



FORUM

Herausgegeben vom Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde

NR. 13 · JUNI 1986

Sie lesen u. a.

Möglichkeiten der Qualitätssicherung

Schadstoffe bei der Desinfektion

Umweltgifte in der Praxis

Natürliche Radioaktivität, medizinische
Strahlenbelastung und der Fall-out von Tschernobyl

Buchbesprechungen

Optimal versichert?



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; mußten 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 Conventi 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

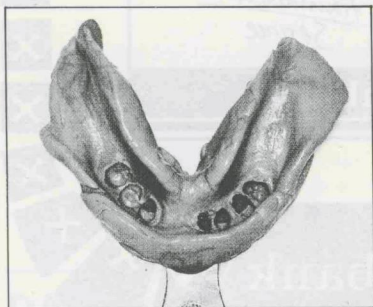
bisico S1 + S4

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

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

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

Tecnica di doppia-impronta, in particolare per impronte di
precisione, ponti, corone, inlays con una massima garanzia di
precisione ed 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

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

Inhalt:

Möglichkeiten der Qualitätssicherung	64
Erich währt am längsten	74
Der Freie Verband: Ehre und Ehrlichkeit	76
Arbeitsbericht zu Schadstoffen bei der Desinfektion	82
Umweltgifte in der Praxis - Röntgenentwickler und -fixierer	88
Natürliche Radioaktivität, medizinische Strahlenbelastung und der Fall-out von Tschernobyl - Versuch einer Bilanz	98
Leben unter atomarer Bedrohung - unser unabänderliches Schicksal?	109
Buchbesprechung: - Krista Federspiel, Zahn um Zahn - Rateitschak, K.H. und E.M., Wolf, H.F., Parodontologie	112
Optimal versichert?	118
Einladung zur siebenten Jahreshauptversammlung des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde am 10./11. und 12. Oktober 1986 in Berg am Starnberger See	120

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

Möglichkeiten der Qualitätssicherung

Wer Qualitätssicherung fordert, sollte auch Vorstellungen darüber haben, wie dieses Ziel verwirklicht werden kann. Entsprechende Vorschläge und Initiativen sind seit 1980 Schwerpunkt der Arbeit des DAZ. Das besondere Interesse gilt dabei der Verbesserung der Prozeß- und Ergebnisqualität zahnärztlicher Leistungen. (vgl. dazu FORUM 12, S. 16)

Die derzeitige honorar- und sozialpolitische Großwetterlage scheint für Qualitätssicherungs-Maßnahmen eher ungünstig zu sein, aber niemand glaube, in besseren Zeiten wären die Widerstände geringer. Im Gegenteil, seit den jüngsten Honorarkonflikten hat das Thema Qualität wieder an Aktualität gewonnen. Die Zahnärzte prophezeien - mit Recht - Qualitätsverluste, wenn die politischen Rahmenbedingungen nicht korrigiert werden. Die Krankenkassen machen diskret aber entschlossen von der Möglichkeit Gebrauch, gemäß § 223 RVO qualitative Aspekte zu überprüfen. Forschungs- und Sozialministerium schließlich fordern und fördern eine Reihe medizinischer Qualitätssicherungs-Projekte. Diese - noch unfreiwillig - übereinstimmende Problemsicht sollte koordinierte Konzepte ermöglichen und dazu beitragen, die eingefahrenen Konfliktstrategien zu überwinden. Trotz aller kasenzahnärztlicher Frustration muß es dabei unser Ziel sein, die Krankenkassen davon zu überzeugen, daß

- a) Qualität ihren Preis hat
- b) Qualitätssicherung ihren Preis hat und

- c) sie sich an den Mehrkosten beteiligen müssen, weil sie und ihre Versicherten die Nutznießer sein werden.

Neben dieser Überzeugungsarbeit an Sozialpartnern und Politikern gibt es jedoch eine Reihe von Möglichkeiten, standesintern Weichenstellungen zur systematischen Qualitätssicherung vorzunehmen:

I

Für die Entwicklung, Durchführung und Überwachung von QS-Maßnahmen fordert der DAZ erneut die Einrichtung eines QUALITÄTSSICHERUNGS-REFERATS bei der Kammer und/oder KZV. Die sog. "Schilder-Referenten" klagen Jahr für Jahr über mehr Arbeit, wo doch die Berufsordnung und ein Zollstock ausreichen müßten, alle individuellen Selbstdarstellungsideen in erlaubten Grenzen zu halten. Wieviel notwendiger erscheint mit dieser Erfahrung ein QS-Referent, der die häufig verschwommenen lege-artis-Vorstellungen durch verbindliche Mindestanforderungen auf ein akzeptables Niveau zu bringen hätte. Auf Grund einiger weni-

SCHMID UND PAULA



**DENTAL
LABOR**

Qualität
und
Ästhetik

ist das Ergebnis unserer präzisen Arbeit.
Dafür stehen unsere Namen

Gerhard Schmid
Eveline Hoffmann
J. Kutsch
Karg Doris
Bettina Schneider
Maria Lutz
Sieglinde Zistler
Stefan Kuchacka
Gerold Peter
Adolf Kellermann
Kaufhold
Daniel
Luisa Wilhelmi
Renée Gröndler
Werner Kuchacka
Alfred
Lips Reiter
Schwimmer Margit
Grimela

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

ger Effektivitätsuntersuchungen wird die "Dunkelziffer" unqualifizierter Leistungen auf durchschnittlich 50% geschätzt. Auch möglicherweise etwas weniger blamable Zahlen erfordern dringend eine Instanz, die alle Fragen der Qualität koordiniert. Der Schwerpunkt sollte dabei auf der Überwachung der Ergebnisqualität liegen.

II

Die paritätisch besetzten Ausschüsse zur WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG brauchen eine neue Geschäftsgrundlage. Es dürfte inzwischen hinlänglich bewiesen sein, daß Durchschnittswerte weder mehr Gesundheit noch mehr Kostendämpfung bringen oder gar in der Lage wären, Effizienz zu garantieren. Die derzeitige Wirtschaftlichkeitsprüfung ist zum Disziplinierungsinstrument zur Förderung der Mittelmäßigkeit geworden. Sie ist untauglich als Korrektiv, solange nicht qualitative Kriterien bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit zugrunde gelegt werden. Der DAZ wird in Kürze einen Schwachstellen-Katalog vorlegen, der die Darstellung unwirtschaftlicher Behandlungsweise erlaubt: Wiederholungsleistungen, stereotypes Indikationsverhalten, mangelhafte Diagnostik und technische Mängel spielen die Hauptrollen.

III

Qualitätssicherung setzt INFORMATION voraus. Deshalb darf

sich die weitere Einführung der EDV nicht auf verwaltschaftliche Rationalisierung beschränken, sondern muß qualitätsorientierte Fragestellungen beantworten können. Was Krankenkassen-Computer z.B. bei der Wahrnehmung des § 223 RVO leisten, muß als Regelprogramm bei der KZV zur Verfügung stehen. Nur im Überblick über mehrjährige Versorgungsprozesse lassen sich allgemeine und individuelle Problemfelder eruieren und gezielt bearbeiten. Die KZV sollte die Effektivität, d.h. den Langzeiterfolg häufiger Leistungen in Form von graphischen Praxisprofilen darstellen. Das Nichtwissen um Spätergebnisse hindert manchen an der Kontrolle seines eigenen Handelns. Allein das Bewußtsein "EDV-begleitet" zu werden, führt zu einem veränderten Verhalten.

Der Einwand, die Datenspeicherung zur Schwachstellenanalyse kollidiere mit dem Datenschutz, ist bei sachgerechter Anwendung nicht stichhaltig.

IV

Das Handwerkszeug wirksamer Qualitätssicherung sind KRITERIENKATALOGE unverzichtbarer Qualitätsmerkmale ("standards", "minimals"), sowie ein Instrumentarium, Leistungen objektiv zu bewerten ("evaluation").

Insbesondere bei der Formulierung von Standards müssen Praktiker beteiligt sein, sie sind die Experten, wie gute zahnmedizinische Versorgung in

der Praxis stattfinden kann. Ebenso ist die pragmatisch erreichbare Effektivität einzelner Leistungen von Praktikern zu bestimmen, sie sind diejenigen, die sich in der Software der KZV-Speicher "profilieren" sollen und müssen. Die Kooperation mit der Hochschule, der DGZMK und Forschungseinrichtungen wird immer dort unerlässlich sein, wo neue Behandlungsmethoden, generelle lege-artis-Fragen, Probleme der Evaluation und Dokumentation zu beantworten sind.

Ein allererster Schritt wäre die Formulierung und für alle Kassenzahnärzte verbindliche Verabschiedung einer Negativliste obsoleter Maßnahmen, z.B. okklusale Kunststoffverblendungen, "Kragenprothesen", grob unterdimensionierte Stützelemente bei parodontalgetragenen ZE, Mortalamputationen bei bleibenden Zähnen. Leistungen mit solchen oder ähnlichen (vermeidbaren) Mängeln wären dann - auch unter Hinweis auf die Therapiefreiheit - nicht mehr abrechenbar.

V

In der Diskussion um die Qualitätssicherung darf ein Komplex nicht unerwähnt bleiben, der üblicherweise als sakrosankt gilt: die unbefristete KASSENZULASSUNG. Gerade den Insidern der KZV dürfte bekannt sein, daß mit steigendem Berufsalter auch manche nicht mehr zeitgemäße Methode konserviert wird, sich Routine immer seltener mit neuen Erkenntnissen mischt. Das ist kein Vorwurf, sondern eine Be-

obachtung, die angesichts des wissenschaftlichen Tempos nur zu verständlich ist. Wir haben darüber hinaus den Eindruck, daß viele ältere Kollegen die Befristung der Kassenzulassung z.B. bis zum 65. Lebensjahr nicht als Diskriminierung, sondern als befreiende Chance sehen würden. Endlich könnten sie sich in Ruhe ihren Privatpatienten widmen oder sich ganz aus dem Berufsalltag zurückziehen. Diese Regelung erscheint schon deshalb nicht als unzumutbar, weil die berufständischen Versorgungswerke in dieser Phase aktiv werden. Andererseits böten freiwerdende Praxen ein willkommenes Ventil, den Druck des Überangebots junger Zahnärzte zu mindern. Das jetzt vorherrschende Kalkül mit einem sich selbst regulierenden Markt durch Konkurrenz ist gewagt und birgt die Gefahr neuer berufspolitischer und qualitativer Probleme.

VI

KOLLEGIALITÄT ist der Ausdruck gemeinsamer Prinzipien, nicht etwa automatischer Bestandteil gleicher Approbationsurkunden. Deshalb sind alle Regulationsmechanismen der Selbstverwaltung zu stärken, die angemessen und in der Lage sind, den vereinbarten ärztlichen Prinzipien Geltung zu verschaffen. Wiederholte, grob fahrlässige oder gar vorsätzliche Verstöße (auch) gegen Qualitätsgrundsätze gefährden den kollegialen Schutz. Der Verdacht, daß eine nebulöse Kollegialität die Selbstregulation verwässert, muß ausgeräumt werden.

Qualitätssicherung steht und fällt mit der Durchsetzungsfähigkeit der Selbstverwaltung einschließlich ihrer berufsrechtlichen Instanzen.

VII

Mehr als andere medizinische Disziplinen erfordert die Zahnheilkunde die Fähigkeit zur KOORDINATION arbeitsteiliger Prozesse. Diese Fragen sind bisher vorwiegend unter zeitökonomischen und arbeitsphysiologischen Gesichtspunkten bearbeitet worden, kaum dagegen unter qualitativen Aspekten. Trotz perfekter Arbeitsmittel gelingt die Koordination - besonders in jungen Praxen - nicht selten nur durch Improvisation und Goodwill aller Beteiligten. Selbst simple betriebswirtschaftliche und psychologische Grundsätze werden im Studium nicht vermittelt und gelangen - wenn überhaupt - häufig erst nach bitteren Erfahrungen zur Anwendung in der Praxisführung. Es kommt also primär nicht auf die weitere Verfeinerung technischer Verfahren an, sondern auf die Schulung kommunikativer Fähigkeiten, das Training kooperativen Führungsstils, die Optimierung organisatorischer Arbeitsabläufe, QS-Maßnahmen decken die Schwachstellen der Koordination auf und lassen falsche Gewohnheiten erkennen. Zahnärztlich-operationelle Präzision verpufft, wenn sie nicht in ein zuverlässiges "Management" eingebettet ist. Qualitätssicherung schließt deshalb die Berufsbilder und Tätigkeiten aller beteiligten Mitarbeiter ein.

VIII

Die vielfältigen Fortbildungsprogramme der Kammern werden bundesweit nur von 15-33% aller Zahnärzte besucht. (BZB 5/86, S. 15) Dabei darf vermutet werden, daß es sich bei dieser Minderheit ohnehin um fachlich überdurchschnittlich engagierte und qualifizierte Kollegen handelt. Gleichzeitig haben "20 Jahre Notstands-ausbildung" (Prof. Voss) dazu geführt, daß die Qualifikation der Hochschulabsolventen die kritische Untergrenze erreicht hat. Noch verschärfend wirkt sich das rapide abnehmende Angebot von Assistentenstellen aus. Von manchen Ausbildungsassistenten wissen wir, daß sie nur stundenweise eingesetzt werden (können), daß von einer systematischen Weiterbildung nicht die Rede sein kann, daß sie "praktisch auf das Lernen aus Fehlern" angewiesen sind. Für einen ärztlichen Beruf ist das die denkbar schlechteste Variante, den verantwortlichen Umgang mit Gesundheit und Leben Dritter zu lernen. Solche Defizite prägen nicht nur einzelne Berufskarrieren, sondern bald auch den Ruf und die Leistungsfähigkeit des Standes.

Unter diesen Voraussetzungen kann das FREIWILLIGKEITSPRINZIP der FORTBILDUNG dauerhaft nicht uneingeschränkt bleiben. Mindestens für zwei "Risiko-gruppen" innerhalb der Zahnärzteschaft sollten spezielle und obligatorische Aktionsprogramme durchgeführt werden:

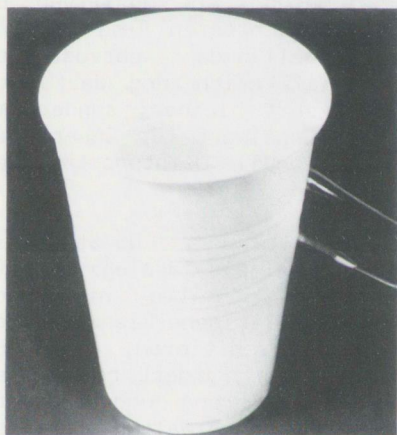
- a) für junge Kollegen in der Vorbereitungszeit auf die

Dies ist der Katalog,
mit dem Zahnärzte
viel Geld sparen



Überzeugen Sie sich von unserer Leistungsfähigkeit:

- Markenqualität zu günstigen Nettopreisen
- Großauswahl an Markenartikeln
- Alles ab Lager in 2 Tagen in der Praxis
- Beratung durch erfahrene Fachkräfte
- Supergünstige Eigenmarkenprodukte wie



- **Anmischblocks**
- **OP Filtermasken**
- **Servietten**
- **Speichelzieher**
- **Retraktionsfäden**
- **Reinigungsbürsten**
und zum Beispiel
- **Einmal-Spülbecher**
Handlicher Karton
mit 2.500 Bechern
Art.-Nr. 06175
nur **DM 84,50**

Also: Sofort kostenlosen Katalog anfordern.

Prophudent GmbH



Siemensstr. 52
D-7000 Stuttgart 30
Tel. 0711/855511

Kassenzulassung. Dabei könnten schwerpunktmäßig qualitätsorientierte Aspekte der allgemeinen Zahnheilkunde behandelt und organisatorische und psychologische Grundsätze der Praxisführung vermittelt werden. Ein Modell spezieller Assistentenfortbildung wird derzeit im Hamburger Kammerbereich praktiziert.

- b) für niedergelassene Kollegen, deren Abrechnungsstatistik chronische Qualitätsdefizite aufweist. Ziel dieser Maßnahmen ist ein akzeptables Niveau zahnärztlicher Basisleistungen, das den oben erwähnten "minimalen" gerecht wird.

IX

Die Schlüsselrolle der Qualitätssicherung kommt den GUT-ACHTERN zu. Ihre kompetente Strenge, ihre unbestechliche Kollegialität und geeignete Richtlinien fördern direkter als alle anderen Maßnahmen das qualitative Niveau zahnärztlicher Leistungen. In den "Grundsätzen und Empfehlungen" (1983) hat der DAZ zur Gutachterqualifikation ausführlich Stellung genommen.

Wie oben erwähnt, gibt es z.Zt. Initiativen der Bundesregierung, die "Effizienzanalysen zahnärztlicher Leistungen", "Relationsbewertungen zahntechnischer Leistungen" sowie die "Entwicklung von Evaluations-Instrumenten" zum Ziel haben. Je konstruktiver die Zahnärzteschaft diese Untersuchungen begleitet, desto

gelassener kann sie den möglichen Ergebnissen und Konsequenzen entgegensehen. Rechtzeitige QS-Maßnahmen im Bereich der Selbstverwaltung werden sich als schlagkräftigste Argumente erweisen, unangemessenen Erwartungen und Ansprüchen der Öffentlichkeit zu begegnen.

