



Herausgegeben vom Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde

NR. 19

6. Jahrgang – 4. Quartal 1987

Was wird aus dem Zahnersatz

Die Sprache des Freien Verbandes

Optimale Praxisgestaltung

Prophylaxeorientierte Kinderbehandlung

Fissurenversiegelung

Toxikologie der Amalgame

Infektion aus dem Turbinenschlauch

Viel Geld für wenig Schutz



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

bisico

Information

Achtung!
Wichtige Preisinformation

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

wir möchten Sie davon überzeugen, daß Qualität nicht teuer sein muß.

Durch Rationalisierung und Optimierung der aufwendigen Produktionsverfahren der additionsvernetzenden Silicone, sind wir in der Lage, diese hochwertigen Silicone künftig zu einem Dauertiefstpreis anbieten zu können. Dabei bleibt selbstverständlich die sprichwörtliche Qualität unserer Produkte in vollem Umfang erhalten.

Nutzen Sie die Vorteile der additionsvernetzenden BISICO Silicone:

1. Volumenbeständigkeit

Schrumpfung max. 0,05 %, dadurch sind die Abdrücke lagerstabil und für den Postversand geeignet.

2. Einfache Handhabung

Dosierung der beiden Komponenten zu jeweils gleichen Teilen.

3. Visuelle Mischkontrolle

Die unterschiedliche Farbe von A + B-Komponente gestattet es, das Ende des Mischvorgangs zu erkennen.

4. Rasche Aushärtung

Aushärtungszeit im Mund max. 3 Minuten.

Weitere Vorteile:

Die Abdrücke aus additionsvernetzenden BISICO Siliconen lassen sich problemlos mit allen handelsüblichen Gipsen und Stumpfmaterialien ausgießen und sind galvanisch zu verkupfern und zu versilbern.

Die Materialien sind absolut geschmacks- und geruchsneutral und sind in der Originalpackung bei etwa 18–20°C mehr als ein Jahr lagerstabil.

Unsere additionsvernetzenden Silicone BISICO S 1 – S 4 und BISICO Perfect können problemlos jedes kondensationsvernetzende Silicon ersetzen:

**Durch die bessere Qualität, durch die einfache Handhabung,
und durch den Preis,
der bisher nur den kondensationsvernetzenden Siliconen vorbehalten war.**

Bitte vergleichen Sie:

	Mengenstaffel:	Preise in DM zuzgl. Mwst.			
		1-2	3-5	6-11	ab 12
S 1, knetbar	667 ml	70,45	70,45	70,45	70,45
	1334 ml	129,90	127,30	124,50	119,90
S 2, mittelfließend	143 ml	47,50	47,50	47,50	47,50
	286 ml	84,90	82,35	79,45	76,40
S 3, zähfließend	267 ml	84,90	82,35	79,45	76,40
S 4, feinfließend	154 ml	44,90	44,90	44,90	44,90
	308 ml	79,50	76,60	73,75	69,90
Perfect, knet- und spritzbar	600 ml	79,90	79,90	79,90	79,90
	1200 ml	149,50	146,50	143,50	139,50

Für den größeren Bedarf bieten wir Ihnen die günstigen Bedingungen des Abrufauftrages mit zusätzlichen Einsparungsmöglichkeiten!

Rufen Sie uns an oder schreiben Sie uns!

SIEMENS

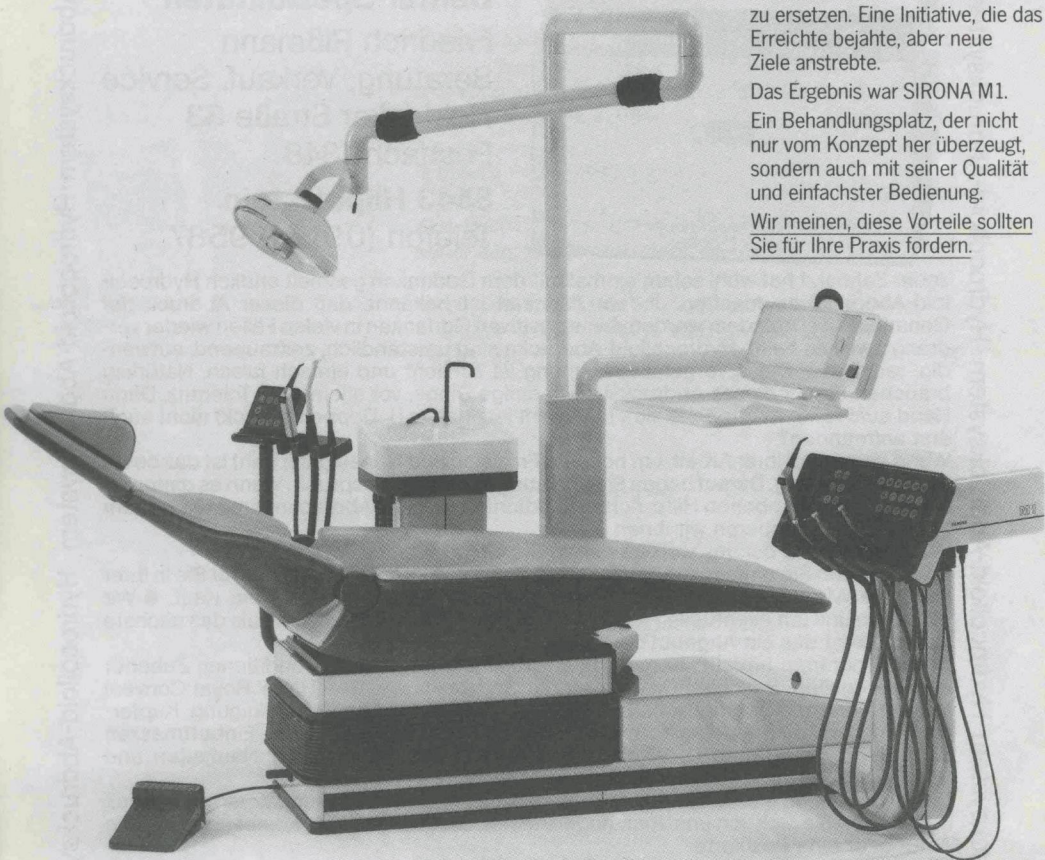
Technik der Topklasse – damit das Behandeln richtig Spaß macht

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.
4. Quartal 1987

Editorial	
Bitte eine Atempause	289
Was wird aus dem Zahnersatz	292
Die Leistungsmenge in der zahnärztlichen Praxis	296
Feindbildpflege	300
Die Sprache des Freien Verbandes	303
Der Verband der Zahnärzte in Westfalen-Lippe (VdZWL) und der DAZ - eine Standortbestimmung	307
"Zahnlosigkeit durch Qualitätssicherung"	309
DAZ-Vorschläge zur Strukturreform (Teil 2) (Teil 3 folgt im Forum Nr. 20)	311
Optimale Praxisgestaltung	318
Wissenschaftliche Erkenntnis und ihr mühsamer Weg in die Praxis	326
Prophylaxeorientierte Kinderbehandlung - in der freien Praxis oder in der Schulzahnklinik	333
Fissurenversiegelung - Prophylaxe mit Garantie	337
Toxikologie der Amalgame	341
Schwerer Kreislaufschock bei der Kinderbehandlung	346
Infektion aus dem Turbinenschlauch	350
Rationelle Desinfektion	353
Die Anamnese - ein Fragebogen	355
Ach wie gut, daß niemand weiß ... über HIV-Positive ...	361
Wer hilft in Jamaica?	365
Viel Geld für wenig Schutz? (V)	367
	287

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

Bitte eine Atempause

R. Ernst

Nach den Hiobsbotschaften des vergangenen Jahres vernahm die Zahnärzteschaft im November aus dem Arbeitsministerium eine neue Kunde: Die offensichtlich mit großem Handlungsspielraum ausgestattete Abteilung von Herrn Jung plant Festzuschüsse und Bonusregelungen zum Zahnersatz. Wir trauen unseren Ohren nicht: Zwei alte Forderungen des FVDZ aus dem Hause Blüm?

Die vergangenen zwei Jahre mit BEMA-Umstrukturierung (ab 1.1.86), und neuen ZE-Richtlinien (ab 1.7.86) haben den Zahnärzten und Zahntechnikern Umsatzeinbußen beschert, die bisher nicht einmal statistisch voll verarbeitet sind. Aus dem unüberschaubaren Wust von Daten will ich hier die wichtigsten auflisten:

1986 haben sich gegenüber 1985 die Kosten für ZE, Kons und Chirurgie bei den RVO-Kassen um 0,6 %, bei den Ersatzkassen um 3,4 % je Mitglied vermindert, die Zahl der behandelnd tätigen Zahnärzte hat sich im selben Zeitraum um 3,3 % vermehrt. Im ersten Quartal 1987 betrug der Rückgang -7,7 % bei RVO und -12,3 % bei VdAK, davon Zahnersatz allein -21,4 % (RVO) und -28,3 % (VdAK).

Die "weißen Konkurse" (= KZV-Zahlung fließt an die Bank, der Zahnarzt bekommt eine fe-

ste Summe zum Lebensunterhalt ausbezahlt, um weiter seinen Verpflichtungen nachkommen zu können) vermehren sich epidemieartig und dennoch von der zahnärztlichen Öffentlichkeit unbemerkt.

Traf das Sachverständigengutachten und die entwürdigende Art der Verabschiedung der neuen GOZ die Zahnärzte noch mehr bei der Ehre als am Einkommen, so droht doch in der Anwendung der GOZ und der Praktizierung der Medizingeräteverordnung dem Kollegen "draußen im Lande" ein noch unüberschaubarer Verwaltungs- und Kosten-Mehraufwand. Die Verwaltungs-Bewältigungs-Strategien mit Computer-Diskont-Angeboten rollen schon auf die Marktlücken zu.

Völlig unnötigerweise hat der FVDZ selbst noch die Abschaffung des Sachleistungssystems, die Einführung von Selbstbeteiligungsmodellen bei KFO und PA, die Einführung des Kostenersatzprinzips und von Festzuschüssen bei ZE gefordert, und die "deutsche Zahnärzteschaft" folgte "einstimmig" wie die Lemminge diesem Aufruf zum kollektiven Suizid der freien Praxis. Damit droht das Ende der Therapiefreiheit in sozial unterstrukturierten Gebieten und in Praxen, die mehr ärztlich als marktwirtschaftlich orientiert sind.

Hatten wir gehofft, daß kein Politiker und Kassenvertreter dies zulassen würde, so tönt es nun aus dem Hause Blüm genau aus diesem Horn. Die reformbedürftige Struktur der Sozialversicherung soll durch Abwälzung der Kosten für medizinisch indizierten Zahnersatz auf den Patienten saniert werden. Drastischer formuliert: Dem Arbeitnehmer wird der Arbeitgeberanteil geraubt.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde hat Ergebnisse und Vorschläge des Sachverständigengutachtens größtenteils mitgetragen, die bei vielen Zahnärzten unpopulär waren. Wir haben Geduld gezeigt und mitgearbeitet bei den Kostendämpfungsbemühungen unserer Vertragspartner und Verordnungsgeber, den Kassen

und dem Arbeitsministerium. Die jüngsten Vorschläge aus dem Hause Blüm verbessern aber nicht die Struktur unseres Gesundheitswesens im Sinne des Gutachtens des Sachverständigenrates, sondern sie betreiben Etatsanierung zu Lasten der Patienten. Damit ist die Grenze erreicht, an der die konstruktive Mitarbeit des DAZ und der anderen zum FVDZ oppositionellen Gruppen endet.

Herr Minister Blüm, wenn Sie das System der zahnmedizinischen Versorgung durch freiberuflich tätige Zahnärzte nicht zerstören wollen, gönnen Sie uns allen eine Atempause!

Anschrift des Verfassers:

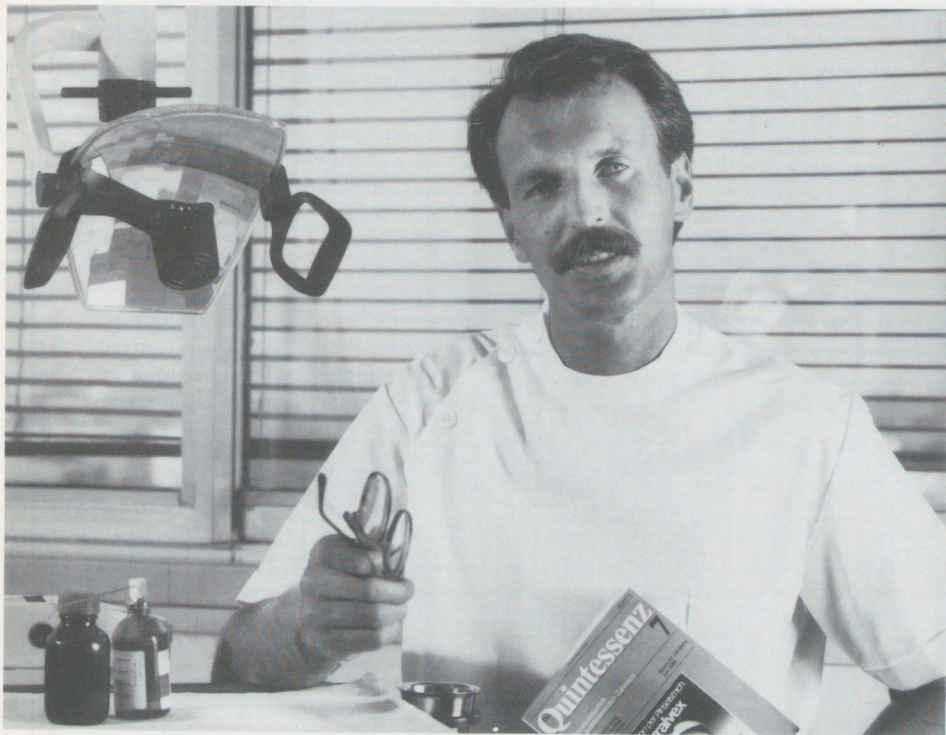
Dr. Roland Ernst

Waldblick 2

2905 Edewecht-Friedrichsfehn

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

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

Was wird aus dem Zahnersatz?

G. Ebenbeck

Im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, aber auch innerhalb der Koalitionsfraktionen, wird im Rahmen einer Strukturreform des Gesundheitswesens darüber diskutiert, die zahnärztliche Prothetik ganz oder teilweise aus der Sachleistung, aber auch aus dem Zuschußsystem herauszulösen.

Das Urteil des Bundessozialgerichtes vom Jahr 1974 scheint nicht mehr zu gelten. Auf der Suche nach kurzfristig realisierbarem Einsparpotential fällt den verantwortlichen "Gesundheitspolitikern" nichts anderes ein, als der Vorschlag, die prothetische Versorgung immer mehr zur Privatangelegenheit der Sozialversicherten zu erklären.

Unbestritten ist, daß Zahn-lücken eine Krankheit darstellen können und durch eine medizinisch notwendige und ausreichende Zahnersatzversorgung behandelt werden müssen.

Das umfangreiche Vertragswerk zur prothetischen Versorgung wurde in den letzten Jahren durch die Umstrukturierung des Bewertungsmaßstabes und durch die Zahnersatzrichtlinien auf ein sozialpolitisch und finanziell vernünftiges Maß reduziert. Diese Maßnahmen haben

auch gegriffen, wenn man sich den Rückgang der finanziellen Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung für das erste Halbjahr 1987 betrachtet. Eine erneute Umstrukturierung mit Forderungen hinsichtlich weiterer Honorarabsenkungen auf dem Gebiet der Prothetik, wie sie ja auch vom Wissenschaftsrat gefordert worden ist, ist ein nicht mehr begründbares Verlangen. Der BEMA ist nicht der finanzielle Verschiebebahnhof für Politiker, die nicht den Mut aufbringen, auch andere mächtige Interessengruppierungen zur Kasse zu bitten.

Die Direktbeteiligung der Sozialversicherten bei der prothetischen Versorgung ist durch die Zahnersatzrichtlinien gestiegen und hat die finanziell zumutbare Obergrenze erreicht.

Auch Politiker sollten sich einmal vor Augen führen, daß es in der Bundesrepublik Sozialversicherte gibt, die im Monat nur 1.600,-- DM bis 1.800,-- DM netto verdienen. Bei gleichbleibenden oder sogar noch steigenden Beitrags-sätzen zur Krankenversicherung ist eine weitere Anhebung der Direktbeteiligung bei der prothetischen Versorgung eine sozialpolitische Zumutung.



RATISBONA-Dental

Zahn- und KFO-Technik GmbH.

Im Gewerbepark A 35

8400 Regensburg

Telefon 0941/49404

KFO-Depot

Kieferorthop. Fachdepot

Hertha Kothrade

Telefonnummer

0941/401688

Zwei gute Adressen für Zahnärzte, für die „Kieferorthopädie“ kein Fremdwort ist, denn die KFO ist unser „liebstes Kind“.

Auch die Vorstellung, den Zahnersatz auf eine Grundversorgung zu reduzieren, die ja auf die sogenannte Modellgußprothese hinauslaufen würde, bedeutet das Ende einer qualifizierten zahnärztlichen Arbeit auf diesem Teilgebiet.

Was sollen da die Schlagworte vom sogenannten "hochwertigstem Zahnersatz" bedeuten, der nicht in jedem Fall indiziert sein soll. Ist denn eine feststehende, exakt durchgeführte Brücke "hochwertigster Zahnersatz", der nicht in jedem Fall bei gegebener Indikation notwendig ist?

Wer bestimmt, was medizinisch korrekter Zahnersatz ist? Zu dieser Bestimmung war bisher nicht einmal die zahnärztliche Wissenschaft in der Lage, die Gesundheitspolitik dürfte auch mit dieser Standortbestimmung überfordert sein.

Die von zahnärztlicher Seite und insbesondere vom "Freien Verband" oftmals propagierte Idee vom sogenannten "Festzuschuß" bedeutet nichts anderes, als daß der Versicherte erneut zusätzlich zur Kasse gebeten wird.

