



FORUM

Herausgegeben vom Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde

NR. 11 – DEZEMBER 1985

Sie lesen u. a.

Grüne gegen Fluoridprophylaxe
Manipulation bei Monitor

Zurück auf den Hinterhof der Medizin?
Kritik an BDZ-Essentials

Die Schonzeit ist zu Ende
– der FVDZ innerlich zerstritten?

Wer berät die SPD?
Zum Gesetzentwurf der Sozialdemokraten, die Einzel-
leistungsvergütung abzuschaffen und
„Leistungskomplexhonorare“ einzuführen



Dental Museum

Digitalisat der Bibliotheca Dentaria

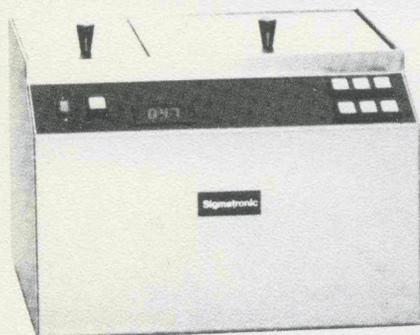
An die einhundert Einzelbibliotheken aus Universitäten, von Sammlern und Museen, Archivbibliotheken von Firmen und sehr viele Privatbibliotheken befinden sich im Bestand des Dental Museums. Dieser Bestand erweitert sich ständig und stellt die umfangreichste Referenzbibliothek der Zahnheilkunde dar, die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

Dentalmuseum

Im Park 9b

04680 Zschadraß

DIE ADRESSE FÜR HYDROCOLLOID- ABDRUCKSYSTEME



Dental-Spezialitäten

Friedrich Reißmann
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 Reißmann

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

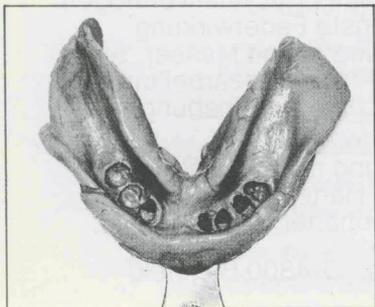
bisico S1 + S4

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

A double-impression-technique specially for precise impressions,
bridges, crowns, inlays, which guarantees 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 esattezza 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
Hallerstr. 49
7090 Ellwangen



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
Hallerstr. 49
7090 Ellwangen

Inhalt:

| | |
|--|-----|
| Standortbestimmungen | 186 |
| Grüne gegen Fluoridprophylaxe - Manipulation bei Monitor | 190 |
| Zurück auf den Hinterhof der Medizin? - Kritik an BDZ-Essentials | 199 |
| Die Schonzeit ist zu Ende - der FVDZ innerlich zerstritten? | 205 |
| Wie effektiv ist das Obteutekonzept wirklich? | 208 |
| Ebenbeck gewählt | 216 |
| Was die KZVen noch immer verhindern wollen: Kostentransparenz durch Computeranalyse | 220 |
| Bundesarbeitsminister Dr. Norbert Blüm zur Eröffnung der 17. Sitzung der Konzertierten Aktion des Gesundheitswesens am 18. November unter anderem: | 223 |
| Wer berät die SPD? - zum Gesetzentwurf der Sozialdemokraten, die Einzelleistungsvergütung abzuschaffen und "Leistungskomplexhonorare" einzuführen | 228 |
| Hartmannbund in der Krise - oder: Entstehende Ähnlichkeiten rein zufällig? | 232 |
| Kurzbericht von der Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe der DGZMK | 240 |
| Plädoyer für den Kofferdam bei der endodontischen Behandlung | 246 |
| Endodontie - Folgen einer Erweiterung des Foramen apikale | 248 |
| Endodontie-news | 249 |
| Parodontologie in der Praxis - konservativ oder chirurgisch | 252 |
| Bericht von der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie im Oktober 1985 in Berlin | 256 |
| "Viel Schmerz! Doktor, du vollmachen?" - Randgruppen in der zahnärztlichen Praxis | 260 |
| AIDS - Fakten und Informationen zu einem prinzipiell neuen Krankheitsbild | 263 |
| Psychosoziale Aspekte bei der Neugründung einer zahnärztlichen Praxis | 269 |
| Die Wiederaufbereitungsanlage in Wackersdorf - Schildbürgerstreich oder Husarenstück? | 274 |
| Fortbildungsrückblick 1985 der Studiengruppe München | 279 |
| Veranstaltungsprogramm November '85 bis Mai '86 der Studiengruppe München | 283 |

Standortbestimmungen

In einer Zeit grundlegender Weichenstellung für die kassenzahnärztliche Berufsausübung ist es sinnvoll zu aktuellen Problemen den Standort des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde zu formulieren und zur Diskussion zu stellen.

1. Der DAZ ist ein Interessenverband für Zahnärzte in freier Berufsausübung. Die Erhaltung der Freiberuflichkeit und das Bewußtsein, daß jeder von uns für seine Patienten persönlich Verantwortung trägt, ist unser wichtigster Grundsatz.
2. Zur Erhaltung der noch bestehenden Therapiefreiheit und der Einzelleistungsvergütung ohne Deckelung des Honorarvolumens ist die Erarbeitung, Erprobung und Durchführung von Konzepten zur Sicherung der zahnärztlichen Behandlungsqualität innerhalb des Berufsstandes notwendiger denn je.
3. Wir fordern eine offensive und konstruktive Standespolitik der zahnärztlichen Körperschaften, die den Mut aufbringen müssen, von ihren Mitgliedern Einkommensverluste zu fordern, um eine weitere Abwertung der Einzelleistungen zu verhindern.
4. Der qualitätsfeindlichen Honorarpolitik der Krankenkassen muß eine qualitätsfördernde Strukturreform entgegengesetzt werden mit dem Ziel kassenzahnärztliche Behandlung so zu umschreiben, daß die Interessen der Versicherten auf eine ausreichende und qualitativ hochwertige Versorgung berücksichtigt, jedoch im Bereich der Prothetik dann weitere Ausgrenzungen vorgenommen werden, wenn die finanziellen Rahmenbedingungen dies erfordern.

Auch der Zahnärzteschaft, die im Jahr 1985 aufgrund geringer Mengenzunahmen an der notwendigen Beitragssatzstabilität positiven Anteil hat, kann nicht zugemutet werden Jahr für Jahr die gleiche Leistung für weniger Honorar bei erheblich steigenden Betriebskosten zu erbringen.

5. Die Solidarität innerhalb der Kollegenschaft muß gestärkt werden. Der sich abzeichnende Entsolidarisierungsprozeß zwischen älteren und jüngeren Kollegen und zwischen gut und weniger gut verdienenden schadet dem gesamten Berufsstand, in dem alle Kollegen gefordert sind, ihren Beitrag zur Stabilisierung zu leisten, um das fatale Bild des Berufsstandes in der Öffentlichkeit zu korrigieren.
6. Eine Verbesserung der partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und den Zahnärzten ist sinnvoll und notwendig. Dies setzt jedoch voraus, daß das von beiden Seiten organisierte Mißtrauen überwunden wird und die Krankenkassen neben notwendiger Honorarpolitik auch sinnvolle Gesundheitspolitik betreiben.
7. Die Kassenzahnärzte sind durch eine Vielzahl gesetzgeberischer Maßnahmen eingebunden, welche die Arbeit der Selbstverwaltung erschweren und den Handlungsspielraum der Standespolitiker einengen. Es liegt an den Gesundheitspolitikern aller Parteien, die längst überfällige Strukturreform im Gesundheitswesen zu vollziehen, bei der alle Beteiligten, von der Pharmaindustrie bis zu den Herstellern von Heil- und Hilfsmitteln ihren Beitrag leisten müssen.

Hierbei muß Zahnheilkunde mehr als bisher als Bestandteil der gesamten medizinischen Versorgung begriffen werden. Daraus folgt, daß die Zahnärzteschaft ein vitales Interesse daran hat, daß z.B. mit dem Abbau der 100.000 Krankenhausbetten begonnen wird, die in der Bundesrepublik Deutschland zuviel sind. Das gleiche gilt für dringend notwendige Einsparungen im Pharmabereich.

8. Eine Ausweitung des Leistungskataloges im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen ist derzeit auch im Bereich der PAR-Behandlung nicht zu verantworten und würde zu einer weiteren Destabilisierung des Vergütungssystems führen.
9. Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen wären gut beraten, den "Vertragspartner" Zahnärzte honorarpolitisch nicht zu überfordern und erst die finanziellen Auswirkungen der Um-

strukturierung und der neugefaßten Richtlinien für Zahnersatz abzuwarten.

10. Nicht nur die Krankenkassen, sondern auch ihre "Vertragspartner" benötigen wirtschaftliche Rahmenbedingungen, die kalkulierbar sein müssen. Dazu gehört auch, daß die zahnärztlichen Körperschaften, die von unseren gewählten Vertretern geführt werden, die Zahnärzte rechtzeitig, umfassend und korrekt über die Honorar- und Vertragssituation informieren. Kurzsichtige, egoistische Verhaltensweisen von Standesvertretern sind der Sache nicht dienlich. e.g.

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 abgesprachen ist.

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

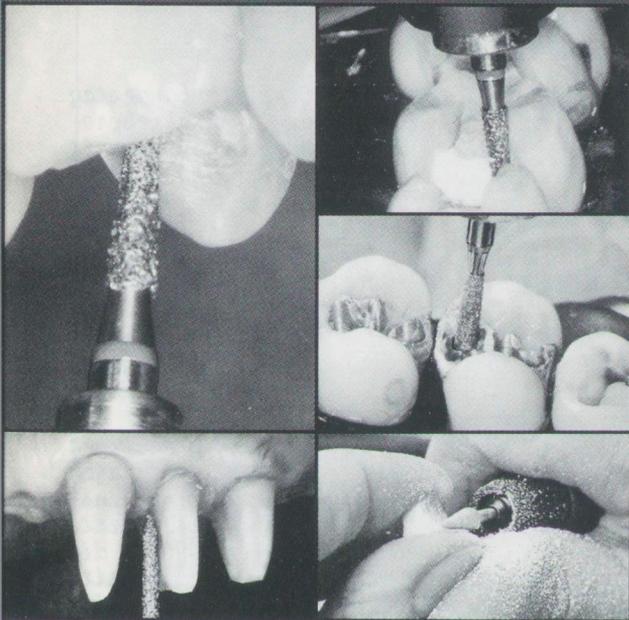
Redaktion:
Dr. Jürgen Heidtkamp, Wahlenstr. 18, 8400 Regensburg

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

Ihr KOMET-Fachberater empfiehlt:

Diamanten mit dem grünen Ring. Zum Vor- und Formschleifen.

Mit ausgewogener Korngröße.



**Für den
schnellen, intensiven
Substanzabtrag.
Frei von
Kühlungs-Problemen.**

Leicht und zügig erzielen Sie die gewünschte Form. Schnell entfernen Sie alte Amalgam- und Composite-Füllungen. Komet-Diamant-Instrumente mit dem grünen Ring wurden speziell für ergonomisches Arbeiten konzipiert. Für ruhigen Lauf bei geringer Anpreßkraft. Erleben Sie es selbst. In der Kavitäten- und Kronenstumpf-Präparation. In der Zahntechnik.

Weitere Informationen erhalten Sie direkt von unserem Fachberater bzw. aus einer Technischen Information, die wir Ihnen auf Anfrage gern zuschicken.



Präzision in Perfektion

Grüne gegen Fluoridprophylaxe

— Manipulation bei Monitor

Die Fraktion der Grünen hat in einer kleinen Anfrage an die Bundesregierung nicht nur ihrer vehementen Ablehnung der Trinkwasserfluoridierung Ausdruck verliehen, sondern gleichzeitig auch jede kariesprophylaktische Wirksamkeit der Fluoride bestritten.

Der DAZ hat darauf mit dem folgenden Schreiben reagiert.

Es enthält nicht nur unsere Stellungnahme zu den Behauptungen der Grünen und zur Antwort der Bundesregierung; es wendet sich auch gegen die unglaublichen Vorwürfe, die am 01.10.85 in einer Monitor-Sendung gegen die Zahnärzte und gegen die Fluoridprophylaxe erhoben wurden:

"Wer Ihre Initiative gegen Fluoridierungsmaßnahmen im Bundestag liest, dem wird der Eindruck vermittelt, die Idee zur Kariesprophylaxe mit Fluoriden sei von der Zuckerindustrie entwickelt worden, alle Fluoridprophylaxe-Aktivitäten seien von ihr gesteuert und jeder, der Fluoridprophylaxe befürwortet, sei von der Zuckerindustrie bezahlt.

Zwar stimmen wir mit Ihnen völlig darin überein, daß den rücksichtslosen und gesundheitsschädlichen Aktivitäten der Zuckerindustrie mit allen Möglichkeiten entgegengetreten werden muß. Doch gibt es - und dies ist der Zweck unseres Schreibens - außer den absatzorientierten Gründen der Zuckerindustrie eine große Zahl ernsthafter und wichtiger Argumente, sich für die Kariesprophylaxe mit Fluoriden einzusetzen.

Die Idee zur Fluoridprophylaxe kam weder von geschäftstüchtigen Managern der Aluminiumindustrie, die ihre Abfälle verkaufen wollten, (eine unsinnige Story aus dem Buch "Chemie in Lebensmitteln") noch von der Zuckerindustrie, sondern resultierte schlicht aus Beobachtungen von Kinderärzten in Gemeinden, die mit natürlich fluoridiertem Trinkwasser versorgt werden. Bereits 1874 (!) empfahl ein badischer Arzt Fluoridpastillen zur Kariesprophylaxe. Die systematischen wissenschaftlichen Untersuchungen wurden seit den vierziger Jahren in den USA und später weltweit durchgeführt. Diese 45 Jahre Fluoridforschung haben eindeutig belegt, daß eine kontinuierliche Aufnahme von 1-2 Milligramm Fluorid pro Tag - gleichgültig in welcher Form - zu einer 50- bis 60%igen Reduzierung von Kariesschäden führt. Angesichts der tausendfachen Bestätigung dieser Beobachtungen unter den verschiedensten Versuchsanordnungen, in den verschiedensten Ländern

Duraphat®

der Fluorlack
zur Behandlung sensibler Zahnhäse 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 Zahnhäse 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

mit unterschiedlichen gesellschaftlichen und politischen Verhältnissen, ist Ihre Behauptung, "die Wirksamkeit von Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe ist wissenschaftlich un begründet", völlig unverständlich und laienhaft. Dies wird auch aus Ihrer Frage 22, besonders aber aus der Frage 24 deutlich: "Sind der Bundesregierung Institutionen bekannt, die für die Fluormedikation werben und die nicht in finanzieller Verbundenheit mit der Zuckerindustrie stehen, und wer finanziert diese Institute?"

Daß sich praktisch alle Ärzte- und Zahnärzteinstitutionen der Welt, an erster Stelle die WHO, für die Fluoridprophylaxe einsetzen, um Zahnschäden zu verhindern, um also vor allem Kindern zu einem naturgesunden Gebiß zu verhelfen - ist dieses ärztliche Bemühen um Gesundheit so abwegig, daß Sie es nicht einmal marginal als Möglichkeit in Ihre Überlegungen einbeziehen? Ebenso unverständlich wie Ihre Fragestellung ist uns das schlichte "Nein" der Bundesregierung als Antwort auf diese Frage 24. Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde hat sich ebenso wie zahlreiche andere zahnärztliche Institutionen mehrfach an die Bundesregierung gewandt mit der Bitte, Initiativen zur Trinkwasser- oder Kochsalzfluoridierung zu unterstützen. Bezahlt werden diese unsere Initiativen selbstverständlich von uns selbst, durch unsere Mitgliedsbeiträge.

Natürlich sind während der vergangenen Jahrzehnte immer wieder Zweifel an der kariesprophylaktischen Wirksamkeit und der gesundheitlichen Unbedenklichkeit von Fluoridgaben geäußert worden - ein normaler Vorgang, denn gerade Zweifel machen Wissenschaft glaubwürdig. Doch haben sich in keiner einzigen Nachuntersuchung die befürchteten Zusammenhänge zwischen richtig dosierten Fluoridgaben und Krebshäufigkeit, Mongolismus, Unfruchtbarkeit etc. bestätigt, wie Sie aus dem letzten Bulletin der WHO (Anlage I) ersehen können. Jeden kritischen Zeitgenossen sollte eigentlich stützig machen, daß es Fluoridgegner nötig haben, den Fluoriden auch noch die Fähigkeit zur Verdummung und politischen Entmündigung der Bevölkerung anzuhängen.

Die Mitglieder des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde setzen sich nicht deshalb für die Fluoridprophylaxe ein, weil sie einer bestimmten Lobby oder politischen Gruppierung angehören, sondern weil sie, wie hunderttausend andere Zahnärzte in aller Welt, deren Wirksamkeit in der täglichen Praxis und an den eigenen Kindern bestätigt finden. Diese tatsächlichen und sichtbaren Erfolge haben für uns, zusammen mit den zahllosen fachwissenschaftlichen Untersuchungen eines halben Jahrhunderts, mehr Gewicht als die überwiegend emotionsbestimmten, zum Teil weltanschaulich bedingten Einwände der Fluoridgegner, die fast ausschließlich auf der Kritik des Statistikers und Mathematikers Ziegelbecker/Graz aufgebaut sind. Es ist unerträglich, daß jede erneute Bestätigung der Unschädlichkeit richtig dosierter Fluoridprophylaxe von diesem Personenkreis schlicht ignoriert wird, während irgendein von Laien geäußelter vager Verdacht einer ne-

gativen Wirkung sofort dankbar als Bestätigung eigener Vermutungen veröffentlicht wird.

Der DAZ bemüht sich seit Jahren, die einnahmeorientierte Zahnärzteschaft zu mehr Behandlungsqualität und vor allem zu mehr Prophylaxe zu bewegen. Gerade Ihre Fraktion müßte verstehen, daß Zahnschäden, als deren Folge ja auch Herderkrankungen auftreten, ein Problem sind, das sich nicht auf die Mundhöhle beschränkt, sondern die Gesundheit des gesamten Körpers beeinträchtigt. Gerade die Zahngesundheit der Kinder zu verbessern und zu erhalten, ist nicht nur die Aufgabe verantwortungsbewußter Ärzte und Eltern, sondern auch - in Anbetracht von fast 15 Mrd. DM jährlicher Ausgaben für die Reparatur von Zahnschäden - ein legitimes volkswirtschaftliches Anliegen.

Erstes Ziel der Prophylaxe von Zahnkrankheiten ist selbstverständlich die Umstellung der Ernährung und die Reduzierung des Zuckerkonsums. Was wir über die Rolle der Zuckerindustrie im allgemeinen und die des IME im besonderen denken, haben wir in unserem Grundsatzprogramm (Anlage II, S. 54) und anderen Beiträgen vielfach dargelegt.

So sehr wir weiterhin auch die Ernährungsratschläge von Bruker, Schnitzer u.a. befürworten, so muß realistischerweise eingeräumt werden, daß alle diese (ebenfalls schon jahrzehntelangen) Bemühungen bisher keine statistisch erkennbare Änderung des Ernährungsverhaltens breiterer Bevölkerungsschichten bewirkt haben: seit Jahren unverändert steht die Rate der Karies- und Parodontalerkrankungen in der Bundesrepublik nahe der 100%-Marke.

Ebensowenig gelang es, diese Rate zu senken durch intensive Bemühungen der verschiedensten zahnärztlichen und kommunalen Institutionen um eine Optimierung der Mundhygiene. Besonders die Erfahrungen in der Schweiz, die uns kariesprophylaktisch nach Expertenmeinung um ein Jahrzehnt voraus ist, haben gezeigt, daß die Bemühungen um Ernährungsumstellung und perfekte Mundhygiene allein keine nennenswerte Reduzierung der Zahnschäden bewirken. Dagegen konnte in diesem Nachbarland mit den verschiedensten Fluoridierungsmaßnahmen die Zahl der Zahnschäden z.T. um mehr als 50% gesenkt werden (siehe Anlage III "Salzfluoridierung und Kariesvorbeugung in der Schweiz").

Über die Fluoridwirkung im Trinkwasser kann sich jedermann z.B. in Vordingborg/Dänemark informieren (einem Ort mit natürlich fluoridiertem Trinkwasser - siehe Anlage IV) sowie in Basel/Schweiz (einer Stadt mit künstlich fluoridierter Wasserversorgung, Anlage V).

Die Wirksamkeit von Fluoriden wird im übrigen sogar vom kritischsten Arzneimittel-Periodikum der Bundesrepublik, dem Arznei-Telegramm (August 1984) ausdrücklich bestätigt. Auch die neueste Ausgabe der "Bitteren Pillen" gibt Fluoridtabletten die Bewertung "zweckmäßig zur Prophylaxe der Zahnkaries" (S. 996). Die "Monitor"-Fernsehsendung vom 01.10.85 hat keine konkreten neuen Aspekte über etwaige Nebenwirkungen korrekt dosierter Fluoridierungsmaßnahmen aufgezeigt. Wie sooft wurden auch dies-

mal wieder von Herrn Ziegelbecker, Herrn Schöhl und einer völlig unkritischen Journalistin die alten vagen Vermutungen und Verdachtsmomente zu geradezu alptraumhaften Visionen aufgeputscht - Rattengift als Morgengabe für Kleinkinder etc.

Es scheint, als ob nach Contergan-, Dioxin, Formaldehyd- und Glykolskandal manche Journalisten und Naturheilkundige geradezu erpicht darauf sind, als Entdecker eines weiteren Alltagsgiftes Lorbeeren zu ernten und der Ärzteschaft wieder einmal den Vorwurf der Unfähigkeit und sogar des Hippokratischen Meineids (O-Ton Monitor) anhängen zu können.

Wer sich vor der Öffentlichkeit über Fluoridprophylaxe verbreitet, sollte sich zumindest einen Einblick in die wichtigste Literatur verschafft haben. Erst recht kann und muß man von einer großen politischen Partei erwarten, daß sie sich nicht nur über das Wider, sondern auch über das Für einer Prophylaxemaßnahme informiert. Wir legen diesem Schreiben einen Artikel aus unserer Zeitschrift "FORUM" bei (Anlage VI).

Wir bitten Sie deshalb dringend, sich anhand der beiliegenden Schriftstücke (die gegenüber den 30.000 Veröffentlichungen zu diesem Thema natürlich nur einen winzigen Ausschnitt aus der Literatur darstellen) über die wissenschaftlichen Erfahrungen mit der Fluoridprophylaxe zu informieren. Wir senden Ihnen gerne weiteres Material zu.

Es mag sein, daß Ihre Fraktion weder durch dieses Schreiben noch durch andere Argumente veranlaßt wird, die Anti-Fluoridkampagne einzustellen. Trotzdem appellieren wir an Sie, sich den Bemühungen um eine breitwirksame Prophylaxe von Zahnschäden - die ohne Fluoridierungsmaßnahmen wirkungslos sind - nicht in den Weg zu stellen! Es ist nun einmal so, daß die Erzeugung von Angst und Unsicherheit viel leichter gelingt, als dieselben wieder auszuräumen. Viele Kindergärtnerinnen und Erzieher haben deshalb, u.a. durch Ihren Einfluß, zum Schaden der Kinder nicht nur die Fluoridierung eingestellt, sondern die gesamte Prophylaxe.

Wegen des außerordentlichen öffentlichen Interesses an dieser Problematik erlauben wir uns, Ihr Einverständnis zu finden, daß wir dieses Schreiben auch der Presse zuleiten sowie allen Institutionen, die mit Fragen des Gesundheitswesens befaßt sind."

In der erwähnten Monitor-Sendung wurde u.a. auf neueste wissenschaftliche Untersuchungen der Fluoride verwiesen, die deren allgemeine Toxizität einerseits und deren kariesprophylaktische Wirkungslosigkeit andererseits eindeutig nachgewiesen hätten. Die Nachprüfung dieser Quellen hat wieder einmal offenbart, wie schamlos wissenschaftliche Aussagen von Fluoridgegnern

manipuliert werden, um den eigenen Standpunkt zu bekräftigen.

O-Ton Monitor:

"Eine japanische Studie von 1984 weist nach, daß Natriumfluorid bereits in therapeutischen Dosen chromosomenschädigend und potentiell krebserregend ist." Prof. Gülzow teilte uns dazu auf Anfrage mit, daß "die Ergebnisse dieser Studie (Tsutsui et al.) auf Fluorid-

konzentrationen beruhen, die zwischen dem 1200fachen bis 2000 fachen der therapeutischen Dosis liegen!" Es bedarf keiner besonderen wissenschaftlichen Qualifikation, um einzusehen, daß bei solch extremer Überdosierung Zellstrukturveränderungen auftreten müssen. Die gleiche Beobachtung läßt sich auch bei der Überdosierung vieler anderer lebenswichtiger Spurenelemente (z.B. Kupfer, Strontium, Thallium) und sogar bei erheblich niedrigerer Dosierung mit einfachem Kochsalz machen.

Sprachlos waren wir besonders bei der Nachprüfung der zweiten Quelle.

O-Ton Sendung:

"Auch die 1984 erschienene

Studie der Rand-Corporation weist nach, daß Fluoride zur Verhinderung von Karies auch noch völlig untauglich sind." In Wahrheit stellt jede Studie das genaue Gegenteil fest: "Es bestätigt sich erneut, daß die kommunale Trinkwasserfluoridierung die kosteneffektivste Methode zur Reduktion von Zahnschäden bei Kindern ist." Und an anderer Stelle: "Water Fluoridation will continue to play the primary role in preventing dental decay."

Weiterhin behauptete Monitor, 11 Nobelpreisträger hätten die Fluormedikation kritisiert, u.a. Prof. Butenandt. Was davon wahr ist, zeigt dessen Schreiben, das wir hier abgedruckt haben:

Prof. Dr. Adolf Butenandt, Wissenschaftliches Mitglied (emer.) des Max-Planck-Instituts für Biochemie:

"Sehr danke ich Ihnen dafür, daß Sie mir in Ihrem Brief vom 4. Oktober 1985 über die Sendung Monitor am 1. Oktober 1985 über Fluoride in der Kariesprophylaxe berichtet haben. Die Angelegenheit hat mich sehr erregt, und ich finde es ganz unglaublich, was man sich in der Berichterstattung des öffentlichen Fernsehens erlaubt.

Es ist nicht richtig, daß ich mich gegen Fluoride als Kariesprophylaxe ausgesprochen habe und mein Name ist in diesem Zusammenhang mißbraucht worden.

Ich habe mich mit der Problematik persönlich nie beschäftigt und daher auch nirgends und niemals eine Stellungnahme dazu abgegeben. Meine Kenntnisse beruhen nur auf dem Studium der Literatur und auf Gesprächen mit meinen beiden ältesten Kindern, die Fachärzte für Pädiatrie sind. Wie wir zu der Problematik stehen, mögen Sie daraus ersehen, daß alle meine 16 Enkelkinder regelmäßig Natriumfluorid zur Kariesprophylaxe bekommen haben oder noch bekommen.

Ganz ungewöhnlich für eine "sachliche" Berichterstattung ist das Einblenden der 11 Nobelpreisträger. Ich weiß nicht, ob Ihnen die Namen im einzelnen etwas sagen und Ihnen bekannt ist, daß von den 11 aufgeführten Preisträgern nur noch 3 am Leben sind. Alles sind alte Herren. Ich selbst wurde 1903 geboren, Murphy 1892 und Semenov 1896. Die Todesdaten der übrigen sind bemerkenswert: von Euler-Chelpin 1964, Hess 1973, Heymans 1968, Hinshelwood 1967,

Robinson 1975, Sumner 1955, Theorell 1982 und Virtanen 1973. Ich bin überzeugt, daß keiner zu seinen Lebzeiten zu dem Problem Stellung genommen hat. Außerdem läge sie weit zurück. Wie kann man nur in dieser Weise eine Beunruhigung in die Bevölkerung tragen und völlig unrichtige Darstellungen machen. Ich hoffe, daß eine genügend scharfe Antwort darauf erfolgen wird."

Die Monitor-Redaktion wurde auf diese Manipulationen hingewiesen und dringend um entsprechende Korrektur der Aus-

sagen in der nächsten Sendung gebeten.

Dr. Hanns-Werner Hey
Lindenschmitstr. 44
8000 München 70

FLUORIDIERUNG SPART AMALGAM

In der großen Landgemeinde Yass im australischen Bundesstaat Neusüdwaales wird seit nunmehr 30 Jahren das Trinkwasser fluoridiert. Wie eine der letzten Ausgaben des Australian Medical Journal berichtet, beträgt der jährlich Amalgambedarf der Zahnärzte von Yass 300 Gramm. Der gesamt-australische Durchschnittsbedarf pro Zahnarzt ist drei Kilogramm hoch.

ZM 19/85, S. 2124

DENT·O·CARE



PROPHYLAXE · SERVICE

Aus unserem Angebot:

Größte Auswahl von Prophylaxe-Artikel
vieler bekannter Hersteller
Floss-a-matic Zahnseidehalter,
Motivationsartikel, Studienmodelle,
Plaklite, Stirnlampen.
Neue Produkte u. v. a.

Fordern Sie unseren Katalog an:
Peter J. Kane, Dent-o-care,
Postfach, 8011 Brunthal, Tel. 08102/4112

betrifft: Prophylaxe der Zahnkaries mit Fluoriden

Seit 1983 werden wieder zunehmend Falschmeldungen über das Spurenelement Fluorid und seine Rolle in der Kariesprophylaxe verbreitet.

In den letzten 30 Jahren hat es schon mehrmals solche Offensiven gegeben. Am besten hat sich jeweils bewährt, die Ruhe zu bewahren und Polemik zu vermeiden. Die unermüdlich weitergetriebene Forschung hat den gesundheitlichen Nutzen der Fluorprophylaxe vollauf bestätigt, und die Fluorgegner können keine Daten vorweisen, mit denen sie alte oder neue Behauptungen stützen können. In diesem Sinne besteht kein Grund zur Beunruhigung.

Die meisten, die sich gegen die Kariesvorbeugung mit Fluoriden wenden, berufen sich auf Schriften von R. Ziegelbecker aus Graz. In zahnärztlichen Kreisen ist Ziegelbecker seit 1969 durch seine Einwürfe gegen die Fluorprophylaxe bekannt. Er behauptete zuerst, der Rückgang des Kariesbefalls in den Fluorstudien sei auf späteren Zahndurchbruch und nicht auf die Fluorschutzwirkung zurückzuführen. Nachdem diese Hypothese sich als absurd erwiesen hatte, erfand er weitere Einwände, die jedoch alle widerlegt sind. Es gelingt indessen Ziegelbecker immer wieder, Laien zu verunsichern oder gar in Schrecken zu versetzen.

Die Monitorsendung vom Dienstag, 1. Oktober 1985 im Deutschen Fernsehen war ein Beispiel hierfür. Ziegelbecker sagte unter anderem: "... die Bedenken über einen Zusammenhang zwischen Fluoridierung und Krebs sind nicht ausgeräumt." Er negiert ganz einfach viele Arbeiten, die unter anderem Clemmesen gründlich analysiert hat (Bulletin der Weltgesundheitsorganisation 61 (5): 871-883, 1983). Clemmesen hat gezeigt, daß kein solcher Zusammenhang besteht und daß die Autoren Yiamouyannis und Burk, die einen solchen glaubten gefunden zu haben, sowohl bereits vorhandene Daten nicht studierten als auch die eigenen falsch auswerteten.

Der Schaden, den falsche Aussagen im Fernsehen und in der Presse der Vorbeugung zufügen, ist in der BRD deutlich erkennbar: während in der Schweiz, in den Niederlanden, in ganz Skandinavien und den hochindustrialisierten englisch sprechenden Ländern der Kariesbefall zurückgeht, ist das in der BRD kaum oder gar nicht der Fall.

Prof. Dr. T.M. Marthaler
Zahnärztliches Institut der Universität Zürich

Oktober 1985

aspekte — aspekte — aspekte —

VERBESSERT DIE VOLLVERSICHERUNG ORALE GESUNDHEIT?

Eine amerikanische Untersuchung

Am Ende der Untersuchung hatten die Probanden der kostenfreien Versicherung weniger erkrankte Zähne als die Vergleichsgruppen. Diese Ergebnisse sind statistisch signifikant mit Ausnahme der Gruppe der 35- bis 64jährigen. Die Personen mit den höchsten Selbstkosten hatten auch die höchste Erkrankungsrate.

Die Anzahl gefüllter Zähne zeigte ein exakt umgekehrtes Bild. Personen mit Versicherung ohne Selbstbehalt hatten nach Ablauf der Studie die meisten gefüllten Zähne.

Bei der Anzahl fehlender Zähne zeigte sich keinerlei Differenzierung. Lediglich bei Kindern zwischen zwölf und siebzehn konnte eine leichte Tendenz zu mehr fehlenden Zähnen in den 50- und 95-Prozent-Selbstbeteiligungsgruppen beobachtet werden ($P < 0,05$).

Die parodontale Gesundheit konnte bei

den kostenfreien Gruppen als signifikant besser eingestuft werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß bei freier Versorgung eine Verbesserung durch Versorgung erkrankter Zähne mittels Füllungen sowie ein günstigerer Parodontalstatus erreicht werden, wohingegen keine Veränderung in der Zahl verlorengangener Zähne zu beobachten ist.

Weitere statistische Auswertungen zeigten bei Untergruppen doch noch interessante Ergebnisse. So konnte für die Personen bis 35 Jahren eine Verbesserung der Oralgesundheit durch Reduzierung der Behandlungskosten erreicht werden. Weiterhin ließ sich gerade bei Untergruppen mit besonders schlechtem Eingangsstatus durch kostenfreie Behandlung eine Besserung beobachten.

(Baillit, H. et al.: JADA 110, 701 (1985)).