Qualitätssicherung wird bei den Betroffenen immer unbeliebt sein, weil der Status quo gefährdet erscheint und liebgewordene Gewohnheiten in Frage gestellt werden. Widerstände und Ablehnung sind die "natürlichen" Reaktionen, mit denen alle diejenigen zu rechnen haben, die sich für Innovationen einsetzen. Deshalb kommt es darauf an, Vorurteile und Ängste abzubauen, Informationen zu schaffen, Qualitätssicherung als positiven und unverzichtbaren Teil moderner Zahnheilkunde darzustellen. Qualitätssicherung darf nicht Reizwort bleiben, sondern muß Schlüsselwort für unsere professionelle Leistungsfähigkeit werden.

Der Versuch, QS-Strategien pauschal als ideologisch motivierte Schritte in gesundheitspolitische Planwirtschaft zu diskreditieren, (ZM 10/86, S. 1181) fördert nur weitere Verunsicherung und behindert die Selbstverwaltung, kritisch aber konstruktiv solche Konzepte mitzugestalten. Der Zug zur Qualitätssicherung ist längst in Bewegung, es wäre ein großer Fehler, wenn die Zahnärzte ihr Mitspracherecht bei Ziel und Fahrplan verpassen würden.

Dr. Christian Nielsen

BERRY Zahntechnik GmbH

Pacellistraße 8, neben ZA-Praxis M. Meinecke (DAZ)

Telefon 089/2973 63

Junges Labor, das seine
erste Schritte macht,
sucht passende Schuhe zum Laufen.
Wir haben dieses Jahr begonnen
und möchten neue Kunden bekommen.

Unsere Qualifikationen:

- Artex-System
- Zeiser Modelle
- Gnatologische Arbeiten nach Pankey-Mann-Schuyler
- Individuelle gestaltete Keramik

P. S. Vor allem möchte ich dieses kleine Labor mit und für
qualitative(n) Ansprüche(n) für DAZ-Mitglieder
in München-city empfehlen.

M. Meinecke

... Das anlässlich des 89. Deutschen Ärztetages in Hannover aktualisierte Grundsatzprogramm ("Blaues Papier") legt in einem weitgehend neugefaßten Spezialkapitel verschärfte Bedingungen und Anforderungen an die Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung fest. Dadurch soll den aktuellen Bemühungen, die Qualitätssicherungsmaßnahmen auch im stationären Bereich auf vertraglicher Basis zu verankern, der nötige "Flankenschutz" gegeben werden. Fünf Grundvoraussetzungen werden an die Qualität ärztlicher Leistungen gestellt:

1. Die Qualifikation des ärztlichen Nachwuchses muß bereits während des Medizinstudiums und der anschließenden Praxisphase entsprechend der Ausbildungszieldefinitionen der Bundesärzteordnung und der Approbationsordnung gewährleistet sein. Darin wird als "Endprodukt der medizinischen Ausbildung" ein fachlich kompetenter berufsvorbereiteter Arzt postuliert, der nach Absolvierung des Staatsexamens und Erlangung der Approbation in der Lage ist, als Arzt in selbständiger und eigenverantwortlicher Stellung tätig zu werden.

2. Die durch die ärztliche Selbstverwaltung (Ärztékammer) kontrollierte und geprüfte Weiterbildung in den insgesamt 26 Weiterbildungsgebieten soll die Qualifikation des Arztes in der jeweiligen gebietlichen Spezialisierung garantieren. Die in der Berufsordnung niedergelegten Pflichten müssen von jedem Arzt, ob weitergebildet oder als praktischer Arzt tätig, strikt beachtet werden.

3. Zu den Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung zählt die Organisation und Durchführung einer berufsbegleitenden Fortbildung. Die Ärzte werden verpflichtet, die durch Aus-

und Weiterbildung vermittelten Kenntnisse zu überprüfen und zu aktualisieren, sich mit neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vertraut zu machen; die Teilnahme an den Fortbildungsveranstaltungen soll freiwillig geschehen.

4. Erbringt der Arzt bestimmte Leistungen, die eine besondere Fachkunde erfordern, werden bestimmte Anforderungen an Fachkurse gestellt, soweit nicht entsprechende Weiterbildungsnachweise erbracht worden sind.

5. Zwingende Voraussetzung an die Qualitätssicherung sind die apparative und personelle Ausstattung der Praxen. Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen sollen Maßnahmen und Vorkehrungen zur Sicherung der Qualität der erbrachten Leistungen in Zusammenarbeit mit den betroffenen Ärzten ergreifen. Dies gilt insbesondere für die Durchführung von Ringuntersuchungen, die Begutachtung technischer Untersuchungsergebnisse durch Kommissionen und Vergleiche von Untersuchungsergebnissen mit "Referenzleistungen" und Labors.

Der Qualitätssicherung dient auch die Selbstkontrolle der eigenen Leistungen im Vergleich mit fachspezifischen Standards und der kollegiale Informationsaustausch. Die Vergleichsparameter sollen mit den Fachgesellschaften festgelegt werden. Dabei soll die Bereitstellung und Auswahl von Vergleichsdaten einvernehmlich festgelegt werden. Das Papier empfiehlt die Durchführung einer "wissenschaftlichen inneren Leichenschau". Dazu müsse die Obduktionsfrequenz erhöht werden. Für den kassenärztlichen Sektor sollen die KVen und die KBV Richtlinien und Empfehlungen für die Qualitätskontrolle festlegen.

A + S aktuell 10/86, S. 10

Das zunächst auf zwei Jahre befristete Modellvorhaben "Qualitätssicherung in der Chirurgie", das an insgesamt sieben städtischen und einem freigemeinnützigen Krankenhaus im Stadtstaat Hamburg ursprünglich bereits zu Jahresbeginn anlaufen sollte, droht zu scheitern. Obwohl die Hamburger Ärztekammer in enger Zusammenarbeit und mit politischer Unterstützung der Gesundheitsbehörde sowie der Landeskrankenhausgesellschaft bereits grünes Licht für den Modellversuch und die (nicht vertraglich fixierten) Durchführungsempfehlungen gegeben hatte, haben die Personal- und Betriebsräte der eingeschalteten Kran-

kenhäuser sowie die Verwaltungsdirektoren ihr Veto eingelegt. Auf Vermittlung der Gesundheitsssenatorin Christine Maring (SPD) soll kurzfristig rechtlich überprüft werden, ob der Modellversuch tatsächlich mitbestimmungspflichtig und damit der Zustimmung der Personalräte bedarf. Bei positiver Entscheidung hat die Ärztekammer Hamburg erklärt, sich aus dem Projekt völlig zurückzuziehen. Die acht Krankenhäuser haben für die Projektphase bereits 185.000 Mark aus Etatmitteln der Häuser bereitgestellt (vgl. A + S aktuell Nr. 10/86; Nr. 9/86; Nr. 8/86; Nr. 1/86, S. 4).

A + S aktuell 11/86, S. 19

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

KOOPERATIONSVEREINBARUNG ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

Nach fast dreijährigen bilateralen Verhandlungen und zahlreichen Expertengesprächen haben am 24.5.1986 in Köln der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Karsten Vilmar, und der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Landrat Konrad Regler, die auf fünf Punkte ausgelegte "Kooperationsvereinbarung zur Qualitätssicherung der stationären Versorgung" unterzeichnet. Die gemeinsame Vereinbarung legt im einzelnen das Procedere, die paritätische Besetzung der Gremien, die Organisation des Informationsflusses und den Arzt-Arzt-Dialog sowie den Datenaustausch (in anonymisierter Form) fest. Koordina-

tionsstelle soll regelmäßig die zuständige Ärztekammer sein; allerdings sollen Sachverständige, die auch von den Krankenhausträgern benannt werden, aktiv mitwirken. Externe Daten für Kontroll- und Vergleichszwecke und zur Erstellung von Klinikprofilen sollen von den zuständigen wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und den ärztlichen Berufsverbänden bereitgestellt werden. Die Qualitätssicherungsmaßnahmen sollen stets freiwillig in den angezeigten Fachgebieten erfolgen (vgl. A + S aktuell Nr. 8/86, S. 10 f; Nr. 9/86, S. 11 f).

A + S aktuell 11/86, S. 19

Erich währt am längsten

Pünktlich zur Landtagswahl in Niedersachsen meldete sich unser alter Kammerpräsident, Dr. Erich Bunke (CDU), mit einem politischen Leitartikel erneut zu Wort. Wer geglaubt hatte, Erich Bunke würde nach all den Querelen der Vergangenheit ein wenig zurückstecken, muß sich auf das Nachdrücklichste eines Besseren belehren lassen.

Die Anfeindungen im Niedersächsischen Landtag, natürlich von den sozialistischen Mißgünstlingen betrieben, waren nicht ganz ohne Wirkung auf Erich Bunke geblieben. Immerhin hatte er sich mit sieben "Beanstandungen von Amtshandlungen der Zahnärztekammer Niedersachsen" auseinanderzusetzen. Vorwurf Nr. 1: Die Zahnärztekammer überschreitet in ihrem amtlichen Organ ihr berufspolitisches Mandat und nimmt einseitig parteipolitisch Stellung.

Doch schon bald war zur sicheren Einschätzung der Lage auch die treffende Formel gefunden. Der Kammerversammlung vom 22.03.85 konnte Bunke daher verkünden, es habe sich bei

den Vorgängen im Niedersächsischen Landtag lediglich um einen "Spuk" gehandelt, der nun Gott sei Dank vorüber sei.

Schon schlimmer war die hinterhältige Aktion einiger zu allem entschlossener Kollegen um einen Herrn Senge aus Hannover. Brachten sie es doch fertig, daß mehr als die Hälfte der neuen Kammerversammlung nicht mehr zu erkennen vermochte, wer in Niedersachsen zum Präsidenten der Zahnärzte zu wählen ist. Fast ein Jahr mußte vergehen, und reichlich Juristenschweiß mußte fließen, bis endlich wieder eine richtig formierte Kammerversammlung zusammentreten konnte.

Doch, Gott sei Dank, nun ist alles wieder im Lot! Die Kammer hat den richtigen Präsidenten und das Niedersächsische Zahnärzteblatt hat mit seinem großen Leitartikler den alten Schwung zurückerhalten. Die Zahnärzte in unserem Land aber haben wieder einen, der ihnen verlässlich den Weg weist: Erich Bunke.

Ad multos annos!

l.a.

SIEMENS

Damit Sie sichere Diagnosen von Parodontopathien stellen können.



Das Gerät zeigt objektiv und reproduzierbar den Dämpfungszustand des Parodontiums sowie indirekt die Zahnbeweglichkeit optisch und akustisch an. Schon im Frühstadium lassen sich parodontale Schäden mit den beginnenden Strukturveränderungen des Zahnhalteapparates einfach und sicher erfassen.

Fordern Sie detaillierte Informationen an.

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

Neu: PERIOTEST® von Siemens

Der Freie Verband: Ehre und Ehrlichkeit

— Hintergründe und Schlußfolgerungen aus der Hexenjagd und den Verbandsbeschlüssen im vergangenen Sommer

Der Pressestelle des DAZ wurde soeben anonym (Poststempel Hannover) die Kopie eines Schreibens zugestellt, das der ehemalige langjährige Erste Vorsitzende der KZV Niedersachsen, Dr. Hans-Henning Hildebrand, Braunschweig, im März an den Vorsitzenden der Hauptversammlung des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte geschickt hat.

Der DAZ betrachtet es durchaus nicht als angenehme Beschäftigung, sich ständig mit fremdem

Mist befassen zu müssen. Da aber die von der Führung des Freien Verbandes komplett kontrollierte und beherrschte körperschaftliche Standespresse der Zahnärzte in der Bundesrepublik über derlei Vorgänge nicht berichten kann, fühlen wir uns verpflichtet, auch in diesem Fall die Öffentlichkeit herzustellen.

Nachstehend drucken wir diesen Brief im Wortlaut ab. Ein Kommentar erübrigt sich.

An den
Vorsitzenden der Hauptversammlung des Freien Verbandes Deutscher
Zahnärzte
Herrn Dr. Eberhardt Kultscher
mit der Bitte um Weitergabe an die Delegierten der HV
Bundesvorstand

Sehr verehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen!
Acht niedersächsische Kollegen wurden zu Gegnern des Freien Verbandes abgestempelt. Ein Nachwort zu dem Ausschlußverfahren halte ich für notwendig. Die Begleitumstände waren und sind gekennzeichnet von Verleumdung, ja Diskriminierung und Unanständigkeit.

Dies war und ist des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte nicht würdig.

Nach der Abstimmung über den Ausschluß in der HV in Mainz am 19.10.1985 haben mir mehrere Delegierte der HV zu verstehen gegeben, daß ihr Abstimmungsverhalten maßgebend durch den Brief

des früheren Landesvorsitzenden, Kollegen Kroker, den Kollege Schierbort verlesen hat, bestimmt war.

Daher habe ich noch am 19.10.1985 folgenden Brief an die Verbandsgeschäftsstelle geschrieben:

Sehr geehrter Herr Gilles!

Nach Abschluß der Hauptversammlung wende ich mich mit zwei Bitten an Sie.

Unter Punkt 5 der Tagesordnung hat Herr Dr. Schierbort einen Brief von Herrn Dr. Kroker verlesen, der an den Bundesvorstand und die Hauptversammlung gerichtet war. Ich bitte um Übersendung einer Ablichtung dieses Briefes.

Ferner bitte ich um die Übersendung des Wortprotokolls dieser Hauptversammlung nach Fertigstellung, zumindest aber die Niederschrift zum Tagesordnungspunkt 5.

Ich hoffe keine Fehlbitten an Sie gerichtet zu haben und verbleibe mit den besten Grüßen als Ihr ergebenster
gez. Hildebrand

Herr Gilles teilte mir daraufhin fernmündlich mit, daß dieser Brief unauffindbar und nicht zu beschaffen sei. Eine dann telefonisch dem Kollegen Schierbort übermittelte Bitte um diesen Brief wollte mir dieser erfüllen, bat jedoch um ausreichend Zeit, um ihn aus seinen umfangreichen Unterlagen herauszusuchen. Kurz - ich bekam diesen Brief auch nach vier Monaten nicht!

Anläßlich der VV der KZBV am 10.1.1986 in Berlin fragte ich Herrn Verbandsdirektor Gilles in Gegenwart von Frau Dr. Tiemann, ob ich, wenn der Kroker-Brief nicht zur Verfügung stünde, doch wenigstens das Wortprotokoll zum Tagesordnungspunkt 5 (Ausschlußverfahren) erhalten könnte. Antwort Gilles: "Das müßten Sie schriftlich beantragen." Auf meinen Hinweis, diesen Antrag bereits mit Brief vom 19.10.1985 gestellt zu haben, sagte er mir einen Bescheid nach der für den 18.1.1986 anberaumten BV-Sitzung zu.

Bis zum heutigen Tag weder Antwort noch Kroker-Brief!!

Von einem Mitglied der HV habe ich mir nun das Wortprotokoll zur Einsicht besorgt und kann somit erst jetzt zu Krokers Aussagen Stellung nehmen.

Krokers Kernsätze seien zitiert:

"So habe ich mit viel Geduld den Landesverband geführt, konnte aber irgendwelche Aktivitäten überhaupt nicht starten, weil ich in den entscheidenden Aussagen sofort, vor allem bei der KZVN, der in diesen Jahren der Kollege Hildebrand vorstand, gebremst

wurde." Und weiter: "Kollege Hildebrand war lange Jahre KZV-Chef in Niedersachsen und damit der unumstrittene "Macher" der Ständespolitik. Nicht zuletzt dank seiner ausgezeichneten Rhetorik konnte er unerfahrene Kollegen leicht zu sich herüberziehen."