Wer bestimmt und überprüft, welche zahnärztliche prothetische Maßnahme unabdingbar bzw. weniger notwendig ist? Betrachtet man sich das Spektrum der zahnärztlich-prothetischen Leistungen in der Bundesrepublik, so wird man feststellen, welche geringen Rahmen die sogenannten Luxusleistun-

gen einnehmen.

Mit Festzuschüssen bzw. Sockelbeträgen beim Zahnersatz, sowohl für den Honorar- wie auch für den Laborkostenbereich ist weder eine qualifizierte prothetische Versorgung sicherzustellen, noch eine Kosteneinsparung realisierbar, da sich die Kosten lediglich auf den Sozialversicherten verlagern.

Bewertet man die groß angekündigte Strukturreform im Gesundheitswesen, so muß man erneut feststellen, daß nach dem üblichen Schema, das schon aus der sozialliberalen Koalition bekannt ist, verfahren werden soll.

Der Krankenhausbereich wird von vornherein ausgeklammert. Dort, wo die größten Einsparpotentiale realisierbar wären, nämlich in der Verordnung der Arzneimittel, begnügt man sich mit Appellen. Das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen hat für die Jahre 1985 und 1986 berechnet, daß pro Jahr 3,6 Mrd. eingespart werden könnten, wenn nutzlose bzw. nicht wirksame Medikamente nicht verordnet werden würden. Wenn immer das preisgünstigste Medikament verordnet worden wäre, hätte dies zu einem Einsparungsvolumen von 10 Mrd. DM geführt, also 60% der Gesamtausgaben für Arzneimittel. Doch die Pharmaindustrie scheint in diesem Land zu mächtig zu sein, deshalb konzentrieren sich die Einsparungsvorschläge

wieder einmal auf den Sozialversicherten, der mit einer erhöhten Rezeptgebühr belastet werden soll. Dies ist eine unsoziale und unververtretbare Gesundheitspolitik.

Die sogenannte Strukturreform im Gesundheitswesen wird sich also wieder nur auf kurzfristige Einsparungsmöglichkeiten konzentrieren. Eine mittel- und langfristige Planung wird nicht verfolgt. In der gesamten Medizin und insbesondere in der Zahnmedizin wurde bisher fast ausschließlich eine reine Kostendiskussion geführt. Strukturdiskussionen, die ja Organisationsstrukturen oder z.B. die Versorgungsqualität enthalten, kamen zu kurz.

Die Vorschläge des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde zur Qualitätssicherung, die nun seit Jahren bei den zuständigen Ministerien vorliegen, werden zwar zur Kenntnis genommen, aber sie haben die unangenehme Eigenschaft eine vorausschauende Gesund-

heitspolitik als Grundlage ihrer Durchführung vorauszusetzen.

Gesundheitspolitik wird jedoch in der Bundesrepublik nicht betrieben, sie ist nach wie vor ein Anhängsel der Sozialpolitik, ein sogenannter Nebenkriegsschauplatz, der aufgrund der finanziellen Probleme bei der Rentenreform und der Steuerreform von Politikern der Koalitionsfraktionen in einer Art und Weise abgehandelt wird, die jedes gesundheitspolitische Verantwortungsbewußtsein vermissen läßt.

Aber die Vorschläge der Koalitionsfraktionen zur Reform des Gesundheitswesens lassen auch jegliche Kompetenz vermissen und konzentrieren sich hinsichtlich ihrer Einsparungsvorschläge wieder einmal auf die Schwächsten, nämlich die Sozialversicherten.

Anschrift des Verfassers:
Dr. Gerd Ebenbeck
Sedanstr. 18
8400 Regensburg

Erwerbstätige im BRD-Gesundheitswesen, 1970 - 1983

Zunahmen in Prozent, gemäß Statistischem Bundesamt:

Ärzte 53, Zahnärzte 8, Apotheker und pharmazeutisches Personal 64, medizinisch-technische Assistenten 70, Masseure und medizinische Bademeister 59, Kranken- und Wochenpflegepersonal 57, Kranken- und Wochenpflegeschüler 49, Verwaltungs- und Wirtschaftspersonal in Krankenanstalten 9, in Arztpraxen 28, sonstige im Gesundheitswesen tätige Personen 92; Total (alle Erwerbstätige im Gesundheitswesen) 41%.

Gesundheitspolitische Information GPI
Nr. 1/87, 3961

Die Leistungsmenge in der zahnärztlichen Praxis

– ohne realistische Analyse ist keine exakte Aussage möglich

K. Kimmel

Die Umsätze und Einkommen der rund 33 000 zahnärztlichen Praxisinhaber in der Bundesrepublik Deutschland sind immer wieder Gegenstand vielfältiger und dabei oft kontroverser Berechnungen mit einem mehr oder minder realistischen Ergebnis.

Schwerpunkt der Fragen nach dem Zustandekommen der Leistungsmenge ist der für die jeweiligen zahnärztlichen Maßnahmen notwendige Zeitaufwand. Bisherige Untersuchungsergebnisse und andere Aussagen aus Wissenschaft und Arbeitspraxis ergeben ein überaus heterogenes Bild, das über die sachlichen Erhebungen hinaus von standespolitischen Überlegungen geprägt wird. Der krasseste Fall war die Behauptung des damaligen stellvertretenden KZBV-Vorsitzenden und KZV-Chefs Nordrhein, Dr. E. Knelleken im ZM-Editorial 19/78, daß doch jeder Zahnarzt wisse, daß die zehnfache Zeit der von Kimmel ermittelten Werte erforderlich sei. Bei einer Korrelation dieser Desinformation mit der KZBV-Leistungsstatistik 1977 wären allein für die auf Kranken-

schein abgerechneten Leistungen 219 Stunden pro Zahnarzt und Woche notwendig gewesen, wengleich diese insgesamt nur 168 Stunden aufweist. Erst kürzlich hat der Dental-Labor-Chefredakteur, Dr. J. Lingenberg, in den dl-Perspektiven (7/87, S. 837) in seinem Beitrag "Das Milliardenloch - oder Gedanken beim Lesen einer Statistik" den "flotten Versuch" einer FVDZ-Betriebswirtschaftsgruppe kritisch unter die Lupe genommen und dabei festgestellt, daß mehr glaubwürdiges Rechnen notwendig sei, wenn wir die Herausforderungen der Zukunft gemeinsam bestehen wollen.

Wenden wir unsere Aufmerksamkeit jener verhältnismäßig kleinen Zahnarztgruppe zu, die mit ihrer Leistungsmaximierung einen Löwenanteil der zahnmedizinischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland bewältigt. Bei der Analyse der Umsätze stellt sich zum Beispiel heraus, daß 25% der Zahnarztpraxen 55% und mehr der Leistungen erbringen (VDZWL-Angabe laut DZW 46/87, S. 1), während von anderer Seite angegeben wird, nur 10%



*echte Partnerschaft



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

Informieren Sie sich und testen Sie uns

DORNBERGER Computertechnik GmbH

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

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

der Praxen seien mit 40% am Gesamtleistungs-Volumen beteiligt.

Dies bedeutet - wie groß die Gruppe tatsächlich auch sein mag - daß diese Zahnärzte auch ohne ihre zahnärztlichen Mitarbeiter ("Assistenten") erheblich über dem Durchschnittsumsatz von DM 465 000 (ohne Fremdlabor) des Jahres 1985 liegen müssen. Fünfundfünfzig Prozent des Umsatzes ($= 33\ 000 \times 465\ 000 = 15,345$ Mrd. $\times 55\% = 8,44$ Mrd.) ergibt für 8 250 Praxen einen Durchschnittsumsatz von 1,023 Mio. DM. Gehen wir davon aus, daß ein Großteil dieser Praxen die ca. 4 400 zahnärztlichen Mitarbeiter mit einem Durchschnittsumsatz von DM 300 000 pro "Assistent" beschäftigt ($= 1,32$ Mrd. DM), bleiben 7,12 Mrd. DM für die 8 250 Praxisinhaber übrig. Bei einer Betriebsleistungszeit (= Zeitspanne, in der die abrechenbaren Leistungen vollbracht werden) von durchschnittlich 37 Stunden pro Woche ($\times 44$ im Jahr = 1 628 Jahresstunden) und einem "Leistungsmaximierer"-Zuschlag von 350 Stunden ergibt sich ein Stundenumsatz von 436,30 DM, der damit über dem durchschnittlichen Stundenumsatz von 285,62 DM ($= 465\ 000 : 1\ 628$) liegt.

Mit den Zeitwerten aus der ZI-Untersuchung und der sogenannten Dänen-Studie des BMAS lassen sich solche Umsätze in den durchschnittlichen Betriebsleistungszeiten nicht erbringen, wie auch die zugebilligte

Überstundenzahl nicht ausreicht. Da aber die Leistungsmaximierer gewiß nicht zu den Zahnärzten ohne ausgedehnte Urlaubs- und Freizeiten gehören, ist - bis auf wenige Ausnahmen - eine Betriebsleistungszeit über 2 000 Jahresstunden kaum denkbar, da ja auch Verwaltungs- und andere Arbeitsstunden hinzugerechnet werden müssen. Ergonomisch gesehen bedeutet eine solche quantitative Leistungsmaximierung auch, daß mit den vorhandenen Kräften Raubbau getrieben wird. Die Leistungskonzentration ist bei einem solchen Volumen erheblich, wenn nicht auf illegale Weise Aufgaben delegiert werden, die eigentlich zum Berufsbild des Zahnarztes und auch der ZMF gehören. Dies ist ein Thema besonderer Art, das hier nicht ausführlicher behandelt werden soll.

Alle Chancen genutzt - aber auf wessen Rücken?

Diese kurze Betrachtung, die mit weiteren Berechnungen noch seitenlang ergänzt werden könnte, um sich ein Bild vom quantitativen Leistungsgeschehen zu machen, beruht auch nur auf einem Auswerten vorhandener Daten aus verschiedenen Quellen, wobei nur die Untersuchungsergebnisse mit realistischen (= tatsächlichen) Werten Anhaltspunkte für eine wirklichkeitsgetreue Analyse erlauben. Keiner der quantitativen Leistungsmaximierer wurde bisher "vor Ort"

erfaßt, wie auch ein Teil der überdurchschnittlichen Zeitanlagen (z.B. 60 - 90 Min. für eine zweiflächige Amalgam- oder Kompositfüllung) nicht "Schritt für Schritt" aufgezeichnet wurden. Mit solchen Zeitverbräuchen wäre die Sicherstellung der zahnmedizinischen Versorgung nicht annähernd möglich. Selbst mit schweizerischen Honoraren wäre eine Zahnarztpraxis unrentabel, wenn die "Hoch"-Zeiten obligatorisch wären und stimmen würden. Jedes Abweichen von bestimmten Durchschnittswerten nach oben oder nach unten wirft Glaubwürdigkeits- und andere Probleme auf. Wenn wir heute und morgen von Qualitätssicherung reden und schreiben, ist es zwingend

notwendig, sich nicht nur mit der Beschaffenheit erbrachter Leistungen, sondern vielmehr auch mit den Arbeitsbedingungen bei ihrem Zustandekommen zu befassen.

Was aber das kapitale Problem der quantitativen Leistungsmaximierung betrifft, muß man heute feststellen, daß eine verhältnismäßig kleine Gruppe von Zahnärzten die Möglichkeiten zum Teil schamlos ausgenutzt und damit das Gesamtsystem auf unverantwortliche Weise gefährdet hat.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Karlheinz Kimmel
Löhrstr. 139
5400 Koblenz

Maximaldiagnostik - Verifizierungswahn - Freude an schönen Bildern ...

In der "Münchener medizinischen Wochenschrift" (Nr. 19/1987) kritisieren Felix Anschütz und M.V. Helzel in zwei Beiträgen scharf den übertriebenen radiologisch-diagnostischen Aufwand an Großkliniken und Universitätsinstituten. Auszüge: 1) Der Patient wird oft unnötig gefährdet. - 2) Statt Verantwortung Suche nach einem beruhigenden Alibi. - 3) Wie kommt es zu der Fehlleistung, daß heute bei jeder Lungenembolie mehrere Szintigramme angefertigt werden? - 4) Ein nicht seltenes Motiv für zu weitgehende Diagnostik sind die Neugierde und die Freude an "schönen Bildern", bzw. deren Aesthetik ... - 5) Wissenschaftliche Studien, die nur der Reproduktion schon

bekannter und publizierter Sachverhalte dienen ... sind eine weitere Ursache eines Zuviels an radiologischer Diagnostik. - 6) Da sich die Anzahl der Personalstellen einer radiologischen Abteilung sowie deren Leistungsfähigkeit nach der Quantität der erbrachten Untersuchungen bemessen, ist das Bestreben nach Restriktion der Untersuchungen und deren strenger Indikation gering: Man will in der Jahresstatistik "gut dastehen". Die Gefahr, daß der Radiologe dabei zum besseren "akademischen Hoffotografen" verkommt, ist gegeben.

Gesundheitspolitische Information GPI
Nr. 3/87, 4189

Feindbildpflege

R. Ernst

Für eine Gruppe von Personen ermöglicht die Schaffung eines gemeinsamen Feindes Geschlossenheit, scheinbare Nähe und innere Sicherheit. Alle leben in der gemeinsamen Erlösungsphantasie, daß nur der Feind oder die Bedrohung durch den Feind beseitigt werden muß, um paradiesische Zustände herzustellen.

Thea Bauriedl
"Die Wiederkehr des Verdrängten"

Herr Dr. Schulze-Wilk, Jurist im Dienst des BDZ, kommentierte beim Tag der Akademie Praxis und Wissenschaft am 01.10.87 in Braunschweig unter dem Thema "Risikominderung und Qualitätssicherung" die neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen für die zahnärztliche Tätigkeit.

Gemeint sind die Medizingeräteverordnung und die neue Röntgenverordnung mit allen ihren z.T. unsinnigen bürokratischen und finanziellen Belastungen für die Praxis. Die Schuld gab er gleich im ersten Satz seines Vortrages den "politischen Gegnern der Zahnärzteschaft", ohne allerdings näher zu erläutern, wen er damit meint. Vielleicht kann ihm geholfen werden:

1.)

Es hätte vermutlich keine Sonderkommission der Kripo geben müssen, wenn die von den Zahnärzten gewählten Körperschaften mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln die ihnen bekannten Abrechnungsmanipulationen geahndet und nicht das

Mäntelchen der sogenannten "Kollegialität" darüber gedeckt hätten.

2.)

Wir hätten heute sicher keine "Qualitäts-Kontrolle" aus dem Krankenkassen-Computer und die peinlichen Formulierungen aus dem Sachverständigen-Gutachten, wenn eben diese Körperschaften die ihnen seit Jahren vom DAZ angebotenen Schritte zur Qualitätssicherung in eigener Verantwortung in Angriff genommen hätten.

3.)

Die BEMA-Umstrukturierung wäre mindestens kostenneutral ausgefallen, wenn eben diese Körperschaften rechtzeitig offensiv die notwendigen Konsequenzen aus der Dänen-Studie gezogen hätten, nach der eben nicht nur das Goldene Kalb Zahnersatz überhonoriert, sondern Kons und Chirurgie unterbewertet waren.

4.)

Zahnärztlicher Sachverständiger würde im Sachverständigenrat,

SCHMID UND PAULA



**DENTAL
LABOR**

Qualität
und
Ästhetik

ist das Ergebnis unserer präzisen Arbeit.
Dafür stehen unsere Namen

Gerhard Schmid²⁵¹ Rose Hoffmann
I. Kutsch Marg. Doris

Bettina Schuster

Maria Lutz

97
Käthe
Fischer

Sieglinde Zister

Stora
Katharina
Lerster

Gerold Peter

Alice Kallermann

Kaufke

Daniel
Lindner

Willeke

Renée Günther

Wagner

Alte, J.

Lips Ritter

Schwimmer
Margit

Günther

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

in den Ministerien und bei den Kassen von Zahnärzten vertreten, die das Vertrauen aller Kollegen genießen, wenn nicht von eben diesen Körperschaften nominierte Kollegen ständig ihre Unfähigkeit unter Beweis stellten, das bewährte System mit wohlverstandener Eigeninteresse und Augenmaß weiterzuentwickeln, statt es gruppenegoistisch kaputt zu blockieren.

5.)

Nach den überbürokratischen Medizin-Geräte- und Röntgen-Verordnungen und der vor der Tür stehenden Abwasserverordnung hätten die Kammern z.B. die Chance, die regelmäßige Überwachung von Praxis-Sterilisatoren selbst in die Hand zu nehmen. Der bald zu erwartende fremdbestimmte überbürokratische Eingriff wäre sicher zu verhindern. Daß ein Handlungsbedarf besteht, ist jedem verantwortlich denkenden Zahnarzt klar.

6.)

Die Nachfrage nach den "dental-

hygienischen Läden" wäre sicher nicht so groß, wenn die Körperschaften die Prophylaxe gegen Karies und Parodontalerkrankungen als Teil ihres Sicherstellungsauftrages verstünden und dies ihren Mitgliedern und der Bevölkerung auch zur Kenntnis brächten.

Alle Anforderungen, die eine anspruchsvoller gewordene Gesellschaft an uns stellt, werden von den Organen des "zahnärztlichen Sachverständes" mit "Aussitzen" oder "Abschmettern" beantwortet. Solange sich die Zusammensetzung dieser Organe nicht ändert, wird das Feindbild von den "Gegnern der Zahnärzteschaft" wohl noch lange erhalten müssen.