Zahnärztl. Praxis, 11/85, S. 442-7

WAHR UND UNWAHR

Wahr ist, daß der Präsident der Bundeszahnärztekammer Horst Sebastian den Rückgang der Kariesverbreitung zu denjenigen Entwicklungen zählt, die verunsichern und mutlos machen können.

Unwahr ist, daß der Präsident der Bundesärztekammer den Rückgang von Tumorerkrankungen als einen Grund für Mutlosigkeit ansieht.

Zurück auf den Hinterhof der Medizin?

— Kritik an BDZ-Essentials

SELBST DIE KÖNIGLICH-BAYERISCHE HOFBERICHTERSTATTUNG BZB KONNTE SICH DIE BEMERKUNG NICHT VERKNEIFEN, DASS DIE BDZ-HAUPTVERSAMMLUNG IN SAARBRÜCKEN ZU EINER SUBSTANTIELLEN ERÖRTERUNG BERUFSPOLITISCHER PROBLEME NICHT IN DER LAGE WAR.

1981 hatte Dr. Sebastian sein Amt als BDZ-Präsident noch mit "Initiativen für die 80er Jahre" angetreten. Bei der kürzlichen Wiederwahl reichte sein Programm nur noch für "Essentials", acht Grundsätze, die in der Mehrzahl dem restaurativen, "mutlosen" Stil zahnärztlicher Berufspolitik entsprechen. Von der - selten genug - tagenden BDZ-HV hatte die Kollegenschaft neue Impulse, mindestens aber eine fundierte Diskussion über Zustand und Zukunft des Berufsstandes erwartet. Dieser Anspruch erwies sich erneut als Überforderung, da sich Kraft und Konzentration im Lamentieren über Geld und "wirtschaftliche Schwierigkeiten" erschöpfte. Eine substantielle Erörterung brennender Probleme jenseits von Punktwerten fand nicht statt. Diese nur eindimensionale Problemsicht wurde durch die Statements Sebastians nicht wesentlich irritiert, so daß die große Einhelligkeit der 113 Herren keinen ungewohnten Belastungen ausgesetzt war.

Ohne nun jedes Präsidentenwort auf die Goldwaage legen zu wollen, halten wir es für notwendig, wenn gelegentlich auch kontroverse Meinungen geäußert werden. Unsere kollegiale Kritik soll beispielhaft an drei dieser Essentials verdeutlicht werden, deren inhaltender bis falscher Ansatz weitere Blockaden zukunftsorientierter Versorgungsstrukturen befürchten lassen.

Essential 1:

"Durchbruch von der Gruppen- zur Individualprophylaxe"

Individualprophylaxe wird hier nicht als eine gleichwertige Form der Prävention verstanden. Ihre eindeutige Bevorzugung hat nicht gesundheitspolitische, medizinische Gründe, das Hauptmotiv ist vielmehr die Organisation von Behandlungskapazitäten. Der "Durchbruch" zur Individualprophylaxe erleichtert den finanziellen Ausgleich des nachlassenden Zahnersatz-Sektors. Vorrang genießt zahnärztliche Arbeitsbeschaffung wo epidemio-

logische Daten sofortigen und umfassenden Einsatz aller (!) tauglichen Mittel erfordern. Mit der Beschränkung auf individualprophylaktische Betreuung weniger wird der "Status quo" kariöser und parodontitischer Durchseuchung vieler nicht verändert. Internationale Erfahrungen haben gezeigt, daß mit individualprophylaktischen Maßnahmen allein keine wesentliche Senkung der Morbiditätsraten erreicht werden kann. Dieses Essential ist die vornehme Umschreibung dafür, daß das sogenannte Obleute-Konzept gescheitert ist. Es war ein (gutgemeinter, aber) untauglicher Versuch mit untauglichen Mitteln. Auch die hier und da installierten Landesarbeitsgemeinschaften-Zahn-gesundheit (LAGZ) sind ja in Zielsetzung und Funktion nicht viel mehr, als PR-Organen für die freien Praxen: Eine aufgebauerte Konstruktion ohne die notwendige Breitenwirkung.

Der avisierte Durchbruch zur Individualprophylaxe ist schließlich auch ein erneuter Schlag gegen den Jugendzahnärztlichen Dienst. Die gleichzeitig verpaßte Streicheleinheit des Präsidenten ist blanke Hohn. Er preist "den kollegial-kooperativen Zusammenschluß als ethisches Postulat unserer Berufspolitik und fordert alle erdenkbare Hilfe für unsere Kollegen im öffentlichen Gesundheitsdienst, deren Laufbahnen selbstverständlich und nicht nur finanziell attraktiver werden müssen!" Dieser Schwulst dürfte bei den betroffenen Kollegen bestenfalls ein müdes, abgeklärtes

Lächeln bewirken. Im Klartext heißt es nämlich korrekt: "Der Jugendzahnärztliche Dienst macht überall dort Schwierigkeiten, wo er noch relativ stark besetzt ist, er zeigt keine Bereitschaft Kindergärten abzugeben." Ende des BDZ-Zitates. Der DAZ hat sich jahrelang sozialistischer Umtriebe bezichtigen lassen müssen, weil er die Aufwertung und Aktivierung des Jugendzahnärztlichen Dienstes fordert.

Noch 1981 schien es so, als würde der BDZ sich die anspruchsvollen, gesundheitspolitischen Ziele der WHO bis zum Jahr 2000 zu eigen machen. (Kariesfreiheit bei 50% der 5- bis 6jährigen, DMF-I-Index von maximal 3 durchschnittlich bei 12jährigen Kindern) Diese Zielvorstellung landete bald in der großen Kiste guter (lästiger, unerfüllbarer?) Vorträge, ohne daß geringste Anstrengungen zu ihrer Realisierung unternommen worden wären. Man muß daraus schließen, daß sich der BDZ längst von den WHO-Forderungen abgekoppelt hat, weil soviel Gesundheitszuwachs hierzulande nicht zu leisten ist und/oder als wirtschaftliche Bedrohung empfunden wird. Im übrigen müsse man "Meinungspfeiler gegen die vom Ostblockeinfluß getragene World-Health-Organization festigen". Dieser Meinungspfeiler ist die FDI, jener feine "Circle elder dentists" mit der Präferenz für exklusiven Umgang miteinander, jedoch ohne ernsthafte gesundheitspolitische Ambitionen. Die Quasi-Absage an die WHO darf nicht als Randereignis gesehen

werden. Diese Haltung ist für die Beurteilung der inneren Verfassung des BDZ höchst aufschlußreich. Der BDZ ist wahrscheinlich die reichste Zahnärzte-Gesellschaft der Welt, hat aber keine Skrupel, sich aus der internationalen Inpflichtnahme davonzustehlen. Das krasse Ungleichgewicht, daß 80% aller Zahnärzte der Welt lediglich 10% aller Patienten versorgen, wird achselzuckend zur Kenntnis genommen. Neben diesem entwicklungspolitischen Desinteresse dürfte auch die Blamage durch die WHO-Studie (1973) noch unvergessen sein, in der die bundesdeutsche Zahngesundheit denkbar schlecht abschnitt. So erscheint es wohl opportun, die WHO-Kontakte abkühlen zu lassen und sich einem neuen (immer noch peinlichen) Vergleich zu entziehen.

Essential 5:

"Vermeidung neuer einengender Qualitätskontrollen".

Mit der Absage an wie immer auch organisierte Konzepte der Qualitätssicherung (QS) wird weitere Fremdbestimmung unseres Berufsalltags vorprogrammiert. Es wird sich als berufspolitischer Kardinalfehler herausstellen, wenn die Initiative zur QS aus der Hand gegeben oder verpaßt wird. Es genügt eben nicht, sich "argumentativ zu rüsten, wenn diese Frage von außen angetrieben wird". Die gut ausgestatteten BDZ-Institute sind zu teuer, um als bloße PR-Agenturen mißbraucht zu werden. Warum werden Qualitätsfragen dort nicht konstruktiv

und zukunftsorientiert bearbeitet? Wer glaubt, die Frage nach der Qualität zahnärztlicher Leistungen stur aussitzen zu können, dem ist die Entwicklung in vergleichbaren internationalen Zahnärzteschaften, aber auch in fast allen nationalen medizinischen Disziplinen entgangen. Daß gar das beliebte FVDZ-Argument, der den Heil- und Kostenplan genehmigende Kassenangestellte sei die sicherste Qualitätskontrolle, immer noch nicht als falsch (!) entlarvt ist, muß als Beweis unserer Rückständigkeit auf diesem Sektor gelten. Eine "gute Aus- und Fortbildung" sind bewiesenermaßen noch keine Garantien gesicherter Qualität, sondern lediglich günstige Voraussetzungen dafür. Allerdings gibt es durchaus berechtigte Zweifel an der Güte der derzeitigen Ausbildung und den Verdacht, daß die unbestritten guten Fortbildungsmöglichkeiten nur von einigen (immer den gleichen?) Kollegen genutzt werden. QS-Maßnahmen zielen aber auf das generelle Niveau!

In der Medizin gibt es eine seit Jahren lebhaft diskutierte und Erprobung freierwilliger QS-Konzepte. So wäre es nur folgerichtig und politisch klug, wenn auch die Zahnmedizin "von innen" QS-Programme entwickeln, akzeptieren und anwenden würde. Die Bereitschaft, unsere bisher immer nur propagierte generelle Leistungsfähigkeit auch zu messen, zu objektivieren, würde unsere Position bei allen zu erwartenden Verhandlungen, gerade im Kampf um die Einzel-

leistungsvergütung, entscheidend stärken. Nicht zuletzt gilt es auch, einen erneuten Gesichtsverlust und den Vorwurf akademischer Schmalpurigkeit zu vermeiden, der mit Recht geäußert werden wird, wenn wir uns weiter gegen die Erarbeitung qualitätssichernder Maßnahmen sperren. Wenn weiterhin Einsicht und Fähigkeit für QS-Konzepte fehlen, werden wir dort landen, wo wir nach Dr. Sebastian herkommen: auf dem "Hinterhof der Medizin" (ZM 20/85, S. 2245). Qualitätssicherung findet primär unterhalb der Ebenen statt, die Sebastian als "das beste Kontrollsystem der Welt" hochstilisiert: Gutachter, Einigungsausschüsse, Schlichtungsstellen, Gerichte. QS hat ja gerade die Funktion sowohl Zahnärzten als auch Patienten den nicht immer erfreulichen Kontakt mit diesem "besten Kontrollsystem der Welt" zu ersparen.

Der DAZ jedenfalls wird auch ohne offiziellen Segen weiter an der Erprobung von Instrumenten der Qualitätssicherung arbeiten. Es kommt darauf an, daß Erfahrung und Sachverstand aus Praxis und Universität aktiv in QS-Programme eingebracht werden, bevor fachfremde Dritte eine konstruktive Entwicklung gefährden. Als "Dritte" mit bestehendem bzw. potentiell Interesse an der Qualitätskontrolle zahnärztlicher Leistungen müssen folgende Institutionen angesehen werden: BM Arbeit und Soziales, DGB, Krankenkassenverbände, Patientenschutz-Organisationen, Verbraucherschutz-

verband, Stiftung Warentest u.a.

Essential 8:

"Ausbau des zweiten Programms zur Herstellung des kulturellen, literarischen und karitativen Bezugs."

Das klingt verdächtig, auf jeden Fall ungewohnt! Soll damit die "erfolgreiche Tour vom Hinterhof" in die Beletage gekrönt werden? Wir wollen nicht lästern, wir wollen aber auch nicht den Verdacht haben müssen, daß dieses "zweite Programm" lediglich als Weichspüler für das knallharte erste dienen soll. Die Organisation von Ausstellungen "Der Zahnarzt als Künstler" (o.ä.), der gemeinsame Besuch der "Lustigen Witwe" (o.ä.) kann nicht ausschließlich gemeint sein. Ohne Häme unterstellen wir Sebastian, erwarten es geradezu, daß ihm die beunruhigende Studie über "Das Image des Zahnarztes" (ZM 14/85, S. 1530 ff) unter die Haut gegangen ist, daß er sich der Profilneurose auffallend vieler Zahnärzte, dem Sozialisationsdefizit unseres Standes, der unterentwickelten Intellektualität bewußt ist. Weil das so ist, sollte Kollege Sebastian mutig, offen, von Freunden und Fachleuten gut beraten, diese Probleme deutlicher ansprechen, als es bisher üblich war. Dazu gehört auch, daß er seine (!) eher dumpfe, von Verarmungsphantasien gepeinigte BDZ-Hauptversammlung auch mit unangenehmen Wahrheiten und Aufgaben konfrontiert und sie nicht noch in ihrer Perspektivlosigkeit einlullt.

Nicht ein noch so aalglattes PR-Management, nur die Wahrheit wird uns freimachen. In diesem Zusammenhang sind Seminare, Übungen, Zahnärztetage wie die Lindauer Bodenseetaugung mit dem Nachdenken über Konkretisierung von Berufsethos, Präzisierung von Kollegialität, Sozialfunktionen, u.v.a. von großer Wichtigkeit und Pilotwirkung. Diese Impulse dürfen nicht in Sonntagsreden versanden, sondern müssen auch in berufspolitischen Entscheidungsprozessen erkennbar werden. Das ist "kultureller Bezug"!

Es gibt zahlreiche Schwachstellen, an denen speziell-zahnärztlicher Mangel an sozialem Fingerspitzengefühl deutlich wird. Lehrbeispiele waren jüngste FVDZ-Aktionen zur Durchsetzung honorarpolitischer Vorstellungen (z.B. sog. "Reverserklärungen", Personalabbaudrohung, SSS-Drohung: "schneller, schlechter, schmerzhafter!"). Es wäre eine "essentielle" Funktion des Präsidenten, den Stil von Honorarverhandlungen positiv zu beeinflussen, Feindbilder abzubauen, manche rüde Praxis auch seines "zentralistisch geführten Kampfverbandes" zu kultivieren, Wirkköpfe dieses Kampfverbandes wie Bieg, Dygatz und Schirbort zu mäßigen. DAZ-Fazit: Wenn das "erste Programm ausgewogener wäre, könnte sich der BDZ die Klimzüge des "zweiten" sparen. Es käme vieles von selbst!

Daß der "karitative Bezug des BDZ" überhaupt Erwähnung findet, ist gut. Wir vermuten

aber, daß es (noch) fremde Federn sind, mit denen sich die Herren schmücken. Gemessen am finanziellen Background des BDZ, gemessen auch an der wachsenden Zahl von uneigennützig denkenden Kollegen, geschieht offiziell fast nichts. Was könnte den BDZ hindern, unter dem Dach (oder besser im Keller) seines Zentralinstituts z.B. eine Arbeitsgruppe zu installieren, die sich mit unserem karitativen Bezug z.B. für die Dritte Welt beschäftigt. Der BDZ hat die Möglichkeiten vorauszu-denken, zu fördern, zu koordinieren, zu tragen: wenn er will! Die sentimentale Berufung auf beispielhafte Aktionen einzelner Kollegen ist zu billig, selbst wenn dann, wie Kollege Bartels, Göttingen, unverhofft vom "karitativen Arm des BDZ" befördert wird. In diesem Fall war Bartels der Kopf, der BDZ hat ein paar Finger gerührt.

Aber auch im eigenen Land ist die zahnärztliche Caritas nicht allzu üppig gediehen und ausbaufähig, wie Kollege Sebastian mit Recht eingesteht. Uns ist nicht entgangen, daß er auf verzückte Beschreibungen eines zahnmedizinischen Idealzustandes hierzulande verzichtet. Die Behandlung von Behinderten, Heimbewohnern, Asylanten und anderen Randgruppen findet nach wie vor auf der noch gerade zulässigen Sparflamme oder weniger statt. Das ist nicht nur ein sozialpolitisches Problem, sondern zunächst eine Frage unserer humanitären, ärztlichen Einstellung. Diese Haltung zu stärken ist erste Präsidenten-

pflicht, besonders dann, wenn man sich wie Dr. Sebastian auf so eine satte (!) Mehrheit stützen kann. Oder ist vielleicht gerade dieser Umstand

sein größtes Hindernis!?

Dr. Christian Nielsen
Lindenschmitstr. 44
8000 München 70

STEHT DIE ÄNDERUNG DER ZULASSUNGSORDNUNG VOR DER TÜR?

Im Bundesarbeitsministerium hat man sich aber offenbar entschlossen, einen nicht unbedeutenden Schritt in Richtung auf eine Krankenversicherungs-Strukturreform schon jetzt vorzuziehen und dieser Schritt dürfte das besondere Interesse der niedergelassenen Ärzte finden: ohne großes Kampfgetöse, eher mit den Mitteln der Geheim-Diplomatie, haben sich die Koalitions-Partner, die Krankenversicherungsverbände und die KBV auf eine Änderung der Zulassungsordnung verständigt, die noch in dieser Legislaturperiode realisiert werden soll. Dabei geht es zunächst um die Einführung von Zulassungssperren in solchen Gebieten, die nach den Richtzahlen der kassenärztlichen Versorgung deutlich überbesetzt sind. Solche Zulassungsbeschränkungen könnten sowohl regional als auch sektoral,

auf die jeweilige Facharzt-Gruppe bezogen, ausgesprochen werden.

Die zweite Komponente der Neuordnung des Zulassungsrechts bezieht sich auf die Definition bestimmter qualitativer Zulassungsvoraussetzungen. Zwar wird es die sog. Pflicht-Weiterbildung nicht geben, aber die zwei Jahre "Arzt im Praktikum" werden nicht ausreichen, um den jungen Arzt wirklich praxisreif zu machen. Also denkt man darüber nach, ob man von dem zukünftigen Kassenarzt über die zwei Jahre AiP hinaus ein weiteres Jahr Erfahrungszeit verlangen sollte, das er in der ärztlichen Praxis verbringen müßte. Das wären zusammen drei Jahre, und die würden zur Ausübung der Funktion eines Hausarztes nach Übereinstimmender Meinung ausreichen.

Arzt und Wirtschaft, 25/85, S. 1

DAZ-forum - dreimal jährlich - DAZ-forum

Die Schonzeit ist zu Ende

— der FVDZ innerlich zerstritten?

Am 4. Nov. 1985 hatte die Bezirksstelle München - Stadt und Land - der KZV Bayerns ihre alljährliche Mitgliederversammlung. Hier hielt der 1. Vorsitzende der KZVB Kollege E.H. Müller ein Referat über aktuelle Standespolitik; der mit Spannung erwartete Höhepunkt war natürlich der Bericht über die abwertende Umstrukturierung, die der Erweiterte Bewertungsausschuß am 11.9.85 beschlossen hatte, und in dem er selbst als Chefunterhändler auf der Zahnärzteseite tätig gewesen war.

An diesem Montagabend - kurz nach dem Hubertustag - wurde zum Halali geblasen und KZVB-Müller erstmals in der Öffentlichkeit zum Abschluß freigegeben. Oberjäger war Kollege Gutmann, der Landesvorsitzende des FVDZ, und seine Jagdgesellschaft waren Mitglieder der Bezirksstelle München des FVDZ.

Was war geschehen, daß der Angriff sich nicht nur auf den altbekannten und neu anvisierten Feind, die Krankenkassen, richtete, sondern erstmals - zumindest hier in Bayern - auch auf die eigenen verantwortlichen Leute? In der KZVB saß ja bisher kein Vertreter, der nicht über die Wahlliste des FVDZ dorthin gelangt wäre.

Natürlich war man sich ursprünglich noch einig in der

Ablehnung der Krankenkassenforderungen und bevorzugte eine kostenneutrale Umstrukturierung in Richtung konservierende Zahnbehandlung und forderte eine Zuschußänderung für Zahnersatz durch Festzuschuß. Der Erweiterte Bewertungsausschuß entschied durch einen schiedsamtähnlichen Beschluß mehrheitlich gegen die Stimmen der Zahnärzte die bekannten Änderungen, aber keine Änderung in Richtung Festzuschuß.

Erfreulich war das wahrlich für keinen Zahnarzt und es werden wohl für uns Zahnärzte gewisse Einschränkungen notwendig werden und hoffentlich geraten auch andere Personengruppen im Gesundheitswesen in Zugzwang, so wie auch die Zahnärzte in Zugzwang geraten sind.

Daß die zahnärztlichen Verhandlungsvertreter das "liebe Kind" Festzuschuß nicht heimholen konnten, bei dem doch die Senkung von ZE vorprogrammiert ist, war nun der Anlaß, zunächst dunkle Drohungen anzusprechen. Die Krankenkassen forderten nun gleich einen gesplitteten Punktwert, mit dem Ziel Kfo und ZE nochmals weniger zu bewerten als die übrigen Leistungsbereiche und außerdem eine Punktwertabsenkung.

Und als es nun unsere KZBV-Verhandler im Bundesausschuß

für Zahnärzte und Krankenkassen noch wagten, sich mit den Krankenkassenvertretern an einen Tisch zu setzen, da war das der casus belli.

Zerbrochen scheint die bisherige Arbeitsteilung: Vor der Kulisse strecken Vertreter beider Parteien (Partner? Feinde?) ihre Beine unter den gemeinsamen Tisch und verhandeln. Hinter der Kulisse wird kräftig auf die Pauke gehauen, um der einen Seite den Rücken zu stärken. Doch können zu viele Paukenschläge und zu harte, unverblümete Schläge das Trommelfell eines Sonnyboys vom BMA und von anderen zunächst Unbeteiligten zerplatzen lassen, Paukenschläge wie: "bei Honorarverlust können wir die Patienten nicht mehr schmerzfrei behandeln" oder "die Unterdrückung durch die Krankenkasse ist wie die Judenverfolgung".

Doch zurück zu jenem denkwürdigen Montagabend. Die Jäger hatten ihre Munition schon parat von den kurz vorausgegangenen Versammlungen: Hauptversammlung des FVDZ in Mainz und Mitgliederversammlung der Bezirksgruppe Oberbayern. Es konnte also gleich losgeballert werden mit Hilfe eines teilweise gemeinsamen Spickzettels, ohne in eine Diskussion über Hintergründe, Beurteilung und Folgerungen des Schiedsspruchs einzutreten.

Die Spaltung, die sich da auftrat in Radikalos und Realos in Führungszeichen, war sofort offensichtlich und zwang auch die Teilnehmer sich für die

eine oder andere Seite zu entscheiden.

Die Radikalos forderten - wie allenthalben inzwischen bekannt - totalen Bruch und Kampf gegen die Kassen - ohne Rücksicht und expressis verbis auch ohne Rücksicht auf eigene wirtschaftliche Verluste.

Als Kampfmaßnahmen empfehlen sie Behandlungsverweigerung bis hin zur Niederlegung der Kassenzulassung und den Rückzug auf extensiv genutztes Abdingen z.T. schon jeglichen festsitzenden Zahnersatzes.

Die Realos hingegen fordern zwar grundsätzlich auch eine Änderung des Systems der zahnärztlichen Versorgung, insbesondere des Zahnersatzes, sind aber dennoch bereit zu Verhandlungen mit den Kassen trotz deren überspannten Forderungen und wollen durch geschicktes Vorgehen die Einschränkungen für die Zahnärzte möglichst gering halten. Zum taktischen Verhandeln gehört das Schaffen von Spielraum durch Senken der ZE-Kosten, einerseits durch Drücken der Lab- und Mat-Kosten (billigeres Metall) und andererseits Abwälzen von Kosten auf den Patienten (weniger Zuschuß zu Edelmetall und Ausgrenzen) und hoffen so insgesamt auf weniger Zahnersatzleistungen.

Bei den bald oder etwas später zu erwartenden Gefahren- und Streitpunkten sehen die Realos eine gewisse Wertigkeit: Ganz weit oben steht das Ziel, die Einzelleistungsvergütung zu erhalten und eine Plafondie-

zung zu vermeiden, wie sie die Ärzte schon ausgehandelt haben gegen die Zusage einer Zulassungs-drosselung. Die nächsten Streitpunkte gesplitteter Punktwert und Punktwerthöhe rangieren zwar nicht so hoch in der Wertigkeit, müssen aber in allernächster Zeit angegangen werden und zwar mit der "Rückenstärkung" der abwertenden Umstrukturierung.

Zu den Realos zählten einige Kollegen, die neben E.H. Müller in der KZVB Verantwortung tragen, und eine Minderheit im Saale, so daß der Antrag auf Unterstützung und Forcierung der Abdingung durch die KZVB als einziger Antrag im Sinne der Radikalos mehrheitlich angenommen wurde.

Außer durch ihre finanziellen Schwierigkeiten (Beitragserhöhung) sind die Krankenkassen auch durch das Verhalten der Zahnärzte selbst aggressiver

geworden und versuchen noch eins draufzusatteln, indem sie den entstandenen indirekten Druck in der Öffentlichkeit ausnützen, wenn ein Teil der Zahnärzte einerseits droht, den Streit auf den Rücken der Patienten auszutragen, und andererseits als die Personifizierung einer armseligen Sklavenschaft erscheinen will. Dies haben die Realos in Anführungszeichen gewiß erkannt, nur getrauen sie sich noch nicht das offen zu sagen. Woran sie aber noch nicht gedacht haben, geschweige daß sie es hätten untersuchen lassen: wieweit können kollektive und semikollektive vorrangig vor der individuellen Prophylaxe, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Änderung der Wirtschaftlichkeitsprüfung Kostenersparnis und somit Verhandlungsmasse bringen?

Dr. Hannes Brosch

Ammerseestr. 6

8021 Neuried b. Mchn.

BLÜM ANTWORTET HERRMANN

Gegenstand ernsthafter Prüfung muß es sein, ob der Aufwand für zahnmedizinische Versorgung (13,9 Milliarden Mark = 13,4 Prozent der Gesamtleistungsausgaben der GKV) zu hoch ist und in welchem Rahmen Einsparungen geboten sind und wie sie verwirklicht werden können, schreibt der Bundesarbeitsminister Dr. Norbert Blüm an den Bundesvorsitzenden des Freien Verbandes Julius Herrmann. Skeptisch äußerte er sich zu dem Vorschlag Festzuschüsse einzuführen, weil dadurch die

Kosten auch für notwendige zahnmedizinische Leistungen lediglich auf die Versicherten verlagert werden könnten, ohne daß sie zu mehr Wirtschaftlichkeit führten. Die insoweit auch von den Krankenkassen geäußerten Bedenken seien leider nicht ausgeräumt. Im übrigen bedauert Blüm mit Blick auf die Veröffentlichungen des Freien Verbandes ein Übermaß an Polemik, er würde sich freuen, wenn der Dialog wieder stärker sachbezogen verlaufen würde. A+S-aktuell, Nr. 22/85, S. 18

Wie effektiv ist das Obleutekonzept wirklich?

ZAHLEICHE EPIDEMIOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN ZEIGEN, DASS EIN KARIERÜCKGANG IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND NICHT FESTZUSTELLEN IST. GRUPPENPROPHYLAXESTUDIEN IM IN- UND AUSLAND ERGABEN EINE KARIEREDUKTION UND EINE VERBESSERUNG DER GINGIVALEN SITUATION. DEMGEGENÜBER LIEGT EINE EFFIZIENZANALYSE DES OBLEUTEKONZEPTEES NICHT VOR. DER DAZ SCHLÄGT ZUR VERBESSERUNG DER JUGENDZAHNPFLERGE EINEN AUSBAU DES JUGENDZAHNÄRZTLICHEN DIENSTES UND DIE ERÖFFNUNG DER BEHANDLUNGSMÖGLICHKEIT FÜR ZAHNÄRZTE DES ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSDIENSTES VOR.

Die WHO steckte für den Bereich der Jugendzahnpflege im Jahre 2000 folgende Ziele:

1. 50% der 5- bis 6jährigen sollen kariesfrei sein.
2. Der globale Durchschnitt soll nicht mehr als drei kariöse, fehlende und gefüllte Zähne im Lebensalter von 12 Jahren haben.
3. 85% der 18jährigen sollen noch alle ihre Zähne haben. (17)

Regionale und bundesweite Mitteilungsblätter verbreiten den Optimismus, daß sich schon jetzt ein Wandel in der Kariesverbreitung andeute. BDZ-Chef Dr. Sebastian weiß von Erfolgen der Gruppenprophylaxe zu berichten und fordert den Durchbruch von der Gruppen- zur Individualprophylaxe. (5) In einem Grußwort zur 110. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde stellte er fest: "..., die Kariesverbreitung wird in dem heute schon überschaubaren Zeitraum bis zur Jahrhundertwende zurückgehen - das sind Daten und Entwicklungen, die verunsichern

und mutlos machen können." (18)

Wie sieht nun die Realität aus?

Patz und Naujoks (14) beschrieben 1980, daß von 3013 Personen im Alter von 15 bis 24 Jahren nur 10 kariesfrei waren. 45% der Probanden besaßen noch ein vollbezahntes Gebiß.

Naujoks und Hüllebrand (12) berichteten, daß sich der DMF-T-Index bei einer Gruppe von 15- bis 24jährigen in der Zeit von 1978 bis 1983 nicht veränderte. Bei den 13- bis 14jährigen verschlechterte sich der Index von 8,8 auf 10,8. Im internationalen Vergleich hinkt nach Ansicht der Autoren die Bundesrepublik auf dem Gebiet der Kariesverhütung offenbar zwei Jahrzehnte hinterher.

Der Renson-Report besagt, daß sich die Kariessituation der 12jährigen in der Bundesrepublik in der Zeit von 1973 bis 1983 nicht verändert hat. (9) Hingegen wiesen Dänemark, Eng-

PHARMADOR

Ihr Dental-Depot
mit Komplett-Service

ob

Räumlichkeiten

Planung

Finanzierung

Bauleitung

am besten kommen Sie gleich zu uns

Garantiertes Service-Netz im gesamten Bundesgebiet



PHARMADOR GmbH. & Co.

Dentalhandels KG.

Schwanthalerstraße 32

8000 MÜNCHEN 2

Telefon 0 89 / 59 45 47

Ihr Partner für die Zukunft

land, Finnland, Irland, Niederlande und Schweden eine hohe Kariesreduktion auf (33 bis 51,25%).

In Göttinger Kindergärten wurden Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren hinsichtlich Kariesprävalenz und Mundhygiene untersucht. (16) Nur 28% der Kinder waren kariesfrei. Im Vergleich zu einer Untersuchung von 1979 ließ sich der Kariesrückgang zwar auf ca. 30% schätzen. Auf keinen Fall darf aber nach Ansicht der Autoren aus der Untersuchung auf einen bundesweiten Trend des Kariesrückganges geschlossen werden. Voraussetzung für die Verbesserung war mühsame Prophylaxe-Kleinarbeit. Pieper und Kessler (15) betonen, daß für die Bundesrepublik Deutschland keine repräsentativen Studien vorliegen, die einen Trend des Kariesrückganges beweisen.

Böhme (2), Vorsitzender des BDZ-Ausschusses Kindergarten und Jugendzahnpflege, wies 1982 z.T. auf diese epidemiologischen Studien hin und konstatierte, daß das erkrankte Gebiß die Regel darstellt. Er forderte die Kollegenschaft auf, sozialmedizinische Pflichten außerhalb der Praxis zu übernehmen und stellte das von Hellwege entwickelte Ob-
leutekonzept vor. Nach Angaben von Hellwege (7) wird hiermit die Zahnpflege für Kinder im Vorschulalter bundesweit verwirklicht.

Zahlreiche Gruppenprophylaxestudien im In- und Ausland ergaben einen Kariesrückgang und

eine Verbesserung der gingivalen Situation:

- In der Gemeinde Wallisellen erfolgten in der 1. Schulklasse wöchentlich und in der 2. und 3. Klasse 14tägig Zahnreinigungsübungen mit einem Fluoridgelee, die jeweils 10 bis 15 Minuten dauerten; von der 4. Klasse an bis zur Schulentlassung fand noch 6mal jährlich überwachtes Zahnbürsten mit einer Fluoridlösung statt. (3) Die Untersuchungsgruppe zeigte ausnahmslos bessere Gingivaverhältnisse. Bei der Schulentlassung waren etwa 50% der Kinder gingivitisfrei.
- In Jönköping führte ein Präventivprogramm für Schulkinder mit Fluorid-Mundspülungen einmal die Woche in der Zeit von 1973 bis 1978 bei 10jährigen zu einer Veränderung des DF-S-Indexes von 9,3 auf 4,4. (10)
- Als Minimalforderung eines Präventivprogramms gilt nach Marthaler (11) 6mal pro Jahr erfolgendes Zähnebürsten mit einem Fluoridpräparat. 1963/64 waren bei den 12-jährigen im Kanton Zürich 8,08 Zähne an Karies erkrankt, 12 Jahre nach Vorbeugung 3,87.
- In Reutlingen wurden in den Grund- und Sonderschulen 6mal jährlich, in den Kindergärten 14tägig oder monatlich unter Aufsicht von Lehrkräften, Erzieherinnen und Zahnputzmuttis, Zähne mit einem Aminfluoridgelee,

verbunden mit Mundhygieneinstruktionen, gebürstet. (19) In den Kindergärten nahm die Zahl der naturgesunden Gebisse im Verlauf der Jahre ständig zu. Der Karieszuwachs verminderte sich bei den 8- bis 9jährigen um 33% und bei den 9- bis 10jährigen um 30%.

- Winter, (20) Jugendzahnarzt, beschrieb Erfahrungen mit systematischer Gruppenprophylaxe in 84 Kindergärten. Er beobachtete von 1976 bis 1982 einen beachtlichen Rückgang der Behandlungsbedürftigkeit. So stieg die Zahl der Vorschulkinder mit naturgesunden Milchmolaren von 16% im Jahre 1976 auf 45% im Jahre 1982. Die Zahl der Kinder mit behandlungsbedürftigen Milchmolaren sank in diesem Zeitraum von 65 auf 33%.

Die Liste von Gruppenprophylaxemaßnahmen mit begleitender Effizienzanalyse ließe sich beliebig fortsetzen. Wie steht es nun mit einer Effizienzanalyse des Obleutekonzeptes? Erforderlich ist eine bundesweite, repräsentative Studie.