Hierzu meine Wertung:

1. Man dürfte gespannt sein, zu erfahren, welche Aktivitäten Kroker zu starten gedacht hatte, die dann von mir "gebremst" wurden.
2. Man dürfte gespannt sein, zu erfahren, wann, wo und wen ich gegen wen auch immer zu mir "herübergezogen" hätte.
3. Den Ausschlußantrag (siehe Antrag Nr. 51) haben u.a. folgende niedersächsische Kollegen unterstützt: Bunke, Göstemeyer, Paeske, Jacobi und Albers. Diesen stellt Kroker - sollten seine Aussagen wahr sein - ein geradezu trauriges Armutszugnis aus. Bunke war im letzten Teil von Krokers Amtszeit als Landesvorsitzender bereits Kammerpräsident und die weiter genannten Kollegen zur Zeit meines KZVN-Vorsitzes Mitglieder des KZVN-Vorstandes.
War Kroker denn so unfähig, daß er sich nicht an einen dieser Kollegen hätte wenden können, als er sich von mir angeblich gebremst fühlte? Damit hätten mir doch erhebliche Auseinandersetzungen ins Haus gestanden. Es ist damit deutlich, daß Kroker hier die zweckbestimmte Unwahrheit schreibt. Und - die genannten Kollegen lassen sich dies gefallen!
4. Zu Krokers Zeiten hatte die Landesgeschäftsstelle noch nicht die heutige Ausstattung. Kroker hat mir im Frühjahr 1985 anläßlich einer gemeinsamen Sitzung zum wiederholten Male sinngemäß zum Ausdruck gebracht, daß er rückschauend nicht wüßte, wie er seine Aufgaben als Landesvorsitzender hätte erfüllen können, wenn er nicht mit meiner ständigen Unterstützung den Beistand der Einrichtungen der KZVN gehabt hätte.
5. Weil "Die Partei" es befohlen hat, ist Kroker bereit, eine in zwei Jahrzehnten gemeinsamer Arbeit gewachsene kollegiale Freundschaft über Bord zu werfen und sich selbst als Versager darzustellen.
6. Somit bleibt die Frage, ob der Ehrenzeichenträger des Freien Verbandes, wie zu erwarten, als Ehrenmann gehandelt hat.

In der Nachtsitzung des Bundesvorstandes am 26./27. Juni 1985 unter Vorsitz des stellvertretenden Bundesvorsitzenden, Kollegen Bieg, hat der Bundesvorstand dem Ausschlußantrag des Landesverbandes Niedersachsen nur deshalb stattgegeben, weil für den Fall der Ablehnung Herr Kollege Bieg seine Arbeit für den Verband einzustellen gedachte. Man glaubte an die Revision durch die HV.

Der Bundesvorstand hat mit dem Schreiben vom 31.10.1985 "An alle Zahnärztinnen und Zahnärzte in Niedersachsen" die Bestätigung der Ausschüsse durch die HV mitgeteilt. Es ist die Frage erlaubt, weshalb auch der Bundesvorstand hier es noch nötig hat,

nicht bei der Wahrheit zu bleiben. Er schreibt: "Diese Entscheidung fiel nach gründlicher Aussprache usw." Wahr ist, daß diese Aussprache vor Eintritt durch einen Geschäftsordnungsantrag abgesetzt wurde. Bis dahin standen bereits auf der Rednerliste die Kollegen von Glass, Bunke, Aigner, Göttlicher, Hübner, von Petersdorff, Ruhrig, Erhardt, Schad, Poepel und Paeske. Auch eine Stellungnahme von mir zum Kroker-Brief war nicht mehr möglich, da dies den Rahmen einer persönlichen Erklärung überschritten hätte. Es fand also keine, und schon gar nicht eine gründliche Aussprache statt.

Abschließend eine Bemerkung zum eigentlichen Anlaß für die Ausschlußverfahren, der ein ganz normaler demokratischer Vorgang war. 22 von 40 Kammerdelegierten in Niedersachsen folgten dem Vorschlag des Landesvorstandes des Freien Verbandes nicht, Kollegen Bunke zum Kammerpräsidenten zu wählen, da dieser in den Tagen vor der Konstituierung selbst durch ungeschicktes Verhalten und unbedachte Äußerungen Zweifel in seine Wählbarkeit ausgelöst hatte.

Nur um Macht zu demonstrieren wurden wahllos sieben Kollegen von den 22, also jeder Dritte, zum Abschluß freigegeben.

Entspräche das so ausgelöste Ausschlußverfahren den Prinzipien des Freien Verbandes und müßte er demzufolge um seine Glaubwürdigkeit besorgt sein, so hätte die konstituierende VV der KZBV in Berlin sehr viel gewichtigeren Anlaß zu solchen Verfahren gegeben. Dort hatte der Bundesvorstand eine eindeutige politische Aussage zu vertreten. Der Bundesvorsitzende trug der VV das personelle Konzept des Verbandes vor. Trotzdem wurden bei den Wahlen weitere Kandidaten vorgeschlagen und im Einzelfall auch gewählt. Ein demokratischer Vorgang. Nach dem "Fall Niedersachsen" jedoch die "Gegnerschaft" zum Freien Verband!

Wenn ich mit dieser Darstellung aus meiner Sicht auf die Willkür und Unkollegialität, die das abgeschlossene Ausschlußverfahren begleiteten, hingewiesen habe, so bleibt festzuhalten, daß Diffamierungen und Verleumdungen sicher zu momentanen Teilerfolgen führen, angesichts vieler schwerwiegenderer Probleme unseres Standes der viel beschworenen und notwendigen Solidarisierung nur schaden. Sie alle, die Sie in der Verantwortung für die deutsche Zahnärzteschaft stehen, sollten sich dafür einsetzen, daß die Kollegialität und der Respekt gegenüber dem Engagement eines jeden Kollegen, auch wenn dies ein junger Kollege mit einer eigenen Meinung ist, die Grundlage für unsere Arbeit für den Stand zu bleiben hat.

In diesem Sinne verbleibe ich mit kollegialen Grüßen
Ihr

Johann J. Imtraud

In der "Swiss Dent" (Nr. 9/1985) erhoben zwei Zürcher Zahnmedizinprofessoren (F. Lutz, H.R. Mühlemann) schwere Vorwürfe gegen die bei uns praktizierte Zahnmedizin. Einige wenige Auszüge: 1) ... eine rein defensive, ebenso phantasielose, auf Besitzstandswahrung ausgerichtete Berufspolitik. - 2) Das Hauptanliegen der Schweiz. Zahnärzte-Gesellschaft darf nicht die Standespolitik bleiben. - 3) Der Monopolstellung ... muß freiwillig als Gegengewicht ein hohes zahnärztliches Berufsethos gegenübergestellt werden ... - 4) Der Zahnarzt ist ein privilegierter Unternehmer. - 5) Die dem Volk unter die Nase geriebene soziale Ungleichheit, der gewerkschaftlich demonstrierte Wohlstand sind schwer verdaulich. - 6) Zu beanstanden ist die ungenügende Prüfung der Qualität. - 7) Der heutige Tarif fördert tendenziell einen Flickservice minderer Qualität; reparatives Pfuschen ist überbewertet ... - 8) (Man führt) ein sehr aufwendiges Verbandssekretariat mit teuersten Abwehrspezialisten wie Juristen, Info-Chefs und PR-Managern ... - 9) ... der Zahnarzt steht primär in der Schuld der Bevölkerung ... 10) Schulzahnpflege-Füllungen (sind) oft qualitativ ungenügend, kaum schadenge-recht, destruktiv und fast immer viel zu groß. - 11) Der Verdacht auf

"Overtreatment" (bei der Kieferorthopädie im Rahmen der Schulzahnpflege) besteht mit Recht ... 12) Als Informationsvermittler scheint der Schweizer Zahnarzt seinen Auftrag gegenüber dem Patienten nicht zu erfüllen; er dürfte auch als PR-Mann in eigener Sache ein Versager sein. - 13) Die Ablehnung der Prophylaxegehilfin ... ist absolut unannehmbar und möglicherweise ein verbandspolitischer Pyrrhussieg ... 14) An zahnärztlichen Instituten wird zur Hauptsache Therapie gelehrt, und dies ohne Rücksicht auf die zahnärztlichen Bedürfnisse der Bevölkerung. - 15) ... ein akademisches Weiterwursteln durch eine von den Universitäten geförderte Mittelmäßigkeit. - 16) (Der Zahnarzt) wird zudem durch die Dentalindustrie zum Teil desinformiert. - 17) Von 100 zu ersetzenden Füllungen werden 17 wegen Sekundärkaries und 83 wegen technischer Mängel herausgebohrt. - 18) Das Know-how-Gefälle regional und national ist zum Teil erschreckend. - 19) Die Verkoppelung der Lehrtöchter-Ausbildung mit der SSO-Mitgliedschaft ist ganz schlicht ein Monopolmißbrauch. Der Rundumschlag der beiden Zürcher Professoren führte im "Bulletin für Standesfragen" der SSO zu scharfen Erwiderungen.

"Gesundheitspolitische Informationen"
GPI 2/86, 3575

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

Kostendämpfung leicht gemacht

Wir zeigen Ihnen den Weg _____

Corona Dental

Zahntechnisches Labor

Corona-Dental-Handels GmbH

Berg-am-Laim-Straße 79a
8000 München 80

Telefon
(089) 4 31 30 08 / 09

**Ihr Ansprechpartner
für Dentitan
und Funkenerosion
Der Technik der Zukunft**

SAE

Arbeitsbericht zu Schadstoffen bei der Desinfektion

Nach § 9 der Unfallverhütungsvorschrift im Gesundheitsdienst ist der Unternehmer, also Zahnarzt verpflichtet, "Maßnahmen zur Desinfektion, Reinigung und Sterilisation sowie ... Entsorgung festzulegen und ... zu überwachen." In der Durchführungsanweisung heißt es weiterhin zu § 9:

"Geeignete Desinfektionsmittel und -verfahren sind z.B. diejenigen, die

1. in der Liste nach § 10c Bundesseuchengesetz,
2. in der Liste der Dt. Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie oder
3. in Listen ... des Veterinärwesens veröffentlicht sind."

Welche Qualifikationen haben nun diese Mittel erreicht, um in die Listen aufgenommen worden zu sein? Ein Blick in das Gesetz schafft Unklarheit:

§ 10c Bundesseuchengesetz:

"Bei behördlich angeordneten Entseuchungen und Entwesungen dürfen nur Mittel und Verfahren verwendet werden, die vom Bundesgesundheitsamt, bei behördlich angeordneten Entrattungen nur solche verwendet werden, die von der Biologischen Bundesanstalt für Land- und Forstwirtschaft auf Brauchbarkeit geprüft und in eine zu veröffentlichende Liste aufgenommen sind.

Da eine Entrattung bei uns im allgemeinen nicht notwendig ist, schauen wir also nach den Qualitätsmerkmalen der Liste des BGA (Bundesgesundheitsamt). Text:

"Nachstehend wird die Liste der vom BGA geprüften und anerkannten Mittel und Verfahren für Entseuchung gemäß § 10c Bundesseuchengesetz veröffentlicht. Die Liste gibt den derzeitigen Stand abschließend wieder ..."

Und damit hat sich der erste Kreis geschlossen, der eine Verweist auf den anderen und wir sind bezüglich Überprüfung kein Stück schlauer. Es folgen in den Vorbemerkungen der BGA-Liste Zuordnungen, für welche Wirkungsbereiche (Viren, Bakterien ...) welche Mittel "geeignet" sind, dann konkrete Vorschläge zur Sterilisation und einige Präparate zur Wäsche-, Scheuer- und Händedesinfektion mit Angaben zur Konzentration und Einwirkzeit. Diesen Präparaten werden grob Wirkstoffgruppen zugeteilt. Deklariert werden die Präparate nicht, unsere speziellen Belange werden nicht berücksichtigt. Zur Händedesinfektion kommt noch der hilfreiche Hinweis: "Bei starker (spürbarer) Kontamination ist die Desinfektion zweimal durchzuführen." Das thermische Desinfektionsverfahren ("Geschirr-

spülmaschine mit 85 °C für 15 Minuten) wird auch angeführt. Insgesamt ist die Liste nach dem BSeuchenG für uns wenig brauchbar.

Wenden wir uns also der "VI. Liste der nach den "Richtlinien für die Prüfung chemischer Desinfektionsmittel" geprüften und von der Dt. Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie als wirksam befundenen Desinfektionsmittel" zu. Steht im Vorwort: "... Die Aufnahme in die VI. Liste erfolgt auf Grund von zwei Fachgutachten, welche die Brauchbarkeit des Präparates für den jeweiligen Verwendungszweck und die desinfizierende Wirksamkeit der angegebenen Konzentration während der aufgeführten Einwirkungszeit belegen." Die Präparate selbst werden also von der Dt. Gesellschaft ... nicht geprüft, die Wirkstoffe nur soweit deklariert, wie es die Hersteller freiwillig mitteilen. Es bleibt bei sehr groben Angaben. So enthält z.B. nach der Liste BURATON^R 25: "Aldehyde und quarternäre Ammoniumverbindungen". Auf der Verpackung liest man dann, daß die Aldehyde auf 100g 15g Formaldehyd-Lösung (29-31%) sind - ca. 5% des Konzentrates.

Die VI. Liste gibt einen breiten Überblick mit Anwendungsrichtlinien für verschiedene Anwendungsbereiche. Angaben zur Schädlichkeit oder Entsorgung fehlen. Zwei für uns notwendige Anwendungsbereiche fehlen auch: Desinfektionsmittel für die Absauganlagen sowie für die rotierenden Instrumente (Bohrerbad). Diese

Mittel werden in der Regel auch am wenigsten deklariert.

Aber die auch sonst fast durchgehend mangelhafte Deklaration schafft Probleme. Bekannt sind die Wirkungen des Formaldehyd: (aus der Drucksache M646 unserer Berufsgenossenschaft):

"Je nach Konzentration der wäßrigen (Formalin-)Lösung kommt es zu Reiz- und Ätzwirkung auf Haut, Augen und Atemwege. Häufiger Hautkontakt kann zur Sensibilisierung und zu allergischen Reaktionen führen. Durch Inhalation sind Nieren-, Leber- und vor allem Lungenschäden möglich ... Nach dem gemeinsamen Bericht des Bundesgesundheitsamtes, der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und des Umweltbundesamtes konnte der Verdacht auf ein kanzerogenes Potential nicht ausgeräumt werden."

Deshalb ist auch die maximal erlaubte Arbeitsplatzkonzentration für Formaldehyd begrenzt auf (MAK-Wert:) 1 ml/cbm. Deshalb werden uns von der Industrie nun auch werbewirksam formaldehydfreie Präparate angeboten (die dennoch Formaldehyd in geringen Konzentrationen enthalten können).

Es hat sich herumgesprochen, daß neben den Mikroorganismen und der Praxisausrüstung auch die Makroorganismen, also die Patienten, das Praxisteam und durch die "Entsorgung" die Umwelt geschädigt werden können. Bezüglich der Händedesinfektion achtet die Berufsgenossenschaft noch ein bißchen

drauf: § 6.2 "... nur zulässig, wenn ... eine Schädigung der Hände verhindert ist."-Ansonsten findet dieses Problem in der Unfallverhütungsvorschrift keine Beachtung. Die Entsorgung wird neben der Worterwähnung in § 9 auch lieber wieder vergessen.

Professor Daschner (Uni Freiburg) hat sich in zahlreichen Beiträgen kritisch zur sinnlosen und übertriebenen Desinfektion ausgelassen. In "Der Freie Zahnarzt" 5.85 stellt er seine Vorstellungen zur Hygiene ausführlich dar und gibt mit seinem Hygieneplan Richtlinien, die brauchbarer sind als vieles andere. Dennoch ist Kritik nötig:

Einerseits betont Prof. Daschner, daß nur Mittel verwendet

werden sollen, die in der VI. Liste der Dt. Gesellschaft ... aufgeführt sind, denn "Billigprodukte oder nicht gelistete Präparate können erhebliche Wirkungslücken haben", andererseits schlägt er selbst derartiges vor: "Wer besonders sparsam ist, verwendet 70% Isopropylalkohol mit 25% Glycerin. Damit werden ... auch HBV-Viren abgetötet ... 450 ml PRIMASEPT kostet laut Herstellerangabe DM 21,--. 450 ml Isopropylalkohol kosten (in der Apotheke nur ca. DM 4,--."

So jedenfalls ist das letzte Beispiel seiner Tabelle nicht haltbar (zumal das Nordenta-Produkt laut Deklaration neben anderem 70% Isopropylalkohol enthält. 450 ml kosten ca. DM 5,--).

UNNÖTIGE DESINFIZIATIONSMITTEL/VERFAHREN (BEISPIELE)

Desinfektionsmittel/verfahren	Alternativen
Asphalin-Tabletten, Sterillösungen	Instrumente trocken, staubfrei aufbewahren
Primasept M	Seife und alkoholische Einreibepreparate
Sagrotan	Präparate mit Hepatitiswirksamkeit
Sagrotan Arztseife	Normale Flüssigseife
Quartamon, Zephirol	Aldehydische oder alkoholische Präparate
Sagrolan 60°	Haushaltswaschmittel
Sagroplus Forte	Normaler Haushaltsreiniger
Sagrodent	Odol o.ä.
Nordenta oder andere Hersteller	Geprüfte Produkte

An anderer Stelle schreibt Prof. Daschner, daß 2% Glutaraldehyd in 10 Minuten selbst eingetrocknete HBV-Viren desinfizieren können - also der ideale Ersatz für Formaldehyd? In unserer Korrespondenz nennt er auch ein Präparat mit diesem Wirkstoff: ALHYDEX^R von Johnson & Johnson. (Es enthält zwar nach Herstellerangabe Glutardialdehyd aber die VI. Liste ... ist gleicher Meinung wie Prof. Daschner: Glutaraldehyd. Was macht schon ein

"di"? - Erinnerung sei an unsere Diskussion bezüglich Ethylenglykol in Zahnpasta.)

