
gement und Entgegenkommen, so-  
wie allen Kursteilnehmern für  
ihr Interesse.

Dr. Armin Maurer  
Wöhlerstr. 20  
8000 München 60

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde e.V. ist ein parteipolitisch unabhängiger zahnärztlicher Berufsverband. Der größte Teil seiner Mitglieder ist in regionalen, sog. Studiengruppen zusammengeschlossen, die regelmäßig praxisnahe Fortbildungsveranstaltungen sowie freie Gesprächsabende über aktuelle Berufsprobleme durchführen. Neben speziellen regionalen Informationen gibt der DAZ die Zeitschrift „forum“ heraus. Wenn Sie Interesse an unserer Arbeit haben und Näheres erfahren möchten, so senden Sie bitte die anhängende Postkarte mit Ihrer Adresse an eine der folgenden Studiengruppen-Geschäftsstellen:

DAZ-Studiengruppe Elbe-Weser, Dr. H. Feindt, Westerjork 3, 2155 Jork

DAZ-Studiengruppe Hamburg, Dr. W. Schories, An der Alster 62, 2000 Hamburg 1

DAZ-Studiengruppe München, Dr. H.-W. Hey, Lindenschmitstr. 44, 8000 München 70

DAZ-Studiengruppe Oldenburg, Dr. R. Ernst, Waldblick 2, 2905 Edewecht

DAZ-Studiengruppe Regensburg, Dr. H. Diewald, Donaustauffer Str. 25, 8400 Regensburg  
oder an die

Hauptgeschäftsstelle des DAZ, Dienerstr. 20, 8000 München 2, Tel. 089/2 28 35 05

Pressestelle des DAZ, Dr. T. Ropers, Alter Marktplatz 4, 2162 Steinkirchen

Sie erhalten dann für die Dauer eines halben Jahres kostenlos unsere Zeitschrift und andere Informationen.

Bezugspreis für Nichtmitglieder: Jahresabonnement DM 30,--

Ich bin an der Arbeit des DAZ interessiert und bitte um kostenlose Zusendung von Informationsmaterial für die Dauer von 6 Monaten

Ich erkläre meinen Beitritt zum Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde  
ab \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Absender:

---

---

---

---

ANTWORTKARTE



Deutscher Arbeitskreis  
für Zahnheilkunde  
(DAZ)

Dienerstr. 20  
8000 München 2