Ein Bericht, daß mittlerweile 7000 Zahnärzte als Obleute tätig sind, (8) bleibt ohne große Aussagekraft. Es muß bezweifelt werden, daß das Obleutekonzept die beschriebene Schubkraft auf Länderebene entwickelt hat, sich mit diesem Konzept die Gruppenprophylaxe effektiv flächendeckend realisieren läßt und dies auch wirklich gewünscht wird.

In der 1. Auflage "Aufbau und Materialien zu einem Jugendzahnpflegekonzept für Kinder im Vorschulalter" weist Hellwege (6) auf Daten der Auswertung zur Wirksamkeit der Jugendzahnpflege beim Planungsstab für Öffentlichkeitsarbeit der Zahnärzte hin. Werden diese Daten tatsächlich angefordert, so verschickte der Planungsstab umfassendes Informationsmaterial (Serviceprojekte des Planungsstabes, Weißbuch zahnärztlicher Prophylaxe, Leitfaden für Gespräche des Zahnarztes mit seinen Patienten, Zahnmedizinische Prophylaxe, Zahngesundheitserziehung im Kindergarten), das jedoch Daten einer Effizienzanalyse vermissen läßt. In einem Telefongespräch war immerhin zu erfahren, daß vorhandene Daten nur für den internen Gebrauch bestimmt seien. Die neue Auflage "Aufbau und Materialien zu einem Jugendzahnpflegekonzept für Kinder im Vorschulalter" läßt übrigens den Hinweis auf Daten vermissen.

Demaskierend ist die Notiz über eine Sitzung des Planungsstabes mit Vertretern der Zahnärztekammer Nordrhein, (13) aus der zwei Abschnitte zitiert werden:

1. "Von seiten Nordrhein wandten wir hier in besonderem Maße ein, daß wir grundsätzlich gegen die Bildung von lokalen Arbeitskreisen sind, weil wir damit auch in den Zwang kommen, überall dort, wo wir gar nicht in der Lage sind, Bedarf an Obleuten zu

erfüllen, dies auch offen-
zulegen. Fast aus allen
Bundesländern wurde uns be-
stätigt, daß es sehr
schwierig sei in einzelnen
Gebieten die Zahnärzte-
schaft dauerhaft für eine
Mitarbeit zu gewinnen."

2. "Diskussion innerhalb der
Zahnärzteschaft - Prophy-
laxe schränkt zahnärztliche
Tätigkeit in der Zukunft
ein.
Solche Bedenken wurden aus
verschiedensten Kammerge-
bieten bekannt und es wurde
für die Öffentlichkeitsar-
beit nach innen folgende
Argumentation vorgeschla-
gen:
 - a) Das Bemühen um Prophy-
laxe muß von seiten der
Zahnärzteschaft vorange-
trieben werden, um die
Glaubwürdigkeit sicher-
zustellen.
 - b) Durch die Prophylaxear-
beit in Kindergärten
wird das Milchgebiß erst
behandlungsfähig, die
Kapazität wird damit im
Behandlungsumfang erwei-
tert und erschlossen.
 - c) Durch die Forderung des
2mal jährlichen Vorsor-
gebesuches wird ein ver-
stärktes Aufsuchen von
Zahnarztpraxen erreicht.
 - d) Mit der Prophylaxe er-
schließt sich der Zahn-
arzt ein ärztlich-medi-
zinisches Arbeitsgebiet.
 - e) Gruppenprophylaxe in
Kindergärten ist die Ba-

sis für die Durchsetzung
der Individualprophylaxe
und sicherit deren Er-
schließung."

Der DAZ (4) macht folgende
Vorschläge zu einer Verbesse-
rung der Jugendzahnpflege in
der Bundesrepublik:

1. Ausbau des bestehenden ju-
gendzahnärztlichen Dien-
stes, der in Kindergärten
und Schulen für Prophylaxe-
unterricht, Mundhygienein-
struktionen und Fluoridie-
rungsmaßnahmen verantwor-
tlich ist.
2. Eröffnung der Behandlun-
gsmöglichkeit für Zahnärzte
des Öffentlichen Gesun-
heitsdienstes.
3. Ausbildung von Prophylaxe-
helferinnen und angelernten
Hilfskräften nach Schweizer
Muster.

Sollte die Gruppenprophylaxe
einmal tatsächlich greifen und
ein Kariesrückgang zu ver-
zeichnen sein, dann sollte
nicht darüber lamentiert wer-
den, daß die Karies schon wie-
der eine Runde verloren hat.
Axelsson (1) äußerte sich im
Rahmen eines Referates über
ein erfolgreiches schwedisches
Prophylaxeprogramm:

"Wir verdienen trotzdem unser
Geld, nur der Patient zahlt
für die Gesundheit statt für
die Krankheitsbeseitigung."

Dr. Manfred Witte
Oldenburger Str. 36a
2905 Edewecht

Der medizinische Doppelschutz gegen Parodontose und Karies



**morgens
aronal**

**abends
elmex**

Spezialisten bieten besseren Schutz.

elmex Forschung · Wybert GmbH. 7850 Lörrach

"DER FREIE VERBAND WIRD SEINE POLITISCHE KRAFT AUCH IN ZUKUNFT DAFÜR EINSETZEN, UM DEN WEITEREN AUFBAU DER GRUPPENPROPHYLAXE IN DER BUNDESREPUBLIK ZU FÖRDERN. VORSORGE IST BESSER ALS HEILEN, INSBESONDERE WENN ES UM DIE GESUNDHEIT SCHUTZBEDÜRFTIGER KINDER GEHT."
(Nieders. Zahnärztebl. 20, 248 (1985))

Literaturverzeichnis:

1. Axelsson, P.: Das erfolgreiche schwedische Prophylaxeprogramm. Zahnärztl Prax 34, 234 (1984)
2. Böhme, P.: Die Jugendzahnpflege gehört in unsere zahnärztliche Obhut. Zahnärztl Mitt 72, 1376 (1982)
3. Curilović, Z. und Steiner, M.: Der Einfluß zweier Mundhygieneprogramme auf den Zahnfleischzustand bei Kindern. Schweiz Mschr Zahnheilk 89, 404 (1979)
4. Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde: Grundsätze und Empfehlungen zur kassenzahnärztlichen Versorgung. Dienerstr. 20, 8 München 2
5. Häussermann, E.: Dr. Horst Sebastian bleibt BDZ-Chef. Zahnärztl Mitt 75, 2092 (1985)
6. Hellwege, K.-D.: Aufbau und Materialien zu einem Jugendzahnpflegekonzept für Kinder im Vorschulalter. Planungsstab für Öffentlichkeitsarbeit der Deutschen Zahnärzte, Universitätsstr. 73, 5000 Köln 41
7. Hellwege, K.-D.: Jugendzahnpflege nach dem Obleute-/Patenschaftskonzept. Der Freie Zahnarzt 29, 23 (1985)
8. hf/bdz: 7000 Zahnärzte als Obleute. Zahnärztl Mitt 75, 1510 (1985)
9. Ketterl, W.: CORE: Kommission für Mundgesundheit, Forschung und Epidemiologie. Zahnärztl Mitt 75, 324 (1985)
10. Koch, G.: Entwicklung, Organisation, Durchführung und Ergebnisse eines Dental-Vorsorgeprogrammes. Zahnärztl Prax 32, 327 (1982)
11. Marthaler, Th.: Was kann eine präventiv orientierte Jugendzahnheilkunde erreichen? Ergebnisse 15jähriger systematischer Bemühungen in der Schweiz. Dtsch Zahnärztl Z 34, 76 (1979)
12. Naujoks, R. und Hüllebrand, G.: Mundgesundheit in der Bundesrepublik. Zahnärztl Mitt 75, 417 (1985)
13. Notiz an den Prophylaxe-Ausschuß.
14. Patz, J. und Naujoks, R.: Morbidität und Versorgung der Zähne in der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. Dtsch Zahnärztl Z 35, 259 (1980)
15. Pieper, K. und Kessler, P.: Methoden der Kariesepidemiologie. Dtsch Zahnärztl Z 40, 372 (1985)
16. Pieper, K., Kessler, P. und Simaitis, K.: Kariesbefall, Sanierungsgrad und Mundhygiene bei Kindern im Vorschulalter. Dtsch Zahnärztl Z 40, 865 (1985)
17. Reckort, H.-P.: Rückgang der Karies verändert die Zahnheilkunde in vielen Staaten. Zahnärztl Mitt 75, 568 (1985)
18. Sebastian, H.: Grußwort. 110. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
19. Sigrist, H.: Die "Reutlinger Methode" als semikollektive Kariesprophylaxe für Schulen und Kindergärten. Zahnärztl Prax 31, 338 (1981)
20. Winter, K.: 45% naturgesunde Milchmolaren bei 6jährigen Vorschulkindern. Zahnärztl Mitt 72, 2642 (1982)

ERFOLGREICHE GRUPPENPROPHYLAXE IN HEILBRONN

Dr. Büttner und Dr. Lasotta berichten in der Quintessenz 11/85 über ein von 1981-1985 in Heilbronn durchgeführtes Gruppenprophylaxeprogramm mit dem Ziel der Verbesserung der Mundhygiene und der Anwendung von Fluoridpräparaten. Insgesamt wurden 20 000 Kinder erfaßt, von denen die Hälfte von Anfang an, also über 4 Jahre, dabei waren. Bei den 8-11jährigen wurden im Dauergebiß Kariesreduktion zwi-

schen 54 und 36 % und im Milchgebiß zwischen 20 und 16 % festgestellt. U.a. wurden auch die Qualität der Mundhygiene, die Art der verwendeten Zahnpasta und Süßigkeitenkonsumgewohnheiten untersucht. Träger dieser Aktion waren die Zahnärzteschaft des Stadt- und Landkreises Heilbronn, die AOK, die Innungskrankenkasse, zwei Betriebskrankenkassen, das Oberschulamt sowie die Träger der Kindergärten.
C.W.

PHARMAINDUSTRIE MUSS BEITRAG ZUR KOSTENDÄMPFUNG LEISTEN

Kassen fordern deutliche Preissenkung

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung begrüßen die deutlichen Worte des Bundesarbeitsministers an die Adresse der pharmazeutischen Industrie, endlich auch einen Beitrag zur Erhaltung von Beitragssatzstabilität für die Beitragszahler in der Krankenversicherung zu leisten. Die Bereitschaft der pharmazeutischen Industrie, unverzüglich verbandsinterne Schritte einzuleiten, um den Ausgabenanstieg bei Arzneimitteln zu begrenzen, wird mit Befriedigung zur Kenntnis genommen. Die Pharmaindustrie würde sich damit dem Beispiel anderer Leistungserbringer anschließen.

Die Spitzenverbände erwarten, daß die Pharmaindustrie nunmehr Vorschläge unterbreitet, die eine dauerhafte Kostensenkung bedeuten. Eine vorübergehende Zurückhaltung bringt keine Entlastung für die Krankenversicherung,

weil die pharmazeutischen Unternehmen erfahrungsgemäß dies in Kürze mehr als ausgleichen.

So sehr die freiwilligen Maßnahmen begrüßt werden, so sind die Spitzenverbände der Ansicht, daß der Gesetzgeber damit nicht aus der Verantwortung entlassen ist, im Pharmabereich eine wirksame Steuerung durch die Selbstverwaltung einzuführen.

Kurzfristig ist es erforderlich, daß die Pharmaindustrie dem bisherigen erheblichen Kostenschub von 1985 durch deutliche Preissenkungen und eine Einschränkung der Werbeaktivitäten begegnet. Die pharmazeutische Industrie nützt derzeit rigoros ihre Marktmacht aus.

(Gemeinsame Presseerklärung der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 20.9.1985)

DOK 1985, S. 743

Ebenbeck gewählt

Die Jahreshauptversammlung des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde am 5.10.1985 in Wiesbaden hat ihren früheren Ersten Vorsitzenden Dr. Gerd Ebenbeck, Regensburg, erneut in dieses Amt gewählt.

Um möglichen Interessenkollisionen vorzubeugen, hatte Ebenbeck den Vorsitz im Sommer niedergelegt, als er eine Beratungstätigkeit für den Bundesverband der Betriebskrankenkassen aufgenommen hatte. In diesem Zusammenhang war Ebenbeck vom "Freien Verband Deutscher Zahnärzte" als "Verräter" und "70 % GOZ-Abwertungs-Experte" angeprangert worden. Der Zweite Vorsitzende des "FVDZ", Bieg, hat seine unkollegialen Tiraden nach gerichtlicher Auseinandersetzung inzwischen zurücknehmen müssen.

Vor seiner erneuten Wahl hatte Ebenbeck der DAZ-Jahreshauptversammlung über den Verlauf der Verhandlungen zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und den Krankenkassenverbänden berichtet. Hierbei waren nach sehr harten Auseinandersetzungen Änderungen im Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen vereinbart worden, wonach künftig Leistungen aus den Gebieten der Kieferorthopädie und des Zahnersatzes um etwa 15 % geringer, zahnerhaltende Maßnahmen aber im Durchschnitt um über 4 % höher vergütet werden. Die an den Verhandlungen

beteiligten Zahnarztfunktionäre und der KZBV-Chef Dr. Zedelmeier hatten erkennen müssen, daß die wirtschaftlichen und sozialpolitischen Rahmenbedingungen ein für die Zahnärzte günstigeres Ergebnis nicht zuließen.

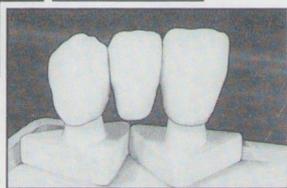
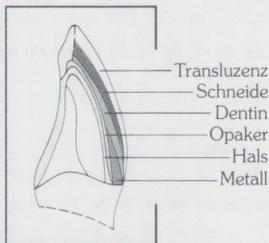
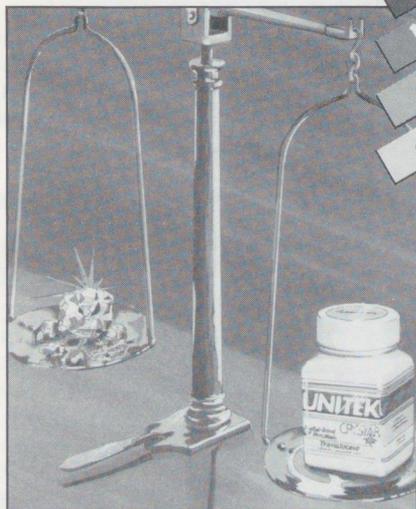
Eher das Gegenteil ist der Fall: Will man das Prinzip der Einzelleistungsvergütung - allgemein anerkannt als Voraussetzung für eine qualifizierte Zahnheilkunde - gegenüber den Forderungen nach Pauschalierung und Plafondierung auch in der Zukunft erhalten, sind weitere Kürzungen bereits abzusehen. Der Handlungsspielraum eines Bundesarbeitsministers wird durch die Liquiditätseckdaten der Sozialversicherungen bestimmt, ob er nun Ehrenberg oder Blüm heißt.

Kämpferische Aufrufe des "Freien Verbandes" sprechen nun bereits von Verzichtspolitik und greifen den Vorsitzenden der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung persönlich an. Nach den bislang bekannten Verhaltensmustern der zahlenmäßig sehr kleinen Führungselite des "FVDZ" muß daraus gefolgert werden, daß Zedelmeiers "Abschuß" bereits beschlossene Sache ist. Die Realpolitik des KZBV-Chefs - früher selbst Bundesvorsitzender des "Freien Verbandes" - macht das große Dilemma dieser berufspolitischen Partei sichtbar: Die Masse seiner "zentral von oben gelenkten"

UNITEK[®]

CRYSTAR[®]

hohe Transluzenz
 licht- und farbneutral
 sichere Verarbeitung
 geringste Schrumpfung



CRYSTAR[®]-Keramikmassen lösen endlich Farbprobleme bei künstlichen Lichtverhältnissen. Die natürliche Farbkonzanz, 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

(Zit. Bieg) Mitglieder erduldet die Vorstandspolitik nur so lange schweigend, wie die wirtschaftliche Situation der Zahnärzte weiter verbessert oder doch zumindest erhalten wird. Die bekannten starken Worte des "FVDZ" werden bei vielen Kollegen den falschen Eindruck erweckt haben, durch "kämpferische Solidarität" und Boykott ließen sich die Zuwachsraten vergangener Jahre auch weiterhin erzielen. In den Boom-Zeiten hatten sich darauf vertrauend ja leider sehr viele Kollegen mit Fremdinvestitionen zum "Steuern-Sparen" ganz unnötig überschuldet; da können jetzt schon kleinere Einbußen manches Kartenhaus zum Einsturz bringen.

Das jetzige Säbelgerassel des "Freien Verbandes" ist also mehr als Demonstration nach innen gedacht; man bastelt an einer Dolchstoßlegende, wobei die Rolle des Meuchelmörders dem DAZ und seinem Ersten Vorsitzenden Ebenbeck zugeordnet ist.

Wir wissen bereits aus unserem Gespräch mit Herrn Bieg vor einem Jahr in Baden-Baden, daß er uns als "Schuldigen vom Dienst" für alle ungünstigen Entwicklungen in der bundesdeutschen Zahnärzteschaft vorgelesen hat.

Zuviel der Ehre: Zwar verkennen wir nicht, daß unser Einfluß wächst, doch können auch wir keine Eckdaten verändern.

Auch die jetzt von der KZBV angekündigten "Kampfmaßnahmen"

- beschlossen von der dortigen Mehrheit des "Freien Verbandes" - werden sicherlich nicht das Verhandlungsergebnis im nachhinein für die Zahnärzte verbessern können: Auch dies sind reine Alibiaktionen der Mandatsträger für ihre Wähler, wodurch als meßbares Resultat lediglich das Klima künftiger Verhandlungen weiter verschlechtert wird. Wer wie bei der Vertreterversammlung der KZBV in München am 25.10. zum "Streik" aufruft und eine "prothetische Notversorgung" ab 1.1.86 propagiert, macht sich nicht nur ungläubwürdig, er schadet der Zahnärzteschaft.

Tatsächlich haben die Zahnärzte nur zwei Möglichkeiten:

Entweder bleibt man bei den bekannten Verweigerungs- und Boykottstrategien - dann werden ohne und gegen die Zahnärzte fremdbestimmte Regelungen ohne Sachkunde installiert werden -, oder man läßt zahnärztliche Sachkompetenz mit einfließen - dann werden sachlich vertretbare Umschichtungen möglich, aber auch unakzeptable Einschränkungen vermeidbar sein.

Ein bereits jetzt überwiegend mit Zahnerhaltung befaßter Kollege wird durch den neuen Bewertungsmaßstab kaum Einbußen erfahren. Wer sich aber bisher überwiegend oder fast ausschließlich mit Zahnersatzmaßnahmen befaßt hat, wird seine Therapiestandards überdenken müssen; dies ist auf dem Weg zu besserer Zahnheilkunde kein Rückschritt.

Zu diesem Themenkreis schreibt der Landesvorsitzende des "Freien Verbandes" für Niedersachsen, Schirbort:

"Wer ... in den eigenen Reihen immer noch glaubt, mit Zugeständnissen bei der Abwertung zahnärztlicher Leistungen würde man erreichen, endlich in Ruhe gelassen zu werden, ist total im Irrtum. In Ruhe gelassen werden wir erst, wenn unsere politischen Gegner ihr Ziel: den total abhängigen Arzt und Zahnarzt erreicht haben." 1)

Noch deutlicher wird der Landesvorsitzende des "Freien Verbandes" für Nordrhein, Dygatz:

"Wir nehmen lieber den unheilvollen Zwang des Staates mit seinen pseudodemokratischen Spielregeln in Kauf, als die Hand für Fehlentwicklungen nach sozialistischem Strickmuster zu reichen." 2)

Diese Fortsetzung und Verschärfung des Konfrontationskurses in Zeiten leerer Kassen kalkuliert also bewußt den Untergang der bewährten Strukturen mit ein. Jegliche Art konstruktiver Mitarbeit aus der Zahnärzteschaft wird sogleich wieder als "sozialistisch" gebrandmarkt, obgleich klar erkannt ist, daß eine fremdbestimmte staatliche Regelung "unheilvoll" sein wird.

Schier unglaublich, wie verächtlich und geradezu anarchistisch man beim "Freien Verband" über Staat und Demokratie denkt.

Nach Ebenbecks Einschätzung muß sich gerade in Zeiten schwieriger Rahmenbedingungen die Sozialpartnerschaft durch Rückbesinnung auf Kooperation wieder festigen. Dringend vonnöten ist die Erweiterung des Horizonts am Verhandlungstisch. Man muß wieder lernen, nicht nur über aktuelle Geldmengen, sondern auch über künftige Auswirkungen, z.B. Spareffekte durch Prophylaxe und verbesserte Behandlungsqualität, nachzudenken. Nur so läßt sich auch künftig das Prinzip freiberuflicher Ausübung der Zahnheilkunde mit Fortbestand der Einzelleistungsvergütung erhalten.

Nach intensiver und offener Diskussion setzte sich bei der DAZ-Jahreshauptversammlung die Auffassung durch, Ebenbecks Beratertätigkeit für den Bundesverband der Betriebskrankenkassen sei in diesem Sinne als vertrauensbildende Maßnahme zwischen den entfremdeten Vertragspartnern zu werten. Deswegen konnte die Versammlung hierin auch keinen Loyalitätskonflikt erkennen.

Dr. Gerd Ebenbeck wurde ohne Gegenstimme erneut zum Ersten Vorsitzenden des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde gewählt.

Dr. Till Ropers
Alter Marktplatz 4
2162 Steinkirchen

Quellen:

- 1) Schirbort, K.H., Nds. Zahnärzteblatt 9/1985, S. 411
- 2) Dygatz, P.Dent.-Tax 3/85, S. 4

Was die KZVen noch immer verhindern wollen: Kostentransparenz durch Computeranalyse

Zum zweiten Mal ist nun realisiert worden, was der DAZ seit fünf Jahren fordert, die Kassenzahnärztlichen Institutionen jedoch als "undurchführbar" ablehnen: die Überprüfung der Kassenwirtschaftlichkeit ärztlicher Leistungen durch Computeranalysen, mit deren Hilfe man das Diagnose- und Therapieverhalten von Ärzten rekonstruieren kann.

Während beim Bundesverband der Betriebskrankenkassen eine Studie läuft, die das Ergebnis vierjähriger zahnärztlicher Bemühungen bei 5.000 Patienten analysiert (Ermittlung sogenannter Zahn- oder Mundkarrieren), hat die AOK Dortmund einen Modellversuch gestartet, dessen Ziel es ist, das Rezeptierverhalten der Ärzte im vierten Quartal 1984 festzustellen. Wie DIE ZEIT Nr. 38 vom 13.9.85 berichtet, "ist es der Inhalt des Versuchs, jedem zugelassenen Dortmunder Arzt sein persönliches Verschreibungsprofil zu vermitteln. Dieses Profil, per Computer anhand der abgerechneten Rezepte ermittelt, enthält:

- Zahl, Alter und Geschlecht der Patienten, die ein Rezept bekommen haben;
- die Zahl der Rezepte wie die Zahl der darauf verordneten Arzneien;
- die am häufigsten verordne-

ten Indikationsgruppen wie die am häufigsten verordneten Arzneien;

- eine Aufschlüsselung der 40 umsatzstärksten Medikamente, die im jeweiligen Abrechnungsquartal verschrieben wurden."

Neben dem persönlichen Verschreibungsprofil enthält die Computerinformation zum Vergleich auch die jeweiligen Durchschnittszahlen der anderen Ärzte. Ziel dieses Versuchs, der vom Bundesministerium gefördert wird, ist nicht, jemanden zu bestrafen, sondern zu erreichen, daß "jeder Arzt erst einmal sich selbst fragt, aus welchen Gründen er etwa weit über dem Verordnungsdurchschnitt seiner Kollegen liegt. Ergänzend steht den Ärzten ein Gremium aus Pharmakologen und pharmakologisch geschulten Ärzten zur weiteren Beratung zur Seite."

Kostendämpfung und Qualitätssicherung besteht also, wie dieser Versuch zeigt, zuerst einmal in Leistungs- und Kostentransparenz mit dem Ziel der Aufklärung und Motivation zur Selbstkontrolle des Arztes.

Das Wichtigste: die Analyse findet mit Unterstützung der

Whaledent-Technologien sind perfekt durchdachte Behandlungssysteme, mit denen es sich schnell, sicher und ökonomisch arbeiten läßt.

Feine Technik in Praxis und Labor

PARA POST® Universelles Wurzelstiftsystem

BONDENT® Parapulpärstift für die Ätz- und Bonding-Technik

TMS LINK PLUS® Parapulpärer Schraubstift

P 3.4 intrakoronales T-Geschiebe mit einstellbarer Friktion und austauschbarer Patrize

D 2.7 extrakoronales Präzisionsgeschiebe, sichere Friktion bei extrem kleinen Abmessungen

SPLINT LOCK® Frontzahnschienung

INDENTRA SPLINT® Molarenschienung

PARAMAX®/V.I.P.® Pinlay-Technik

SMS® Splint-Mate-System/

VSMS® Vertical-Splint-Mate-System
Verschraubung von Gußteilen

TACTILE PLUS® Instrumente für kontrollierte und schonende Extraktion

RX-911® Reparaturtechniken an fest-sitzendem Zahnersatz

VAC EJECTOR® wirksame Absaugung ohne Beeinträchtigung der Spraywirkung

PINDEX® Sägemodellerstellung mit Pins

ACCUTRAC® Sägemodellerstellung ohne Pins

Strobex Ultron Electrosurge
Neue Einsatzmöglichkeiten in der Elektrochirurgie

 **Whaledent International**

WHALEDENT Dentalprodukte, Postfach 10 12 63, D-6360 Friedberg, Telefon (0 60 31) 51 38

Coupon

Whaledent informiert durch Produktbeschreibungen – Literaturhinweise – Video-Cassetten – Diavorträge – Beratung durch geschulte Außendienstmitarbeiter

Ich interessiere mich für die Whaledent-Produkte und wünsche weitere Informationen zu

Ich erwarte Ihren Anruf unter (_____) _____ regelmäßig die „Whaledent-Informationen“

Kassenärztlichen Vereinigung statt! Demgegenüber hat die Zahnärzteschaft eine Mitwirkung an der Studie des Bundesverbands der Betriebskrankenkassen strikt abgelehnt. Was sie aber sicher nicht davon abhalten wird, über unsere Fremdbestimmung durch die Krankenkassen zu lamentieren, falls diese solche Analysen notgedrungen in alleiniger Regie durchführen werden.

Natürlich mag mancher Dortmunder Arzt diese Untersuchung seines Rezeptierverhaltens zuerst einmal als lästig empfinden. Vielleicht überwiegen auf den zweiten Blick aber die Vorteile: diese Analyse näm-

lich als nützliche Information über den eigenen Standort innerhalb der Heilkunde und innerhalb der Kollegenschaft anzusehen. Dann kann sie nämlich auch ein Anstoß zum Nachdenken darüber sein, ob man diese oder jene liebgewonnene Verordnungsgewohnheit nicht dem aktuellen Stand der Pharmakologie und des Marktes (!) anpassen sollte - zum Vorteil des Patienten, der Krankenkasse und nicht zuletzt des alten Ego. Auch für die Zahnärzte wäre es deshalb in Zukunft besser, zu agieren statt zu lamentieren.

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

OHNE SPEZIELL FORTGEBILDETE HELFERIN KEINE VERNÜNFTIGE PA-BEHANDLUNG MÖGLICH

Jeder parodontologisch arbeitende Zahnarzt hat Probleme mit der Flut von Vor- und Nachsorgebehandlungen seiner Parodontal-Patienten. Der optimale Einsatz der derzeitigen deutschen Hilfskräfte ist weder möglich - da eine gute parodontal-prophylaktische Ausbildung, wie z.B. die bei einer Dental-Hygienist (DH), zur Zeit nicht angeboten wird - noch erlaubt - da das Zahnheilkundengesetz einen diesbezüglichen Einsatz von Hilfskräften nicht zuläßt. Ich behaupte, Millionen von Mark für durchgeführte PA-Behandlungen, die von Krankenkassen und Patienten bezahlt worden sind, wurden verschwendet, da die notwendige Vor- und Nachsorge nur äußerst dürftig bzw. überhaupt nicht ausgeführt wurden.

Unsere Standesvertretung will von dem Problem nichts wissen, da die Sorge um eine bevorstehende Zahnärzte-

schwemme jegliche Handlungsbereitschaft lähmt. Öffentlich sind es fachliche, qualitative Argumente, die jene Kollegen gegen eine "behandelnde tätige Prophylaxe" eintreten lassen.

Ich fordere deshalb unsere Standesvertretung auf, endlich die Möglichkeit zu schaffen, daß zahnärztliche Hilfskräfte selbstverantwortlich in bestimmten Bereichen eingesetzt werden können. Ich brauche in meiner Praxis eine Kraft - wie immer sie heißen mag: DH, ZMF (Zahnmedizinische Fachhelferin) oder Prophylaxehelferin - die mir Vor- und Nachsorgebehandlungen selbsttätig abnimmt, ohne daß ich in meiner eigenen Behandlungstätigkeit dauernd unterbrochen werde, um jeden Handgriff meiner ZMF zu kontrollieren, weil es formal und juristisch so verlangt wird.

BZB 10/85, S. 39

Bundesarbeitsminister Dr. Norbert Blüm zur Eröffnung der 17. Sitzung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen am 18. November unter anderem:

Die Ausgaben der Krankenkassen für zahnärztliche Behandlung werden in diesem Jahr voraussichtlich unterhalb der Grundlohnlinie verlaufen. Einen Beitrag hierzu hat auch die Empfehlung der Vertragspartner auf Bundesebene geleistet, die geltenden Vergütungssätze bis zum 31.12.1985 nicht anzuheben.

Die Ausgaben für Zahnersatz werden sich nach den vorliegenden Ergebnissen des ersten Halbjahres ebenfalls im Rahmen der Grundlohnentwicklung halten. Wir können deshalb feststellen: Von der zahnärztlichen Versorgung droht in diesem Jahr keine Gefährdung der Beitragssatzstabilität. Das darf sich auch in den nächsten Jahren nicht ändern.

Bei der Neubewertung der zahnärztlichen Honorarstruktur konnten im vergangenen Halbjahr ebenfalls erhebliche Fortschritte erzielt werden. Der erweiterte Bewertungsausschuß hat am 11. September beschlossen, durch eine Umstrukturierung des Bewertungsmaßstabs zum 1.1.1986 die konservierend-chirurgische Behandlung zu fördern und gleichzeitig Anreize für eine übermäßige Versorgung mit Zahnersatz und kieferorthopädischen

Leistungen abzubauen. Dieser Weg ist gesundheitspolitisch und ökonomisch richtig. Ich bitte die Zahnärzteschaft, ihn mitzugehen, auch wenn er mit Honoraropfern verbunden ist. Besitzstandsdenken kann nicht allein der Maßstab der Gesundheitspolitik sein. Sonst sind Fehlentwicklungen nicht mehr korrigierbar.

Einen zweiten wichtigen Schritt gegen die Überversorgung beim Zahnersatz hat Ende Oktober der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen zustande gebracht. Der Beschluß über die Ausgrenzungen von unwirtschaftlichem Zahnersatz entspricht einem ausdrücklichen Anliegen der Konzertierten Aktion. Auch die Versicherten müssen begreifen, daß die Solidargemeinschaft nicht für alle Luxuswünsche zuständig sind.

Sonst bedienen sich die Anspruchsvollen auf Kosten der Sparsamen und Bescheidenen. Begrenzte Einnahmen der Krankenkassen schaffen Grenzen, auch bei den Leistungen, nicht nur bei den Vergütungen.

Wir müssen wieder Raum schaffen für individuelle Verantwortung. Die Beschränkung der Regelversorgung beim Zahner-

satz auf ein medizinisch ausreichendes Maß ist daher ein wichtiger Schritt in diese Richtung.

Die Zahnärzteschaft hat darüber hinaus vorgeschlagen, im Bereich der zahntechnischen Leistungen Festzuschüsse der Kassen einzuführen. Hierüber sollte man weiter verhandeln.

Die Selbstverwaltung hat im zahnärztlichen Bereich bislang Handlungsfähigkeit bewiesen. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung hat angekündigt, ihre Mitarbeit an der heutigen Sitzung der Konzentrierten Aktion zu verweigern. Ich appelliere dringend an die Verantwortlichen: Kehren Sie zu einem konstruktiven Miteinander zurück! Lassen Sie sich nicht von Scharfmachern aus den eigenen Reihen auf einen Kurs der Konfrontation drängen. Ein Kurs, der die Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung in Gefahr bringt, den

Ruf nach dem Gesetzgeber provoziert, an den Grundpfeilern unseres freiheitlichen Gesundheitswesens sägt und damit letztendlich den Zahnärzten selbst schadet.

Der freie Verband Deutscher Zahnärzte wirft dem Bundesarbeitsministerium und den Krankenkassen Systemveränderung vor und ruft seine Mitglieder zu Widerstandsmaßnahmen auf. Wenn eine Politik der Beitragssatzstabilität Systemveränderung sein soll, so kann ich damit leben. Auch für die Zahnärzte kann und wird es hier, wie für alle anderen Beteiligten keine Ausnahme geben.

Und die Funktionäre, die leichtfertig das Wort Widerstand in den Mund nehmen, sollten einmal darüber nachdenken, mit welcher Tragweite dieser Begriff gerade in der jüngeren Geschichte unseres Landes verbunden ist.

DAZ-forum - dreimal jährlich - DAZ-forum

Frage: "Woher nehmen sich Zahnärzte des DAZ das Recht, den BDZ und seinen Präsidenten zu kritisieren?"