Dennoch ist der Wirkstoff Glutaraldehyd interessant. Er ist in der MAK-Liste aufgenommen, er steht ähnlich wie Formaldehyd in Verdacht, krebserregend zu sein. Anders - und sehr viel ungünstiger ist sein MAK-Wert, also die maximal zugelassene Arbeitsplatzkonzentration. Deshalb zum Vergleich nun einige MAK-Werte:

MAXIMAL ZUGELASSENE ARBEITSPLATZKONZENTRATIONEN
(alle Angaben in ml/cbm)

Anmerkung 1 : begründeter Verdacht auf krebserregende Potenz
2 : in Überprüfung auf krebserregende Wirkung
kA: keine Angabe

Konzentration	Substanz	Anmerkung
5	Acetaldehyd	2
kA	Benzalchlorid (Chlortuolol)	1
kA	Benzylchlorid (Benzole)	1
0.5	Chlor	kA
1000	Ethanol	kA
1	Formaldehyd	1
0.2	Glutaraldehyd	2
400	iso-Propanol iso-Propylalkohol	kA
100	MMA (Methylmetacrylat)	2
5	Phenol	kA
0.01	Quecksilber	kA

Die Schädlichkeit für den Menschen scheint Prof. Daschner nicht direkt im Auge gehabt zu haben - sonst hätte er nicht das Formaldehyd-Präparat LYSE-TOL^R empfohlen (inzwischen soll es formaldehydfrei sein); fest im Blick hat er offenbar die Mikroorganismen. Wenn keine "sichtbare Kontamination" erfolgte, sind nach ihm routinemäßige Desinfektionsmaßnahmen unnötig. Auch schreibt er: "Es ist ... unnötig, sämtliche Instrumente nach Benutzung vor Reinigung zu desinfizieren, dies ist nur bei Instrumenten vorgeschrieben, bei deren Reinigung eine Verletzungsgefahr besteht." Übersieht er, daß auch mit absolut ungefährlichen Instrumenten (wie z.B. Anrührspatel) Verletzungen vorkommen, daß die Hände Verletzungen schon haben können und Handschuhe beschädigt werden können?

Trotz dieser Kritik, der Artikel von Prof. Daschner ist sehr brauchbar und anregend. Unser Bericht soll fortgesetzt werden mit praktischen Vorschlägen zur Desinfektion und Entsorgung sowie mit Rechenbeispielen zur möglichen Belastung. Am sinnvollsten scheint ein weitgehender Verzicht auf chemische Mittel durch Einsatz von mechanischen zu sein, also Thermodesinfektor und Autoklav, wie es u.a. auch von Ropers dargestellt wurde.

Literatur

- Bößmann/Heinenberg: Zahnärztliche Hygiene (Quintessenz-Verlag, 1985)
Bundesgesundheitsblatt, Liste nach § 10c BSeuchG, 1983
Daschner: Sinnvolle Hygienemaßnahmen in der zahnärztlichen Praxis als Infektionsprophylaxe (Der freie Zahnarzt, 5/85)
5. Entwurf der Allg. Einleitungsbedingungen für das Einleiten von Abwasser in öffentliche Abwasseranlagen (Amtsdrucks. 1984)
Informationen über zahnärztliche Arzneimittel (BDZ-KZBV 1984)
Merkblatt M 646 - Sicher Arbeiten (Berufsgenossenschaft für Gesundheit ... 2/85)
Max. Arbeitsplatzkonzentrationen und biol. Arbeitstoftoleranzwerte (DFG, 1985)
Ropers: Hygiene in der Zahnarztpraxis (DAZ-FORUM 12/86)
VI. Liste der nach den "Richtlinien für die Prüfung chemischer Desinfektionsmittel" geprüften und von der Dt. Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie als wirksam befundenen Desinfektionsverfahren (mhp, 1981)
Unfallverhütungsvorschrift (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst ... 1982)
Diverse Herstellerangaben
Bürgerliches Gesetzbuch
Bundesseuchengesetz (Verfassungs- und Verwaltungsgesetze, 1985)

Dr. Ulrich Happ

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum



bisico

BISICO - regidur

Spezialmaterial
zur Herstellung von
Bißregistralen

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.

Vertrieb: Rudolf Hegen
Hallerstr. 49
7090 Ellwangen

Umweltgifte in der Praxis

— Röntgenentwickler und -fixierer

Durch das Waldsterben aufmerksam geworden, durch chemische Katastrophen wie in Seveso oder Bhopal aufgeschreckt und durch Arsen, Blei, Cadmium und Dioxin in Hamburger Luft, Wasser und Boden selbst getroffen, müssen wir deutlich erkennen, daß die Grenzen der Belastungsfähigkeit der Umwelt vielerorts erreicht oder überschritten sind und alles getan werden muß, Schadstoffe zu vermeiden bzw. zurückzuhalten.

Beteiligt an der Umweltbelastung sind wir mit unseren zahnärztlichen Praxen in be-

sonderem Maße mit drei Schadstoffgruppen:

1. Reinigungs- und Desinfektionsmittel
2. Amalgam
3. Röntgenentwickler und -fixierer

Von den Bundes- und Landesämtern für Umweltfragen werden MAK-Werte (maximale Arbeitsplatzkonzentration) und Abwasser-Belastungswerte erarbeitet (Beispiele in Tab. 1). Neue Vorschriften werden auf die Praxen zukommen. Wir sollten schon vorher handeln.

MAXIMALE ARBEITSPLATZKONZENTRATION (MAK)

Arsen	0.2 mg/cbm
Dichlorfluormethan	10.0 ml/cbm
Formaldehyd	1.0 ml/cbm
Glutaraldehyd	0.2 ml/cbm
Hydrochinon	2.0 mg/cbm
Nickel	0.5 mg/cbm
Quecksilber	0.1 mg/cbm bzw. 0.01 ml/cbm

MAXIMALE ABWASSERBELASTUNG

Quecksilber	0.05 g/cbm
Silber	0.5 g/cbm

Tabelle 1

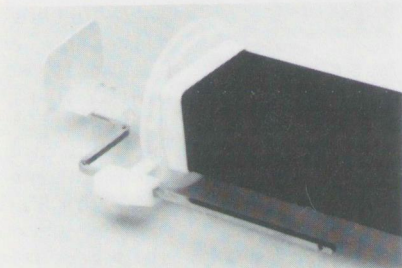
KKD

Röntgen-
System
Rechtwinkel
Technik

**Damit Sie
den Zahn
immer richtig
im Visier haben**

RWT

KKD Langtuben + **KKD** Filmhalter
ermöglichen Röntgenaufnahmen
mit höchstem Informationsgehalt.



neu: **RWT steri**

sterilisierbares Filmhalterinstrumentarium im praktischen Set. Jetzt können Sie absolut sicher sein.

KD 58

speziell für die RWT-Technik konzipierter Röntgen-Rapidfilm.

Beachten Sie unser umfangreiches Gesamtangebot: KKD microfin Instrumentarium, KKD Kondisil – kondensationsvernetztes Silikonabformmaterial und zahlreiche Spezialkunststoffe. Unser Fachberater erteilt Ihnen gerne Auskunft.

KENTZLER-KASCHNER DENTAL GMBH

D-7090 Ellwangen/Jagst

Mühlgraben 36, 36a

Postfach 1255, Telefon 07961/3028, Telex 74542 epk d

Im folgenden soll eine Entsorgungsmöglichkeit für die Entwickler und Fixierer vorgestellt werden.

Eine Vielzahl von Substanzen werden benötigt, um auf dem mit Silberbromid beschichteten Röntgenfilm nach der Belichtung ein sichtbares Bild herzustellen. Es sind im alkalischen Entwickler im wesentlichen Hydrochinon, Natriumsulfit, Natriumcarbonat und Kaliumbromid. Im sauren Fixierer ist z.B. Natriumthiosulfat, Natriumsulfit, Essigsäure und Kalialaun zu finden. In der Regel werden diese zum Teil sehr schädlichen Substanzen nach dem Verbrauch in den Abfluß gegossen.

Aus dem Fixierer können wir in der Praxis elektrolytisch das gelöste Silber zurückgewinnen. Die eingesetzten Elektroden sind kostspielig und der Ertrag ist gering. Die Schadstoffe bleiben erhalten und "verschwinden" in der Kanalisation. Deshalb ist dieses Verfahren nicht zu empfehlen.

Vorgeschrieben ist eine fachgerechte Entsorgung durch be-

rechtigte Firmen, die uns dafür einen Entsorgungsnachweis übergeben.

Diese Entsorgung braucht für uns kein Kostenfaktor zu werden. Vielmehr ist sogar mit einem geringen Ertrag zu rechnen, da unsere Fixierbäder sehr silberhaltig sind. Voraussetzung ist, daß das Entwickler- und Fixierbad getrennt aus dem Gerät abgeleitet und gesammelt werden kann. Bei manchen Geräten ist es schon bauseits vorgesehen (z.B. Clarimat super), andere lassen sich nachträglich umbauen. Immer werden sich die Lösungen durch eine Plastikpumpe (für ca. DM 5,- beim Auto-Zubehörhandel erhältlich) getrennt entnehmen lassen. Gesammelt werden diese Lösungen in 30-Liter-Kanistern, die in regelmäßigen Abständen oder nach Vereinbarung vom Entsorgungsunternehmen abgeholt werden. Vom Fixierbad werden zwei Proben genommen. Eine bleibt in der Praxis, die andere wird analysiert und danach wird die Vergütung errechnet, die quartalsweise abgerechnet wird (Tab. 2).

DEGUSSA-Ankaufspreis pro kg Silber

Gramm Silber pro Liter Fixierbad	bis DM 1.000,00 vergüten wir	ab DM 1.001,00 vergüten wir
2,0 - 2,9	30 %	30 %
3,0 - 3,9	35 %	40 %
4,0 - 4,9	45 %	50 %
5,0 - 5,9	55 %	60 %
6,0 - 8,0	60 %	65 %
über 8,0	65 %	70 %

Tablelle 2

Abgezogen werden von der Vergütung die Kosten für die Entsorgung der Entwicklerlösung, die z.Zt. DM -,47 pro Liter beträgt. Kostenfrei hingegen ist der Transport und die Überlassung der Sammelbehälter sowie eventuell notwendigen Leitungen.

Interessant auch der Hinweis, daß Röntgenfilme (alte Filme, Fehltaufnahmen) zurückgenommen werden, um das Silber zurückzugewinnen. Sie werden z.Zt. mit DM 6,- pro Kilo vergütet. So belastet ein wertvoller Rohstoff nicht die Mülldeponien.

Dieses Angebot wurde vom Fachbetrieb Dr. R. Mycinski Nachf. in 5207 Gummersbach, Am alten Bahnhof 12 erstellt. In Hamburg wird ein Sammlager unterhalten.

Von verschiedenen Dental-Depots wurde angeboten, die Entsorgung kostenlos durchzuführen.

Unser Arbeitskreis, der sich monatlich trifft, wird sich verstärkt auch der anderen Schadstoffe annehmen und hofft, entsprechend praktikable Lösungen finden zu können.

Dr. Ulrich Happ
Dr. Jürgen Thieme

KRANKHEITSBILD

Klinischer AIDS-Verdacht ist gegeben bei folgenden Erscheinungen, insbesondere dann, wenn der Patient einer der genannten Risikogruppen angehört:

Mehr als zwei Monate andauernde Lymphknotenschwellung unklarer Ursache an zwei oder mehr unterschiedlichen Körperstellen; nicht erklärbare, länger anhaltende allgemeine Krankheitszeichen wie Leistungsabfall, Fieber, Gewichtsverlust, Durchfall ohne Erregernachweis.

Beim AIDS-Krankheitsbild können sich Symptome bzw. Funktionsstörungen an inneren Organen, Nervensystem und Haut finden, und zwar u.a.:

- Pneumonie durch *Pneumocystis carinii* (Anfangssymptome: trockener Husten, feinblasige Rasselgeräusche, Belastungsdyspnoe);
- schwere Infektionen mit opportuni-

stischen Erregern wie *Aspergillus*, *Candida*, *Cryptococcus*, *Toxoplasma gondii*, atypische Mykobakterien;

- langdauernde und teils schwer verlaufende Infektionen mit Viren der Herpes-Gruppe (*Herpes-simplex-Virus/HSV*, *Cytomegalie-Virus/CMV*, *Varizelle-Zoster-Virus/VZV*), die sich klinisch im Bereich der Haut oder als Pneumonie, Meningitis bzw. Enzephalitis manifestieren;
- Virus-Akanthome, seborrhoische Dermatitis, Kaposi-Sarkom.

Eine AIDS-Erkrankung muß angenommen werden, wenn mehrere der beschriebenen Symptome über einen längeren Zeitraum bestehen, HTLV-III-Antikörper eindeutig nachgewiesen werden und ein Defekt der zellulären Immunfunktion mit einem T4/T8-(T-Helfer/T-Suppressor-)Lymphozyten-Verhältnis deutlich unter 1,0 vorliegt.

FORUM des Praktischen und Allgemein-Arztes, 24/85, S. 294

BETRIFFT: ZAHNHALSDEFEKT

Auf welche Weise nicht-bakteriell bedingte Defekte, vor allem an Zahnhäl- sen, entstehen, darüber gibt es zahl- reiche Theorien und Mutmaßungen.

Die folgenden Stichpunkte hat sich ein FORUM-Leser bei einer Vorlesung von Prof. Dr. Hotz (Präventiv- und Kinderzahnmedizin) in Bern/Schweiz gemacht.

Wir glauben, daß diese Informationen trotz ihres Telegramm-Charakters in- teressant und hilfreich sind, um die Diagnose und Therapie von Zahnhalsde- fekten zu erleichtern.

EROSIONEN (Zahndefekt, nicht-bakte- riell bedingt)

1. Aetiologie:

- Ernährung:

* Säurezufuhr durch Fruchtsäfte, Früchtekonsum, Citrusfrüchte, Yoghurt

* Früchte sind heute während des ganzen Jahres erhältlich

* spezielle Eßgewohnheiten

* Anorexia nervosa

- Beruf:

* Apotheker, Laboranten (Abpipet- tieren von Säuren)

- Erbrechen:

* chron. Erbrechen (Anorexia nervo- sa)

- Medikamente:

* Beruhigungsmittel, Psychopharmaka beeinträchtigen die Speichel- sekretion

* Xerostomie

- idiopathische:

* Ursache unbekannt!

2. Häufigkeit:

Sicher > 10 %

3. Lokalisation:

- Saure Nahrung verursacht buccale Erosionen

- Erbrechen verursacht Erosionen Front OK und Seitenzahnbereich palatal, UK - occlusal
- Phänomen der intakten cervicalen Schmelzleiste

4. Hygiene:

- Unter Plaque entstehen keine Ero- sionen. Erosionen sind initial nicht durch falsche Putztechnik, harte Zahnbürsten oder abrasive Pas- ten bedingt.

5. Prophylaxe:

- Aufschreiben lassen, was der Pa- tient ißt (genaue Ernährungsanam- nese)
- Speichelflußrate und Speichelpuf- ferrate bestimmen (Dento-buff)
- Reduktion der Säureexposition, Ver- kürzung Einwirkungszeit, Einschrän- kung saurer Zwischenmahlzeiten
- Spülungen: Wasser, Wasser mit Bi- carbonat, Wasserstrahlgeräte, nied- rig konzentrierte Fluorlösung (ACT)
- Mundhygiene: Zahnbürste mittel - weich. Nach saurer Ernährung nicht sofort Zähne putzen, sondern erst spülen (puffern).
- Zahnpaste fluorhaltig, schwach ab- rasiv.

