



FORUM

Herausgegeben vom Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde

NR. 18

6. Jahrgang – 3. Quartal 1987

DAZ-Vorschläge zur Strukturreform

Jahreshauptversammlung '87

Bedenklichkeiten zur Amalgamfrage

Zur Situation der Kieferorthopädie

Karl-Marx-Stadt

Mekka der Trinkwasserfluoridierung

Zahngesundheit ab Kleinkindalter

Behindertenprophylaxe

... nochmals zu AIDS

Zahnarzhelferinnen werden rar!

ZM und Pressefreiheit



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 Hauptmerkmale der »Ludwigs Technik«

Die Ludwigs Technik

erzielt einen totalen Unterkieferabdruck höchstmöglicher Präzision. Nach einem solchen Abdruck angefertigte Prothesen garantieren optimale Funktionstüchtigkeit.

Die Ludwigs Technik

in Verbindung mit der VFA*-Schiene erlaubt es, bereits den Vorabdruck mundgeschlossen und unter Funktionsbedingungen zu nehmen.

Die Ludwigs Technik

ermöglicht die Anfertigung eines im gesamten Randbereich begrenzten Vorabdruckmodells. Dem Techniker sind dadurch eindeutige Richtlinien zur Begrenzung des Funktionslöffels vorgegeben.

Die Ludwigs Technik

ermöglicht es, einen Funktionslöffel höchster Präzision herzustellen. Das Einschleifen am Patienten entfällt in den meisten Fällen, bzw. beschränkt sich auf geringste Korrekturen. Das trägt zu erheblicher Zeiteinsparung bei.

Die Ludwigs Technik

gestattet, bedingt durch die Verwendung spezieller Abformsilicone, die präzise Abformung von Problemkiefern, wie z. B. bei Vorliegen eines Schlotterkamms.

Die Ludwigs Technik

vermeidet Überextensionen, gestattet jedoch gezielte Extensionen dort, wo sie erwünscht sind.

Die Ludwigs Technik

reduziert das sonst übliche Nachschleifen von Druckstellen an der eingegliederten Prothese auf ein Minimum. Dies führt ebenfalls zu erheblicher Zeitersparnis.

Die Ludwigs Technik

erfordert keine teuren und empfindlichen Spezialgeräte. Sie fügt sich dadurch problemlos in das Abrechnungsschema der gesetzlichen Krankenkassen ein.

* VFA = Vor-Funktions-Abdruck

Wünschen Sie nähere Informationen, so schreiben Sie uns, oder rufen Sie uns einfach an:

bivico,

Niederlassung:

Postgasse 3, 7090 Ellwangen, Telefon (07961) 54066

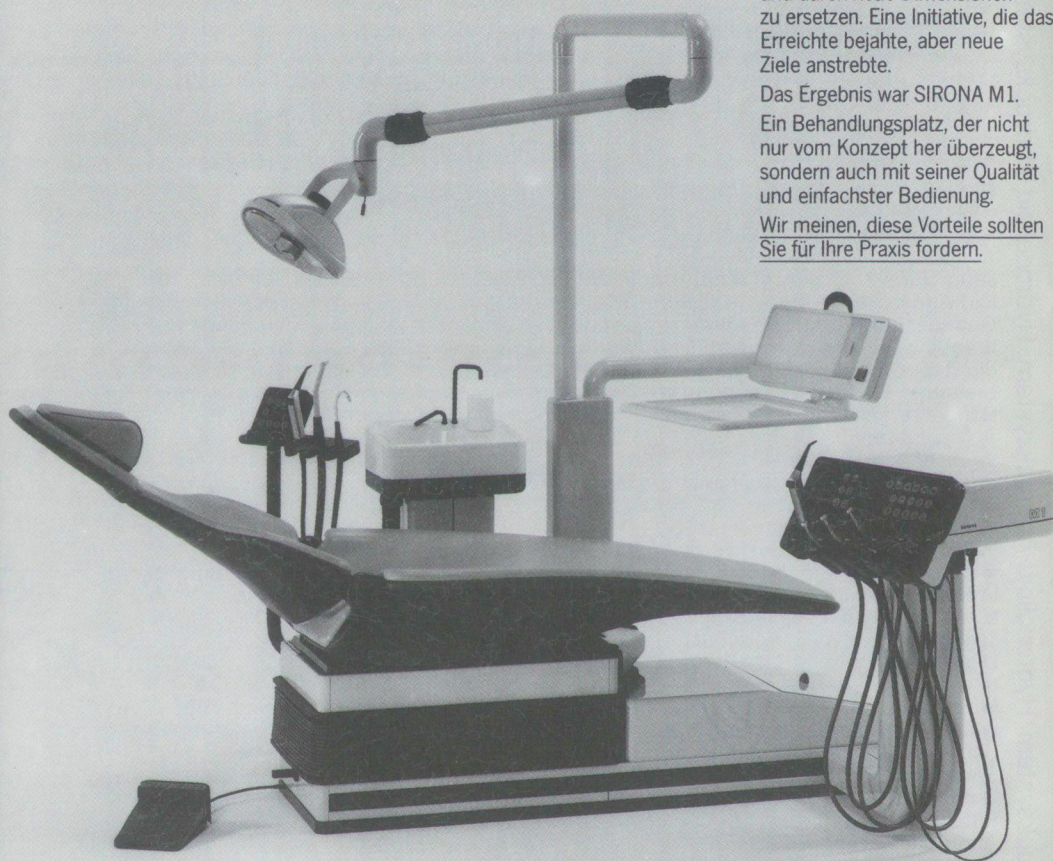
SIEMENS

**Technik der Topklasse —
damit das Behandeln
richtig Spaß macht**

Als sich bei den Zahnärzten neue Ansprüche formten, haben wir die Initiative ergriffen, um etwas in Bewegung zu setzen. Den Stillstand in Aktionen zu verwandeln, die Normen zu erweitern und durch neue Dimensionen zu ersetzen. Eine Initiative, die das Erreichte bejahte, aber neue Ziele anstrebte.

Das Ergebnis war SIRONA M1. Ein Behandlungsplatz, der nicht nur vom Konzept her überzeugt, sondern auch mit seiner Qualität und einfachster Bedienung.

Wir meinen, diese Vorteile sollten Sie für Ihre Praxis fordern.



**SIRONA® M1 —
das einzigartige
Erfolgskonzept**

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

Inhalt:

FORUM Nr. 18, 6. Jg.
3. Quartal 1987

Editorial	201
- Zeit der Wende?	
DAZ-Vorschläge zur Strukturreform Teil 1	204
Jahreshauptversammlung des DAZ 19./20.9.87	213
Einige Bedenklichkeiten zur Amalgamfrage	217
Ein Beitrag zur Situation der Kieferorthopädie	226
Karl-Marx-Stadt Mekka der Trinkwasserfluoridierung	233
Zahngesundheit ab Kleinkindalter - Berlin-Steglitzer Aktionswoche Mai 1987 für Kleinkinder	237
Über die Bedenken zahnmedizinischer Prophylaxe bei Behinderten	245
... nochmals zu AIDS ...	253
Zahnärzthelferinnen werden rar!	260
Buchbesprechungen	264
Die "Zahnärztlichen Mitteilungen" und die Pressefreiheit - Neues zum Umgang der ZM-Redaktion mit kritischen Leserzuschriften	269
Leserbriefe	275
Versicherungsfragen	280

Die HYPO. Die hohe Schule vom Geld.



In Ihrem Geld steckt mehr als Sie glauben. Und wenn Sie es in erfahrene Hände geben, können Sie sehen, wie daraus ein Vermögen werden kann.

Am besten, Sie vertrauen es den Profis der HYPO an – denn diese bringen Ihr Geld in Topform, holen das Beste aus ihm heraus.

Wenn Sie mehr über die hohe Schule vom Geld wissen möchten – unsere Anla-

ge-Spezialisten beraten Sie gern.

Wir lassen uns etwas für Sie einfallen.

HYPO BANK

Bayerische Hypotheken- und Wechsel-Bank
Aktiengesellschaft

Niederlassung Regensburg
Tel.: 09 41 / 56 95-1 79

Die HYPO.
Eine Bank – ein Wort.

Editorial

Zeit der Wende?

Dr. H.-W. Hey

Die Auseinandersetzungen um das Sachverständigen Gutachten der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen und um den Entwurf einer neuen zahnärztlichen Gebührenordnung sind noch nicht beendet, doch scheinen Gezeter, Polemik und Streikdrohungen inzwischen zugunsten einer sachlichen Diskussion der Fakten in den Hintergrund getreten zu sein. Der schwere Schaden, der dem Ansehen der Zahnärzte bei den Entscheidungsträgern und in der Öffentlichkeit allein durch den "Streik" zugefügt wurde, war schon schlimm genug. Skandalös jedoch ist es, wie die Spitzenfunktionäre unserer Körperschaften die Kollegenschaft bezüglich Inhalt und Ablauf der Verhandlungen um den Entwurf der neuen GO-Z hinter's Licht geführt haben! Während in den Landesmedien ganze Kataloge von Änderungsvorschlägen veröffentlicht und der Eindruck vermittelt wurde, unsere Verhandlungsführer seien Tag und Nacht in aufopferndem Einsatz unterwegs, wurden, wie sich jetzt herausstellt, ganze sechs Änderungswünsche für die neue GO-Z dem Ministerium vorgelegt (Phillip-Journal Nr. 4/87, S. 220), und wochen-, ja monatelang wertvolle Zeit verschlafen. Wieder einmal wurde offenkundig, daß die Körperschaften lamentieren statt zu arbeiten und daß reagiert wird statt sachlich fundiert zu agieren.

Die Diskussion um die beiden wichtigsten Aufgaben unseres Berufsstandes, Qualitätssicherung und Prophylaxe, wird noch immer unterdrückt, bestehende Initiativen und Konzepte verschwiegen. Erste Ergebnisse dieser Verweigerungsstrategie zeichnen sich jetzt ab: Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben vor kurzem Arbeitsgruppen installiert, die sich mit Möglichkeiten der praktischen Umsetzung von Qualitätssicherungskonzepten befassen. Es wird also nicht mehr lange dauern, bis wir wieder einmal scheinbar Unvermeidliches von den Krankenkassen diktiert bekommen. Und weiter: Daß das Obleute-Konzept des Freien Verbands als Instrument zur Sicherstellung flächendeckender und kontinuierlicher Vorbeugungsmaßnahmen gescheitert ist, ist evident und allen Fachleuten bekannt, es hat gleichwohl die Körperschaften bisher nicht dazu bewegen können, in eine Diskussion über wirksamere Prophylaxe-Konzepte einzutreten.

Angesichts der Tatsache, daß fast alles, was von Körperschaften und Freiem Verband während der letzten Jahre so lautstark und aggressiv gefordert wurde, sich als unrealistisch herausgestellt hat und faktisch vom Tisch ist, greift in großen Teilen der Kollegenschaft Resignation um sich:

Noch nie stand die Zahnärzteschaft mit so leeren Händen vor so vielen verschlossenen Türen.

Doch vielleicht bietet gerade diese Situation Chancen für eine Wende, für einen Neuanfang. Die bevorstehende Diskussion um die Strukturreform im Gesundheitswesen böte hierzu eine erste Möglichkeit. Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde möchte verhindern, daß diese die Zukunft unserer Arbeit entscheidende Auseinandersetzung mangels vernünftiger Argumente erneut an uns Zahnärzten vorbei geführt wird. Der DAZ hat deshalb anlässlich der diesjährigen Jahreshauptversammlung in Köln (s.S. 213) seine aktuellen "Vorschläge zur Strukturreform" der Presse vorgestellt. Es handelt sich dabei um ein konkretes und realisierbares Konzept, das sowohl geeignet ist, der Karies- und Parodontalmorbidität in unserem Land wirksam zu begegnen als auch die leistungsgerechte Honorierung zahnärztlicher Arbeit sicherzustellen.

Wir beginnen mit dem Abdruck dieser Strukturreform-Vorschläge auf S. 204 dieses Heftes.

Zur weiteren Bearbeitung und Klärung der Problematik wurde während der DAZ-Jahreshauptversammlung außerdem eine Arbeitsgruppe zur Vorbereitung einer Tagung gebildet, die ausschließlich dem Thema "Qualitätssicherung in der Zahnmedizin" gewidmet sein wird. Weiterhin wurde beschlossen, dem neu gewählten Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe in der DGZMK noch einmal unsere Zielsetzungen nahezubringen. Es besteht Anlaß zu der Hoffnung, daß aus diesem Gremium neue Anstöße für eine effektivere Prophylaxe ausgehen werden.

Neuanfang - Hoffnung - Arbeit!
Jede Kollegin, jeder Kollege ist aufgerufen mitzumachen, Engagement und Sachkenntnis einzubringen und dazu beizutragen, daß wir bei künftigen Auseinandersetzungen mit Administration und Sozialpartnern besser gerüstet sind.

Anschrift des Verfassers:

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

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum



*echte Partnerschaft



Wir **erleichtern** Ihnen Ihren **täglichen
Ablauf** in der **Praxisverwaltung**.

Informieren Sie sich und testen Sie uns

DORNBERGER Computertechnik GmbH

Hermann-Geib-Str. 15
8400 Regensburg
Tel.: 09 41 / 7 30 07

Dechbettener Str. 9
8400 Regensburg
Tel.: 09 41 / 2 40 56

DAZ Vorschläge zur Strukturreform Teil 1

(Teil 2 und 3 folgen in den Foren Nr. 19 und 20)

Zahnärzte werden tätig am Ende einer langen Kette von gesundheitserzieherischen und gesundheitspolitischen Fehlsteuerungen. Sie behandeln mit großem technischen, materiellen und personellen Einsatz Erkrankungen, die vorher mit viel geringerem Aufwand hätten verhindert werden können, wobei in der "Hierarchie" der Behandlungen die letzte, also der Zahnersatz, auch wieder die teuerste ist.

An diesen Versäumnissen sind nicht allein die Zahnärzte schuld. Die deutsche Zahnärzteschaft hat aber in den letzten Jahren vermehrt Zweifel daran aufkommen lassen, ob eine Verbesserung dieses Zustandes bei ihr in den besten Händen liegt. Sie hat im Vorfeld der Diskussion um die anstehende Strukturreform im Gesundheitswesen sozial unausgewogen Opfer und Einschränkungen ausschließlich von den anderen beteiligten Gruppen eingefordert. Ihre Argumente haben dadurch nicht an Gewicht und Glaubwürdigkeit gewonnen. Die Vermischung von Sachkompetenz und Gruppenegoismus haben sie und ihre politischen Verbündeten in eine sozialpolitische Außenseiterrolle gedrängt.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde gibt mit dem vorliegenden Papier Anstöße, wie der Beitrag der Zahnärzteschaft zur Verbesserung der Mundgesundheit der Bevölkerung unter angemessenen Bedingungen für alle Beteiligten aussehen müßte.

S T R U K T U R R E F O R M

Seit Regierungsantritt der 'christlich-liberalen' Koalition ist die Strukturreform des Gesundheitswesens einer der wichtigsten

Punkte des Regierungsprogramms. Die Aufgabenstellung ist gigantisch und umfaßt sovieler Teilgebiete, daß es kühn anmutet, wenn man liest, daß das zuständige Ministerium schon im Jahre 1988 entscheidungsreife Gesetzesvorlagen fertig haben will. Natürlich haben auch die zahnärztlichen Standesinstitutionen ihre Vorstellungen dazu vorgelegt oder angekündigt. Der DAZ plädiert dafür, sich lediglich zu solchen Fragen zu äußern, die entweder zahnärztliche Fachkompetenz berühren oder Auswirkungen auf die Art unserer Berufsausübung haben. Wir glauben, daß die Fragen, die wir im vorliegenden Papier ansprechen, in einer Strukturreform berücksichtigt werden müssen. Das heißt aber auch, daß andere Fachministerien mitwirken müssen! An den Finanzierungsstrukturen der zahnmedizinischen Behandlung Veränderungen vorzunehmen, ohne dem Primat der Breitenprophylaxe gerecht zu werden, wäre Stückwerk! Eine Veränderung der Strukturen zahnärztlicher Leistungserbringung ohne Veränderung der Ausbildungssituation wäre Unsinn! Wir glauben, daß ein Prioritätenkatalog der Reformmaßnahmen an erster Stelle stehen muß, und das heißt Abstimmung und Zusammenwirken der verschiedensten Gruppen und Institutionen. Einfachere Veränderungen lassen sich rasch vornehmen (z.B. Einführung der Kochsalzfluoridierung), andere scheinen uns auf Jahrzehnte angelegt (Ausbildungskapazitäten und Inhalte). Die Zahnärzteschaft ist aufgerufen, Engagement und Sachverstand zur Verfügung zu stellen, der Gesetzgeber sollte sich ihrer bedienen.

I. GESUNDHEITS- UND SOZIALPOLITIK

Die letzten Jahre haben der Zahnärzteschaft politische Veränderungen gebracht, die in ihren Auswirkungen noch gar nicht abgesehen werden können:

- Der Gesetzgeber nimmt wesentlich stärkeren Einfluß auf die Selbstverwaltung. Auf dem Verordnungswege, über die konzentrierte Aktion und über die Erzeugung von politischem Druck auf die Beteiligten werden sozialpolitische Fakten geschaffen, die den Gestaltungsspielraum für Krankenkassen und Zahnärzteschaft einengen.
- Die traditionellen Partner in der Selbstverwaltung haben selbst dazu beigetragen, ihre Handlungsfreiheit zu beschränken. Die Kostenentwicklung und das Fehlen von überzeugenden Konzepten auf beiden Seiten haben Kassen und Zahnärzteschaft in eine Frontstellung gebracht, die nur schwer wieder rückgängig zu machen ist. Die Entscheidung über wichtigste Strukturfragen wurde durch Verzicht auf ernsthaftes Verhandeln Außenstehenden überlassen.

- Die Einzelleistungsvergütung ist in Gefahr. Die Versuche von Kassenverbänden, über eine Honorarplafondierung die Mengenentwicklung zu steuern, beweisen, daß die gesetzlichen Krankenkassen ebensowenig patientenorientiert handeln, wie die kasenzahnärztlichen Körperschaften. Die Forderung der KZBV auf Leistungsausgrenzung auf ein Niveau, wie es vor mehr als zehn Jahren bestanden hat, ist ebenso illusionär wie die Annahme, daß es bei einer Honorardeckelung nicht zu entscheidenden Qualitätsminderungen bei den zahnärztlichen Leistungen kommen würde.
- Notwendige gesetzgeberische Maßnahmen wie die Einführung eines Jugendzahnheilkundengesetzes, die Gestaltung und Absicherung von wirksamen Prophylaxemaßnahmen, die Neubeschreibung und -ordnung von Berufsbildern für die zahnärztlichen Hilfsberufe werden unterlassen, weil sie mehr Zeit in Anspruch nehmen würden, als eine Legislaturperiode dauert.

Vorschlag

1.

Die Organe der Selbstverwaltung müssen sich darüber klar werden, daß der Ruf nach dem Staat als "neutralem" Moderator bei Konflikten nur zu gerne Gehör findet. Gestaltungsräume, die aufgegeben wurden, sind in der Regel verloren.

2.

Die zahnärztlichen Körperschaften erarbeiten auf der Basis ihrer fachlichen Kompetenz Vorschläge zur Kostensteuerung über die Qualität der zahnärztlichen Leistungen. Dazu ist der "Ist-Zustand" mit wissenschaftlichen Methoden zu ermitteln. Wenn der Nachweis angetreten werden könnte, daß die zahnärztlichen Leistungen Qualitätsansprüchen genügen, die von allen Seiten anerkannt sind, wenn belegt werden könnte, mit welchem zeitlichen Aufwand qualitativ akzeptable Leistungen nur erbracht werden können, wären zukünftige Auseinandersetzungen um Leistungsbewertungen sachgerecht zu führen. Für die Forderung nach gutem Geld für gute Leistung fehlen der Zahnärzteschaft heute die Argumente.

3.

Die zahnärztlichen Hilfsberufe können mehr leisten als in ihren offiziellen Berufsbildern beschrieben ist. Sowohl im Bereich der Behandlungsassistenz, wie auf dem Gebiet der Verwaltungstätigkeit und vor allem der Prophylaxe sind die Berufsbilder den Möglichkeiten anzupassen und zu erweitern. Die Verträge im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung sind gegebenenfalls danach zu differenzieren und anzupassen.

SCHMID UND PAULA



**DENTAL
LABOR**

Qualität
und
Ästhetik

ist das Ergebnis unserer präzisen Arbeit.
Dafür stehen unsere Namen

Gerhard Schmid
I. Huth
Berta Schuster
Sieglinde Zister
György Flisch
Gerald Peter
Klaus Fink
Renée Günther
Lips Rüter
Rose Hoffmann
Karg Doris
Maria Lunk
Storz Kuchacka
Adolf Kallermann
Johann Wilsch
Werner Kuchacka
Schwimmer Margit
Günther

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

II. EFFIZIENZANALYSE DER ZAHNÄRZTLICHEN VERSORGUNG, QUALITÄTS-
SICHERUNG, WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG

Die Allgemeinmedizin in der Bundesrepublik hat sich in den letzten Jahren zur Einführung qualitätssichernder Maßnahmen bereitgefunden. Der Aufschrei der 'bespitzelten' Ärzte ist ausgeblieben. Auf lange Sicht wird dies zur Stärkung des Vertrauens zu ihnen beitragen. Die deutsche Zahnärzteschaft betreibt Qualitätssicherung, indem sie das Vorhandensein eines hohen Qualitätsniveaus behauptet. Die Vernachlässigung eigener qualitätsfördernder und -sichernder Maßnahmen hat bereits zu Vertrauensschwund und Positionsnachteilen geführt. Läge z.B. die vom DAZ seit Jahren geforderte Effizienzanalyse zahnärztlicher Leistungen vor, hätten die Zahnärzte bei ihrer Argumentation zur Leistungsausgrenzung bereits auf Beweismittel zurückgreifen können. Forschungsvorhaben in Sachen Qualität wurden nun gefördert durch die Bundesregierung und von Krankenkassen durchgeführt. 'Konsequenterweise' hat die zuständige zahnärztliche Körperschaft die angebotene Mitarbeit verweigert.

Sozialpolitiker, Krankenkassen, ja sogar die Zahnärzte sind sich darüber einig, daß die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Zahnheilkunde in der Bundesrepublik nicht weiter steigen dürfen. Folgende Fragen sind unbeantwortet oder gar nicht gestellt:

1.
Welche Strategien, welcher Mitteleinsatz, wieviele Menschen welcher Qualifikation sind nötig, um die Volksseuche 'Zahnkrankheiten' wirksam zurückzudrängen?
2.
Welchen Effekt erzielt das bestehende System der zahnmedizinischen Versorgung? Ist das derzeitige Ergebnis auch mit geringerem Aufwand erzielbar, bzw. ist bei gleichbleibendem Aufwand ein größerer Effekt zu erzielen?
3.
Welche Einflüsse üben die verschiedenen Sozialversicherungssysteme auf die Effizienz der therapeutischen Bemühungen aus?
4.
Sind die derzeitig hauptsächlich angewandten therapeutischen Methoden effektiv? Sind sie effizient?
5.
Sind Ausbildungsstätten ihrer Aufgabe gewachsen? Sind die augenblicklichen Ausbildungsziele kompatibel mit den Erfordernissen.

der Gesellschaft? Sind diese Erfordernisse definiert?

Diese Fragen sind sicherlich nicht von der Zahnärzteschaft allein zu beantworten. Aber die Initiative diese Fragen zu stellen und Antworten zu suchen, kann von den Zahnärzten ausgehen. Ihren Sachverstand könnten sie so zum gemeinschaftlichen Besitz aller machen.

Die bisher angesprochenen Fragen beschäftigen sich lediglich mit der Leistungsfähigkeit des gesamten Versorgungssystems, sind also Themen der Gesundheitspolitik. Sie können und müssen im Zusammenwirken des Staates, der Kostenträger und der Zahnärzteschaft beantwortet werden. Die Frage der Qualitätssicherung zahnärztlicher Behandlung ist eine ureigenste Aufgabe der Zahnärzte allein! Es wäre unerträglich, wenn andere Institutionen diese Aufgabe an sich ziehen müßten. Im Augenblick besteht allerdings gerade eben diese Gefahr. Das Motiv dafür sind die hohen Kosten der kassenzahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik. Auch dies ist ein Zeichen für den Verfall zahnärztlicher Professionalität. Wird doch dadurch der Fehlschluß nahegelegt, daß die Frage nach der Behandlungsqualität ausschließlich wegen der hohen Kosten gestellt werden müsse. Der Umkehrschluß müßte dann heißen, daß Zahnärzte bei geringeren Kosten ohne weiteres fragwürdige Qualität abliefern dürften. Das Selbstverständnis eines ärztlichen Berufes müßte doch aber von sich aus qualitative Aspekte beinhalten!

Die Ärzte haben den Vertrauensschwund und die Zunahme kritischer Distanz schmerzhaft erlebt, die Zahnärzte konnten diesem Trend nicht entgehen. Unsere Patienten brauchen aber Vertrauen, sie sind darauf angewiesen! Daß die Angehörigen eines Heilberufes - vor allem eines Berufes mit einem deutlichen handwerklichen Akzent im besten Sinne - ehrlich und öffentlich um die Verbesserung ihrer Arbeitsqualität ringen, könnte die Basis für solches Vertrauen abgeben. Die Frage ist, wie lange das 'Startfenster' in diese neue Bahn noch offensteht. Es mehren sich die Anzeichen dafür, daß diese Chance ungenutzt bleiben könnte, schlimmer noch, daß die Qualitätssicherung zum Zankapfel in den Auseinandersetzungen der Sozialpartner im Gesundheitsbereich verkommen könnte.

Die Handlungsweise der amerikanischen Zahnärzte könnte ein Beispiel geben. Der Druck in den USA kam zwar nicht so sehr aus der Kostenentwicklung, als aus der gewaltigen Zunahme von Schadenersatzprozessen, mit denen auch Zahnärzte überzogen werden. Die Ausgangssituation ist aber durchaus vergleichbar. Auch die amerikanischen Zahnärzte haben qualitätssichernde Maßnahmen nicht nur aus moralischen Prinzipien eingeführt - sie haben auf Druck reagiert. Was sie von uns unterscheidet ist, daß sie die Initia-

tive nicht aus der Hand gegeben haben. Haben sie mehr professionelles Selbstbewußtsein als wir?