Antwort: "Weil sich beide nicht als 'Obrigkeit' verstehen, sondern als Einrichtungen ihrer eigenen Selbstverwaltung."

betrifft: Beitragsstabilität

SOZIALPOLITISCHE UMSCHAU DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

Die noch zu Beginn des Jahres sehr schrillen Töne, notfalls zur Erhaltung von Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung ein weiteres Kostendämpfungsgesetz zu erlassen, werden immer leiser. Die Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung hat im ersten Halbjahr 1985 sehr wesentlich dazu beigetragen. Die Politik wendet sich wieder mehr längerfristigen Perspektiven zu. Im Klartext heißt es: Sie beschäftigt sich mit Fragen und Problemen, mit denen die nächsten Bundestagswahlen zu gewinnen sind.

Beitragssatzstabilität noch nicht gewährleistet

Die Ausgabenentwicklung im ersten Halbjahr 1985 zeigt im Vergleich zum ersten Halbjahr 1984 eine deutliche Abflachung. Insgesamt darf dennoch nicht übersehen werden, daß die Ausgabenentwicklung nach wie vor steigend ist. Es hat sich lediglich die Intensität der Steigerung abgemildert.

Gesetzesinitiative gleichwohl wahrscheinlich

Trotz der nach wie vor ungünstigen Finanzentwicklung deutet vieles darauf hin, daß gesetzgeberische Schritte unwahrscheinlich geworden sind. Die Politiker schöpfen aus der Anpassung der Ausgabenentwicklung an die Grundlohnentwicklung offensichtlich Hoffnung auf Beitragssatzstabilität. Sie übersehen dabei - wie eingangs ausgeführt -, daß das Beitrags-

satzniveau insgesamt zu niedrig ist und daß Anpassungen an das Ausgabeniveau dringend notwendig sind.

Unter Berücksichtigung dieser Gegebenheiten sind die Äußerungen der sozialpolitischen Sprecherin der FDP-Bundestagsfraktion, Frau Dr. Adam-Schwaetzer, zu optimistisch, wenn sie meint, aus der Anpassung der Grundlohnsummen- und Ausgabenentwicklung ließe sich herleiten, daß das heutige Beitragssatzniveau ausreiche, die Ausgaben zu decken. Realistischer sind insofern eher die Äußerungen der SPD-Sozialpolitikerin Anke Fuchs, die nach wie vor energisch für Kostendämpfung eintritt und auch ein Kostendämpfungsgesetz für erforderlich hält. Ebenso halten der Bundeswirtschaftsminister und der Bundesarbeitsminister offensichtlich Maßnahmen gegen den Anstieg der Kosten im Gesundheitswesen noch in diesem Jahr für notwendig, beide mit dem Ziel, eine beschäftigungswirksame Lohnpolitik zu betreiben sowie die Steuerreform nicht durch die gegenläufige Entwicklung der Lohnnebenkosten zu konterkarieren. Die Minister weisen darauf hin, daß die Krankenkassenbeiträge im Durchschnitt jetzt 11,8 v.H. betragen und damit um 0,4 Prozentpunkte höher liegen als vor einem Jahr. Diese Entwicklung bedarf nach Auffassung des Wirtschaftsministers der Gegensteuerung, und zwar "insbesondere durch verstärkten Einsatz marktwirtschaftlicher Instrumente".

Über mögliche Maßnahmen gehen aber die Meinungen nach wie vor weit auseinander. Kostendämpfungen, die die Versicherten belasten, wie etwa

Selbstbeteiligungen, werden von den Krankenkassen, Gewerkschaften und Versicherten sowie den sie vertretenden Politikern durchweg abgelehnt. Kostendämpfungsmaßnahmen, die die Leistungserbringer, wie Ärzte, Zahnärzte und andere Heilberufe, belasten, werden zwar von den Versicherten und den Gewerkschaften gefordert und begrüßt, sind angesichts der Vorleistungen gerade dieser Gruppen politisch jedoch ebenso schwer durchzusetzen. Dazu kommt, daß diese Personengruppen durch Honorarpausen und Honorarverzicht vielfache Einsparungen bewirkt haben. Schwierigkeiten bestehen auch im Pharmasektor. Hier werden von vielen Seiten ordnungspolitische Erwägungen gegen Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und dem Bundesverband der pharmazeutischen Industrie sowie die Einführung einer Positivliste geltend gemacht. Die Politik setzt auf die Anwendung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und die neue Bundespflegeverordnung im Jahre 1986. Der allgemeine Tenor scheint zu sein: Lieber weitere Beitragssatzerhöhungen zu Anfang des Jahres 1986 als das Wahlvolk verprellen.

Veränderungen im zahnärztlichen Bereich

Im zahnärztlichen Bereich war es über eine neue Bewertung zahnärztlicher Leistungen möglich, zu einer Kosteneinsparung von rechnerisch 4,46 Millionen DM jährlich zu kommen. In der Presse ist vielfach darauf hingewiesen worden, die Krankenkassen hätten trotz dieses Einsparungseffektes ihr Ziel bei weitem nicht erreicht, weil die Einsparsumme insgesamt nur etwa 4,42 v.H. der Gesamtvergütung von rund 10 Milliarden DM an die Zahnärzte ausmacht. Die Krankenkassen hatten eine Absenkung der Bewertung der Lei-

stungen in der Prothetik und in der Kieferorthopädie von 30 v.H. gefordert. Sie haben eine Absenkung in der Prothetik von 13,27 v.H., das sind in bezug auf das Gesamthonorarvolumen 5,48 v.H., und in der Kieferorthopädie von 14,12 v.H., das sind in bezug auf das Gesamthonorarvolumen 1,31 v.H., erreicht. Sie haben nahezu die Hälfte ihrer Forderung umsetzen können. Leitmotiv für die Neubewertung der zahnärztlichen Leistungen war, Überbewertungen bei der Prothetik und bei der Kieferorthopädie abzubauen und zugleich Anreize für die Erhaltung der Zähne zu schaffen. Der Anreiz zu mehr Zahnerhaltung sollte durch eine drastische Abwertung der prothetischen Leistungen erreicht werden. Die Zahnärzte haben demgegenüber das Ziel verfolgt, jede Absenkung im prothetischen Bereich durch entsprechende Aufwertungen im konservierenden Bereich zu kompensieren. Das Gesamtergebnis wäre damit für den Zahnarzt kostenneutral gewesen. Die Zahnärzte haben dieses Ziel nicht verwirklichen können.

Andererseits konnten sich die Krankenkassen der Einsicht nicht verschließen, daß einige Leistungen im konservierenden Bereich zu niedrig bewertet sind. Insgesamt haben sie einer Aufwertung im konservierenden Bereich um 5,04 v.H. zugestimmt, was in bezug auf das Gesamthonorarvolumen 2,37 v.H. ausmacht. Mit der Neubewertung der Leistungen wurde zugleich erreicht, daß der Zahnarzt beim Zahnersatz an der Art der vom Zahntechniker verwendeten Materialien und an der Verblendung von Zähnen nicht mehr verdient. Der Zahnarzt hat somit in Zukunft kein finanzielles Interesse mehr, dem Versicherten einen hinsichtlich des Materials und der Art der Verblendung über das Maß des Notwendigen hinausgehenden Zahnersatz zu empfehlen.

Als weiterer Schritt bleiben die Prothetik-Richtlinien noch zu verabschieden. Hier geht es vorrangig um drei Problembereiche:

- > Welche Legierungen sind in der Regel zu verwenden?
- > Wieviel Zähne sind in der Regel zu verblenden?
- > Wieviel Verbindungselemente sind bei einer Kombination von festsitzendem und beweglichem Zahnersatz in der Regel notwendig und in welcher Qualität?

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben für diesen Entscheidungskomplex

den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen angerufen. Es wird noch für dieses Jahr mit einer Entscheidung gerechnet. Die neue Bewertung der zahnärztlichen Leistungen und die Prothetik-Richtlinien können dann gemeinsam zum 1.1.1986 in Kraft treten. Beides wiederum ist Voraussetzung dafür, um auf der geänderten Grundlage den Anschluß an die bis Ende des Jahres laufenden Vergütungsverträge zu finden. Die Krankenkassen sehen keine Veranlassung für eine Anhebung der Vergütungssätze.

DOK 20/1985, S. 76/77

Der VDZI moniert ferner, daß die Zahntechniker ihre Vergütungen nach derzeitigem Recht nicht direkt von den Krankenkassen, sondern von den Zahnärzten über deren kassenzahnärztliche Verrechnungsstellen erhalten. Im Verhältnis zwischen Zahnarzt und Zahntechniker komme es immer wieder und in zunehmendem Maße zu Zahlungsstockungen. Die Zahnärzte gewährten sich in nicht mehr zu vertretendem Umfang Zahlungsziele und Sonderkonditionen, ohne daß der Zahntechniker sich hiergegen wirksam wehren könne.

Das Zahntechnikerhandwerk fordert daher einen direkten Zahlungsfluß von Kasse zum Zahntechniker bzw. zu dessen über die Innung oder den Landes-

innungsverband zu organisierende Zahlstelle. Folglich will der VDZI die Vorschrift des § 368 n Absatz 1, die die Gesamtvergütung und die Zahnersatzvergütung regelt, um folgenden Zusatz ergänzt wissen: "Mit Ausnahme der Zuschüsse zu den Kosten für zahn-technische Leistungen bei Zahnersatz und Zahnkronen nach § 182 c". Entsprechend soll auch § 368 f Absatz 1, Satz 1 geändert werden, wonach die Zuschüsse nach § 182 c Absatz 1, die die Kassen entrichten, direkt an den Vertragspartner nach § 368 g Absatz 5 a, Satz 2 entrichtet werden. Schließlich fordert der VDZI auch eine Beteiligung bei der Schiedsamsbe-
setzung.

A+S-aktuell, Nr. 22/85, S. 6

"Die Reform des Gesundheitswesens ist vor allem eine Aufgabe der Bewußtseinsbildung."
E. Eppler, Ende oder Wende, S. 120

Wer berät die SPD?

— Zum Gesetzentwurf der Sozialdemokraten, die Einzelleistungsvergütung abzuschaffen und „Leistungskomplexhonorare“ einzuführen

Wieder einmal hat sich eine politische Partei des Leistungs- und Honorierungssystems der bundesdeutschen Ärzte und Zahnärzte angenommen und darüber nachgedacht, was geändert werden sollte oder müßte. Bislang haben sich besonders die Gesundheitspolitiker der CDU, CSU und F.D.P. zu Wort gemeldet: sie alle fordern in erster Linie mehr Leistungsbereitschaft - natürlich nicht von den Ärzten, sondern von den Patienten. Im Prinzip soll jedoch am System nichts geändert werden. Anders die SPD. Sie hat Grundsätzlicheres vor, wie aus einem "Diskussionsentwurf des Arbeitskreises Sozialpolitik der SPD-Bundestagsfraktion" hervorgeht. Er stellt die Grundlage dar für ein "Gesetz zur Weiterentwicklung der Vertragsgrundsätze des kassenärztlichen Gebührenrechts" siehe auch ZM 16/85, S. 1687 und Münchener Zahnärztlicher Anzeiger vom 23.8.85). In diesem Gesetzentwurf wird z.B. vorgeschlagen, Abweichungen vom Honorarverteilungsmaßstab, statt wie bisher einvernehmlich mit den Krankenkassen zu vereinbaren,

künftig von deren ausdrücklicher Zustimmung abhängig zu machen. Weiterhin sollen die zahntechnischen Leistungen voll vertraglich geregelt werden, und zwar ohne die Zahnärzte, in direkten Verhandlungen zwischen Zahntechnikern und Krankenkassen. Zahntechnische Leistungen aus dem praxiseigenen Labor sollen dabei niedriger bewertet werden als solche des gewerblichen Betriebes. Als gravierendste Änderung ist geplant, die Einzelleistungsvergütung abzuschaffen und dafür Leistungskomplexhonorare einzuführen. Zwar wird betont, daß "der Gesetzentwurf die Absicht verfolgt, die Maximierung des Behandlungsaufwandes durch die Einzelleistungsvergütung zu beseitigen und seine Minimierung durch Vergütungspauschalierungen zu verhindern"; doch kommt natürlich eine Leistungskomplexhonorierung de facto einer Pauschalvergütung gleich.

Eine Partei, die solche Forderungen erhebt, muß sich natürlich fragen lassen, ob sie sich vor der Erarbeitung die-

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
neuezeitliche Zahntechnik

DENTAL-LABOR
MICHAEL STAUFER
ZAHNTECHNIKERMEISTER
BRÄUHAUSSTRASSE 4A
8033 PLANEGG



Funk-Botendienst – Tel. 089/8599500

ses Gesetzentwurfs in ausreichender Weise sachkundig gemacht hat. Die Zeiten, als die zahnärztliche Leistung nur mit einer Kopfpauschale (Festbetrag pro Patient unabhängig vom Leistungsvolumen) honoriert wurde, können ja noch nicht vergessen sein. Die Pauschalhonorierung hat damals zur Krankenschein-Sammelleiendenschaft und zur Minimalzahnmedizin mit Fliegendreckfüllungen u.ä. geradezu herausgefordert! Es war diese Vergütungsart, die bei einem großen Teil der bundesdeutschen Zahnärzte den Boden bereitete für die fünf Minuten Loch auf-Loch zu-Therapie, bei der der Zahn mit diversen "Einlagen" ins nächste Quartal mit neuer Kopfpauschale überführt wurde. Sanierung war so gut wie ausgeschlossen, über das Minimalmaß hinausgehendes Engagement des Zahnarztes schierer Idealismus. Natürlich, dies steht außer Zweifel, haben die Zahnärzte sich für diese mageren Zeiten entschädigt und mit ihren hypertrophen Einkommensansprüchen das System der Einzelleistungsvergütung so ausgereizt, daß eine Fortführung ohne jede Steuerungsmöglichkeit die Leistungsfähigkeit des Sozialversicherungssystems überfordern würde. Da von niemandem ernsthaft bestritten werden kann, daß die Einzelleistungshonorierung die sinnvollste und gerechteste Vergütung ärztlicher Bemühungen darstellt, besteht das Problem also "lediglich" darin, Mißbrauch zu verhindern. Den gerechtesten und praktikabelsten Weg hierzu hat der DAZ schon vor fünf Jahren - und seither

immer wieder - vorgeschlagen: Aufbau eines Kontrollinstrumentariums, das sich an Qualitätskriterien orientiert und die Leistungsmenge begrenzt durch Regreß qualitativ unzureichender Leistungen. Dieses System könnte in den Computeranlagen der KZVen (also außerhalb der Praxis, aber trotzdem in der Hand der Zahnärzte) unter Berücksichtigung aller Datenschutzbestimmungen durchgeführt werden. Es würde die Vorteile für den Patienten (definierte und "garantierte" Leistungsqualität) und die Vorteile für die Krankenkassen (Kosteneinsparung durch Regreß von Wiederholungsleistungen) mit den Vorteilen für die Zahnärzte (keine Mengenbeschränkung von Leistungen, die ein definiertes Qualitätsniveau aufweisen) miteinander verbinden. Auf diese Weise wären die Interessen aller Sozialpartner berücksichtigt - Grundlage vernünftiger Sozialpolitik.

Zum Aufbau dieses Instrumentariums ist allerdings die sachkundige Mitwirkung von Zahnärzten unerlässlich. Die SPD - wie übrigens jede andere Partei auch - wäre gut beraten, wenn sie sich bei der Erarbeitung gesundheitspolitischer Zielsetzungen solcher professionellen Hilfe bedienen würde. Das gleiche gilt übrigens auch für den Bereich der Prophylaxe. Hier beginnt nach den Grünen (S. 190) nun noch die SPD, sich gegen die Kariesprophylaxe mit Fluoriden zu wenden. Wer gerade in diesem außerordentlich wichtigen Bereich Gerüchten und Vermutun-

gen mehr Gewicht beimißt als den konkreten und nachprüf-
baren Fakten erfolgreicher
Kariesprophylaxe eines halben
Jahrhunderts - allerdings im
Ausland - der sollte sich

weniger wichtigen Dingen als
der Gesundheitspolitik zuwen-
den.

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

KOSTENDÄMPFUNG: SACHVERSTÄNDIGENRAT TAGTE BEREITS

Noch ehe eine förmliche Berufung des 7-köpfigen Sachverständigenrates für das Gesundheitswesen beim Bundesarbeitsministerium erfolgt ist, nahm dieses Gremium bereits am 29.10. in einer konstituierenden Sitzung die Arbeit auf. Die offizielle Berufung ist erst für Ende November vorgesehen, wenn der Haushaltsausschuß des Bundestages den Etat des BMA für 1986 gebilligt hat, in dem auch Mittel für die zunächst auf zwei Jahre befristete Kommissionsarbeit eingestellt worden sind. Dem Rat werden vier Ärzte, und zwar Dr. Prof. Dr. Friedrich-Wilhelm Schwartz, Hannover; Prof. Dr. Michael Arnold, Tübingen; Prof. Dr.

Paul Lüth, Knüllwald-Rengshausen und Dr. med. Rosemarie Scheuerlen (FDP), ehemalige saarländische Gesundheitsministerin, angehören. Außerdem: die Wirtschaftswissenschaftler Prof. Dr. Klaus Dirk Henke, Hannover und Prof. Dr. Martin Pfaff, Augsburg sowie der Bonner Sozialwissenschaftler Prof. Dr. Detlef Zöllner, der früher dem BMA selbst angehört hatte (Zöllner ist als Vorsitzender vorgesehen). Dem Rat ist seitens des BMA nahegelegt worden, bereits bis zur Frühjahrsrunde der Konzertierten Aktion ein Votum zu Einzelfragen (Zahnärzte/Zahnersatz sowie Krankenhäuser) zu erarbeiten.

A+S-aktuell, Nr. 22/85, S. 17

"MEHR" NICHT UNBEDINGT EIN VORTEIL

Daß ein Mehr an Aufwand nicht unbedingt einen Vorteil für die Gesundheit der Bürger eines Volkes mit sich bringt, sieht man an Hand des Vergleiches zwischen den USA und Großbritannien (UK), für dessen Gesundheitssystem hier keineswegs geworben werden soll. Die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit liegen in den USA doppelt so hoch. Die Amerikaner haben

beispielsweise 5- bis 10mal so viele Intensivbetten pro Einwohnerzahl, betreiben das Zehnfache an Koronarchirurgie oder führen etwa das Sechsfache an Computer-Tomographie-Untersuchungen durch. Dennoch bezweifeln unabhängige Beobachter sehr stark, daß den Briten medizinisch notwendige Maßnahmen vorenthalten werden.

GPI Nr. 4/85, 3211

Hartmannbund in der Krise

— oder: Entstehende Ähnlichkeiten rein zufällig?

Unter der Überschrift: "Nach den Skandalen Ohrfeigen für den Vorstand" heißt es weiter: "Im 85. Jahr seines Bestehens scheint der traditionsreiche Hartmannbund in eine Krise geraten zu sein. Die Basis muckt gegen die Entscheidungen und Handlungen seines Geschäftsführenden Bundesvorstandes auf. Die Mitgliederzahlen sind, im Gegensatz zum Marburger Bund, zum ersten Male seit Jahren rückläufig. Und die Öffentlichkeit honoriert die politischen Wandlungen des HB nicht in dem Maße, wie es einige der Spitzenpolitiker des HB gerne sähen.

So geriet denn auch die diesjährige Hauptversammlung in Baden-Baden nicht so richtig im Sinne der Veranstalter. Die bundespolitische Prominenz fehlte wieder einmal, und auch mit einem publikumswirksamen Festredner hatte es nicht so richtig klappen wollen. Man mußte sich mit dem Politologen Professor Bracher "begnügen". Feierstimmung anlässlich des 85jährigen Bestehens kam nicht so richtig auf, eher Katerstimmung. Hartmannbundchef Professor Dr. med. Horst Bourmer (65), seit 1972 unangefochten an der Spitze der einmal als Kampfverband der Ärzte gegründeten Organisation, präsentierte sich im übrigen auch nicht in Höchstform. Ansonsten

die Reinkarnation der Ausgeglichenheit, zeigte sich Bourmer diesmal dünnhäutig. Als bei der Diskussion seines Rechenschaftsberichtes ein Landesverbandsvorsitzender es wagte, aufzustehen und sich über die mangelnde Information des Gesamtvorstandes von seiten des Geschäftsführenden Vorstandes beklagte, legte ihm Bourmer gleich den Austritt nahe. Bourmer nahm diese Aufforderung trotz Bittens von dritter Seite nicht ausdrücklich zurück. Seine Verärgerung ob dieser öffentlichen Schelte war offensichtlich. Noch nie hatte ein Delegierter in diesem Maße den "Hohen Olymp" (so ein HB-Funktionär) gewagt zu tadeln. Ein Sakrileg, das bei dem Multifunktionär Bourmer stets Ächtung nach sich zieht."

So liest man im Kassenarzt 46/85, S. 14.

Und weiter heißt es: "Aus dem ehemaligen Kampfverband für die wirtschaftlichen Interessen der Ärzte ist ein Konglomerat wirtschaftlicher Eigeninteressen geworden. Mit seinen zahlreichen "Töchtern" und außerhalb des eigentlichen Verbandszieles liegenden Aktivitäten hat sich der HB nach Ansicht vieler Mitglieder verzettelt."

"Mehrere Delegierte forderten den Vorstand auf, sich in sei-

Raiffeisenbank

77 mal im Stadt- und
Landkreis Regensburg

**Wer gute Gewinne
machen will,
braucht einen guten
Anlageberater**

Es gibt heute viele Anlageformen, die gute Gewinne versprechen.

Aber wie steht es mit der Sicherheit?

Sind Steuervorteile möglich?

Wie liegen die Festlegungsfristen?

Unser Anlageberater kann Ihnen

darauf hieb- und stichfeste

Antworten geben. Sprechen

Sie mit ihm darüber.



*Die Bank mit dem
freundlichen
Service*

Raiffeisenbank

Raiffeisenbank

Die Bank mit dem freundlichen Service

ner Arbeit auf das Wesentliche zu beschränken. Wie sehr die neueste Affäre den Hartmannbund belastet, zeigte sich bei den nachfolgenden Vorstandswahlen. Der Schatzmeister und Mitglied des Vorstandes der Thieding-Stiftung, Dr. von Abel, wurde aus dem Vorstand herausgewählt. Er, dem noch andere negative Handlungen angelastet wurden, war das Opfer, das in der neuesten Affäre gebracht werden mußte. Mit seinem Ausscheiden und dem freiwilligen Abschied des Hamburgers Dr. Mulckau wurde durch die Wahl des westfälischen Landesvorsitzenden Dr. Thomas und seines niedersächsischen Amtskollegen Dr. Winn der Vorstand wesentlich verjüngt. Insofern, und bei einem Ergebnis von nur vier Gegenstimmen und fünf Enthaltungen für Bourmer, brachte man der Spitze ein großes Vertrauen entgegen. Hinter den Kulissen wurde jedoch gemunkelt, daß Bourmer sich nur habe retten können, indem er erklärt habe, zum letzten Male für vier Jahre zu amtieren. Er ist dann 69 und sein jetziger erster Stellvertreter, der Bayer Dr. Braun, 73 Jahre alt.

Im Freien Zahnarzt 10/85, S. 37, heißt es zu diesem Vorgang unter INTERNA ganz kurz:

"Am 13. September 1900 gründete der Leipziger Arzt Dr. Hermann Hartmann den Verband der Ärzte Deutschlands und schrieb in einem offenen Brief an alle Ärzte: "... Laßt uns deshalb eine feste, zielbewußte Organisation schaffen zum Zwecke einer energischen Vertretung unserer aufs äußerste gefähr-

deten Interessen! Schließen wir uns fest zusammen, der einzelne ist nichts, alle zusammen sind wir eine Macht." Der Hartmannbund feiert den 85. Jahrestag seiner Gründung in Verbindung mit der diesjährigen Hauptversammlung am 9. und 10. Oktober 1985 in Baden-Baden. Der freie Verband arbeitet mit dem Hartmannbund bereits seit März 1962 im Rahmen eines Verbandsvertrages zusammen."

Im freien Zahnarzt und in den ZM sonst keinerlei Informationen über Verbandsinterna des HB, nur Belanglosigkeiten, wie:

"Prof. Bourmer richtet sich an gesellschaftspolitischen Zielen aus. Dabei gehört die Fähigkeit zur Integration, zur Überzeugung, aber auch zum Kompromiß zu seinen Eigenschaften. Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit berief ihn deshalb wiederholt in den Bundesgesundheitsrat, dem er bis heute angehört. Mit Engagement arbeitet Prof. Dr. Bourmer ferner im Bundesfachausschuß Gesundheitspolitik der CDU, im Kuratorium der Deutschen Krebshilfe und in dem von ihm mitgegründeten und als Präsident geleiteten Rotary-Club Dormagen. Er ist Träger des Großen Verdienstkreuzes des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland und Träger der Paul-Harris-Medaille." (ZM 17/85, S. 1852)

Nichts über die Vorgeschichte der diesjährigen Hauptversammlung in Baden-Baden.

"Die Friedrich Thieding-Stif-

tung, eines der Kinder des HB, sollte nach den Presseberichten rund neun Millionen Mark Steuergelder aus den Töpfen des Reintegrationsfonds für ausländische Ärzte des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit "verschleudert" haben. Hauptgeschäftsführer Nöldner rechtfertigte sich über eine Stunde lang vor den Delegierten. Seine, auch schriftlichen Belege, die er den anwesenden Journalisten vorlegte, ließen Nöldner in einem positiven Licht erscheinen. Einziger Wermutstropfen bis zum Redaktionsschluß war nur, daß das Ministerium die Auskünfte Nöldners nicht bestätigen wollte." (Der Kassenarzt 46/85, S. 19)

Fast 500 Mitglieder hat der HB, größter Ärzteverband der Bundesrepublik im letzten Jahr verloren, davon waren 300 praktische Ärzte. Die Gründe dafür sind sicher vielschichtig und für den HB kein Grund zur Panik. Hauptgeschäftsführer des Verbandes, Klaus Nöldner, glaubt, daß die Allgemeinärzte mit unterdurchschnittlichem Einkommen einfach Mitgliedsbeiträge sparen wollten. Doch das ist wohl zu einfach. Das Dilemma des traditionsreichen Verbandes der Ärzte Deutschlands ist: Die Interessendifferenzen zwischen angestellten Krankenhausärzten und niedergelassenen Ärzten, zwischen Allgemeinpraktikern

und Fachgebietsärzten werden immer größer und der Hartmannbund-Vorstand kann die anstehenden Probleme, z.B. KBV-Hausarztmodell, nicht lösen.

In unseren Zahnärztlichen Mitteilungen 19/85, S. 200 war noch zu lesen:

"Der Hartmannbund-Vorsitzende, Professor Dr. med. Horst Bourmer, und sein Hauptgeschäftsführer, Dipl.-Volkswirt Klaus Nöldner, haben dem Vorsitzenden der CDU-Sozialausschüsse, Bundesarbeitsminister Dr. Norbert Blüm, ihren Austritt aus dieser Parteiorganisation erklärt. Sie begründen ihren Austritt aus den Sozialausschüssen, denen sie 31 bzw. 26 Jahre angehört haben, mit den unverändert anhaltenden, aber durch nichts begründeten Angriffen der Politiker des Arbeitnehmerflügels der CDU gegen die Ärzte, Zahnärzte und Pharmaindustrie."

Das Motto des Freien Verbandes:

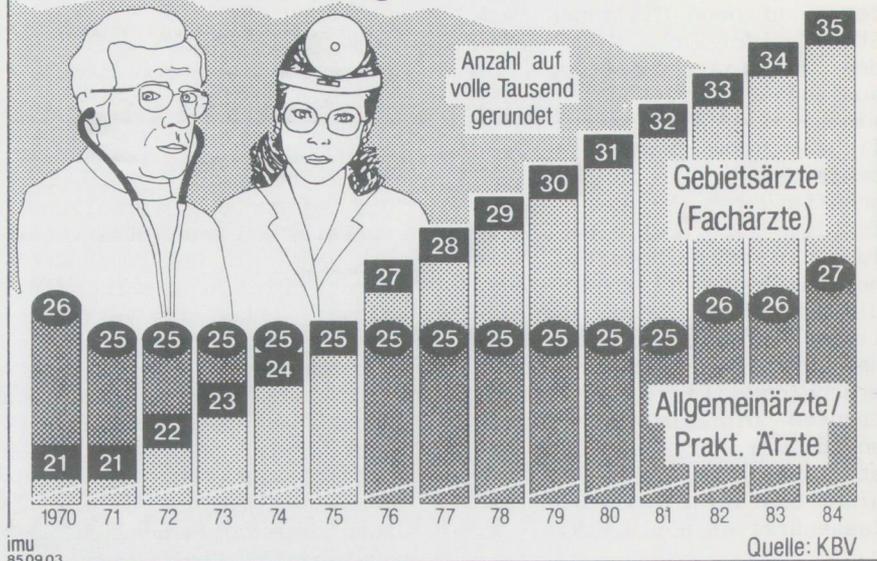
Glücklich, wer mit Verhältnissen zu brechen versteht, ehe sie ihn gebrochen haben.

(So zu lesen in einem Rundschreiben des FVDZ vom 9.11.85) Oder ist der FVDZ etwa auch nicht in der Lage, die Konflikte in den eigenen Reihen zu diskutieren und versteckt sich hinter Kriegsgeschrei und Dolchstoßlegenden?

j.h.

DAZ-forum - dreimal jährlich - DAZ-forum

Überwiegend Fachärzte



imu
850903

Seit 1975 übersteigt die Zahl der Fachpraxen die der Allgemeinartzpraxen. In den 70er Jahren waren besonders hohe Zuwachsraten bei Internisten, Frauenärzten und Urologen zu verzeichnen. Seit Beginn der 80er Jahre verschob sich dieser Trend zugunsten der Nervenärzte und Psychotherapeuten sowie der Laborärzte.

1. Die Kassenarztpraxis, vor allem in der Basisversorgung, darf nicht Auffangbecken für die Vielzahl von mangelhaft aus- und weitergebildeten Jungärzten werden. Statt dessen ist die kassenärztliche Basisversorgung qualitativ und zahlenmäßig zu verstärken. Zur Erreichung dieses Zieles ist die Bedarfsplanung und die Zulassungsordnung anzupassen bzw. zu ändern.
2. Das Ungleichgewicht in der ambulanten Krankenversorgung, das sich

in mehr und mehr Facharztpraxen und einem starken Einkommensgefälle zwischen den meisten Facharztgruppen und den "Hausärzten" herausgebildet hat, läßt sich nicht allein mit den Mitteln der Zulassungssteuerung überwinden; vielmehr bedarf es auch des Eingriffs in die Honorarstruktur. Hierzu braucht die Selbstverwaltung keinen Gesetzgeber, in dieser Sache ist sie selbst kompetent genug.

Arzt und Wirtschaft, 25/85, S. 4

3000 Krankenhäuser mit 70'000 Ärzten, insgesamt 781'000 Mitarbeitern und dem gesamten medizinischen Sachaufwand wie Medikamente, künstliche Glieder, Herzschrittmacher etc. kosteten zusammen 33 Milliarden DM. Auf der anderen Seite wurden allein für 35'000 Zahnärzte und für Zahnersatz 14 Milliarden DM aufgewandt. (Prössdorf, Hauptgeschäftsführer Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft)

GPI Nr. 4/85, 3224

PLESSING DENTAL HANDEL GMBH
mit den 11 leistungsfähigen PDH-Depots
für Praxis und Labor

Den _____

Rp.

*Nehmen Sie ab sofort
- bei Bedarf mehrmals täglich -
Ihre maximalen Bestell-
vorteile wahr.*

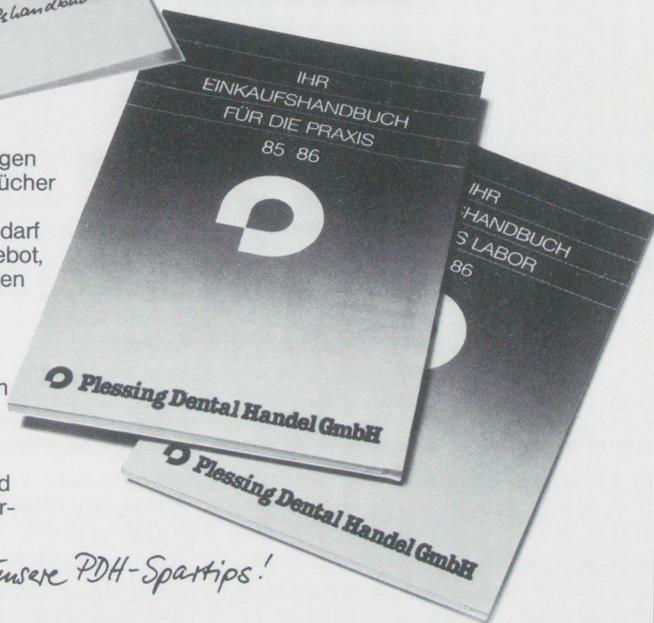
*Bitte fordern Sie die
beiden Vorausgaben der
PDH - Einkaufshandbücher
bei uns an.*

bewährtes
Unser Rezept
für Sie!

Die für 1985/86 gültigen PDH-Einkaufshandbücher für den täglichen Praxis- und Laborbedarf mit erweitertem Angebot, aktuellen Preisvorteilen und interessanten Bezugskonditionen sind da.

Wir freuen uns, Ihnen auf Anforderung die unentbehrlichen PDH-Einkaufshandbücher für Praxis und Labor kostenlos übersenden zu können.

Beachten Sie unsere PDH-Spartips!