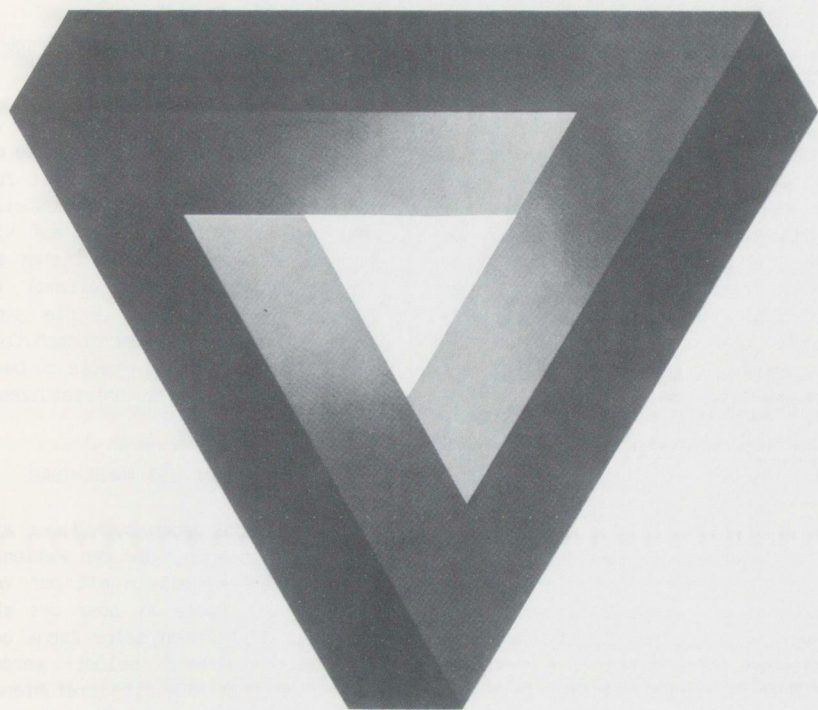
6. Beispiele für saure Nahrungsmi- tel:

- Traube, Spinat, Orange, Mohrrübe, Apfel, Rhabarber, Zitrone
- Cola, Bier, Rivella, Wein, Pepita, Most

7. Therapie:

- Eventuell genügt Prophylaxe allein
- Komposit/SAT
- Glasionomer für Dentin (Dentinhaf- tung, Seitenzahngebiet, fluoridhal- tig)
- Amalgam im Seitenzahngebiet
- Onlays
- Kronen

h.h.



böger

Z A H N T E C H N I K

Böger Zahntechnik
Waterloohain 6/8, 2000 Hamburg 50, Telefon (040) 43 11 41-44

"KEINE CHANCEN GEGEN DIE ZUCKER-LOBBY" (SSO)

Quelle: Schweiz. Zahnärztesgesellschaft, in: "SSO-Bulletin für Standesfragen", Februar 1986

Millionen von Franken hat die SSO im Laufe der letzten Jahre und Jahrzehnte aufgewendet, um die Bevölkerung vor der Schädlichkeit eines unvernünftigen Zuckerkonsums zu warnen und gleichzeitig eine korrekte Mundhygiene mit zweckmäßigen Hilfsmitteln zu empfehlen. Diesen "Prophylaxe-Millionen" stehen Beträge wohl in Milliardenhöhe gegenüber, die für die Zuckerwerbung sowie für die Propagierung von Mundhygiene-Hilfsmitteln recht zweifelhaften Nutzens eingesetzt werden.

KEINE CHANCEN GEGEN ZUCKER-LOBBY

Versuche auf eidgenössischer Ebene, Zucker wegen seiner Schädlichkeit zu besteuern, sind bisher immer fehlgeschlagen - zu groß ist hier insbesondere die Bedeutung, die der Zuckerrübenanbau in der schweizerischen Landwirtschaft hat. Auch ein Kampf gegen die entsprechende Werbung erscheint völlig illusorisch, solange in unserem Lande im Zeichen der Handels- und Gewerbefreiheit sogar für extrem gesundheitsschädliche Produkte wie Raucherwaren oder Alkoholika geworben werden darf.

Sogar der Kampf der SSO gegen die vor allem in Warenhäusern verbreitete Unsitte, bei den Kassen Körbe mit zuckerhaltigen Süßigkeiten aufzustellen und damit recht eigentlich auf Kinderfang auszugehen, blieb bisher erfolglos. Umsatz kommt allemal vor Ethik, und nicht einmal die sonst doch so aktiven Konsumentenschutzorganisationen waren bis heute zu bewegen, unser Anliegen zu unterstützen.

UNLAUTERE WERBUNG IST ANFECHTBAR

Zu Ärger Anlaß geben auch immer wieder Werbeaussagen, die den Patienten glauben machen, allein mit der Verwendung der Paste XY oder des Wäserchens YZ könnten seine Zahn- oder Zahnfleischprobleme gelöst werden. Gegen Werbung, die mit irreführenden Aussagen ficht, sind wir aber nicht machtlos! Derartiger Mißbrauch kann von jedem Interessierten angezeigt werden bei der Schweizerischen Kommission zur Überwachung der Lauterkeit in der Werbung (Postfach 486, Kappelergasse 14, 8022 Zürich). Deren Entscheide werden möglicher Sanktionen wegen sehr gut beachtet.

"Gesundheitspolitische Informationen"
GPI 1/86, 3477

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

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

DAZ Grundsätze u. Empfehlungen 1983

Der medizinische Doppelschutz gegen Parodontose und Karies



**morgens
aronal**

**abends
elmex**

Spezialisten bieten wirksamen Schutz.

elmex Forschung · Wybert GmbH. 7850 Lörrach

In der Zeit von 1974 bis 1976 wurde im Kanton Glarus Kochsalz mit einem Fluorgehalt von 250 mg F/kg eingeführt. Dieses Salz wird vor allem in Haushalten und Bäckereien verwendet. Die Auswirkungen auf den Kariesbefall von Schulkindern aus 14 Gemeinden im südlichen Teil des Kantons Glarus wurden durch Erhebungen in den Jahren 1974, 1979 und 1983 erfaßt.

Der Kariesbefall ging in der Zeit von 1974 bis 1983 stetig zurück; dies sowohl in Gemeinden, in denen bis 1974 Fluortabletten abgegeben worden waren wie auch in Gemeinden ohne organisierte Vorbeugung bis 1974. Die Kariesprävalenz ging in den Gemeinden des Kantons Glarus wesentlich rascher zurück als in den seit 1963 periodisch untersuchten Gemeinden des Kantons Zürich. Der rasche Kariesrückgang deutet auf die karieshemmende Wirkung des fluoridierten Salzes hin. Der mittlere Fluoridgehalt im Urin betrug 0,74 ppm F und war somit gegenüber 1979 unverändert.

Es ist zu vermuten, daß eine Zunahme des Gebrauches von Fluorzahnpasten am Kariesrückgang mitbeteiligt ist. Einen entsprechenden Hinweis lieferte die Umfrage bei Eltern und Schülern. Hingegen können die erst seit 1982 erfolgten Zahnbürstübungen mit Fluorpräparaten in den Schulen nur unwesentlich beteiligt sein. Wie eine frühere Analyse aus dem Kanton Zürich zeigt (Marthaler, 1983), sind nebst der gesicherten Wirkung der Fluoride in beschränktem Ausmaß bessere Ernährung und Mundhygiene als Gründe für den Kariesrückgang in Betracht zu ziehen.

Der Kariesrückgang bei 8- und 10jährigen betraf fast nur die ersten Molaren. Der auffallend starke Kariesrückgang an den ersten Molaren der 8jährigen nach 1979 läßt sich am besten durch die präeruptive Fluoridierung mittels des Fluorsalzes erklären.

SSO 96, 5/86, S. 688

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

PROF. NAUJOKS: BIOVERFÜGBARKEIT VON FLUORIDEN UNGEKLÄRT

Bei der Arbeitsgemeinschaft Kinderzahnheilkunde der DGZMK am 08.11.1985 in Bonn erklärte Prof. Naujoks im Rahmen der Diskussion, daß man nicht wisse, welche Mengen an Fluoriden aus natürlichen fluoridhaltigen Nahrungsmitteln wie Tee, Getreidekörnern oder Seefisch der Körper überhaupt aufnehmen könne.

Die sogenannte Bioverfügbarkeit der Fluoride sei aber seiner Meinung nach

"bisher überschätzt worden".

Auf die Zusatzfrage, wie man denn bei derartigen Unsicherheiten über die bereits gegebene Grundzufuhr von Fluoriden und angesichts ihrer geringen therapeutischen Breite überhaupt sicherstellen könne, daß der Patient die sogenannte "optimale Dosierung" von 1 mg/d nicht überschreitet, wußte er keine Auskunft zu geben.

Der Artikulator, Nr. 15/86, S. 5

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

scheidet die physikalische und die von individuellen Parametern abhängige biologische Halbwertszeit) definiert den Zeitraum, innerhalb dessen die Radioaktivität um die Hälfte abgenommen hat. Ist die Halbwertszeit eines Radionuklids z.B. 10 Jahre, so besteht nach 10 Jahren noch die halbe Radioaktivität, nach weiteren 10 Jahren $1/4$, nach 30 Jahren $1/8$ usw.

Die Maßeinheit für die Radioaktivität von Materie war früher ein Curie (Ci): Damit wurde die Menge eines radioaktiven Stoffes bezeichnet, in dem pro Sekunde 37 Milliarden Atomkerne zerfallen. Das ist der Fall in 1 g Radium. Heute bezeichnet ein Becquerel die Radioaktivität, die vorliegt, wenn in einer Materie pro Sekunde ein Atomkern zerfällt. Ein Becquerel ist also der 37-milliardste Teil eines Curie. Bezeichnet Becquerel die Strahlungsintensität, so gibt man die von einem Körper aufgenommene Strahlendosis mit Rad oder Gray an, wobei 1 Gray (Gy) gleich 100 Rad ist. Daneben gibt es die sog. Äquivalentdosis, die ein Maß für die Schädlichkeit einer Strahlung beim Menschen ist. Als Einheit der Äquivalentdosis gilt ein Sievert (Sv) oder ein Rem (roentgen equivalent man), wobei ein Sievert gleich 100 rem ist. Am häufigsten kommen hierbei die Bezeichnungen Millirem (= $1/1000$ Rem) und Microrem (= $1/1000000$ Rem) vor.

Zur Frage der schädlichen Wirkung radioaktiver Strahlung auf den menschlichen Organis-

mus muß grundsätzlich festgestellt werden: Es gibt in der Literatur keinen Dosiswert, der als absolut unschädlich und harmlos gilt! Als international standardisierter Grenzwert für den Menschen gilt aber eine radioaktive Belastung von 5 Rem innerhalb von 30 Jahren. Da die natürliche Radioaktivität (bestehend aus kosmischer Strahlung, der Strahlung aus dem Erdboden und der Inkorporation natürlich vorkommender Radionuklide über Atemluft, Nahrung und Trinkwasser) pro Jahr 110 Millirem beträgt, blieben also jährlich noch etwa 55 Millirem "Spielraum". Dieser Spielraum wird jedoch praktisch ausgefüllt mit der durchschnittlichen jährlichen Strahlenbelastung der Bevölkerung durch röntgendiagnostische Maßnahmen, die bei 50 Millirem liegt. Allerdings hat hieran die zahnärztliche Röntgendiagnostik den geringsten Anteil. Die Strahlendosis, der ein Patient bei einer zahnärztlichen Röntgenaufnahme ausgesetzt ist, läßt sich nicht exakt bestimmen: Neben Belichtungszeit, Blende, Stromstärke und -spannung der Röntgenröhre und Hautabstand hat auch die Stärke der verschiedenen vom Röntgenstrahl durchdrungenen Gewebsschichten Einfluß auf die Menge der aufgenommenen Strahlenenergie; sogar die Durchblutung des Gewebes spielt eine Rolle. In manchen Betriebsanleitungen von Röntengeräten und Lehrbüchern wird die Strahlendosis auf der Haut (Hautdosis) angegeben. Sie ist noch am ehesten zu errechnen, hat andererseits aber die geringste Aussagefä-

higkeit. Wichtiger für den Patienten ist die Ganzkörperdosis bzw. die vom Knochenmark und von den Gonaden aufgenommene Dosis. Da die individuellen Unterschiede bei jeweils gleicher Aufnahmetechnik äußerst gering sind, kann man sagen: Bei einer Einzelaufnahme (Zahnfilm) erhält der Patient eine Ganzkörperdosis von 0,3 Millirem, eine Knochenmarkdosis von 0,4 Millirem und eine Keimdrüsendosis von weniger als 0,01 Millirem. Dies setzt jedoch voraus, daß das Röntgengerät fehlerfrei arbeitet (im Zweifelsfall vom TÜV überprüfen lassen!), die Abschirmung am Tubus richtig eingestellt und der Körper des Patienten mit einem vorschriftsmäßigen Bleischutz abgedeckt ist. Die früher höhere Strahlendosis bei zahnärztlichen Röntgenbildern konnte während der letzten Jahrzehnte vor allem auch durch die Verbesserung des Filmmaterials und die Verwendung von Verstärkungsfolien gesenkt werden. Letzteres gilt besonders für die Panoramatechnik. Moderne OPG-Geräte belasten den Patienten bei einer Übersichtsaufnahme mit einer Strahlendosis, die, je nach Fabrikat, kaum höher liegt als die bei einem Einzel-Zahnfilm.

In der allgemeinmedizinischen Röntgendiagnostik liegen die Dosiswerte meist wesentlich höher. Eine Thorax-Aufnahme setzt den Patienten einer Strahlenexposition aus, die etwa 10mal höher liegt als diejenige bei einem Einzelzahnbild. Noch höhere Strahlendosen (vor allem Ganzkörper-

dosis und Gonadendosis) fallen natürlich dann an, wenn die Lendenwirbelsäule oder der Beckenraum untersucht werden, wenn eine Kontrastmitteldarstellung des Darms vorgenommen wird oder eine Computertomographie (8-12 Schichtaufnahmen) durchgeführt wird.

Führt man sich vor Augen, daß Patienten im Verlauf einer Tumorthherapie mit bis zu 8000 Rem bestrahlt werden (selbstverständlich nicht als Ganzkörperdosis (als Ganzkörperdosis ist bereits eine Strahlenbelastung von 1000 Rem tödlich), sondern exakt auf den Tumorbereich fokussiert und begrenzt), so ist die Belastung bei einer zahnärztlichen Röntgenaufnahme in der Tat vergleichsweise minimal.

Was nun die aktuelle Situation betrifft, so gehen die Schätzungen, wie stark uns die Tschernobyl-Strahlung belasten wird, entsprechend des regional unterschiedlichen Fall-out auseinander (Süd/Nord-Gefälle).

Während Ende Mai in der Tagespresse von einer Gesamtmehrbelastung von 1 Rem die Rede war (dies wäre 1/5 der 30-Jahresdosis!), errechnete das Bundesforschungsministerium Anfang Juni eine Mehrbelastung von 200 Millirem innerhalb von 50 Jahren. Das bedeutet natürlich nicht, daß die jährliche Strahlenmehrbelastung lediglich 4 Millirem ausmacht, sondern (wegen des Charakters der Abnahme der Radioaktivität in Halbwertszeiträumen) eine wesentlich höhere Belastung in den ersten Jahren und eine geringere in den späteren.

Natürliche Radioaktivität, medizinische Strahlenbelastung und der Fall-out von Tschernobyl

— Versuch einer Bilanz

Die Reaktorkatastrophe in der Ukraine hat nicht nur gezeigt, wie unfähig und hilflos Behörden - in der Sowjetunion wie bei uns - den Problemen eines radioaktiven Fall-out gegenüberstehen. Sie hat auch offenbart, wie niedrig der Kenntnisstand über Radioaktivität im allgemeinen und über die Strahlenbelastung des menschlichen Organismus im besonderen ist. Am verwirrendsten war wohl die Erfahrung, wie unterschiedlich Fachleute die Risiken radioaktiver Kontamination beurteilen. Die Einschätzungen reichten - und reichen noch immer - von "völlig harmlos" über "nicht einschätzbar" bis "katastrophal". Diese uneinheitliche wissenschaftliche Beurteilung und die widersprüchlichen Informationen und Ratschläge der Behörden haben die Bevölkerung nachhaltig verunsichert. Es ist deshalb verständlich, daß jetzt vermehrt Patienten auch nach der Strahlendosis zahnärztlicher Röntgenaufnahmen fragen, vor allem natürlich nach den damit möglicherweise verbundenen Gesundheitsrisiken.

Nachfolgend wird deshalb - ohne Anspruch auf Vollständigkeit - versucht, die für den Zahnarzt wichtigsten Fakten und Informationen zusammenzufassen.

Als Quellenmaterial dienten dazu u.a. der Bericht Nr. 43 des Instituts für Energie- und Umweltforschung Heidelberg "Die Folgen von Tschernobyl", die Veröffentlichung "Tschernobyl - eine Einschätzung der gesundheitlichen Schäden" der Fraktion Gesundheit in der Ärztekammer Berlin, weiterhin Informationen der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung München sowie diverse Beiträge in Fachzeitschriften und in der Tagespresse.

Um die wichtigste Erfahrung aus dem Geschehen in Tschernobyl vorwegzunehmen: Die meisten Fachleute haben nicht nur die Intensität eines radioaktiven Fall-out 2000 km vom Explosionsort unterschätzt; auch bezüglich der Wirkungsweise verschiedener Radionuklide im menschlichen und tierischen Organismus müssen, so ein Insider, "zum Teil erhebliche Korrekturen vorgenommen und neue Meßplatten eingeschlagen werden".

Doch nun zum Grundsätzlichen:

Radioaktivität ist eine Eigenschaft nicht stabiler Atome, sich von selbst, also ohne jede äußere Einwirkung, umzuwandeln und dabei eine charakteristische Strahlung auszusenden.

Die Halbwertszeit (man unter-

Liebe Eltern...

- Putzen -

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

- Bürste -

drangungstrieb bedingt, wird Ihr Kind mit 2 Jahren von sich aus eine Zahnbürste benutzen. Ihre eigenen Kinderzahnbürste sollten Sie Ihr Kind benutzen lassen. Bürsten Sie aber immer mit Wasser nach. Es schadet nicht, wenn Sie erst nach dem 3. Lebensjahr an-

- Fluoride -

gebissweises erfordert neben einer gründlichen Zahnpflege die „Härtung“ der Zähne durch Fluoride, welche in der richtigen Dosierung in der Bundesrepublik sind. Diese Fluoride gehören zu den natürlichen Mineralstoffen - in der Bundesrepublik sind sie in der Nahrung (z.B. in Milch, Wasser) konzentriert vorhanden. Diese Konzentration beginnt nach der Geburt zu sinken, da die im Kiefer wachsenden Milchzähne durch den Karieserregenden Keim *S. mutans* im Mundraum vermehrt werden. Ihr Kind mit Fluoridtabletten zu versorgen ist die tägliche Zufuhr sehr wichtiger als die tägliche Zahnpflege.



Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde
Studiengruppe München

- Flasche -

wichtigen Wachstumsreiz. Die Flaschennahrung, keinesfalls zu trinken. Ihr Kind sollte sich während der Stillzeit an die Brustnahrung anpassen müssen. Halten Sie das Kind am Arm, denn bei flacher Rückenlage kann es Schluckakt angewöhnen, den es nicht kann.

- Schnuller -

keine allgemeinverbindlichen Regeln. Das Saugbedürfnis der Kinder ist ein entwicklungspsychologisches Bedürfnis, das von der psychischen Konstitution, der Erziehung durch die Mutter abhängt. Die Kuscheltiere - zum Einschlafen - sind zahnärztlicherseits keine Problemstoffe. Vermeiden Sie Schnuller, die zu verletzlichen (Daumen, Schnuller) sind.

Wenn ein Kind nicht natürlich eingewöhnt wird, dann geben Sie ihm einen 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.

Selbst dann, wenn man von der höchst zweifelhaften Voraussetzung ausgeht, daß der Reaktorkatastrophe von Tschernobyl in den nächsten 50 Jahren keine weiteren ähnlichen Unfälle folgen, ist völlig ungewiß, was die bereits vorhandene Mehrbelastung für gesundheitliche Folgen haben wird. Es dürfte im Einzelfall sicherlich schwierig sein, eine radioaktive Schädigung als alleinige Ursache für das Auftreten z.B. einer Leukose festzustellen; doch hat eine aktuelle Studie in Schottland gezeigt, daß die Leukose-Rate in der Umgebung von Kernkraftwerken bei 25jährigen um den Faktor 10 erhöht ist.

Fazit: Obgleich die Strahlenbelastung eines Patienten durch zahnärztliche Röntgen-

diagnostik im Vergleich zu den anderen Strahlenquellen kaum ins Gewicht fällt, sollten wir zur Vermeidung von Kumulationen auch in unseren Praxen die Indikation zu Röntgenuntersuchungen auf das wirklich Notwendige beschränken. Die Kontrolle der röntgentechnischen Einrichtungen auf Funktionsfähigkeit und Sicherheit gegen Streustrahlung muß ebenso selbstverständlich gewährleistet sein wie die maximal mögliche Abdeckung des Patienten mit Bleischürze o.ä.

Schließlich: Auch die Fragen des Patienten nach der bei Röntgenuntersuchungen anfallenden Strahlendosis sollten vom Zahnarzt zu beantworten sein. Dieser Bericht soll dazu beitragen, diesem Anspruch gerecht zu werden.

Dr. Hanns-W. Hey

ERNÄHRUNGSBEDINGTE KRANKHEITEN VERURSACHEN 1/4 DER KOSTEN (BRD)
(Quelle: "Ärzte-Zeitung", 17. April 1986)

... Ernährungsbedingte Krankheiten verursachen mehr als ein Viertel der gesamten Krankheitskosten, rund 42 Milliarden DM jährlich.

Dieses Ergebnis einer an den Universitäten Heidelberg und Hannover verfaßten Studie stellte jetzt Bundesgesundheitsministerin Rita Süßmuth in Bonn vor. Ihr Ministerium hatte die

Studie in Auftrag gegeben.

An der Spitze der ernährungsbedingten Krankheiten steht die Karies, für deren Behandlung jährlich 16 Milliarden DM aufgewandt werden müssen. Danach folgen die Herzkrankheiten mit etwa 10,6 Milliarden DM.

"Gesundheitspolitische Informationen"
GPI 2/86, 3534

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

BRD: GEMEINSCHAFTSPRAXEN WACHSEN ÜBERPROPORTIONAL

Die Zahl der Gemeinschaftspraxen nahm von 1982 auf 1984 um 24,5% zu. Zum Vergleich: Die Zahl der Kassen- und Vertragsärzte betrug 1982 58'522 und 1984 62'271, eine Steigerung von 6,4%. Das Bild des Kassenarztes als des typischen "Einzelkämpfers" wandelt sich ... Der Anteil der in Gemeinschaftspraxen tätigen Kassenärzte hat in der Vergangenheit sogar ohne sonderliche Förderung von offiziellen Stellen zugenommen. Hier freilich hat

seit einiger Zeit ein Auffassungswandel eingesetzt. Die gemeinschaftliche Praxisausübung genießt allerhöchstes Wohlwollen, wie sich soeben wieder im Zusammenhang mit der geplanten RVO-Änderung in Sachen Bedarfsplanung zeigt: Von einer allfälligen Sperrung einzelner Gebiete sollen Gemeinschaftspraxen ausgenommen werden. ("Der gesundheitspolitische Brief", Januar 1986)

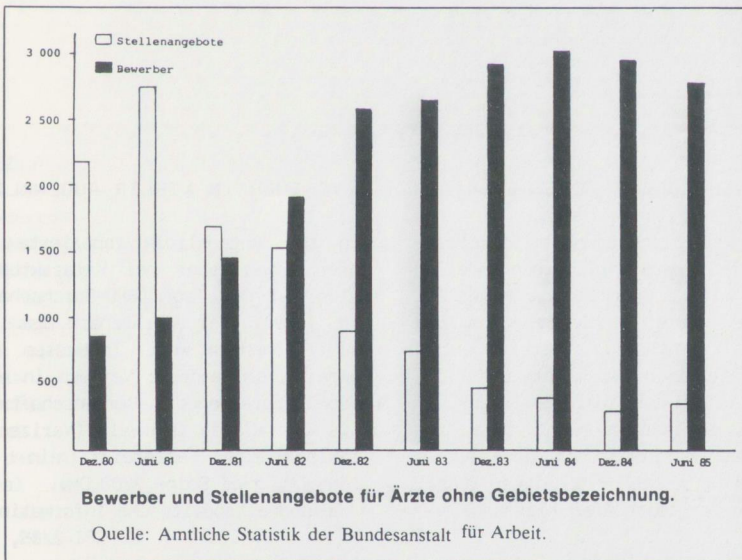
"Gesundheitspolitische Informationen"
GPI 1/86, 3449

ARBEITSVERMITTLUNG: PROBLEME VOR ALLEM MIT JUNGÄRZTEN

2,4% aller Ärzte sind derzeit bei der Bundesanstalt für Arbeit als arbeitslos gemeldet. Das zunehmende Mißverhältnis zwischen der Anzahl stellensuchender Ärzte und den der Zentralstelle für Arbeitsvermittlung gemeldeten offenen Stellen betrifft vor allem Ärzte zu Beginn der Weiterbildung. 1982 unterschritt die Zahl offener Stellen erstmals die der Bewerber, um sich von da an kontinuierlich

zu Lasten der Bewerber zu verschlechtern. "Besonders schwierig ist die Arbeitsvermittlung für die ganz jungen Ärzte", sagte uns H. Jasser von der Zentralstelle für Arbeitsvermittlung der Bundesanstalt für Arbeit. "Nicht selten werden allerdings Zeiten der Arbeitslosigkeit bewußt in Kauf genommen, nur um z.B. am Ort der Wahl bleiben zu können."

MMW 6/86, S. 15



Fertiggestellt, aber vorerst noch unter Verschuß gehalten, wird ein vom BMA im Herbst 1985 im Rahmen der ressortbezogenen krankenhauspolitischen Forschungsprojekte in Auftrag gegebenes Gutachten "Vorstudie zu diagnoseabhängigen Fallpauschalen". Gemeinsame Gutachter sind das gemeinnützige Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, die Abteilung Wirtschaftswissenschaften der Freien Universität Witten/Herdecke (Krankenhausverwaltungsdirektor: P. Meister) in Zusammenarbeit mit der Frankfurter Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Ernst und Whinney GmbH (Geschäftsführer: Dr. Kracht). Das Gutachten hat in erster Linie ausländische Erfahrungen (USA) ausgewertet und deren Übertragbarkeit auf das Krankenhausfinanzierungssystem in der Bundesrepublik geprüft. Insbeson-

dere sollten die seit 1983 in den USA gemachten Erfahrungen mit dem System der "Diagnosis Related Groups" (DRG) kritisch "unter die Lupe genommen werden". Nach Insider-Informationen hat das Gutachten katastrophale Ergebnisse zutage gefördert: So sollen nach den Modellversuchen von New Jersey die besonders hochdotierten, gewinnträchtigen Diagnosegruppen besonders häufig abgerechnet und sogar computerunterstützt ausgewählt worden sein, so daß trotz reduzierter Krankenhausverweildauer der Kostenaufwand für die Kostenträger im stationären Sektor nicht vermindert werden konnte (so Aussagen des Frankfurter Ordinarus für medizinische Informatik, Prof. Dr. med. Giere, und von Prof. Dr. Dr. Hermann Hoffmann, Präsident des Chefarztverbandes, Dortmund).

A + S aktuell 11/86, S. 20

DIAGNOSEBEZOGENE FESTPREISE (DRG) - VERSUCH IN KIELER AUGENKLINIK

Gabriele Prahll schildert in "Selecta" (Nr. 17/1986) ausführlich den Modellversuch mit diagnosebezogenen Fallpauschalen in einer Kieler Augenklinik (Detlef Uthoff). "Bereits nach vier Monaten Laufzeit konnte die Klinik von sich aus eine Preissenkung von 5,7% anbieten, obwohl schon zu Beginn des Modellversuchs die Fallkosten weit unter dem Preisniveau (mehr als 50%) vergleichbarer Kliniken lagen."

In der Augenklinik reduzierte sich die Verweildauer bei Kataraktoperation auf 3,4 Tage (BRD-Durchschnitt: 14 Tage). Der Gerätepark ist rund 4 Millionen DM wert. In Hessen läuft bereits ein anderer Versuch in einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis der Klinik Oberwald (Varizenoperation zum Festpreis: ein Bein 1600 DM, zwei Beine 2200 DM).

"Gesundheitspolitische Informationen"

GPI 2/86, 3583

Bißflügelröntgenaufnahmen sind für Versiegelung und erweiterte Fissurenversiegelung obligatorisch, um eine Approximalkaries-Läsion auszuschließen.

KONTRAINDIKATION

Kariesanfälliges Gebiß mit ausgedehnten Ein- oder Mehrflächenläsionen im Fissuren-System und Approximalbereich, schlechte Mundhygiene, flaches Höckerrelief.

Retentionsraten: (zit. n. Lutz, Curilović, Ben-Zur, SchweizMschrZahmed 95, 700, 1985)

"Ohne Reapplikation, entgegen den empfohlenen Richtlinien (Durchschnitt):

Nach 1 Jahr ≥ 85 % völlig intakte
Nach 5 Jahren ≥ 59 % Versiegelung

Positive Einzelresultate:

Nach 3 Jahren = 94 % völlig intakte
Nach 7 Jahren = 66 % Versiegelung."

Die Reapplikation im Recall-System (6-Monate-Recall = 2mal jährlich zum Zahnarzt) erhöht die Retentionsrate, stoppt die Entwicklung okklusaler Karies oder verzögert deren Initiation.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

- Exakte Versiegelung führt zu einem speichel- und bakteriendichten Verschluss des Fissurensystems. Dies gilt auch für die erweiterte Fissurenversiegelung.
- Die individuelle Versiegelung ergänzt die Bemühungen um die Maßnahmen der Fluoridanwendung; sie ersetzt sie nicht.
- Die frühere Stellungnahme der Jahre 1979/80 "Fissure sealing? - Forget about" ist durch zahlreiche klinische Prüfungen widerlegt worden.

P. Riethe, Tübingen
aus: DGZMK Mitteilungen 2/86, S. 9

WURZELFÜLLUNG GUTTAPERCHA

Guttapercha ist auch heute noch ein anerkanntes gewebefreundliches Wurzelfüllmaterial. Die Stopftechnik dagegen ist weltweit fast ausschließlich Sache des Spezialisten geworden. Heute bietet sich eine Injektionstechnik an, die - gute mechanische Aufbereitung des Wurzelkanals vorausgesetzt - leichter auszuführen ist als das Stopfen, und sie wird im Journal of Endodontics (10: 563, 1984) als sehr brauchbar beschrieben. Zwei Firmen bieten sich an: Das

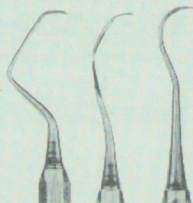
Ultrafil-System von Hygenic und das Obtura-System von Unitek. Beide verwenden stark erhitztes Guttapercha, das mittels einer Spritze mit Kanüle injiziert wird, die einen dünnen Faden flüssiges Guttapercha abgibt. Das Ultrafil-System verwendet niedrigere Temperatur (70 °C) als das Obtura-System, welches mit sehr hoher Vorwärmtemperatur (etwa 200 °C) arbeitet. Beide Systeme sollen auch bei uns von maßgebender Stelle geprüft werden.

SSO, S. 449, Nr. 2/86

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

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

**DENT-O-CARE Instrumente für die
Parodontologie**



außerdem liefern wir
sämtliche Prophylaxe-Artikel
und Praxisbedarf.

Fordern Sie unseren Katalog an.



B. Kane, Dent-o-care, Postfach, 8011 Brunthal, Telefon 081 02/41 12

Bezugshinweis für das Forum:

Abo-Preis beträgt entgegen anderslautenden

Veröffentlichungen 30,— DM pro Jahr

Unbestritten ist heute, daß geistig-seelische Einflüsse an der Entstehung von Funktionsstörungen im Kausystem einen maßgeblichen Anteil haben. Nach bisherigen Erkenntnissen sind die psychognathen Funktionsstörungen auf das Zusammenwirken von psychischer Disposition und Streß zurückzuführen, wobei der Begriff "Streß" allerdings extensiv ausgelegt werden muß.

Fragebogenstudien und klinisch-empirische Untersuchungen haben gezeigt, daß bei Patienten mit psychognathen Funktionsstörungen folgende psychische Dispositionen vorliegen:

- Retentive Charakterneurose
- Endogene Depression
- Angstneurose
- Konversionsneurose

Diese psychischen Dispositionen entstehen durch Erziehung und Erfahrung. Dabei handelt es sich gewöhnlich um eine gestörte Erlebnisverarbeitung, die zu fehlgeleiteten Lösungen von kleinen und großen Lebenskonflikten führt.

Die retentive Charakterneurose ist eine auf gehemmter Aggressivität beruhende tief in der Persönlichkeit verwurzelte Neurose mit retentiver Verhaltensweise, die gekennzeichnet ist durch äußere Gehemmtheit bei gleichzeitig erhöhter innerer Anspannung (8, 17).

Die endogene Depression ist eine durch Niedergeschlagenheit und Vitalitätsverlust gekennzeichnete Gemütsverstimmung, die von exzessiver Müdigkeit begleitet ist und zu verringerter Leistungsfähigkeit führt (1, 10, 16, 23).

Die Angstneurose ist durch ein fehlendes Geborgenheitsgefühl bei

gleichzeitiger Selbstunsicherheit geprägt und äußert sich als Ängstlichkeit, Ruhelosigkeit und Angespanntheit. Einige Autoren konnten bei Funktionsstörungen eine Angstneurose feststellen (28, 30, 33), andere dagegen nicht (16, 23). Von einigen Autoren wird spekuliert, daß eine Angstneurose nur im Zusammenhang mit schmerzhaften Funktionsstörungen im Kausystem auftritt (16, 19).

Eine Konversionsneurose liegt vor, wenn geistig-seelisch nicht bewältigte Lebenskonflikte verdrängt werden und an bestimmten Organen zu körperlichen Erscheinungen führen (30, 35).

Allen vier im Zusammenhang mit Funktionsstörungen im Kausystem genannten psychischen Dispositionen ist gemeinsam, daß eine übersteigerte Anspruchshaltung an die Umwelt oder die eigene Person besteht, und zwar im Sinne einer Zuneigung oder Respektierung. Die betroffenen Personen nehmen die Welt nicht so, wie sie ist. Sie haben eine bestimmte Vorstellung von der Welt (Weltanschauung), und erwarten, daß die Welt so sein müßte wie die eigene Weltanschauung es vorgibt (15, 28, 31).

Es muß betont werden, daß die genannten psychischen Dispositionen in der psychologischen Nomenklatur zu den abnormen psychischen Entwicklungen zählen ... Es handelt sich um Persönlichkeiten, die ein von der "Norm" abweichendes psychisches und soziales Verhalten zeigen. Nur selten liegen abnorme Persönlichkeitsentwicklungen (Psychopathien) oder Psychosen vor. Echte Geisteskrankheiten findet man bei Funktionsstörungen im Kausystem nur selten.