Da der aktuelle Druck bei uns aus der Kostenentwicklung entstand, scheint es dem DAZ sinnvoll, zunächst auf diesen Druck zu antworten. Das bedeutet, daß wir die Kostenentwicklung über die Qualität steuern sollten. Heute geschieht dies nahezu ausschließlich über die Menge. Wie die jüngere Vergangenheit zeigt, noch dazu ohne wirkliche Erfolge.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung der kassenzahnärztlichen Behandlung ist in Gesetzen und Verträgen verankert. Die Reichsversicherungsordnung schreibt vor, daß Behandlungsmaßnahmen, die zu Lasten gesetzlicher Krankenkassen verordnet und durchgeführt werden, notwendig, ausreichend und zweckmäßig sein müssen. Die kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind damit beauftragt, die Einhaltung dieser Gesetzesvorschrift zu überwachen. Die von Zahnärzten abgerechneten Behandlungen werden unter dem Aspekt geprüft, ob die einzelnen Leistungen in ihrer Menge vom Durchschnitt der Kollegenschaft abweichen. Ist dies der Fall, muß geprüft werden, ob dies im Einzelfall gerechtfertigt war. Die durchschnittliche Quantität ist also der Maßstab der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Jeder Konsument weiß, daß billig nicht gleich wirtschaftlich sein muß - in der kassenzahnärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung ist dieser Denkfehler zum Prinzip erhoben. Nach der Erfahrung des DAZ scheinen allerdings wenige daran interessiert zu sein, qualitative Aspekte anstelle der quantitativen treten zu lassen. Kameralistische Prinzipien und Budgetdenken beeinträchtigen die Interessenvertretung der Versicherten.

In letzter Zeit haben verschiedene Gruppen und Kollegen vorgeschlagen, der Mengenausweitung kassenzahnärztlicher Leistungen durch die Einführung eines degressiven Punktwertes entgegenzuwirken. Dabei soll der Punktwert für die Einzelleistung mit steigender Leistungsmenge sinken.

Der Grundgedanke dieses Vorschlags ist, daß Zahnärzte mit hohem Leistungsvolumen eo ipso minderwertig arbeiten. So wie es Kollegen gibt, die viele, aber gute und dauerhafte Leistungen erbringen, gibt es Zahnärzte, die wenig, aber mangelhafte Arbeit leisten. Eine Mengenbegrenzung durch Einführung eines degressiven Punktwertes würde nur eine kleine Zahl von Maximalabrechnern tangieren, die - insgesamt - große Zahl qualitativ minderwertiger Behandlungsmaßnahmen, die sich mengenmäßig im Durchschnitt bewegen, jedoch unberührt lassen.

Jeder Ansatz, das Leistungsvolumen rein mengenmäßig einzuschränken, ist falsch und langfristig zum Scheitern verurteilt, weil

hiermit der gewissenhafte und leistungswillige Kollege demotiviert wird.

Vorschlag

Effizienzanalyse

1.
Das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit vergibt und fördert einen Forschungsauftrag zur Effizienzanalyse der Karies- und Parodontalprophylaxe in der Bundesrepublik. Die Zahnärzte, Krankenkassen und Verbraucherverbände werden eingeladen, sich finanziell und personell zu beteiligen, und die Umsetzung der gefundenen Erkenntnisse zuzusichern.
2.
Das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit vergibt und fördert einen Forschungsauftrag zur Effizienzanalyse der zahnärztlichen Ausbildung und der Ausbildung der zahnärztlichen Hilfsberufe. Die gewonnenen Erkenntnisse dienen zur Reform des Ausbildungswesens und der Prüfungsordnungen.
3.
Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung vergibt einen Forschungsauftrag zur Effizienzanalyse der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik. Die Zahnärzte, die Krankenkassen und Versicherungsverbände, die Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften werden eingeladen, sich finanziell und personell zu beteiligen und die Umsetzung der gefundenen Erkenntnisse zuzusichern.

Qualitätssicherung

Der Bundesverband der deutschen Zahnärzte e.V. (BDZ), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) gründen eine gemeinsame Kommission zur Erarbeitung von Qualitätsmindeststandards und qualitätssichernder Maßnahmen. Die Ergebnisse werden der Öffentlichkeit mit der Zielsetzung der Aufklärung und Imageverbesserung vorgelegt. Die beteiligten Institutionen bemühen sich um die Umsetzung der erarbeiteten Vorschläge.

Wirtschaftlichkeitsprüfung

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung gründet eine Kommission

zur Übertragung der qualitätssichernden Maßnahmen in den kassenzahnärztlichen Bereich. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung der kassenzahnärztlichen Behandlung wird nach qualitativen Aspekten ausgerichtet. Soweit erforderlich wird das Einverständnis mit Kostenträgern und Bundesregierung hergestellt. Die Öffentlichkeit wird mit geeigneten Methoden aufgeklärt und unterrichtet.

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

PA

INFORMATIONEN

PA

80 Prozent der Bevölkerung haben Parodontitis

Die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie mit mehr als 600 Teilnehmern befaßte sich insbesondere mit diagnostischen Möglichkeiten und Verlaufsformen der Parodontalerkrankungen. Parodontitis wird nach Ansicht der Gesellschaft "immer noch viel zu wenig ernst genommen". Rund 80 Prozent der Bundesbürger über 35 Jahre leiden an dieser Erkrankung. Trotzdem sei diese Krankheit noch kaum in das Bewußtsein eingedrungen. Im Gegensatz zu Karies werde ihr Erscheinungsbild nicht nur von Patienten, sondern auch von manchen Zahnärzten zum Teil sogar übersehen, sagte vor Beginn der Jahrestagung der Gesellschaft der Mainzer Universitätsprofessor Ansgar Fessler.

Rechtzeitig erkannt sei Parodontitis mit einer besseren Zahnhygiene und entsprechender Behandlung einzudämmen, so daß etwa ein chirurgischer Eingriff an Zahnfleisch und Kiefer entfallen könnte, sagte Fessler für

den erkrankten Präsidenten der Gesellschaft aus Münster, Heinz Erpenstein. Wichtig sei neben einer Einschränkung des Zuckerkonsums, daß Kinder dreimal und Erwachsene mindestens zweimal täglich "von allen Seiten" die Zähne putzten. Einmal am Tag müßten Erwachsene zudem unbedingt etwa mit Hilfe von Zahnseide auch die Zwischenräume reinigen.

Noch immer sei das Fachgebiet Parodontologie an den deutschen Universitäten kein selbständiges Unterrichts- und Prüfungsfach, wird in einer Mitteilung der Gesellschaft kritisiert. Nur an fünf Universitäten bestünden selbständige Abteilungen. In der Mitteilung wird ein Pilotprojekt der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe hervorgehoben, bei dem sich Zahnärzte in einer dreijährigen Weiterbildung als Parodontologen spezialisieren können, um vor allem schwierige und komplizierte Fälle zu betreuen.

Zahnärztl. Praxis 12/86, S. 477

Jahreshauptversammlung des DAZ 19./20. 9. 87

– Tätigkeits- und Rechenschaftsbericht des DAZ- Vorstandes

R. Ernst

Der seit einem Jahr amtierende Vorstand hat die Tätigkeiten und Aufgaben seiner Vorgänger kontinuierlich weiterentwickelt. Wir bedanken uns bei allen Mitgliedern, die uns dabei unterstützt haben. Zur Erleichterung unserer Arbeit haben wir einige Umstrukturierungen vorgenommen, was die Verteilung der Aufgaben angeht.

Wir trennten die Geschäftsstelle mit den vorwiegend administrativen Tätigkeiten und der Mitgliederbetreuung von den Aufgaben des Kassenwartes, des FORUM-Vertriebes und der Mitgliederverwaltung. Dies hat beiden Bereichen gutgetan und die Arbeit läuft effektiv, harmonisch und ohne Überschneidung der Kompetenzen. Durch die Umstellung der Mitgliederkartei auf Datenverarbeitung hat der Vorstand jetzt einen guten Überblick über regionale Schwerpunkte und die Mitgliederbewegung. Das hatte unter anderem zur Folge, daß wir einen für unsere Verhältnisse gewaltigen Zuwachs vermelden können.

Die wissenschaftlichen Projekte, die auf Initiative und unter wesentlicher Mitarbeit des DAZ laufen bzw. gelaufen sind, waren folgende:

1.
Die "Modellversuche der Erhöhung der Leistungs- und Kostentransparenz", kurz §-223-Studie, durchgeführt bei der BKK-Voith-Heidenheim im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung unter fachlicher Beratung von Dr. Hey und Dr. Müller. Der 247-seitige Enderbericht liegt seit dem 01.07. vor, er ist bisher nicht veröffentlicht.

2.
An dem Projekt des Bundesministeriums für Forschung und Technologie zur "Qualitätssicherung in der Zahnmedizin" unter Leitung von Prof. Naujoks arbeiten Dr. Müller und Dr. Nielsen mit. Qualitätskriterien sind entwickelt, wurden bis Juni 87 in einer 25-Praxen-Studie auf ihre Anwendbarkeit überprüft und anschließend vor allem aus der Sicht der Praktiker analysiert. Diese Studie wird voraussichtlich bis Anfang 88 abgeschlossen und vorgelegt

sein. Die beiden vom DAZ angestrebten Ziele werden erreicht werden:

a)

Es besteht zwischen Hochschule, BDZ und DAZ Konsens darüber, daß die Einführung der Qualitätssicherung möglich und nötig ist.

b)

Die jetzt erfolgte Entwicklung von Evaluationsinstrumenten erfordert weiteren Forschungsbedarf. Dabei soll - baldmöglichst - in einer größeren Feldstudie der qualitative Ist-Zustand ausgewählter zahnärztlicher Leistungen bestimmt werden. Von seinem Niveau werden sich dann alle weiteren Qualitätssicherungsschritte ableiten lassen.

Christian Nielsen dankt den zwölf an der Studie beteiligten DAZ-Kollegen. Ihre kompetente Bewertung der von den Hochschulen vorgelegten Kriterien wurde von Prof. Najoks anerkennend festgestellt. Es ergaben sich in der Beurteilung der Praktikabilität übereinstimmende Ergebnisse mit den beteiligten vom BDZ benannten Praxen. Das Verhältnis innerhalb der Kommission wurde als unvoreingenommen, freundlich-kooperativ beschrieben.

3.

Eine von uns geplante Arbeitstagung "Qualitätssicherung in der Zahnheilkunde", die unter unserer Regie mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung im Frühjahr stattfinden sollte, ist den Tumulten um das Sachverständigengutachten und die neue GO-Z zum Opfer gefallen. Sowohl im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung als auch bei uns gab es vom Februar bis zum Beginn der Ferien keine freien Kapazitäten zur Vorbereitung einer solchen Veranstaltung.

Eine Straffung unseres Grundsatzprogrammes, die Überarbeitung unserer Satzung und die neue Beitragsordnung waren weitere an uns gestellte Aufgaben.

Kai Müller hat sich der Mühe unterzogen, die wichtigsten Aussagen aus unserem '83-er Grundsatzprogramm zu aktualisieren, sie werden in diesem und in den nächsten zwei Foren kontinuierlich veröffentlicht. Auf der Grundlage dieses Papiers hat die Studiengruppe Oldenburg die druckfrisch vorliegenden "Zahnärztlichen Vorschläge zur Strukturreform" erarbeitet. Sie wurden während der Jahreshauptversammlung im Rahmen einer Pressekonferenz der Öffentlichkeit übergeben.

Bei der Ratssitzung am 31. Januar in Bad Zwischenahn wurde diskutiert, daß wir unserem Anspruch als standespolitischer Verband nicht genügen, wenn wir uns nur mit vorwiegend ethisch-medizini-

schen Problemen (wie Qualitätssicherung und Prophylaxe) beschäftigen und dabei Aussagen auf anderen Gebieten vernachlässigen; hierbei seien besonders die Existenzsicherung im weitesten Sinne und Probleme der Praxisführung wie Honorarverteilungsmaßstab, Kapazitätsverordnung, Umweltprobleme durch Amalgam etc. erwähnt.

Bevor wir uns aber über neue Schwerpunkte unserer Aktivitäten einigen konnten, überraschte uns im Februar das Sachverständigengutachten für die Konzertierte Aktion.

Die äußerst positiven Ansätze und Gedanken über Prophylaxe, Hilfsberufe und Qualitätssicherung wurden leider getrübt durch etliche Ungereimtheiten, bei denen wir uns eine etwas weniger heiße Stricknadel der Verfasser gewünscht hätten.

Unsere Stellungnahmen haben wir sowohl Herrn Blüm als auch Herrn Jung als auch den Verfassern der Studie zur Kenntnis gebracht. Ausführliche Stellungnahmen und weitere Vorschläge haben wir zu den Themen Qualitätssicherung und Prophylaxe eingebracht. Sie sind den Mitgliedern durch Rundbrief bekanntgemacht worden.

Mit Sorge beobachtet der Vorstand, daß bei der vielen Verwaltungsarbeit und bei dem Reagieren-müssen auf Tagesereignisse unsere programmatische Arbeit leidet. Einerseits ist es wichtig, daß wir uns organisatorisch verbessern, andererseits lebt der DAZ von den politischen und fachlichen Innovationen, die er in die Diskussion bringt.

Eines unserer wichtigsten Themen der letzten Jahre, die Prophylaxe, ist praktisch aus unserem Betätigungsfeld verschwunden. Können wir uns Resignation auf diesem Gebiet leisten?

Andere Themen wurden erörtert und nicht wieder aufgegriffen. Wo sind die vielen neuen, jungen Kollegen, die bereit und in der Lage sind, dem sozialpolitischen Geisterfahrer Freier Verband Paroli zu bieten?

Der gibt inzwischen selbst weinerlich zu, daß seine Lobbyisten in Bonn vor verschlossenen Türen stehen. Kläglicher läßt sich das Scheitern von Politik in unserem System wohl kaum ausdrücken. Die Zeit ist reif für eine Öffnung des DAZ zu anderen Gruppen, um Mehrheitsverhältnisse bei den Körperschaftswahlen zu verändern!

Die Kontakte zu Krankenkassen oder zu einzelnen Politikern, die in den vergangenen Jahren gepflegt wurden, müssen ergänzt werden durch Kontakte zu Kollegengruppen, die ähnlich wie wir denken.

Die Bemühungen dieses Vorstandes gehen dahin, den Informationsstand der Kollegenschaft zu verbessern und eine höhere Sensibilisierung für standespolitische Fragen zu erreichen, die Veränderung der Medienlandschaft zu nutzen und Kontakte zu allen relevanten Gremien zu suchen und aufzubauen. Dabei mangelt es nicht an programmatischen Aussagen. Im Gegenteil: Praktisch alle Kernaussagen unserer aktuellen Vorschläge zur Strukturreform

sind bereits in den ersten Papieren des DAZ von 1980 zu finden. Woran es uns mangelt, sind die Organisationsstrukturen, sie in die politische Wirklichkeit umzusetzen.

Wir haben in den letzten Wochen Kontakte zu dem Verband der Zahnärzte in Westfalen-Lippe, dem Decksteiner Kreis in Köln, der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin, den alternativen Zahnärztelisten in Hamburg und Berlin aufgenommen; mit diesen und anderen Gruppen werden wir über ein gemeinsames weiteres Vorgehen beraten. Als kleinster gemeinsamer Nenner schwebt uns eine Arbeitsgemeinschaft vor, die gemeinsame Wahllisten aufstellen sollte, ein Büro unterhalten, Arbeitsgruppen für spezielle Themen bilden, eine Rechtsberatung finanzieren und die flexibler auf regionale Ereignisse reagieren könnte.

Woran es uns mangelt, ist der persönliche Beitrag eines jeden einzelnen von uns, seine persönliche Begabung in den Dienst dieser Aufgabe zu stellen.

Es widerspricht unserem Selbstverständnis, von einer Handvoll Aktivisten vertreten zu werden.

Dieser Vorstand lebt vom Feed-Back der Studiengruppen und jedes einzelnen Mitgliedes. Gefragt sind Mut, Fleiß, Durchhaltevermögen und Solidarität. Jede Kritik ist herzlich willkommen, wenn sie diesen Aspekt berücksichtigt.

Zum Schluß noch etwas Erfreuliches: Vor ein paar Wochen hat sich in Freiburg eine neue Studiengruppe des DAZ gebildet! (Anschrift auf der hinteren Umschlagseite dieses Heftes) Ich möchte bei dieser Gelegenheit noch einmal alle Kollegen dieser Gruppe herzlich willkommen heißen und sie bitten, ihr Engagement und ihre Kompetenz in unseren Verband einzubringen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Roland Ernst
DAZ-Vorsitzender
Waldblick 2, 2905 Edewecht

"Ein Konditor, der Zuckerprobleme ignoriert, ist dumm und fahrlässig. Er wäre vergleichbar mit einem Zahnarzt, der sich scheute, über Zahnpflege zu reden, weil ihm dadurch Patienten verlorengehen könnten."

Rüdiger Nehberg, Konditormeister und "Survival-Experte" aus Hamburg
Dental-Magazin Nr. 3, 1987

Einige Bedenklichkeiten zur Amalgamfrage

A. Körtgen

Letzthin war auch bei uns im DAZ-Forum über das Amalgam die Meinung zu lesen: "Vorbehalte oder gar Vorurteile ... sind rational nicht zu begründen und sollen hier nicht weiter behandelt werden." (T. Ropers, Forum 16, S. 66)

Auf irrationales Vorurteil sollten wir gewiß nicht unsere Therapie bauen wollen, wohl aber sollten wir stets bereit sein, auch ein "bewährtes" Füllungsmaterial erneut kritischer Betrachtung zu unterziehen, sobald sich Anhaltspunkte finden, die in uns einen ersten Zweifel wachrufen, auch wenn dieser noch nicht in allen Richtungen bei der herrschenden Naturwissenschaft Unterstützung finden kann. Dieser Zweifel an der eigenen vertrauten fachlichen Überzeugung ist ehrenwert - und gleichzeitig die Voraussetzung für jede Fortentwicklung. Schon Descartes setzte ihn an den Beginn seiner philosophischen Gedankenentwicklung: "dubio ergo cogito ergo sum" - und es wäre für unser Selbstverständnis mehr als bedenklich, diesen Zweifel als "irrationalen Vorbehalt" abtun zu wollen.

Eigentümlich aber, wie gerade in dieser Frage Emotionen, Glaubensbekenntnisse und Pole-

mik von beiden Seiten hohe Wellen schlagen und eine nüchterne und aller Kritik offene Betrachtung unmöglich zu machen versuchen! Jeder von uns, der die Entwicklungsfortschritte der Composites "für den Seitenzahnbereich" skeptisch verfolgt, findet es selbstverständlich, höchste Ansprüche an ein taugliches Material zu stellen und dessen Anwendung solange abzulehnen, wie nicht alle Zweifel ausgeräumt sind. Warum aber nur Ansprüche auf Härte, Dimensionsverhalten, Abrasion etc. und nicht auch auf Biokompatibilität? Das Amalgam haben wir von unseren fachlichen Vätern, ja Urahnen geerbt: Voll denkbarer Pietät wagen wir nicht es anzuzweifeln, wohl wissend, daß wir keine "zweckmäßige" - soll heißen, qualitativ und finanziell gleichermaßen akzeptable - Alternative im therapeutischen Hintergrund bereithalten. Diese unbewußt vorgezogene Folgefrage verschreckt uns insgeheim und belastet die gesamte Diskussion um das Material Amalgam: Was soll erst werden, wenn wir es aus guten Gründen ablehnen müßten, weiterhin Amalgamfüllungen zu legen?

Zur Sache: Jedem interessierten Kollegen sind die ebenso fruchtlosen wie infolgedessen

das Standesgewissen beruhigenden Bemühungen bekannt, Bestandteile des Amalgams nach Legen einer frischen Füllung in Blut, Urin, Atemluft oder Speichel länger als einige Tage in höherer als der üblichen Konzentration wiederzufinden (nur als Beispiele: Kröncke 1980, Ott 1984 u.a.). Die herrschende Lehrmeinung tröstet sich regelmäßig mit der Feststellung: "Die durch langsame Korrosion aus den Füllungen freigesetzten Quecksilbermengen sind viel kleiner als die Quecksilberspuren, die täglich mit der Nahrung aufgenommen und wieder ausgeschieden werden." (Kröncke 1980; und ähnlich noch die Patientenbroschüre "Wie sicher ist Amalgam?" vom BDZ/KZBV) Und mit Behagen zieht man das Fazit: Die "vorübergehend freigesetzten sehr geringen Mengen an Quecksilber sind nach diesen Resultaten gesundheitlich ohne Belang." (Ott 1984)

Aber der Mensch besteht bekanntlich nicht lediglich aus Blut, Urin, Speichel und Atemluft. Nur weil diese Medien der Untersuchung leichter zugänglich sind als anderes, sind sie doch noch lange nicht repräsentativ für den Gesamtorganismus. Die immer wieder bemühten Fakten der durchschnittlichen täglichen Aufnahme von 7,6 µg Hg durch die Nahrung und deren nur 0,01 % Resorption auf dem Verdauungswege (Ott 1984) besagen nicht ohne weiteres, daß permanent in den Zähnen vorhandenes und fortwährend in irgendeinem Ausmaß vor sich hin korrodierendes Amalgam durchaus

denselben harmlosen Weg gehen muß.

Ist es denn so völlig undenkbar, daß freigesetzte, durch Diffusion in das Gewebe gelangte Bestandteile des Amalgams gerade nicht per Urin, Atemluft etc. ausgeschieden werden und sich auch nicht in größerem Ausmaße im Blut zeigen, sondern vom Körper in anderen Bereichen (z.B. Fettgewebe, Knochen, Gehirn, Leber, Niere) deponiert werden? Wie wollte man dies ausschließen?

Manche Indizien für solche Möglichkeiten sind sogar bereits nachgewiesen worden. Schon vor den vielleicht wenig nachvollziehbaren Resultaten der Till'schen Schule (Till 1977 und 1978) findet sich der Hinweis auf die Diffusion "aller Amalgambestandteile in die Zahnhartsubstanz." (Mocke 1971). Das amalgamschwarze Dentin unter einer Füllung ist ja ein vertrautes Bild der täglichen Erfahrung. Auch die Unterfüllung vermag dieses Phänomen nicht völlig zu vermeiden, bleiben doch stets Porositäten (z.B. im Phosphatzement) einer Diffusion der Ionen sicherlich genügenden Ausmaßes. Diesen Weg der Amalgamaufnahme in den Organismus durch den Zahn selbst und die unmittelbar benachbarten Gewebe des Kauorgans möchte ich einmal den "parenteralen" Weg nennen im Gegensatz zu dem oft geprüften und verworfenen durch den Verdauungskanal.

Dieser an sich so naheliegende und doch so schwer nachweisbare

Weg wird uns durch die neueste Untersuchung von Schiele und Mitarbeitern (demnächst in der DZZ) entscheidend nahegebracht. Er untersuchte die Quecksilberkonzentration der Pulpa an amalgamgefüllten und ungefüllten Zähnen. Die gemessenen Werte unterscheiden sich wesentlich:

Pulpen ungefüllter Zähne:
Mittelw. 1,99; Median 0,75

Pulpen amalgamgefüllter Zähne:
Mittelw. 72,62; Median 25,7

(jeweils $\mu\text{g Hg je g Pulpengewicht}$).

Also Differenzen schlicht und rund um den Faktor 35!

Weitere Abhängigkeiten von "Randbedingungen" wie Größe, Tiefe, Liegedauer der Füllung, Sekundärkaries und Unterfüllung ergaben sich im Trend in der zu erwartenden Richtung. Leider wird die Einteilung der "Füllungsgröße" nach "groß, mittel, klein" nicht weiter erläutert. Nach der klassischen Einteilung der Kavitätentiefe ergaben sich aber:

flache (car. superf.) Kav.:
Mittelw. 17,97; Median 7,37

mittlere (car. media) Kav.:
Mittelw. 62,68; Median 10,78

tiefe (car. profunda) Kav.:
Mittelw. 127,19; Median 67,42!

Das sind schon erhebliche Werte. Sie übertreffen die von demselben Autor früher gewonne-

nen Durchschnittswerte in der Niere, als Beispiel für das Organ mit der größten "Affinität" zu Hg, mit 0,096 $\mu\text{g/g}$ (Schiele 1981) bei den tiefen Kavitäten um den Faktor 1300! Der Autor folgert in vornehmer Zurückhaltung: "Die Meßwerte ... machen ... eine direkte lokale Übertragung von Hg aus der Amalgamfüllung auf die Pulpa des jeweiligen Zahnes wahrscheinlich."

Des weiteren - und nicht weniger bedeutungsschwer - wurde ein Absinken der Hg-Werte in der Pulpa bei längerer Liegedauer (über fünf Jahre) der Füllung festgestellt. Dies sei nur "durch den teilweisen Abtransport) von Hg durch das Blut erklärbar."

Dritter beunruhigender Befund dieser Untersuchung: Auch die Pulpa ungefüllter Zähne weist im Vergleich mit den "normalen" Quecksilberkonzentrationen anderer menschlicher Organe hohe Konzentrationen auf: "Sie übertreffen die von Niere, Leber und Lunge um etwa das 5- bis 10-fache, die von Großhirn und Kleinhirn um etwa das 100-fache." Der Autor schließt folgerichtig: "Möglicherweise ist das Pulpagewebe als mukopolysaccharidreiches galertiges Bindegewebe ... besonders zur Speicherung von Hg geeignet."

Für A. Pischinger, den geistigen Vater aller im weitesten Sinne naturheilkundlich-alternativen Methoden, war gerade die Zahnpulpa das Studienmodell par excellence für seine Lehre

vom "vegetativen Grundsystem" (Pischinger 1985, S. 49 f.). Wenn diese Pischinger'sche Theorie des im unspezifischen interstitiellen Bindegewebe allen Lebensvorgängen zugrundeliegenden "vegetativen Grundregulationssystems" ihre annähernd reinste Inkarnation in praxi in unserer Zahnpulpa findet, und diese wiederum gerade und ausgerechnet eine speziell hohe Affinität zu den hämatogen verschleppten Korrosionsbestandteilen des Amalgames zeigt - dann zeigt sich eine rationale Indizienkette, welche die seit langem als gefährliche Fermentgifte anerkannten Schwermetalle (Straßburg 1967) mit den so mannigfachen und diffusen Beschwerden und Leiden des vegetativ-dystonen Formenkreises in Zusammenhang bringt.

Wiederum R. Schiele und Mitarbeitern gelang es vor einigen Jahren, handfeste Daten zu erheben, die unsere Fachwelt hätten erschüttern müssen, wären sie nur erst angemessen laut geworden, statt wie geschehen lediglich aus zweiter Hand in der Kongreßberichterstattung zu verwässern. Befunde folgenreicherer Bedeutung ergaben sich bei einer Querschnittstudie im Rahmen routinemäßiger Sanktionen, durchgeführt am Institut für Rechtsmedizin der Universität Erlangen. Von 44 Leichen wurden Gewebeproben aus einer Niere und dem Großhirn entnommen und auf Quecksilber untersucht. Die festgestellten Werte (durchschnittlich 0,187 µg/g in der Niere und 0,005 µg/g im Gehirn) lagen "etwa in derselben

Größenordnung" wie bei früheren Untersuchungen (Schiele 1981: 0,096 µg/g Niere und unter 0,005 µg/g Gehirn), wären also bisher, wie der Autor schreibt, "eindeutig als "Normalwerte" eingestuft worden." In Beziehung gesetzt zur Zahl (bzw. zur "Größe") der Amalgamfüllungen der Toten ergaben sich jedoch einige eindeutig signifikante Zusammenhänge, die aufhorchen lassen:

Der Hg-Gehalt im Gehirn steigt mit zunehmender Füllungszahl ($r = 0,34$; $p 0,05$).