PLESSING DENTAL HANDEL GMBH

mit den 5 leistungsfähigen PDH-Depots in Bayern

Braitsch & Plessing
Arabellastraße 33
8000 München 81
Fernruf 0 89/91 90 71

Braitsch & Plessing
Alte Regensburger Straße 47
8300 Landshut/Ergolding
Fernruf 08 71/76 06 01

Graf, vorm. Schafroth
Untere Jakobermauer 11
8900 Augsburg
Fernruf 08 21/3 66 23

Graf, vorm. Schafroth
Gebhardtstraße 2
8510 Fürth
Fernruf 09 11/74 74 33

Gustav Stengel
Neuburger Straße 28a
8390 Passau
Fernruf 08 51/5 00 71

Zwei Drittel aller menschlichen Krankheiten können heutzutage noch immer nicht wirksam mit Arzneimitteln bekämpft werden, und bei dem einen Drittel, wo dies möglich ist, können oft nur die Symptome der Krankheit behoben werden. (Otto H. Nowotny, Roche, Basel)

GPI Nr. 4/85, 3224

Ich bin überzeugt, daß wir in naher Zukunft Qualitätskontrollen medizinisch-ärztlicher Leistungen durchführen müssen. (Karl Zimmermann, Präsident FMH)

GPI Nr. 4/85, 3224

KOSTEN ÜBERFLÜSSIGER LABORUNTERSUCHUNGEN (PIETSCH)

Quelle: M.-E. Pietsch, "Diagnosefindung und Aufwand", Diss. Köln 1982, zit. in: "Effizienz und Effektivität medizinischer Diagnostik", Gustav-Fischer-Verlag, Stuttgart, 1985, 132 S., 36 DM.

Wir leiden in den Kliniken und Praxen an einer Überfülle von Informationen, die den Entscheidungsprozeß ebenso negativ beeinflussen wie früher die zu wenigen Daten. Wie es heute in der Diagnostik gilt, zwischen dem kranken Menschen und dem Kollektiv, zwischen biographischen und ontologischen Konzepten die rechte Mitte zu finden, so gilt es, zwischen dem Chaos einer indiskriminierten Masse von Kennwerten die richtige operationale Balance zu finden.

Daß durch sogenannte indiskriminierte Untersuchungen ganz unnötige Kosten verursacht werden, hat meine Doktorandin Pietsch (14) an 700 auslesefreien Patienten der chirurgischen und medizinischen sowie urologischen Universitätskliniken in Köln mit über 19000 Laborbestimmungen überzeugend nachgewiesen.

In der inneren Medizin brachten die sogenannten Basisuntersuchungen bei 23 Prozent pathologische Befunde, die ergänzenden diskriminierten Untersuchungen bei 29 Prozent, die indiskriminierten Untersuchungen nur bei 2,1 Prozent. Oder in anderer Formulierung: Für eine sonst nicht erkannte Diagnose waren 322 indiskriminierte Untersuchungen mit einem Kostenaufwand von damals 850,-- DM erforderlich.

GPI Nr. 4/85, 3213

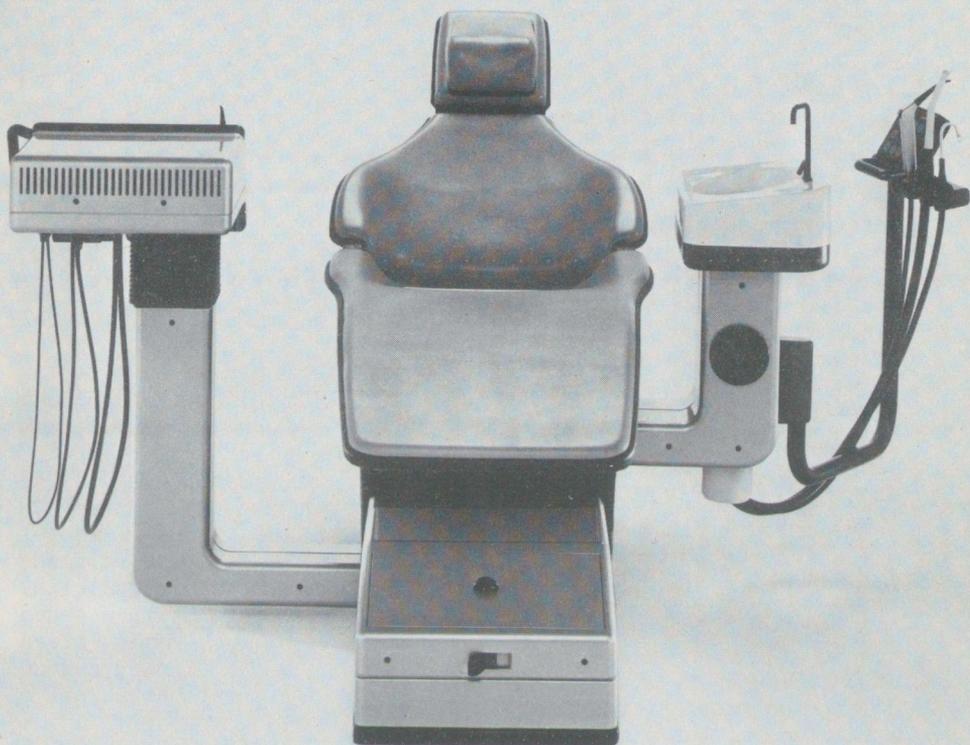
NEUE ZEITSCHRIFT ZUR TECHNIKBEWERTUNG IN DER MEDIZIN

Eine große Zukunft hat sicher die Technikbewertung (Technologiefolgen-Abschätzung, technology assessment) im Gesundheitswesen. Vor kurzem ist die erste Ausgabe der neuen Fachzeitschrift "International journal of technology assessment in health care" erschienen. Sie erscheint vierteljährlich im Verlag Cambridge University Press, 32 East 57th Street, New York, NY 10022. Das Jahresabonnement kostet bei uns 35 £ für Institutionen und 18 £ für Individuen. Chefredaktoren sind Egon Jonsson, Stockholm, und Stanley J. Reiser, Houston.

GPI Nr. 4/85, 3207

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

Kurzbericht von der Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe der DGZMK in Bonn am 8.-9. 11. 85

Die Generalthemen:

1. Prophylaxe in der täglichen Praxis
2. Endodontie in der Kinderzahnheilkunde

Zu 1.:

Roter Faden des Themas und aller (ausgiebigen) Diskussionen war die Notwendigkeit organisierter flächendeckender Mundhygieneinstruktion, Ernährungseinstellung und Fluoridprophylaxe, wobei besonders die Ohnmacht gegenüber dem Medienspektakel bei und nach der Monitor-Sendung beklagt wurde. Erneut wurde die Wirkungslosigkeit des Obleutekonzepts deutlich, wo es nicht von ein paar Idealisten punktuell am Leben erhalten wird. Besonders eindrucksvoller Vortrag: Kollege L. Laurisch berichtete von seinem persönlichen Praxiskonzept der kontinuierlichen Motivation und Instruktion von der Schwangeren bis zum Schulkind. Er bietet seine umfangreichen Leistungen den gesetzlich Krankenversicherten kostenlos an, was eine lebhaft diskutierte Diskussion auslöste, die deutlich die Grenzen der flächendeckenden Durchsetzbarkeit aufzeigte.

Zu 2.:

Das zweite Thema: Endodontie in der Kinderzahnheilkunde stellte besonders den Umgang mit Phenolderivaten und Form-

aldehyd in den Vordergrund, die bei Pulpitis und Gangrän im Milchgebiss durch Calciumhydroxid und Nelkenöl nicht zu ersetzen sind. Maschinski machte deutlich, daß der Einsatz von Formaldehyd beim gangränösen Milchzahn toxikologisch als unbedenklich anzusehen ist - und fand keinen Widerspruch.

Alles in allem eine informative und praxisnahe Veranstaltung, die in Zukunft eine vermehrte Aufmerksamkeit des DAZ durchaus rechtfertigt.

Die Mitgliederversammlung brachte Neuwahlen, wobei sich Schübel als bisheriger Vorsitzender nach massiver Wahlhilfe durch Naujoks mit 20 : 17 Stimmen (!) gegen Wetzel durchsetzte. Zweite Vorsitzende wurde Frau Reihlen (Berlin) mit 20 : 11 : 6 Stimmen gegen Albers (Bremen) und Peters (Jülich, DAJ). Einwag wurde als Schriftführer bestätigt.

Nächste Jahrestagung:
26./27.09.86 in Gießen

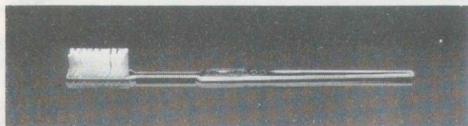
Themen:

Oralhygiene, plastische Füllungsmaterialien im Milch- und im Wechselgebiss

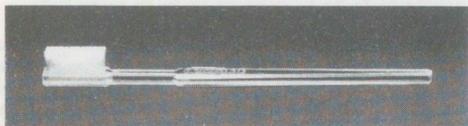
Besonderer Hinweis:

12.-13.06.86 Zuckersymposium
in Würzburg. r.e.

Richtige Zahnpflege fängt mit der richtigen Zahnbürste an.



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



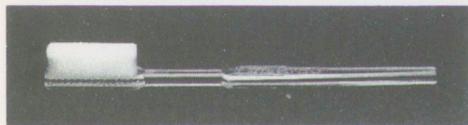
Oral-B 30 Die Zahnbürste für Jugendliche. Mit 3reihigem Borstenfeld auf dem Kurzkopf.



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.



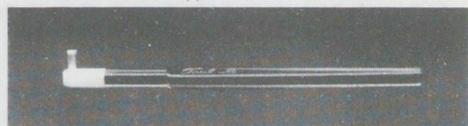
Oral-B 60 Zahnbürste für Erwachsene. Mit 4reihigem Borstenfeld und 2400 Einzelborsten auf großem Kopf. Ideal auch zur Zahnfleischmassage bei Gebißträgern.

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 festsitzenden 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 Metalteile 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

Liebe Eltern...


Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde
Studiengruppe München

- Putzen -

ersten Zähne zum Vorschein kommen, reinigen
s mit einem Wattestäbchen. Vom 1. Lebensjahr
diese Reinigung nach jeder Mahlzeit vor.

- Bürste -

Wachstumstrieb bedingt, wird Ihr Kind mit
Jahren von sich aus eine Zahnbürste benut-
zen. Ihre eigenen Kinderzahnbürste sollten Sie Ihr
Kind ermutigen machen lassen. Bürsten Sie aber
erst mit Wasser nach. Es schadet nicht, wenn Sie
erst (regelmäßig ungesüßt) erst vom 3. Lebensjahr an

- Fluoride -

Fluoridierungsgewisse erfordert neben einer gründ-
lichen Zahnpflege die „Härtung“ der Zähne durch
Fluoride, welche in der richtigen Dosierung
in Zahngelben, Zahnlacke, Zahnpasten und
Zahnpulvern - in der Bundesrepublik sind
konzentriert vorhanden.) Diese Vor-
sorge nach der Geburt beginnen, da
sie im Kiefer wachsenden Milch-
zähnen wird Ihr Kinderarzt vermutlich
empfehlen. Ihr Kind mit Fluoridtabletten
zu versorgen ist die tägliche Zufuhr sehr
Fluoridzahnpaste.

- Flasche -

wichtigen Wachstumsreiz
Flaschennahrung keinesfalls
zu geben. Ihr Kind sollte sich während
der Mahlzeiten anstrengen müssen. Halten Sie
den Kopf gerade, denn bei flacher Rücken-
lage kann der Schluckakt angewöhnen,
was nicht gut ist.

- Schnuller -

keine allgemeine verbindliche
Anforderung. Das Saugbedürfnis der Kin-
derpsychologen nicht unter-
drücken. Bei einer psychischen Konstitution
kann eine Zuckelkuscheltiere - zum Einschlafen
hilfreich sein. Zahnärztlicherseits keine
Anforderungen (Daumen, Schnuller)

regelmäßig wird, dann geben Sie
ihnen kiefergerecht geformte
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.

Elternberatung bei Lutschkindern

WIE VERHALTEN WIR UNS, WAS RATEN WIR JUNGEN ELTERN IN BEZUG AUF BERUHIGUNGSSAUGER UND KIEFERFORMER ODER ELTERN DREIJÄHRIGER LUTSCHKINDER?

1. Wenn Eltern ein ruhiges, in der Regel zufriedenes Baby haben, das außerhalb der Mahlzeiten nicht an seinen Fingern saugt, sollten sie ihm, auch wenn es aus bestimmtem Anlaß einmal begrenzt unruhig ist, keinen Beruhigungssauger angewöhnen.
2. Bei einem Säugling, der intensives Fingerlutschen beginnt, sollte ausprobiert werden, ob er stattdessen als kleineres Übel den Beruhigungssauger akzeptiert, denn diesen kann man später eher abgewöhnen als den angewachsenen Daumen.
3. Ich habe Verständnis dafür, daß eine Mutter ihrem Baby, wenn es viel schreit, die Wohnung eng ist oder anderweitige Probleme bestehen, einen Beruhigungssauger gibt.
4. Sehen wir kleine Kinder mit auf Lutschgewohnheiten beruhenden Gebißanomalien zur zahnärztlichen Untersuchung bei uns, dann hole ich zunächst Mutter/Vater oder Erzieher(in) dazu, um zu erfahren, ob ihnen die Anomalie und ihre vermutete Ursache bekannt sind bzw. ob sie schon dabei sind, das Lutschen/Nuckeln zu bearbeiten.

In Fällen von intensivem Nuckeln und sozialen Spannungen in der Familie (Anamnese) verhalte ich mich sehr zurückhaltend und abwartend mit Ratschlägen.

Sind Eltern/Erzieher interessiert, so

erbitte ich ihr Einverständnis und rede mit dem Kind in einer ihm gemäßen Sprache, lege aber großen Wert darauf, daß Eltern/Erzieher das Gespräch mitbekommen.

Aus dem Gespräch erfährt das Kind,

- daß ich sein Verhalten gut verstehe ("schönes Gefühl")
- daß Nuckel und Daumen im Mund aber schiefe Zähne machen und nur etwas für Babys sind, die noch keine Zähne haben
- daß die Zähne wahrscheinlich wieder gerade wachsen, wenn das Kind es will
- daß ich mich ganz doll freue, wenn es jetzt groß ist und mit dem Lutschen aufhört
- daß Mutti und Papi (die Erzieherin) ihm ganz bestimmt dabei helfen
- daß es, wenn es ihn nicht mehr braucht, den Nuckel mir bringen oder schicken kann, um ihn an unserer "Nuckelwand" aufzuhängen
- daß es mich anrufen kann und
- daß es natürlich eine Belohnung von mir bekommt, wenn ich weiß, daß es mit dem Nuckeln wirklich aufgehört hat.

Eltern, die schon selbst dabei sind, Nuckel oder Daumen abzugewöhnen, fühlen sich neu angestoßen oder bestärkt weiterzumachen. Manchen Eltern fällt durch unsere Hinweise erst auf, daß ihr Kind schlecht spricht, und warum das so ist, und warum ihr Kind sein Brot nicht richtig abbeißen kann. Natürlich begegnen uns auch Eltern, denen solche Gespräche unwichtig oder lästig sind.

Meist enden diese Gespräche für alle Beteiligten sehr anregend und freundlich. Die Tips, die ich den Eltern/Erziehern oder die sie mir mitteilen, was man denn als Erwachsener zur Bewältigung des Nuckelproblems beisteuern könne, sind zahlreich. Grundvoraussetzung ist allerdings, daß das Kind als Persönlichkeit ernstgenommen wird, und daß es gewürdigt wird, wenn es nicht mehr Baby sein will.

So könnte verfahren werden:

- Eltern und Kind erledigen das Nuckelproblem im Urlaub, wenn sie viel Zeit füreinander haben. Der Nuckel wird im Sand vergraben, ins Meer versenkt oder verloren.
- Eltern und Kind setzen sich einen bestimmten Termin, der immer mal wieder erwähnt wird ("wenn ich 4 Jahre alt werde ...")
- Eltern versprechen dem Kind die Erfüllung eines heißen Wunsches.
- Auch von außen kann man Hilfe holen. In Berlin-Lichterfelde holt ein Vögelchen die Nuckel vom Balkon

ab, und manchmal sind Osterhase und Nikolaus von Nutzen.

- Ein Fest ("Nuckelparty") wird in Aussicht gestellt.

Es hat Fälle gegeben, in denen das Kind zwar den Babynuckel los wurde, aber plötzlich sein Däumchen entdeckte. Da müssen andere Schritte überlegt werden.

Es hat auch Fälle gegeben, in denen ein Kind mir seinen Nuckel gebracht hat, die Mutter aber von vornherein überzeugt war, daß es dieses "Opfer" nicht durchhalten werde, und gleich zwei neue kaufte.

Deshalb ist großer Wert darauf zu legen, daß Wissen und Wollen des Kindes ernstgenommen werden, daß es von seinen Bezugspersonen mit Liebe und Geduld emotional abgestützt und immer wieder bestätigt wird. Erst dann kann die angestrebte Verhaltensänderung von Dauer sein.

Reihlen, Nuckeln - das ist so kuschelig! Oralprophylaxe 7, 155-159 (1985)

NOTIZ

Eine Kollegin aus dem Kammerbereich Nordrhein wollte im Rahmen ihrer Arbeit als Berufsschullehrerin für zahnärztliche Helferinnen ein Referat zum Thema "Prophylaxe" halten.

Mit der Bitte um Dias und Informationsmaterial rief sie bei der zuständigen Kammer in Düsseldorf an. Dort erhielt sie allerdings die Information, daß die Kammer nicht der richtige Adressat für ihr Anliegen sei. Man habe alles, was mit Prophylaxe zu tun habe, in die Hände der Werbeagentur Jürgen Pischel gelegt,

an die sie sich wenden solle.

Ein Anruf dort belehrte sie aber, daß man eine Werbeagentur sei und über Informationsmaterial nicht verfüge. Im Übrigen könne man ihr auch nicht weiterhelfen.

In ihrer Ratlosigkeit entsann sie sich des Artikels "Kasper schenkt Seppel eine Zahnbürste" von DAZ-Mitglied Dr. Manfred Witte (Zahnärztl. Mitt. 75, 1728 (1985)), der ihr schließlich bei der Erstellung des benötigten Informationsmaterials behilflich war.

Eine gute Adresse in Stade



**Dental-Werkstätten
Stade**

GmbH · Am Schäfersteig 15 · 2160 Stade · Telefon (041 41) 6 30 51 / 52

Plädoyer für den Kofferdam bei der endodontischen Behandlung

Nachdem Frau Prof. Dr. Ursula Seichter von der Universität Düsseldorf, Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, in ihrem Vortrag "The Weine technique" anlässlich der zweiten Jahrestagung der "European Society of Endodontology" am 12. September 1985 in Genf auf keinem ihrer fallbeschreibenden Röntgenbilder eine Kofferdamklammer zeigte, sah sich der nächste Referent Dr. Howard Martin, Professorial Lecturer in Endodontics, Georgetown University School of Dentistry, Washington D.C., in seinem Vortrag "The ultrasonic synergistic system" zu einem leidenschaftlichen Plädoyer für den Kofferdam veranlaßt:

"An dieser Stelle muß ich etwas über den Kofferdam sagen. Auf meinen Reisen habe ich viel über die Verwendung und Nichtverwendung von Kofferdam gehört und ich kann es nicht glauben. In anderen Bereichen der Zahnheilkunde mag seine Anwendung schwierig sein - aber in der Endodontie gibt es überhaupt keinen Grund, keinen Kofferdam zu benutzen.

Die Patienten mögen ihn, ob Sie es glauben oder nicht, weil sie einen sauberen Mund behalten. Ich kann mir nicht vorstellen, daß Sie, nachdem Sie ein Loch in Ihre Feilen gebohrt haben und diese dann

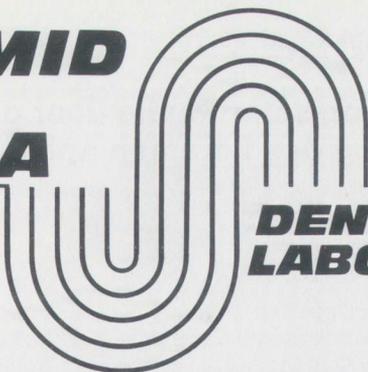
mit fünf oder zehn Zentimeter Zahnseide sichern, diese aspirierte Feile leicht wieder aus der Luftröhre herausziehen, falls in den Vereinigten Staaten ein Wurzelkanalinstrument aspiriert wird, muß sofort die Versicherung verständigt werden und diese bezahlt. Es gibt hier keinen Zweifel - die Schuldfrage liegt hier eindeutig bei dem Endodonten. Er ist schuld, da er nicht ordnungsgemäß behandelt.

Lassen Sie mich einen weiteren Grund für die Benützung von Kofferdam anführen. Ich glaube nicht, daß viele von Ihnen während der Arbeit chirurgische Handschuhe tragen. Was Hepatitis, den Herpesvirus und Aids betrifft, kann der Kofferdam die Infektionsgefahr bedeutend verringern oder gar beseitigen. Und falls Sie sagen, Sie können den Kofferdam nicht anwenden, um einen Zahn zu isolieren, dann bin ich sehr erstaunt über Ihre Fähigkeiten und die Art, wie Sie Zahnheilkunde betreiben.

Bitte vergeben Sie mir meinen Ausbruch, aber ich kann bei meinem Leben nicht verstehen, daß die Anwendung des Kofferdam, um einen Zahn zu isolieren, schwierig sein soll."

Dr. Heinz Wichert
Untere Bahnhofstr. 25
8034 Germering

**SCHMID
UND
PAULA**



**DENTAL
LABOR**

Qualität
und
Ästhetik

ist das Ergebnis unserer präzisen Arbeit.
Dafür stehen unsere Namen

Gerhard Schmid
Bernd Paula
Marg Doris
Bettina Schuster
Maria Lutz
Sieglinde Zister
Stoke Kuchta
Gerold Bötter
Adolf Kallmann
Kaufmann
Friedrich Willhelm
Renée Günther
Wolfgang Kuchta
Lips Rüter
Schwimmer Mangit
Günther

Gerhard Schmid und Bernd Paula · Bruderwöhrdstraße 10
8400 Regensburg · Telefon (09 41) 79 15 21

Endodontie

— eine histologische Studie über die Folgen einer Erweiterung des Foramen apikale des Wurzelkanals

Um routinemäßig optimale Wurzelfüllungen zu erzielen, ist es nach Meinung vieler Autoren (Schroeder, Guldener, Weine, Schilder etc.) unbedingt notwendig, darauf zu achten, daß das Foramen apikale nicht erweitert wird.

Benatti und Mitarbeiter haben im Gegensatz dazu untersucht, was histologisch passiert, wenn man das Foramen apikale nach einer Vitalexstirpation 2mm überinstrumentiert und das Foramen auf die Iso-Größe 40, 60 oder 80 erweitert. Die Kanäle wurden dann absichtlich 1 bis 3mm unterfüllt.

Die Untersuchung wurde an Hunden durchgeführt.

Ergebnisse:

1. Das durch die Überinstrumentierung beschädigte Gewebe kann durch proliferierendes Bindegewebe, das seinen Ausgang von der Wurzelhaut nimmt, erneuert werden.
2. Die Erweiterung des Foramen apikale schafft dem Bindegewebe die Möglichkeit während des Heilungsprozesses nach der Behandlung, in den ungefüllten apikalen Wurzelkanal einzuwachsen (vorausgesetzt eine Unterfüllung von wenigstens 3mm).

3. Bei diesem bindegewebigen Heilungsprozeß bestand kein bedeutender Unterschied in bezug auf den Erweiterungsdurchmesser (mit Feilen der Größe 40, 60 oder 80).
4. Abgesehen von der entzündlichen Reaktion unmittelbar nach der Überinstrumentierung, war das bindegewebige Granulationsgewebe frei von Entzündungszellen.
5. In dem ungefüllten apikalen Teil des Wurzelkanals geschah eine zementartige Mineralisation auf der Dentinoberfläche, deren Durchmesser im Lauf der Zeit zunahm.
6. Gleichzeitig während dieser Mineralisation bildete sich Knochen innerhalb des ungefüllten apikalen Kanals. Bruchstücke von Dentin und Zement, die durch die Überinstrumentation entstanden sind, waren in der apikalen Wurzelhaut verstreut und wurden allmählich mit einer zementartigen Grundmasse überzogen.

Literatur:

Benatti, O. et al., Journal of Endodont. II, Nr. 10, S. 428-434, 1985

Dr. Heinz Wichert
Untere Bahnhofstr. 25
8034 Germering

Endodontie — news — Endodontie — news —

QUALITATIVE UND QUANTITATIVE ANALYSE DES N2-NORMAL-UNIVERSAL

Zur Aufklärung des Inhalts des N2-Normal-Universal wurde eine qualitative und quantitative Analyse mit klassischen und modernen Methoden durchgeführt. Das Ergebnis zeigt, daß die Angaben des Herstellers ungenau und unvollständig sind, wobei vor allem Substanzen mit nicht geklärtem therapeutischen Wert verschwiegen werden.

Tabelle 1. Quantitative Analyse des N2-Normal

| <u>1. Pulver</u> | | | |
|-----------------------|---------|------------------------|--------|
| Zinkoxid | 69,00 % | Bariumsulfat | 2,00 % |
| Mennige | 12,00 % | Paraformaldehyd | 6,50 % |
| Wismutcarbonat | 5,00 % | Phenylquecksilberborat | 0,09 % |
| Wismutnitrat | 2,00 % | Hydrocortison | 1,20 % |
| Titanoxid | 2,00 % | Prednisolon | 0,21 % |
| <u>2. Flüssigkeit</u> | | | |
| Eugenol | 92,00 % | Geranienöl | 8,00 % |

(nach Seidler, 1974)

Tabelle 2. Deklaration des N2-Normal-Universal (Herstellerangabe)

| <u>1. Pulver</u> | | | |
|-----------------------|-------|-----------|------------|
| Wismutcarbonat | 6,2 % | Titanoxid | 18,4 % |
| Paraformaldehyd | 4,7 % | Zinkoxid | ad 100,0 % |
| Wismutnitrat | 7,3 % | | |
| <u>2. Flüssigkeit</u> | | | |
| Rosenöl | 1,8 % | Eugenol | ad 100,0 % |
| Lavendelöl | 1,7 % | | |

1. Die durchgeführte Analyse läßt vermuten, daß der Hersteller tatsächlich nur die ursprünglichen

Medikamente N2-Normal und N2-Medical vermischt und als N2-Normal-Universal verkauft.

2. Die Angaben des Herstellers sind wie früher ungenau und unvollständig.
3. Ohne jeden Zweifel sind im N2-Normal-Universal Bleioxide enthalten, auf PbO berechnet zwischen 1,0 und 1,5 %.
4. Ohne jeden Zweifel wird beim Paraformaldehyd die vorgegebene Grenzkonzentration überschritten. Die Werte schwanken zwischen 5,1 und 7,5 %.
5. Wie auch im alten N2 variieren im N2-Normal-Universal die Anteile der Einzelbestandteile. Die Schwankungsbreite in den 10 untersuchten Packungen ist jedoch geringer als in früheren Präparaten.
6. Die von Seidler (17) angegebenen Corticoide konnten nicht mit letzter Sicherheit nachgewiesen werden. Es sind jedoch in der von Seidler angegebenen Konzentration Substanzen zu finden, die wie Corticoide steroiden Aufbau haben.

Noch einmal herausgestellt werden muß die Unvollständigkeit und Ungenauigkeit der Angaben des Herstellers über die Zusammensetzung des N2-Universals. Insbesondere werden Substanzen verschwiegen, über deren therapeutischen Wert keine Untersuchungen vorliegen und deren Verwendung deshalb als zweifelhaft anzusehen sind. N2-

Normal-Universal enthält nach wie vor Bleioxide. Da Blei als Verunreinigung in vielen Zinkverbindungen vorkommt, ist dies dem Hersteller vielleicht nicht bewußt. Möglicherweise ist es darauf zurückzuführen, daß der Hersteller noch immer Naturprodukte und keine reinen Analysesubstanzen verwendet.

Der Paraformaldehydzusatz übersteigt den bei Orban (11) empfohlenen Richtwert von 4,5 % um bis zu 50 %. Warum dieser Wert, den Sargenti (14) für sein N2 ausdrücklich in Anspruch nimmt, so massiv überschritten wird, ist unbekannt.

Der BDZ und die KZBV melden im übrigen in ihrer Informationsschrift über zahnärztliche Arzneimittel von 1984 bei der Verwendung paraformaldehydhaltiger Wurzelkanalfüllmittel erhebliche Bedenken an (2).

Farbstoffanteile wie das Eosin, das Methylenblau oder Azofarbstoffe haben in einem Wurzelkanalfüllmittel nichts zu suchen.

Die von Sargenti (15) behauptete Kombination ausbalancierter Bestandteile, welche sich durch ein Spezialverfahren und einen Synergismus in ihrer Wirkung abschwächen oder verstärken, entschuldigt nach normalem chemischen Verständnis nicht die Schwankungen bis zu 50 % in der Zusammensetzung.

DZZ 40/85, S. 966-968

Der DAZ fordert die gesetzlichen und organisatorischen Voraussetzungen für breitenwirksame Karies- und Parodontalprophylaxe zu schaffen, also vor allem ein - seit langem überfälliges - Bundesrahmengesetz für Jugendzahnheilkunde.

DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983

Der DAZ fordert Zahnerhaltungsmaßnahmen bei Kindern besser zu honorieren, da für diese Patientengruppe der Behandlungsaufwand höher ist. Es steht sonst zu befürchten, daß weiterhin zu wenig Zahnerhaltung bei Kindern durchgeführt wird.

DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983

Endodontie — news — Endodontie — news —

WURZELKANALBEHANDLUNG BEI UNVOLLSTÄNDIGEM WURZELWACHSTUM

Die statistisch signifikanten Unterschiede der Nachuntersuchungsbefunde zeigen, daß eine konservative Behandlung der chronisch apikalen Parodontitis bei unvollständigem Wurzelwachstum prognostisch günstiger zu beurteilen ist als eine chirurgische Wurzelkanalbehandlung im jugendlichen Alter.

Die über mehrere Monate notwendige Vorbehandlungszeit mit temporären Wurzelkanalfüllungen zur Ausbildung einer apikalen Hartschubstanzbarriere rechtfertigt das konservative Vorgehen, da hierdurch bei besseren Erfolgsaussichten für eine langzeitige Erhaltung der Frontzähne die psychische Belastung durch einen operativen Eingriff im jugendlichen Alter ver-

mieden werden kann. Als temporäres Wurzelfüllungsmaterial sollte dem Kalziumhydroxid gegenüber der Jodoformpaste der Vorzug gegeben werden, da primär durch Kalziumhydroxid die Bildung einer apikalen Hartschubstanzbarriere induziert werden kann, die dann auch bei einem weiten apikalen Wurzelkanalquerschnitt eine definitive Wurzelkanalfüllung nach der Kondensationsmethode ermöglicht. Die chirurgische Wurzelkanalbehandlung sollte im jugendlichen Alter auf diejenigen Fälle beschränkt bleiben, in denen das konservative Vorgehen nicht zu einem Erfolg geführt hat. Das ist in erster Linie bei Ausbildung einer radikulären Zyste der Fall.

DZZ 40/85, S. 949-951

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

ALS DEFINITIVE WURZELFÜLLUNG UNGEEIGNET

Messungen des pH-Wertes der Gangraena-Merz-Paste haben ergeben, daß sich der normalerweise stark basische pH des Calciumhydroxids von 13,0 (Knappwost (11)) infolge der Zugabe von Oleum pedum tauri auf 7,0 verändert. Somit kann weder die von Dietz (4) beschriebene bakterizide Eigenschaft der Gangraena-Merz-Paste vorliegen, noch kann eine Umstimmung des sauren Milieus im entzündeten periapikalen Gewebe erfolgen.

Die Gangraena-Merz-Paste kann auf Grund der röntgenologischen Nachun-

tersuchungen nicht als Präparat für eine definitive Wurzelfüllung angesehen werden. Die resorptiven Eigenschaften der Paste stellen bei der Verwendung als temporäres Wurzelkanalfüllungsmaterial einen Vorteil dar. Jedoch sind die periapikalen und insbesondere intrakanalikulären Resorptionen, die sich bei fast allen untersuchten Zähnen zeigten, nicht mit dem geforderten dichten Verschluss des Wurzelkanals zu vereinbaren.

DZZ 40/85, S. 955-959

Der DAZ fordert diesen Prophylaxeunterricht auch in allen Kindergärten durchzuführen.

DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983

Parodontologie in der Praxis

— konservativ oder chirurgisch

Primäres Ziel aller Behandlungsmaßnahmen in der Parodontologie ist die biologisch akzeptable Wurzeloberfläche, d.h. sauberes, glattes und endotoxinfreies Zement oder Dentin. Darüber hinaus sollte versucht werden, für die Erhaltungsphase so günstige morphologische Voraussetzungen zu schaffen, daß sowohl der Patient als auch der das Re-Call durchführende Behandler in die Lage versetzt wird, effektive Mundhygiene und Parodontalprophylaxe zu betreiben. Sigurd Ramfjord sowie der skandinavischen Schule ist es zu verdanken, daß Deep-Scaling und Root-Planing im Mittelpunkt der Behandlung steht und nicht primär die Chirurgie. Die unglückseligen Therapien mit umfangreicher resektiver Chirurgie, Gingivektomie oder Elektrochirurgie, die die Parodontologie bei einem Großteil unserer Patienten in Verruf gebracht haben, sollten damit endgültig ad acta gelegt sein.

Aber nun scheint das Pendel in eine andere Richtung auszuschlagen. Bei Diskussionen mit Kollegen höre ich immer wieder die Meinung, in der Parodontologie sei nun alles mit konservativer Therapie zu erreichen. Dies ist sicher bei den Voraussetzungen, wie wir sie bei uns haben, nicht richtig. Es gibt nämlich gravie-

rende Unterschiede zwischen dem wissenschaftlichen Vorgehen eines Ramfjord oder Lindhe und der parodontologischen Praxis deutscher Provenienz.