Merke: Wenn einer hinterher der Dumme ist, kann er sicher sein, daß er es vorher auch schon war.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Roland Ernst
Waldblick 2

2905 Edewecht-Friedrichsfehn

Zahnmedizinische Versorgung der Schweiz viermal teurer als in Großbritannien

Ausgaben für zahnmedizinische Versorgung in DM je Einwohner (1982), gemäß WHO: Großbritannien 52, Österreich 86, Niederlande 124, Dänemark 125, Norwegen 126, Frankreich 193, Schweiz 202, Schweden 251, BRD 254 DM. ("Ärzte-Zeitung", 6. Mai 1987) Nach "Le point" (4. Mai 1987) gaben die Franzosen 1986 durchschnittlich 460 FF pro Einwohner für die zahnmedizinische Versorgung aus (insgesamt 25,8 Milliarden Francs).

Gesundheitspolitische Information GPI
Nr. 2/87, 4136

Die Sprache des Freien Verbandes

In der Zeit vom 1. bis 3. Oktober 1987 tagte in Düsseldorf die Jahreshauptversammlung des FVDZ. Neben fünf Beschlüssen verabschiedete die Versammlung elf grundsätzliche "Feststellungen". Von diesen elf Feststellungen beschreiben die ersten fünf die Situation der Zahnärzteschaft aus der Sicht des FVDZ, eine die Rolle der Patienten und weitere fünf die sich daraus ergebenden Konsequenzen.

Als "politische Beschlüsse" sind diese Feststellungen an alle Zahnärzte im Bundesgebiet versandt worden. Schon seit langem fällt die Sprache des FVDZ auf: Die Äußerungen der Vorstandsmitglieder und insbesondere ihre Presseerklärungen zeichnen sich durch Härte und Radikalität aus, was als Klarheit und Festigkeit in der Sache ausgegeben wird.

Zur Illustration sollen hier einmal lediglich die Verben aufgelistet werden, die für die Formulierungen dieser elf Feststellungen verwandt wurden:

- sich nicht diffamieren lassen
- nicht bereit sein, sich zu unterwerfen
- nicht bereit sein zuzugestehen

- nicht bereit sein zu akzeptieren
- (eigene Rechte) verteidigen
- (die Patienten) verlieren
- beschließen aufzuklären
- fordern zu beenden
- auffordern anzuerkennen
- auffordern zu unterstützen
- auffordern, sich bewußt zu sein

Dies ist die Sprache eines - nach eigenem Verständnis - freien Kampfverbandes. Sie streicht die Gegensätzlichkeit von Standpunkten und Meinungen heraus, verzichtet auf die Erwähnung gemeinsamer Zielvorstellungen mit anderen Gruppierungen und hält offensichtlich die Erörterung anderer Positionen für entbehrlich. Sie besteht nahezu ausschließlich aus Forderungen. Solche Sprache entsteht aus starken Emotionen und entbehrt fast ganz der Rationalität. Es steht dahinter das Gefühl, in der Vergangenheit ungerecht behandelt worden zu sein, immer wieder unverstanden zu bleiben und schließlich die pessimistische Grundstimmung, für die zukünftige Entwicklung nur Ungünstiges annehmen zu müssen.

Die Beschränkung auf Forderungen bei derartigen "Feststellungen" zur politischen Situation", der Verzicht auf kon-

struktive Angebote sowie auch die Diffamierung des wahlweise mal als Partner mal als Gegner apostrophierten Adressaten weist die Autoren als im Grunde unpolitisch aus. Die Planung nur am Wünschbaren auszurichten und die Analyse der Realisierbarkeit zu unterlassen, das ist utopia. Als Erfolge solcher "Strategie" können dann nur Verzögerungen und Verhinderungen von noch Schlimmerem herauskommen.

Wie wäre es zur Abwechslung einmal mit dem "Neuen Denken"?

So etwas wie Glasnost oder Perestroika beim Freien Verband, ist das vorstellbar? Im Hinblick auf den in Düsseldorf gewählten Vorstand sind solche Hoffnungen wohl müßig. Wenn man aber den enorm hohen Anteil von 44% der Delegierten in Rechnung stellt, der den neuen Vorsitzenden H. H. Bieg nicht für geeignet hielt, so ist ein neues Politikverständnis in der Zukunft zumindest für Teile der Mitgliedschaft nicht auszuschließen. Wünschbar ist es allemal.

l.a.

Unzufriedenheit unter Zahnärzten

Jeder siebte Zahnarzt würde heute nicht wieder diesen Beruf ergreifen, wenn er noch einmal die Wahl hätte. Dieses Ergebnis brachte eine wissenschaftliche Untersuchung von Dr. Sven Tönnies, Dipl.-Soz. Hella Heering-Sick und Dr. Hartmut Joost am Psychologischen Institut III der Universität Hamburg.

350 Hamburger Zahnärzte beteiligten sich an der Studie. Die Unzufriedenheit liegt nach der Untersuchung an dem allgemeinen gesundheitspolitischen Umfeld, der Politik der Krankenkassen und dem schlechten Ansehen der Zahnärzte in der Öffentlichkeit.

NZB 11/87

Unzufriedenheit

Nur 53% der befragten Zahnärzte sind mit ihrem Beruf sehr zufrieden. Ausschlaggebend für die Berufswahl waren in erster Linie das Interesse an der Medizin (78%) (Mehrfachnennungen waren möglich), der gute Kontakt mit Menschen (46%) und der Wunsch, Kranken zu helfen (44%). Die Familientradition spielte immerhin noch bei 31% eine Rolle, die Aussicht auf ein gesichertes Einkommen (22%) und das soziale Ansehen (12%) rangierten auf den unteren Plätzen. Damit hat der Zahnarzt-Beruf nach Auffassung der Autoren einen deutlich sozialorientierten "Helfercharakter".

Dental Dienst

"Die Botschaft hör' ich wohl ..."

(Ausschnitt aus Pillweins Rede in Meran)

Wir müssen damit leben, auch wenn wir darunter leiden, daß ein nicht unbeträchtlicher Teil dieses Mißtrauens hausgemacht ist, durch Angehörige unseres Berufsstandes provoziert wurde.

Will sagen: daß es Gruppen (wechselder Zusammensetzung) gibt, die durch tatsächliches Fehlverhalten Anlaß zu diesem Mißtrauen geben.

Es wäre falsch verstandene Kollegialität, eigentlich grenzte es schon fast an "Ganovenehre", wenn wir diese Kollegen decken wollten. Im Gegenteil, wir müssen, stärker noch als in der Vergangenheit, alles daran setzen, solches Fehlverhalten zu ahnden, zugleich aber auch dafür zu sorgen, daß diese Selbstreinigung des Standes auch publik wird.

Je eher wir so vorgehen, desto eher werden die Blessuren, die unser Ansehen erlitten hat, verheilen können.

Maßlos und an der Grenze der Legalität

Es gibt einige Problemgruppen:

- die durch Maßlosigkeit auffielen und auffallen; und zwar auf den verschiedensten Gebieten: Angabe, Protzertum ebenso wie im Umgang mit Mitarbeitern oder Patienten usw.
- die echt kriminell handelten und handeln; also Abrechnungsbetrug, Papierbehandlungen, Rechnungsfälschungen, Goldunterschleife usw.
- die vom allgemeinen Verfall tradierter Wertvorstellungen der letzten zwei Jahrzehnte mit erfaßt wurden; die vergessen haben, daß mehr Freiheit mehr Verantwortung, mehr Selbstdisziplin bedeutet.

Sie handeln zwar nicht direkt kriminell, krebzen aber an der Grenze der Legalität herum, haben aber viel von den Wertvorstellungen wahren Arzttums eingebüßt.

Bei der letzten Gruppe scheint der Anteil derer leider auch nicht gering zu sein, die Defizite in der Sorgfalt ihrer Berufsausübung erkennen lassen.

Es nützt nichts, immer und immer wieder zu behaupten: das Gros des Berufsstandes arbeitet ordentlich. Es sind immer nur wenige, die abweichen, denen aber publizistisch eine Bedeutung eingeräumt wird, die ihre Zahl gar nicht rechtfertigt.

Trotzdem steht für mich fest, daß wir in Zukunft um eines nicht herumkommen werden: technische Wege zu finden, neue Wege, um einen durch die Wissenschaft definierten Qualitätslevel der Behandlung sicherzustellen.

Für verstärkte Eigenkontrolle

Wir müssen im Interesse der großen Mehrheit, der ordentlich und sauber arbeitenden Mehrheit, den Mut aufbringen, den Schlampen ebenso wie den Umsatz-Ausreißern Paroli zu bieten. (Hätten die KZVen schon in den Boom-Jahren den Mut gehabt, den Hintergründen der Umsatzmillionäre nachzuspüren - ich glaube, es wäre uns manches erspart geblieben. So aber haftet uns seit geraumer Zeit der Ruf an, daß eine Krähe der anderen kein Auge aushackt.)

Wir müssen in Zukunft durch verstärkte Eigenkontrolle weitere verhängnisvolle



Entwicklungen zu verhindern suchen, wie sie uns aus eben diesem latenten Mißtrauen beschert wurden: ich erinnere an die paritätisch besetzten Prüfungsinstanzen. Die vielleicht vermeidbar gewesen wären, hätten wir genügend deutlich gemacht (und publik gemacht, möchte ich hinzufügen), daß wir sehr wohl in der Lage sind, in den eigenen Reihen für Korrektheit und Sauberkeit zu sorgen; und daß wir Verstöße gegen diesen Ehrenkodex unnach-sichtig zu ahnden bereit sind.

Wir brauchen neue Prüfungswege, die in unserer eigenen Hand bleiben. Sicher,

der beste Kontrollmechanismus wäre das eigene Gewissen. Solange aber zumindest für einen Teil hier gewisse Defizite angenommen werden müssen, müssen wir einfach nach neuen Wegen Ausschau halten. Müssen wir einleuchtende, glaubwürdige Vorschläge machen, damit das Geschäft in unseren Händen bleibt.

Und wenn ich sage glaubwürdig, dann meine ich damit, daß nicht der leise- sten Vermutung Platz eingeräumt werden darf, daß wir vieles oder alles mit dem Deckmantel kollegialer Nächsten- liebe zudecken.

ZM 22/87, S. 2568

Die Entwicklung der Kariesmorbidity insbesondere in der Bundesrepublik Deutsch- land aus der Sicht zahnmedizinischer Experten

In einer Befragung nach der Karies- morbidität insbesondere in der Bun- desrepublik konnten vier von neun Experten nach eigenen Beobachtungen keinen Kariesrückgang feststellen. Vier Teilnehmer gaben einen schwach ausgeprägten und lokal begrenzten Kariesrückgang an.

"Die meisten Befragten waren der Mei- nung, daß im Unterschied zum Ausland ein umfangreiches, klar konzipiertes staatliches Gesamtkonzept mit wissen- schaftlicher Begleitung zur Prophy- laxe in der Bundesrepublik fehle. Im Ausland existierten medizinische und zahnmedizinische Programme zur Ge- sundheitsaufklärung, in die Kinder- gärten, Schulen, Mütterberatungsstel- len und die Medien mit einbezogen wären. Aus Tradition gäbe es in der Bundesrepublik eine Zahnmedizin, die

auf kurativer Basis ohne Prophylaxe bestehe. In anderen Staaten wäre die Vorbeugung mehr und schon länger be- tont, um Kosten für Zahnersatz einzu- sparen. Die Mehrzahl der heute tätigen Zahnärzte wäre an den deutschen Universitäten gar nicht in der zahn- ärztlichen Prophylaxe ausgebildet worden. Präventive Leistungen würden in vielen anderen Ländern besser ho- noriert, so daß für die Zahnärzte ein höherer finanzieller Anreiz zu pro- phylaktischen Arbeiten bestehe. Un- sere Gebührenordnung sei dahingehend überholt. Im Ausland werde der Pa- tient an zahnärztlichen Kosten betei- ligt und bei erfolgreicher Prophylaxe finanziell entlastet."

Aus: Grönich, Th. und Nippert, R.P., Zahnärztl. Welt 96, 52 (1987)

m.w.

Der Verband der Zahnärzte in Westfalen-Lippe (VdZWL) und der DAZ – eine Standortbestimmung

R. Kirschner

Der Verfasser ist Mitglied des Verbandes der Zahnärzte in Westfalen-Lippe (VdZWL). Der stellvertretende Vorsitzende dieses Verbandes, Dr. Ulrich Sobanski, wurde bei der letzten Jahreshauptversammlung des DAZ in den Vorstand gewählt.

Die Wahl unseres Vorstandsmitgliedes Dr. U. Sobanski in den Vorstand des DAZ hat unter berufspolitisch informierten Kollegen – mehr jedoch unter teilinformierten – erhebliche Irritationen ausgelöst, um nicht zu sagen: erhebliches Entsetzen.

Warum eigentlich?

Wir können die Erklärung nur darin finden, daß die Desinformation des FVdZ den Normal-Kollegen ein grundlegendes Falschbild sowohl über den Verband der Zahnärzte in Westfalen-Lippe als auch über den DAZ vermittelt hat.

Trotz aller böswilligen Verleumdung waren wir, sind wir und bleiben wir ein politisch neutraler Verband. Unsere Aufgabe sehen wir darin, für die gesamte Kollegenschaft und für unsere Patienten ein beruflich ausgewogenes Klima zu schaffen, das allen Kollegen erlaubt, in Ruhe, ohne Existenzängste und übertriebenen Einfluß von außen unseren Patienten eine möglichst gute Behandlung in unseren Praxen angeheißen zu lassen.

Seit der FVdZ diktatorisch und ämterfildend die Geschicke der Zahnärzte bestimmt, ist all dieses verlorengegangen. Viele Kollegen stehen heute vor gravierenden, nicht selbstverschuldeten Liquiditätsproblemen. In unseren Praxen haben wir als Zahnärzte kaum noch etwas zu sagen. Von Behörden, Ämtern, Institutionen und nicht zuletzt von unserer KZV wird uns pausenlos dazwischengeredet. Und unsere Patienten haben keinen Anspruch mehr auf eine individuell vernünftige Behandlung, sondern müssen sich mit kassenwirtschaftlichen Minimalversorgungen begnügen. Es sieht so aus, als ob künftig auch noch die Patienten sog. Richtlinien und Hinweisen entsprechen müßten.

Auch der DAZ ist ein parteipolitisch unabhängiger Verband, allerdings im Gegensatz zu uns, bundesweit. In seinen Reihen finden wir eine große Zahl hervorragender Köpfe. Köpfe, die Ideen haben! Diese Ideen sind dem FVdZ ein Dorn im Auge, vor allem die Ideen, die unkonventionell auch das zwar immer gepriesene, aber letztlich nie vorhandene Selbstverständnis

zahnärztlicher Berufsausübung in Frage stellen. Dieses Selbstverständnis bestand in letzter Zeit wohl überwiegend aus Selbstgefälligkeit.

Man kann und muß über die Ideen des DAZ nachdenken, sie diskutieren und Positives, Machbares im Interesse aller Kollegen in die Berufspolitik einfließen lassen. Niemals aber dürfen wir solche Ideen und Vorschläge nur deshalb ablehnen oder sie mit falschen Behauptungen bekämpfen, weil sie unbequem sind. Die Wahrheit ist halt oft unbequem! Wenn es den DAZ nicht gäbe, es würde dringend Zeit, ihn zu erfinden! Ebenso wie anderen in Opposition zum FVdZ stehenden Gruppen, kommt dem DAZ das Verdienst zu, verkrustete berufspolitische Strukturen zumindest aufzuzeigen und anzukratzen. Dem DAZ fehlt jedoch die berufspolitische und institutionelle Erfahrung. Diese Erfahrung ist im VdZWL in hervorragender Weise vorhanden. Hier sehen wir nun Chance und Aufgabe von U. Sobanski. Es bestehen auch anderweitige wichtige Kontakte zwischen uns und

dem DAZ. Über das gemeinsame Bewußtsein einer Opposition zum FVdZ hinaus.

Wir sind dem DAZ nur insofern böse, als daß er die berufspolitische Arbeitskraft eines unserer Vorstandsmitglieder abzieht. Der DAZ hat diese Erfahrung nötig, doch können wir eigentlich nicht auf den geringsten Teil der Arbeitskraft und Erfahrung eines U. Sobanski verzichten. Der DAZ ist gestärkt, und wir sind leider geschwächt! Zur Zusammenarbeit sind wir jedoch immer bereit und werden niemals jemanden ausgrenzen! In unseren Augen gelten keine Klischees. Der DAZ ist jedenfalls ebensowenig "rot", wie wir "grün" sind!

Oder glauben Sie allen Ernstes, daß Kollege Kimmel jetzt auch "kommunistische" Zahnmedizin vertritt? Das wäre fast so wie "katholische oder protestantische" Mathematik!

Anschrift des Verfassers:
Dr. Rudolf Kirschner
Jägerkamp 5
4422 Ahaus

Wie der DAZ gerüchteweise erfahren hat, ist das Standardwerk "Theorie und Praxis der Qualitätssicherung" von Dr. Erich Pillwein in Kürze zum Preis von DM 198,-- im Spitta-Verlag lieferbar.

„Zahnlosigkeit durch Qualitätssicherung“

– Worte des Präsidenten der Zahnärztekammer Niedersachsen

Als präkarnevalistischen – gleichwohl absolut ernsthaft gemeinten! – Beitrag bringen wir nachfolgend Auszüge aus dem Rechenschaftsbericht des ZKN-Präsidenten Dr. Bunke und einen Diskussionsbeitrag von Dr. Schirbort (Landesvorsitzender des Freien Verbands) – beides wiedergegeben im niedersächsischen Zahnärzteblatt 11/87:

"Auswüchse der Qualitätskontrollen"

Mit der von dem Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) angeregten Debatte um die Qualitätssicherung sind die Mitglieder der ZKN gar nicht einverstanden. Der dem Berufsstand dadurch zugefügte Schaden ist nach Meinung von Dr. Bunke beträchtlich. Nun solle das Projekt des Bundesministeriums für Forschung und Technologie bis Anfang 1988 ein sog. "Studienhandbuch" erarbeiten, in dem Qualitätskriterien zahnärztlicher Leistungen festgehalten würden. Außerdem untersuche das Bundesministerium für Arbeit die Ergebnis- und Strukturqualität von Zahnarzt-Behandlungen nach EDV-Daten der Krankenkassen. Zu welchen Folgen und Auswüchsen solche Kontrollen führen können, illustrierte Dr. Bunke

an dem englischen Beispiel. Nach Einführung der staatlichen Gesundheitsdienst-Kontrolle in Großbritannien seien teilweise Füllungen herausgebohrt worden, um den Bestand von Unterfüllungen nachzuweisen. Die traurige Konsequenz der Überprüfungen: Es wurden nur noch Qualitätsfüllungen gemacht, weil in Fällen, wo dieses nicht möglich war, der Zahn extrahiert wurde. Über 50 Prozent der über 50jährigen Engländer waren nach wenigen Jahren zahnlos geworden. Der beste Kontrolleur sei immer noch der Patient selbst.