Der Hg-Gehalt in der Niere steigt mit zunehmender Füllungszahl ($r = 0,50$; $p 0,001$). Der Hg-Gehalt im Gehirn steigt deutlich mit zunehmendem Lebensalter der Person ($r = 0,43$; $p 0,01$), nicht jedoch der in der Niere.

Der Untersucher kam zu dem Schluß: "Die bisherigen Untersuchungsergebnisse lassen vermuten, daß die Quecksilber-Konzentration von Gehirn und Nieren wesentlich von der Zahl der Amalgamfüllungen bestimmt werden. Entgegen meiner eigenen bisherigen Einschätzung ... wäre die Quecksilber-Belastung des Menschen aus Amalgam-Füllungen dann doch deutlich höher zu bewerten als die mit der täglichen Nahrung." (Schiele 1984)

Offen bleiben viele Fragen: Welche Wege nimmt das Hg? Wo sammelt es sich noch an? Was geschieht mit den übrigen Bestandteilen des Amalgams? Was sind schließlich die Auswirkun-

gen von alldem auf den Organismus?

Ist es wirklich statthaft, von der "bekannten großen Toleranzbreite des Menschen" gegen Hg zu sprechen (Schiele 1987), und haben die vielerlei gemessenen Konzentrationen in den verschiedenen Organen wirklich keinerlei "toxikologische Bedeutung" (Ott 1986), nur weil sie weit unter den festgesetzten BAT-Grenzwerten liegen?

Dabei begegnet uns doch in der täglichen Diskussion um Grenzwerte aller Art ständig deren allgemeingültige Fragwürdigkeit. Ob es nun ums tägliche Formaldehyd geht oder um das Cäsium in der Problem-Molke, der verbissene Streit um die einzig wahre Position des Komma zur Festlegung der gerade noch tragbaren Quantität darf doch nie darüber hinwegtäuschen, daß das Problem all dieser Stoffe in der Qualität liegt! Gewiß macht "die Dosis das Gift", aber auch die subtoxische Dosis wirkt - und muß vom Körper verkraftet werden - und kann daher bei dessen konkreter Schwäche oder in Summation mit anderen Belastungen eben auch schon ein "Zuviel" darstellen, das zu Symptomen führt; erst recht sogar, wenn es sich, wie bei unserem Amalgam, um solch eine unverdrossene Dauermedikation handelt.

Es lohnt sich, der Frage nach jenen Symptomen nachzugehen, die mit den Amalgambestandteilen in Zusammenhang gebracht werden. (Es sei nur kurz und

beiläufig erwähnt, daß es natürlich gar nicht um die klassische Allergie gegen Amalgam gehen kann. Daß es auch diese gibt, und wie klar erkennbar sie in seltenen Fällen begegnet, dürfte seit der Veröffentlichung von Straßburg, 1967, spätestens anerkannt sein. Immerhin galt noch 1957 Quecksilber als das "häufigste Kontaktallergen schlechthin." (Groenemeyer, 1957))

Einen reichen Erfahrungsschatz auf dem Gebiet der subtoxischen Symptomatologie offenbaren uns die Arzneimittelprüfungen der Homöopathie. Bekanntlich werden dabei die Wirkungen geringer Mengen der jeweiligen Testsubstanz auf eine große Zahl gesunde Personen von diesen subjektiv aufgezeichnet und schließlich zusammengefaßt. Daraus ergibt sich das sogenannte "Arzneimittelbild", das heißt, der Komplex der häufigsten, typischen Symptome mit allen festgestellten Begleitumständen, insgesamt den sogenannten "Leitsymptomen". Es würde zu weit gehen, hier in alle Details zu steigen, nur soviel als geraffte Zusammenfassung (aus Thomsen 1985):

Neben den differenzierten Allgemeinsymptomen wie Schwäche, Schwindel (Ag), Krämpfen (Cu), Übelkeit (Cu, Sn), Schweiß, Jucken (Hg) und Zittern (Zn) wirken alle Amalgam-Bestandteile als Schwermetalle bevorzugt auf das Nervensystem!

Vielleicht lösen die meisten dieser Symptome bei dem gestan-

denen Kliniker nur gelangweiltes Schulterzucken aus, man hält das für alltägliche Beschwerden oder für überhaupt zu diffus. Aber andererseits weiß jeder, wie sehr schon eine so schwer faßbare "allgemeine Mattigkeit" zur subjektiv belastenden chronischen Beeinträchtigung werden kann.

Wir dürfen uns vor einem Problem nicht deshalb drücken, weil es zu allgemein ist; ebensowenig ist eine Substanz als harmlos anzusehen, weil sie dermaßen breit den Organismus belasten kann, daß sich für unseren gewohnten "klinischen Blick" kein Charakteristikum mehr dingfest machen läßt.

Kommen wir zum Schluß und fassen die Fakten zusammen:

1. Jedes Amalgam korrodiert und setzt seine Bestandteile frei (z.B. Geis-Gerstdorfer et al. 1986).
2. Alle Amalgam-Bestandteile diffundieren in die Zahnhartsubstanz (Mocke 1971, Till 1977 und 1978).
3. Hg findet den direkten Weg in die Pulpa (Schiele 1987).
4. Hg wird aus der Pulpa durch das Blut abtransportiert (Schiele 1987).
5. Hg-Konzentration in Gehirn und Niere werden "wesentlich" von der Zahl der Amalgamfüllungen bestimmt (Schiele 1984).
6. Das unspezifische interstitielle Bindegewebe, typisch repräsentiert in der Pulpa ungefüllter Zähne, speichert Hg mit besonderer Vorliebe (Schiele 1987).
7. Hg belastet daher besonders

das im "Zelle-Milieu-System" des unspezifischen Bindegewebes beheimatete vegetative Grundregulationssystem (Pischinger 1985).

8. Durch die subtoxische Dauerbelastung mit Amalgam-Bestandteilen sind vegetative Symptome analog den Arzneimittelbildern der Homöopathie zu erwarten (Thomsen 1985).

Abschließend ein Zitat des Altmeisters Charles E. Stuart: "Wenn sie ein guter Zahnarzt sein wollen, sehen Sie zu, daß Ihre Patienten einen Mund voller Zähne behalten, sorgen Sie sich um das Parodontium und verwenden Sie kein Amalgam!" (zitiert nach Engl 1987)

Weitere interessierende Untersuchungen lagen zum Zeitpunkt der Niederschrift leider noch nicht vor. Speziell die Erkenntnisse der schwedischen Forscher P.O. Lundberg und L. Friberg geisterten in letzter Zeit durch die Laienpresse. Die Originalia sind angefordert und sollen in einem späteren Aufsatz besprochen werden.

Anschrift des Verfassers:
Dr. Andreas Körtgen
Oeder Weg 43
6000 Frankfurt/M. 1

Literatur-Verzeichnis:

- 1) Engl, M.: Ist Gnathologie biologische Zahnheilkunde? Dtsch. Zschr. f. Biologische Zahnmedizin 1, 1987, 27 f.
2. Geis-Gerstdorfer, J. et al.: Vergleichende In-vitro-Untersuchungen zu Verfärbungen und zum Massenverlust

korrodierender Amalgame. DZZ 1986, 1266 f.

3) Groenemeyer, W.: Arzneimittel-Allergie. in: Hansen, K.: Allergie, 3. Aufl., Stuttgart 1957.

4) Kröncke, A. et al.: Über die Quecksilberkonzentrationen in Blut und im Urin von Personen mit und ohne Amalgamfüllungen. Dtsch. Zahnärztl. Z. 1980, S. 803 f.

5) Mocke, W.: Untersuchungen durch Neutronenaktivierung über den diffundierten Elementgehalt von Zähnen mit Amalgamfüllungen. Dtsch. Zahnärztl. Z. 1971, 657 f.

6) Ott, K.H.R. et al.: Zur Quecksilberbelastung durch Amalgamfüllungen. Dtsch. Zahnärztl. Z. 1984, S. 199 f.

7) Ott, K.H.R. et al.: Untersuchungen zum zeitlichen Verlauf der Quecksilberfreisetzung aus Amalgamfüllungen nach dem Kauen. Dtsch. Zahnärztl. Z. 1986, S. 968 f.

8) Pischinger, A.: Das System der Grundregulation. Grundlagen für eine ganzheitsbiologische Theorie der Medizin. 5. Aufl., Heidelberg 1985.

9) Schiele, R. et al.: Untersuchungen

zur normalen Quecksilberkonzentration menschlicher Organe. Zbl. f. Bakt. Mikrobiol. u. Hyg. 1981, B Originale I. Abt. Vol. 173/1-2, 45 f.

10) Schiele, R. et al.: Untersuchungen zum Quecksilbergehalt von Gehirn und Nieren in Abhängigkeit von Zahl und Zustand der Amalgamfüllungen. Vortrag auf dem Symposium "Amalgam-Aussagen von Medizin und Zahnmedizin" im Hotel Inter-Continental, Köln am 12. März 1984 (Typoskript).

11) Schiele, R. et al.: Quecksilbergehalt der Pulpa von ungefüllten und amalgamgefüllten Zähnen. Dtsch. Zahnärztl. Z. 1987 (z.Zt. im Druck).

12) Strassburg, M. et al.: Generalisierte allergische Reaktion durch Silberamalgamfüllungen. Dtsch. Zahnärztl. Z. 1967, S. 3 f.

13) Thomsen, J.: Odontogene Herde und Störfaktoren. Uelzen 1985.

14) Till, T. et al.: Bericht über Spurenanalysen an menschlichen Zähnen. Zahnärztl. Welt 1977, S. 66 f.

15) Till, T. et al.: Quecksilber in Zahnwurzeln und Kieferknochen. Zahnärztl. Welt 1978, S. 288 f.

AMALGAM

ZITATE

AMALGAM

Hg-Depotbildungen um Amalgamfüllungen

Die festgestellten Meßwerte weisen eindeutig darauf hin, daß es zu Hg-Depotbildungen in der Umgebung von Amalgamfüllungen, sowohl an der Zahnwurzel wie auch im Kieferknochen kommt. Somit sind widersprechende beschwichtigende Aussagen von theoretisierenden Amalgamvertretern, als fachlich unzuständig und irreführend abzulehnen, da sie der aufgetragenen Sorgspflicht gegenüber den Patienten nicht entsprechen.

Wie sicher ist Amalgam?

Solange keine Überempfindlichkeit gegen Amalgam nachgewiesen ist, ist eine Entfernung vorhandener Amalgamfüllungen nicht angezeigt.

...

Durch irreführende Meldungen in der Tagespresse werden immer wieder Patienten durch angeblich auftretende Quecksilbervergiftungen aufgrund von Amalgamfüllungen verunsichert.

...

International anerkannte Untersuchungsergebnisse und Stellungnahmen aus zahlreichen Ländern bestätigen, daß seine Anwendung für den weitaus größten Teil der Patienten ohne jede gesundheitliche Gefahr ist.

Herausgegeben von der Arzneimittelkommission Zahnärzte (AK-Z) in Zusammenarbeit mit dem Ausschuß "Koordinierung der Gesundheitserziehung".

Informationsblatt BDZ/KZBV

Amalgamverbot: Schwedische Zahnärzte warnen Schwangere

Amalgam-Arbeiten sollen bei schwangeren Frauen eingestellt werden.

Dies forderten schwedische Zahnärzte in einem Bericht an das Sozialministerium, das sie aufforderten, die Suche nach alternativen Zahnfüllungen so zu intensivieren, um Amalgam möglichst bald "ganz verbieten zu können".

Die Expertengruppe betonte in dem Bericht, daß das im Amalgam enthaltene Quecksilber die Plazenta-Barriere überwinde und so in den Körper des Ungeborenen gelange. Zwar gebe es, heißt es im Bericht, bislang keine klinischen Beweise für Fetal-Schäden durch Amalgam, doch sei ein Verwendungsstopp ein Gebot der Klugheit, so lange die

Untersuchungen weitergingen.

Die schwedischen Zahnärzte haben damit in einem zehn Jahre dauernden Ringen um die Verwendung von Amalgam eine Kehrtwendung vollzogen.

Die Zahnarzt-Woche 24/87

Meinungsstreit bei der Frage der Neben-/Wechselwirkung von Amalgam in der Mundhöhle

Konkurrieren jedoch Lehrmeinungen miteinander und ist nicht sicher, welcher der Vorzug zu geben ist, so muß sich der Zahnarzt frei entscheiden können. In solchen Fällen können mehrere konkurrierende Verfahren als anerkannt, aber keines kann als allgemein und alleinverbindlich gelten. Die Entscheidung des Zahnarztes für eines der Verfahren kann nicht aus sich heraus kunstfehlerhaft sein. Bei dem von Ihnen skizzierten Meinungsstreit ist jedoch darüber hinausgehend zu vermerken, daß gerade die überwiegende Lehrmeinung auf dem Standpunkt steht, die Versorgung des Patienten mit Amalgamfüllungen sei unbedenklich. Von daher kann nicht davon gesprochen werden, daß der behandelnde Zahnarzt bei der Verwendung von Amalgam eine nicht kunstgerechte Behandlung erbringt. Der Patient kann somit auch wirksam in die Behandlung mit Amalgam einwilligen.

Wie bereits erwähnt erfordert eine wirksame Einwilligung jedoch auch eine umfassende Aufklärung des Patienten durch den Zahnarzt. Hier würde gerade im Hinblick auf die möglichen Nebenwirkungen von Amalgam zu fordern sein, daß der Zahnarzt verpflichtet ist, den Patienten auf etwaige Nebenwirkungen hinzuweisen, wobei er jedoch deutlich machen kann, daß nach der zur Zeit Überwiegenden Lehrmeinung Gesundheitsschäden nicht zu befürchten sind.

Anwaltskanzlei Dr. Tiemann u. Partner

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 313008/09

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

SAE

Ein Beitrag zur Situation der Kieferorthopädie

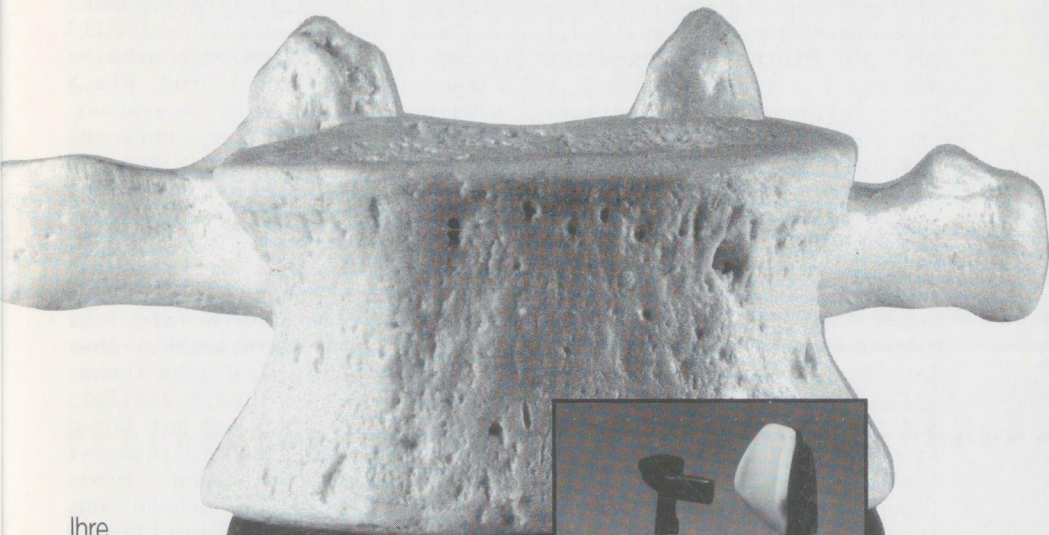
P. Lenz

Mit diesem Aufsatz soll versucht werden mit einer Erörterung von Fragen zur Kieferorthopädie eine Diskussion im DAZ auszulösen, um langfristig die Kieferorthopädie intensiver zu behandeln und die "Grundsätze und Empfehlungen" um weitere Fakten zu ergänzen. Erfahrungsgemäß wird die Diskussion über Kieferorthopädie in zahnärztlichen Kreisen nicht ganz vorurteilsfrei geführt, was m.E. hauptsächlich auf ein Informationsdefizit zurückzuführen ist. Einerseits wird der fort- und weitergebildete Kieferorthopäde, der seinem Beruf mit Engagement nachgeht, von vielen Allgemein Zahnärzten geschätzt, andererseits besteht das Vorurteil des "Noch-mehr-Verdieners". So wie der Zahnarzt von der Bevölkerung mit zunehmendem Abstand vom Behandlungsstuhl oft nur als "klotziger Großverdiener" gesehen wird, so wird der Kieferorthopäde von Zahnärzten ähnlich gesehen. Das wird sogar bei Gesprächen mit guten zahnärztlichen Freunden und Kollegen über die neue GOZ deutlich, bei denen ein gewisses Maß an Schadenfreude nicht zu überhören ist. Grundsätzlich sollte innerhalb unseres Berufsstandes eine pauschalierende und auf Neid aufbauende Betrachtungsweise unterbleiben und mehr

mit sachlichen Kriterien argumentiert werden, wie Qualität und Effizienz der Behandlung etc.

Spätestens seit Beginn des Jahres ist im Zusammenhang mit dem Jahresgutachten die grundsätzliche Frage aufgetaucht, in welche Kategorie von Maßnahmen die Kieferorthopädie überhaupt einzuordnen ist. Ist die Kieferorthopädie Spätbehandlung oder Zahnerhaltung oder gar Prophylaxe? Diese Frage wird wohl fast jeder Kieferorthopäde ohne zu zögern mit Zahnerhaltung beantworten und er würde damit in großen Widerspruch zum Urteil des Jahresgutachtens stehen. Dies deshalb, weil dort in Absatz 345 ausgesagt wird, daß angeblich über 50 % der kieferorthopädischen Behandlungen auf vorzeitigen Milchzahnverlust zurückzuführen seien. In der Erwiderung des Sachverständigenremiums auf die Stellungnahme von KZBV und BDZ wird dann von 85 % erworbener Stellungsanomalien gesprochen, ohne auch nur andeutungsweise andere Ursachen als die Milchzahnkaries anzusprechen, um dann mit einer unbedeutenden Literaturstelle sogar den logischen Schluß zu ziehen: Kieferorthopädie ist die Spätbehandlung des Milchgebisses, so wie die Prothetik die Spät-

UNITEK setzt Maßstäbe.
Mit dem **Ergo-Dental[®]-Stuhl**

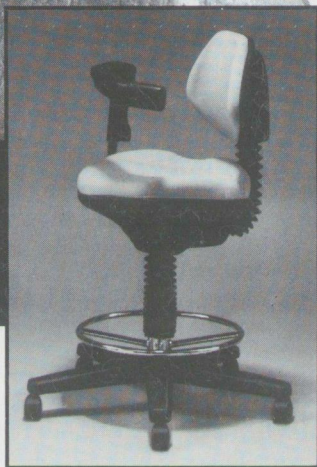


Ihre Bandscheiben liegen uns am Herzen.

Einen Stuhl zu schaffen, der jeder noch so extremen Bewegung des Behandlers folgt und dabei die Wirbelsäule entlastet, war

das Ziel unserer Konstrukteure. Die überzeugende Lösung ist der ERGO-Dental Stuhl.

Beim „free-float-System“ des ERGO-Dental Stuhles passen sich Sitzfläche und Rücklehne jeder Bewegung des Sitzenden an. Die Wirbelsäule wird damit entlastet.



ERGO-Dental Stuhl
Modell MC 550
mit Fußring und
Armstütze.

Polster und Rückenlehne sind anatomisch-funktional geformt. Das sichert Bewegungsfreiheit und vermeidet Wärmestaus.

Gönnen Sie Ihren Bandscheiben etwas Gutes: den ERGO-Dental Stuhl.

UNITEK[®]

inter-UNITEK GmbH
Postfach 16 29 · 8032 Gräfelting · Tel. 089/85 50 39

Der ERGO-Dental Stuhl interessiert mich
 Schicken Sie mir ausführliches Informationsmaterial
 Ich wünsche eine persönliche Beratung
 Name: _____ PLZ/Ort: _____ Straße: _____ Tel.: _____

behandlung des bleibenden Gebisses ist. Somit paßt die Kieferorthopädie in die Schublade Spätbehandlung und soll wie die Prothetik abgewertet werden. Die Angabe, daß 85 % der Stellungsanomalien erworben sind, ist bestimmt richtig, allerdings gehen sicherlich kaum mehr als 10 % auf das Konto vorzeitiger Milchzahnverlust. Man kann natürlich den Standpunkt vertreten, daß die Behandlung von erworbenen und somit vermeidbaren Krankheiten Spätbehandlung ist, man darf dann allerdings diesen Standpunkt nicht nur auf die Kieferorthopädie beziehen. Dann natürlich ist auch die Zahnerhaltung, angefangen von der kleinsten Füllung bis zur Wurzelfüllung, Parodontosebehandlung wie auch Chirurgie eine Spätbehandlung, dann ist fast die ganze medizinische Tätigkeit Spätbehandlung, da fast alle Krankheiten auf irgendeine Weise erworben sind, manche sogar bewußt z.B. durch Rauchen, Alkoholismus usw. Zu den Ursachen für die 85 % erworbener Zahnfehlstellungen zählen außer der Karies viel häufiger Ursachen wie: Dyskinesien, schädliche Gewohnheiten, Atmungsbehinderungen hauptsächlich durch Adenoide, Tonsillenhyperplasien, Zahn- und Kiefergrößen Diskrepanzen, um nur einige zu nennen. Die eigentlichen Wurzeln liegen natürlich in zivilisatorischen Erscheinungen unserer "modernen" Gesellschaft: Fehlernährung vom Säuglingsalter an (die leider nicht nur zur Karies führt!),

gestörte Familienverhältnisse, zu früh schon wechselnde Bezugs- und Erziehungspersonen durch Mütter, die zu schnell nach der Geburt wieder arbeiten müssen, Schulstreß etc. Doch diese Wurzeln anzugehen ist für Politiker genauso schwierig, wie dem Alkohol- und Nikotinabusus Einhalt zu gebieten. So lebt die Medizin von den Randerscheinungen der Zivilisation und die Kieferorthopädie gehört auch dazu, auch wenn sie weniger als 1 % der Kosten verursacht. Abschließend sei zu diesem Thema gesagt, daß wohl kein Zweifel darüber besteht, daß bei Vorliegen einer "behandelnswerten" Zahnfehlstellung eine kieferorthopädische Behandlung einen zahnerhaltenden Effekt hat. Außerdem kann schon beim Kind oder Jugendlichen im Verlauf der Behandlung ein "Zahnbewußtsein" für den Rest des Lebens entwickelt werden unter der Voraussetzung, daß die Behandlung fachlich einwandfrei und mit entsprechendem Interesse von allen Seiten (Patient, Eltern und Behandler) durchgeführt wird.

Seit Übernahme der kieferorthopädischen Leistungen in die Kassenverträge wurden nun schon zweimal drastische Abwertungen vorgenommen! Wie erklärt sich dieser Prozeß? Durch steigende Morbidität und verbesserte Behandlungsmöglichkeiten hat der Umfang der Gesamtkosten für Kieferorthopädie erheblich zugenommen. Außerdem steigt die Zahl der Behandler ständig, zum einen

werden mehr Kieferorthopäden ausgebildet, zum anderen steigt auch das Angebot der Fortbildungsakademien und -institute an "Schnellkursen" zur Kieferorthopädie für den Allgemeinzahnarzt. Da die Kieferorthopädie ein ansteigender Kostenfaktor für die Versicherer ist, kommt natürlich die Frage nach Kostendämpfungsmaßnahmen auf. Sicherlich gab es technische Vereinfachungen, die Abwertungen in einem gewissen Rahmen rechtfertigen, die gibt es aber auch in anderen zahnmedizinischen Bereichen, z.B. der Füllungstherapie, mit gegenteiliger Honorarentwicklung. Grundsätzlich muß wohl davon ausgegangen werden, daß die Interessen der Kieferorthopäden bei den Vertragsverhandlungen nur unzureichend vertreten werden, da die Kieferorthopäden innerhalb der Zahnärzteschaft nur eine Minderheit darstellen. Der Verdacht liegt nahe, daß die Kieferorthopädie von den zahnärztlichen Landesvertretern als Opferlamm für andere Gebührenpositionen verwendet wird. Die letzten Abwertungen haben zwar auch den kieferorthopädisch tätigen Allgemeinzahnarzt getroffen, aber doch wurden seine hauptsächlich KFO-Positionen, wie z.B. die Positionen 119, 120 und die Modellanalyse weniger abgewertet, als die bei Kieferorthopäden häufiger angewendete Fernröntgenanalyse und die Multibandbehandlung. Dies obwohl unstrittig sein dürfte, daß die Fernröntgenanalyse aufwendiger und diagnostisch

wichtiger ist als die Modellanalyse. Die von den Vertretern der Bundesorganisationen tolerierten Abwertungen der Kieferorthopädie könnten auch noch eine andere Zielsetzung haben: Möglicherweise sollten die Kieferorthopäden durch überzogene Abwertungen (ohne Kompensationsmöglichkeit) zum Ausscheren aus der GKV gezwungen werden, um so zum Vorreiter eines wichtigen Ziels einiger Standespolitiker zu werden. An dieser Stelle sei bemerkt, daß der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden (BDK) den Ausstieg aus dem Sachleistungsprinzip nicht befürwortet hat, da dies in der gegebenen Situation kaum realisierbar wäre. Wir müssen uns mit dem gegenwärtigen System arrangieren.