Zum ersten die Ausbildung. Es ist natürlich ein Unterschied, ob ein Fachzahnarzt für Parodontologie mit entsprechender Ausbildung und tagtäglicher Übung ein Scaling durchführt oder ein deutscher Zahnarzt, der sich nur einen Teil des Tages mit Parodontologie beschäftigen kann. Dazu kommt, daß der Stand der Ausbildung und Fortbildung - speziell in Scaling oder Root-Planing - nicht sehr gut ist. Das liegt daran, daß viele Kollegen glauben, Scaling sei eine sehr einfache Maßnahme, die man nicht erlernen bzw. nicht verbessern braucht. Dementsprechend werden zu dieser Thematik auch kaum Fortbildungsveranstaltungen angeboten. Kurse über muko-gingivale Chirurgie oder Implantat-Methoden sind auch viel attraktiver. Wie ich aber bei den Kursen, die wir in unserer Praxis mit erfahrenen Parodontologen und Hygienisten durchgeführt haben, immer wieder feststellen konnte, wird von den meisten Kollegen die Akribie, die Feinfühligkeit und der Zeiteinsatz, der für das Scalen und Root-Planing eines Zahnes notwendig



Metamorphose
eines Zahnes

Hans Klossner - 83

bernd Lorenz

keramisches dental-labor

Waldfriedhofstraße 15/II
8000 München 70 · Telefon 089 - 7155 88

ist, bei weitem unterschätzt.

Der zweite erhebliche Unterschied ist die Möglichkeit des Einsatzes von Hilfskräften oder Dental Hygienists. Die Erfolge der anderen bezüglich konservativer PA-Behandlung sind ganz bestimmt auch zum Großteil diesen hervorragend geschulten Dental-Hygienists zu verdanken. Da wir diese Hilfskräfte nicht zur Verfügung haben, müssen wir von dieser Seite schon erhebliche Abstriche machen.

Der dritte Punkt ist das Vertragssystem, das viel zu wenig differenziert ist und dazu verleitet, auch schwierige Situationen mit allzu einfachen Mitteln anzugehen.

Das waren zum ersten die Voraussetzungen allgemeiner Art, die meiner Meinung nach eine Einschränkung der Indikation für rein konservative Maßnahmen bedingen. Zum zweiten sind es die anatomischen Gegebenheiten, die oft verhindern, daß die geschlossene Kürrettage erfolgreich durchgeführt werden kann. Sehr häufig finden sich an den Zahnstrukturen Rillen, Furchen, Dellen und Einziehungen, die bevorzugte Bakterien-schlupfwinkel darstellen. Diese sind dann häufig die Ursache lokalisierter progressiver Destruktion. Speziell zusammengewachsene Wurzeln können unregelmäßige Querschnitte mit tiefen Furchen aufweisen, die sich als feine Rillen oft bis ins Dentin erstrecken. Solche Rillen sind sozusagen Leit-

schienen für das Wachstum der Bakterien in die Tiefe und praktisch immer sind z.B. dreiwandige Knochentaschen mit solchen anatomischen Gegebenheiten verbunden. Ähnliche Probleme gibt es auch an Rillen, die vom Foramen caecum ausgehen oder an Schmelzprojektionen und Schmelzperlen, die sich apical der Schmelz-Zement-Grenze am Eingang von Furkationen befinden. Fast immer stellt sich nach einem Mißerfolg trotz sorgfältigster durchgeführter konservativer Therapie heraus, daß anatomische Irregularitäten Ursache dafür waren. Bei einer exakten kombiniert klinisch-röntgenologischen Untersuchung jedes einzelnen Zahnes sind solche Anomalien sehr häufig zu diagnostizieren. Es ist klar, daß solche Abweichungen, speziell wenn sie bis zum Taschengrund reichen, nur sehr schwer, d.h. ohne direkte Sicht, zu beherrschen sind.

Aus diesen Überlegungen und den Erfahrungen, die ich aus 15jähriger Parodontaltherapie gewonnen habe, habe ich für meine Praxis ein Konzept entwickelt, mit dem ich glaube, auf dem sichereren Weg zu sein. Dieses Konzept beinhaltet:

1. Exakte Einzelzahndiagnose, um Irregularitäten an Zahn- und Knochenstruktur zu diagnostizieren.
2. Konservative Therapie, d.h. geschlossene Kürrettage nur bis zu einer Taschentiefe von 4 mm, aber auch nur dann, wenn keine Irregula-

ritäten diagnostiziert wurden.

3. Bei Taschentiefen über 4 mm oder darunter mit Irregularitäten therapieren mit offenem Zugang (entweder Marginal- oder Modified Widmann-Schnitt), Odontoplastik mit rotierenden Instrumenten (neuerdings gut mit dem Paro-Set der Firma Intensiv) zur Herstellung einer akzeptablen Wurzelmorphologie. Scaling und Root-Planing unter Sicht, wobei ich für das Root-Planing auch feinste Diamanten einsetze. Zum Schluß

geringe Oseoplastik, falls die Knochenstruktur ungünstig verläuft.

Mit diesem Konzept, das sich aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen der letzten Jahre, aus den gegebenen Umständen unseres Systems und aus der kritischen Einschätzung der eigenen Fähigkeiten entwickelt hat, glaube ich, einen Weg der Therapie gefunden zu haben, der auf der sicheren Seite des Erfolges liegt.

Dr. Franz Bader
Römerstr. 4
8062 Markt Indersdorf

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

Bericht von der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie im Oktober 1985 in Berlin

Ist eine Tagung wie die der DGZMK in Wiesbaden oder der DGP in Berlin, zu der ich fuhr, für Praktiker als Fortbildung empfehlenswert?

Ich meine, nur sehr eingeschränkt. Am ehesten für Praktiker mit deutlicher Spezialisierung auf den Bereich der jeweiligen Tagung.

Der Hauptteil der Flut von Referaten und Vorträgen berichtet von Forschungsteilerggebnissen, epidemiologischen Studien und Trends, die im zahnärztlichen Sektor eher im "Mikrokosmos-Bereich" liegen.

Übliche Kurse und thematisch eingegrenzte Fortbildungsveranstaltungen scheinen für den "general dentist" umsetzungsfreundlicher und meist komprimierter.

Im folgenden möchte ich einen kurzen Überblick über ausgewählte Referate geben, die relativ engen Bezug zu unserer täglichen Praxis boten.

Prof. Schroeder, Zürich:

Zitronensäurebehandlung des Wurzelzements ist nicht praxisreif. Experimente in dieser Richtung versprechen bisher wenig Erfolg. Ebenso erfordert die Anwendung eines Mikroporfilters viel Aufwand. Er soll das Tiefenwachstum des Epithels in die Tasche nach Parodontaloperationen bremsen, um so Desmodontalgewebe und Knochen Vorsprung im Rennen

nach crestal zu verschaffen.

Dr. Löst, Mainz:

Ob genaueste Wurzelglättung neue Plaqueanlagerung wirksam verzögert, ist umstritten. Rootplaning erhöht aber die Wahrscheinlichkeit, Restkonkremente, Bakterien und Toxin in Lakunen der Wurzeloberfläche entfernt zu haben.

Rootplaning setzt sich als Sammelbegriff für die gesamte "konservative" Parodontalbehandlung durch, inclusive Scaling und Curettage.

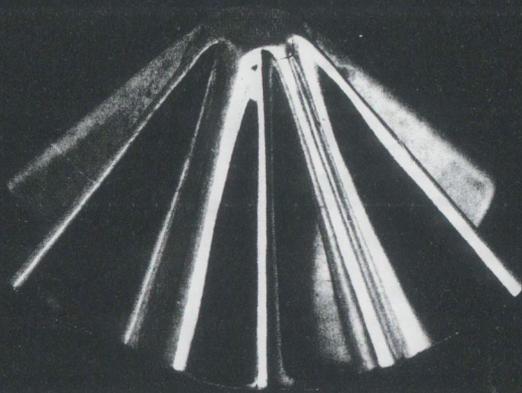
Prof. Rateitschak, Basel:

Die letzten zehn Jahre geht der Trend der PA-Therapie in Richtung konservative Behandlung. Scaling ist Causaltherapie, Taschenelimination kuriert Symptome. Schwere des Falls, Form und Lage des betroffenen Zahns, d.h. seine Zugänglichkeit, Kosten, Erfahrung des Behandlers und Motivation des Patienten bestimmen die Entscheidung für oder wider eine operative Behandlung. Besonders Furkationsinvolvement erfordert meist direkten Zugang, wobei oft die Furkation ausgefräst werden muß. Dafür empfiehlt sich das Perio Set der Firma Intensiv.

Jede parodontaltherapeutische Tätigkeit erfordert in praxi den Einsatz einer Fachhelferin und kurzfristiges Recall. Der

®
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

Tarif einer Dental Hygienist liegt in der Schweiz nur halb so hoch wie der Tarif eines Zahnarztes.

Erstaunlich für mich, daß fast jeder Vortragende die absolute Notwendigkeit von ZMF und Recall betonte und die viel zu geringe Zahl durchgeführter PA-Behandlungen in Deutschland bedauerte.

Ist ihnen nicht bekannt, daß das erlaubte Aufgabengebiet von fachhelferinnen kaum über's Händchenhalten bei PA-Behandlungen hinausgeht? Daß selbst in Diskussionen dieser Mißstand nie erwähnt wurde, kann als Resignation oder als massenhaftes Sich-darüber-Hinwegsetzen gedeutet werden.

Prof. Bernimoulin, Berlin:

Übersteigt nach Vorbehandlung die Taschentiefe fünf Millimeter, hilft eine Lappenoperation nach Widman Zeit sparen. Sie muß unter möglicher Schonung des Knochens durchgeführt werden. Man muß allerdings klar sehen, daß auch Widman flap einen Höhenverlust der Gingiva erzeugt.

Recall ist besonders nach Operationen *conditio sine qua non*.

Prof. Flores de Jakoby, Marburg:

Mit Metronidazol steht uns ein Antibiotikum mit sehr engem Wirkspektrum zur Verfügung, das bei schwerer oder rezidivierender Parodontitis im Experiment bedeutende Taschenreduktion bewirkt (bis zu 6mm). Diese Tatsache stützt die spezifische PA-Hypothese. Gegen Einsatz in der täglichen

Praxis spricht der Verdacht der Teratogenität und anderer nicht ungefährlicher Nebenwirkungen.

Prof. Bernimoulin, Berlin:

Eine schmale befestigte Gingiva bedarf so lange keiner Gingivaextension, so lange sie entzündungsfrei zu halten ist. Andernfalls besteht Indikation zu einem freien Schleimhauttransplantat, das bei Recessionen nachweislich bis zu 20% Reduktion durch Creeping in den ersten 6 Wochen nach der Verpflanzung bewirkte.

Dr. Debes, Aschaffenburg:

Er berichtet von erfolgreichen Transplantationen einzelner Wurzeln nach Hemisektion oder von Zähnen am selben Patienten in zahnlose Kieferareale, womit wie bei Implantaten Pfeiler für Rekonstruktionen gewonnen werden. Wo diese Möglichkeit besteht, sei der Langzeiterfolg besser als mit Implantaten.

Ob dies allerdings über den Bereich der Spielerei hinausgeht, darf diskutiert werden.

Prof. Pape, Köln:

Versuche mit Hydroxylapatitgranulat zur Auffüllung von Knochtaschen zeigen vielversprechende Ergebnisse. Die Beweglichkeit der Testzähne ging infolge dieser Behandlung durchwegs um zwei Grade zurück.

Prof. Bernimoulin, Berlin:

Er ließ eine epidemiologische Untersuchung bei Beschäftigten der Fa. Siemens durchführen. Dabei fand sich bei den 45- bis 54-Jährigen niemand ohne

Parodontopathie; 47% hatten Bedarf an Scaling; die restlichen 53% benötigten sogar eine chirurgische Behandlung. Dennoch waren nur bei 15% der Untersuchten bisher leichte parodontologische Maßnahmen vorgenommen worden. Begleitend dazu beantworteten die Untersuchten Fragen nach ihrer möglichen Compliance. Demnach wollten 60% keine chirurgische Behandlung. 76% wären nicht bereit, ästhetische Nachteile in Kauf zu nehmen und 70% ließen sich nicht behandeln, wenn der Selbstbehalt DM 500,- überstiege.

Keine rosigen Aussichten für die Parodontologie in Deutschland!

Prof. Krekeler, Freiburg:

Gegen rezidivierende Aphten ist noch immer kein Kraut gewachsen.

Albothyl R ist eines der weni-

gen Mittel, die ein wenig helfen können. Empfohlen wird weiters, anästhesierende Salben vor den Mahlzeiten aufzutragen.

Im Anfangsstadium, in dem wir Aphten allerdings kaum zu Gesicht bekommen, bewähren sich corticoidhaltige Salben à la Volon A. Sie erleichtern den Verlauf der Aphtosis merklich.

Wie sieht also unsere Parodontaltherapie der nächsten Jahre aus - falls wir uns überhaupt dazu mangels bzw. trotz Verbots von Hilfskräften und teilweise Recall-Verbots entschließen können: zurückhaltend mit chirurgischen Maßnahmen, den Blick fest auf die polierte Wurzeloberfläche gerichtet. Und kratzen, kratzen und nochmal kratzen.

Dr. Armin Maurer
Wöhlerstr. 20
8000 München 60

VOR NEUEM PA-VERTRAG

Die nächste Verhandlung über einen neuen Parodontose-Vertrag zwischen den Spitzenverbänden der Kassen und der KZBV ist für den 5.11.1985 angesetzt. Ziel der KZBV ist es, die bisherigen Regelungen über die Behandlung von Parodontopathien durch ein völlig neues Vertragssystem zu ersetzen, das den heutigen wissenschaftlichen Erkenntnissen Rechnung trägt. Der neue Vertrag soll in vier Abschnitten untergliedert werden: 1. Initiale Parodontalbehandlung, 2. weiterführende Parodontalbehandlung, 3. Haltungstherapie, 4. Parodontalbehandlung im reduzierten Restgebiß. Nach Auffassung der Zahnärzte muß die initiale Parodontalbehandlung im

neuen Vertrag eine stärkere Gewichtung erhalten, während die Spitzenverbände nur einer mäßigen Förderung der Initialbehandlung zustimmen wollen. Bei der weiterführenden Pa-Behandlung sollen an die Stelle der bisherigen Position P zu 100 mehrere Gebührenpositionen für die chirurgische Behandlung treten, um so eine leistungsgerechtere, den unterschiedlichen Schwierigkeitsgraden entsprechende Bewertung festzulegen. Wann die Verhandlungen abgeschlossen werden können und wann die neuen Regelungen in Kraft treten, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht abzusehen.

A+S-aktuell, Nr. 22/85, S. 19

„Viel Schmerz! Doktor, du vollmachen?“

— Randgruppen in der zahnärztlichen Praxis

Seit neuestem gilt es bei uns als rechtens, daß Asylbewerber nur dann anerkannt werden, wenn mit Sicherheit angenommen werden kann, daß sie bei etwaiger Rückkehr in ihr Heimatland gefoltert würden. Die Anzahl derjenigen Ausländer, die sich gesetzeswidrig in der Bundesrepublik aufhalten, ist durch diese Praxis sicherlich nicht kleiner geworden, sondern eher gewachsen. Ein besonders großer Teil dieser "Illegalen" kommt aus der Türkei.

Meine kleine Tochter erzählte mir unlängst von einer Begegnung "mit einem Türken". Auf meine Frage, woran sie diesen Mann als Türken erkannt habe, antwortete sie: "Er sah so traurig aus."

Meine engere Heimat ist "Das Alte Land", ein großes Obst- und Gemüsebaugelände am südlichen Elbufer, westlich von Hamburg. Hier wäre die Einbringung der Ernte seit vielen Jahren völlig undenkbar geworden, könnte man nicht auf "seine" Türken zurückgreifen. Manche dieser Männer haben "ihre" festen Bauern, zu denen sie alljährlich rechtzeitig zur Erntezeit zurückkehren. Natürlich weiß das auch die Polizei - und sieht weg. Das Problem ist ja

aus Bauernverbands-Tagungen und -Publikationen bestens bekannt: Ohne die Türken geht es nun einmal nicht, und jeder jeweilige "Chef" richtet seinen Türken entsprechend gut getarnte Unterkünfte in Scheunen, Ställen und Obstkellern ein. Immer wieder kann aber diese Idylle hart und plötzlich gestört werden: Wenn nämlich jemand "Anstoß nimmt" und Anzeige erstattet, muß die Polizei gegen diese "Illegalen" vorgehen. Sie tut das dann spektakulär mit Hubschrauberjagden über den Obsthöfen und Razzien in den Scheunen. Selten wird dabei jemand erwischt. Der Dumme aber, der sich hat aufgreifen lassen, wird gnadenlos "eingebuchtet" und ausgewiesen.

Die Loyalität zum Arbeitgeber aber überdauert üblicherweise auch die Verhaftung: Niemand dieser Türken würde das jeweilige Arbeitsverhältnis eingestehen und so seinen "Chef" mit hereinreißen.

Was geht dies alles den Zahnarzt an?

Nun, diese quasi nicht existenten "Touristen" haben gelegentlich ganz banale Zahnschmerzen. Die Behandlung dieser Personengruppe ist außer-

ordentlich problematisch.

1. Dokumentationspflicht

Die an diesen Patienten erfolgten Untersuchungen und Behandlungen können schon deshalb nicht dokumentiert werden, da sie sich in der Regel weigern, Name und zeitweise Anschrift anzugeben.

2. Diagnostik

Die Möglichkeit der Anamnese-Erhebung ist durch die Sprachbarriere meist sehr gering. Der Fingerzeig "da Schmerz" läßt sich manchmal etwas konkretisieren durch Heiß/Kalt-Provokation. Röntgenaufnahmen werden oft - wohl aus Sorge, die Rechnungshöhe betreffend - nicht gewünscht. Lieber gleich "raus".

3. Therapie-Möglichkeiten

Was bleibt neben der Extraktion?

Diese Patienten wollen mit möglichst geringem Zeitaufwand wieder arbeitsfähig werden, denn ihre Bezahlung erfolgt ja nicht nach Zeit, sondern nach Pflückergebnis (Akkord). So sind Füllungen nur dort angezeigt, wo kein endodontisches Risiko erkennbar ist. Wurzelbehandlungen kommen nur in seltenen Fällen vor, nämlich dort, wo absehbar ist, daß die WF einschließlich Deckfüllung sofort fertiggestellt werden kann. Limitationen kommen aber auch anders herum vor:

Es erscheint ein Patient mit etwas besseren Deutschkenntnissen mit einem subperiostalen Abszeß und starker Lockerung des ursächlichen Zahnes: "Nicht raus, vollmachen." Da kommt es trotz aller verbalen

Versuche des Behandlers schon vor, daß der mit Leitung anästhesierte Patient unter Protest die Praxis verläßt.

Sehr selten kommt der geradezu tragische Fall vor, daß sich Patienten aus dieser Personengruppe nach Zahnersatzmöglichkeiten erkundigen. Selbst im Besitz bereits einer oder mehrerer Brückenkonstruktionen aus Goldblech und Acryl-Kunststoff - Kronenränder breit gingival abgestützt -, die erstaunlicherweise bereits an die 10 Jahre in Funktion stehen mögen, möchte so ein Patient gern die Lücke daneben auch gern dergestalt "vollgemacht" haben.

Zunächst einmal muß hier das besondere Risiko des Behandlers bedacht werden, für einen so gearteten Behandlungsfall tätig zu werden und ggf. das Labor mit einer Arbeit zu beauftragen, obgleich die Adresse des Patienten nicht bekannt und sein Wiederkommen fraglich ist. Bei Laborleistungen entstehen ja tatsächlich Kosten, deren Höhe - zumindest aus türkischer Sicht - astronomisch ist.

So bleibt uns bei Prothetikwünschen meist nur die Empfehlung, dies doch lieber später in der Türkei erledigen zu lassen.

4. Liquidation

Hier hat sich - ohne besondere Absprache - bei der Kollegenschaft folgender Weg etabliert: Die Sätze, die uns die RVO-Krankenkassen für beispielsweise: Beratung, Vitalitätsprüfung, Injektion und Extraktion bezahlen, sind diesen Patienten nicht zumutbar.

Wir lassen uns von diesen - immer sofort barzahlenden Patienten - dann pauschal und je nach Schwere DM 15,-- bis DM 25,-- geben, und zwar nicht in die Kasse, sondern in die Blechdose, also "schwarz".

Bei meiner letzten Steuerprüfung zeigte ich dem Finanzbeamten sofort nach der Begrüßung diese Blechdose, schilderte ihr Zustandekommen und auch die übliche Verwendung dieser Gelder: Sie fließen betrieblichen Sonderzwecken wie Feiern, Geschenken usw. zu. Ich sagte dem Beamten: "Sie können mit diesem Betrag hantieren, wie Sie wollen; dann wissen wir auch gleich, was wir voneinander zu halten haben."

Über die Blechdose wurde kein Wort mehr verloren.

Dies geschrieben habend werde ich mit dem neuen Buch von Günter Wallraff konfrontiert. Mir wird klar, daß die Türken

im Alten Land allen Demütigungen durch die hiesigen "Herrenmenschen" zum Trotz noch keineswegs das schlechtestmögliche Los gezogen haben. Wieviel schlechter mag es den zahllosen industriellen Leiharbeitern aus dem Ausland ergehen?

Sollte in puncto zahnmedizinischer Betreuung nicht eine Versorgungsmöglichkeit gefunden werden - analog etwa zur Intensivbehandlung aufgefunderer Bewußtloser durch die Allgemeinmedizin? Auch dies sind ja Patienten, die unabhängig von Nationalität oder Versicherungsstatus nach medizinischer Ethik erst einmal behandelt werden müssen.

Mich würde sehr interessieren, wie sich anderenorts Kollegen bei solchen Behandlungsfällen verhalten.

Dr. Till Ropers
Alter Marktplatz 4
2162 Steinkirchen

EINNAHMEÜBERSCHUSS DER ZAHNÄRZTE BEI 168.000 MARK

Während das arithmetische Durchschnittseinkommen der Zahnärzte vor Steuern 203.767 Mark im Jahr 1983 betrug (59 Prozent der Praxisinhaber hatten ein geringeres Einkommen, 41 Prozent ein höheres) liegt das mittlere (mathematische) durchschnittliche Bruttoeinkommen bei nur 168.266 Mark (50 Prozent der Praxisinhaber haben ein geringeres, 50 Pro-

zent ein höheres Einkommen). Dies besagen weitere Ergebnisse der Kostenstrukturerhebung der KZBV von 1983. Danach hatten Einkommen über 500.000 Mark 6 Prozent der Zahnärzte. 15,7 Prozent lagen mit ihrem Einkommen unter 50.000 Mark im Jahr und immerhin noch 29 Prozent unter 150.000 Mark.

A+S-aktuell, Nr. 22/85, S. 18-19

AIDS

— Fakten und Informationen zu einem prinzipiell neuen Krankheitsbild

Im Rahmen seiner Studiengruppensitzungen bot der DAZ-München am 9.10.85 eine Informationsveranstaltung zum Thema "AIDS" an. Als Referentin der Städtischen Gesundheitsbehörde gab die Stadtdirektorin Frau Dr. Loeffelholz von Colberg Auskunft. Die von Zahnärzten(innen) sowie deren Mitarbeitern(innen) stark besuchte Veranstaltung soll Anlaß sein an dieser Stelle eine Zusammenfassung der bisherigen Erkenntnisse zu geben.

AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) ist ein erworbenes Immundefizienzsyndrom, ausgelöst durch ein Virus (LAV/HTLV-III), wobei derzeit noch nicht klar ist, ob die Virusinfektion als alleinige Ursache für die Erkrankung anzusehen ist.

Das für die AIDS-Erkrankung verantwortlich gemachte Virus wurde 1983 von Luc Montagnier et al. aus den Lymphknoten eines LAS-Patienten isoliert und als LAV (Lymphadenopathie-assoziiertes Virus) bezeichnet (1). Wenig später gelang Robert Gallo et al. das Virusisolat aus dem Serum von AIDS-Patienten. Er bezeichnete es als HTLV-III (human T-cell lymphotropic virus type III) (2). Bei den praktisch identischen Viren (daher die Bezeichnung LAV/HTLV-III) handelt es sich um Retroviren, deren reverse Transkriptase die Virus-RNA nach Eindringen in die Zelle in eine DNA umschreibt. Infiziert werden bevorzugt sich teilende Helferzellen der T-Lymphozyten. Die

Zerstörung und Inaktivierung dieser Zellen und damit das relative Überwiegen der T-Suppressorzellen erklärt die hemmenden Einflüsse auf das Immunsystem (3). Das Virus wurde bisher im Blut, lymphatischem Gewebe, ZNS, Speichel und Samenflüssigkeit nachgewiesen. Es ist außerhalb des Körpers kaum lebensfähig, da sehr wärmeempfindlich und stark feuchtigkeitabhängig. Die Übertragbarkeit von Mensch zu Mensch ist somit nur unter der Bedingung möglich, daß erregertaugliches Blut, Blutprodukte oder Körpersekrete über Haut- und Schleimhautverletzungen direkt in die Blutbahn eines anderen Menschen gelangen. Dies geschieht hauptsächlich durch engen sexuellen Kontakt, Transfusionen von Blut, Plasma oder Präparationen von Gerinnungsfaktoren, die nicht hitzebehandelt sind (4) oder durch Benutzung kontaminierter Injektionsnadeln (5). Auch die Übertragungsmöglichkeit von der infizierten Mutter auf ihr Kind (vor, während oder nach der Geburt) ist gegeben (6).

Virusübertragungen durch soziale Kontakte in Form von Händeschütteln, Umarmungen sowie durch Benutzung gemeinsamer Toiletten, Eßgeschirr oder öffentliche Verkehrsmittel wurden bisher nicht beobachtet (7).

Epidemiologie

Ursprünglich trat LAV/HTLV-III in Zentralafrika auf. Nach Angaben von Professor Kurth vom Paul-Ehrlich-Institut, Frankfurt (8) sind die hier wildlebenden grünen Meerkatzen möglicherweise als natürlicher Wirt des Virus anzusehen und erkranken deshalb nicht. Überspringt ein Virus die Barriere zwischen zwei biologischen Gruppen, so kommt es zu einer gesteigerten Virulenz. Dieser Übergang auf den Menschen hat offenbar um ca. 1970 stattgefunden. Von Zentralafrika gelangte das Virus über Haiti in die großen Küstenstädte der USA, wo es sich epidemieartig zunächst innerhalb bestimmter Risikogruppen ausbreitete. Neunzig Prozent der AIDS-Patienten verteilen sich auf folgende Risikogruppen (9, 10):

- homosexuelle und bisexuelle Personen mit häufig wechselnden Geschlechtspartnern
- i.v. spritzende Drogenabhängige, die Nadeln gemeinsam benutzen
- Hämophilie-Patienten, die Konzentrate von Gerinnungsfaktoren (VIII) erhalten (was durch Hitzeaktivierung vor dem Gebrauch vermieden werden kann) (11)
- Neugeborene infizierter Mütter

- Empfänger von infiziertem Blut (seit dem 1.10.85 wird jede Blutkonserve in der BRD auf LAV/HTLV-III getestet)
- Einwohner der Karibik und von Zentralafrika
- heterosexuelle Kontaktpersonen der o.g. Risikogruppen

Bis zum 26.8.85 sind in den USA 12736 Erkrankungen mit 6376 Todesfällen registriert worden (12), die sich auf folgende Risikogruppen verteilen: männliche Homosexuelle (73%), i.v. Drogenabhängige (17%), Haitianer/Afrikaner (2,9%) und Bluttransfusionsempfänger und/oder mit Faktor VIII substituierte Hämophile (2,2%) (13). Hierbei ist zu beachten, daß die Klassifizierung "hierarchisch" ist, denn sie berücksichtigt nur jeweils einen Risikofaktor auf Kosten von mehreren anderen.

Mit einer Verzögerung von 2-3 Jahren trat AIDS in Westeuropa auf. Bis zum 16.8.85 sind beim BGA 249 AIDS-Erkrankungen mit 100 Todesfällen für die BRD registriert worden, die folgendermaßen verteilt sind: männliche Homo- und Bisexuelle (80%), i.v. Drogenabhängige (3,8%), Afrikaner (1,4%), Hämophile und mehrfach Transfundierte (7,2%) (14). Die Anzahl der Personen, die mit dem AIDS-Virus infiziert sind, ohne Krankheiterscheinungen zu entwickeln, wurde auf den 9. Fortbildungstagen für praktische Sexualmedizin in Heidelberg im Juni dieses Jahres auf 50000 - 100000 geschätzt. Die Zahl der Erkrankten verdoppelt sich alle 6-8 Monate.

Gegen das Virus-Risiko.

Die Desinfektion für alle Bereiche mit umfassend virusbegutachteten Präparaten.

AIDS wird nicht nur allein vom HTLV-III ausgelöst, weitere Faktoren sind nach neuesten Studien wissenschaftlich belegt:

- das Hepatitis B-Virus und
- Viren der Herpes-Gruppe, wie das Zytomegalie-Virus und das Epstein-Barr-Virus.

Gegen die genannten Viren aus der Herpes-Gruppe helfen allerdings vorerst nur hygienische Maßnahmen.

Desderman®

Zusammensetzung: 100 g Lösung enthalten: 78,2 g Athanol, 95,3% (ml/ml), 0,1 g, 2, 3, 4, 5-Tetrabrom-6-Methylphenol. Anwendungsgebiete: Hygienische und chirurgische Händedesinfektion. Besondere Hinweise: Nur äußerlich anzuwenden, nicht in die Augen bringen, brennbar.

HBV-Test: Dr. rer. nat. Dr. med. G. Schwalbach, Mergentheim, II. Quart. 84

Schülke & Mayr GmbH

Primasept® M

Zusammensetzung: 100 g Primasept® M enthalten: Propanol 10,0 g, 2-Propanol 8,0 g, 2-Biphenylol 2,0 g. Anwendungsgebiete: Hygienische Hände-Desinfektion und desinfizierende Hautreinigung. Besondere Hinweise: Das Arzneimittel soll nach dem Ablauf des Verfalldatums nicht mehr angewendet werden. Arzneimittel, für Kinder unzugänglich aufbewahren. Zur äußeren Anwendung. Nicht in die Augen bringen. Das Präparat enthält Propylenglycol, das bei propylenglycolempfindlichen Personen zu allergischen Reaktionen führen kann.

HBV-Test: Prof. Dr. Dr. E. K. Kuwert, Essen, 13.3.81

Schülke & Mayr GmbH

Amyderm® S

Zusammensetzung: 100 g Amyderm® S enthalten: Poly (1-vinyl-2-pyrrolidon)-Jod-Komplex 10,0 g, MMG 10,000, verfügbares Jod 10%, Kaliumjodid 0,3 g. Anwendungsgebiete: Präoperative Hautdesinfektion in der Gynäkologie, Urologie, Dermatologie. Zur Desinfektion von Schleimhäuten vor Eingriffen wie Injektionen, Punktionen, Katheterisierungen. Gegenanzeigen: Das Präparat soll nicht angewendet werden bei Schilddrüsenkrankungen, bei Säuglingen und bei bis zum 6. Monat Schwangeren. Amyderm® S darf nicht in die Augen gebracht werden. Nebenwirkungen: Allergische Reaktionen können bei jodüberempfindlichen Patienten auftreten. Besondere Hinweise: Zur äußeren Anwendung. Soll nach Ablauf des Verfalldatums nicht mehr angewendet werden. Arzneimittel, für Kinder unzugänglich aufbewahren.

Schülke & Mayr GmbH

Primasept® M – zuverlässig wirksam gegen Hepatitis-B Viren und gegen den AIDS-Erreger HTLV-III.

Eine ideale Kombination von schonender Reinigung der Haut und hygienischer Händedesinfektion.

Zur HTLV-III-Inaktivierung:
Konzentration: unverdünnt
Einwirkungszeit: 1 Minute

MAD-Test: Prof. Dr. Dr. E. K. Kuwert, Essen, 13.3.1981

HTLV-III-Test Prof. Dr. med. R. Kurth, Frankfurt, 20.1.1985.



Buraton® 10F – zur HTLV-III und HBV wirksamen Desinfektion und Reinigung von Arbeitsflächen und Praxisfußböden.

Zur HTLV-III-Inaktivierung:
Konzentration: 2%

Einwirkungszeit: 15 Minuten

HBV-Test: Prof. Dr. Dr. E. K. Kuwert, Essen, 1979.

HTLV-III-Test: Prof. Dr. med. R. Kurth, Frankfurt, 20.1.1985.

Mikrozid® Liquid – hochwirksames Sprühpräparat für die Desinfektion von Flächen und Gegenständen während des Praxisablaufes.

Zur HTLV-III-Inaktivierung:
Konzentration: unverdünnt
Einwirkungszeit: 15 Minuten

HBV-Test: Prof. Dr. Dr. E. K. Kuwert, Essen, 4.12.1980.

HTLV-III-Test: Prof. Dr. med. R. Kurth, Frankfurt, 20.1.1985.

Desderman® – die alkoholische Hände-Desinfektion, die den AIDS-Erreger HTLV-III und Hepatitis-B Viren nachweislich inaktiviert.

Zur HTLV-III-Inaktivierung:
Konzentration: unverdünnt – ohne Wasser
Einwirkungszeit: 1 Minute

MAD-Test: Dr. rer. nat. Dr. med. G. Schwalbach, Mergentheim, II. Quart. 1984.

HTLV-III-Test: Prof. Dr. med. R. Kurth, Frankfurt, 20.1.1985.

Gigasept® – hochwirksame Desinfektion speziell von thermolabilen Instrumenten, Anästhesie-Zubehör und kostbaren Optiken.

Zur HTLV-III-Inaktivierung:
Konzentration: 5% (10%)
Einwirkungszeit: 60 (15) Minuten

MAD-Test: Prof. Dr. Dr. E. K. Kuwert, Essen (MAD-Test 1975, Primaten-Test 1979).