Die Grenze zwischen psychonormaler und psychoabnormaler Disposition ist

fließend. Jeder normale Mensch ist einmal zurückhaltend, aggressiv oder depressiv. Hier kommt es auf die In-

tensität und die Dauer dieser Gemütszustände an.

G.K.H. Fallschüssel
DZZ 41, 271-275 (1986)

MATERIALPROBLEME FÜR PARAPULPÄRE VERANKERUNGSELEMENTE?

Nur wenige Produkte der untersuchten Parapulpärschrauben verfügen über ein regelmäßiges und unverletztes Gewinde, das im eigentlichen Sinne als selbstschneidend bezeichnet werden darf. Bei diesen feinen Dimensionen von 0,6 - 0,8 mm Gewindedurchmesser ist eine separate Gewindebohrung im Dentin mit speziellen Gewindeschneidern nicht möglich, so daß der Gewindequalität für die Retentionskraft der Schraube im Dentin besondere Bedeutung zukommt.

Mit Ausnahme der vergoldeten TMS-Schraube von Whaledent sind alle Cr/Ni-Stähle von nicht besonderer Qualität in bezug auf die Gefügestruktur und die Zahl der Fremdkörpereinschlüsse. Daß Cr/Ni-Stähle solcher Art in simulierten Mundverhältnissen, aber auch am Patienten selbst zu Spaltkorrosionen führen können, ist bekannt. Die angeblich zur Korrosionsverhinderung aufgebraachte Goldschicht, besonders wenn sie so mangelhaft angebracht ist wie bei der Forestadentschraube, bewirkt das Gegenteil. Sie führt zu einer verstärkten Spaltkorrosion, indem mehrere, nicht innig miteinander verbundene Metallschichten (Gold/Ni/Cr-Ni-Stahl) verschiedene unterschiedlich belüftete Spalträume ausbilden.

Erwartungsgemäß verfügen nur die Schrauben aus Reintitan oder Titanverbindungen über die nötige Korrosionsresistenz. Titanverbindungen wie Ti/Al/V oder Ti/Al/Fe weisen zudem die besseren Härte- und Festigkeitswerte auf als Reintitan, was bei der Feinheit solcher Parapulpärschraubchen wiederum sehr vorteilhaft ist. Leider ist es bis anhin noch keinem Hersteller gelungen, kostengünstig Parapulpärschrauben aus einer korrosionsresistenten Co/Cr-Legierung mit sauberem, selbstschneidendem Gewinde herauszubringen. Gute Co/Cr-Legierungen wären nicht nur im Korrosionsverhalten dem Reintitan ebenbürtig, sondern auch den Ti-Verbindungen in bezug auf die Festigkeitswerte weit überlegen.

Es ist zu hoffen, daß die Zahnärzte zum Wohle ihrer Patienten der Materialfrage künftig mehr Beachtung schenken und auf die Anwendung der in der Anschaffung etwas günstigeren Cr/Ni-Schrauben zugunsten von Schrauben aus Titan und Titanlegierungen verzichten. Von den Fabrikanten dieser Titanschraubchen ist aber zu fordern, daß sie der Bearbeitungsqualität der Schrauben und ihrer Gewinde noch mehr Beachtung schenken.

SSO, S. 403, Nr. 2/86

Leben unter atomarer Bedrohung — unser unabänderliches Schicksal?

BOBACHTUNGEN UND GEDANKEN BEIM 6. WELTKONGRESS DER INTERNATIONALEN ÄRZTEVEREINIGUNG ZUR VERHÜTUNG EINES ATOMKRIEGS (IPPNW) IN KÖLN VOM 29.5.-1.6.1986

Prof. Sidel aus New York hat auf dem Rednerpult ein Metro- nom aufgestellt, das mit seinem penetranten Ticken den Wahnwitz sinnfällig macht: Jede Sekunde stirbt in der Welt ein Kind an Hunger oder vermeidbarer Krankheit, ebenfalls in einer einzigen Sekunde werden weltweit DM 50.000,-- für Waffen- und Rüstungsmaterial aufgewendet. Mit den Rüstungsausgaben eines einzigen Tages könnte man nicht nur alle Kinder der Welt vor dem Hungertod bewahren, sondern ihnen auch alle Schutzimpfungen, Vorsorgemaßnahmen und eine Grundschulausbildung zuteil werden lassen. Wer noch immer glaubt, "die da oben" haben schon alles im Griff und bisher hat das "Gleichgewicht der Kräfte" doch den Frieden ganz gut gesichert, der sollte sich vor Augen halten, welche Fakten das Wettrüsten während der letzten Jahrzehnte - von der Öffentlichkeit nahezu unbemerkt - inzwischen geschaffen hat: Weltweit gibt es heute mehr als 60.000 Atomsprengsätze mit einer unvorstellbaren Sprengkraft: sie entspricht 4.000 kg normalem Sprengstoff (Dynamit, TNT) pro Kopf der Weltbevölkerung!

Wozu braucht die Sowjetunion und wozu brauchen die USA jeweils mehr als 20.000 Atomsprengköpfe, jeder mit der mehrfachen Sprengkraft der Hiroshima-Bombe, wenn bereits ein Bruchteil davon ausreicht, nicht nur den potentiellen Gegner zu vernichten, sondern auch die gesamte Erde unwohnbar zu machen? Vor allem: der versehentliche Einsatz von Atomraketen - durch technische Panne, Computerfehler etc. - kann nicht nur nicht ausgeschlossen werden, sondern wird angesichts ihrer ständig wachsenden Zahl immer wahrscheinlicher. Dazu kommt die Gefahr terroristischer Erpressung mit gestohlenen Atomsprengsätzen.

Fazit: die Risiken sind nicht mehr kalkulierbar - spätestens seit Tschernobyl sollte das jedem klar sein; obwohl die hierdurch aufgetretene radioaktive Verseuchung vergleichsweise lächerlich war.

Darf man, kann man - als Mensch, als Christ und als Arzt - tatenlos zusehen, wie sich Ost und West unter gegenseitiger Schuldzuweisung fast zwangsläufig in einen Atomkrieg hineinrücken und dabei

den größten Teil der verfügbaren Energieressourcen und Bodenschätze verwirtschaften?

Zahlen, Daten und Fakten, die während des Kölner Kongresses zu erfahren waren, sind erdrückend. Der Berg an Waffen und Zerstörungspotential erscheint bereits jetzt unüberwindlich - und er wächst jeden Tag weiter. So verständlich Depression und Resignation angesichts dieser schier aussichtslosen Problematik erscheinen - der Versuch, einen Umdenkungsprozeß bei den politischen Entscheidungsgremien und in der Bevölkerung herbeizuführen, muß gemacht werden! Es gilt, die Sprachlosigkeit zwischen Ost und West zu überwinden, Verständnis anstelle von Konfrontation aufzubauen und alternative Verteidigungsstrategien zu erarbeiten. Der erste Schritt mag der schwierigste sein - selbst der Kölner Kongreß mit seinen vielfältigen Begegnungsmöglichkeiten zwischen Ost und West machte da keine Ausnahme. Wie schwer erscheint Verständigung und Verständnis, wenn die Delegierten der UdSSR und der DDR sogar eine Schweigeminute für Tschernobyl als Provokation und Beleidigung empfinden? Doch gerade diese für uns so schwer verständliche Reaktion machte deutlich, wie wichtig das Gespräch, der Aufbau gegenseitigen Vertrauens, für die Erhaltung des Friedens ist. Die IPPNW bietet hierfür konkrete Möglichkeiten für jeden Kollegen. Hier ist ein Berufsverband, in dem sich Ärzte endlich einmal auf ihren urenigsten Auftrag besinnen: Leiden zu verhindern und Leben zu erhalten. Obwohl weltweit

110

inzwischen 150.000 Ärzte Mitglieder dieser Organisation sind, gehören ihr in der Bundesrepublik noch nicht einmal 3% der Kollegenschaft an. Für uns gilt es also zuallererst, mehr Kollegen dazu zu bewegen, Mitglied der IPPNW zu werden, aktiv oder passiv. Der Bevölkerung (und den Landesorganisationen!) muß klargemacht werden, daß der angeblich lokal begrenzbare atomar getragene Konflikt weder begrenzt ist noch in seinen Folgen in irgendeiner Weise beherrscht oder repariert werden kann. Wer glauben machen will, man könne mit Zivilschutzmaßnahmen oder katastrophenmedizinischen Übungen der Bevölkerung das Überleben in einem Atomkrieg sichern, macht sich mitschuldig der geistigen und medizinischen Vorbereitung eines atomaren Konflikts. Dies ist die einfache und gleichzeitig zwingende Botschaft der IPPNW. Auf die Dauer wird sich kein Arzt aus dieser Problematik heraushalten können. "Soll die Medizin ihre große Aufgabe wirklich erfüllen, so muß sie in das große politische und soziale Leben eingreifen. Sie muß die Hemmnisse angehen, welche der normalen Erfüllung der Lebensvorgänge im Wege stehen und ihre Beseitigung bewirken." Diese Forderung von Virchow ist heute so aktuell wie vor 130 Jahren.

Je mehr es gelingt, die wirklichen Konsequenzen eines Atomkriegs zu verdeutlichen, um so größer wird die Chance sein, daß in Ost und West über alternative Strategien nachgedacht wird und daß durch Gespräch und Verständigung der Friede erhalten werden kann.

Dr. Hanns-W. Hey

Informationsmaterial über die Internationalen Ärzte
für die Verhütung eines Atomkrieges bei:

IPPNW-Geschäftsstelle
Bahnhofstr. 24, 6501 Heidesheim

=====

STATISTIK ÜBER ERFOLG UND KOSTEN DER ENDODONTISCHEN BEHANDLUNG
IN U.S.A.

Ausführliche Studien über mehrere Jahre hinweg zeigten bei Behandlungen Erfolgsquoten von 80 bis 94%. Die Frühstudie von Strindberg, die im allgemeinen durch spätere Studien bestätigt wurde, zeigte, daß die höchste Erfolgsquote erreicht wird, wenn der Verschluß innerhalb des Wurzelkanals knapp 1 mm vor dem Apex beendet wird.

In den Vereinigten Staaten von Amerika wurden 1979 17.390.000 endodontische Behandlungen auf dem privaten Sektor durchgeführt. Bei einer Fehlschlagquote von 10% und einer durchschnittlichen Behandlungsgebühr belaufen sich die Kosten für endodontische Mißerfolge für die Nation auf 1/2 Mrd. Dollar pro Jahr und sie steigen seit 1979 auch noch weiter an. Deshalb sind alle Faktoren, die zu einem Mißerfolg führen, sehr wichtig.

Diese Faktoren sind: Zustand der Pul-

pa wegen Pulpenreaktionen nichtiatrogenen Ursprungs; Karies, parafunktioneller Abrieb, Parodontalerkrankungen, Trauma und Neoplasmen.

Oder auch Faktoren mit iatrogenem Ursprung, wie Kavitäten- und Kronenpräparation, Füllungswerkstoffe, direkte Überkappung oder Teilentfernung der Pulpa. Zusätzlich zu den Behandlungsschwierigkeiten, die sich durch enge und stark gebogene Kanäle ergeben, bringen die oben genannten Faktoren Kanalwände hervor, die noch schwieriger aufzubereiten sind. Wenn es nicht sauber und vollständig entfernt wird, trägt loses Pulpengewebe, gleichgültig woher es auch stammt, dazu bei, die Zahl der Mißerfolge zu erhöhen.

Aus:

Langeland, K., Liao, K., Pascon, E.:
Work-saving devices in endodontics:
Effecy of sonic and ultrasonic techniques. Journal of Endo., Vol. 11,
499, 1985

Buchbesprechung:

Krista Federspiel, Zahn um Zahn
Kiepenheuer & Witsch, Köln 1986
241 Seiten, DM 18,80, ISBN 3 462 01743 8

Nach dem überwältigenden Erfolg der "Bitteren Pillen" hat Kiepenheuer & Witsch nun den nächsten Bestseller ins Visier genommen: Mit "Zahn um Zahn" soll "der Leser Gelegenheit erhalten, sich mit seiner Krankheit gründlich auseinanderzusetzen, alle Therapiemöglichkeiten kennenzulernen, seine Lebensweise zu überprüfen - möglicherweise zu ändern - und dem behandelnden Arzt als informierter Gesprächspartner gegenüberzutreten."

Dies ist ein hoher Anspruch! Um es vorweg zu sagen - gemessen an der weitgehenden Ahnungslosigkeit unserer Patienten in zahnmedizinischen Dingen wird dieses an sich notwendige Buch diesem Anspruch nicht ausreichend gerecht. Die bisherigen Versuche, Laien zahnmedizinische Tatbestände zu vermitteln, waren arg betulich und in einer Weise verfaßt, daß nur wenige Lust haben konnten, sich bis zum Ende durchzuackern. Da geht's bei der Journalistin Krista Federspiel schon lockerer zu. Unter fachlicher Beratung der Kollegen von der "Vereinigung Demokratische Zahnmedizin", hat sie rund 250 Seiten klaren und recht gründlich wirkenden Text vorgelegt, den sich wohl so mancher Zahnarztpatient mit in den Sommerurlaub nehmen wird.

Eben weil mit großem Publikumsinteresse zu rechnen ist, wird auch ein wohlwollender zahnärztlicher Rezensent des-

halb nach Haaren in der Suppe suchen müssen, und so sollen sie hier auf den Tellerrand sortiert werden:

Die Informationen über Pharmaka und Materialien, die vom Zahnarzt verwendet werden, sind nach demselben Muster angelegt, wie bei den "Bitteren Pillen". Was dort zweckmäßig war, wirkt hier zu detailliert und ermüdend. So sind zum Beispiel unter dem Titel "Mittel zur Blutstillung am Zahnfleischsaum" (Gingivarextraktion vor der Abdrucknahme - d. Verf.) 14 Präparate angeführt. Als zweckmäßig gelten dabei nur jene Präparate, die Aluminiumsalze enthalten. Adrenalinhaltige Baumwollfäden sind "nur zweckmäßig zum Abschwellen von Zahnfleischrand und Tasche", was immer der Unterschied sein mag. Hier wird ein System um seiner selbst willen zu Tode geritten! Bei den Therapeutika und Prophylaktika in der Parodontologie sind Salbeitee und H_2O_2 die

erklärten Favoriten, wobei die Autorin zugesteht, daß die Wirkung des Salbei zwar auch nicht erwiesen sei, er aber jedenfalls nicht schade. Chlorhexidin und Hexetidin werden in einen Topf geworfen. Aminfluoride gelten in der Kariesprophylaxe als Desinfektionsmittel, deren Einsatz als "wenig zweckmäßig" abgetan wird. Zahnpasten, die die Adsorption von Mineralien an die Schmelzoberfläche erschweren sollen (Theramed) werden verdächtig, mit dem Zahnstein den Schmelz aufzulösen. Die mittlerweile im Doppelblindversuch nachgewiesene Wirkung von Kaliumnitrat als Mittel gegen überempfindliche Zahnhälse wird bestritten. Fluoridzusätze in Zahnpasten wirken nur solange, wie sie direkten Kontakt zum Schmelz haben etc. - Hier sind Gründlichkeit und Sachverstand ein Opfer des Bedürfnisses geworden, möglichst schnell den nächsten Bestseller zu vermarkten. "Zahn um Zahn" schwimmt dabei auf der Öko-Welle, wobei die Marketing-Strategen des Verlages sicher ein großes Wort mitgeredet haben dürften. Verhängnisvoll wird sich dieses Konzept auf die Akzeptanz der Fluoride bei den Lesern auswirken. Im Kapitel über Fluoride steht ganz richtig, daß Karies keine Fluoridmangelkrankheit ist. (Stand es so nicht auch in den "Grundsätzen" des DAZ zu lesen?) An anderer Stelle werden Zahlen über den Zuckerkonsum bei uns genannt und berechnete Attacken gegen die Zuckerindustrie geritten. Ob damit und mit den Ratschlägen zur richtigen Ernährung der

Kariesbefall zurückgehen wird? Die üblichen pauschalen Verdächtigungen der Fluoride fehlen ebensowenig, wie die erneute "Aufdeckung" des weltweiten Komplotts von Zahnärzten und Industrie, die gemeinsam an der Vermarktung von Fluor interessiert sind. Konsequenterweise gibt es auch ein Kapitel über die Selbstuntersuchung der Mundhöhle, für diejenigen, die trotz der probaten Prophylaxeratschläge fürchten müssen, daß ihre Zähne erkrankt sein könnten. Ich könnte mir Woody Allen als Demonstrator dieser Gebrauchsanweisung vorstellen, wie er - ausgerüstet mit zwei Spiegeln und einer Taschensonde (ja, ja!) - schon mal einen PA-Status anfängt oder mit der Sonde nach überstehenden Kronen- und Füllungsrandern fahndet.