Auch Dr. Schirbort wandte sich mit Nachdruck gegen Qualitätsmessungen. Natürlich ist er für eine gute Zahnheilkunde, doch bei dem vom BMA in Gang gebrachten Instrumentarium werde es ihm schon ein wenig mulmig, meinte der Vorsitzende des Freien Verbandes. "Was hat eine zahnärztliche Approbation eigentlich noch für einen Wert, wenn die Kontrolle der täglichen Arbeit eingeführt wird?" fragte Dr. Schirbort. Er werde sich weiter dafür einsetzen, daß die sowieso schon stark eingeschränkte freie Berufsausübung nicht noch weiter eingeengt werde. "Nach dem Märchen vom reichen Zahnarzt kommt jetzt die Diskriminierung unserer Arbeit",

empörte sich Dr. Schirbort.
..."

Im Rheinischen Zahnärzteblatt
7/87 wirft Kollege Gerritz vom
Freien Verband dem DAZ vor,
"denn sie wissen nicht, was

sie tun." Der DAZ weiß dies
sehr wohl; wir sind jedoch
sehr im Zweifel darüber, ob
der Freie Verband weiß, was
er denkt.

Die Redaktion

Die zehn meistproduzierten Lebens-
mittel in der DDR, angegeben in Ton-
nen pro Jahr:

1. FLEISCH UND WURST
2,1 Millionen Tonnen
2. MEHL
1,4 Millionen Tonnen
3. BROT UND KLEINGEBÄCK
910 000 Tonnen
4. ZUCKER
870 000 Tonnen
5. BUTTER
309 000 Tonnen
6. KÄSE
237 000 Tonnen
7. PFLANZENÖL
232 000 Tonnen
8. MARGARINE
180 000 Tonnen
9. MILCHPULVER
165 000 Tonnen
10. KARTOFFELN UND REIS
129 000 Tonnen

Quelle: Statistisches Jahrbuch 1986

Die zehn meistproduzierten Lebens-
mittel in der Bundesrepublik, angege-
ben in Tonnen pro Jahr

1. ZUCKER
2,9 Millionen Tonnen
2. MEHL
2,8 Millionen Tonnen
3. BROT UND KLEINGEBÄCK
1,8 Millionen Tonnen
4. FLEISCH UND WURST
1,3 Millionen Tonnen
5. KÄSE
968 000 Tonnen
6. MILCHPULVER
725 000 Tonnen
7. KONDENSMILCH UND SAHNE
568 000 Tonnen
8. MARGARINE
483 000 Tonnen
9. SCHOKOLADE
453 000 Tonnen
10. KEKSE
393 000 Tonnen

Quelle: Statistisches Jahrbuch 1986

aus der Jugendzeitung "Tempo" 5/87

DAZ Vorschläge zur Strukturreform Teil 2

(Teil 3 folgt in Forum Nr. 20)

III. JUGENDZAHNHEILKUNDE UND PROPHYLAXE

Im Hinblick auf den Rückgang von Karies und Zahnbetterkrankungen liegt die Bundesrepublik unter den Industrienationen der Welt an neunter Stelle. Die Morbidität verändert sich kaum. Der Zuckerverbrauch liegt bei 125 g pro Kopf und Tag! Man sollte meinen, daß diese Tatsache allein die politischen Kräfte, die für die Volksgesundheit Verantwortung tragen in wilden Aktionismus getrieben haben müßte. Nichts dergleichen! Die offizielle Jugendzahnheilkunde findet bei uns auf folgende Weise statt:

- Beamtete und bestellte Zahnärzte erheben in jährlichen Abständen Statistiken über den Krankheitsbefall. Diese werden veröffentlicht.
- In einigen Bundesländern (meist den Stadtstaaten) sind die beamteten Zahnärzte befugt, die festgestellten Schäden noch zu behandeln. Die bestellten dürfen es ohnehin, denn sie sind Zahnärzte in freier Praxis. In den übrigen Ländern betreiben die Schul- und Jugendzahnärzte lediglich Aufklärung und Unterweisung in Sachen Prophylaxe. Sie haben dafür eine Ausbildung von mindestens 18 Jahren (incl. Schule) hinter sich. Ihre Tätigkeit ist insgesamt gesehen relativ wirkungslos, denn es sind nur ca. 300. Niedergelassene Zahnärzte gibt es über 30.000.

Daraus geht hervor, daß die Hauptlast in Prophylaxe und Therapie bei den niedergelassenen Zahnärzten liegt. Bei einer Bevölkerung von 60 Millionen und einer Morbidität von 98 % leuchtet ein, daß für die Therapie eine Menge Zeit aufgewendet werden muß. Seit Jahrzehnten gibt es bei uns Gesundheitsminister, Zahnärzterverbände, Kostenträger, stapelweise Schriften, Broschüren, Aktionen, Initiativen. Die Karies hat sich scheinbar als nicht verhinderbar erwiesen.

In der Kenntnis der Prophylaxemethoden haben wir keine Defizite. Sie sehen kurz gefaßt folgendermaßen aus:

regelmäßiges Zähneputzen

Einschränkung des Genusses von Zucker

Anwendung von Fluoriden

regelmäßige Kontrollen

Über die Rangfolge streiten sich die Interessengruppen. Die Zuckerindustrie sagt: "Wer sich regelmäßig und richtig die Zähne putzt und Fluoride anwendet, braucht vor Zucker keine Angst zu haben." Sie sagt dies mit äußerst medienwirksamer Stimme. Die Zahnärzte wissen, daß es ohne Zucker keine Karies gibt. Mit Zähneputzen läßt sich schon allherhand verhindern. Mit dem systematischen Einsatz von Fluoriden und ausreichender Mundhygiene kann der Kariesbefall auf ungefähr die Hälfte gesenkt werden - mehr kann man nur erreichen, wenn man den Zuckerkonsum drastisch verringert.

Wer klärt die Bevölkerung auf, wer motiviert sie, wer organisiert eine breitenwirksame Prophylaxe, wer hat den Mut Fluorid gesellschaftsfähig zu machen, wer tritt der Zuckerindustrie auf die Zehen? 300 Jugendzahnärzte? Vielleicht die niedergelassenen Kollegen, die in ihrer Freizeit in Kindergärten für Zähneputzen, Fluoridanwendung und gegen Süßigkeiten werben?

Zur Abrundung des Bildes noch einige Tatsachen:

- Beim letzten Anlauf einer Bundesregierung, ein Jugendzahnheilkundengesetz zu erlassen, legten sich die Länder im Bundesrat quer.
- In der Bundesrepublik gibt es keine einzige Kommune, die dem Trinkwasser Fluorid zusetzt. Die gesetzlichen Möglichkeiten dazu sind vorhanden. Dabei wird es wohl auch bleiben, nachdem der Popanz der "Zwangsmedikation" die Runde macht. Weltweit trinken ca. 200 Millionen Menschen fluoridiertes Trinkwasser. Man muß auch weltweit suchen, bis man eine Nation mit ebenso miserabler Zahngesundheit findet, wie bei uns.
- Herstellung und Vertrieb von fluoridiertem Kochsalz sind in der Bundesrepublik verboten.
- Die Zahnbehandlungskosten in der Bundesrepublik werden die Grenze von 20 Milliarden Mark im Jahr überschreiten. Hinzurechnen ist der Ausfall der der Volkswirtschaft durch die vielen Stunden entsteht, die auf Zahnarztstühlen verbracht werden.
- Die Zahnärzteschaft hütet eifersüchtig ihr Prophylaxemonopol. Das Zahnheilkundengesetz unterstützt sie dabei. Wehe, wenn ein Nichtapprobierter in offizieller Mission in einen Mund schaute, Fluoride applizierte, Unterweisung erteilte!

Fluoridierung

Erfahrungen in allen Industrieländern haben gezeigt, daß Beratung und Aufklärung über Mundhygiene und richtiges Ernährungsverhalten den entscheidenden Durchbruch zu einer nennenswerten Reduktion des Kariesbefalls nicht bewirken können. Es gibt keinen Zweifel, daß der systematische und 'flächendeckende' Einsatz von Fluoriden der einzig realistische Weg wäre, die Kariesmorbidity in der Bundesrepublik entscheidend zu verringern. Der Verwirklichung dieses Ziels stehen verschiedene Hindernisse entgegen:

- Die Medien haben sich immer wieder zum Sprecher der Fluoridgegner gemacht. Die Gründe dafür mögen darin liegen, daß mit Berichten über eine "Vergiftung" und "Zwangsmedikation" der Bevölkerung mehr Interesse zu wecken ist, als mit einer Förderung dieser Form der Prophylaxe.
- Gesetzgeber und Exekutive haben versäumt, die Bevölkerung und die Umwelt wirkungsvoll vor Schadstoffen zu bewahren. Dies hat zu großem Mißtrauen gegen die Zuverlässigkeit und Vertrauenswürdigkeit dieser Institutionen geführt. In einer solchen politischen Landschaft ist die Einführung der Trinkwasserfluoridierung nicht zu realisieren.
- Karies ist keine Fluoridmangelkrankheit. Der Konsum von Zucker ist der entscheidende pathogene Faktor. Solange der Anbau, die Produktion und der Absatz von Zucker vom Staat subventioniert und gefördert wird, sind staatliche Maßnahmen gegen die Karies unglaubwürdig.

Vorschlag

1.
Wir brauchen ein Jugendzahnheilkundengesetz!
2.
Jugendzahnärzte müssen uneingeschränkt das Recht zur Behandlung erhalten. Das Berufsbild des Jugendzahnarztes könnte durch die Gebietsbezeichnung "Zahnarzt im öffentlichen Gesundheitsdienst" an Attraktivität gewinnen.
3.
Die Zahnärzteschaft bedient sich zur Imageförderung der Medien (vor allem Rundfunk und Fernsehen), indem sie Prophylaxeaufklärung betreibt. Lokale und regionale Aufklärungsmaßnahmen der

Länderkammern und KZVen sind durch konzentrierte bundesweite Maßnahmen zu ergänzen. Rücksichtnahme auf die Zuckerindustrie ist unangebracht.

4.

Mundhygieneunterweisung, Ernährungsberatung und die lokale Anwendung von Fluoriden können von dafür ausgebildeten Nichtzahnärzten durchgeführt werden. Studierende der Zahnheilkunde, arbeitslose Lehrer, Zivildienstleistende wären ein potentielles Kräfte-reservoir.

5.

Das Bundesministerium für Familie und Gesundheit soll den Vertrieb von fluoridiertem Kochsalz zulassen. Dies hat gegenüber der Trinkwasserfluoridierung den Vorteil der Wahlfreiheit. Gleichzeitig ist die Bevölkerung über die Medien in geeigneter Form über die Vor- und Nachteile dieser Prophylaxeform zu unterrichten. Diese 'Medienkampagne' wird von der Zahnärzteschaft durchgeführt. Der Einsatz auch größerer Geldmittel für eine solche Kampagne rechtfertigt sich durch ihre doppelte Wirksamkeit, nämlich Kariesreduktion und Aufwertung des 'Image' der Zahnärzteschaft insgesamt.

6.

Die zuständigen Länderministerien verbieten den Verkauf von Süßigkeiten in Schulen und Ausbildungsstätten.

IV. HOCHSCHULREFORM, VERRINGERUNG DER AUSBILDUNGSPLÄTZE BEI VERBESSERTER AUSBILDUNGSQUALITÄT

In der Bundesrepublik werden immer mehr Zahnärztinnen und Zahnärzte immer schlechter ausgebildet. Die Gründe dafür sind:

- Es gibt zu wenig qualifizierte Hochschullehrer. Die Universität ist nicht attraktiv genug, weil die Arbeitsbedingungen überwiegend schlecht sind. Zeit und Möglichkeiten für Forschungs- und Behandlungstätigkeit werden durch die Lehrverpflichtungen zu stark beschnitten. Die Niederlassung in freier Praxis bietet dagegen immer noch mehr Freiheit und besseres Einkommen.
- Die Ausbildungsstätten können ihre Aufgaben nicht mehr erfüllen. Die Kapazitätsverordnung und deren Auslegung durch die Verwaltungsgerichte haben dazu geführt, daß die Ausbildungsziele der Kurse in ihren Anforderungen abgesenkt werden mußten. Eine qualifizierte Ausbildung ist bei der Menge der Studieren-

den nicht mehr möglich.

- Der für die Ausbildungskapazität zu großen Zahl von Studierenden stehen heute zu wenig Patienten zur Verfügung. Dies ist ein Teufelskreis, da es sich bei den potentiellen Patienten einer Ausbildungsstätte herumspricht, wenn die Behandlungsqualität und die äußeren Bedingungen schlechter werden.

Die Frage ist, welche Rechtsgüter höher zu bewerten sind.

Das Recht auf freie Wahl des Studiums wurde - gemessen an der vorhandenen Ausbildungskapazität - von zu vielen wahrgenommen und eingeklagt. Das führt dazu, daß schlecht ausgebildete Zahnärzte die Universitäten verlassen. Die Frage ist, wie groß die Zahl von Zahnärztinnen und Zahnärzten in der Bundesrepublik sein soll, wenn man bedenkt, daß der Gesetzgeber beabsichtigt, die Kosten für zahnmedizinische Behandlung zu verringern.

Bleibt das System der zahnmedizinischen Versorgung in seiner Struktur unverändert, wird es in Zukunft zu viele niedergelassene Zahnärzte geben. Eine Überversorgung mit 'Leistungsanbietern' führt regelmäßig zu einer Leistungsvermehrung.

Ein Defizit an zahnärztlicher Arbeitskraft besteht allerdings heute in einigen Bereichen:

- Aufbau, Führung und Überwachung der dringend erforderlichen Breitenprophylaxe
- Erhöhung des Behandlungsangebotes in der Kinder- und Jugendzahnheilkunde
- Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung jener Teile der Bevölkerung, die keine Zahnarztpraxen aufsuchen können (z.B. Alten- und Pflegeheime, Krankenanstalten, Vollzugsanstalten, Versorgung von Seeleuten, Fernfahrern etc.)
- Beratung der Kostenträger im Bereich der GKV und PKV, der gesetzgebenden Organe und der Exekutive

Die zahnärztliche Ausbildung müßte allerdings rechtzeitig in Form und Inhalt an die zu erwartenden Veränderungen zahnärztlicher Berufstätigkeit angepaßt werden.

Vorschlag

1.
Die Gesetzeslage soll so verändert werden, daß an den bestehenden Ausbildungsstätten wieder der Sinn der zahnärztlichen Prüfungsordnung erfüllt werden kann. Das unsinnige Vollstopfen der Universitäten muß beendet werden.
2.
Die Hochschullehrer und ihre Assistenten sollen ein Recht auf das Prinzip haben, daß ein Drittel ihrer Zeit für Lehre, ein Drittel für Forschung und ein Drittel für praktische Behandlungstätigkeit zur Verfügung steht.
3.
Ein weiterer Ausbau oder gar Neueinrichtung zahnärztlicher Ausbildungsstätten ist unter den augenblicklichen Gegebenheiten nicht zu verantworten, insbesondere solange es keine bundesweite Bedarfsplanung gibt.
4.
Die Approbationsordnung (Bundesgesundheitsministerium) sollte an die Erfordernisse angepaßt werden. Das Ausbildungsangebot auf den Sektoren: Breitenprophylaxe, geriatrische Zahnheilkunde, Jugendzahnheilkunde und Öffentliches Gesundheitswesen spiegelt den Bedarf nicht wider.

V. DELEGATION UND RECHTSSICHERHEIT

In den beiden vergangenen Jahrzehnten haben sich die Tätigkeitsmerkmale der Zahnarzhelferin wesentlich verändert. Während sich ihre Arbeit früher auf das Öffnen der Türe, das Hin- und Wegräumen der Instrumente und auf Reinigungstätigkeiten beschränkte, spielt sie heute in allen Bereichen des Praxisalltages eine wichtige Rolle. 'Vier-' oder gar 'sechshändige Zahnheilkunde' ist für den ergonomisch orientierten Zahnarzt ein Begriff, der die Vorstellung von reibungsloser, zeitoptimierter und trotzdem patientenzentrierter Behandlungsweise verwirklichen hilft.

Welche Aufgaben die Helferinnen heute erfüllen, ist wahrscheinlich den Patienten oft deutlicher als den Zahnärzten. Vom ersten Kontakt am Telefon oder an der Rezeption über die Mitwirkung bei nahezu allen Behandlungsschritten bis zur Abwicklung der Verwaltungstätigkeiten ist die Helferin wohl oft die Person, die Patienten den Weg in die Praxis leichter antreten läßt. Mit den

wissenschaftlichen und technologischen Fortschritten der Zahnmedizin ist es möglich geworden, Teile der Behandlung zu delegieren, die von einer Helferin genauso gut gemacht werden können wie von Approbierten.

Gerade im Ausmaß der delegierten Tätigkeiten liegt aber das Dilemma! Die gesetzlichen Rahmenbedingungen, und die ständige Rechtsprechung haben hier einerseits manches offengelassen und manches sehr restriktiv geregelt. Insgesamt ist jedenfalls keine durchgängige, an den heutigen Möglichkeiten und Erfordernissen orientierte Konzeption erkennbar.