HTLV-III-Test Prof. Dr. med. R. Kurth, Frankfurt, 20.1.85.

Amyderm® S – Antiseptikum zur schmerzfreien Haut- und Schleimhaut-Desinfektion. HTLV-III wirksam.

Zur HTLV-III-Inaktivierung:
Konzentration: unverdünnt
Einwirkungszeit: 1 Minute

HTLV-III-Test: Prof. Dr. med. R. Kurth, Frankfurt, 20.1.1985.

Eingetragen in die VI. Liste der DGHM 1982.

Amyderm® S ist apothekenpflichtig.

BGA-Zul.-Nr. 15800000.

Lysetol® V – zuverlässige Reinigung und Desinfektion des ärztlichen Instrumentariums mit breiter mikrobizider Wirkung.

Zur HTLV-III-Inaktivierung:
Konzentration: 2%
Einwirkungszeit: 5 Minuten

MAD-Test: Prof. Dr. Dr. E. K. Kuwert, Essen, 1979.

HTLV-III-Test: Prof. Dr. med. R. Kurth, Frankfurt, 20.1.1985.

S&M Schülke & Mayr GmbH
Postfach 63 02 30
2000 Hamburg 63

Klinik

Nach der Infektion mit LAV/HTLV-III kann ein mononukleoseartiges Krankheitsbild mit Fieber, Kopf-, Hals- und Gliederschmerzen, Lymphknoten- und Milzvergrößerung, Exanthenen oder Lichtempfindlichkeit auftreten. Die Symptome können aber auch völlig geringfügig sein. Die Antikörperbildung findet im allgemeinen 2-12 Wochen nach der Infektion statt, wobei der Patient sich wieder völlig gesund fühlt. Nach bisherigen Statistiken entwickeln 5-19% der Infizierten nach 2-5 Jahren das Vollbild der Erkrankung. Es ist gekennzeichnet durch Allgemeinsymptome wie Abgeschlagenheit, Fieber, Nachtschweiß, Lymphknotenschwellungen, deutlichen Gewichtsverlust, durch opportunistische Infektionen (z.B. durch *Pneumocystis carinii*, *Toxoplasma*, *Candida albicans*, Mycobakterien, *Entamoeba histolytica*, Herpes- und Cytomegalieviren), die zu 57% die Lunge betreffen und im Spätstadium eine zerebrale Symptomatik (Enzephalopathie mit Demenz) zeigen (15, 16). Ferner das Auftreten des Kaposi-Sarkoms, das bei AIDS-Patienten häufig multipel auftritt und deutlich aggressiver verläuft als üblich.

Im Bereich der Mundhöhle können rezidivierende Herpes-simplex-Infektionen mit Ulzerationstendenz, Soor-Infektionen durch *Candida albicans* sowie das Kaposi-Sarkom in Form von blau- oder violettroten Infiltraten, Knoten oder Tumoren mit Ulzerationstendenz auftreten (17).

Eine weniger schwerwiegende Manifestation von AIDS ist das LAS (Lymphadenopathie-Syndrom), auch Pre-AIDS oder ARC (AIDS related complex) genannt, das keine Symptome des Kaposi-Sarkoms zeigt. LAS wird als Früh- oder Teilmanifestation von AIDS betrachtet, wobei bei 10-30% der Erkrankten nach 2-3 Jahren das Vollbild AIDS entwickeln. Klinisch imponieren generalisierte Lymphknotenschwellungen, es kommt zu Fieber, Durchfällen, Gewichtsabnahme, Nachtschweiß und Infektionen durch Enteroviren, *Cryptosporidium* und Cytomegalieviren (18).

Diagnostik

Die Feststellung einer Infektion mit LAV/HTLV-III geschieht durch den Nachweis von Antikörpern gegen das Virus mittels verschiedener Methoden. Modifikationen des enzyme-linked-immunosorbent assay (ELISA), die bei positivem Ausfall mittels des Western-Protein-Blot-Tests überprüft werden, sind die gebräuchlichsten Methoden. Ein positives Testergebnis weist die Präsenz des Virus im Serum nach und ist nicht als Ausdruck einer Erkrankung zu werten. Andererseits können negative Testergebnisse bei AIDS-Patienten auftreten, die aufgrund fortschreitender Immunschwäche keine Antikörper bilden.

Schutzmaßnahmen

Als wichtigste Schutzmaßnahme sei hier die Kenntnis einer eventuellen Infektion des Patienten genannt. Die Frage nach dem LAV/HTLV-III-Antigen-

Test sollte in den Anamnesebogen aufgenommen werden. Auch ein Hinweisschild im Wartezimmer, das den Patienten mit positivem Testergebnis auffordert, dieses dem Arzt mitzuteilen, ist sinnvoll. Bei geringstem Verdacht kann, auch unter Berücksichtigung der besonderen Problematik, auf ein direktes Gespräch mit dem Patienten nicht verzichtet werden. Ebenso sollte eine Mitarbeiteraufklärung stattfinden, die auch entsprechend zu aktualisieren ist.

Bei Behandlungsmaßnahmen empfiehlt sich das Tragen von Schutzkleidung, Handschuhen, Nasen- und Mundschutz sowie Schutzbrille. Wenn möglich sollten Einmalinstrumente verwendet werden, ansonsten werden die Instrumente desinfiziert und sterilisiert. Die Virusinaktivierung erfolgt durch Desinfektionsmittel vor allem auf alkoholischer Basis (siehe auch Liste der vom BGA geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren). Eine sorgfältige Flächendesinfektion von Stuhl, Einheit und Fußboden ist notwendig. Minimalverletzungen von Behandler oder Personal sind unbedingt vor Kontakt mit Blut oder Speichel zu schützen sowie Verletzungen durch spitze, scharfe Gegenstände vorzubeugen.

Bei konsequenter Einhaltung dieser Schutzmaßnahmen dürfte das Infektionsrisiko für zahnärztliches Personal gleich dem der Allgemeinbevölkerung sein.

Dr. Claudia Wohlgemuth
Lindenschmitstr. 44
8000 München 70

Literatur

(1)

F. Barré-Sinoussi, I.C. Chermann, F. Rey et al.: Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk of acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science* 220, 868, 1983

(2)

R.C. Gallo, S.Z. Salahuddin, M. Papovic et al.: Frequent detection and isolation of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and at risk of AIDS. *Science* 225, 500, 1984

(3), (18)

O. Braun-Falco, D. von der Helm: Was sollte der Zahnarzt von AIDS wissen? *Zahnärztl. Praxis*, 8, 302, 1985

(4)

Rouzioux, C., S. Chamaret, L. Montagnier, V. Carnelli, G. Rolland, P.M. Mannucci: Absence of antibodies to AIDS virus in haemophiliacs treated with heat-treated factor VIII concentrates. *Lancet* 271-272, 1985

(5)

Sanchez-Pescader, R., M.D. Power, P.J. Barr, K.S. Steiner, M.M. Stemoien, S.L. Brown-Shimer, W.V. Gee, A. Renard, A. Randolph, J.A. Levy, D. Dino, P.A. Lucini: Nucleotide sequence and expression of an AIDS associated retrovirus (ARV-2). *Science* 227, 484-492, 1985

(6)

Scott, G.B., B.E. Buck, J.G.

Letterman, F.L. Bloom, W.P. Parks: Acquired immunodeficiency syndrome in infants. N. Engl. J. Med. 310, 76-81, 1984

(7)

Acquired immune deficiency syndrome (AIDS): Provisional US public health service inter-agency recommendations for screening donors and plasma for antibody to the virus causing AIDS. Wkly. Epidem. Rev. 60, 21-28, 1985

(8), (9), (11)

Kathke, Dr. N.: AIDS, R.S. Schulz, 20-21, 1985

(10)

Sebastian, Dr. H.: AIDS - was ist das und was ist jetzt zu tun, ZM 20, 2230, 1985

(12)

CDC: Weekly surveillance Report vom 26.8.85

(13), (14)

AIDS-Arbeitsgruppe des BGA:

AIDS-Schnellinformationen, Bundesgesundheitsblatt 28, 190, 1985

(15)

Rivin, B.E., J.M. Monroe, B.P. Hubschman, P.A. Thomas: AIDS outcome: a first follow up, New Engl. J. Med., 311, 857, 1984

(16)

Shaw, G.M., M.E. Harper, B.H. Halm, L.G. Epstein, D.C. Gaydusek, R.W. Price, B.A. Navia, C.K. Petito, C.J. O'Hara, J.E. Groopman, E.-S. Cho, J.M. Oleske, F. Wong-Staat, R.C. Gallo: HTLV-III infection in brains of children and adults with AIDS encephalopathy, Science 227, 177-182, 1985

(17)

Fauci, A.S.: The acquired immune deficiency syndrome: the ever-broadening clinical spectrum. Jama 249, 2375-2376, 1983

ZUNGEN-LEUKOPLAKIE: AIDS-FRÜHSYMPTOM?

Leukoplakien sind weiße, nicht abwischbare erhabene Schleimhautbezirke, die besonders häufig an den Zungenrändern sichtbar werden. Bisherige Untersuchungen haben u.a. Papillom-, Herpes- und Epstein-Barr-Viren, aber auch Candida zutage gefördert. In San Francisco wurden zwischen Oktober 1981 und Juni 1985 123 Patienten mit Zungenleukoplakie gesehen, von denen 13 zusätzlich an AIDS erkrankt waren. Von den übrigen 110 Patienten konnten 80 nachverfolgt werden: innerhalb von drei Jahren entwickelten 20 dieser 80

Personen AIDS. Bei der serologischen Untersuchung von 79 der ursprünglich 123 Patienten konnten in 99% der Fälle LAV/HTLV-III-Antikörper nachgewiesen werden. Bis auf weiteres sollten Ärzte Zungenleukoplakie als mögliches AIDS-Frühsymptom interpretieren!

Greenspan, D., Greenspan, J.: Oral viral lesion (Hairy leukoplakia associated Acquired Immune Deficiency Syndrome). MMWR, Jama, 254, 1694 (1985)

ZFA-Telex, 30/85, S. 10

Psychosoziale Aspekte bei der Neugründung einer zahnärztlichen Praxis

Ich bin seit mehr als sieben Jahren als selbständiger Zahnarzt in freier Praxis tätig. Ich gehöre damit zu der Bevölkerungsgruppe, der man nachsagt, sie habe einen "Traumberuf".

Meine Erfahrungen zeigen jedoch, daß gerade im Rahmen der Niederlassung sehr vielschichtige Probleme zu bewältigen sind, aus denen kaum jemand ohne bleibende Nachwirkungen hervorgeht. Davon werden Erfolg und Zufriedenheit im Beruf wesentlich beeinflußt. Es ist erstaunlich, daß daraus bisher kaum Konsequenzen in Aus- und Fortbildung gezogen worden sind.

Die Probleme, die während der Phase der Niederlassung auftreten, betreffen folgende Bereiche:

- 1) Ausbildung
- 2) Persönlichkeit des Zahnarztes und sein privates Umfeld
- 3) Aufbau der beruflichen Hierarchie
- 4) Wirtschaftliche und betriebswirtschaftliche Voraussetzungen
- 5) Umgang mit Mitarbeitern und Patienten
- 6) Organisationsform der Praxis

Alle diese Punkte werden in der Regel in der Literatur einzeln behandelt. Die Probleme

entstehen jedoch besonders durch die Wechselwirkungen, die von ihnen ausgehen.

Die zahnärztliche "Karriere" entspricht zum Zeitpunkt der Niederlassung einer direkten Beförderung von einem Auszubildenden zum Betriebsleiter, wobei "nebenbei" noch der Betrieb erstellt werden muß. Das ist ein in der freien Wirtschaft undenkbarer Zustand. Die Ausbildung auf der Universität berücksichtigt nur den fachlichen Bereich, obwohl zum Berufsbild des Zahnarztes in der Regel die selbständige Tätigkeit in freier Praxis gehört. Da auch während der Assistenzzeit und im Rahmen der Kassenzulassung keine betriebswirtschaftliche Unterweisung erfolgt, überschulden sich viele Zahnärzte bei der Neugründung ihrer Praxis. Das versetzt den Kollegen in die Zwangslage, Mindestumsätze zu "erwirtschaften". Aus diesem Druck erwachsen zwangsläufig psychische Spannungen, die die Gefahr in sich bergen, von den qualitätsorientierten Idealen abzuweichen: Mehr Quantität statt Qualität:

Von einem Arzt verlangt der Patient Souveränität und Sicherheit, Ruhe und Gelassenheit als Grundlage für die Vertrauensbildung. Der Patient möchte sich mit seinen Problemen in die Hand des Arztes be-

geben und erwartet Hilfe. Nur sind in der Regel bei einem gerade niedergelassenen Kollegen die Voraussetzungen (noch) nicht gegeben:

a) Der Zahnarzt muß sich an seine neue Praxis auch selbst erst einmal gewöhnen. Arbeitsabläufe müssen sich einspielen. Die Mitarbeiter sind sich fremd. Daraus ergeben sich viele Unsicherheiten, die dem Patienten verborgen bleiben müssen. Um diese Phase möglichst schnell in den Griff zu bekommen, neigt der Arzt zu autoritären Handlungsweisen, die häufig zur ungerechten Behandlung der Mitarbeiter führen. Damit kann sich ein angenehmes Betriebsklima nicht entwickeln, was sich auch auf das Wohlbefinden der Patienten auswirkt.

b) Die fachliche Sicherheit, die der Patient vom Arzt erwartet, kann er aufgrund mangelnder Erfahrung nicht geben. Daraus ergibt sich, daß die Leistungsfähigkeit des Arztes bei Problemfällen erreicht werden kann, ohne daß sich ein befriedigender Behandlungserfolg einstellt. Das beeinträchtigt das Vertrauensverhältnis und setzt das Selbstbewußtsein des Arztes herab. Besonders unglaublich macht sich der Arzt, wenn er zur Wahrung seines Gesichts die mangelnde Mitarbeit des Patienten für den Mißerfolg verantwortlich macht.

c) In unterversorgten Gebieten wird eine neugegründete Praxis häufig von einer Patientenflut heimgesucht. Dadurch wird die Leistungskapazität des Arztes sehr schnell erreicht. Da man einerseits aus wirtschaftlichen Gründen dankbar für jeden Patienten ist (lieber einer zu viel als einer zu wenig), andererseits aus berufsethischen Gründen keinen Patienten abweisen möchte, ist der Konflikt zwischen Quantität und Qualität schon vorprogrammiert. Wenn man die Patientenzahl nicht beschränkt, wird unter dem ständigen Arbeitsdruck die Konzentrationsfähigkeit und Disziplin leiden.

Die Probleme der Niederlassung sind eng verknüpft mit der Persönlichkeit des Arztes und seinem privaten Umfeld. Je stärker die persönlichen Bindungen zum Niederlassungsort sind, desto intensiver wird ihr Einfluß sein.

Empfehlungen

Eine Praxisgründung ist ein "Buch mit sieben Siegeln". Man kann aber durch sorgfältige Planung einen Teil der Probleme schon im Vorwege vermeiden:

a) Wahl des Praxisortes

Neben den allgemein bekannten Kriterien (Einzugsgebiet, Zahl der praktizierenden Zahnärzte etc.) sollte man persönliche Aspekte berücksichtigen. Je empfindsamer man ist, desto

weniger persönliche Bindungen sollten zum Praxisort und seinen Einwohnern bestehen. Es ist sehr viel leichter, sich aus einer unabhängigen Position heraus in eine Gemeinschaft einzufügen. Dabei erleichtert es die räumliche Distanz auch, alte Bindungen zum Heimatort aufrechtzuerhalten, da es keine unmittelbaren sozialen Reibungspunkte gibt.

Entschließt man sich jedoch, direkt an einen Ort zurückzukehren, zu dem man starke soziale Bindungen hat, werden sich gerade diese verändern. Die Ursache liegt im besonderen sozialen Status des Arztes, nicht in seiner Person. Man braucht Geduld, bis sich die Beziehungen spannungsfrei neu orientiert haben.

b) Praxisplanung und -finanzierung

Dem Zahnarzt werden während seiner Ausbildung keine betriebswirtschaftlichen Kenntnisse vermittelt. Es ist sehr empfehlenswert, sich diese über andere Institutionen anzueignen (Volkshochschule, Industrie- und Handelskammer etc.). Bei der Einrichtung der Praxis sollte man Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit miteinander verbinden. Grundsätzlich gilt, daß jede investierte Mark trotz steuerlicher Aspekte zunächst einmal wieder verdient werden will. Ich kenne Praxen, deren Investitionsvolumen sich bei vergleichbarer Größe und techn. Ausstattung allein durch die Wahl der Materialien um das Doppelte unterscheiden. Ein-

richtungsgegenstände, die wünschenswert, aber nicht unbedingt erforderlich sind, können auch zu einem späteren Zeitpunkt angeschafft werden, wenn man sich über die wirtschaftlichen Daten seiner Praxis ein fundierteres Bild machen kann. Außerdem sind in der Regel zu einem späteren Zeitpunkt private Investitionen (Hausbau etc.) geplant, deren Realisierung man durch zu hohe Praxis-Investitionen blockiert. Man kann auch durch die Organisationsform der Praxis Investitionen einsparen, indem man sich mit einem Partner zusammenschließt, um eine Praxisgemeinschaft bzw. Gemeinschaftspraxis zu gründen. So könnten einige Einrichtungsgegenstände wie Röntengeräte etc. zusammen benutzt und finanziert werden. Voraussetzung dafür ist aber, daß man sich mit dem Partner, wie in einer guten Ehe, sehr gut ergänzt und die vertraglichen Abmachungen spätere Reibungspunkte möglichst ausschließen. Dieses Thema ist so umfangreich, daß man sich gesondert detailliert damit auseinandersetzen muß.

Bei der Praxisfinanzierung sollte man sich mit mehreren Beratern unterhalten, um dann mit dem Fachmann seines Vertrauens zusammenzuarbeiten. Der Finanzierungsbereich (Banken, Versicherungen etc.) ist so unübersichtlich, daß ein Fachmann mit entsprechenden Verbindungen empfehlenswert ist.

c) Fachkompetenz

Jeder Arzt muß sich darüber im

klaren sein, daß er mit der Niederlassung für die nahe Zukunft seine Kapazitäten bindet und für berufliche Fortbildung kaum noch Freiräume besitzt. Das heißt, daß man sich vorher eine gesunde, breitgefächerte Basis beruflicher Kenntnisse erworben haben muß. Es ist unverständlich, daß es bisher keine Rahmenbedingungen für die Ausbildungsassistentenzeit gibt, die sowohl die Ansprüche festlegen, die eine Ausbildungspraxis zu erfüllen hat, als auch den Nachweis der erworbenen Kenntnisse durch den

auszubildenden Assistenzarzt.

Eine solide fachliche Basis ist die Grundlage, in der bewegten Phase der Niederlassung mit ihren vielschichtigen Erfahrungen Herr der Lage zu bleiben. Dann kann man durch geschickte Maßnahmen im Laufe der Zeit seiner Praxis ein Gepräge geben, das zufrieden macht und gleichzeitig auch bei den Patienten Vertrauen schafft.

Dr. Helmuth Feindt
Westerjork 3
2155 Jork

DAZ-forum - dreimal jährlich - DAZ-forum

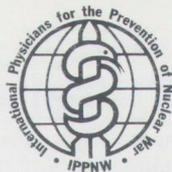
HIPPOKRATISCHER EID, GENFER ARTZGELÖBNIS UND IPPNW

Wir Ärzte müssen unsere Verantwortung für die Menschheit erkennen, wie dies die Generalversammlung der Weltgesundheitsorganisation im Mai 1983 verabschiedet hat: "Nuklearwaffen stellen die größte unmittelbare Bedrohung für Gesundheit und Wohlfahrt der Menschheit dar. Ärzte haben sowohl das Recht als auch die Pflicht, in stärkstmöglicher Weise auf die katastrophalen Folgen hinzuweisen, die nach dem Einsatz von Nuklearwaffen eintreten würden."

Und wir sind gebunden an den hippokratischen Eid und an das Genfer Arztgelöbnis, das vom Weltärztebund 1948 verabschiedet und vom Deutschen Ärztetag 1954 verbindlich angenommen wurde. Da heißt es: "Im Zeitpunkt meines Eintritts in den ärztlichen Beruf verpflichte ich mich feierlich, mein Leben dem Dienst der Menschheit zu weihen ... Selbst Drohungen werden

mich nicht dazu bringen, meine ärztlichen Kenntnisse entgegen den Pflichten für die Menschheit anzuwenden. Ich gelobe dies feierlich, frei und auf meine Ehre." Es heißt also nicht, jeder Arzt solle sich nur um seine Patienten kümmern, sondern wir werden aufgerufen, der Menschheit zu dienen. Die IPPNW hat 1983 eine Ergänzung zum hippokratischen Eid auf ihrer Weltkonferenz in Amsterdam verbindlich verabschiedet: "Als Arzt des 20. Jahrhunderts erkenne ich, daß die Nuklearwaffen für meinen Beruf eine Herausforderung von noch nie dagewesener Größenordnung darstellen. Ein Nuklearkrieg würde die letzte Epidemie für die Menschheit bedeuten. Ich verpflichte mich daher, alles in meiner Macht Stehende zu tun, um für die Verhütung eines Nuklearkrieges zu arbeiten."

Der Kassenarzt, 44/85, S. 13



Friedensnobelpreis

für die Vereinigung

Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges (IPPNW)

Das Nobelpreiskomitee begründete seine Entscheidung für die IPPNW damit, daß diese Ärzteorganisation sehr bedeutende Arbeit bei der Verbreitung von Informationen über die Folgen des Atomkrieges geleistet und das Bewußtsein der Menschen für diese Gefahr gestärkt hat.

Schließen Sie sich den 145 000 Mitgliedern (3400 in der Bundesrepublik Deutschland) an und freuen Sie sich mit uns, wenn am 11. Dezember 1985 in Stockholm an Dr. Lown (USA) und an Dr. Tschasow (UdSSR) der Nobelpreis überreicht wird.

Münchner Kollegen in der deutschen Sektion IPPNW: Dr. Gabriele Bucerius, Günther Docter, Dr. Hanns-W. Hey, Regina Jaspers, Dr. Armin Maurer, Dr. Kai Müller, Dr. Karl Neumann, Dr. Christian Nielsen, Dr. Sebastian Schmidinger, Franz Schrickler, Dr. Gisela Schultz-Brauns, Dr. Konrad Schwarz, Dr. Helmut Simon, Dr. Adolf Treugut, Dr. Siegrun Wander, Dr. Steffen Wander, Dr. Heinz Wichert, Dr. Claudia Wohlgemuth

**Geschäftsstelle der IPPNW: Bahnhofstr. 34, 6501 Heidesheim
Telefon: 06132/59329**

Die Wiederaufbereitungsanlage in Wackersdorf

— Schildbürgerstreich oder Husarenstück?

Ein kleiner Ort in der Oberpfalz, Wackersdorf bei Schwandorf, schickt sich an, großpolitische Bedeutung zu erlangen. Wie "Gorleben", "Whyll", "Kalkar" und "Startbahn West" reiht es sich in die geographischen Begriffe der 80er Jahre wie selbstverständlich ein.

Worum geht es?

In Wackersdorf soll eine gigantische Anlage gebaut werden zur Wiederaufarbeitung abgebrannter Kernbrennstäbe, genannt WAA. Investitionsvolumen 5-7 Mrd. DM, bis es fertig ist sicherlich 10 Mrd. DM, also das größte und teuerste Industrievorhaben in Europa.

Begründung: Man wolle die uranhaltigen Kernbrennstäbe, die in den bundesdeutschen Kernreaktoren nur zum Teil verbraucht werden, wieder verwendbar machen für neuerliche Energiegewinnung und gleichzeitig ein sturkturpolitisch schwaches Gebiet in Bayern arbeitsplatzmäßig aufwerten, also Recycling und damit verbundene Schaffung von Arbeitsplätzen.

Im gleichen Zug solle dieses Unterfangen der "Entsorgung" von radioaktiven Abfällen aus den bundesdeutschen Kernkraftwerken dienen.

Klingt eigentlich vernünftig

könnte man meinen. Warum nur regen sich überall Widerstände gegen dieses Vorhaben, das doch so wirtschaftlich, umweltfreundlich und arbeitsplatzfördernd und dabei so risikolos in seinen Auswirkungen für die gesamte Oberpfalz ist? Warum treffen sich 40.000 Menschen in München, um gegen diese Anlage zu demonstrieren? Diese Frage wird vom Umweltministerium zunächst mal außer acht gelassen. Vielmehr hat das Bayerische Ministerium für Landesentwicklung und Umweltfragen die 1. Teilerrichtungsgenehmigung für diese Anlage ausgesprochen und seine Anordnung für sofort vollziehbar erklärt, das bedeutet: mehrere hundert Hektar gesunder Waldbestand werden abgeholzt, (und das in einer Zeit, wo alles von "stirbt der Wald?" spricht) das gerodete Gebiet wird erst einmal mit einer angriffsicheren Umzäunung ausgestattet - Terroristenschutz; (anscheinend muß alles, was gegen den Willen der Bevölkerung von seiten des Innen- oder Umweltministeriums angeordnet wird, in der Bundesrepublik zwangsläufig vorerst mal gegen "Terroristen" geschützt werden) - und dann wird mit dem Bau der Anlage begonnen. Egal, ob das Problem ausdiskutiert ist oder nicht, jetzt werden Fakten geschaf-

fen.

So brutal dirigistisch ist meines Wissens noch niemals in Bayern ein Industrievorhaben unter der Protektion des Umweltministeriums durchgeboxt worden. Aber nicht nur wegen des miesen politischen Stils, der hier an den Tag gelegt wird, sondern wegen ganz präziser Vorbehalte gegen diese Anlage solidarisieren sich immer mehr Gegner, die diese Anlage verhindern wollen.

Warum?

Die Bundesregierung ist, als mit den Energieversorgungsunternehmen das Setzen auf Atomstrom vereinbart wurde, von einem 4-Stufen-Plan ausgegangen, der einen in sich geschlossenen Brennstoffkreislauf darstellen sollte, und nach dem der produzierte Strom so billig sein sollte, daß man in Erwägung zog, ob das Montieren der Stromzähler nicht teurer sei als der Strom selbst. Dieser Plan sieht so aus:

I. Weg von den fossilen Brennstoffen, Stromgewinnung aus Uran.

In speziellen Kraftwerken, den Leichtwasserreaktoren, wird angereichertes Uran (97% U 238 angereichert mit 3% U 235) unter Wärmeabgabe gespalten. Nach einer Betriebsdauer von ca. 3 Jahren haben sich die Brennelemente verändert; sie bestehen jetzt aus: ca. 1% U 235, 94% U 238, 1% PU 239 und 4% hochradioaktiven Spaltprodukten. In dieser Zusammensetzung ist keine vernünftige

Energieausbeute mehr möglich, der Brennstab ist "abgebrannt". Aber es sind noch 96% energetische Anteile im Brennstab, nur 4% Spaltprodukte sind Abfall, also:

II. Bau einer Wiederaufarbeitungsanlage

In dieser sollen die 4% Abfall von den 96% Energieträgern getrennt und endlagerfähig gemacht werden. Uran und Plutonium werden weiter verwendet in einem neuen Kraftwerk, dem

III. "Brüter"

Der Brüter "erbrütet" dann bei der Stromgewinnung aus Uran Plutonium, das wiederum energetisch ausgeschlachtet werden kann (Perpetuum mobile), und was schließlich doch noch übrigbleibt, kommt zur

IV. Endlagerung, d.h. es wird vergraben.

Dieser Plan ist wirklich verlockend, und man war lange Zeit sehr euphorisch. Man habe den Stein des Weisen gefunden, dachte man, aber die Begeisterung wich nach und nach einer deprimierenden Ernüchterung und Hilflosigkeit ob der Probleme, die allüberall auftraten. Denn es traten phänomenale Schwierigkeiten auf, von denen man nicht mal zu träumen gewagt hatte.

1. Alle bisherigen zivilen Wiederaufarbeitungsanlagen verseuchen in grotesker Weise die Umwelt, viele davon mußten stillgelegt werden.

2. Der Brüter in Kalkar (Versuchsanlage) kostet mittlerweile 10mal so viel wie angenommen und ist noch lange nicht einsatzfähig. Eine Betriebsgenehmigung wird von NRW bisher abgelehnt. (Bisherige Kosten 5 Mrd. DM, weitere 100e Mio. Mark sind noch nötig, um das Vorhaben zu realisieren, der finanzielle Kollaps steht unmittelbar bevor, der damit produzierte Strom ist ca. 3mal so teuer wie aus herkömmlichen Kraftwerken).
3. Endlager sind nicht vorhanden, die Endlagerungstechnologie besteht bestenfalls auf dem Papier. Nirgends auf der Welt gibt es Erfahrung mit der "Endlagerung":

Und trotzdem will man mit Gewalt die Wiederaufarbeitungsanlage in Wackersdorf zum jetzigen Zeitpunkt bauen. Klar, daß sich an Hand dieses Desasters Widerstand artikulieren muß. Speziell gegen die geplante WAA hat man folgende Argumente:

1. Die WAA ist nicht ökonomisch.

Stellt man den Kosten für wiederaufbereitetes Uran den Wert von Natururan gegenüber, (allein der Bau der Anlage wird ca. 5 Mrd. DM betragen) so breitet sich homerisches Gelächter aus. Schilda, Du bist nicht weit! Mit 5 Mrd. Mark kann man sich locker 50 Jahre lang mit Uran aus dem Weltmarkt eindecken, und 50 Jahre lang hält so eine WAA bestimmt nicht!

2. Mit der Wiederaufarbeitung erreicht man keine Erleichterung der Endlagerung.

Im Gegenteil: Man will doch die 4% Spaltprodukte herausbekommen aus den abgebrannten Kernbrennstäben. Dazu wendet man ein chemisches Verfahren an, das PUREX-Verfahren (Plutonium-Uran-Rückgewinnung durch Extraktion). Als Lösungsmittel verwendet man dabei hauptsächlich kochende Salpetersäure und Kerosin. Alle Stoffe jedoch, die mit den radioaktiven Abfällen kontaminiert werden, werden ihrerseits radioaktiv. Diese 4% Abfallstoffe verursachen eine absolute Massen- und Volumenzunahme um mindestens das 20fache!

Modellrechnung: Aus 0,6 cbm abgebrannter Brennstäbe entstehen 1 cbm hochradioaktiver Abfall, 0,3 cbm Brennstabhüllen, 5 cbm mittelaktiver Abfall und 4 cbm leichtaktiver Abfall in fester oder flüssiger Form.

3. Die Wiederaufarbeitung ist nicht ökologisch sinnvoll, sie führt zu einem Anstieg der Radioaktivität in der Umwelt und zu negativen biologischen Auswirkungen auf den Menschen.

Neben den festen und flüssigen radioaktiven Abfällen treten bei der Wiederaufarbeitung nämlich noch massenhaft radioaktive Gase auf, die mehr oder weniger gefiltert in die Umwelt abgegeben werden. Man versucht natürlich, diese Abgase zu reinigen, aber ein "Versuch" allein ist keine ge-

nügende Entschuldigung für ein solch gigantisches Unternehmen. Es kommen folgende Gase raus (nur die gefährlichsten werden angeführt):

a) Jod (J 129)

Filter, die 99% des Jod 129 zurückhalten, sind erst unter Laborbedingungen in Erprobung. Eine 100% Rückhaltung schafft man nie. Radioaktives Jod reichert sich über die Nahrungskette Gras-Kuh-Milch stark in der Schilddrüse des Menschen an (akkumulativer Effekt!). Die Restmenge an emittiertem radioaktivem Jod reicht aus, um sich als Dauerstrahler selektiv in der Schilddrüse festzusetzen und Schilddrüsenkrebs zu verursachen.

b) Radioaktiver Kohlestoff
(C 14 HWZ 5700 Jahre)

Dafür ist überhaupt keine Rückhaltung geplant, obwohl bei einem Durchsatz der Anlage von ca. 350t 10mal mehr C 14 abgegeben wird als bei einem herkömmlichen Atomkraftwerk. Logischerweise wird sich C 14 überall im Körper einlagern.

c) H 3 Tritium

Für H 3 Tritium gilt gleiches. Also auch keine Rückhaltung von radioaktivem Wasserstoff.

d) Krypton Kr 85 (HWZ 10.7 J)

läßt sich zwar zurückhalten, weil es als Edelgas ja chemisch nicht reagiert. Man müßte z.B. die Abgase so weit abkühlen, daß man Krypton in flüssiger Form abtrennen kann. Aber großtechnisch funktioniert das Verfahren nicht, weil die Lagerung des Krypton

in Stahlflaschen nicht geht. Denn während der Lagerung zerfällt das radioaktive Krypton in Rubidium, das wiederum hochaggressiv ist und die Behälter zerfrißt. Deshalb werden, um diese Probleme vom Tisch zu wischen, Krypton, H 3 und C 14 einfach über den superhohen Kamin (200 m!) rausgeblasen, ungefiltert versteht sich. Da helfen auch die Ergebnisse von mehreren Studien über die Auswirkungen von radioaktivem Edelgasausstoß nichts, in denen unmißverständlich festgestellt wird, daß die radioaktiven Isotope der Edelgase eine gewaltige Gefährdung für die Ökosphäre darstellen. Diese Studien sind nicht irgendwelche Überlegungen, die sich frustrierte Umweltschützer an einem verregneten Wochenende haben einfal- len lassen, sondern das sind teuer bezahlte Untersuchungen, die teils von der Bundesregierung in Auftrag gegeben wurden (Öko-Institute Freiburg, Darmstadt, Uni Bremen), teils von den Ländern angefordert wurden (jüngste Studie von Prof. Metzner Tübingen im Auftrag des Umweltministeriums Baden-Württemberg).