Ziel der Standespolitik sollte auch im Bereich der Kieferorthopädie eine gerechte Bewertung der Einzelleistung sein, in Verbindung mit Qualitätssicherungsmaßnahmen. Auch wenn die Mitarbeit des Patienten einen wichtigen Faktor für den Erfolg der Behandlung darstellt, sollte man sich nicht mit diesem Argument um die Qualitätssicherung in der Kieferorthopädie herumogeln. Vielmehr sollte man in den eigenen Reihen realistische und praktikable Qualitätssicherungsmaßnahmen entwickeln, damit sie nicht nur am Schreibtisch eines Ministeriums entstehen, weil wir uns ständig dagegen gewehrt haben. In diesem Zusammenhang werden immer wieder Fallzahlbeschrän-

kungen, degressiver Punktwert oder Indikationskataloge für Multibandbehandlungen genannt. Diese Ideen haben aber primär nichts mit Qualitätssicherung zu tun. Besonders ein Eingriff in die Therapiefreiheit durch Indikationskataloge für Multibandbehandlungen würde die Fortschritte auf diesem Gebiet zunichte machen und zu einer kaum lösbaren Kontroverse unter Kieferorthopäden führen. So wird z.B. von vielen nicht anerkannt, daß eine Multibandapparatur funktionskieferorthopädischer wirken kann als manche Geräte, die diesen Namen tragen. Die Tatsache, daß verschiedentlich Mißbrauch mit der Multibandapparatur getrieben wird, sollte nicht mit den falschen Mitteln bekämpft werden. Ein Grund dafür ist unter anderem, daß vielen Behandlern fundierte Kenntnisse in der Multibandtechnik fehlen, da diese in 2-Tageskursen kaum zu erwerben sind. Maßgeblich für Qualitätssicherungsmaßnahmen ist die Beurteilung des Einzelfalls. Dies zu realisieren würde eine erhebliche Aus-

weitung der gutachterlichen und beratungszahnärztlichen Tätigkeit bedeuten und zwar auch für die sogenannten einfachen Fälle, da auch diese erhebliche Kosten verursachen. Der Patient als Kontrollperson scheidet aus, da nach oft langjähriger Behandlungszeit das Ende der Behandlung und eine Oberkieferfrontzahnreihe die einzigen Kriterien für ihn sind. Aus diesem Grund sind auch grundsätzliche Eigenbeteiligung oder Kostenerstattungsprinzip kein Mittel zur Verbesserung der Qualität, sondern es würden eher notwendige Behandlungen bei Kindern nicht durchgeführt wegen der Einkommenssituation der Eltern. Die Kieferorthopäden sind aufgefordert, Beiträge zur Qualitätssicherung zu leisten, um in der Zukunft gute Argumente für die Durchsetzung guter Honorare zu haben.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Peter Lenz
Kaiser-Joseph-Str. 178
7800 Freiburg

ANMERKUNG DER REDAKTION:

Dieser Beitrag soll auch zum Anlaß genommen werden, Kieferorthopäden zur Mitarbeit im DAZ aufzurufen. Interessenten, z.B. für die Mitarbeit in einer DAZ-Arbeitsgruppe Kieferorthopädie, können sich an die Studiengruppen oder an die DAZ-Geschäftsstelle, Lindenschmitstr. 44, 8000 München 70, wenden.

Ebenso sind Beiträge für das FORUM erwünscht.

Neuer Geschäftsführer und Justitiar für den Berufsverband der Kieferorthopäden

Der Geschäftsführende Vorstand hat in Folge des Beschlusses der Mitgliederversammlung vom 07.03.1987 die Entscheidung über die Einstellung eines Geschäftsführers und Justitiars getroffen. Es handelt sich um:

Rechtsanwalt Jürgen Steinbrink aus Kiel, 48 Jahre, verheiratet, zwei Kinder, seit 1968 Rechtsanwalt, seit 1973 Notar, Sozius in einer größeren

Kanzlei in Kiel. Rechtsanwalt Steinbrink beschäftigt sich seit mehreren Jahren intensiv mit dem Kassenarztrecht und freut sich - nach seinen eigenen Worten - darauf, "sich tatkräftig für die Interessen der Kieferorthopäden einsetzen" zu können. Zu erreichen ist der neue Justitiar in 2300 Kiel, Sophienblatt 12, Tel.: 0431/6 20 54

Gründung einer "Kieferorthopädischen Interessengemeinschaft GOZ, Strukturreform und BEMA"

Der "Ausschuß für die Kieferorthopädische Innovation" (AKI) (Ein Ausschuß des BDK) sowie Teile des Vorstandes des BDK regten aus akutem Anlaß die Gründung einer "Kieferorthopädischen Interessengemeinschaft GOZ, Strukturreform und BEMA" an.

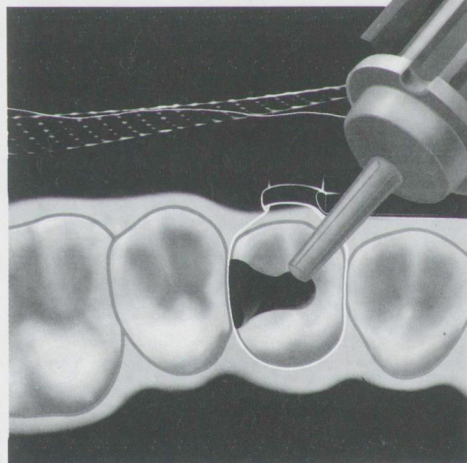
Das Gründungstreffen fand am 1.8.1987 um 10.00 Uhr im Crest Hotel in Frankfurt statt. Als Diskussionsreferenten konnten Herr Dr. W. Goetzke (Dipl.-Kfm.), Köln und Herr W. Fibelkorn (Rechtsanwalt), Hamburg gewonnen werden.

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

Der entscheidende Durchbruch in der Füllungstherapie.

ESPE KETAC-[®] SILVER

Mit der molekularen Verankerung an Schmelz und Dentin. Im verarbeitungssicheren Glas Ionomer Applic-System. Speziell für Stumpfaufbauten und Restaurationen im Seitenzahnbereich.



First Class 
SYSTEM 

Karl-Marx-Stadt Mekka der Trinkwasserfluoridierung

A. Maurer

April 1987. Im Rahmen einer IPPNW-Tour ("Ärzte gegen den Atomkrieg") nach Dresden und Karl-Marx-Stadt besuchen fünf DAZler auch die Stomatologische Klinik (des ehemaligen Chemnitz) in Karl-Marx-Stadt).

Diese Stadt installierte als erste in Europa 1959 eine Großanlage zur künstlichen Fluoridierung des Trinkwassers. Die Voraussetzungen waren günstig, denn aus der Talsperre des Erzgebirges fließt das Wasser durch ein Sammelrohr nach Karl-Marx-Stadt und versorgt alle 320 000 Einwohner.

Inzwischen erhalten 13 % der DDR-Bürger fluoridiertes Wasser; in Kürze werden es 40 % sein. Voraussetzung ist jeweils ein zentrales Wasserverwerk, in das moderne Aggregate zur genau dosierbaren Fluoridzugabe eingebaut werden können. Neunzig Großanlagen sind in Betrieb, 5,5 Millionen Bürger angeschlossen.

Außer in Karl-Marx-Stadt kann in Europa nur Basel auf eine annähernd 25-jährige Erfahrung mit Fluorid verweisen.

In den USA, wo heute über 10

Millionen Einwohner fluoridangereichertes Wasser beziehen, wurde mit Grand Rapids bereits vor 40 Jahren begonnen und bis heute eingehend dokumentiert.

Genauere Dokumentation führt auch die DDR in Zusammenarbeit mit der WHO (Weltgesundheitsorganisation) und Wissenschaftlern aus anderen Ländern, insbesondere Österreich. Die Universitäten Berlin und Erfurt begleiteten die Kariesentwicklung im Vierjahresrhythmus von Anfang an.

Ein Vergleich mit Basel liegt nahe. Hier wie dort existiert neben der TWF (Trinkwasserfluoridierung) ein Prophylaxeprogramm für Kinder von der Geburt bis ca. zum zwanzigsten Lebensjahr. Ähnlich wie in Basel besuchen in Karl-Marx-Stadt fast alle Kinder einen Kindergarten, darüber hinaus bereits 80 % eine Kinderkrippe.

Somit sind sie erreichbar für kollektive Prophylaxemaßnahmen wie Zähneputzen, Hygieneaufklärung und Ernährungsbeeinflussung. Jeder Zahnarzt und viele speziell ausgebildete Prophylaxehelferinnen führen in der DDR dieses Programm durch.

Wer Gelegenheit hatte, Dr. Büttner in seiner Basler Schulzahnklinik mit unvergleichlichem Engagement zu erleben, und wer Kollegen wie Dr. Walther und Frau Päßler sowie deren Jugendzahnheilkundesystem in Karl-Marx-Stadt kennengelernt hat, wird beider Grundaussage nicht ignorieren können: "Ohne Fluoride kämpfen wir mit unserer Prophylaxe auf verlorenem Boden."

So stehen trotz intensiver Aufklärung zwei Länder (noch vor der BRD) mit an der Spitze des Zuckerverbrauchs in Europa (ca. 48 kg pro Kopf und Jahr); in der Schweiz, weil der "Schocki" Tradition ist; in der DDR, weil auch SED-Funktionäre einen Aufstand der Massen fürchten, falls sie am Zucker ansetzen.

Ausschließlich Fluorid kann also der Grund für die Halbierung der Kariesmorbidität in Basel wie in Karl-Marx-Stadt sein. Vergleichen wir nämlich noch Plauen (DDR), wo das soziökonomische Profil sehr ähnlich dem von Karl-Marx-Stadt ist und die gleiche zahnärztliche Prophylaxebetreuung (aber ohne TWF) durchgeführt wird, oder vergleichen wir Hannover, wo das Obleutekonzept auch nicht das hält, was es verspricht, so sieht man den großen Vorsprung an Mundgesundheit, den die TWF mit sich bringt: Bei der letzten Vierjahresstatistik von Karl-Marx-Stadt zeigte sich

gegenüber Plauen im Milchgebiß

ein Kariesrückgang von 60 %

bei Sechs- bis Zehnjährigen existieren 21 % naturgesunde Gebisse gegenüber unter 10 % in Hannover

25 % weniger Kfo-Bedarf als in Plauen

bei den 16- bis 18-jährigen noch immer 43 % weniger Karies als in Plauen und

fast 20 % naturgesunde Gebisse.

Dies sind drei DMF-Zähne weniger als im Durchschnitt der 18-jährigen DDR-Bürger.

Laut Naujoks Studie haben bei uns nur 0,3 % aller 15- bis 24-jährigen ein absolut gesundes Gebiß. Und Gülzows Studie in Hamburg fand 87 % aller bleibenden Zähne bei Sieben- bis Achtjährigen bereits geschädigt vor; selbst Dreijährige waren nur zu 11 % kariesfrei.

Wenn wir dagegen die erwähnten 20 % kariesfreien Jugendlichen aus Karl-Marx-Stadt sehen, wird es absolut unverständlich - und unverzeihlich - daß bei uns so gar nichts auf der Fluorid-Ebene läuft. Auch die Monitorsendung vom 1.10.1985 und das notgedrungen kritischere Bewußtsein in unserer Bevölkerung kann dies nicht entschuldigen!

Gerade deshalb ist und bleibt es ein großer Verdienst von Karl-Marx-Stadt, die TWF seit

über 25 Jahren durchgeführt und laufend - auch durch internationale Gremien - ausgewertet zu haben, wobei jedem leisesten Verdacht auf Nebenwirkungen nachgegangen wurde.

Dadurch und durch die überzeugenden Erfolge erklärt es sich, daß trotz stark gewachsenem Umweltbewußtsein in der DDR und trotz hoher Sehbeteiligung auch bei der erwähnten Monitorsendung die TWF bisher keinerlei Thema wurde.

Im Gegenteil: wo die Voraussetzungen für eine TWF in der DDR nicht gegeben sind, erhalten 38 % aller Kinder bereits Fluoride in Form von Tabletten.

Dank ihrer Prophylaxeerfolge erreicht die DDR trotz - verglichen mit unseren - recht bescheidenen Aufwendungen für die kurative Zahnheilkunde ein hohes Niveau an Zahngesundheit, wobei übrigens im prothetischen Bereich ebensoviele Fälle feststehend wie herausnehmbar gelöst werden.

Bei Besichtigungen der Stomatologischen Klinik sowie einer Betriebspoliklinik Karl-Marx-Stadts konnten wir uns von der akzeptablen Ausstattung der

Behandlungsräume überzeugen und offen über alle Belange unserer beider Gesundheitssysteme diskutieren. Dabei gab es erfreulicherweise keine Tabus.

Es wäre an der Zeit, engere Kontakte zu unseren Kollegen in der DDR zu pflegen. Zum Vorteil beider Seiten.

Da wir - wie erwähnt - Teilnehmer einer IPPNW-Reise waren mit dem Ziel, Feindbilder (hier wie dort) abzubauen, Kontakte gerade mit der "Gegenseite" aufzubauen und die Friedenspolitik der IPPNW zu koordinieren, hatten wir viele Begegnungen mit Ärzten, Klinikpersonal, aber auch Funktionären, die unser DDR-Bild wesentlich zum Positiven beeinflussten. Ein Gegenbesuch nächstes Frühjahr ist bereits zugesagt.

Nach ähnlichen Erfahrungen unserer Oldenburger Studiengruppe, die eine ungarische IPPNW-Gruppe zu Besuch hatte, hoffen wir, daß diese Beispiele Zukunft haben und möglichst viele Nachahmer finden.

Anschrift des Verfassers:
Dr. Armin Maurer
Wöhlerstr. 20
8000 München 80

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

ZAHNÄRZTE IM DAZ UND DEREN FAMILIENANGE- HÖRIGE KÖNNEN SICH JETZT IM RAHMEN DES GRUPPENVERSICHERUNGS- VERTRAGES MIT DER CENTRAL BESONDERS VORTEILHAFT KRANKEN- VERSICHERN.

Für Mitglieder des DAZ ist ein Krankenversicherungsschutz bei der CENTRAL besonders vorteilhaft. Bei geringeren Beiträgen erhalten sie eine Reihe weiterer Vergünstigungen, u. a.: Erlaß der üblichen Wartezeiten, kein Antrag wird abgelehnt, nicht mehr behandlungsbedürftige Vorerkrankungen werden mitversichert. Das sind Vorteile, die zählen. Nehmen Sie sich Zeit für ein Gespräch mit uns. Es zahlt sich aus.

CENTRAL

DIE CENTRAL IST GRUPPENVERSICHERUNGSPARTNER DES DAZ

**ICH BIN MITGLIED IM DAZ
UND MÖCHTE WISSEN,
WIEVIEL ICH MIT DER
CENTRAL SPAREN KANN.**

Hier sind meine persönlichen Daten für ein individuelles Angebot:

Name, Vorname

PLZ, Ort

Straße/Haus-Nr.

Geburtsdatum

Geb-Dat der Ehefrau

Zahl der Kinder

Telefon



Bitte ausschneiden und im Briefumschlag einschicken an:
CENTRAL
KRANKENVERSICHERUNG AG,
Hansaring 40-50,
5000 Köln 1.

Zahngesundheit ab Kleinkindalter

– Berlin-Steglitzer Aktionswoche Mai 1987

für Kleinkinder

E. Reihlen

Das war der Arbeitsvorlauf:

Ordnungsgemäß, unter Datenschutzgesichtspunkten organisiert, erhalten alle Steglitzer Kleinkinder des Jahrgangs 1984 im April dieses Jahres einen Brief vom Zahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes. Darin wird den Eltern der betreffenden Kinder das Angebot gemacht, sich zu einer angegebenen Zeit innerhalb einer bestimmten Woche in bezug auf die Zahngesundheit ihrer Kinder beraten und die Kindergebisse untersuchen zu lassen. (Dieses Angebot ergeht alljährlich an die zwei- bis dreijährigen Kinder des betreffenden Jahrgangs.)

In der Woche nach Absendung der Briefe erreichen uns mehr als 80 Anrufe.

*

Eltern wollen wissen, ob es Pflicht ist zu kommen.

*

Andere teilen mit, ihr Zahnarzt überwache bereits die Zähne ihres Kindes.

*

Wieder andere berichten, ihr Kind sei im Kindergarten, da

kämen wir doch sowieso hin.

*

Etliche Eltern sind verhindert und wollen später kommen.

Ein Nachholtermin ist also unausweichlich. Dies um so mehr, als nach Abschluß der Aktionswoche Eltern anrufen. Sie hätten von ihren Nachbarn gehört, bei uns habe es den Kindern so gut gefallen, und nun wollten sie auch noch kommen.

Das war der Arbeitsablauf:

Für eine ganze Woche stehen drei zahnärztliche Teams vollzeitlich zur Verfügung.

Bevor die Kinder drankommen, können sie in unserer geräumigen Wartezone spielen, sie treffen dort auf gleichaltrige Kinder. Die Türen der Sprechzimmer stehen offen, so kann das Geschehen drinnen schon von außen kritisch wahrgenommen werden.

Elternberatungen und Kinderuntersuchungen finden, falls nicht das Gegenteil gewünscht wird, in Gruppen statt.

Die Kinder werden mit einem bunten Ball beschenkt, gestiftet von der Firma Albert Roussel. Ein Becher von der Technikerkrankenkasse und eine Zahnbürste der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) zur

Förderung der Zahngesundheit sind für jedes Kind vorbereitet.

Die Eltern erhalten ein von uns erarbeitetes Merkblatt.

Bezirksamt Steglitz von Berlin

Abteilung Gesundheitswesen

BERLIN

Mai 1987

VORSORGEN IST BESSER ALS HEILEN

Hinweise zur Kariesprophylaxe

Liebe Eltern,

zu viele Berliner Kinder haben kranke Zähne. Bei den Fünfjährigen sind es schon mehr als 60 %, die "Löcher" (Karies) in ihren Zähnen haben. Das könnte anders sein.

Für gesunde Zähne muß man selber etwas tun (Prophylaxe = Vorsorge).

1. Mindestens morgens nach dem Frühstück und abends nach dem Abendessen - am besten jedoch nach jeder Mahlzeit - gründlich die Zähne bürsten, nicht mit schmutzigen Zähnen schlafen gehen.
2. Harte, faserige, frische Nahrung bevorzugen. Frischobst, Frischgemüse, Salate, körniges und grobes Brot essen erhält die Zähne gesund und hilft als Abschluß der Mahlzeit die Zähne von Speiseresten zu reinigen. Wenig Süßes essen, und dies vor allem nicht zwischen den Mahlzeiten.
3. Den Zähnen Fluorid zuführen, z. B. durch Fluorid-Zahnpasten, Fluorid-Gelees oder Fluorid-Tabletten.
4. Zweimal im Jahr zum Zahnarzt gehen.

Fluorid hilft beim Aufbau eines gesunden Zahnschmelzes, vor allem bei Zähnen, die sich noch im Kiefer entwickeln.

Fluorid ist in manchen Speisen und Getränken enthalten, doch reichen die geringen Mengen aus dem Trinkwasser und der täglichen Nahrung nicht aus, um die Zähne wirksam gegen die Zahnfäule (Karies) zu schützen.

Deshalb befürworten wir - unterstützt vom Bundesgesundheitsamt - die wohldosierte und kontrollierte Fluoridtabletteneinnahme während der Zahnentwicklung.

Fluoridtabletten können Sie bei uns im Zahnärztlichen Dienst, Schloßstraße 80, bzw. im Jugendgesundheitsdienst unseres Bezirkes kostenlos erhalten. Sie können sich auch an die Leitung Ihrer Kindertagesstätte wenden.

Für weitere Auskünfte stehen wir jederzeit persönlich zur Verfügung. Rufen Sie uns unter der Telefonnummer 7904-3651 an, oder besuchen Sie uns nach telefonischer Absprache in unseren Sprechstunden: Dienstag, Donnerstag und Freitag von 13.00 bis 15.00 Uhr.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Zahnärztlicher Dienst

Zahnärztinnen:
Dr. Erika Reihlen
Gisela Baller
Dr. Winfried Babbe

Zahnarzhelferinnen:
Hannelore Klaschinski
Ursula Ulbricht
Daniela Kilian

Das sind die konkreten Zahlen:

1.442 Briefe wurden herausgeschickt.

36 Briefe kamen zurück (Empfänger unbekannt, verzogen).

Eltern mit 398 Kindern des Jahrgangs 1984 kamen zu Beratung und Untersuchung, die 67 Geschwister haben wir natürlich auch untersucht.

Von den 394 untersuchten Kindern des Jahrgangs 1984 waren

328 naturgesund (= 83%)

63 wegen Karies behandlungsbedürftig (= 16%)

3 saniert

hatten

178 Kieferfehlstellungen

darunter

82 offene Bisse.

Ergebnisse, Beobachtungen, Konsequenzen

1.)

Kinder im dritten Lebensjahr wissen heute fast ausnahmslos - vor zehn Jahren war das anders - was eine Zahnbürste ist, und was man damit macht. Fast alle benutzen diese auch bereits mehr oder weniger regelmäßig.

2.)

Viele Eltern unterstützen den (natürlich begrüßenswerten) Willen der Kinder zu frühzeitiger Selbständigkeit allzu bereitwillig: sie halten zwar mit Worten ihre Kinder an, morgens und abends die Zähne

zu putzen, machen es ihnen sogar vor. Ein großer Teil der Eltern führt den Kindern aber nicht oder nicht lange genug die Hand beim Zähneputzen bzw. putzt nicht regelmäßig, z.B. abends, nach.

Ein Ratschlag von uns lautet, dies so lange wie möglich zu tun.

3.)

Unsere Mitteilung, daß wir nach wie vor Fluoridtabletten - kostenfrei für die Eltern - bereithalten, wird im Gegensatz zum Vorjahr sachlich aufgenommen. Viele Eltern entsinnen sich einer "umstrittenen" Fernsehsendung. Manche wollen wissen, ob es denn nicht ohne Fluorid geht. Einige Eltern teilen mit, ihr Kinderarzt, sogar ihr Zahnarzt rate von Fluorid ab.

Unsere Meinung zum Fluorid wird ohne Abwehr angehört:

*

Fluorid - als zusätzliche Maßnahme zu gesunder zuckerarmer Ernährung und regelmäßiger gründlicher Zahnpflege - ist wirksam und unschädlich, wenn es verantwortungsvoll und kontrolliert gegeben wird.

*

Es gibt keine neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse, die von Fluorid abraten lassen.

*

Wir können uns nicht so verhalten wie vor 30 Jahren, als Fluoridgaben in der heutigen

Form noch nicht verfügbar waren, weil der Erkenntnisstand damals ein anderer war.

*

Wer dennoch Fluoridtabletten ablehnt, muß besonders peinlich auf Ernährung und Zahnpflege achten.

*

Eltern müssen selber entscheiden, ob ihr Kind Fluorid erhalten soll oder nicht.

Im Endeffekt haben 34% der Eltern Fluoridtabletten für ihre Kinder mitgenommen, verbunden mit der Mitteilung, daß eine Folgepackung in zehn Monaten im Gesundheitsamt für sie verfügbar ist.

4.)

Die meisten Kinder, die in der angesprochenen Lebensphase noch einen Nuckel benutzen, verfügen - zumindest nachts oder vor dem Einschlafen - noch über Nuckelflaschen.

Auf die Frage nach dem Flascheninhalt wurde in wenigen Fällen geantwortet: "Tee, selbst gebrüht, ohne Zucker". Meist war die Antwort: "Milch oder Obstsaft", vielfach "Obstsaft mit Wasser verdünnt" oder "Kindertee ohne Zucker".

Wenn dann die Frage präzisiert wurde, welcher Kindertee denn verwendet werde, kam in keinem Fall eine präzise Antwort.

*

Verständlich aber doch auffallend ist, daß keine Mutter angibt, zuckerhaltige Teegeträn-

ke zu verabreichen, wo doch - zwar nach Rückgang um etwa die Hälfte - immer noch Millionenumsätze mit diesen Produkten erzielt werden.

*

Verständlich deshalb, weil Zuckertees begründet ins Gerede gekommen sind und weil manche(r) sich ertappt fühlt, etwas Umstrittenes weiterhin zu verwenden.

*

Verständlich auch deshalb, weil die Fülle des Instant-Tee-Angebotes mit den unterschiedlichen Trägersubstanzen in der Tat für die Verbraucher verwirrend ist (s. auch Kästen).

Worüber die wenigsten Eltern nachdenken, die ihren Kindern im dritten Lebensjahr abends oder nachts die Flasche überlassen: daß die Mühe des Zähneputzens vor dem Zubettgehen in Frage gestellt wird, wenn danach kohlenhydratreiche Flüssigkeit genuckelt wird. Da muß zahnärztliche Beratung ansetzen.

5.)

Nach wie vor nehmen bei uns die an anderer Stelle beschriebenen Hilfestellungen beim Abgewöhnen von Nuckeln und Nuckelflaschen einen gewissen Raum ein. Kurz zusammengefaßt: Wer wegen eines offenen Bisses und bestimmter Funktionsstörungen angeraten bekommt, seinen Nuckel loszuwerden, wer seine "Lieblinge" im Zahnärztlichen Dienst ab-

INFORMATIONEN ZU INSTANT-KINDERTEE *

Auf dem Markt sind Instant-Kindertees teils als diätetische Lebensmittel, teils als Arzneimittel.

Außer bei den Geschmacks- und Wirkstoffen unterscheiden sie sich durch die in ihnen enthaltenen Trägersubstanzen.

Trägersubstanzen können sein

1. Zucker (Disaccharide und Monosaccharide)
2. Stärke (Polysaccharide)
3. Eiweiße (Proteine)

Kindertees auf Zucker- oder Stärkebasis zählen zu den Mitverursachern von Karies. Sie sind als kariogen eingestuft und sind deshalb mit Warnhinweisen versehen.

Kindertees auf Eiweißbasis sind nicht kariogen und tragen das Etikett zahnschonend.

Beispiele für Instant-Tees auf Zuckerbasis (Auswahl)

Milupa Kräuterteegetränk
Fenchelteegetränk
Kamillenteegetränk

Hipp Hibiscus Instant Teegetränk
Orange Instant Teegetränk
Früchte Instant Teegetränk

Beispiele für Instant-Tees auf Stärkebasis (Auswahl)

Bübchente (Hermes)
Roha Fencheltee
Instant Fencheltee (W. Schönenberger)

Beispiele für Instant-Tees auf Eiweißbasis (Auswahl)

Milupa babyfix Fencheltee (zahnschonend)
babyfix Kräutertee (zahnschonend)

Hipp Fencheltee (zahnschonend)
Kräutertee (zahnschonend)

** s. auch: Gehring und Karle, Kariogene Eigenschaften verschiedener Kindertees, Dtsch Zahnärztl Z 39, 515-519 (1984)

gibt oder ein Päckchen schickt, erhält als Belohnung einen persönlichen Brief und eine Überraschung - vom Postboten überbracht. Wir legen großen Wert darauf, daß die Trennung der Kinder von ihren Lutschobjekten eine mit den Eltern abgesprochene Sache ist.

Die Nuckel werden im Sprechzimmer an der "Nuckelwand" aufgehängt, die immer größere Ausmaße annimmt.

6.)