Die Zahnärzteschaft ist sich selbst nicht einig, welches Maß an Delegation erwünscht oder vertretbar ist. Das hat damit zu tun, daß die Entstehung konkurrierender Berufszweige gefürchtet wird. Die ausgeübten Kosten für zahnärztliche Behandlung und die daraus entstandene Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit lassen auch eine Erweiterung der Tätigkeitsmerkmale von Zahnarthelferinnen zu Zahnarthonoraren nicht angeraten erscheinen. Die Patienten und die Versicherungen kaufen für ihr Geld zahnärztliche Leistungen ein. Jeder weiß, daß Zahnärzte nicht billig sind - Helferinnenzeit ist jedenfalls nicht so teuer. Soll also für Helferinnenarbeit Zahnarthonorar bezahlt werden? Schon aus Gründen der Preiswahrheit dürften Helferinnen also eigentlich keine Leistungen erbringen, die irgendwo in zahnärztlichen Gebührenverzeichnissen stehen. Auch die Helferinnen möchten gerne Tätigkeiten ausführen, die ihre Kompetenz nicht überfordern, die aber ihren Beruf vielfältiger machen. Für die meisten Helferinnen ist einer der entscheidenden Gründe für die Berufswahl der Wunsch, 'mit Menschen zu tun zu haben'. Tätigkeiten an und mit Patienten erfüllen solche Vorstellungen in idealer Weise.

Einige Gebiete zahnärztlicher Tätigkeit werden heute nicht in dem Maße abgedeckt, wie es für unsere Patienten wünschenswert wäre. Prophylaxe- und Hygieneaufklärung und -unterweisung, allgemeine Ernährungsberatung, Teilbereiche der Myofunktionstherapie werden heute nicht in dem Maße angeboten, wie es wünschenswert wäre. In diese Lücke werden Hilfsberufe springen müssen! Mit welcher Ausbildung, an welcher Stelle und auf welche Weise sollte rechtzeitig bedacht werden!

Vorschlag

1. Der BDZ erarbeitet einen Katalog, der die an Hilfspersonal dele-

gierbaren Tätigkeiten beschreibt und die Ausbildungs- und Aufsichtsvoraussetzungen definiert. Soweit dafür die Änderung bestehender Vorschriften und Gesetze erforderlich ist, wendet er sich mit Vorschlägen an die zuständigen Organe. Dabei könnte man sich an den Verhältnissen in der Schweiz orientieren.

2.

Sollte ein erweiterter Katalog Eingang in das offizielle Berufsbild der Zahnarzthelferin gefunden haben, werden die Vertragspartner der kassenzahnärztlichen Versorgung aufgefordert, differenzierte Leistungskataloge zu vereinbaren, wenn dies beiden Seiten wünschenswert erscheint. Leistungen, die von Helferinnen erbracht werden, könnten dann als solche abgerechnet werden.

Optimale Praxisgestaltung

– Grundlage der Qualitätssicherung

K. Kimmel

Die Zahnarztpraxis (= Gesamtheit der Funktionsbereiche und Arbeitsplätze) und die zahnärztliche Praxis (= fachspezifische Aufgaben) bilden ein medizinisch-technisch-sozio-ökonomisches Arbeitssystem, dessen Arbeitsbedingungen und -leistungen besonderen Anforderungen unterliegen, wobei fachliche, technische, ergonomische, hygienische, organisatorische, rechtliche, wirtschaftliche und nicht zuletzt auch sozial- und berufsethische Gesichtspunkte zu berücksichtigen sind (1, 2).

Der Aspekt der Qualitätssicherung spielt bei der Praxis- und Arbeitsgestaltung eine wichtige Rolle. Die Art und die Qualität der Praxisausrüstung und sonstigen Ausstattung sind von entscheidender Bedeutung für den Arbeitserfolg und die Arbeitszufriedenheit sowie das bestmögliche Wohlbefinden der Patienten. Ein optimales Gesamtkonzept der Praxisgestaltung bietet eine wesentliche Grundlage für die Qualitätssicherung (3-4), die bei der gegenwärtigen fachspezifischen Konzentration

auf die Beschaffenheitsprüfung (5-8) in einem völlig falschen Licht erscheint (9, 10). Wir Zahnärzte sollten endlich begreifen, daß die Arbeitswissenschaft im allgemeinen (1, 2, 11-13) und die Qualitätslehre im besonderen (3, 4, 14, 15) sowohl in unsere Ausbildung als auch in unsere Arbeitsplanung und -gestaltung einbezogen werden sollte. Die isolierte Denk- und Handlungsweise von Wissenschaft und Standespolitik ist nicht geeignet, unsere gegenwärtigen und zukünftigen Probleme zu lösen (16, 17).

Das Stichwort "Ausbildung" lenkt unsere Aufmerksamkeit auf die Tatsache, daß die Arbeitswissenschaft nicht - wie Biologie, Physik und Chemie - zum Rüstzeug der Zahnärztinnen und Zahnärzte gehört. Auf diesem Manko, das trotz zahlreicher Untersuchungsergebnisse, Memoranden und anderer Aktivitäten einzelner Zahnärzte und Gruppen (18, 19) nicht abgestellt werden konnte, beruhen vielfältige Fehleinschätzungen und -entscheidungen während der Praxisgründung und später. Von besonderer Bedeutung ist die Erkenntnis, daß die überwiegende Mehrheit der Menschen wegen ihrer Veranlagung nicht bereit und fähig ist, begangene Fehler zu korrigieren und sich kontinuierlich an die Weiterentwicklung anzupassen (1, 2, 20).

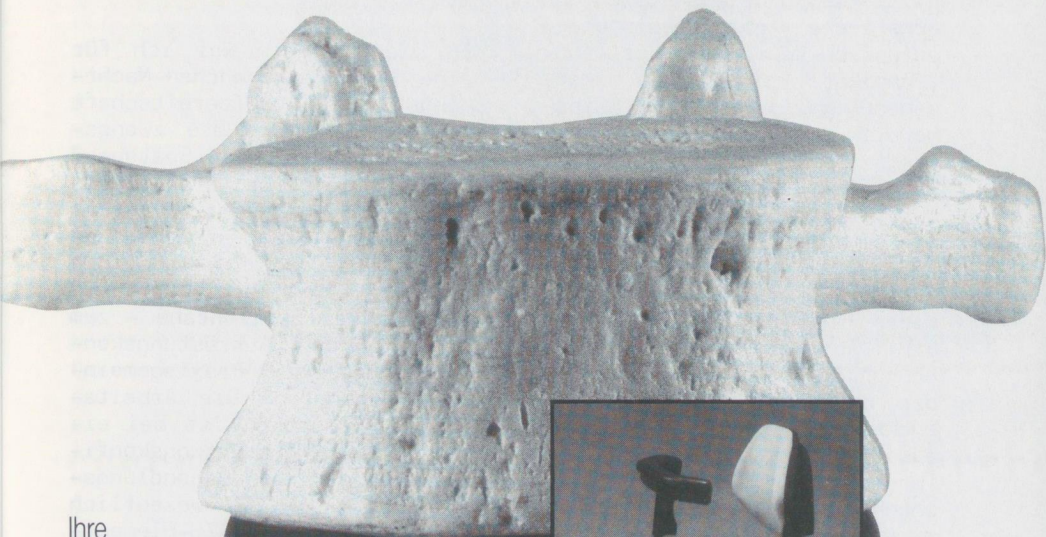
Erkenntnisse und Grundsätze

Bei der Praxisgestaltung sind einerseits gesicherte Erkenntnisse über den Aufbau eines Praxissystems und andererseits individuelle physische und psychische Eigenschaften zu berücksichtigen. Wichtig ist, sich auf dem Wege der Selbstprüfung und -erkenntnis über seine Ziele im klaren zu sein. Die von mir schon vor mehr als zehn Jahren ins Blickfeld gerückten Orientierungsrichtungen (1) prägen das eigene Arbeitskonzept im besonderen Maße und sollten bei der Praxisplanung vor allem in puncto Behandlungsplatzzahl und -ausrüstung in alle Überlegungen und Entscheidungen einbezogen werden (1).

Ein technisch-funktionelles Arbeits- und Ausrüstungskonzept bedeutet, daß der Zahnarzt eine rationelle Arbeitsgestaltung im Sinne der Time & Motion-Lehre (1, 21) anstrebt und dabei vor allem einen besonderen Wert auf kurze Greif- und Verkehrswege legt. Für einen solchen Typ ist vor allem das Basiskonzept 3 (DIN-Indexnummer 3/2 oder 3/3, Abb. 1) geeignet.

Ein psychologisch-funktionelles Arbeits- und Ausrüstungskonzept mit einer weitgehenden Abstimmung der fachlichen, psychologischen, ergonomischen und technischen Voraussetzun-

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

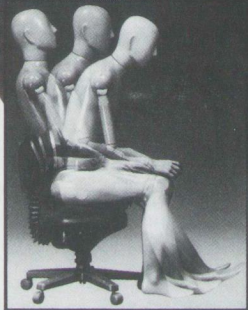


Ihre Bandscheiben liegen uns am Herzen.

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 Rückenlehne 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 Gräfelfing · 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. _____

wo Zahnarzt und Behandlungsplatz-Assistenz wesentlich ungünstigere Arbeitsbedingungen aufweisen können als der Zahn-techniker mit seinem weitgehend manipulierbaren Gipsmodell vom selben Zahn.

Die FZV-Untersuchung (W. Rohmert, J. Mainzer, P. Zipp und W. Neuhauser, 22) hat ergeben, daß es trotz einer optimalen Ausrüstung zahlreiche "Sünden wider die ergonomische Lehre" gibt. Aber auch falsche Ausrüstungskombinationen, die nicht der zuvor ins Blickfeld gerückten "Typologie" entsprachen, haben sich als Hemmschuh für ein optimales Leistungs-geschehen erwiesen. Schlechte, meist nicht an die Arbeitssituation angepaßte Patientenlagerungen spielten bei den festgestellten Mißständen eine große Rolle. Die ergonomisch und fachlich ungünstige 45°-Einstellung der Patientenstuhl-Rückenlehne und -Kopfauf-lage scheint unausrottbar zu sein. Es ist eine kurzsichtige, nur scheinbar zeitsparende Gewohnheit, bei der Patientenlagerung gewissermaßen auf dem halben Wege stehen zu bleiben. Die für bestmögliche Patientenlagerung notwendigen Sekunden sind nicht gegenüber dem Zeitverlust durch eine ungünstige Präparations- und Absaugtechnik sowie das deutliche Unruhigsein des Patienten, der sich wegen dem dauernden Verschlucken und dem daraus resultierenden "Aus-speienwollen" nicht entspannen kann.

Warum ZH-Element in Position 12?

In diesen Tagen war ich für eine Woche zum Wochen-Nachtdienst mit Abrufbereitschaft eingeteilt und mußte zwangsläufig mehrmals pro Spätabend und Nacht ohne Helferin arbeiten. Dabei wurden mir die Vorteile der Absaugvorrichtungen in der Position 12 bewußt, die seit 1969 - mit gleichzeitigem Wegfall der Speifontäne - zum Arbeits- und Ausrüstungskonzept unserer Praxisgemeinschaft gehören. Die Arbeits-(Greif-)Situation ist bei einer solchen Ausrüstungskonfiguration für die Behandlungsplatz-Assistenz wesentlich besser als bei der ZH-Element- und Speifontänen-Montage in der Position 3.

Beim Basiskonzept 2, das ich seit 1970 in einem Behandlungsraum anwende, ist die gesamte technische Ausstattung auf einen verhältnismäßig kleinen Raum konzentriert. Der Patient sieht rechts und links sowie über sich keinerlei Geräte oder andere Teile der Ausrüstung (mit Ausnahme der ihn nicht beunruhigenden Arbeitsfeld-Leuchte, wenn sie richtig eingestellt ist). Vor allem bei ängstlichen Patienten und Kindern hat sich das psychologisch optimale BK 2 bewährt.

Die Geräteausstattung

Unter Berücksichtigung aller Aspekte hinsichtlich einer

optimalen Praxis- und Arbeitsgestaltung im Sinne einer ebensolchen Qualitätssicherung auf rationale Weise hat sich herauskristallisiert, daß zumindest ein Zahnärztelement mit drei Antrieben (1 Turbine, 2 Mikromotore), 1 Ultraschall- und 1 Elektrochirurgie-Vorrichtung und 1 Mehrfunktions-Handstück ausgestattet sein sollte. Integrierte Lichtleiter fördern vor allem bei palatinalen Präparationen und im hinteren Molarenbereich die Qualität der Arbeitsbedingungen und -leistungen. Generell sollte die Behandlungsraum-Beleuchtung der DIN-Norm 67 505 entsprechen. Höhere Lux-Werte (> 8000 Lux) sind nur in Ausnahmefällen notwendig und empfehlenswert (23).

Im Hinblick auf eine optimale Präparationstechnik (24, 25) ist eine Programmierung der Drehzahlen ein wichtiger Baustein der Qualitätssicherung. Die dilettantische Art der zahnärztlichen Präparationstechnik ohne Berücksichtigung der physikalischen und klinischen Erfordernisse ist eines der schwerwiegendsten Probleme der Ausbildung und Arbeitspraxis. Zu viele, falsche und nicht mehr gebrauchsfähige Instrumente, die dazu noch im falschen Drehzahlbereich und mit ungünstiger Anpreßkraft und Kühlung (Minimum 50 ml/min) angewandt werden, sind die Ursache für unzählige Mißerfolge und auch iatrogene Schädigungen in der zahnärztlichen Praxis.

So ist die von der Industrie noch zu vervollkommene Drehzahlprogrammierung kein technischer Gag, sondern eine für den Experten unverzichtbare Geräteausstattung.

Die Licht-Polymerisations-Vorrichtungen sollten - ebenso wie Zeitmeß-Moduln (für das korrekte Einhalten der Anmisch- und Abbindezeiten) - auf der ZH-Seite vorhanden sein. Das Einbeziehen möglichst vieler elektrischer, luftbetriebener und wasserführender Arbeitsmittel in die Zahnarzt- und ZH-Elemente hat - über das Technisch-Funktionelle hinaus - auch eine hygienische und ästhetisch-optische Dimension. Die Oberflächen der Schrankelemente sollten möglichst frei von Zusatzgeräten und anderen Dingen sein. Zu bedenken ist, daß so auch die hygienische Wartung auf das unerläßliche Minimum reduziert werden kann. Was das Vollstellen unserer Arbeits- und Ablageflächen betrifft, feiert hier - ich packe mich da an der eigenen Nase - die Trägheit fröhlich-traurige Urstände. Immer wieder muß man sich - und seine Mitarbeiterinnen - dabei ertappen, daß schon wieder eine Desinfektionsmittel-Dose, ein Polymerisationsgerät, eine Schachtel mit diesem oder jenem gegen die eiserne Regel der möglichst freien Oberflächen verstößt.

(wird fortgesetzt)

Das Literaturverzeichnis zu diesem Beitrag findet sich am

Ende des zweiten Teils, der im Forum 20 veröffentlicht wird.

Anschrift des Verfassers:
Dr. Karlheinz Kimmel
Löhrstr. 139
5400 Koblenz

Paradies für holländische Zahnärzte?

Vor einer Zahnärzteschwerme warnt die Bundeszahnärztekammer und äußert auch starke Bedenken gegenüber den EG-Bestimmungen zur Niederlassung von Zahnärzten. Derzeit gibt es in der Bundesrepublik 48.566 Zahnärzte, von denen 37.407 berufstätig sind. Das entspricht einer Dichte von einem berufstätigen Zahnarzt auf 1.632 Einwohner. Bei gleichbleibenden Rahmenbedingungen dürfte sich die Zahl laut einer Studie des Instituts für Gesundheits-Systemforschung in Kiel bis zum Jahr 2000 auf 54.690 berufstätige Zahnärzte erhöhen. Damit kämen dann auf einen Zahnarzt 1.081 Einwohner. In diesem Zusammenhang warnt die Kammer vor einem Zustrom vor allem niederländischer Zahnärzte.

Arzt und Wirtschaft 11/87, S. XI

Besuch vom Gewerbeaufsichtsamt

Mitten in der Sprechstunde erscheint eine Oberinspektorin des Gewerbeaufsichtsamtes Oldenburg, unangemeldet, mit der Bitte um Vorsprache. Der Reihe nach läßt sie sich zeigen und hakt fein säuberlich auf der vorbereiteten Liste ab:

1. Kennzeichnung des Röntgenkontrollbereichs
2. ausliegende Röntgen-Verordnung
3. unterzeichnetes Formular über regelmäßige Belehrung der Mitarbeiter betr. Röntgen-Verordnung
4. Betriebsanleitung für Röntgengeräte
5. Unterlagen über TÜV-Prüfberichte (Rö.)
6. Bauartzulassungsschein für Röntgengeräte
7. ausliegendes Mutterschutzgesetz
8. ausliegendes Jugend-Arbeitsschutzgesetz
9. Formular über stattgefundene Jugend-Arbeitsschutzuntersuchung

Nicht kontrolliert wurde, wann zum letzten Mal die Steris auf Funktionsfähigkeit geprüft worden sind.

Eine gute Adresse in Stade



**Dental-Werkstätten
Stade**

GmbH · Am Schäfersteig 15 · 2160 Stade · Telefon (0 41 41) 6 30 51 / 52

Wissenschaftliche Erkenntnis und ihr mühsamer Weg in die Praxis

H.-G. Wahl

Der Autor beschäftigt sich seit Jahrzehnten ausschließlich mit Kinderzahnheilkunde, früher als beamteter Zahnarzt, heute in freier Praxis. Seit 1969 beobachtet er die Auswirkungen der natürlichen Trinkwasserfluoridierung in Vordingborg/Dänemark und setzt sich seither auf allen Ebenen für die Einführung kollektiv-prophylaktischer Maßnahmen ein.