War der Befund positiv, geht's zum Zahnarzt. "Zahn um Zahn" muß man dabei haben, damit man sich rechtzeitig erkundigen kann, ob z.B. die richtige Spritze gegeben wird (56 Präparate wurden bewertet), die richtigen Mittel zur Reinigung und Desinfektion des Wurzelkanals (27 Kandidaten) verwendet werden, oder zweckmäßige Materialien zur Blutstillung nach dem Ziehen des Zahnes (8) Einsatz finden. Im Ernst - diese Auflistung halte ich für unsinnig. Sinnvoll wäre es gewesen, wenn man sich auf Grundsätzliches über Wirkung, Nebenwirkung und Gefahren gewisser Materialien beschränkt, und auf tabellarische Vergleiche im Stile von Testzeitschriften verzichtet hätte.

Bei der Beschreibung der ein-

zelnen Behandlungsschritte ist dies - wohl wegen des fachlichen Übergewichtes der beratenden Zahnärzte - viel besser gelungen! Hier bekommt der Leser einen guten Überblick über das, was er im einzelnen zu erwarten hat, wie Zahnärztin und Zahnarzt vorgehen sollten. Die "Prozeßqualität" zahnärztlichen Handelns wird hier anschaulich und kritisch dargestellt. Sicherlich stößt man auch hier auf fachliche Einäugigkeit und Lässigkeit, aber dies ist korrigierbar und in weiteren Ausgaben zu verbessern. An einer Stelle wird z.B. den Lesern geraten, Präxen zu meiden, wo bei der geplanten Parodontalbehandlung "Zahnfleisch weggeschnitten wird". Gemeint ist die Gingivektomie. Daß aber auch bei (m.E. durchaus sinnvollen) bestimmten Lappenoperationen das Messer in Aktion tritt, wird nicht erwähnt und kann zu völlig unnötigen Mißverständnissen führen.

Damit sind wir beim Hauptproblem des Buches: Den Patientinnen und Patienten, die im Dilemma zwischen blindem Ver-

trauen auf Können und Verantwortungsbewußtsein ihrer Zahnärzte und globalem Mißtrauen gegen die Zahnärzteschaft schwanken, wird Mißtrauen suggeriert. Das mag, angesichts der fehlenden Bereitschaft der Zahnärzteschaft zu qualitätssichernden Maßnahmen, gute Gründe haben. Hilfe wäre ein solches Buch aber nur dann, wenn es die Patienten vor allem in jenen Fragen sattelfest machen würde, die für sie von Bedeutung sind, um sie wirklich mündige Partner im Bemühen um bessere Zahngesundheit werden zu lassen. Dazu aber müßte der Schwerpunkt des Buches woanders liegen - ich kann mir nicht vorstellen, daß "Zahn um Zahn" dazu hilft, Patient und Zahnarzt zur vertrauensvollen Zusammenarbeit zu motivieren. Ich warte auf die Patienten, die mit Kugelschreiber und Checkliste ausgestattet in meine Medikamentenschublade spähen und die Behandlungsschritte abhaken. Sicher war ein Buch dieser Thematik fällig und notwendig - "Zahn um Zahn" ist, bei gutem Ansatz wohl doch ins Auge gegangen!

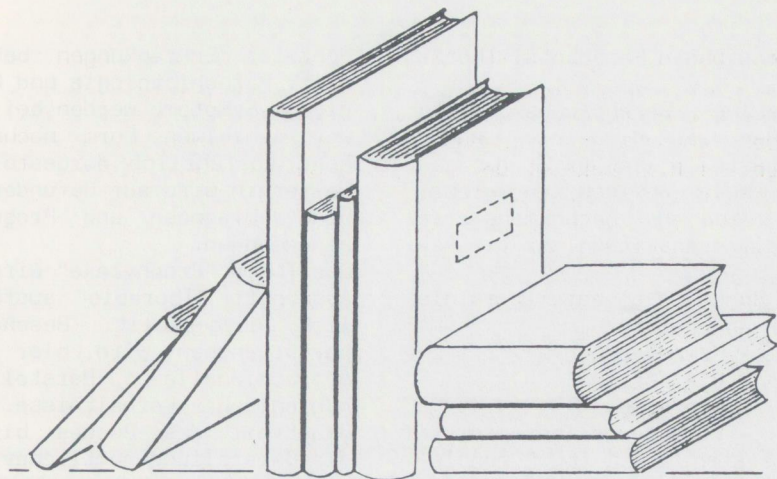
Dr. Kai Müller

Rateitschak, K.H. und E.M., Wolf, H.F., Parodontologie
Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1984
321 Seiten, DM 370,--, ISBN 3-13-655601-1

Parodontologie ist das Thema des ersten Bandes der von K.H. Rateitschak herausgegebenen Reihe "Farbatlanten der Zahnmedizin".

Es handelt sich hierbei nicht

um ein Lehrbuch im üblichen Sinne, sondern aufgrund der didaktisch geschickten Anordnung von Text, Fotos und schematischen Abbildungen um detaillierte Anleitungen zur sy-



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

stematischen Parodontal-Therapie.

Einzelne Behandlungsschritte werden als Bild-Text-Einheit dargestellt und somit vor allem auch optisch vorgelebt. Sie sind als nachahmenswerte Handlungsanleitung zu verstehen.

Das Buch ist eingeteilt in die vier Abschnitte

- Grundlagen
- Diagnostik
- Therapie
- Ergänzende Therapie

Im ersten Abschnitt "Grundlagen" wird auf Strukturbiologie, Ätiologie und Pathogenese, Epidemiologie sowie die verschiedenen Indizes eingegangen. Klinische Fotos, REM-Aufnahmen sowie zahlreiche Schemata und Zeichnungen zeigen gerade in diesem Abschnitt, wie anschaulich sich theoretische Grundlagen darstellen lassen.

Im Kapitel "Diagnostik" werden die verschiedenen Formen paro-

dontaler Erkrankungen behandelt. Pathohistologie und klinische Symptome werden bei jeder einzelnen Form nochmals sehr ausführlich dargestellt. Weiterhin wird auf Befunderhebung, Diagnose und Prognose eingegangen.

Das Thema "Prophylaxe" wird im Abschnitt "Therapie" ausführlich dargestellt. Besonders hervorgehoben wird hier die professionelle Herstellung hygienischer Verhältnisse. Den Hauptteil des Buches bilden die Darstellung sämtlicher Behandlungstechniken sowie Kombinationstechniken.

Im letzten Kapitel "Ergänzende Therapie" wird auf parodontal relevante Fragestellungen aus den Fachgebieten Funktionstherapie, Kieferorthopädie und Prothetik eingegangen.

Zusammenfassend läßt sich dieser übersichtlich gestaltete, umfassende und überzeugende Band nur voll und ganz weiterempfehlen.

Dr. Claudia Wohlgemuth

RECHNUNGSSTELLUNGSPROBLEME

... Inwieweit auftragsgemäß erbrachte zahntechnische Leistungen einschließlich der ausgegrenzten Leistungen in einer Rechnung erfaßt werden und letztere durch ein Abzugsverfahren in Ansatz gebracht werden können, bedarf laut KZBV weiterer Verhandlungen mit den Spitzenverbänden der Kassen. Diesen wiederum stände es nicht zu, Absprachen über zahnärztliche Vergütungen mit den Zahntechnikern zu treffen. Auch wehrt sich die KZBV gegen die Darstellung des VDZI, wonach die gewerblichen Labors keine getrennten Rechnungen für Vertrags- und weitergehende Leistungen ausstellen dürften. Ein solches Verbot bestehe nicht, vielmehr könne der Zahnarzt bei Auftragserteilung festlegen, daß er zwei Rechnungen wünscht. Wenn der Zahntechniker dies akzeptiere, werde die Absprache zum Vertragsinhalt, der den Zahntechniker entsprechend verpflichte.

A + S aktuell 11/86, S. 10

DELTA-HEPATITIS: EIN NEUES PROBLEM FÜR DEN ZAHNARZT

Die Virushepatitis ist ein Prototyp einer Erkrankung, die spezielle Vorichtsmaßnahmen erfordert. Deshalb ist jede neue Form mit größter Aufmerksamkeit zu beobachten. Nach der Entdeckung des "Australien-Antigens" 1965 konnte man erstmalig Hepatitis B von anderen Virus-Hepatitis-Unterscheiden. Später wurde Non-A-Non-B-Hepatitis als eigene Form entdeckt, und nun wird seit 1977 der Delta-Hepatitis nachgegangen.

Bei dem Hepatitis-Delta-Virus ist das Hüllprotein wie bei Hepatitis B aufgebaut und enthält auch Hepatitis-B-Antigen. Im Nukleus befindet sich das Hepatitis-Delta-Antigen zusammen mit RNA. Hepatitis D tritt in Südtalien endemisch auf, wurde jedoch bereits auf der ganzen Welt einschließlich der USA gefunden. Hepatitis D wurde nur bei Patienten entdeckt, die eine Hepatitis-B-Infektion durchgemacht hatten, wobei auch hier die für Hepatitis B typischen Risikogruppen betroffen sind.

Bei einer Million HBsAg-Trägern allein in den USA und weltweit über 200 Millionen läßt sich die Gefahr einer Superinfektion mit Hepatitis D, gegen die bisher keine wirksame Therapie entwickelt wurde, leicht abschätzen.

Der letzte in den USA registrierte größere Ausbruch von Hepatitis D fand in Worcester statt, wo 140 Fälle seit September 1983 Hepatitis-B-positiv waren, wovon zwölf Patienten ernsthaft erkrankten, zehn von ihnen starben. Bei acht der zehn Todesfälle konnte Hepatitis D nachgewiesen werden.

Zahnärzte und ihr Personal sind bekanntlich einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt. Man schätzt, daß in den USA etwa 3 000 Zahnärzte Träger von Hepatitis B sind, wobei die meisten von ihnen unbekannt sind. Diese Personenkreise sind am meisten gefährdet; unauffällige Träger chronischer Hepatitis B sind anfällig für eine erneute Infektion mit Hepatitis D.

Nach bisherigem Wissensstand stellt eine Impfung gegen Hepatitis B gleichzeitig einen wirksamen Schutz gegen Hepatitis D dar. Somit ist die Dringlichkeit einer Impfung für den Zahnarzt und sein Personal auch durch diese neue Gefährdung unterstrichen.

Cottone, J.A., JADA, Vol. 112, S. 47-49, 1986

Zahnärztl. Praxis 6/86, S. 235

WACHSTUMSBRANCHEN 1974 - 1984: GESUNDHEITSWESEN AN 2. STELLE

Wachstumsbranchen des sekundären und tertiären Wirtschaftssektors - durchschnittliche Wachstumsrate der Wertschöpfung in %, 1974 - 1984:

Banken 5,3. Gesundheitswesen 3,3. Kunststoffverarbeitung 3,0. Übrige Dienstleistungen 2,3. Chemische Industrie 2,1. Versicherungen 1,9. Elektrizität 1,6. Verkehr, Nachrichtenübermittlung 1,4. Gastgewerbe 0,3. Graphisches Gewerbe 0,2.

Quelle: "Wirtschaftsförderung", 16. Dezember 1985.

"Gesundheitspolitische Informationen", GPI 1/86, 3425

Optimal versichert?

Die wohl größte Gefahr für die materielle Existenz eines Freiberuflers geht vom Wegfall oder der Einschränkung der physischen oder psychischen Leistungsfähigkeit aus. Insbesondere der Zahnarzt ist durch die hohe Anforderung an manuelle Tätigkeiten überdurchschnittlich gefährdet. Eine Erkrankung des Bewegungsapparates oder eine Handverletzung führen schnell zu Berufsunfähigkeit.

Die Frage nach dem optimalen Versicherungsschutz für einen derartigen Fall ist nicht ohne einigen Aufwand zu beantworten. Die Versicherungsleistung muß die Differenz zwischen dem dann vorhandenen Einkommen und den anfallenden Ausgaben inklusive angemessener Lebensführung ausfüllen.

Zu den Einkünften zählen insbesondere:

- o möglicher Erlös aus Praxisverkauf abzüglich eventueller Schulden
- o Einkünfte aus Kapitalvermögen und Immobilien; bei letzteren ist zu beachten, daß Vorteile aus Abschreibung und Verlusten ein entsprechendes Einkommen vorzusetzen
- o Leistungen von Versicherungen
 - Ansprüche an die Ärzteversorgung; bei jungen Ärzten sehr bescheiden

- gesetzliche Rentenversicherung; falls überhaupt Rechte bestehen; Unterscheidung Berufs- und Erwerbsunfähigkeit beachten
- Berufsunfähigkeitszusatzversicherung zu Lebensversicherungen und selbständige Berufsunfähigkeitsversicherungen; hier insbesondere Höhe, Versicherungs- und Leistungsdauer beachten, sowie unterschiedliche Versicherungsbedingungen.
- Unfallinvaliditätsversicherungen; hier ist eine Erkrankung nicht gedeckt. Umfang, Leistungshöhe, Ein- und Ausschlüsse und ebenso die Prämien sind sehr unterschiedlich. (Auf diese Versicherung wird in Kürze in einem eigenen Beitrag eingegangen.)

An Ausgaben sind zu berücksichtigen vor allem:

- o Lebenshaltungskosten
- o Verbindlichkeiten, insbesondere für Immobilien
- o Ausbildungskosten für Kinder
- o Kosten für Aufbau einer Altersversorgung
- o Absicherung der Familienmitglieder bei vorzeitigem Todesfall

Hat man diese Größen ermittelt und festgestellt, daß die vorhandene Absicherung nicht ausreicht, ist die Hilfe eines Fachmannes erforderlich, der

die Möglichkeiten des Marktes, die großen Unterschiede der Bedingungen und Prämien kennt. Es gibt z.B. Gesellschaften, deren Leistung erst nach zwölfmonatiger Berufsunfähigkeit einsetzt, andere zahlen ab Beginn. Unterschiede bestehen ebenso in der Definition des Tatbestandes Berufsun-

fähigkeit, der Leistungsdauer etc.

Wegen der zentralen Bedeutung des Berufsunfähigkeitsrisikos sollte man sich vom Stand der eigenen Absicherung von Zeit zu Zeit überzeugen.

Herbert Richthammer
Versicherungsmakler

Impressum

Das DAZ-FORUM erscheint viermal jährlich. Auflage 1.700 Stück.

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

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

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

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

Redaktion:

Dr. Jürgen Heidtkamp, Wahlenstr. 18, 8400 Regensburg

Zuständig für Annoncen:

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

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

EINLADUNG

zur siebten Jahreshauptversammlung des DEUTSCHEN ARBEITSKREISES FÜR ZAHNHEILKUNDE am 10./11. und 12. Oktober 1986 im

Strandhotel Schloss Berg
8137 Berg, Starnberger See 1
Seestr. 17, Tel.: 08151/50021-22

Der Vorstand des DAZ lädt Sie hiermit zu seiner Jahreshauptversammlung herzlich ein.

A B L A U F :

Freitag, 10. Oktober:

18.00 Uhr: Vorstandssitzung im Tagungsraum des Strandhotels.
Alle anwesenden Mitglieder sind dazu eingeladen.

Samstag, 11. Oktober:

09.00 bis 12.00 Uhr: Aktuelle Fortbildung
Thema: Endodontie und Herdgeschehen
Referent: Dr. Wichert
12.00 bis 15.00 Uhr: Mittagspause
15.00 bis 18.00: Hauptversammlung des DAZ
abends: Prof. Gerhard Bauer über Oskar Maria Graf

Sonntag, 12. Oktober:

Gemeinsames Frühstück - Ausklang

Im Rahmen der DAZ-Jahreshauptversammlung in Berg/Starnberger See laden wir am Samstagabend zu einer Dichterlesung aus Werken von Oskar Maria Graf - Bäckersohn aus Berg, bayerisches Urviech der Münchner Bohème-Szene der 30er Jahre, im Dritten Reich als "verbrannter" Schriftsteller nach New York emigriert und 1967 gestorben - ein. Prof. Gerhard Bauer, Oskar Maria Graf-Biograph - sein Buch soll im Herbst erscheinen - wird uns dazu einen sachkundigen Vortrag halten. Als Schwerpunkte sind vorgesehen: Graf als physiologischer Materialist, intellektueller Selfmademan, Anarchist und Weltbürger.

Wir bitten alle Mitglieder des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde an der wichtigen Jahreshauptversammlung teilzunehmen, um sich selbst ein Bild über die geleistete Arbeit des DAZ-Vorstandes zu machen und die weiteren standespolitischen Bemühungen des Vorstandes auf eine möglichst breite Basis zu stellen.

Zimmernachweis: Fremdenverkehrsamt Starnberg, Tel.: 08151/13274

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 13

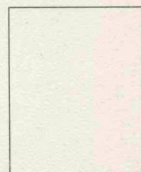
**Möchten Sie
jedes Jahr mehr Zinsen?
Dann kaufen
Sie BfG:Sparschuld-
verschreibungen.**

BfG:Regensburg
Bank für Gemeinwirtschaft
8400 Regensburg 11, Haidplatz 8
Telefon (0941) 53041

ABSENDER:

Tel. _____

ANTWORTKARTE



Deutscher Arbeitskreis
für Zahnheilkunde
(DAZ)

Dienerstr. 20
8000 München 2