Die allermeisten Eltern fallen aus allen Wolken und sind entsetzt, wenn wir ihnen sagen müssen, daß das Gebiß ihres Kleinkindes Karies hat. Sind die Eck- und/oder Backenzähne betroffen, dann wird eine zahnärztliche Behandlung angeraten. Sind es (auch) die Frontzähne oder einer von ihnen, dann schließen wir ein ausführliches Gespräch an über Trinkgewohnheiten der Kinder und Getränkeinhalte. Wegen der überwiegenden Aussichtslosigkeit von Frontzahnfüllungen im Milchgebiß raten wir den Eltern

*

die Nuckelflasche bei Tag und bei Nacht schnellstens abzuschaffen, die Kinder aus dem Becher trinken zu lassen,

*

besondere Aufmerksamkeit auf die Sauberkeit der kariösen

Frontzähne zu richten, damit der Zerstörungsprozeß angehalten wird.

Auf jeden Fall empfehlen wir den Eltern, ihr Kind regelmäßig ihrem behandelnden Zahnarzt vorzustellen.

Fazit unserer Vorsorge-Aktion für Kleinkinder:

Ein sehr lebendiges, nützliches, für uns auch kräftezehrendes Unterfangen, das die Kinder frühzeitig an später meist notwendig werdende Behandlungssituationen heranführt.

Die Aktion ist flächendeckend angelegt insofern, als alle Eltern einen schriftlichen Hinweis erhalten, frühzeitig auf die Zähne ihrer Kinder zu achten.

Viele Eltern bedauern, daß es für ihr Kind nur eine einmalige Gelegenheit ist.

Die tatsächliche Inanspruchnahme unseres Angebotes liegt seit Jahren bei 30%.

Die Wiederholung für nächstes Jahr ist geplant.

Dr. Erika Reihlen
Bezirksamt Steglitz von Berlin
Schloßstr. 80
1000 Berlin 41

Schlückchenweise KariesZuckerhaltige Fertig-Tees für Kinder greifen die Zähne an

Die STIFTUNG WARENTEST warnt dringend davor, Kindern zuckerhaltige Tees oder andere zuckerhaltige Getränke mit der Flasche zu geben. Beim Nuckeln umspüle der Tee ständig die oberen vorderen Milchzähne, was die Karies sehr begünstigt. Die Tester machen darauf aufmerksam, daß nicht nur normaler Haushaltszucker (Saccharose) die Zähne schädigen kann, sondern ebenso andere Zuckersubstanzen wie Glucose, Lactose und Maltodextrin. Von 20 getesteten Kinder- und Säuglingstees waren 14 Produkte nach Ansicht der STIFTUNG WARENTEST geeignet, die Karies zu be-

fördern. Vier Fertig-Tees auf Eiweißbasis sowie zwei Aufgußtees ohne Kohlenhydrate sind in dieser Hinsicht unbedenklich. Die genauen Testergebnisse finden sich in der September-Ausgabe der Zeitschrift test. Die STIFTUNG WARENTEST empfiehlt, mit der Flasche grundsätzlich nur diese zuckerfreien Tees zu geben, die natürlich nicht nachgesüßt werden dürften. Andere Instantprodukte sollte das Kind möglichst nur aus der Tasse trinken.

Pressemitteilung Nr. 56/87
der STIFTUNG WARENTEST

Das ist Oral-B. Plus Perfektion.

Die neue Oral-B Plus.

Das neue Plus

Gerundeter Kompakt-Bürstenkopf und verlängerter Bürstenhals. So kommt man leicht überall hin.

Das neue Plus

Griffprofil mit Rillen für optimale Führung und Griffsicherheit.

Das neue Plus

Längerer Stiel für noch bessere Handlichkeit.


Oral-B

Zahnpflege wie sie sein soll.

Effekt eines Prophylaxeprogramms auf Plaque, Gingivitis und Karies bei Schulkindern nach drei Jahren

Bei 115 Schulkindern im Alter von 12 bis 13 Jahren wurde über drei Jahre ein Prophylaxeprogramm durchgeführt. Nach vier Sitzungen in den ersten sechs Wochen folgten jährlich fünf prophylaktische Maßnahmen (Anfärben der Plaque, Instruktion, professionelle Zahnreinigung). Zweimal im Jahr wurde ein Fluoridlack aufgetragen. Nach drei Jahren kamen 93 Kinder zur Auswertung.

Die Kontrollgruppe beinhaltete 167 Kinder, die jährlich nur intensiv untersucht wurden. 112 Probanden kamen nach drei Jahren zur Auswertung.

Nach Abschluß der Untersuchung entstanden in der Prophylaxegruppe $3,8 \pm 3,2$ neue erkrankte oder gefüllte Flächen, in der Kontrollgruppe hingegen

$6,8 \pm 5,4$. Die Kariesreduktion betrug in der Untersuchungsgruppe ca. 45 %.

In der Kontrollgruppe wiesen PI und GI während des Beobachtungszeitraumes nur geringe Schwankungen auf. In der Untersuchungsgruppe konnten die Indices auf ein Drittel der Ausgangswerte vermindert werden (Reduktion des Plaque- und Gingivaindexes ca. 70 %).

"Die Ergebnisse zeigen, daß mit dem Prophylaxeprogramm sowohl die Entwicklung von Karies als auch von Gingivitiden in einem beachtlichen Maß reduziert werden kann."

Aus: Klimek, J., Prinz, H. und Hellwig, E., Dtsch. zahnärztl. Z. 42, 146 (1987)

m.w.

Deutscher Arbeitskreis für
Zahnheilkunde
Dr. Jürgen Heidtkamp
Wahlenstr. 18

8400 Regensburg

Ich bitte um Überprüfung meiner Krankenversicherungspolice.
Kopien meiner Unterlagen liegen bei.

Name:
Anschrift:
Tel.-Nr. für evtl. Rückfragen:

Über die Bedeutung zahnmedizinischer Prophylaxe bei Behinderten

Manfred Witte

1. Standortbestimmung

Neuere Untersuchungen bezüglich Gebißerkrankungen, Sanierung und Mundhygiene bei behinderten Kindern und Jugendlichen machen die Forderung nach intensiven prophylaktischen Maßnahmen deutlich. Strübig und Rosendahl (14) ermittelten im Rahmen einer klinischen Untersuchung an 108 geistig und körperlich behinderten Kindern einen im Vergleich zu einer gesunden Probandengruppe um 100 % höheren Kariesbefall der bleibenden Zähne. Nur 39 % der Probanden waren zahnärztlich konservierend versorgt. Die Mundhygiene war bei 94 % der untersuchten Kinder völlig ungenügend.

Pieper und Kessler (10) untersuchten bei 544 behinderten Kindern und Jugendlichen im Alter von 1 bis 18 Jahren Kariesprävalenz, Mundhygiene und Parodontalzustand. Auch sie stellten in allen Altersgruppen einen hohen Kariesbefall und niedrige Sanierungsgrade fest. Bei 97 % der Probanden war die Mundhygiene unzureichend. Der Gingivitisindex stieg mit zunehmendem Alter.

Abweichend lag bei Rinn und

Wetzel (12) die Karieshäufigkeit von 421 Behinderten zwar im Bereich der Gesamtbevölkerung. In allen Altersgruppen war jedoch eine defizitäre Gebißversorgung zu beobachten. Die Mundhygiene war mangelhaft. Die parodontale Situation verschlechterte sich mit Zunahme des Lebensalters.

Wetzel et al. (17) führten im Kollegenkreis eine Umfrage über die Situation der zahnärztlichen Behindertenversorgung in der Bundesrepublik durch. Nur 25 % der Beantworter gaben an, im ambulanten Rahmen regelmäßig prophylaktische Maßnahmen bei Behinderten durchzuführen. 69 % bejahten die Frage, daß bestimmte Aufgaben der zahnärztlichen Prophylaxe bei der Behindertenversorgung von zahnmedizinischen Fachhelferinnen durchgeführt werden sollten.

Eine Befragung von 634 Behinderteninstitutionen mit insgesamt 98 737 Behinderten zeigte, daß nur 29 % des Pflegepersonals von Zahnärzten über die Mundhygiene und Ernährungslenkung bei Behinderten informiert wurden (18). 65,9 % der Befragten beurteilten die Einrichtung regionaler Behand-

lungszentren für Behinderte positiv.

2. Mundhygienetherapie

Auf die Bedeutung der Frühbehandlung von Behinderten weisen verschiedene Autoren hin (1, 4, 5, 7). Bereits im Säuglingsalter sind zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen gezielt zur Entwicklungsförderung durchzuführen. Vor dem Durchbruch der Milchzähne berühren Mutter oder Vater regelmäßig mit der Zeigefingerkuppe vorsichtig die Zahnleisten und die Mundvorhofweichteile. Später werden Mulläppchen oder der Putztrainer I eingesetzt. An einem runden kompakten Kunststoffgriff befindet sich ein Kopf mit Gummipoppen. Der Putztrainer II dient als Übergang zur Mini-Zahnbürste III. Die Übungen vereinfachen die Zahnreinigung und verbessern die Behandlungsfähigkeit durch den Zahnarzt (1, 16).

Die Mundhygienetherapie dämpft Hypersensibilitäten im Mundbereich und verringert dadurch einen möglicherweise gesteigerten Würgereiz (1). Die sich wiederholenden Berührungsreize stimulieren Lippen- und Zungenmuskulatur, daß sogar Schlucken, Ausspucken, Lautbildung und Sprechenlernen gefördert werden (7).

Nach Gentz (5) unterstützt eine möglichst früh einsetzende

¹ Nuk, Zeven

Oralhygiene das Zungentraining und Mundschlußübungen, indem beim Bürsten beispielsweise mit dem Rücken der Zahnbürste Impulse für die Zunge gesetzt werden. Mit zunehmendem Alter wird die Beeinflussung von Fehlfunktionen allerdings ständig schwieriger.

3. Karies- und Gingivitisprophylaxe

Als Folgen unzureichender Gebißreinigung treten Karies und parodontale Erkrankungen auf. Die drei Säulen zahnmedizinischer Prophylaxe Mundhygiene, Ernährungslenkung und Fluoridierungsmaßnahmen gelten gleichermaßen für behinderte und nicht behinderte Menschen (3).

3.1. Mundhygiene

Insbesondere bei Kindern mit Eßschwierigkeiten ist nach dem Durchbruch der Milchzähne eine intensive Reinigung durch Eltern und Betreuer angezeigt, da die lange Verweildauer der meist breiigen Speisen die Plaquebildung fördert (4). Motorische und mentale Beeinträchtigungen können die Zahnpflege soweit einschränken, daß eine passive Reinigung durch Eltern oder Pflegepersonal auch später erforderlich wird (15). Die Kooperations- und Motivationsfähigkeit von Behinderten läßt sich in drei Gruppen einteilen (8, 9, 13):

Gruppe 1 betreibt nach Unterweisung aktive Mundhygiene.

Gruppe 2 reinigt mit Hilfe ständiger Hinweise.

Gruppe 3 wird mit einer passiven Mundhygiene betreut.

Um die feinmotorische Koordination des Zähneputzens zu trainieren, sollte der Einsatz der elektrischen Zahnbürste vermieden werden (7, 8, 15). Nach der bereits erwähnten Mini-Zahnbürste erfolgt Ende des zweiten Lebensjahres unter Anwendung einer geschmacksneutralen Zahnpaste der Gebrauch einer multi-tufted Kinderzahnbürste mit kleinem Bürstenkopf und kompakter Griffgestaltung, die die Führung der Bürste durch die Hand erleichtert (7).

Als Bürsten werden empfohlen (7, 15, 16): Oral-B 20², Control-brush jr.³ für Kleinkinder unter dem dritten Lebensjahr und für ältere in Hand-/Armmotorik eingeschränkte Behinderte, NUK dontic⁴ bei jüngeren Patienten mit Lähmungen der oberen Extremitäten oder Mangel in der Hand-/Fingerkoordination und eine Kinderzahnbürste mit Glockenspiel bei Vertikalbewegungen⁵ als Anreiz zum eigenständigen Putzen.

Danach kann eine Zahnbürste mit individueller Griffanpassung aus schnellpolymerisier-

endem Kunststoff erforderlich sein (16). Zudem werden behindertengerechte⁶ Zahnbürstengriffe angeboten⁶. Für Behinderte, die außerstande sind, eine Zahnbürste zu führen, empfehlen Lange und Hörschellmann (8), die Bürste so in einer Gummihalierung zu fixieren, daß der Mund herangeführt werden kann. In besonderen Fällen kann auch der Einsatz einer doppelköpfigen Zahnbürste⁷ eine bessere Führung geben.

Während erste Reinigungsversuche dem Kind vorbehalten sein sollten, muß in den ersten Jahren die eigentliche Reinigung zweimal täglich passiv durchgeführt werden (7). Es empfiehlt sich eine Kombination aus horizontalen und vertikalen Putzbewegungen, wobei das Kind immer mehr an eine eigenständige Reinigung herangeführt werden sollte. Überforderungen des Kindes mit einer bestimmten Reinigungstechnik sind allerdings zu vermeiden. Alleine Horizontalbewegungen, Spülen, Ausspucken sind bereits als Erfolg zu werten. Differenzierte Putztechniken sind allenfalls nach dem zehnten Lebensjahr möglich (16).

3.2. Ernährungslenkung

Ratschläge für eine Ernährungslenkung bei Behinderten

² Cooper Laboratories GmbH, Frankfurt/M.

³ Peledyne Water Pik, Wiesbaden

⁴ NUK, Zeven

⁵ Helly-Erzeugnisse, Hanau

⁶ Thomas, Bremervörde

⁷ Action-Hygiene Produkte, Toronto

geben Lange und Hörschelmann (8) und Wetzel (15). Süßigkeiten und gesüßte Speisen zwischen den Hauptmahlzeiten sind unbedingt zu vermeiden. Der Konsum zuckerhaltiger Nahrung sollte auf ein Mindestmaß reduziert werden. Eine besondere Gefahr für die Zähne geht von gesüßten Getränken aus Saugflaschen, klebrigen Schokoladenbrotaufstrichen, der sogenannten Schokoladenmilchschmitte, stark gezuckerten Limonaden, "Cola"-Getränken, Säften, Fertigkakaos, gesüßten Milchbreis und siruphaltigen Medikamenten aus.

3.3. Fluoridierungsmaßnahmen

Nach Wetzel (15) wird eine tägliche Fluoridierung der Zähne mit einer 0,05-prozentigen Spüllösung vorgenommen. Sollte ein Spülen wegen der Behinderung nicht möglich sein oder das Kind zum Spülen zu klein sein, können Eltern oder Betreuer abends eine Einpinselung aller Zähne mit derselben Lösung vornehmen. Die Anwendung einer aminfluoridhaltigen Zahnpaste wird angeraten.

Weitergehende Fluoridierungsmaßnahmen befürwortet Einwag (3). Als Basisprophylaxe wird die tägliche Applikation von Fluoridtabletten angesehen. Dabei erhalten Patienten mit Lähmungen oder dem Unvermögen, koordinierte Muskelbewegungen durchzuführen, eine fraktionierte Gabe von Fluoridtabletten: 4 x 0,25 mg oder 2 x 0,5 mg anstelle von 1 x

1 mg. Die Tabletten sollten sich im Vestibulum der Prämolaren und Molaren auflösen. Ein hohes Kariesrisiko stellt nach Ansicht des Autors ab dem achten Lebensjahr eine Indikation für höhere Fluoridgaben (bis 4 mg pro Tag) dar.

Neben der täglichen Anwendung einer fluoridhaltigen Zahnpaste wird das wöchentliche Einbürsten eines 1,25-prozentigen Gelees empfohlen. In Einzelfällen kann die Applikation fluoridhaltiger Gelees, Lösungen oder Lacke zweimal wöchentlich notwendig sein. Auf die hohe Effizienz der zweimal jährlichen Anwendung fluoridhaltiger Lacke wird hingewiesen.

3.4. Professionelles mundhygienisches Intensivprogramm

Im Rahmen eines Intensivprogramms werden mehrmals jährlich weiche und harte Zahnbeläge entfernt (8). Bei unzureichender Mundhygiene auf Grund der Behinderung führt die professionelle Zahnreinigung zu einer Kariesreduktion und Verlangsamung der parodontalen Veränderungen. In jeder Sitzung ist eine Fluoridierung der Zähne durchzuführen. Für Mundhygienekontrollen und professionelle Zahnreinigungen können weitestgehend zahnärztliche Helferinnen, zahmedizinerische Fachhelferinnen und Prophylaxehelferinnen eingesetzt werden.

4. Prophylaxemodelle und -programme

In den Niederlanden versorgt ein Zahnarzt mit einer geübten Zahnarthelferin, zahnmedizinischen Fachhelferin, geschulten Krankenschwester oder einem geschulten Mitarbeiter ganztägig etwa 800 Behinderte in mehreren Einrichtungen (8). Der Dienst beinhaltet u.a. die Information aller Mitarbeiter von Behinderteneinrichtungen, die Kontrolle der Gruppenarbeit, die Einführung und Überwachung der Prophylaxemaßnahmen, die Hilfe für begrenzt Behandlungsfähige und die Einzelbetreuung.

In Osnabrück wurden für einen Modellversuch zur Betreuung von ca. 350 Behinderten durch eine Prophylaxehelferin die Richtlinien formuliert (9): Zusammenarbeit mit einem Behinderte betreuenden Zahnarzt, Aufklärung und Anleitung zur Zahnpflege und Mundhygiene für Behinderte und Betreuer, Unterweisung in eine behindertengerechte Zahnputztechnik, praktische Durchführung von Fluoridierungsmaßnahmen und Information der Eltern und Betreuer über Ernährungslenkung.

Das "Hamburger Modell" wird an vier Sonderschulen bzw. Tagesheimen für etwa 800 behinderte Kinder betrieben und sieht die Betreuung durch jeweils einen Zahnarzt vor (6). Eine zahnmedizinische Fachhelferin besucht die Heime in regelmäßigen Abständen.

Schmidt und Raetzke (13) informierten über einen Zeitraum von sechs Monaten 30 körperlich und geistig behinderte Kinder im Alter von drei bis acht Jahren und deren Betreuer über Mundhygiene und führten praktische Übungen durch. Nach 1/2 Jahr wurde die Gingivitis-morbidität um 50 % und der Plaquebefall um 33 % reduziert. Wurde die Kontinuität der Maßnahmen unterbrochen, trat eine deutliche Verschlechterung der gingivalen Situation auf. Erneute motivierende Hinweise führten wieder zu einer Besserung des Parodontalzustandes.

Besonderer Erwähnung bedarf das Intensiv-Prophylaxeprogramm von Pieper und Kessler (11) bei behinderten Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 18 Jahren, das nach einer Basisinformation über Ernährung, Möglichkeiten der Plaqueentfernung und Tablettenfluoridierung aus einer 14-tägigen professionellen Zahnreinigung und Lokalfluoridierung bestand. Bereits nach 1/2 Jahr war bei den Kindern eine deutliche Gingivitis-Hemmung zu verzeichnen. Eine Verringerung des Karieszuwachses war im Vergleich zu einer Kontrollgruppe nach einem Jahr zu beobachten.

5. Schlußfolgerungen

Zahnmedizinische Prophylaxe bei Behinderten kann nur bei regelmäßiger Betreuung durch Zahnarthelferinnen oder qua-

lifizierte Fachkräfte und Zahnärzte erfolgreich sein (8). In ihren Aufgabenbereich fallen u.a. die Weiterbildung von Mitarbeitern in Behinderteneinrichtungen und von Eltern Behinderter auf dem Gebiet der Prophylaxe. Das Betreuungspersonal in Heimen, Sonderschulen und Tagesstätten ist als wertvoller Multiplikator anzusehen (2).

Es wird die Forderung gestellt, die Ausbildung der zahnmedizinischen Fachhelferin um die Unterrichtseinheit "Zahnärztliche Behindertenbetreuung" zu ergänzen (4, 8). Die Sachkunde der Zahnärzteschaft ließe sich dadurch verbessern, daß den Besonderheiten der Behindertenbehandlung an den Ausbildungsstätten mehr Beachtung geschenkt und das Fortbildungsangebot erweitert wird (2).

Anschrift des Verfassers:
Dr. Manfred Witte
Oldenburger Str. 36a
2905 Edewecht

Trailer

Bei Behinderten wird eine defizitäre Gebißversorgung festgestellt, die die Bedeutung zahnmedizinischer Prophylaxe deutlich macht. Hinweise über die Möglichkeiten der Prophylaxe bei Behinderten liegen vor. Die Effektivität der Programme wird belegt.

Literatur:

- 1) Castillo-Morales, R., Brondo, J., Hoyer, H. und Limbrock, G.J.: Die Behandlung von Kau-, Schluck- und Sprechstörungen bei behinderten Kindern mit der orofazialen Regulationstherapie nach Castillo-Morales: Aufgabe für Pädiater und Zahnarzt. Zahnärztl. Mitt. 75, 935 (1985).
2. Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde: Grundsätze und Empfehlungen zur kassenzahnärztlichen Versorgung 1983. Dienerstr. 20, 8000 München 2.
3. Einwag, J.: Fluoridprophylaxe bei Behinderten. in: "Die zahnärztliche Versorgung behinderter Patienten", Dr. Alfred Hühlig Verlag GmbH, Heidelberg 1985.
4. Gentz, A.: Zahnärztliche Betreuung behinderter Kinder - eine sozialmedizinische Aufgabe. Quintess. Zahnärztl. Lit. 32, 1679 (1981).
5. Gentz, A.: Arbeiten mit behinderten Kindern und ihren Eltern. Zahnärztl. Welt 94, 220 (1985).
6. Hoyer, H.: Motorische Gewöhnung mildert Scheu der behinderten Kinder. Zahnärztl. Mitt. 72, 1575 (1982).
7. Hoyer, H.: Frühförderung behinderter Kinder durch den Zahnarzt? Ein neuer Aspekt in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Quintess. Zahnärztl. Lit. 35, 2369 (1984).
8. Lange, D.E. und Hörschelmann, E.H.: Orale Präventivmedizin und spezielle Mundhygiene bei Behinderten. in: "Die zahnärztliche Versorgung behinderter Patienten", Dr. Alfred Hühlig Verlag GmbH, Heidelberg 1985.
9. Petersohn, B. und Dankbar, H.: Zahnpflege und Mundhygiene in Behinderteneinrichtungen - Ein Bericht aus der "Beschützenden Werkstatt" in Osnabrück. in: "Zahnmedizinische Prophylaxe bei körperlich und geistig behinderten Kindern und Jugend-

lichen", Broschüre vom Deutschen Ausschuß für Jugendzahnpflege, Jülich.

10. Pieper, K. und Kessler, P.: Karies- und Gingivitisprophylaxe bei behinderten Kindern und Jugendlichen. I. Ergebnisse der Anfangsuntersuchung. Dtsch. Zahnärztl. Z. 38, 770 (1983).

11. Pieper, K. und Kessler, P.: Karies- und Gingivitisprophylaxe bei behinderten Kindern und Jugendlichen. II. Aufbau des Prophylaxeprogramms und Zwischenergebnisse nach einem Jahr. Dtsch. Zahnärztl. Z. 39, 403 (1984).

12. Rinn, S. und Wetzel, W.-E.: Gebißerkrankung und Gebißsanierung bei Behinderten. Dtsch. Zahnärztl. Z. 40, 58 (1985).

13. Schmidt, C. und Raetzke, P.: Über die Bedeutung zahnärztlicher Prophylaxeaufklärung und -Überwachung bei behinderten Kindern. Dtsch. Zahnärztl. Z. 39, 85 (1984).

14. Strübig, W. und Rosendahl, H.: Kariesstatistische Erhebungen an behinderten Kindern. Dtsch. Zahnärztl. Z. 35, 284 (1980).

15. Wetzel, W.-E.: Zahnpflege in Behinderteneinrichtungen - Grenzen der Mundhygiene. Zahnärztl. Welt 92, 38 (1983).

16. Wetzel, W.-E.: Empfehlungen für eine behindertengerechte Oralhygiene. in: "Zahnmedizinische Prophylaxe bei körperlich und geistig behinderten Kindern und Jugendlichen", Broschüre vom Deutschen Ausschuß für Jugendzahnpflege, Jülich

17. Wetzel, W.-E., Friedrich H.-J., Brockmeier, J., Müller, J. und Strobel, B.: Ergebnisse der Befragung zur zahnärztlichen Behindertenversorgung. Zahnärztl. Mitt. 68, 996 (1978).

18. Wetzel, W.-E., Strobel, B., Friedrich, H.-J. und Pantke, H.: Versuch einer Standortbestimmung zur zahnärztlichen Behindertenversorgung. Dtsch. Zahnärztl. Z. 34, 187 (1979).

PA

INFORMATIONEN

PA

Recall-System

Von allen führenden Parodontologen wird das Recall als elementarer Bestandteil der Therapie angesehen. Ohne die entsprechende Nachsorge wird eine chirurgische PA-Behandlung dem Patienten mehr Schaden zufügen als damit Nutzen verbunden ist.

Von seiten der Kammern wird nun darauf hingewiesen, daß dies möglicherweise gegen das Standesrecht verstößt. Ein Recall in regelmäßigen Zeitabständen könnte als unerlaubte Werbung ausgelegt werden.

Der Zahnarzt sollte dafür Sorge tra-

gen, daß der Patient sein deutliches Einverständnis, besser seinen Wunsch, zum Ausdruck bringt, was man sich sicherheitshalber durch Unterschrift bestätigen läßt. Weiterhin sollte der Text des Recallschreibens in entsprechender Form abgefaßt sein.

Selbst bei Einhaltung dieser Ratschläge ist es nicht sicher, daß im Zuge verschärfter Wettbewerbsbedingungen nicht von neidischen Kollegen ein Verfahren angestrengt wird. Es bleibt nur, an Kollegialität und Ehrgefühl zu appellieren.

Zahnärztl. Praxis 12/86, S. 478

Langzeit-Effektivität von Parodontaltherapien

Hier wird eine Retrospektive von zahlreichen PA-Behandlungen ausgewertet (620 Patienten in einer Parodontologen-Praxis zwischen 1960 und 1962).

Der Grad der parodontalen Erkrankung wurde in heute übliche Nomenklatur übertragen. Grad I und II wurden nach persönlicher Prophylaxeberatung von einer Dentalhygienikerin kürettiert.

Diese Patienten wurden in die Gruppe der nicht chirurgisch Behandelten eingeteilt.

Für Grad-III-Patienten wurden wahlweise geschlossene oder offene Kürettage oder modifizierter Widman-flap vorgenommen.

Bei Grad-IV-Patienten war der mukoperiostale Lappen und eine Knochenrevision das Mittel der Wahl. Auch hier wurde als Alternative geschlossene oder offene Kürettage durchgeführt.

Alle Patienten wurden für die Auswertung in folgende vier Kategorien eingeteilt:

1. Ideal stabil: Taschentiefe unter 3 mm, kein parodontal bedingter Zahnverlust, vollständige Lamina dura.
2. Befriedigend stabil: Taschentiefe bis zur Hälfte vor Behandlung, kein weiterer röntgenologisch sichtbarer Knochenverlust, maximaler Zahnverlust vier Zähne.