Kollege Wahl wird in diesem und im folgenden Forum über die Entwicklung der Fluoridprophylaxe, vor allem aber über die Hindernisse berichten, die gerade in der Bundesrepublik dieser wichtigen Säule der Kariesvorsorge im Wege stehen.

Es hat rund 20 Jahre gedauert, bis wir - bewiesenen Erkenntnissen folgend - wirksame Kariesprophylaxe-Programme einschließlich der Fluoridanwendung in unserem Lande einbürgern konnten. Dagegen dauerte es nur 30 Minuten, und schon hatte das Fernsehen mit seiner "MONITOR"-Sendung fast alle diese Arbeit zerstört. - Es wird nun wieder Jahre dauern, bis wir die Verunsicherung der Bevölkerung langsam abbauen können. (Fluor ist Gift usw.)

Was für Motive hatte die zuständige Redakteurin bei "MONITOR", Frau Dr. Krone-Schmalz, eigentlich dabei? Viele haben danach gefragt, ich selbst auch. Es stellte sich heraus, daß sie im Sinne des Enthüllungs-Journalismus gemeint hatte, hier schlimme Machenschaften der geldgierigen Pharma-Industrie enthüllen

zu können, denn:

Fluorid wäre ja doch Gift und für Kariesprophylaxe außerdem völlig unnötig, weil dafür unwirksam.

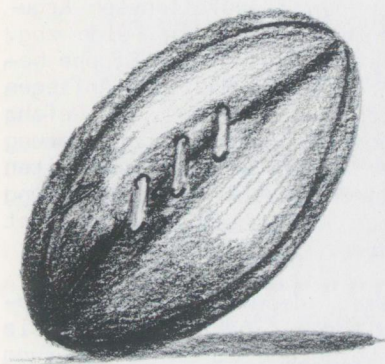
Es wäre eben nur die böse Industrie, die ihre Tabletten verkaufen will. Man sollte vielmehr sich und seine Kinder gesund ernähren, dann gäbe es auch keine Karies.

Bei dieser Argumentation berief sie sich auf die Aussage von einigen Außenseitern, die in der einschlägigen "Szene" seit Jahren bekannt sind und sich gegenüber allen real beweisbaren Argumenten der Wissenschaft als unbelehrbar erwiesen haben. Man muß in diesem Zusammenhang an eine wichtige Bemerkung von MAX PLANCK erinnern:

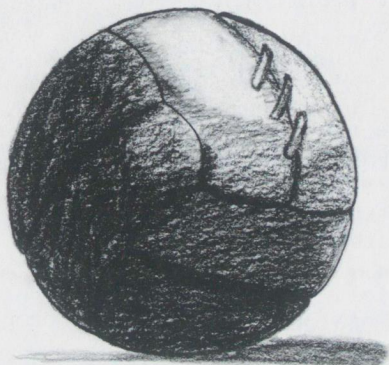
"Eine neue wissenschaftliche

Achten Sie auf den
Unterschied

in der Form



Wählen Sie Dentalinstrumente aus besonders korrosionsbeständigem, hochwertigem Karbonstahl (Immunity Steel) mit dreifacher Hitzebehandlung, aufs sorgfältigste von Hand geformt, geschliffen und poliert,



dann besitzen Sie ein Arbeitsmittel von hervorragender Balance, ausgewogener Form und präziser Verarbeitung, gepaart mit einem Maximum an Flexibilität, Formbeständigkeit, Härte und Lebensdauer.

Wir bürgen dafür

Hu-Friedy®

Bernard Quéting GmbH
Postfach 1380
6906 Leimen bei Heidelberg
Telefon (0 62 24) 7 10 50
Telex 466 612 hufd

Verlangen Sie Perfektionsinstrumente für Ihre Präzisionsarbeit!
Fordern Sie unser umfangreiches Informationsmaterial an!

Wahrheit pflegt sich nicht in der Weise durchzusetzen, daß ihre Gegner überzeugt werden und sich als belehrt erklären, sondern vielmehr dadurch, daß die Gegner allmählich aussterben und daß die heranwachsende Generation von vornherein mit der Wahrheit vertraut gemacht ist."

Unsere heranwachsende Zahnärzte-Generation wird zwar auf den Universitäten mit den Ergebnissen der Kariesforschung vertraut gemacht, aber mit dem Aussterben einiger Fanatiker stirbt der Fanatismus nicht aus, der hier eine Rolle spielt. So werden sich auch unsere jüngeren Kollegen noch lange mit der Anti-Fluor-Szene herumplagen müssen; sie kennen die Entwicklung dieser "Szene" zumeist nicht, und darum hier ein paar Hinweise:

Bereits im Jahre 1874 empfahl ein badischer Landarzt in einer Veröffentlichung seinen ärztlichen Kollegen, Kindern zur Härtung der Zähne Fluoridtabletten zu geben. (Eine deutsche Pharma-Industrie, die man dafür hätte anschuldigen können, gab es damals so noch nicht, und infolgedessen hat die MONITOR-Redakteurin diesen Sachverhalt gar nicht erst recherchiert.)

Die entscheidenden Veröffentlichungen über den Nachweis des Zusammenhangs zwischen Fluoridzufuhr und Kariesbefall kamen ab 1940 von CHURCHILL und DEAN, und von da an gab es Überlegungen, wie man diesen

Zusammenhang zugunsten der Bevölkerung nutzen könnte, um zu einer Verminderung des Kariesbefalls zu kommen.

Parallel dazu bildete sich eine sehr kleine, aber besonders lautstarke Gruppe, die mit den ausgefallensten Argumenten dagegen zu Felde zog. Die Anhänger dieser Gruppe befürchteten, daß ihr Anliegen "Ernährungsreform" in Gefahr käme, wenn auch ohne Änderung der Ernährungsgewohnheiten allein durch Fluoridanwendung der Kariesbefall vermindert würde.

Gerade der schlimme Kariesbefall der Kinder sollte ja die Bevölkerung zu einer Änderung ihrer Ernährungsgewohnheiten veranlassen. - Diese Änderung wurde als ein ethisch so hohes Ziel dargestellt, daß um dieses Zieles willen alle Mittel, - also auch die Lüge - gerechtfertigt wären.

Hier liegt das Motiv für diesen sonst unverständlichen Fanatismus. Erst wenn man das weiß, erklären sich allerlei Vorfälle von gezielter Desinformation der Öffentlichkeit, bis hin zu der Fehlleistung der "MONITOR"-Informanten.

(Sogar ein Mesiodens sollte bei einem Kind die Folge von Fluoridtabletten sein!)

Dazu ein besonders kennzeichnendes Beispiel, eines von vielen!

Einer vielgelesenen Zeitschrift (STERN) wurde die ge-

zielte Falschmeldung geliefert, das berühmte "KAROLINSKA"-Institut in Stockholm hätte gefunden, daß in Gebieten mit höherer Fluoridzufuhr auch ein höherer Prozentsatz mongoloider Geburten vorkäme.

Jeden medizinisch Interessierten mußte diese Meldung alarmieren, besonders wenn man weiß, daß die Professoren dieses international hochangesehenen Instituts über die Vergabe des medizinischen Nobelpreises entscheiden.

Es stellte sich durch Rückfragen in Stockholm zwar sehr schnell heraus, daß diese Katastrophenmeldung eine Lüge war, aber das Ziel der Urheber war erreicht: Die Redaktion des "STERN" hatte diese Meldung übernommen und gedruckt. Tausende hatten es gelesen und geglaubt.

Zur Ehrenrettung der damaligen "STERN"-Redakteure muß gesagt werden, daß ein Medizinjournalist natürlich keinen Argwohn gegen eine Meldung haben kann, die aus dem "KAROLINSKA"-Institut kommen soll. - Nur eben: von dort kam sie nicht. Der Lieferant dieser Meldung stahl sich aus der Verantwortung mit der Behauptung, er hätte den betreffenden Zettel nicht mehr.

Zweitens muß zur Ehrenrettung der damaligen Medizin-Redaktion des "STERN" gesagt werden, daß sie bereit war, einen richtigstellenden Artikel über die tatsächlichen Verhältnisse

in einem naturfluoridierten Gebiet zu bringen und einen Reporter dorthin zu schicken. - Das wurde auch eingehalten.

Es muß also nicht sein, daß eine Redaktion sich verstockt weigert, den eigenen Irrtum einzugestehen. Daß sie einem Irrtum erlegen war, wollte die "MONITOR"-Redakteurin Frau Dr. Krone-Schmalz nicht zugeben, obwohl ihr angeboten wurde, sich in einem naturfluoridierten Gebiet - wo also die Mächenschaften der bösen Industrie nicht im Spiel sind - die Zähne der dort aufgewachsenen Kinder unter fachkundiger Begleitung selber anzusehen und sich ein Urteil zu bilden.

Nach dem Motto "Fakten stören nur" wurde jeder Versuch abgeblockt, den angerichteten Schaden zu mildern. Stattdessen wurde die Redakteurin aus der Schußlinie gezogen und ins Ausland versetzt.

Da muß man doch nachdenklich werden: Wenn Enthüllungs-Journalisten sich als die Wächter der Nation verstehen - wer überwacht denn eigentlich diese Wächter, daß die es sich leisten können, Unwahrheiten zu verbreiten, ohne daß sie sich zu irgendeiner Verantwortung bekennen müssen? Wie würden die denn eigentlich uns beurteilen, wenn wir aufgrund eines Vorurteils und aufgrund einseitiger Recherchen zu einer falschen Diagnose ihrer ganz eigenen, persönlichen Erkrankung kommen würden? Ein

Gerichtsverfahren wäre uns
doch wohl sicher oder?

Anschrift des Verfassers:
Dr. H.-G. Wahl, Med.dir. a.D.
Falkenburger Stieg
2358 Kaltenkirchen

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

Lassen Sie nicht alle jetzigen Entscheidungen von einem Ereignis bestimmen, das Sie in der Zukunft erhoffen, erwarten oder erstreben

Dieses Warten auf die Zukunft ist der größte Vernichter der Lebensqualität der Gegenwart. Es ist ein Verhinderungsfaktor von hohen Graden. Nichts geschieht, man wartet auf das eine große Ereignis, das das totale Heil und den absoluten Handlungsspielraum bringen soll.

Jemand sagt: "Wir haben uns nur eine kleine Eigentumswohnung gekauft, weil wir uns jetzt schon darauf einstellen wollen, daß unsere Tochter einmal aus dem Haus geht."

"Wie alt ist Ihre Tochter?"

"Vier Jahre, aber sie ist außerordentlich weit für ihr Alter!"

Arzt und Wirtschaft 22/86, S. 38

Kontrollieren Sie Ihre Gedanken

Negative Gedanken ändern die Lage auch nicht. Gerade Ihre Aufgabe besteht darin, Kraft auf andere zu übertragen. Also dürfen Sie nicht zulassen, daß negative Gedanken Ihnen diese Kraft stehlen.

Die Aufgabe der "Starken" ist der Schutz der "Besonderen". Schon aus diesem Grund haben die Starken alles zu unterlassen, was ihnen die Stärke nimmt.

Arzt und Wirtschaft 22/86, S. 40

DAS MIA-SYSTEM

Mobile Intraoral Arch System

Viele Anwendungsmöglichkeiten mit einem Band und einem Lingualschloß;
kein Löten, kein Schweißen, kein mehrfaches Rezentieren bei jeder neuen Apparatur.
Kontrolliertes einfaches Reaktivieren, verbesserte Mundhygiene.

Bessere Möglichkeit in der Praxis zu delegieren;
kürzere Behandlungszeit am Stuhl.

Aktivierungsbeispiele 1-12



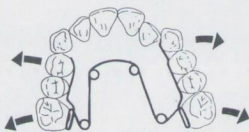
1 Expansion symmetrisch
beider Molaren



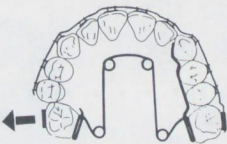
2 Expansion symmetrisch
des Seitenzahnbereiches



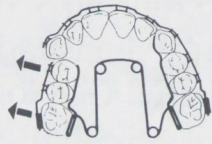
3 Expansion asymmetrisch
eines Molaren



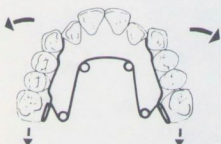
4 Expansion asymmetrisch
des Seitenzahnbereiches



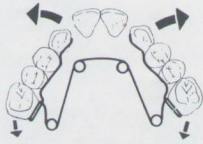
5 Expansion asymmetrisch
eines Molaren
zusammen mit Multiband



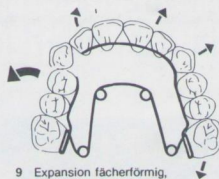
6 Expansion asymmetrisch
eines Seitenzahnbereiches
zusammen mit Multiband



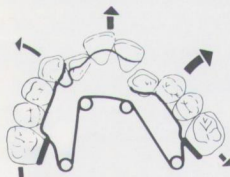
7 Expansion fächerförmig
symmetrisch



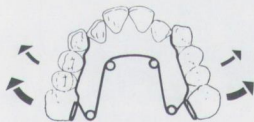
8 Expansion fächerförmig
symm. beider Seitenzahnbereiche
inkl. Eckzähne (doppelseitige LKS)



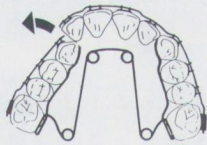
9 Expansion fächerförmig,
asymmetrisch, eines Seitenzahn-
bereiches unter zusätzlicher
Abstützung der Front



10 Expansion fächerförmig,
asymmetrisch, stärkere
Schwankungen d. II. Segmentes,
gleichzeitige Protrusion der Front
durch Hilfsfeder (LKG einseitig)



11 Expansion fächerförmig im
distalen Bereich



12 Expansion fächerförmig,
asymmetrisch, eines Seitenzahn-
bereiches, inkl. Eckzahn,
bei gleichzeitiger Verblockung
mit Multiband

UNITEK®

inter-UNITEK GmbH
Boschstraße 10 · 80339 Puchheim · Tel. 089/855039

Ich bin am MIA-System interessiert.
 Senden Sie mir ausführliches Informationsmaterial
zum MIA-System.
 Ich bin am MIA-Einführungskurs interessiert

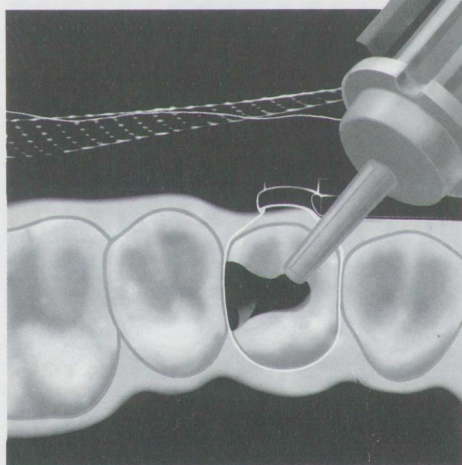
Name: _____
PLZ/Ort: _____
Straße: _____
Tel.: _____

inter-UNITEK GmbH
Boschstraße 10
80339 Puchheim

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 

Prophylaxeorientierte Kinderbehandlung – in der freien Praxis oder in der Schulzahnklinik?

W. Jann

Spürbare Prophylaxeerfolge und rückläufige Therapienachfrage in der freien Praxis haben in der Schweiz die Frage nach der Notwendigkeit der kommunalen Schulzahnkliniken aufgeworfen. Kollege Jann ist Leiter der Schulzahnklinik Bern und referierte in diesem Zusammenhang über die auch für uns in der Bundesrepublik interessante Frage:

Grundsätzliche Unterschiede zwischen Privatpraxis und Schulzahnklinik

1. in der Struktur

Privatpraxen sind primär wirtschaftlich- und gewinnorientierte Unternehmen. Sie haben daher den Gesetzen der Wertschöpfung und der Gewinnoptimierung zu gehorchen. Sie unterliegen einer positiven Kosten-Ertragsrelation. Der Ertrag ist durch die tarifierten Leistungen gegeben; die Kosten sind durch die Infrastrukturen, mit welchen die Leistungen erbracht werden, definiert. Privatpraxen wenden sich nur mittelbar an die Patienten. Eine Wahrnehmung sozialer Faktoren sei ihnen jedoch nicht aberkannt.

Schulzahnkliniken sind soziale Institutionen im Rahmen des öffentlichen Gesundheitswesens. Sie sind mit anderen öffentlichen Aufgaben wie dem Sozial- und Fürsorgewesen, dem Schulwesen, ja sogar dem Ordnungs- und kulturellen Wesen vergleichbar. Sie haben eine

positive Kosten-Nutzenrelation anzustreben. Kliniken haben die Durchführung ihrer Aufgaben nicht in den Rahmen einer finanziell-quantifizierbaren Leistungserfassung und eines gewinnfördernden Tarifsystems, sondern in die Wahrnehmung übergeordneter sozialpolitischer Interessen zu stellen. Ein zeitgemäßes Management der Klinikführung ist selbstverständlich zu fordern. Effektivität statt Effizienz.

Folgerung:

Während Privatpraxen Leistungssegmente, welche keinen oder nur einen geringen Gewinn erarbeiten - darunter fallen zweifelsfrei die Prophylaxe und prophylaxebegleitende kinderzahnmedizinische Betreuung - auf Grund der wirtschaftlichen Struktur einzuschränken haben, haben Schulzahnkliniken gerade diese Segmente abzudecken. Die Begriffe von Effizienz und Wirtschaftlichkeit reduzieren sich auf den Bei-

trag der Gesunderhaltung der Kauorgane und nicht auf einen finanziellen Ertrag. Gesunde Kauorgane sind von intangiblen Wert. In letzter Konsequenz hätten im Rahmen der kinderzahnmedizinischen Prophylaxe und Betreuung jegliche Tarifstrukturen zu entfallen (vgl. auch Schulwesen). Die Leistungen der Kliniken richten sich unmittelbar an die Zielgruppen.