Aber das alles geht der Bayerischen Staatsregierung nicht unter die Haut. Vielmehr wird das Plazet für die radioaktiven Emissionen kategorisch erteilt; denn in Bayern gehen die Uhren anders. Es muß doch auch dem arglosesten Beobachter auffallen, daß ein 200 m hoher Kamin nur dazu da sein kann, unliebsame Abgase unmerklich für die direkten Anwohner zu verbrämen, nach dem

Motto "das macht doch nichts, das merkt ja keiner." Stellt sich nur die Frage, wer den Schaden wiedergutmachen will, wenn aus der jetzigen Ungläubigkeit den Problemen gegenüber Gewißheit werden sollte. Umweltminister Dick vielleicht? Ein Minister ist grundsätzlich nicht haftbar, und wenn, dann reicht er eben seinen Rücktritt ein! Fertig!

Stellt das aber eine Problemlösung dar?

Eine WAA macht nur Sinn, wenn sie als Zuliefer-Betrieb für den "Schnellen Brüter" (SN 300) angesehen werden kann. Ohne jetzt nochmals auf die eklatanten Risikofaktoren eingehen zu wollen, die eine WAA in sich schon darstellt, kann die Brüter-Misere in Kalkar nur noch Unfaßbarkeit hervorrufen. Da setzt man auf eine Art Kernkraft, die in mir die Assoziation an das uralte Bemühen der Alchemisten hervorruft, aus Dreck Gold machen zu wollen. Und das zu einem Zeitpunkt, wo man den Strombedarf in der Bundesrepublik ohne Schwierigkeiten über Leichtwasserreaktoren abdecken kann, wo riesige Uranvorkommen in

Kanada und Australien neu entdeckt wurden und wo nicht einmal ein vernünftiges Endlagerungskonzept für den bisher produzierten radioaktiven Abfall aus Leichtwasserreaktoren besteht.

Ich komme zu dem Ergebnis, daß von dem oben genannten 4-Stufenplan 3 Stufen überhaupt nicht funktionieren und die Entsorgung der Stufe I (Leichtwasserreaktoren) nicht vorhanden ist. Wenn jetzt ohne genügendes Wissen um die Gefahren durch Atomkraft in Wackersdorf die WAA gebaut wird, dann nur, weil gewaltige Gelder im Spiel sind, die, scheint's, jedes Risiko rechtfertigen. Fragt sich nur, ob 5 Mrd. Silberlinge Lohn genug sind für dieses Husarenstück. Wenn Umweltminister Dick öffentlich erklärt "wir im Ministerium sind doch keine kompletten Deppen", dann kann man nur hoffen, daß der Halleluja singende Aloisius mit seiner himmlischen Eingebung den Weg ins Umweltministerium möglichst bald findet.

Dr. Wolfgang Lell
Hermann-Geib-Str. 59a
8400 Regensburg

DAZ-forum - dreimal jährlich - DAZ-forum

Fortbildungsrückblick 1985 der Studiengruppe München

Neben Studiengruppensitzungen ohne spezielles Fortbildungsprogramm, die sich mit Standespolitik oder kollegialen Problemlösungen befaßten, konnten wir in diesem Jahr wieder zahlreiche interessante Angebote machen. Viele davon waren sehr hochkarätig, was nicht bedeutet, daß wir von unserem Grundprinzip der "Fortbildung am Stuhl" mit geringem Aufwand, Nutzung eigener Ressourcen und hoher Intensität abrücken wollen. Nur ergeben sich manchmal Chancen, die man einfach nutzen muß.

Eine dieser Chancen - wenn auch wiederkehrend - ist unser Notarzt Dr. Breyer, der zum zweiten Mal seinen ausgezeichneten Notfallkurs anbot, bei dem wir zwei Abende lang mit Helferinnen von i.v.-Injektionen bis zu Beatmung und Herzmassage (an der Spezialpuppe) alle Maßnahmen üben konnten. Breyers Vorschläge für einen Notfallkoffer sind genau auf unsere Belange und Fähigkeiten zugeschnitten und sollten ein "Muß" für jede Praxis sein.

Ebenfalls eine Teilwiederholung war Franz Schrickers Demonstration und Übung einer behandlergerechten, weitgehend ermüdungsfreien Absaugtechnik. Zahnarzt und Helferin müssen beide lernen, entspannt zu arbeiten und den Patienten zu

verrenken, nicht sich selbst. Denn der macht es ja nur kurzzeitig!

Vorschläge zur Durchsetzung und Durchführung von Prophylaxe in der Praxis boten Frau Holzhauser und Dr. A Maurer. Dazu besprachen wir kritisch alle einsetzbaren Prophylaxemittel.

Resümee: Die Schwierigkeit der Vorbeugung steckt in der Voraussetzung, die Compliance des Patienten zu wecken. Der Rest ist relativ leicht.

Nur an Helferinnen wandte sich ein ganztägiger Kurs zum Thema Röntgen. Physikalisches Grundwissen, Techniken, Projektionsrichtungen und anatomische Voraussetzungen konnten ausgiebig am Phantom und in gegenseitigen Übungen ausprobiert werden. Ausgerichtet war der Kurs hauptsächlich auf die Rinn-Technik, durchgeführt von Dr. Karp, Dr. Brosch und Dr. Maurer.

Einblick in ein Nachbargebiet unseres Fachs sollte eine Vorstellung und Vorführung manueller Lymphdrainage durch zwei dazu ausgebildete Heilgymnastinnen vermitteln. Einer der Wege, postoperative Ödeme mit all ihren Problemen für den Patienten weitgehend zu reduzieren.

Außerdem muß es für den Behandelten einfach schön sein, so

lange gestreichelt zu werden. Die Kasse zahlt's sogar.

Danach kam wieder unser Stamm-Parodontologe Peter Parow aus Norwegen, der fast schon traditionell neben seinen Praxistagen bei Kollegen (die enorm viel wert sind) diverse Kurse anbietet.

So bot er Parodontologie für Helferinnen an als praxisbezogenen Grundlagenkurs, der wegen seiner teils alternativ anmutenden Ansichten wieder viel heiße Diskussion provozierte.

Weiters versuchte er in zweistündigen Übungen, Helferinnen mit der Kunst des Küretten-schleifens vertraut zu machen.

Für Kollegen, die Parows Grundlagenkurs bereits besucht hatten, stellte er Zahnersatzlösungen im parodontalreduzierten Gebiß vor. Und da skandinavische Zahnärzte nicht durchschnittlich 1,5 kg Gold pro Jahr verarbeiten können, müssen sie sich oft mehr einfallen lassen, oft Kompromisse schließen und oft die Ästhetik etwas zurückstellen. Skandinavische Betrachtungen als Ausblick in bundesdeutsche ZE-Zukunft?

Auch ein zweitägiger Grundlagenkurs-PA war dabei in diesem Paket, wie er schon im Jahr zuvor großen Anklang bei Anfängern wie Cracks gefunden hatte. Trotzdem ist es wie Dosenmilch ohne Kaffee, Parow nicht zusätzlich bei praktischen Arbeiten erlebt zu haben.

Wenn die PA-Behandlung versagt, bleiben immer noch verschiedene Implantatsysteme als letzte Hoffnung, die Dr. Schmidinger uns einen Samstag lang der Reihe nach vorstellte.

Gleich anschließend bestand über drei Tage die Möglichkeit, einige dieser Implantate am isolierten Kiefer selbst zu setzen unter Anleitung Dr. Schmidingers, der auf diesem Gebiet bereits viel Erfahrung und Bekanntheit besitzt. Dieser Kurs ist in Intensität und Nutzen mustergültig!

Nicht auf Zahnärzte, sondern diesmal mehr auf Helferinnen ausgerichtet war der Kurs Psychologie im Umgang mit Patienten von Psychologin M. Satzger-Simon. Mittels Video werden bei Rollenspielen Interaktionsmuster herausgearbeitet, verdeutlicht und besprochen. Ein grausamer Kontrolleur, diese Kamera.

Jürgen Müller demonstrierte uns wieder mal, daß wir nicht mehr nach Göttingen pilgern müssen, um ausgezeichnete Amalgamfüllungen sehen zu können. Auch seine Art mit Silberdrahtbürstchen zu polieren, scheint nachahmenswert.

Höhepunkt des Jahres dürfte der zweite Besuch eines Parodontologen gewesen sein, nämlich Mick Dragoo aus USA mit seiner Dental Hygienist Lynn Carasali. Bei Dr. Bader nahe München gab er Einblick in seine profunde Operationstechnik bei Parodontopathien von

einfachen bis zu speziellen Problemen (wie Crafting oder Recessionsdeckung).

Gleichzeitig demonstrierte und lehrte Lynn Carasali Scaling und Rootplanning am Patienten. Teilnahmeberechtigt waren bei uns neben Zahnärzten auch Fachhelferinnen.

Noch ein Angebot an Helferinnen war der Kurs über Laborarbeiten, der Theorie und Praxis des Gipsens, Tiefziehens und der Provisorienherstellung vermittelte. Dr. Zurl und Dr. Maurer wurden dabei unterstützt von einem Zahntechniker.

Kurz vor Beginn der Ferienzeit erinnerte uns die Ernährungswissenschaftlerin Anette Koch an Gesunde Ernährung - die beste Prophylaxe. Und um zu demonstrieren, daß Gesundes auch ausgezeichnet schmecken kann, hatte sie ein Vollwertmittagessen zusammengestellt, das keine Wünsche offen ließ.

Dr. Wichert eröffnete die Herbstsaison mit einem Tag Endodontie, wobei in kleiner Gruppe nach der Theorie intensiv Zähne aufbereitet und mit verschiedenen Techniken abgefüllt wurden. Besonders MacSpadden-Technik sollte nicht nur am Endblock geübt werden, bevor man sie am Patienten wagt.

Noch nie drängten so viele Zuhörer bei uns herein, wie an dem Abend über AIDS, zu dem wir Frau Dr. Löffelholz vom Gesundheitsamt München gewinnen konnten. Leider war das

Resümee des Abends: panta rei - alles ist im Fluß. Es existieren keine gesicherten Erkenntnisse; was heute gilt, ist morgen überholt. Also Vorsicht wie bei Hepatitis B, wengleich keine Panik.

Um ein neues Gerät zur endodontischen Kanalaufbereitung und -abfüllung ging es an einem Abend mit Dr. Behr, der den sogenannten Canalfinder vorstellte. Anscheinend ein tolles Ding, wenn da nicht der Preis so ...

Klebebrücken rechtfertigen nicht die Angst, die viele vor ihnen haben. Dr. Maurer, ZTM DePolli und G. Hofmann referierten über Prognosen und die eigentlich sehr einfachen Voraussetzungen zum Gelingen der Marylandtechnik.

Pharmakologie - mal nicht von der Industrie. Unter diesem Motto ging Apotheker J. Bernrath Arzneimittel durch, die wir verwenden, besprach Gefahren, Indikationen, Alternativen und Wirkmechanismen und beantwortete viele Fragen.

Hauptsächlich für Kollegen, die noch Hemmschwellen vor Schnellübertragungsbögen haben, stellten Dr. Simon und Dr. Maurer Handhabung, Vorteile und Unterschiede der Transferbögen von SAM und Denaar vor. Dies beinhaltete gegenseitige Übungen, sowie am Phantom und gelenkbezügliches Einartikulieren.

Erfreulicherweise war die Nachfrage nach fast allen Veranstaltungen groß, oft mußten

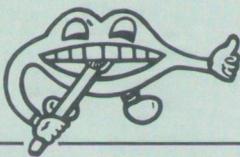
wir sogar Kollegen vertrösten. Dadurch können wir trotz niedriger Kursgebühren bzw. kostenloser Teilnahme (wobei Nichtmitglieder deutlich mehr zahlen mußten) ohne Defizit abschließen.

Dies ist uns Ansporn für 1986 und Grund genug, wieder knapp zu kalkulieren, um auch in

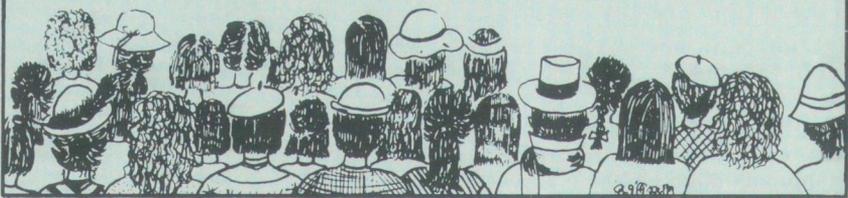
etwas weniger gesegneten Zeiten den Qualitätsgedanken bei uns wachzuhalten.

Ich danke allen Teilnehmern, Referenten und Helfern.

Dr. Armin Maurer
Wöhlerstr. 20
8000 München 60



**Zahn-Prophylaxe
mit Qualität!**
Darum frag' an bei:
PROFIMED



PROFIMED GmbH
Kaiserstraße 18, 8200 Rosenheim 2 · Tel.: 0 80 31 / 1 40 49

Veranstaltungsprogramm November '85 bis Mai '86 der Studiengruppe München

13.11.85 Mittwoch, 20.00 Uhr, Beck

Einer kleinen Gruppe wird die Möglichkeit gegeben, an extrahierten Molaren selbst den Canalfinder nach Prof. Levy zu erproben. Dr. Behr, Eichenau, führt die Veranstaltung durch.

Anmeldung erforderlich
Nur 8 ZÄ, Beitrag DM 25,--

27.11.85 Mittwoch, 20.00 Uhr,
Praxis Dr. Maurer, Wöhlerstr. 20, 8000 München 60

Anfänger in der Technik der Schnellübertragung können hier mit dem ATB von SAM und dem Denar-System gegenseitig unter Anleitung üben und anschließend die OK-Modelle sauber in den Artikulator übertragen.

Anmeldung erbeten

04.12.85 Mittwoch, 20.00 Uhr, Beck/Praxis Dr. Wander

Zum Jahresende stehen Wahlen unserer Studiengruppe an, die einen Lagebericht des Vorsitzenden beinhalten. Danach feiern wir den neuen Vorsitzenden und den Weihnachtsmann.

Weihnachtspause

15.01.86 Mittwoch, 20.00 Uhr, Beck

Neuer PA-Vertrag: Beschaffenheit des und Konsequenzen aus diesem Vertrag werden diskutiert. Ist er ein Schritt nach vorne?

22.01.86 Mittwoch, je 19.30 bis 22.00 Uhr
und
29.01.86 bei Firma Fäger, Pettenkoferstr. 4, 8000 München 2

Wiedereinmal konnten wir Herrn Dr. Breyer, Notarzt, für einen Notfallkurs (in zwei Teilen) gewinnen. Mit Reanimationspuppe, Notfallbesteck, praktikablen Vorschlägen, Wissen und Schwung bereitet er uns auf den Fall des Falles vor.
Zur gelegentlichen Wiederholung empfohlen.

Anmeldung erforderlich

12 Teilnehmer (auch für ZH geeignet)

Beitrag DM 70,-- für DAZler, DM 90,-- für Nichtmitglieder

25.01.86 Samstag, 8.30 bis ca. 16.30 Uhr
Praxis Dr. Hahn, Steinkirchner Str. 28, 8 München 71

Myofunktionelle Therapie gewinnt mehr und mehr an Boden und an Gewicht. Viele Problemfälle lassen sich anders einfach nicht lösen. Für genaueres über MFT siehe FORUM 10, S. 161.

Dieser Kurs bietet den theoretischen Background und zeigt nachmittags die praktische Durchführung mit Patienten.

Dr. Hahn ist "Vorkämpfer" für MFT.

Anmeldung erforderlich

15 Teilnehmer (auch für ZH geeignet)

Beitrag DM 120,-- für DAZler, DM 150,-- für Nichtmitglieder

01.02.86 Samstag, 9.00 bis ca. 18.00 Uhr
bei Fa. Fäger, Pettenkoferstr. 4, 8000 München 2

Psychologische Probleme im Umgang mit Patienten. Selbstanalyse mit Videokontrolle unter Leitung von Psychologin Marion Satzger-Simon. Vorschläge zum bewußteren Umgang mit Patienten. Auch für ZH geeignet.

Anmeldung erforderlich

10 Teilnehmer

Beitrag DM 80,-- für DAZler, DM 90,-- für Nichtmitglieder

Liebe Eltern...



Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde
Studiengruppe München

- Putzen -

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

- Bürste -

Speicheldrüsenausschüttung 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 Ihr Kind (nicht ungesüßt) erst vom 3. Lebensjahr an

- Fluoride -

Fluoridierungsgewebe erfordert neben einer gründlichen Zahnpflege die „Härtung“ der Zähne durch Fluoride, welche in der richtigen Dosierung in Zahnpasten, Zahngels, Zahnlacke und Zahnpulvern - in der Bundesrepublik sind diese Vorrichtungen nach der Geburt beginnen, da die im Kiefer wachsenden Milchzähne durch Ihren Kinderarzt vermutlich zur Rachitisvorsorge versorgt werden. Ihr Kind mit Fluoridtabletten versorgen ist die tägliche Zufuhr sehr Fluoridzahnpaste.

- Flasche -

Die wichtigsten Wachstumsreize sind die Flaschennahrung keinesfalls absetzen. Ihr Kind sollte sich während der Flaschennahrung strengen müssen. Halten Sie Ihr Kind am Arm, denn bei flacher Rückenlage kann es zu Schluckkrämpfen kommen.

- Schnuller -

Keine allgemeinverbindlichen Regeln. Das Saugbedürfnis der Kinder, das von den Kinderpsychologen nicht unterdrückt werden sollte, ist durch die psychische Konstitution, so wie durch die Mutter abhängig. Kuscheltiere - zum Einschlafen - sind zahnärztlicherseits keine Prothesen. Verlutschen (Daumen, Schnuller)

Wenn Ihr Kind zahnärztlich ge-
prüft wird, dann geben Sie
Ihr Kind 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.

05.02.86 Mittwoch, 18.00 Uhr, Beck

Der Rolfer Dr. Peter Schwind, wiederholt für Kollegen, die seinen vielbeachteten Vortrag 1985 versäumt haben, was Rolfig bedeutet und wozu es eingesetzt werden kann. Nur soviel vorneweg: Rolfig ist eine Methode der Tiefengewebstimulation. Herr Dr. Schwind wird diesmal seine Einführung umfassender anbieten, weshalb vier Stunden angesetzt sind.

Achtung: Anfang 18.00 Uhr, Beitrag DM 25,--

19.02.86 Mittwoch, 20.00 Uhr, Beck

Photographie in der Zahnheilkunde. Konrad Schwarz bringt Falldokumentation und beleuchtet als echter Spezialist alle Aspekte der camera obscura. Tips nicht nur für die Zahnheilkunde. Auch für ZI und ZH interessant.

01.03.86 Samstag/Sonntag, 1 1/2-Tages-Kurs
und
02.03.86 bei Firma Fäger, Pettenkofenstr. 4, 8000 München 2

Psychologische Probleme ZA : Patient, ZH : Patient, ZA : ZH im Team. Analyse der Situation, Kontrolle des eigenen Verhaltens, Korrektur und Hilfe zur teange-rechten Lösung kommunikativer Probleme.

Dr. Thielen ist Leiter der psychotherapeutischen Beratungsstelle für Studenten an der Universität Regensburg. Wir können diesen Kurs sehr empfehlen.

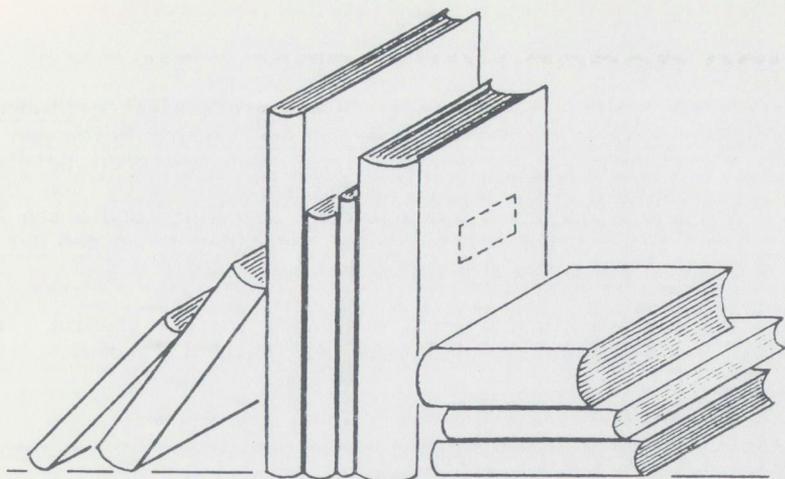
Anmeldung erforderlich

Maximal 15 ZÄ/ZH

Beitrag DM 200,-- für DAZler, DM 230,-- für Nichtmitglieder

05.03.86 Mittwoch, 20.00 Uhr, Beck

Studiengruppensitzung, reserviert für Diskussion aktueller berufspolitischer Probleme. Vorstellung problematischer Fälle aus der Praxis wie immer möglich.



FARBATLANTEN DER ZAHNMEDIZIN

Herausgeber: Klaus H. Rateitschak, Basel

Band 1 Parodontologie

von K. H. Rateitschak und H. F. Wolf
1984. 332 Seiten mit 802 meist farbigen Abbildungen
in 1125 Einzeldarstellungen. DM 370,-

Band 2 Total- und Hybridprothetik

von A. Geering und M. Kundert
1985. 216 Seiten mit 850 meist farbigen Abbildungen. DM 290,-

Band 3 Partielle Prothetik

von G. Graber, erscheint im Frühjahr 1986

in Vorbereitung sind folgende Bände:

- P. Riethe, Kariesprophylaxe und -therapie
- P. Riethe/R. Rosendahl/J. Rotgans, Endodontie
- N. P. Lang, Kronen- und Brückenprothetik
- F. A. Pasler, Radiologie
- T. Rakosi/I. Jonas, Kieferorthopädie: Diagnostik (Band 8)
- T. Rakosi/I. Jonas, Kieferorthopädie: Therapie (Band 9)

20% ermäßigter Subskriptionspreis für das Gesamtwerk.

Jeder Band ist einzeln zum Ladenpreis erhältlich.

Für Band 8 und 9 (Kieferorthopädie) gilt der 20% ermäßigte Vorbestellpreis.

FACKLER & WAGENBAUER

Fachbuchhandlungen GmbH

Beethovenstraße 12

D-8000 München 2

Telefon: 0 89 / 53 39 59

19.03.86 Mittwoch, 20.00 Uhr, Beck

Wir hoffen, an diesem Abend interessierten Studenten und Assistenten der Uni München unsere Meinungen und Erfahrungen zu den Problemen der weiteren Berufsgestaltung bieten zu können, gleichzeitig von deren Schwierigkeiten und Wünschen zu einer fundierten Ausbildung als Assistenten zu hören und ihnen den DAZ als Berufsorganisation vorzustellen.

Diese Veranstaltung ist noch nicht absolut fest, sollte aber von vielen DAZlern besucht werden.

09.04.86 Mittwoch, 20.00 Uhr, Beck

Zwischenbericht zur DAZ-Arbeit mit Diskussion. Erörterung allgemeiner Praxisprobleme. Fallbesprechung. Was tut sich im Bereich der Prophylaxe in Deutschland?

Ggf. kurzfristig Wechsel der Thematik.

12.04.86 Samstag, ganztags
Praxis Dr. Lechner, Grünwalder Str. 10, 8 München 90

Beim Einführungsvortrag Dr. Lechners über Herdprobleme kam der Wunsch auf, diese Erkenntnisse zu vertiefen und in der Praxis zu sehen. Diesmal wiederholt und extendiert Dr. Lechner die Grundlagen, demonstriert verschiedene Verfahren der Fokustestung und führt Operationen durch, bei denen osteolytische Prozesse deutlich werden.

Anmeldung erforderlich

10 Teilnehmer

Beitrag DM 80,-- für DAZler, DM 100,-- für Nichtmitglieder

23.04.86 Mittwoch, 20.00 Uhr, Beck

Desinfektion, mal nicht von der Industrie. Ein Referent vom Pettenkoferinstitut, verantwortlich für Kran-

Liebe Eltern...



Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde
Studiengruppe München

- Putzen -

Erst wenn die ersten Zähne zum Vorschein kommen, reinigen Sie sie mit einem Wattestäbchen. Vom 1. Lebensjahr an sollte diese Reinigung nach jeder Mahlzeit vor.

- Bürste -

Der Zahnhärtungstrieb bedingt, wird Ihr Kind mit den ersten Jahren von sich aus eine Zahnbürste benutzen. Ihre eigenen Kinderzahnbürste sollten Sie Ihr Kind benutzen machen lassen. Bürsten Sie aber nicht mit Wasser nach. Es schadet nicht, wenn Sie erst ab dem 3. Lebensjahr an (regelmäßig ungesüßt) erst vom 3. Lebensjahr an

- Fluoride -

Fluoridierungsmaßnahmen erfordern neben einer gründlichen Zahnpflege die „Härtung“ der Zähne durch Fluoride, welche in der richtigen Dosierung in der natürlichen Zahnpflege – in der Bundesrepublik sind Fluoride (z.B. in der Zahnpasta) vorhanden.) Diese Vorkehrungen nach der Geburt beginnen, da die im Kiefer wachsenden Milchzähne durch die tägliche Zufuhr von Fluoridtabletten zur Rachitisvorsorge werden. Ihr Kind mit Fluoridtabletten versorgen ist die tägliche Zufuhr sehr Fluoridzahnpaste.

- Flasche -

Das Saugen ist ein wichtiges Wachstumsreizes. Die Flaschennahrung keinesfalls zu streng. Ihr Kind sollte sich während der Stillzeit nicht an den Arm, denn bei flacher Rückenlage kann es Schluckakt angewöhnen, die

- Schnuller -

keine allgemeinverbindlichen. Das Saugbedürfnis der Kinder wird durch den psychologischen nicht unterdrückt. Die Mutter abhärten durch die Kuscheltiere – zum Einschleifen der zahnärztlicherseits keine Fingerringe (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.

**Besuchen Sie unsere
monatlichen Studiengruppen-
treffen!**

**Wir bieten:
praxisorientierte Fortbildung
standespolitische Information
und das kollegiale Gespräch**

S T E L L E N G E S U C H

Dänischer Zahnarzt

mit Arb.-erlaubnis in Nieders. sucht ab 1.12.85 Ausbildungsassistentenstelle im Raum Norddeutschland. H. R. Sørensen, Nigge-
mannweg 19A, 3000 Hannover 51, Tel.: 0511-652612

kenhaus- und Praxishygiene, bespricht zahnärztliche Desinfektions- und Sterilisationsverfahren mit den jeweiligen Vor- und Nachteilen. Gibt es Alternativen zum Formaldehyd, das noch in fast allen Lösungen enthalten ist?

Beitrag DM 20,--

Danach beginnen die Pfingstferien, zu denen rechtzeitig das nächste Veranstaltungsprogramm der Studiengruppe München als Lektüre vorliegen wird.

Anmeldung und Auskunft über

Praxis Dr. Armin Maurer
Wöhlerstr. 20
8000 München 60

Ohne mitübersandten Verrechnungsscheck können wir Kursanmeldungen nicht mehr bestätigen.

(So schwer kann es doch nicht sein, pro Kurs einen V-Scheck mit-zuübersenden; die Schecks werden jeweils erst kurz vor dem Kurs von uns eingelöst. Alle möglichen Kreuz- und Querüberweisungen machen leider eine Menge überflüssigen Verwaltungsaufwand.)

Veranstaltungsorte

Schulungsräume der Firma Beck,
Burgstr. 7, V. Stock, Eingang Altenhofstraße
8000 München 2
(S-Bahn, U-Bahn Marienplatz)

Schulungsräume der Firma Fäger,
Pettenkofferstr. 4
8000 München 2
(U-Bahn, Straßenbahn Sendlinger Tor)

sowie in verschiedenen Praxen, wie vorstehend angegeben.

ARBEITSKREIS "PSYCHOLOGIE UND ZAHNMEDIZIN"
GESELLSCHAFT FÜR MEDIZINISCHE PSYCHOLOGIE

6. KONGRESS: PSYCHOLOGIE IN DER MEDIZIN
FREIE UNIVERSITÄT BERLIN 15. - 17. MAI 1986

2. A U F R U F Z U R M I T A R B E I T

THEMA DES ARBEITSKREISES "PSYCHOLOGIE UND ZAHNMEDIZIN"
"PSYCHOLOGISCHE ASPEKTE DER PRÄVENTION UND
GESUNDHEITSERZIEHUNG IN DER ZAHNMEDIZIN"

IHRE AKTIVE TEILNAHME HABEN U.A. BEREITS ZUGESAGT:

Prof.Dr.S.AUST, Berlin, Pädagoge
Prof.Dr.N.BARTSCH, Berlin, Pädagoge
Prof.Dr.H.D.BASLER, Marburg, Psychologe
Prof.Dr.A.FLEISCHER-PETERS, Erlangen, Kieferorthopädin
Prof.Dr.W.KRÜGER, Göttingen, Zahnmediziner
Prof.Dr.Th.MARTHALER, Zürich, Zahnmediziner
Prof.Dr.V.PUDEL, Göttingen, Ernährungswissenschaftler
Prof.Dr.H.P.ROSEMEIER, Berlin, Psychologe
Prof.Dr.R.K.SCHICKE, Hannover, Sozioökonom
Prof.Dr.W.E.WETZEL, Gießen, Zahnmediziner

WEITERE R E F E R A T E ODER P O S T E R KÖNNEN BIS
ENDE 1985 (MIT NENNUNG DES THEMAS UND EINES EINSEITIGEN
ABSTRACTS) ANGEMELDET WERDEN.

DIE FERTIGEN MANUSKRIPTE DER ANGENOMMENEN VORTRÄGE
MÜSSEN BIS ZUM 15. APRIL 1986 EINGEREICHT WERDEN.

DIE VERÖFFENTLICHUNG DER TAGUNGSBEITRÄGE WIRD VORBEREITET.

.....

An den Arbeitskreis
Zahnmedizin und Psychologie
c/o. Dr. Thomas Schneller
Med. Hochschule Hannover
Abt. Med. Psychologie (5430)
D-3000 H A N N O V E R 61

Tel.: 0511 / 532-4435
Sekretariat: -4438

- Ich möchte mich mit
einem Referat/Poster
beteiligen
- Ich möchte an der Arbeits-
gruppe teilnehmen und bitte
um die Zusendung weiterer
Unterlagen

Stempel:

"PSYCHOLOGISCHE ASPEKTE DER PRÄVENTION UND GESUNDHEITSERZIEHUNG IN DER ZAHNMEDIZIN"

Seit vielen Jahren sind die wesentlichen zahnmedizinischen Grundlagen einer kausal orientierten Verhütung von Zahnkaries und Parodontopathien bekannt. Insbesondere gelten eine regelmäßige und richtige Zahnpflege, eine zweckmäßige Ernährungsweise (vor allem Beschränkung des Zuckerkonsums), Kontrollinspektionen durch den Zahnarzt und Formen der Fluoridanwendung als entscheidende Faktoren einer wirksamen Karies- und Parodontalprohylaxe.

Auf der anderen Seite zeigen epidemiologische Untersuchungen für viele Länder, daß die Karies und die Zahnbetterkrankungen immer noch zu den häufigsten Erkrankungen in der Bevölkerung zählen.

Grundsätzlich stellen sich aus medizinisch-psychologischer Sicht gerade im Hinblick auf die Präventionsforschung eine Reihe von Fragen, die letztlich wohl nur durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Verhaltenswissenschaftlern und Zahnmedizinern einer Lösung zugeführt werden können. So spielt das Problem einer psychologisch konsistenten Weitergabe des zahnmedizinischen Prophylaxewissens an Mediatoren aus dem pädagogischen Bereich und an die Bevölkerung eine hervorragende Rolle. Dabei erscheint nicht nur erforderlich, die Frage der Zahngesundheitserziehung in dem größeren Kontext der allgemeinen Gesundheitserziehung zu sehen, sondern auch, die Fragen der Zielgruppenspezifität in der aufklärerischen Ansprache mit ins Kalkül zu ziehen. Fragen der psychologischen Informationsverarbeitung, der emotionalen Fundierung und der Herausbildung stabiler Motivationen gehören hier ebenfalls hinein, wie auch psychosozial-interaktive Aspekte bei der Kleingruppenarbeit oder in der Zahnarztpraxis.

Im Rahmen unseres Arbeitskreises sollen diese hier nur fragmentarisch angerissenen Fragen unter Beteiligung von Pädagogen, Psychologen, Soziologen und Zahnmedizinern auf der Basis sehr verschiedenartig angelegter Referatsthemen diskutiert und vorangetrieben werden.



Dental Labor
an der Theresienhöhe GmbH

Achtung Praxislabors!

Leistungsfähiges Dentallabor
im Zentrum München's garantiert
präzise Herstellung und pünktliche
Lieferung von Modellgußarbeiten.

In Form verklammerter Basen oder
als Verbinder für kombinierte Arbeiten.

Setzen Sie sich mit uns in Verbindung!

Theresienhöhe 9
8000 München 2
Tel. 089/50 30 71/72

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, Donaustauer 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.

Ich möchte das „forum“ zum Jahrespreis von DM 30,- abonnieren

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

Ich möchte dem DAZ beitreten und bitte um Zusendung der Satzung und Beitragsordnung

Unterschrift

stud./cand. med. dent

angest. ZÄ/ZA

selbst. ZÄ/ZA

kein ZÄ/ZA

forum 11

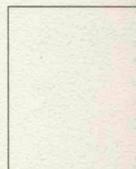
**Viele Leute bezahlen,
nur um irgendwo einen
Kredit zu bekommen,
viel zuviel.**

BfG:Regensburg
Bank für Gemeinwirtschaft
8400 Regensburg II, Haidplatz 8
Telefon (0941) 53041

ABSENDER:

Tel.

ANTWORTKARTE



Deutscher Arbeitskreis
für Zahnheilkunde
(DAZ)

Dienerstr. 20
8000 München 2