3. Instabil, noch behandelbar: Anwachsen der Taschentiefe, röntgenologisch sichtbarer weiterer Knochenabbau, Abszesse, Zahnverlust.

4. Instabil, unbefriedigend: Weiterer rasanter Erkrankungsfortgang.

In den beiden ersten, stabilen Gruppen konnten nach den unterschiedlichen Therapien in Prozent die nachfolgend aufgeführten Zahlen ermittelt werden:

Konservative Behandlung 63,6 Prozent; geschlossene Kürettage 73,1 Prozent; offene Kürettage 95 Prozent; modifizierter Widman-Lappen 91,6 Prozent; Full flap oder Knochenoperation 71,1 Prozent.

Somit waren modifizierter Widman-flap und offene Kürettage erfolgreicher als Lappen- oder Knochenoperationen.

Sie waren auch erfolgreicher als die geschlossene Kürettage, wenn sie als Alternative für eine Knochenrevision eingesetzt wurden.

Daraus läßt sich folgern, daß schonende Behandlungsmethoden mindestens so erfolgreich sind wie größere Maßnahmen.

Andererseits ist ein rein konservatives Vorgehen aufgrund dieser Ergebnisse wenig erfolgversprechend.

Meador et al.: J. Periodontol. 56 (5), 253-258, 1985.

Zahnärztl. Praxis 10/86, S. 391

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

... nochmals zu AIDS ...

U. Frenzel

Im letzten Münchener Ärztlichen Anzeiger vom 6. Juni 1987 erschien ein Artikel, der zu Rechtsfragen im Zusammenhang mit AIDS Stellung nimmt. Unter dem Titel: "AIDS, Alltag und Recht" schreibt der Bundesanwalt beim Bundesgerichtshof Manfred Bruns über seine Auffassung der Rechtslage bei dieser Erkrankung.

Nun weiß ich nicht, ob mein Rechts- bzw. Unrechtsbewußtsein so schief liegt, oder ob es an der Wirklichkeitsferne eines Bundesanwalts in Karlsruhe liegt, jedenfalls hat mich dieser Artikel so beunruhigt, daß ich ihn hier gern auszugsweise zur Diskussion stellen möchte.

Zum HIV-Antikörpertest

Der HIV-Antikörpertest ist zur Sicherung von Blutprodukten und Transplantaten indiziert und notwendig. Er ist ferner von Nutzen für die Differential- und Anschlußdiagnose bei unklaren Krankheitsbildern, bei denen unspezifische ARC-Symptome wie langanhaltende Lymphknotenschwellung, Gewichtsabnahme und ähnliches eine Rolle spielen. Er erscheint weiter sinnvoll als Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung bei Frauen, die ein Kind erwarten oder empfangen wollen. Er kann auch angebracht sein bei schweren depressiven und hypochondrischen Verstimmungen auf Grund von AIDS-Hysterie. Er mag schließlich in Betracht kommen für Partner, die in einer monogamen Beziehung leben oder eine solche beginnen wollen, wenn sie sich über ein mögliches Ansteckungsrisiko Klarheit verschaffen wollen. Voraussetzung ist in all diesen Fällen aber immer, daß dem Test eine sehr gründliche Aufklärung vor allem über die lebensverändernde Tragweite eines möglichen positiven Testergebnisses vorausgeht.

In allen anderen Fällen ist der HIV-Antikörpertest als Mittel der AIDS-Prophylaxe kontraindiziert und medizinisch nicht vertretbar.

Der HIV-Antikörpertest ist auch als Mittel der Früherkennung nicht indiziert. Denn für symptomlose HIV-Antikörper-Positive gibt es bisher weder eine Behandlungsmöglichkeit, noch weiß man, welche Ko-Faktoren den Ausbruch der Krankheit begünstigen oder hemmen. Deshalb kann man HIV-Antikörper-Positiven nur den

selbstverständlichen Rat erteilen, möglichst gesund zu leben. Hinzu kommt, daß HIV-Antikörper-Positive im üblichen sozialen Umgang nicht ansteckend sind. Es genügt, wenn sie sich bei sexuellen Kontakten auf "safer sex" beschränken und beim Fixen eine sterile Einmalspritze benutzen. Das aber sind Vorsichtsmaßnahmen, die heute jedermann beachten muß, der nicht in einer absolut monogamen Beziehung lebt, gleichgültig, ob er positiv oder negativ ist und ob er dies weiß oder nicht. Der Test hat deshalb keine erwünschten Wirkungen.

Er hat aber schwerwiegende unerwünschte Wirkungen. Denn das positive Testergebnis löst häufig schwere hypochondrische und depressive Verstimmungen aus, die sich bis zur Suizidgefahr steigern können. Es besteht aber Einigkeit darüber, daß solche Beeinträchtigungen des Lebenswillens die Immunabwehr des Körpers schwächen können. Es ist deshalb vorstellbar, daß gerade die durch die Konfrontation mit dem positiven Testergebnis ausgelösten Depressionen der Faktor sind, der das Immunsystem einer infizierten Person zusätzlich so schwächt, daß die Krankheit zum Ausbruch kommt.

Heimliche HIV-Antikörpertests

Sie müssen vielmehr ihre Patienten eingehend über die Konsequenzen eines positiven oder negativen Testergebnisses aufklären und ihnen die Entscheidung überlassen, ob überhaupt und wo sie den Test machen lassen wollen. Geschieht dies nicht, ist die Blutentnahme mangels Aufklärung darüber, daß das Blut auch auf HIV-Antikörper getestet werden soll, insgesamt rechtswidrig und als Körperverletzung strafbar.

Zur Offenbarungspflicht von HIV-Antikörper-Positiven gegenüber ihren Ärzten und Zahnärzten

Aus dem Vorstehenden folgt, daß HIV-Antikörper-Positive rechtlich nicht verpflichtet sind, ihre Ärzte und Zahnärzte über ihre Infektion aufzuklären. Da die Beachtung der üblichen hygienischen Schutzmaßnahmen zu den Regeln der ärztlichen Kunst gehört und eine Ansteckung dadurch ausgeschlossen wird, ist nicht einzusehen, warum AIDS-Infizierte rechtlich verpflichtet sein sollen, ihre Ärzte und Zahnärzte auf die Notwendigkeit der Einhaltung der Regeln der ärztlichen Kunst hinzuweisen.

Davon abgesehen läßt sich Offenheit der Patienten gegenüber ihren Ärzten sowieso nicht erzwingen. Offenheit setzt Vertrauen voraus. Das Vertrauensverhältnis zwischen den Ärzten und den

HIV-Antikörper-Positiven ist aber zur Zeit schon durch die öffentliche Diskussion über die Meldepflicht und über Zwangsmaßnahmen stark belastet. Das zeigt der oben erwähnte Hinweis der Frankfurter Professoren Stille und Helm besonders deutlich. Hinzu kommt, daß immer wieder Meldungen über heimliche HIV-Antikörpertests bekannt werden und unter den Betroffenen die Runde machen. Schließlich kommt es auch heute noch vor, daß Ärzte und Zahnärzte die Behandlung von HIV-Antikörper-Positiven mit fadenscheiniger Begründung ablehnen. Solange sich diese Dinge nicht ändern, müssen die Ärzte damit rechnen, daß HIV-Antikörper-Positive ihnen mit Mißtrauen begegnen und ihre Infektion verschweigen.

Im Übrigen ist die Frage der "rechtlichen" Offenbarungspflicht praktisch ohne Bedeutung, weil sich niemals wird beweisen lassen, daß sich ein Arzt bei einem bestimmten Patienten angesteckt hat. Das setzt nämlich den Nachweis voraus, daß der Arzt während der Inkubationszeit entweder keine anderen infizierten Patienten behandelt oder bei allen anderen die hygienischen Schutzmaßnahmen strikt eingehalten hat. Außerdem muß nachgewiesen werden, daß der Arzt während der Inkubationszeit nur mit solchen Personen sexuellen Kontakt gehabt hat, die nicht infiziert waren. Da bei AIDS aber Inkubationszeiten bis zu 10 Jahren und mehr möglich sind, ist ein solcher negativer Beweis praktisch nicht zu führen. An dieser Beweislage ändern auch regelmäßige HIV-Antikörpertests des Arztes nichts, weil es nach einer Infektion Monate dauern kann, bis die Testreaktion positiv wird. Es bleibt deshalb in jedem Fall eine offene Zeitspanne von etwa sechs Monaten.

Zur Strafbarkeit der Verbreitung von AIDS

Das Ergebnis, daß ein HIV-Antikörper-Positiver nur ausnahmsweise bestraft werden kann, wenn er sich beim Geschlechtsverkehr nicht auf "safer sex" beschränkt hat, ist nicht unangemessen. Während es bei den herkömmlichen übertragbaren Krankheiten sinnvoll ist, die Gesunden vor den Kranken zu schützen, hilft bei AIDS nur der umgekehrte Weg: Die Gesunden müssen sich selbst schützen. Es besteht deshalb keine Notwendigkeit zu einem besonderen strafrechtlichen Schutz der Gesunden. Es wäre im übrigen auch nicht vertretbar, bei AIDS wie bei den Geschlechtskrankheiten schon den Geschlechtsverkehr als solchen mit Strafe zu bedrohen. Das würde für alle AIDS-Infizierten auf ein lebenslängliches Sexverbot hinauslaufen, weil es gegen AIDS anders als gegen die Geschlechtskrankheiten keine Behandlung gibt. Ein solches totales Sexverbot wäre zudem unverhältnismäßig; denn bei AIDS genügt es zur Verhütung von Ansteckungen,

daß sich die HIV-Antikörper-Positiven auf "safer sex" beschränken. Eine Strafvorschrift, die allen AIDS-Infizierten "safer sex" zur Pflicht machen würde, wäre aber kaum praktikabel, weil es im Streitfall regelmäßig keine unbeteiligten Zeugen gibt.

Zur Schweigepflicht der Ärzte

Da es bei uns für AIDS keine Meldepflicht gibt, sind die Ärzte nicht verpflichtet, HIV-Antikörper-positive Patienten den Gesundheitsbehörden zu melden oder die Intimpartner der Patienten zu warnen. Sie sind aber auf Grund rechtfertigenden Notstandes (§ 34 StGB) dazu befugt, wenn die Patienten uneinsichtig sind und die Ärzte befürchten müssen, daß sie andere anstecken. Eine solche Meldung oder Warnung kommt aber immer nur als letztes Mittel in Betracht.

Es ist sicher sehr wichtig, der Krankheit gegenüber nüchtern zu bleiben. Wie Herr Bruns richtig ausführt, sind die heute Erkrankten die Infizierten von etwa 1981, als bei uns noch kaum jemand von dieser Krankheit wußte. Auch wird die Zahl der Kranken in den nächsten Jahren massiv zunehmen, selbst wenn sich kein einziger neu anstecken sollte. Mit der Zahl der Erkrankten wird aber auch die Gefahr der Massenhysterie immer größer. Deshalb möchte ich noch einmal betonen, für wie wichtig ich Nüchternheit gegenüber der Krankheit und Toleranz und Solidarität gegenüber den Erkrankten halte.

Trotzdem meine ich, macht es sich die Rechtsprechung hier zu einfach.

"Es besteht kein Infektionsrisiko, wenn die üblichen hygienischen Schutzmaßnahmen strikt eingehalten werden."

Was heißt das? Was heißt das für uns? Bis vor kurzem war es in kaum einer Praxis üblich, mit Handschuhen zu arbeiten. Außerdem sind auch Handschuhe hier nur ein relativer Schutz, denn gerade vor den evtl. gefährlichen versehentlichen Stich- oder Schnittverletzungen schützen sie nicht.

Auch nicht "üblich" sind normalerweise Mundschutz und Brille in der Zahnarztpraxis, die aber bei der Behandlung von HIV-Antikörper-Positiven, speziell aber bei AIDS-Erkrankten unbedingt getragen werden sollten, da es bereits in den USA eine nachweisliche Infektion einer Krankenschwester durch Blutspritzer in Gesicht und Mund gegeben hat (Newsweek, June 1, 1987).

Ebenfalls infiziert hat sich eine Krankenschwester, als sie eine arterielle Blutung mit der bloßen Hand abdrückte. Was sind denn "übliche" Schutzmaßnahmen im Notfall? Dann

wird aus dem Satz: "Nach allen bisherigen Untersuchungen besteht für das medizinische Personal kein Infektionsrisiko ..." der Schluß gezogen, der Patient brauche den Arzt nicht aufzuklären bzw. er darf ihn wissentlich ungestraft belügen. Dies widerspricht meinem Rechtsempfinden. Ich meine, ich hätte das Recht, zu wissen, daß ich unter einem erhöhten Risiko arbeite, zumindest, wenn der Patient davon weiß. Wenn dann der Anwalt empfiehlt, sich im Zweifelsfall halt lieber nicht testen zu lassen, um einer Konfrontation mit der Infektion zu entgehen, frag' ich mich wirklich, wo hier das Verantwortungsbewußtsein bleibt.

Im Absatz zur Strafbarkeit der Verbreitung von AIDS macht es sich, meine ich, Herr Bruns besonders leicht. Immer wieder wird betont, daß ein Infizierter, der um seine Infektion weiß, auch dann nicht belangt werden kann, wenn er ohne Schutzmaßnahmen mit anderen verkehrt. Der Partner kann sich ja schließlich selbst schützen. Das klingt bestechend einfach.

Immer wieder ist die Rede von "safer sex". "Safer sex" ist aber, wie der Name schon sagt, sicherer, leider aber nicht sicher. Das Risiko, sich trotz Kondom zu infizieren, wird von manchen Experten nicht gerade gering eingeschätzt (Medical Tribune 11/15/21 87). Die Ent-

scheidung, mit diesem Restrisiko - beim "safer sex" mit einem Infizierten - zu leben, muß jedem einzelnen überlassen werden; um sich entscheiden zu können, muß er aber von der Infektion wissen.

Wie wirklichkeitsfern in meinen Augen die Meinung des Bundesanwalts ist, wurde mir beim Lesen des Artikels "Der erste AIDS-Patient" im FORUM Nr. 16 besonders bewußt. Für Frau H., wie sie in dem Artikel genannt wird, war es ganz selbstverständlich, daß sie trotz des wirklich geringen Verdachtes einer möglichen Infektion bis zum negativen Testergebnis neun Wochen lang "wie eine Nonne" lebte, um ihre Familie zu schützen.

Ich habe genug Phantasie, um mir die schreckliche Situation eines HIV-Antikörper-Positiven vorstellen zu können, der nicht nur in der Angst vor der Krankheit, sondern auch, oder noch mehr, in der Angst vor der Diskriminierung lebt.

Trotzdem, meine ich, müsse das Verantwortungsbewußtsein für die anderen im Vordergrund stehen. Wenn Verantwortungsbewußtsein auch nicht erzwingbar oder erstreitbar ist, sollte es doch meiner Meinung nach die Grundlage der gelenden Rechtsprechung sein.

Anschrift der Verfasserin:
Dr. Dr. Ursula Frenzel
Kidlerstr. 33
8000 München 70

Parodontalerkrankungen und Behandlungsbedarf der Hamburger Bevölkerung

Im Rahmen einer epidemiologischen Untersuchung wurden in 77 Hamburger Zahnarztpraxen 11305 Probanden untersucht, um Kenntnisse über die Verbreitung von Parodontalerkrankungen zu erhalten. Die Befunderhebung erfolgte mit dem CPITN-Index (Community Perio-

dontal Index of Treatment Needs) an den Zähnen 17, 16, 11, 26, 27, 47, 46, 31, 36 und 37.

Mit einer speziellen Sonde wurden Kriterien für den Behandlungsbedarf festgelegt:

Code	Kriterium	Behandlungsbedarf
0	keine Symptome	keiner
1	markierter Teil der Sonde versinkt nicht in der Tasche	verbesserte Mundhygiene
2	markierter Teil der Sonde versinkt nicht in der Tasche, aber Blutung	verbesserte Mundhygiene und Zahnsteinentfernung (Wurzelglättung)
3	markierter Teil der Sonde versinkt teilweise in der Tasche	wie 2, kombiniert mit weitergehenden Methoden, z.B. Kürettage
4	markierter Teil verschwindet vollständig in der Tasche	komplexe Behandlung einschließlich chirurgischer Methoden

Jeder zu untersuchende Zahn wurde an mehreren Stellen sondiert. Als Gesamtergebnis wurde der maximale CPITN-Index jedes Patienten bestimmt und das prozentuale Vorkommen der fünf Codes als Mittelwert über alle Patienten ermittelt.

funden. Es dominieren die schweren Erkrankungsgrade 3 und 4 mit 44,2 bzw. 16,3 %. "Die Auswertung der klinischen Befunde ergibt ein recht ungünstiges Bild vom Parodontalzustand der Hamburger Bevölkerung und damit einen entsprechend hohen Behandlungsbedarf."

Nur bei 2,8 % der Probanden wurde der Code 0 (parodontal gesundes Gebiß) ge-

aus: Ahrens, G. und Bublit, K.-A.: Dtsch. Zahnärztl. Z. 42, 433 (1987)
m.w.

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

Zahnarthelferinnen werden rar!

Chr. Nielsen

Zu allem beruflichen Ärger in diesem Herbst wird manche, zunächst süddeutsche Großstadt-Praxis in einen personellen Engpaß geraten, der das ohnehin komplizierte Management neuen Belastungen und Improvisationen aussetzen dürfte: Der zunehmende Mangel an qualifizierten Zahnarthelferinnen und Auszubildenden.

Diese spezielle Arbeitsmarktlage ist nur vordergründig regionalbedingt, sie ist branchenbedingt. Hinter dieser Arbeitsamt-Floskel verbirgt sich nichts anderes, als daß es sich bei den jungen Leuten herumspricht, daß der Beruf der Zahnarthelferin auch recht viele Nachteile hat. Diese Einschätzung findet ihre Bestätigung in der offensichtlich großen Fluktuation ausgebildeter Zahnarthelferinnen in andere Tätigkeitsbereiche. Für die generelle Leistungsfähigkeit vieler Praxen kann sich diese Entwicklung bald drastisch auswirken, wenn die zahlreicher werdenden Stellenangebote auf die geburten-schwachen Jahrgänge stoßen, die ihre Traumjobs in anderen Branchen finden.

Bei allen Problemen, die wir Zahnärzte mit unserer eigenen Imagepflege haben, müssen uns diese Tendenzen alarmieren und

dazu veranlassen, sie als besorgniserregend, ja als existenzbedrohlich zu erkennen.

Was sind die Gründe?

Die Zahnärzteschaft mit ihrer vielfach gepflegten Aufsteigermentalität hat es immer verstanden, den Aufstieg der Zahnarthelferinnen in ein selbstbewußtes und deshalb attraktives Berufsverständnis zu verhindern. Aus Gründen der Verteidigung des eigenen sozialen Aufstiegs war es opportun, den 'Abstand nach unten' immer klarzustellen. Qualifikation der Zahnarthelferin so viel wie nötig, so begrenzt wie möglich! Die bisweilen panische, mit fachlichen Argumenten nicht zu belegende Angst, z.B. bestimmte Prophylaxe-Aktivitäten zu delegieren oder gar an nicht akademische Berufe zu übertragen, ist ein Zeichen dafür, wie angstbesetzt und oberflächlich unsere - äußerlich so engen - beruflichen Beziehungen geblieben sind.

Zuviele Praxen werden nach wie vor autoritär geführt. Ja, Herr Doktor! Nein, Herr Doktor! Viele Zahnarthelferinnen heißen immer noch 'Sprechstundenhilfen' und sind es auch, Putzen inklusive.

Und trotzdem leiden viele Zahnärzthelferinnen in ungebrochener Loyalität unter den berechtigten und unberechtigten Angriffen auf "die Zahnärzte" mit und können sich doch nicht, wie unsereins, mit kleinen finanziellen Extravaganzen trösten. Die Tarifverhandlungen zwischen der ominösen 'Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen des Hilfspersonals der Zahnärzte' und dem 'Verband der weiblichen Angestellten e.V.' führen jedes Jahr nur unter Streit zu eher bescheidenen Gehältern. Das derzeitige tarifliche Anfangsgehalt liegt bei DM 1704,- bei 40 Wochenstunden, im zehnten Berufsjahr beträgt es DM 2240,-. Damit etwa fängt eine Anwaltsgehilfin an, ebenso wie viele andere Assistenzberufe mit weniger Streß, pünktlichem Feierabend und mehr Aufstiegschancen.

Wie soll eine Zahnärzthelferin unter diesen Bedingungen ein gesundes berufliches Selbstbewußtsein entwickeln, sich an befriedigenden Perspektiven orientieren, andere junge Mädchen für diesen Beruf motivieren? Als zusätzliches Hemmnis stellt sich die AIDS-Problematik dar; es gibt geheime Ängste vor Hepatitis und Allergien, vor dem täglichen Umgang mit Röntgenstrahlen und Amalgam.

Wenn der FVDZ vor diesem Hintergrund im Rahmen seiner nicht selten syndikatartigen Berufspolitik zu "Personalent-

lassungen und Einstellungsstop für Auszubildende" aufruft, kann man sich nur noch wundern, daß wir überhaupt noch Helferinnen haben. Diese werden dann von den Herren veranlaßt, bei den sogenannten Informationsveranstaltungen am 22.6.87 mitzudemonstrieren, um die dabei versäumte Arbeitszeit dann wiederum arbeitnehmergerecht nachzuholen. Ein Skandal, gegen den der sonst stille 'Berufsverband der Arzt- und Zahnärzthelferinnen e.V.' mit ermutigender Vehemenz protestierte.

Was ist zu tun?

Was müssen wir bald tun, damit unsere Praxen nicht nur arbeitsfähig bleiben, sondern auch den neuen Herausforderungen Prophylaxe und Qualitätssicherung gewachsen sind?

Unsere Leistungsfähigkeit steht und fällt mit der Präsenz und Kompetenz unserer Helferinnenschaft. Die Erkenntnis dieser Abhängigkeit, der fast symbiotischen Verflechtung beider Berufsbilder ist die Voraussetzung für alle notwendigen Konsequenzen. Dabei wird es unerläßlich sein, auch von hierarchischen Denkgewohnheiten Abschied zu nehmen. Konventionelle Arbeitgeberpositionen dürfen die Entwicklung einer gewissen professionellen Partnerschaft nicht länger ausschließen. Unsere Freiberuflichkeit sollte kooperative Arbeitsformen ermöglichen, solange Zahnheil-

kundegesetz und Berufsordnung keine Schranken setzen.

Das ist zugegebenermaßen leichter gesagt als getan!

Aber angesichts dieser düsteren Aussichten haben es sich die 'Helferinnen-Referenten' in den Kammern allzu leicht gemacht. Ein wenig Charme zu 25-jährigen Dienstjubiläen und die Dienstaufsicht bei Ausbildungsverträgen erweisen sich als zu dürftig, das Berufsbild der Zahnarzthelferin attraktiv und konkurrenzfähig darzustellen.

Die in vielen Kammerbereichen angebotenen Fortbildungen und Zusatzqualifikationen sind unverzichtbar. Könnten sie nicht beherrzter, obligatorischer, flächendeckender erfolgen? Wir halten die gebremste ZMF-Ausbildung, die restriktive Haltung des BDZ zum Prophylaxe-Einsatz der Zahnarzthelferinnen für kurzsichtig, weder berufs- noch gesundheitspolitisch sinnvoll. Vielmehr empfehlen wir, die Prophylaxe-Techniken und -Beratungen unter der Supervision von Zahnärzten im Berufsbild der weitergebildeten Zahnarzthelferin zu verankern. Mit solchen Berufsperspektiven gewinnen wir Mitarbeiterinnen, die sich sonst für andere - vermeintlich anspruchsvollere - medizinische Hilfsberufe (MTA, PTA, Krankenschwester u.a.) entscheiden.

Es bedarf aller Anstrengungen, das Berufsbild der Zahnarzt-

helferin vor dem 'Makel der Minderwertigkeit' zu bewahren, das nur für solche Schulabgängerinnen in Frage kommt, die im Verteilungskampf um begehrte Ausbildungsplätze unterliegen. Unser Anspruch auf Auszubildende mit mittlerer Reife, die freundlich, fleißig, belastbar und auch noch hübsch sein sollen, auf Helferinnen, die "perfekt" zu sein haben, kann sich nicht ausschließlich mit Eitelkeit rechtfertigen lassen, sondern muß mindestens durch akzeptable Rahmenbedingungen einschließlich Vergütungen abgedeckt sein.

Als Sofortmaßnahmen auf BDZ- bzw. Kammerebene schlagen wir deshalb vor:

1.
Wenn nicht bereits vorhanden, ist eine langfristige Bedarfsanalyse für zahnärztliche Mitarbeiter zu erstellen. Dabei ist von sich rasch etablierenden Prophylaxe-Konzepten auszugehen.

2.
Für das Berufsbild der Zahnarzthelferin ist in einer großzügigen und professionellen Kampagne zu werben. Es müssen die qualifizierten und verantwortungsvollen Tätigkeiten überzeugend dargestellt werden. (Delegierte) prophylaktische Maßnahmen sind angemessen zu berücksichtigen. Diese Aktion sollte auch einen stimulierenden Effekt auf möglicherweise langweilig-eingefahrene Verhältnisse in den

Praxen einkalkulieren.

3.

Der hinhaltende Widerstand der Zahnärzteschaft gegenüber Interessenvertretungen der Zahnarthelferinnen ist kontraproduktiv. Mit patriarchalischem Gehabe können qualifizierte Helferinnen nicht gehalten werden. Sie sollten deshalb mit unserer Unterstützung eigene Berufsverbände stärken, die in der Lage sind, die vielfach verschwommenen Arbeitsbedingungen zu präzisieren und angemessene Gehälter durchzusetzen. Die marktübliche Praxis der außer- bzw. übertariflichen Vergütungsregelung hat es nicht geschafft, den Zahnarthelferinnen die Zufriedenheit und Perspektive zu vermitteln, die den Beruf erstrebenswert machen. Es kann hier nicht abgeschätzt werden, ob ÖTV-Bedingungen für alle Praxen zu verkräften sind. Gleichwohl werden sich zunehmend Arbeitsverträge sowohl im Mantel- als auch im Vergütungstarif am BAT orientieren müssen. Viele offene Stellen werden erhebliche Zuschläge bei den Gehältern erfordern: Gute Zahnarthelferinnen werden teuer!

4.

Damit sie nicht auch noch rar werden, sind Qualifikationsangebote nach Kräften auszubauen. Kostenfreie Fortbildungen in den standeseigenen Einrichtungen haben den doppelten Effekt in der Praxis und in der Öffentlichkeit, wenn sie als professionelle

Bereicherung erfahren werden. In bundesweit abgestimmten Programmen sind deshalb alle Aspekte des Berufsbildes zu behandeln, insbesondere gilt es, Themen der Praxishygiene, der Prophylaxe und der Qualitätssicherung zu trainieren.