Die Effizienz einer Schulzahnklinik manifestiert sich in der Zahl gesunder Kauorgane, den nicht oder nur materialschonend gelegten Füllungen, den vermiedenen parodontalen Infektionen, den eingesparten kieferorthopädischen Maßnahmen, den synoptischen Erfassungen und nicht in einem positionsbezogenen Leistungsausweis.

2. in den Leistungen

Das zur Zeit in der Zahnarztpraxis geltende Tarifsysteem begünstigt die kurativen und therapeutischen Leistungen und überläßt die Prophylaxe weitgehend den individuellen sozialen und konjunkturellen Möglichkeiten des Praxisinhabers. Dies im übrigen analog zur Humanmedizin. Wenn es Aufgabe der Klinik ist, gerade prophylaktische Leistungen zu erbringen, da nur dadurch Erkrankungen vermieden bzw. eingeschränkt werden können, ist ein Leistungsvergleich, sofern ein solcher eine quantifizierbare Leistungserfassung an-

strebt, nicht zulässig, weil nicht möglich. Wenn akzeptiert wird, daß eine Privatpraxis wirtschaftliche Ziele anzustreben hat und diese mit kurativer Zahnmedizin besser erreicht wird als mittels Prophylaxe, dann ergibt sich daraus zwangsläufig eine (standespolitische) Interessenkollision. Deren Konsequenzen sind durch das öffentliche Gesundheitswesen aufzufangen.

Wenn Privatzahnärzte anzuführen versuchen, daß sich im prophylaktischen Output zwischen Privatpraxen und Kliniken in der kinderzahnmedizinischen Betreuung keine Unterschiede manifestieren, dann müßten vorerst die Parameter der Vergleiche definiert und schließlich die Behauptungen bewiesen werden. Zur Zeit liegen jedoch keine diesbezüglichen Studien und Ergebnisse vor. So bleibt das "Controlling" - eine wesentliche Aufgabe zeitgemäßen Managements, einseitig auf die Emissionen der Kliniken beschränkt.

Folgerung:

Schulzahnkliniken und die Wahrnehmung ihrer Aufgaben dürfen nicht zum konjunkturellen Spielball der Zahnmedizin werden. Die Kliniken wurden als Notfallkliniken von Privatzahnärzten initiiert, als das zahnärztliche Distributionssystem die Zahnschäden bei den Kindern quantitativ nicht zu beheben vermochte. In der Zwischenzeit sind die Kliniken dank der kantonalen Schulzahnpflegedekrete und der

kommunalen Ausführungserlasse zu institutionalisierten Aufgabenträgern im öffentlichen Gesundheits- und Sozialwesen geworden und haben sich als Sanierungskliniken etabliert. Die Entwicklung hat weiterzugehen. Kliniken haben sich zu Prophylaxe- und synoptischen kinderzahnmedizinischen Spezialkliniken zu entwickeln.

3. Postulate

Wenn Prophylaxe, prophylaxebezogene Erstversorgung und prophylaxebezogene Behandlungsbegleitung der Jugendlichen die Aufgabe der Kliniken sein soll, so muß die Wahrnehmung dieser Aufgabe mit allen Mitteln gefördert werden. Sie darf nicht eingeschränkt werden, indem:

3.1.

bei einer Institution mit mehrheitlich intangiblen Leistungen quantifizierbare Leistungskontrollen durchgeführt werden.

3.2.

Maßstäbe angewandt werden, welche letzten Endes zu einem in den Privatpraxen vorhandenen Zeit- und Umsatzdruck führen, dem größten Hindernis einer prophylaxeorientierten Zahnmedizin.

3.3.

den Kliniken die Zielgruppen entzogen werden, an welche sich ihre Aufträge mit größtmöglichem Erfolg zu richten vermögen (Eltern, Kleinkinder,

Jugendliche)

3.4.

auf Grund konjunkturabhängigen Wettbewerbs die Aufgaben der Kliniken in Frage gestellt werden.

In volkswirtschaftlicher Hinsicht muß bei den Ausgaben für die zahnmedizinische Betreuung eine Kostendämpfung angestrebt werden. Diese ist unbestrittenmaßen über die Prophylaxe zu erreichen. Es ist demnach nicht in erster Linie der prophylaxefördernde staatliche Aufwand, sondern der private, die kurative Zahnmedizin fördernde Aufwand, einzuschränken.

Über die Grenzen der staatlich subventionierten Prophylaxe läßt sich diskutieren. Es drängen sich hier sozialpolitische Entscheidungen auf. Grenzen können möglicherweise dann gegeben sein, wenn Prophylaxe der Selbstverantwortung und der Selbstverantwortlichkeit des Individuums überlassen werden können oder wo eigene Mittel den Aufwand ermöglichen. In den anvisierten Zielgruppen wird weder über das eine noch das andere verfügt. Kinderzahnmedizin duldet keine Kompromisse.

Nicht alles, was sich Kliniken zum Ziele setzen, muß von heute auf morgen erreicht werden. Kleine Schritte führen zum Erfolg. Die Abschaffung der Klinik wäre jedoch der kontraproduktivste Schritt, der getan werden könnte. Hier beginnt

die Verantwortung der Behörden und hier haben die Lobbys von Interessengruppen zu enden.

Anschrift des Verfassers:
Dr. Werner Jann
Marktgasse 6
CH-3011 Bern

DAZ-forum jetzt viermal jährlich DAZ-forum

AMALGAM

ZITATE

AMALGAM

Röntgenfixierlösungen scheinen dank ihres Gehaltes an Thiosulfat-Ionen am ehesten als Abdeckmedium bei der Lagerung von Amalgamresten geeignet zu sein.

DZZ 42, 758-762 (1987)

Wurden Amalgambuchstücke neben Spinalganglien gelegt, die in Zellkulturbedingungen explantiert worden waren, so wurde das Aussprossen neuronaler und nicht-neuronaler Zellen in 76 von 80 Explantaten weitgehend unterdrückt. Insgesamt deuten die Versuche darauf hin, daß Amalgame zytotoxische Effekte entfalten, die vor allem das Zellwachstum beeinträchtigen. Daher sollte das Wurzelfüllmaterial Amalgam durch gewebeverträglichere Materialien ersetzt werden.

DZZ 42, 731-738 (1987)

... soll nur eine Antwort auf die Frage geben, ob Amalgam ein so biokompatibles Material ist, daß es sich auch für retrograde Wurzelfüllungen eignet.

DZZ 42, 731-738 (1987)

Dabei zeigte sich überraschenderweise, daß nicht die korrosionsanfällige γ_2 - oder die η' -Phase (3), sondern die als relativ stabil geltende γ_1 -Phase in Salzlösung toxisch wirkende Bestandteile freisetzte, die die Generatoren der Aktionspotentiale irreversibel blockierten.

DZZ 42, 731-738 (1987)

Fissurenversiegelung

– Prophylaxe mit Garantie

A. Maurer

Fissure sealing - forget about. So lautete 1980 die Stellungnahme der DGZMK.

1985 mußte die DGZMK widerrufen. Ihre früheren Befürchtungen hatten sich als unhaltbar erwiesen.

Seit 1965 werden Versiegelungen durchgeführt und zwar entsprechend der Entwicklung der Acrylate mit immer besseren Ergebnissen.

Eine Konferenz der Nationalen Gesundheitsinstitute der USA mit Vertretern aller beteiligten Fachrichtungen empfiehlt 1983 die Versiegelung ausdrücklich als sichere Methode zur Verhütung der Occlusalkaries, besonders für Personengruppen mit hohem Kariesrisiko.

Als Versiegler kommen in erster Linie ungefüllte Diacrylate in Betracht, dünnflüssig, da ohne Makrofüller. Gefüllte Acrylate sind entgegen weitverbreiteter Meinung nicht haltbarer.

Bis-GMA und Dimethacrylate können selbsthärtend oder lighthärtend verarbeitet werden. Ätztechnik mit 30- bis 50-%iger Phosphorsäure ist unabdingbar.

Als Alternative versuchen derzeit Kollegen die Anwendung der Glasionomere-Zemente oder Cermet-Zemente, wobei man die positive Wirkung einer dauernden Fluoridfreisetzung allerdings mit geringerer Retention am Schmelz bezahlt.

Warum findet die Versiegelungstechnik so wenig Resonanz? Für Deutschland liegt der Grund wohl überwiegend im leidigen Honorarproblem. Wo fast alle Gesundheitsleistungen über die Krankenkassen vergütet werden, ist die Bereitschaft der Versicherten gering, noch extra draufzuzahlen. Zumal die Spätbehandlung ja "nichts kostet".

Eine weitere - wenn auch unbegründete - Ursache liegt in der Angst des Behandlers, in der Fissur Karies einzuschließen und die Progression zu übersehen.

Etwas in Verruf mag die Versiegelung gekommen sein durch inadäquate Technik, wodurch die Retention unbefriedigend war. Bei sauberer Verarbeitung lassen sich jedoch Retentionsraten von 80 bis 90 % nach fünf Jahren erreichen.

Leider steht die Uninformiertheit von Zahnärzten und Pa-

tienten in puncto Prophylaxe einer breiten Anwendung dieser einfachen und effektiven Schutzmaßnahme entgegen. Es existiert so gut wie keine Nachfrage danach.

Daß Kariesreduktion Zahnärzte "mutlos macht" wollen wir jedenfalls nicht glauben. Diese Entwicklung ist ja auch noch nicht in Sicht.

Zur praktischen Vorgehensweise: die Zähne müssen erst gründlich von jeglicher Plaque befreit werden. Hierzu darf keine fluoridhaltige Paste Anwendung finden, da Fluorid die Ätzbarkeit des Zahnschmelzes behindert. Plaquereste in der Tiefe der Fissur, ebenso Verfärbungen, sind kaum entfernbar, außer mit Strahlgeräten, haben jedoch praktisch keine Bedeutung für die Haftung.

Liegt bei einer Fissur bereits Kariesverdacht vor, sollte sie mit feinen Finierdiamanten vorsichtig erweitert werden. Danach läßt sich entscheiden, ob gefüllt oder versiegelt wird.

Ideal ist die Anwendung von Kofferdam, der bei Milchzähnen jedoch etwas Schwierigkeiten bereitet. Bei guter Assistenz lassen sich aber auch ohne Kofferdam Zähne selbst unruhiger Kinder trocken halten. Wir setzen Watterollen und Absaugung ein, unterstützt bisweilen von Orosuc-Saugern.

Nach einminütiger Anätzung vorzugsweise mit Ätzgel, das

nicht über die Schleimhäute fließt, wird sehr intensiv gespült, möglichst etwa 30 Sekunden.

Beim darauffolgenden Watterollenwechsel darf kein Speichel die geätzten Flächen benetzen. Denn dann wäre die Retention beeinträchtigt bzw. müßte erneut für etwa eine halbe Minute geätzt werden. Dieses Trockenlegen nach der Spülung bereitet oft etwas Schwierigkeiten und erfordert eine eingespielte Assistenz. Hier ist Kofferdam ein großer Vorteil und Zeitgewinn.

Nach gründlicher Trocknung mit ölfreier Luft kann Diacrylat in die Fissur gegeben werden. Es empfiehlt sich, mit einer Sonde die Fissur nachzuziehen, um Lufteinschlüsse zu vermeiden, welche später Kavernen und somit Plaquenischen bilden könnten. Bei selbsthärtenden Materialien sollte deshalb auch möglichst blasenfrei angemischt werden.

Falls etwas Versiegler über die Occlusalfläche hinausläuft, läßt er sich in halbabgebundenem Zustand gut entfernen. Keinesfalls darf Versiegler dem Gingivalsaum aufliegen.

Nach Abbinden empfiehlt sich ein Ausspülen des Mundes, um unangenehmen Geschmack des Monomers zu vermeiden.

Zuletzt sollte die Occlusion geprüft werden, wobei leichte Interferenzen schnell abra-

diert werden. Nur grobe Frühkontakte sollten mit stumpfen Rosenbohrern beseitigt werden.

Alle Versiegler sind eingefärbt, die meisten milchig weiß, Delton^R orangefarben. Damit lassen sie sich bei Recallsitzungen gut kontrollieren und sind auch für die Eltern sichtbar.

Bei seltener Anwendung der Materialien sollten sie wie alle Dentalkunststoffe im Kühlschrank gelagert sein, um das Verfallsdatum zu verzögern.

Bei lege-artis-Anwendung erreichen wir eine 100-prozentige Verhinderung der Occlusalkaries.

Wir sehen in der Versiegelung eine rasche, billige, schmerzfreie und sehr effektive Prophylaxemaßnahme, die nicht zuletzt dem Imageverlust der Zahnärzteschaft entgegenwirken könnte.

In erster Linie empfiehlt sich die Behandlung der bleibenden Sechsjahrmolaren bei Sechsbis Achtjährigen und der 7er bei Elf- bis Dreizehnjährigen, um die Hygienekrisen der Pubertätszeit zu überbrücken.

Natürlich spricht auch nichts gegen Versiegelung aller anderen Prädilektionsstellen, wie Foramina an Incisivi oder rachitischen Schmelzanomalien. Bei Milchzähnen ist die Retention etwas geringer, aber durchaus ausreichend für drei bis sechs Jahre. Ohnehin

empfiehlt sich ein gelegentliches Nachversiegeln weitgehend abradierter Füllstoffe.

In der Möglichkeit des Einschließens von Karies sieht man heute keine so große Gefahr mehr, nachdem Studien in den USA erwiesen haben, daß Initialkaries unter dem intakten Versiegler sistiert. Voraussetzung ist eine saubere Versiegelung mit guter Haftung des Materials rings um die Fissur. Dieses Sistieren führt man auf Substratentzug für die Keime, sowie auf eventuelle Fluoridabgabe des Materials zurück.

Sogar nach Verlust des Versieglers sollen die betreffenden Stellen eine höhere Kariesresistenz aufweisen als zuvor nicht versiegelte Stellen.

Bleibt das Problem der Honorierung. Die neue GOZ sieht die Position 200 für Versiegelungen vor und vergütet pro Zahn mit 90 Punkten.

GKV-Kassen planen ebenfalls die Einführung dieser Maßnahme als Sachleistung.

Inzwischen bleibt uns nichts übrig als jedesmal Verkaufsgespräche zu führen, Versiegelungen "just for fun" oder zum Imagegewinn zu machen oder nach notwendiger Fissurenenerweiterung als Füllung abzurechnen. Wenn man realistischere Weise - egal ob für einen Zahn oder für vier Zähne - etwa fünf Minuten ansetzt,

kann jedoch das "Verkaufsgespräch" mehr Zeit kosten als die Maßnahme selbst.

Angesichts der unbestreitbaren Vorteile der Versiegelung von gefährdeten Fissuren wünschen wir uns dennoch eine weite Verbreitung, die Kostenübernahme durch die Kassen in Form der Kostenerstattung und die Übernahme dieser Prophylaxemaßnahme in das Angebot des öffentlichen Gesundheitsdienstes, speziell für Problemgruppen. So ist in der Schweiz die Versiegelung zu einer Routinemaßnahme an den meisten Schulzahnkliniken geworden, und in den USA setzt Medicaid

die Versiegelung bei Problemkindern kostenlos ein.

Namen und Preise der bei uns verwendeten Materialien:

Visioseal^R von Fa. ESPE, lichthärtend, DM 67,25
Helioseal^R von Fa. Vivadent, lichthärtend, DM 72,--
Concise^R von Fa. 3 M, selbsthärtend, DM 115,--
Delton^R von Fa. J & Johnson, selbsthärtend, DM 194,05

Anschrift des Verfassers:

Dr. Armin Maurer
Wöhlerstr. 20
8000 München 60

Wirtschaftlichkeitsprüfung

In einer Pressemitteilung machte der niedersächsische Sozialminister Schnipkoweit deutlich, daß er einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Qualitätsmerkmalen beim Zahnersatz eine wichtige Bedeutung zumesse und Vorhaben unterstütze, die auf eine Verbesserung der Transparenz des zahnärztlichen und zahntechnischen Vergütungssystems abzielen.

Einen wesentlichen Beitrag zur Steigerung der Transparenz in der Rechnungslegung sieht die Landesregierung nach Angaben des Ministers in der zum 1. Januar 1988 geltenden neuen Gebührenordnung für Zahnärzte.

Er wies in dieser Pressemitteilung auch darauf hin, daß in Niedersachsen insgesamt 3422 niedergelassene Zahnärzte und 467 Assistenten oder Vertreter sowie im geringen Umfang auch medizinische Hochschulen und Krankenhäuser die zahnärztliche Versorgung gewährleisten.

Toxikologie der Amalgame

M. Witte

Aus: Lussi, A.: Schweiz. Monatsschr. Zahnmed. 97, 1271 (1987)

Die Publikation liefert eine Literaturübersicht zur Frage der Toxikologie und Allergenität von Amalgamen, der Anwendung und Entsorgung von Amalgamen in der zahnärztlichen Praxis. Auf Grund der Aktualität wurde der Artikel ausführlich zusammengefaßt.

Wenngleich Quecksilber, Silber, Kupfer und Zinn von Non-Gamma-2-Amalgamen metallisch und/oder in einem Kristallgitter gebunden sind, besteht die Möglichkeit der Freisetzung durch Korrosion, Abrasion und andere Prozesse. Quecksilber und seine Verbindungen sind toxisch und weisen eine hohe Allergisierungsgefahr auf. Nach Angaben des Autors wurden in diesem Jahrhundert zwar erst 37 Allergiefälle beschrieben, die auf Quecksilber im Amalgam zurückzuführen waren. Die Anzahl nicht publizierter Fälle muß allerdings höher angenommen werden. Die Fachliteratur liefert keine Fallberichte über toxische Auswirkungen des Amalgams.