5.

Die jeweiligen 'Helferinnen-Referenten' (gab es je eine Zahnärztin in diesem Amt?) dürfen ihre Funktion nicht länger auf administrative Aufgaben im Rahmen der Körperschaft beschränken, sondern sollten sich als eine Art 'Ombudsmann' verstehen. Es ist dringend erforderlich, die Motive der Unzufriedenheit, der abgebrochenen Berufskarrieren, der offensichtlichen Konflikte der Zahnarthelferinnen zu sammeln und zu analysieren. Krisenmanagement im Einzelfall, sowie die regelmäßige Beratung der Kollegenschaft in Ausbildungs- und Beschäftigungsfragen könnten sich als hilfreiche Institution erweisen. Dabei ist es unerlässlich, daß diese (hauptamtliche?!) Stelle in der Kammer das Vertrauen der Zahnärzte und der Zahnarthelferinnen genießt.

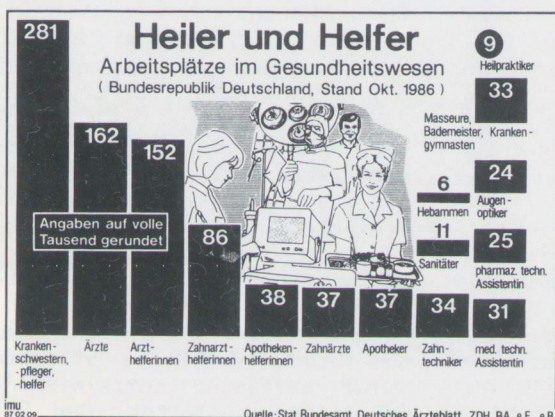
6.

Die bereits vereinzelt durchgeführten "Reaktivierungskurse" für ehemalige Zahnarthelferinnen sollten zu einer regelmäßigen Einrichtung werden, um vorhandene Berufserfahrungen nicht versanden zu lassen und gleichzeitig einen Beitrag zum Abbau der Arbeitslosigkeit zu leisten.

Aus der Erfahrung unseres Berufsstandes wissen wir, wie zählebig ein "schlechter Ruf" ist. Um so mehr empfiehlt es sich, die sich ausbreitende Negativ-Bewertung des Berufsbildes der Zahnärzthelferin rechtzeitig zu erkennen, zu analysieren und zu korrigieren. Wir sind die direkt Betroffenen dieses Prestige-Verlustes. Große ideelle und finanzielle Anstrengungen werden nicht umsonst sein, wenn es dadurch gelingt, das Berufsbild unserer Mitarbeiterinnen und damit unser eigenes in der öffentlichen Bewertung zu konsolidieren.

Aber auch die Zahnärzte selbst müssen davon überzeugt werden, daß sie die Seriosität dieser Werbung in den Praxen bestätigen müssen. Das wird vielerorts ohne gewisse Anpassungen in den Konfliktbereichen: Berufsbild, Führungsstil, Arbeitszeit und Gehalt nicht möglich sein. Auch zu dieser Art Prophylaxe, der Vermeidung kollabierender Praxen als Folge von Helferinnen-Mangel, sind wir verpflichtet. Zuerst im eigenen Interesse.

Anschrift des Verfassers:
Dr. Christian Nielsen
Lindenschmitstr. 44
8000 München 70



Fast 1,2 Millionen Arbeitsplätze im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland ist ausgebaut wie in kaum einem anderen Land der westlichen Welt. Nahezu 1,2 Millionen Fachkräfte — vom hochqualifizierten Spezialisten bis zum Helfer — stehen zur Verfügung. Es hat sich herausgestellt, daß der Einsatz hochmoderner Geräte die Zahl der Arbeitsplätze nicht verringert, sondern vielmehr eine vertiefte Ausbildung der daran Beschäftigten notwendig macht.

Quellen: Statistisches Bundesamt, Deutsches Ärzteblatt, Zentralverband des deutschen Handwerks, Bundesanstalt für Arbeit, eigene Erhebungen, eigene Berechnungen

Der Kassenarzt 12/87, S. 10

Buchbesprechungen:

Zahngesundheitserziehung für Kleinkinder

Von Jost Bauch, 100 Seiten, 54 Abbildungen, 55 Tabellen, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1987

Im Kreis Stormarn wurde das Obleute-Konzept auf seine Effektivität hin untersucht. Der Zahnarzt bringt das Fach- und Sachwissen in die zahnmedizinische Prophylaxe ein, das nach Ansicht des Autors beim Hilfspersonal, sogenannten Prophylaxehelferinnen oder gar "Putzmuttis" nicht vorhanden ist. Die Gruppenprophylaxe wird nur bei einer Zusammenarbeit von Eltern, Erzieherinnen, Lehrern, Zahnärzten, Krankenkassen und Gebietskörperschaften erfolgreich sein.

Das zweite Kapitel beinhaltet eine Zusammenstellung regionaler epidemiologischer Untersuchungen über den Zahngesundheitszustand von Vorschulkindern. Sie zeigen eine mit dem Alter zunehmende Verschlechterung des Gebißzustandes.

Der dritte Abschnitt arbeitet die Fakten auf, die auf das Präventivverhalten Einfluß nehmen und stellt das wohl bekannte zahnärztliche Kindergartenbetreuungskonzept vor. Der Verfasser sah die Notwendigkeit der Konzepterarbeitung, "weil der öffentliche Gesundheitsdienst aus personellen Engpäs-

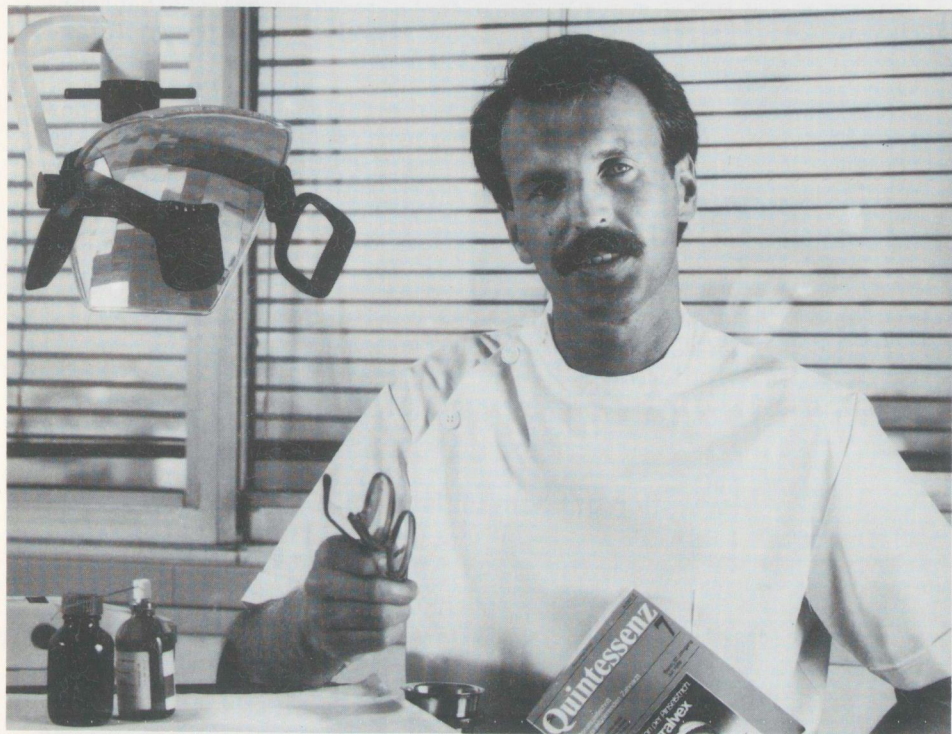
sen heraus nicht mehr in der Lage war, eine flächendeckende prophylaktische "Versorgung" der Kleinkinder sicherzustellen." Das Programm soll spätestens nach den Empfehlungenvereinbarungen mit den Krankenkassen eine große Verbreitung gefunden haben.

Nach zweijähriger Laufzeit des Obleute-Konzepts konnte "der Zahngesundheitszustand bezüglich der Karies um zwölf Prozent verbessert bzw. der Anteil naturgesunder Gebisse um 13 Prozentpunkte gesteigert werden." Die Mundhygiene der Kinder verbesserte sich wesentlich.

Die Studie im Kreis Stormarn wurde umfassend sozialwissenschaftlich begleitet. Den Erfolg des Projektes sahen die Beteiligten (Eltern, Kinder, Erzieherinnen, Zahnärzte) hauptsächlich im Erlernen des Zähneputzens.

Leider findet nach Ansicht des Rezensenten die Notwendigkeit des Einsatzes von Hilfspersonen in der Kindergarten-Gruppenprophylaxe keine ausreichende Würdigung. Wenngleich über

SEIEN SIE RUHIG ANSPRUCHSVOLL BEI DER WAHL IHRER FACHLITERATUR!



Patienten sind anspruchsvoll und kritisch. Sie wollen eine möglichst optimale medizinische Versorgung. Dies bedeutet Herausforderung und Ansporn zugleich.

Die Konsequenz:

Fort- und Weiterbildung im Beruf haben oberste Priorität! Deshalb kann es auch bei der Wahl der Fachliteratur keine Kompromisse geben, deshalb liest die Mehrzahl aller praktizierenden Zahnärzte in Deutschland regelmäßig Zeitschriften und Fachbücher aus dem Quintessenz Verlag. Hier findet man in übersichtlicher Form präzise und aktuelle Informationen zu allen Fachbereichen der Zahnmedizin. Originalarbeiten, praxisbezogene Fall-Studien und interessante Aufsätze zur Fort- und Weiterbildung.

Die QUINTESSENZ ist seit mehr als vier Jahrzehnten der führende Verlag im Bereich der Zahnmedizin.

Durch diese langjährigen Erfahrungen im Verlagsbereich und unser oberstes Ziel, die wissenschaftliche Fachliteratur unseres Hauses durch eine Vielzahl ausgereifter Ideen und ihre vorbildliche Umsetzung immer weiter zu verbessern, sind wir zum zuverlässigen Partner der Zahnmedizin geworden.

Darauf sind wir stolz, und dafür werden wir auch künftig kontinuierlich und hart arbeiten.

Unser Verlagsprogramm senden wir Ihnen gern zu:
Quintessenz Verlag, Ifenpfad 2-4, D-1000 Berlin 42

Quintessenz

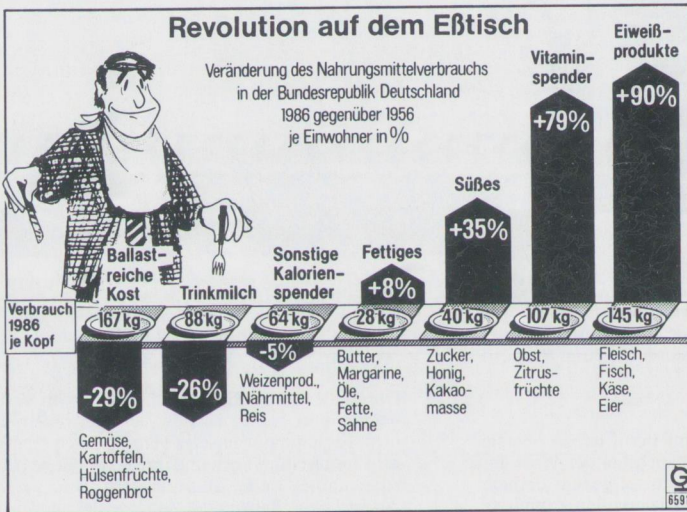
Berlin - Chicago - London - São Paulo - Tokio

8000 Zahnärzte im Obleute-Konzept tätig sein sollen, bleibt der Autor den Beweis schuldig, daß die Empfehlungsvereinbarungen der Gruppenprophylaxe zum Durchbruch verholpen haben. Eine noch zu beweisende, je Bundesland schwankende Betreuungquote von 50 bis 80 Prozent der Kindergärten darf nicht den Eindruck erwecken, daß auch nur annähernd ähnliche Aktivitäten wie in Stormarn bestehen.

Es ist zu wünschen, daß das Buch nicht als Aushängeschild für eine funktionierende Gruppenprophylaxe in der Bundes-

republik mißbraucht wird. Die wissenschaftliche Verpackung des Obleutekonzeptes bietet eine Fülle an verhaltenstheoretischen und soziologischen Informationen. Trotz der angemeldeten Kritik und der Überzeugung, daß mit dem Obleutekonzept der falsche Weg in eine effektive Kindergarten-Gruppenprophylaxe beschritten wird, muß das Buch alles in allem zumindest den über 8000 "tätigen" Obleuten als Motivationsschub für Aktivitäten empfohlen werden.

Anschrift des Verfassers:
 Dr. Manfred Witte
 Oldenburger Str. 36a
 2905 Edewecht



Nur gut, daß die Bundesbürger keine Ernährungswissenschaftler an ihren Eßtischen haben; sie würden in den meisten Fällen bedenklich die Stirn runzeln und ihnen so den Appetit verderben. Zwar leisten sich die heutigen Esser weit-aus mehr hochwertige Eiweißkost als ihre Väter oder Mütter vor 30 Jahren; aber daß sie den Verbrauch an Süßem im gleichen Zeitraum durchschnittlich um 35 Prozent steigerten, kann allenfalls die Zucker- und Süßwarenindustrie freuen.

Arzt u. Wirtschaft 16/87

Zahnerhaltung, Endodontologie

Peter, H.; A. Guldener und Kaare Langeland, mit Beiträgen von Ehrmann, E., Hotz, P., Kinder, S., Kornmann, K., Leisebach, T., Rocke, H., Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York; 2. neubearbeitete und erweiterte Auflage, 1987; 520 Seiten, 320 Schwarzweißabbildungen, 35 Tabellen, flexibles Taschenbuch, ISBN 3136100026, 39,80 DM

Da die erste Auflage des Buches (440 Seiten) 1985 restlos vergriffen war und 1985 anlässlich der Jahrestagung der Europäischen Gesellschaft für Endodontologie in Genf neue Behandlungsmethoden vorgestellt wurden, entschlossen sich die Autoren, Anfang 1987 eine neubearbeitete und erweiterte zweite Auflage herauszubringen.

Dieses 499 Seiten umfassende flexible Taschenbuch im DIN A 5 Format behandelt ausführlich und gut verständlich sämtliche Themen und Randgebiete der Endodontie. Hervorzuheben ist das Kapitel von Langeland über die physiologischen und pathologischen Verhältnisse der Pulpa mit vielen histologischen Schnitten und die Ausführungen von Guldener im Kapitel "Anatomie der Zähne und der Wurzelkanäle" über Zahnlänge, Kanalbiegungen, Zahl der Wurzeln und Kanäle und anatomische Abnormitäten. Die in den letzten Jahren entwickelten Neuheiten, wie z.B. der Canal Finder, Ultraschallaufbereitung etc. sind in dem entsprechenden Kapitel besprochen und ihre Wirksamkeit bewertet. Am Ende jeden Kapitels sind umfangreiche bis 1986 datierte Literaturangaben. Mit

Hilfe des am Ende des Buches befindlichen 15-(!)-seitigen Sachverzeichnisses ist jede gewünschte Buchstelle leicht aufzufinden.

Das Preis-Leistungsverhältnis ist bei diesem flexiblen Taschenbuch ausgezeichnet, wobei natürlich oft Farbbilder bei intraoralen Aufnahmen und histologischen Schnitten deutlicher wären, jedoch bei einem Buch dieser Preisklasse nicht zu bekommen sind. Röntgenbilder, Zeichnungen und Tabellen sind gut verständlich und mit dem Text deutlich verbunden.

Das vorliegende Taschenbuch bringt auf 500 Seiten ausführlich sämtliche Aspekte der Endodontie und Verbindungen zu anderen zahnmedizinischen Disziplinen. Das Studium dieses Buches kann dem Studenten, dem sog. Praktiker und dem endodontischen Spezialisten als Lehrbuch, Nachschlagewerk und Fortbildungsanregung und -hilfe wärmstens empfohlen werden.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Heinz Wichert
Untere Bahnhofstr. 25
8034 Germering

MSD-Manual der Diagnostik und Therapie
Verlag Urban & Schwarzenberg, 3. Auflage (1984)
Kunstleder-Einband, ISBN 3 541 018534, DM 98,--

Fachbücher gibt es selten unter 100 Mark. Hier ist eines für DM 98,--, das ich allen Kollegen zum häufigen und griffbereiten Gebrauch empfehlen möchte. Es ist ein 2800-Seiten-Werk mit einem komprimierten Überblick über die gesamte Medizin. Von AUG wie Augenheilkunde bis ZMK wie Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sind in 24 Kapiteln über 2000 Krankheitsbilder in Ätiologie, Symptomatik, Diagnostik und Therapie einschließlich Prophylaxe dargestellt. Ohne bunte Bilder zwar, dafür in bemerkenswerter Sorgfalt und Übersichtlichkeit.

Wie andere Fachmediziner auch, unterliegen wir Zahnärzte ja bisweilen einer eher verengten Sicht der Dinge und Zusammenhänge. Fachfremde Befunde werden nicht selten bestenfalls auf dem Psyhyrembel-Niveau registriert, weil theoretisches Wissen mit wachsender praktischer Erfahrung verblaßt. Die Anwendung dieses Handbuchs (!) ermöglicht dagegen eine schnelle Grob-Orientierung, die kompetente Auffrischung

medizinischer Allgemeinbildung sowie das Training des wissenschaftlichen Vokabulars. Ein wünschenswerter Nebeneffekt wäre die selbstbewußtere Kooperation mit den Kollegen der anderen Fachrichtungen, dort, wo es für uns oder unsere Patienten hilfreich wäre.

Den Gebrauch erleichtert eine praktische Systematik mit leicht einprägsamen bzw. geläufigen Kürzeln der Fachbereiche und ein entsprechendes Griff- und Stichwort-Register.

Angesichts der Flut von Hinweisen, Leitlinien, Richtlinien und Verordnungen stellt dieses Handbuch ein gutes Gegengewicht dar, sich täglich selbst zu ermutigen, daß man ja nicht nur "Leistungserbringer", sondern vor allem immer noch Arzt ist. Deshalb: Keine Angst vor dicken Büchern!

Anschrift des Verfassers:

Dr. Christian Nielsen
Lindenschmitstr. 44
8000 München 70

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

Die „Zahnärztlichen Mitteilungen“ und die Pressefreiheit

– Neues zum Umgang der ZM-Redaktion mit kritischen Leserzuschriften

Wer versucht, sich durch regelmäßige Lektüre des offiziellen Mitteilungsorgans der bundesdeutschen Zahnärzteschaft ein Bild von der standespolitischen Befindlichkeit dieses Berufsstandes zu machen, kann eigentlich keinen Zweifeln darüber anheimfallen, daß die Zahnärzte in allen wesentlichen Fragen einer Meinung sind. Wer selbst diesem Berufsstand angehört, kennt die Realität – und die ist anders. Diskussionen und Meinungsvielfalt gibt es sehr wohl, doch die ZM-Redaktion ist vom Bundesvorstand der zahnärztlichen Körperschaften angewiesen, Kritisches und dem monolithischen Image möglicherweise Abträgliches zu unterbinden. Daß dies so ist, wird nicht nur von der ZM-Redaktion selbst offen eingestanden, sondern ist auch durch zahlreiche Beispiele immer wieder bestätigt worden. Beiträge und Leserzuschriften wurden entweder rundweg abgelehnt oder durch Kürzungen und Streichungen bis zur Unkenntlichkeit "neutralisiert".

Jüngste Beispiele dieser Praxis sind zwei Leserbriefe, die dem DAZ-FORUM nach Ablehnung durch die ZM-Redaktion übersandt wurden. Sie sind nachfolgend – selbstverständlich ohne Kürzungen – wiedergegeben. Wir hielten es weiterhin für aufschlußreich und wichtig, auch das Ablehnungsschreiben der ZM-Redaktion zu veröffentlichen, da es besonders deutlich macht, mit welcher Arroganz hier Kritischem begegnet wird.

Zur Auseinandersetzung über die Ergebnisse des "Modellversuchs zur Leistungs- und Kostentransparenz kassenzahnärztlicher Leistungen" (sog. 223-Studie)

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Erstaunen habe ich zur Kenntnis genommen, wie von Ihrer Zeitschrift der "Fall Ebenbeck" als eines der scheinbar relevantesten Themen der sog. zahnmedizinischen Diskussion aufgebaut wird. Der weitergehende Eindruck, Sie hätten womöglich

nichts Wichtigeres mitzuteilen, wird nun durch die mit laufender Artikelfolge zum o.g. Thema glücklicherweise abnehmende Zeilenzahl entkräftet. Fast könnte man also Ihr Blatt wieder dem gerechten Vergessen anheimfallen lassen, wären da nicht solch unerträgliche Lohnschreiber wie Friel (oder wie sie heißen mögen), die mit dem Mut zur Halbwahrheit und bar der Sachkenntnis die eher langweilige standespolitische Abstrusitäten-Ecke der ZM auf Bild-Zeitungs-Niveau aufmischen. Aber zur Sache:

1.

Es ist falsch, daß auf einer Veranstaltung der Gesellschaft für Sozialmedizin in der Uni Bielefeld am 26. Sep. 1986 "und nochmals unmittelbar danach von den Autoren der Studie" irgendwelche Äußerungen von Dr. Ebenbeck dementiert worden sind. Richtig ist, daß P.J. Müller den Unterzeichner in der ihm eigenen Art nach der Veranstaltung dazu bewegen wollte, mal vorweg "son paar Zahlen" zu dem "Ebenbeck-Gequatsche" rauszulassen.

2.

Wenn es denn zur Aufgabe der Wissenschaftler gehört, die Dummheit in der Welt zu minimieren, so sollen hier - speziell für die ZM - einige Erklärungen helfen: Demnächst wird der Abschlußbericht des Modellversuchs zur Leistungs- und Kostentransparenz bei der Voith-BKK veröffentlicht. Damit liegen im Gegensatz zu den in ZM 5 und 10/87 abgedruckten von Dr. Ebenbeck zitierten Zwischenergebnissen endgültige Zahlen vor. Diese Zahlen sind weniger geeignet, die Beziehungen der Vertragspartner "empfindlich zu stören", wie in ZM 5/87 bereits vorsorglich gedroht wurde, sondern raten an, sich mit dem Problem der Qualitätssicherung zahnärztlicher Leistungen vorurteilsfrei sachbezogen zu befassen, statt es bei der peinlichen Uni-Bluff-Formel, das Problem sei "international gesehen noch durchweg im Forschungsstadium" (ebd.), zu belassen.

3.

Verfolgt man die Geschichte der 1981 gefüllten Zähne von Voith-Versicherten (und Angehörigen) bis zum Ende 1984 weiter, so ist festzustellen, daß fast ein Viertel der Füllungen in der Zwischenzeit erneuert bzw. erweitert werden mußten. Verfolgt man die Zahnschicksale hinsichtlich der "Erfolglosigkeit" der Füllungstherapie auch weitergehend durch Einbezug der durchgeführten Überkronungen und Extraktionen, so ergibt sich, daß 30 % der 1981 gelegten Füllungen Ende 1984 in der ursprünglichen Form nicht mehr existierten.

Ich erwarte weder den Abdruck dieses Briefes noch ein Ende der Hetzkampagne gegen Dr. Ebenbeck, möchte aber abschließend die ZM-Redaktion an Mao Tse Tung erinnern, der dankenswerterweise

darauf hinwies, daß der Stein, den man gegen jemand aufhebt, einem auch schon mal selbst auf die Füße fallen kann.

In diesem Sinne ... Si tacuisses ... ZM

Mit freundlichen Grüßen

Arno Georg

Hörder Str. 31, 5810 Witten

Projektleiter des Modellversuchs nach § 223 RVO beim Bundesverband der Betriebskrankenkassen

Sehr geehrter Herr Georg,

Ihr Erstaunen darüber, daß die ZM den falschen Äußerungen des Herrn Dr. Ebenbeck breiten Raum eingeräumt haben, ist verständlich, weil Sie kein Zahnarzt sind. Wären Sie aber einer, wären Sie wahrscheinlich genauso empört wie viele Zahnärzte darüber, daß Ihnen ein Kollege unbelegt oder mit falschen Zahlen schlechte Arbeit vorwirft. So aber ist Ihr Urteil unwichtig.

Der Voith-Bericht wird - unter anderem nach Angaben Ihres Hauses - schon seit mehr als einem Jahr "demnächst" veröffentlicht. Wir glauben erst daran, wenn er vorliegt. Immerhin danken wir Ihnen, daß Sie als Vorab-Information daraus mit einer weiteren Variante Herrn Dr. Ebenbeck dementieren, indem Sie seine 30 % Füllungen statt auf 15 Monate nun auf 3 1/2 Jahre verlängern.

Im übrigen freuen wir uns für Sie, daß Sie es sich als Wissenschaftler zur Aufgabe gemacht haben, "die Dummheit der Welt zu minimieren". Ein bescheidener Vorsatz, der Sie ehrt.

Da Sie den Abdruck Ihres Briefes nicht erwarten, wollen wir nicht entgegen diesen Erwartungen handeln.

Mit freundlichem Gruß

(Dipl.-Volksw. H. Friel)

Redaktion der Zahnärztlichen Mitteilungen

Zu der jüngsten Auseinandersetzung in den ZM: H. Friel mit Herrn Dr. Ebenbeck wegen dessen Äußerung, daß ca. 30 % der zahnärztlichen Arbeiten nach kurzer Zeit ausgewechselt werden müssen,

möchte ich gerne einige Erfahrungen aus 18-jähriger zahnärztlicher Tätigkeit beisteuern.

H. Friel bezichtigt Dr. Ebenbeck der Beckmesserei und wirft ihm Unkollegialität vor, obwohl Dr. Ebenbeck doch nur den schüchternen Versuch macht, sich über die Qualität zahnärztlicher Arbeiten hierzulande kritisch zu äußern.

Sicher ist es schwierig, unerschütterliche Aussagen über Prozentzahlen schlechter zahnärztlicher Versorgung zu machen, da es an genauer Nachprüfbarkeit fehlt.

Äußerungen standespolitisch tätiger Kollegen müssen nicht immer - wissentlich oder unwissentlich - frei von Irrtümern sein!

An Ihren Arbeiten kann man sie erkennen!

Was ich in meiner Praxis seit Jahren erlebe, ist schlechthin erschütternd und stellt die Aussage Dr. Ebenbecks weit in den Schatten.

Lege artis zahnärztlich versorgte Patienten stellen die absolute Ausnahme dar.

Vor einiger Zeit habe ich neue Karteikarten eingeführt und dort eklatante Fehlleistungen zahnärztlicher Kunst verzeichnet, so daß diese prozentual leicht erfaßbar sind. So mußte ich feststellen, daß bei über 90 % der Karten derartige Eintragungen erfolgten.

In der Hauptsache sind es bei der Füllungstherapie massive Restkaries, wobei ich die Nichterfüllung der Blackschen Regeln überhaupt nicht berücksichtigt habe. Erschütternde Fehlleistungen in der Endodontie lassen sich durch die Röntgendokumentation belegen! Nun liegt der Schluß nahe, daß es sich in meiner Gegend um eine Ausnahmesituation handelt.

Während meiner Assistenzzeit über 100 km von hier entfernt, in einer oberbayerischen Kleinstadt, kam ich zu ähnlichen Ergebnissen. Von 500 entfernten Füllungen waren 390 grob unsachgemäß gelegt worden! Dominant war auch hier die Restkaries. Wer nun glaubt, speziell in Bayern gehen die Uhren anders, ist im Irrtum.

Schließlich habe ich immer wieder Urlauber aus anderen Bundesländern zahnärztlich zu versorgen. Auch hier sieht die Situation nicht wesentlich besser aus!

Im Laufe der Zeit habe ich verschiedene Handschriften zahnärztlicher Arbeiten kennengelernt und feststellen müssen, daß es sehr häufig Praxisinhaber mit sehr gutem Ruf und entsprechendem Umsatz und Auftreten sind, deren Arbeiten schlechthin als Betrug an den Krankenkassen und Patienten sowie als grobe Körperverletzung zu betrachten sind.

Es handelt sich nicht um Ausrutscher, sondern um systematischen Pfusch. Diese Aussagen sind zum Glück meist röntgenologisch nachvollziehbar!

Ich glaube, es ist endlich an der Zeit, sich um einen gangbaren Weg der Qualitätssicherung zu bemühen, statt diejenigen, die die wahren Mißstände andeutungsweise ans Licht bringen, als Nestbeschmutzer zu beschimpfen. Auf diese Weise könnten Kosten für die Zahngesundheit entscheidend gesenkt werden.

Das leidliche Honorargezänk würde sich dadurch erübrigen und die wirklich sauber arbeitenden Kollegen aus ihrer Abseitsstellung geholt werden.

Die Großeinkünfte mancher "Zahngeschäfte" würden spontan in sich zusammenbrechen. Das Niveau zahnärztlichen Tuns müßte sich notgedrungen sprunghaft steigern.

Dr. Reinhard Roth
Bahnhofstr. 29, 8392 Waldkirchen

AGGRESSIONSABLEITUNG NACH INNEN

Die Hauptproblematik der meisten funktionsgestörten Patienten liegt darin, daß bei der Streßbewältigung eine spontane Aggressionsableitung nach außen gestört ist. Es kommt zur Aggressionsableitung nach innen. Diese Personen sind introvertiert, betont pflichtbewußt, haben Schwierigkeiten im Umgang mit anderen, lassen sich allzu leicht von den Verhältnissen unter Druck setzen und kehren dann ihre Frustrationen nach innen.

Durch psychophysische Koppelung führt der erhöhte affektive Tonus zum Hypertonus der Skelettmuskulatur. Bei diesem anhaltend erhöhten Skelettmuskeltonus als Streßantwort besteht eine Dominanz der oralen Muskulatur. Diese Zusammenhänge zwischen der Art der Streßbewältigung, der Aggressionsableitung und der oral dominanten anhaltenden Skelettmuskeltonuserhöhung sind inzwischen klar belegt.

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

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

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

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

Leserbriefe:

Artikel über Hydrokolloidabdruck DAZ Forum 16

Ich möchte zum Artikel "Praxis des Hydrokolloidabdrucks" (A. Körtgen) einige Anmerkungen machen:

ad 1.

Ein dreiteiliges Bad ist sicher empfehlenswert, da bei der unter 5. beschriebenen Methode ein standardisiertes Verfahren nicht gewährleistet ist. Ein Herauslegen des Löffels mit Tubenmaterial ist sehr unsicher, da die äußeren Schichten ungleichmäßig abkühlen können.

ad 8.

Auch hier das gleiche Problem: Das Wasser sollte erst aufgedreht werden, wenn der Löffel plaziert ist.

ad 9.

Hier ist ein einfacheres Vorgehen vorteilhaft: Der Abdruck wird unter Wasser abgespült, dann mit Gipspulver ausgestreut. Die entstehende Gipsmilch wird eine Minute stengelassen und dann ausgespült. Hartnäckige Gipsreste werden mit dem Spray (!) entfernt. Dann kann der Abdruck ausgeblasen werden, das schadet ihm nicht, wenn man ihn nicht austrocknet!

Ein Wiederankleben von Teilen ist unsinnig, denn wenn unwichtige Teile abreißen, dann braucht man sie nicht anzukleben und wenn es wichtige sind, dann kann man den Abdruck in diesen Bereichen auch damit nicht retten. Die Kaliumsulfatlösung kann man getrost vergessen.

ad 12.

Es sollte endlich dieses Märchen verschwinden, daß der Hydrokolloidabdruck sofort ausgegossen werden muß. Der Abdruck sollte nach der "Reinigung" in eine Gefrierdose mit dicht schließendem Deckel gelegt werden, auf deren Boden eine feuchte Serviette liegt. Dort kann er einige Stunden verbleiben, ohne daß Qualitätseinbußen zu befürchten sind. Nach Angaben von P. K. Thomas kann dies bis zu sechs Stunden sein. Dies zu testen ist vielleicht nicht empfehlenswert, aber ein bis zwei Stunden sind in meiner Praxis sicher keine Seltenheit.

Was im Artikel nicht beschrieben ist und was außerordentlich wichtig ist:

1. Es sollen immer zwei Abdrücke angefertigt werden, um zwei

identische Modelle zu bekommen, wovon eines ungesägt bleibt und zur Kontrolle dient.

2. Die Abdrucklöffel müssen unbedingt ausgeblockt werden. Der obere am Gaumen und dorsalen Ende, der untere am dorsalen Ende und im Bereich der Frontzähne. Dies verhindert ein Herauslaufen des Materials und stoppt den Löffel, ohne daß man ihn auf die Zähne durchdrückt. Als Materialien können am besten Hartsilikone oder Prestikschnur (Dichtungsmasse) verwendet werden (Haftlack nicht vergessen).

Mit freundlichen Grüßen

Ihr

Dr. W. Forschner

Köhlesrain 86, 7950 Biberach

Artikel "Endodontie" von Heinz Wichert, erschienen im FORUM Nr. 17, 6. Jahrgang, 2. Quartal 1987

Auf Seite 145 des FORUMs Nr. 17 wird in dem Behandlungsbeispiel die Behandlung am 08.11.82 mit Ledermixpaste durchgeführt. So wie mir bekannt ist, enthält die Ledermixpaste Cortison - es sei denn - in Bayern gäbe es cortisonfreies Ledermix.

Cortison sollte, wie wir alle z.B. aus Vorträgen von Prof. Hope, Münster, wissen, nur kurzzeitig zur Schmerzbesitzigung benutzt werden.

Die nächste Behandlungssitzung des Kollegen ist aber sieben Tage später und siehe da: Jetzt wird Ledermix auch in den aufbereiteten Kanal gebracht. Die nächste Sitzung ist nun am 03.12. Über 14 Tage kann nun das Cortison sein Unwesen im Kanal treiben. Vor solch einer Behandlung sei nachdrücklich gewarnt, und sie darf nicht unwidersprochen bleiben. Die immunsuppressive Wirkung der Corticosteroide ist bekannt. Cortison macht auf die Dauer Nekrosen. Cortison zerstört das apikale Gewebe, welches wir zur Regeneration des Herdgeschehens dringend benötigen. Eine Verweildauer von Cortisonpräparaten von länger als drei Tagen im koronalen Bereich eines Zahnes ist abzulehnen und in aufbereiteten Kanälen sollte Cortison überhaupt nicht mehr verwendet werden.

Mit freundlichem Gruß

Dr. Joachim Lenz

Am Markt 13, 4407 Emsdetten

Hören Sie Ihren Patienten wirklich zu?

Hier die häufigsten Fehler, die bei Patientengesprächen von Ärzten immer wieder gemacht werden:

Beispiel: Patient: "Ich fühle mich insgesamt ziemlich schlecht. Ich glaube, es kommt daher, weil ich manchmal reichlich schüchtern bin und vieles hinunterschlucke. Wenn ich mit Kollegen zusammen bin, sage ich nie etwas. Hinterher ärgert es mich dann, daß ich nicht meine Meinung gesagt habe."

Herunterspielen

Die Probleme und Gefühle des Patienten werden nicht ernst genommen, er wird getröstet oder beruhigt.

Bagatellisieren: "Das würde ich nicht so schlimm sehen. Hauptsache, Sie verstehen sich mit den Kollegen. Der eine ist halt lauter, der andere stiller."

Gefahr: Die Gefühle des Patienten werden beiseite geschoben. Er fühlt sich nicht verstanden, nicht ernstgenommen. Jede weitere Motivation des Patienten, sich mit seinen Schwierigkeiten auseinanderzusetzen, wird abgeblockt.

Oder: Verallgemeinern: "Ach, wissen Sie, das geht vielen Menschen so, daß sie sich mit Äußerungen in der Öffentlichkeit zurückhalten, obwohl sie eigentlich Stellung beziehen sollten oder könnten. Und daß sie sich später Vorwürfe machen, weil sie geschwiegen haben."

Gefahr: Durch eine Verallgemeinerung des Problems wird dem Patienten der Eindruck vermittelt, er stehe mit seinem Problem nicht alleine da. Damit ist nicht gedient. Generalisierende Aussagen wirken unpersönlich und heben das Gespräch ab vom individuellen Problem.

Vorschnell urteilen

Der Arzt übernimmt die Rolle des Ex-

perten, noch bevor der Patient sein Problem umfassend dargelegt hat. Er gibt zu erkennen, daß er schon längst weiß, worum es geht und keine weiteren Erklärungen benötigt.

Intellektualisieren: "Das liegt wahrscheinlich daran, daß Sie schon als Kind und Jugendlicher nicht gelernt haben, sich in einer Gruppe zu behaupten. Da fällt Ihnen das als Erwachsener gleich noch viel schwerer."

Gefahr: Der Patient wird auf dieser rein inhaltlichen Ebene nicht erreicht. Er hat meist ohnehin schon selbst über sein Problem nachgedacht und weiß vielleicht, wo seine Schwierigkeiten liegen. Dieses Wissen hilft ihm jedoch nicht weiter.

Oder: Interpretieren: "In Wirklichkeit gefallen Sie sich vielleicht in der Rolle desjenigen, der eher still ist."

Gefahr: Entweder der Arzt interpretiert einseitig bestimmte Dinge in das Problem hinein, die für den Patienten nicht zutreffen, oder der Patient ist durch eine schnelle Interpretation seiner Ausführungen überfordert und weiß damit nichts anzufangen. In jedem Fall wird der Patient emotional zurückgestoßen und erlebt den Arzt als einen Menschen, der zum Zuhören unfähig ist.

Schulmeistern

Der Patient wird in eine passive Rol-

le gedrängt, indem der Arzt ihm von oben herab sagt, was er künftig zu tun und zu lassen hat. Auf seine Gefühle oder auf selbst erarbeitete Lösungsansätze geht der Arzt nicht ein.

Dirigieren: "Ich schlage vor, daß Sie bei der nächsten Gelegenheit, einfach mal mit einem Satz anfangen, so daß Sie sich langsam daran gewöhnen, vor einem größeren Kreis zu sprechen."

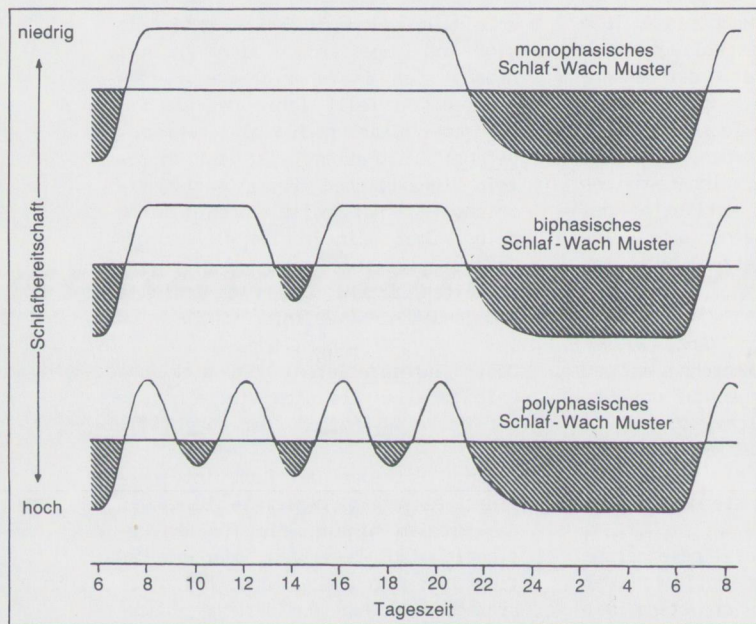
Gefahr: Die Compliance läßt zu wünschen übrig, weil der Patient nicht von sich aus hinter der Therapie steht.

Oder: Examinieren: "Ist das immer so? Auch im privaten Bereich? Sagen Sie

da auch nie etwas? Wenn Sie mal richtig nachdenken, wie ist das?"

Gefahr: Das Gespräch wird unwillkürlich in eine bestimmte Richtung gelenkt, während der Patient unter Umständen ganz andere Schwerpunkte seines Problems sieht. Das "Frage-Antwort-Spiel" erstickt das eigentliche therapeutische Gespräch. Auch wenn sich ein Patient auf diese Art und Weise wie ein unmündiges Kind behandeln läßt und es den Anschein hat, als sei er dankbar für die Hilfestellung, ist nicht sicher, ob er nach Verlassen der Praxis über Alternativen nachdenkt.

Status 24/86, S. 19



Je nach den äußeren Umständen, die den Grad der Schlafbereitschaft bestimmen, zeigt der Mensch ein anderes Schlaf-Wach-Verhalten. Oben im Bild das durch die Arbeitswelt bedingte Muster mit einem rein zirkadianen Wechsel zwischen Nachtschlaf und Wachen. Erst mit sinkender Schlafschwelle kommt auch die ultradiane Rhythmik im Schlaf-Wach-Wechsel zum Ausdruck, wie Wissenschaftler des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in München jetzt experimentell aufgedeckt haben. Dabei tritt zunächst der Mittagschlaf als der am stärksten ausgeprägte Tagschlaf auf (mittleres Bild); unter noch „schlaffreundlicheren“ Bedingungen werden dann auch die vor- und nachmittäglichen Nickerchen (unteres Bild) wahrgenommen — entsprechend dem vollständigen Schlaf-Wach-Programm des Menschen, das man unverfälscht an Kleinkindern beobachtet

Haben Sie Probleme mit oder in Ihrer PRAXIS

- Erweiterung
- Übersiedlung
- Neuniederlassung
- Planung
- Finanzierung
- Innenarchitektur

dann kommen Sie am besten gleich zu uns

PHARMADOR

GmbH & Co Dentalhandels KG

Schwanthalerstr. 32
8000 MÜNCHEN 2
Tel. 0 89/59 45 47

Tonndorfer Hauptstr. 77
2000 HAMBURG 70
Tel. 0 40/66 91 43

Garantiertes Servicenetz im gesamten
Bundesgebiet

Konkurrenzlose Preisgestaltung
**garantiert niedrigere Servicekosten bei
Reparaturanfall**
hoher Rücknahmepreis Ihres Altgerätes.

Ihr Partner für die Zukunft

Viel Geld für wenig Schutz? (IV)

Krankentagegeldversicherung

H. Richthammer

In den bisherigen Folgen dieser Serie war das Problem die optimale Absicherung der finanziellen Existenz bei dauernder Berufsunfähigkeit durch Unfall oder Krankheit. Diesmal soll die Einkommenssicherung für bestimmte, meist kurz- oder mittelfristige Einkommensausfälle durch Krankheit untersucht werden.

Im Rahmen der Krankenversicherung ist der Einschluß eines Krankentagegeldes möglich. Die gesetzliche Krankenversicherung bemißt die Höhe am beitragspflichtigen Einkommen, z.B. zahlt die BEK bei einem Bruttoeinkommen von DM 4.275,- monatlich und einem Krankenversicherungsbeitrag von DM 552,- ein Tagegeld von DM 114,-, beim wahlweise erhöhten Beitrag von DM 556,- ein monatliches Tagegeld von DM 135,-. Dies ist die Höchstgrenze der gesetzlichen Versicherung.

Die privaten Krankenversicherer sind hier wesentlich flexibler. Die Höhe des versicherbaren Krankentagegeldes ist in bestimmten Grenzen frei vereinbar.

Hier beginnen nun bereits die Probleme:

1.
Die Obergrenze des versicher-

baren Tagessatzes bildet das "Nettoeinkommen". Dieses wird bei den Gesellschaften unterschiedlich definiert.

Die Hallesche Nationale z.B. legt es so fest:

Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit

./. Betriebsausgaben

= Bruttogewinn

./. Einkommens- und Kirchensteuer

= Nettoeinkommen

Die Europa ist großzügiger, sie bestimmt:

Als Nettoeinkommen gelten 75% der Betriebseinnahmen nach Kürzung um die Betriebsausgaben = 75% der Einkünfte bzw. vom Gewinn.

2.

Es können verschiedene Karenzzeiten vereinbart werden, d.h. Leistung ab dem 1., 4., 8., 22., 29., 43. usw. Tag. Je kürzer die Karenzzeit, desto teurer die Prämien. Hier empfiehlt sich eine gründliche Überlegung mit dem spitzen Rechenstift.

Kurze Karenzzeiten sind teuer. Zwar ist eine kurze Erkrankung häufiger als eine längere, doch einige Tage Praxisruhe sind auch ohne teure Versicherung zu überbrücken. Erst bei längeren Ausfällen kann es zu

Jetzt richtig vorsorgen

Berufsunfähigkeit, ein oftmals unterschätztes Risiko

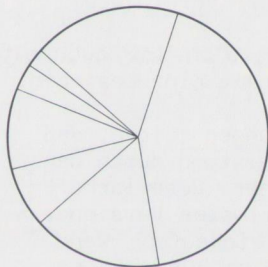
In der heutigen, schnellebigen Zeit hat auch das Risiko vorzeitiger Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit zugenommen. Im Jahr erhalten mehr als 2 Millionen Arbeiter und Angestellte aus der Sozialversicherung vorzeitig eine Rente.

Bei allen Überlegungen zur Zukunftssicherung muß nicht nur eine angemessene Altersversorgung, sondern auch der Zeitraum bis dahin berücksichtigt werden. Deshalb gehört zur Versorgungsidee der Schweizerischen Rentenanstalt die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung.

Sichern Sie jetzt Ihren Lebensstandard. Damit Ihre Lebensziele in jedem Fall finanziell abgesichert sind. Ihr erfahrener Partner ist die Schweizerische Rentenanstalt.

Ursachen einer Berufs- unfähigkeit können sein:

- Übrige Krankheitsursachen 18,2%
- Unfallursachen 2,2%
- Erkrankungen der Atmungsorgane 3,3%
- Geistes- und Nervenkrankheiten 9,9%
- Bösartige Neubildungen 7,7%
- Rheuma- und Gelenkkrankheiten 16,2%
- Herz- und Gefäßkrankheiten 42,5%



Quelle:
Statistisches
Bundesamt

Die Versorgungsidee die keine Grenzen kennt



Bitte informieren Sie mich unverbindlich über:

- Ihr Angebot zur Versorgung bei Berufs-
unfähigkeit
- meine Anwartschaften aus der gesetz-
lichen Rentenversicherung

Senden Sie den Coupon an
Schweizerische Rentenanstalt
Organisationsbüro Süd
Leopoldstr. 10, 8000 München 40

Meine Anschrift:

_____ Name

_____ Adresse

_____ Telefon

_____ Alter

finanziellen Problemen kommen, und hier sollte ein ausreichender Tagessatz gewählt werden (s. jedoch Punkt 1, Definition Nettoeinkommen).

3. Tarifliche Leistungen

Hier unterscheiden sich die Gesellschaften z.T. erheblich. Prüfen Sie, ob Ihre Versicherung

- das Berufsunfallrisiko mitversichert,
- Krankheiten und Unfälle einschließt, die auf alkoholbedingte Bewußtseinsstörungen zurückzuführen sind,

- eine Begrenzung der Leistungsdauer hat,
- spezielle Ärzte- bzw. Zahnärztetarife hat, die wesentlich preisgünstiger sind als Normaltarife.

4. Preisunterschiede

Die Prämientarife der verschiedenen Gesellschaften sind recht unterschiedlich kalkuliert, hier ein paar Beispiele:

Zahnarzt, 38 Jahre, Krankentagegeld DM 300,-- täglich

	ab 8. Tag	ab 29. Tag
Central (Gruppentarif)	225,-- DM	79,50 DM
Colonia (Gruppentarif)	195,-- DM	153,-- DM
Europa	165,60 DM	45,60 DM
Hallesche Nationale	181,20 DM	94,80 DM
Vereinte (bisher Vereinigte)	241,50 DM	144,-- DM

Beim Preisvergleich ist auch eine eventuelle Rückerstattung bei Leistungsfreiheit einzubeziehen.

Diese Ausführungen zeigen, daß man mit der Beratung durch den Vertreter einer Gesellschaft wohl kaum optimalen Versicherungsschutz einkaufen kann. Dieser wird sich hüten zu sagen, daß beim Mitbewerber besserer oder preisgünstigerer Schutz zu bekommen ist. Ein Versicherungsmakler ist gesellschaftsunabhängig, kennt den Markt und kann optimal beraten.

Bei Einsendung einer Kopie Ihres Krankenversicherungsscheines erhalten Sie eine Bewertung nach Leistung und Preis sowie eventuelle Änderungsvorschläge.

Bitte benutzen Sie dazu den Abschnitt auf S. 244.

Herbert Richthammer
Versicherungsmakler VMV

Der DAZ bietet Ihnen folgenden Service an:

Werden Sie Mitglied der Arbeitsgemeinschaft für Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege!

Die Arbeitsgemeinschaft für Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe (AfKuP) in der DGZMK dient der Förderung dieses Fachgebietes, vornehmlich durch die Gestaltung der Jahrestagung zu Themen aus diesem Bereich. Auf diesem Weg sollen Ergebnisse wissenschaftlicher Arbeiten einem möglichst breiten Kreise zugänglich gemacht werden, damit sie in der Praxis berücksichtigt werden können.

Voraussetzung für die Mitgliedschaft in der AfKuP ist die Zugehörigkeit zur Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

Wenn Sie unsere Ziele durch Ihren Beitritt fördern wollen, leisten Sie einen Beitrag zu dem genannten Ziel.

Mit den besten kollegialen Empfehlungen

PD Dr. J. Einwag
1. Vorsitzender

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Arbeitsgemeinschaft für Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe. (Ich bin/werde Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.)

Der Jahresbeitrag ist im Beitrag der DGZMK enthalten.

Anschrift:

Name:

Datum: Unterschrift:

Anschrift: PD Dr. J. Einwag, Pleicherwall 2, 8700 Würzburg

Zukunftssorgen

Korf, den Ahnung leicht erschreckt,
sieht den Himmel schon bedeckt
von Ballonen jeder Größe
und verfertigt ganze Stöße
von Entwürfen zu Statuten
eines Klubs zur resoluten
Wahrung der gedachten Zone
vor der Willkür der Ballone.

Doch er ahnt schon, ach, beim Schreiben
seinen Klub im Rückstand bleiben:
Dämmrig, dünkt ihn, wird die Luft
und die Landschaft Grab und Gruft.
Er begibt sich drum der Feder,
steckt das Licht an (wie dann jeder),
tritt damit bei Palmström ein,
und so sitzen sie zu zwein.

Endlich nach vier langen Stunden,
ist der Alpdruck überwunden.
Palmström bricht zuerst den Bann:
"Korf," so spricht er, "sei ein Mann!
Du vergreifst dich im Jahrzehnt:
Noch wird all das erst ersehnt,
was, vom Geist dir vorgegaukelt,
heut dein Haupt schon überschaukelt."

Korf entrafft sich dem Gesicht.
Niemand fliegt im goldnen Licht!
Er verlöscht die Kerze schweigend.
Doch dann, auf die Sonne zeigend,
spricht er: "Wenn nicht jetzt, so einst -
kommt es, daß du nicht mehr scheinst,
wenigstens nicht uns, den - grausend
sag ichs -: unteren Zehntausend!" ...

Wieder sitzt v. Korf danach
stumm in seinem Schreibgemach
und entwirft Statuten eines
Klubs zum Schutz des Sonnenscheines.

Christian Morgenstern

Wenn Sie Interesse an unserer Arbeit haben und Näheres erfahren möchten, senden Sie bitte die anhängende Postkarte mit Ihrer Adresse an eine der folgenden Studiengruppen-Geschäftsstellen:

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

DAZ-Studiengruppe Freiburg, Dr. J. Krämer, Hauptstr. 215, 7819 Denzlingen

DAZ-Studiengruppe Hamburg, Dr. W. Schories, An der Alster 67, 2000 Hamburg 1

DAZ-Studiengruppe Oldenburg, Dr. M. Witte, Hunoldstr. 62 c, 2906 Hundsmühlen

DAZ-Studiengruppe Regensburg, Dr. H. Diewald, Donauuferstr. 25, 8400 Regensburg

DAZ-Studiengruppe München, Dr. A. Maurer, Wöhlerstr. 20, 8000 München 60

oder an die

Hauptgeschäftsstelle des DAZ, Dr. Claudia Wohlgemuth,

Lindenschmitstr. 44, 8000 München 70, Telefon (0 89) 7 25 02 46

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

Sie erhalten dann für die Dauer eines halben Jahres kostenlos unsere Zeitschrift „forum“ 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 trete dem DAZ bei und bitte um Zusendung der Satzung und Beitragsordnung

Unterschrift

stud./cand. med. dent

angest. ZÄ/ZA

selbst. ZÄ/ZA

kein ZÄ/ZA

forum 18

Fa. Gruss-Prophylaxe

TELEFON (02058) 70377
DÜSSELER STRASSE 14
5603 WÜLFRAATH

Snap-on-Ansätze für PAROMATIC-SWING und Prophy-Winkelstück zur Zahnreinigung und Belagentfernung mit Prophy-Paste

- a) Gummikelche mit Lamellen universelle Anwendung, speziell
Gingivalsaumbereich
- b) Bürstchen flach für glatte Zahnflächen
- c) Bürstchen spitz für Krümmungsbereiche
- d) Interdentalbürste Spirex für Zahnzwischenräume



a)



b)



c)

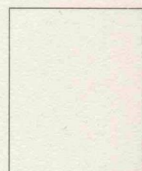


d)

ABSENDER:

Tel. _____

ANTWORTKARTE



Deutscher Arbeitskreis
für Zahnheilkunde
(DAZ)

Lindenschmitstr. 44
8000 München 70