Quecksilber

Toxischer als Quecksilber in seiner elementaren Form, das zu 0,01 % im Magen-Darm-Trakt resorbiert und wieder ausgeschieden wird, sind Quecksilberdämpfe. "Inhalierete Quecksilberdämpfe werden in den Alveolen gut absorbiert und

gelangen zu 80 % in den Blutkreislauf." Das Quecksilber wird an den Erythrozyten zu Hg^{++} oxidiert, vor allem in der Niere akkumuliert und über den Harn ausgeschieden. Das nicht oxidierte Quecksilber passiert die Blut-Gehirnschranke, reichert sich im Gehirn an und wird wegen des hohen Lipidgehaltes nur geringfügig eliminiert. Bereits geringe Konzentrationen führen zu einer Beeinträchtigung der motorischen Kontrollzentren. Da Quecksilberdämpfe auch die Haut durchdringen, sollte der Kontakt mit Quecksilber unterbleiben.

Amalgam und der Patient

In Untersuchungen reagieren zwischen 0,7 und 11,3 % der Patienten in einem Epikutantest auf Quecksilberverbindungen allergisch. Die Zahlen machen keine Aussage über die Prävalenz der Quecksilber- und Amalgamallergie bezogen auf die ganze Bevölkerung. Die tatsächliche Allergieprävalenz wird auf weniger als 0,1 % ge-

schätzt und die Amalgamallergieprävalenz auf weniger als 0,01 %. Der Anteil der Amalgamfüllungen an der totalen Quecksilberbelastung (5-20 %) soll alleine keine toxischen Probleme oder eine erhöhte Krankheitsanfälligkeit hervorrufen. Bei einer "Amalgamunverträglichkeit" kann die Anamnese Hinweise auf andere Ursachen geben. Als zusätzliche Hilfsmittel sind zu diskutieren:

Klinische Befunde
Strommessungen
Elektroakupunktur
Messung der Quecksilberbelastung
Epikutantest

Klinische Befunde

Im Rahmen der oralen Befunde sind schlechter Mundhygiene (Erhöhung der Korrosion durch Plaque), extensive Abrasionen (direkte Freisetzung von Quecksilber), kleiner Pufferkapazität und Flußrate des Speichels (unzureichender Schutz des Amalgams vor Säureattacken) und dem oralen Lichen planus (mögliche Quecksilberallergie oder lokale Quecksilberirritation) besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Neben allergischen Reaktionen auf Quecksilber wie Urticaria, Erythem und Schmerzen einzelner Gelenke ist bei chronischer Quecksilbertoxikation auf erhöhten Tremor, Kopfschmerzen, Abfall der Konzentrationsfähigkeit, Müdigkeit oder Antriebsschwäche zu

achten.

Strommessungen

"Zwischen Amalgam und anderen Metallen und zwischen verschiedenen Amalgamprodukten können immer Potentialdifferenzen (im mV-Bereich) und Ströme (im μ A-Bereich) gemessen werden und die Energie (in nWs) berechnet werden. Symptome wie Metallgeschmack, Geschmacksstörungen oder "galvanische" Schmerzen treten aber von Patient zu Patient bei unterschiedlich starken Strömen auf. Es besteht deshalb kein allgemeingültiger Grenzwert." Strommessungen werden als wenig aussagekräftig angesehen.

Elektroakupunktur

Die Befürworter der Elektroakupunktur können bereits subklinische Auswirkungen des Amalgams diagnostizieren. Andere sehen eine Abhängigkeit der Diagnose vom angewendeten Druck bei der Messung oder können keine Unverträglichkeit feststellen.

Messung der Quecksilberbelastung

Eine Bestimmung der Quecksilberbelastung gestaltet sich wegen der Einlagerung des Quecksilbers in Niere, Leber, Haare und Gehirn schwierig. Die Quecksilberkonzentration in Blut und Urin von Patienten mit und ohne Amalgamfüllungen

unterscheiden sich nicht signifikant voneinander. Als diagnostisches Hilfsmittel sind diese Messungen nicht geeignet.

Ein forciertes Kauen von Kaugummi oder das Zähneputzen haben bei Amalgamträgern eine Erhöhung der Quecksilberkonzentration in der Ausatemluft zur Folge, die allerdings toxikologisch ohne Bedeutung ist. Patienten mit kleiner Fließrate des Speichels und geringer Pufferkapazität weisen eine deutlich erhöhte Quecksilberkonzentration in der Mundhöhle auf.

Epikutantest

Der Epikutantest wird als das beste Hilfsmittel angesehen, eine Quecksilber- und/oder Amalgamallergie zu diagnostizieren. Eine Überweisung des Patienten an einen Facharzt zwecks Testung mit dem in Frage stehenden Amalgam wird empfohlen.

Prophylaxe- und Behandlungskonzept für allergische und fragliche Fälle

Bei einer Amalgamunverträglichkeit sollten die Füllungen durch Goldarbeiten, Keramikinlays und/oder bei kleinen Kavitäten durch Kompositinlays ersetzt werden. "Die Entfernung der alten Amalgamrestaurationen sollte unter Kofferdam vorgenommen werden, weil durch die Belastung durch

Quecksilberdämpfe bei allergischen Patienten ein Allergieschub zu befürchten ist."

Bei Symptomen wie Geschmacksstörungen oder Metallgeschmack können sich Parafunktionen oder psychosomatische Störungen zeigen. Wie erwähnt führen kleine Flußraten und/oder Pufferkapazität des Speichels zu einer verstärkten Quecksilberfreisetzung. "Ausgiebiges (nicht forciertes) Kauen, das die Speichelsekretion erhöht, und faserreiche Kost, die z.T. Metalle absorbiert, sind Maßnahmen, die zu einer Verbesserung führen können." Als prophylaktische Maßnahme sollte auf direkte Kontakte zwischen Gold und Amalgam oder auf sowohl Gold als auch Amalgam in der gleichen Mundhöhle verzichtet werden.

Amalgam, der Zahnarzt und sein Personal

10 bis 15 % der Praxen überschreiten die maximale Arbeitsplatzkonzentration (MAK) für Quecksilber. Untersuchungen an Zahnärzten in den USA haben ergeben, daß 20 % der Zahnärzte einen erhöhten Quecksilberblutspiegel aufweisen. Bei der Autopsie von drei Zahnärzten wurden erheblich erhöhte Quecksilberkonzentrationen in der Hypophyse festgestellt. Die Quecksilberaufnahme wird über den Nervus olfactorius vermutet.

Als Ursachen sind anzunehmen:

- mangelnde Lüftung der Pra-

- xis,
- mangelnde Quecksilberhygiene,
- ungenügende Wasserkühlung beim Entfernen alter Amalgame oder bei Polituren,
- Verwendung von Ultraschallkondensatoren.

Verschüttetes Quecksilber wird als Hauptgrund für eine erhöhte Quecksilberbelastung am Arbeitsplatz angenommen. "Der Quecksilberdispenser und das Triturationsgerät sollten deshalb an einem geschützten Platz und z.B. auf einem Tablett stehen, und die Schwinggabel des Amalgamators sollte während der Trituration abgedeckt sein. Verschüttetes Quecksilber kann mit verschiedenen Reinigungssets wie Merconvap¹, Mercury Trap² oder Mercury Vapor Control Kit³ gebunden und aufgenommen werden.

Kleinere Mengen lassen sich in einer mit Röntgenfixierer gefüllten Saugflasche aufsaugen. Für einzelne Tropfen eignen sich die Folie des Röntgenfilms, Klebestreifen oder nicht abgebandenes Amalgam."

"Durch folgende einfache Maßnahmen läßt sich die Quecksilberkontamination ohne große Umstände verkleinern:

- 1 Healtho Ltd. Glattburg
- 2 Valsider SA, Yverdon
- 3 Unident SA, Chêne-Bourg

- Quecksilber- und Amalgamreste, bevor sie ins Recycling gelangen, in (gebrauchtem) Röntgenfixierer in einem geschlossenen Gefäß aufbewahren (Röntgenfixierer enthält Natriumsulfit).
- Gebrauchte Wegwerfkapseln, kontaminierte Watterollen usw. unter Verschuß halten (C&M-Container).
- Quecksilberreste am Dentomat und Duomat oder am Quecksilberdispenser entfernen.
- Vor jeder Nachfüllung Dispenser auf Defekte hin kontrollieren und gut reinigen.
- Sorgfältiges Reinigen der Instrumente von Amalgamresten vor der Sterilisation.
- Periodisches Reinigen der Amalgampistole.

Wiederverwendbare Kapseln sind anfangs zwar dicht, sollten aber mindestens nach vier Monaten gewechselt werden. Es wird empfohlen, vordosierte Kapseln zu benutzen. Auf die Anwendung von "trockenem" Amalgam, eine optimale Wasserkühlung verbunden mit einer guten Absauganlage bei der Entfernung alter Füllungen und bei der Politur wird hingewiesen. Auf Ultraschallkondensatoren sollte verzichtet werden, da sie bei der Kondensation erhebliche Mengen Quecksilber freisetzen.

Anschrift des Verfassers:
Dr. Manfred Witte
Hunoldstr. 62c
2906 Hundsmühlen

Liebe Eltern...


Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde
Studiengruppe München

- Putzen -

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

- Bürste -

Spiegelungstrieb bedingt, wird Ihr Kind mit Jahren von sich aus eine Zahnbürste benutzen. Ihre eigenen Kinderzahnbürste sollten Sie Ihre Suche machen lassen. Bürsten Sie aber nicht mit Wasser nach. Es schadet nicht, wenn Sie erst nach dem Essen (nicht ungestüst) erst vom 3. Lebensjahr an

- Fluoride -

Fluoridierung erfordert neben einer gründlichen Zahnpflege die „Härtung“ der Zähne durch welche in der richtigen Dosierung Fluoride gehören zu den natürlichen Bestandteilen – in der Bundesrepublik sind sie in ausreichender Konzentration vorhanden.) Diese Vorkehrungen nach der Geburt beginnen, da im Kiefer wachsenden Milchzähnen wird Ihr Kinderarzt vermutlich schon bei der Geburt Ihre Kinder mit Fluoridtabletten versorgen. Die tägliche Zufuhr sehr wichtiger Fluoridzahnpaste.

- Flasche -

Die Flasche ist ein wichtiger Wachstumsreiz, so dass die Flaschennahrung keinesfalls abgesetzt werden kann. Ihr Kind sollte sich während der Flaschennahrung strengen müssen. Halten Sie Ihr Kind fest am Arm, denn bei flacher Rückenlage kann es Schluckkrämpfe bekommen.

- Schnuller -

Keine allgemeinverbindlichen Konzepte. Das Saugbedürfnis der Kinder wird von den Kinderpsychologen nicht unterdrückt, sondern durch die Mutter abgedeckt. Die Kuscheltiere – zum Einschlafen – sind zahnärztlicherseits keine Problemstoffe. Vermeiden Sie Schnuller (Daumen, Schnuller).

Wenn Ihr Kind nicht natürlich wird, dann geben Sie ihm kiefergerecht geformten Schnuller. Sie den Schnuller nie mit

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

Dr. Helmut Simon
Romanstr. 39
8000 München 19

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

Schwerer Kreislaufschock bei der Kinderbehandlung

– ein Fallbericht

H.-W. Hey

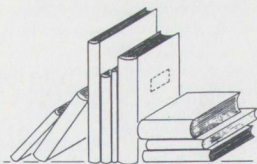
Der Autor nimmt für sich in Anspruch, Kinder besonders freundlich, gewissenhaft und schonend zu behandeln. Trotzdem kam es bei einem Zehnjährigen zu den nachfolgend geschilderten Komplikationen. Der naheliegende Verdacht auf das Lokalanästhetikum als ursächlichem Faktor ließ sich auch nach gründlichen Untersuchungen nicht überzeugend erhärten. Vielmehr scheint es, als ob die abnorme psychische Ausgangssituation des Kindes nicht hinreichend erkannt und beim Behandlungsablauf berücksichtigt wurde.

Schon im Wartezimmer und auf dem Gang zum Sprechzimmer fiel der zehnjährige Stefan K. durch seine große Lebhaftigkeit auf: er lief mit schnellen Schritten, sprach hastig, machte kurze Bewegungen nach verschiedenen Seiten, fragte nach allem möglichen, wartete aber die Antwort nicht ab. Der begleitende Vater fand das nicht bemerkenswert - nein, Stefan habe keine Angst, der sei eben so.

Um den Zahn 74 mit einer Amalgamfüllung zu versorgen, bot ich dem Kind mit einfachen Worten die Spritze an und Stefan ging sofort darauf ein - ja, das wollen wir so machen. Auch der Vater fand das am besten: das ist früher auch

immer gemacht worden. Ich versuchte, das weiterhin hypermotorische Kind zu beruhigen und applizierte besonders vorsichtig und langsam 1/2 Zylinderampulle (= 0,9 ml) Ultracain D-5 forte in der Umschlagfalte der regio 74. Um die Wirkung der Injektion abzuwarten, ließ ich das Kind, den Vater und die assistierende Helferin im Sprechzimmer zurück und behandelte in einem anderen Zimmer weiter. Nach fünf Minuten kam ich zurück und versuchte den Zahn 74 zu exkavieren. Doch Stefan gab an, es tue noch weh. Wir warteten weitere fünf Minuten; danach wurde vorsichtig exkaviert, unterbrochen durch Bewegungen des Kindes, mehrfaches Ausspülen. - Tut es noch weh? - Nein. Immer wieder Ermahnungen: mach' bitte auf - weiter auf - halte ein bißchen stiller ... Wegen Pulpennähe Dykal - Aushärten abwarten - Unterfüllung - Aushärten abwarten. Matrize anlegen - Interdentalkeil - erneute Ermahnungen: halt' doch bitte still - mach' den Mund auf. Schließlich ist die Amalgamfüllung fertig gestopft, Matrizenband und Interdentalkeil entfernt.

Die Bitte, den Mund noch etwas offen zu lassen, kommt zu spät: Stefan hat bereits zugebissen, die Füllung ist hin. Also alles noch einmal. Wieder zahllose Ermahnungen, dann -



Hanser
FUNDIERTE
FACHBÜCHER
KOMPETENTER
AUTOREN

Oralchirurgische Therapie zur Erhaltung erkrankter Zähne

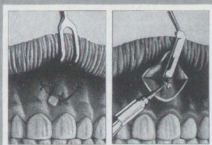
H. Kirschner
**Atlas der Chirurgischen
Zahnerhaltung**

Von Prof. Dr. H. Kirschner, Gießen,
mit Beiträgen von Dr. med. dent.
G. Iglhaut und Dr. rer. nat.
W. Stöckmann, Graphik von Dipl.
Designer Ch. Thiele. 296 Seiten,
391, meist farbigen Bildern, davon 77
Graphiken. 1987. Gebunden 328,- DM.
Sub.Preis bis 29.2.88 DM 278,-.
ISBN 3-446-14933-3

Um Therapieergebnisse zu verbessern, werden konservativ-endodontische Behandlungen immer häufiger durch spezielle oralchirurgische Verfahren ergänzt. Die Chirurgische Zahnerhaltung bekommt nicht zuletzt durch die geforderte Kostendämpfung ihren hohen Stellenwert zugewiesen.

Der Verfasser hat die Grundlagen der Chirurgischen Zahnerhaltung ausführlich, Schritt für Schritt, beschrieben. Seine Darstellung umfaßt alle Maßnahmen, die der Zahnerhaltung dienen, angefangen von der Therapie der Parodontitis apicalis über Zystenoperationen und Wurzelbehandlungen

ATLAS DER CHIRURGISCHEN ZAHNERHALTUNG



HORST KIRSCHNER



gen bis hin zu Zahnplantationen.

Eine Fülle von aussagekräftigen, farbigen Abbildungen begleiten den Text, so daß die Umsetzung des Dargebotenen in die tägliche Praxis mühelos gelingt.

Carl Hanser Verlag



Unsere neue Adresse: **FACKLER & WAGENBAUER**

Fachbuchhandlungen GmbH

Landwehrstraße 79 · 8000 München 2
bei der St. Pauls-Kirche

Telefon wie bisher: (089) 53 39 59

nach 45 Minuten - ist endlich alles fertig. Meine Bitte, noch ein paar Minuten zu warten, bis die Füllung ein wenig härter ist, nimmt Stefan schon nicht mehr wahr: er steht auf, schaut an mir vorbei, setzt sich wieder hin, geht hinaus, kommt wieder herein, steigt auf den Behandlungsstuhl, tritt mit dem Fuß in das Speibecken, fängt an zu weinen. Da der Vater immer noch nichts Besonderes an diesem Verhalten findet, beruhige ich das Kind und verständige mich mit dem Vater, daß es am besten ist, wenn Stefan jetzt schnell nach Hause kommt. Wegen der ungewöhnlichen Reaktionen beunruhigt, erkundige ich mich 30 Minuten später telefonisch nach dem Kind. Die Mutter: jetzt sei es doch etwas komisch, Stefan sei noch immer unruhig, schwer ansprechbar und habe unkontrollierten Urin- und Stuhlabgang. Daraufhin veranlasse ich die sofortige Einweisung in die Universitäts-Kinderklinik. Eine Stunde später Telefonat mit dem behandelnden Kollegen: das Kind habe inzwischen nach einem Zustand tiefer Somnolenz das Bewußtsein verloren, extrem niedriger Blutdruck und verlangsamter Puls, starre Pupillen, Zustand "sehr ernst". Doch auch umfangreiche diagnostische Bemühungen (Schädel-CT, EKG, EEG) fördern keine pathologisch relevanten Befunde zutage. Lediglich eine leicht erhöhte Frequenz im EEG mit kurzfristig abnormen Wellenstrukturen - die Ärzte sind ratlos; es erfolgt lediglich

Volumenssubstitution. Nach zehnstündiger Bewußtlosigkeit erwacht Stefan wieder, wird wegen "gutem Allgemeinzustand" bereits drei Stunden später nach Hause entlassen - und kann sich an nichts erinnern.

Natürlich fiel, auch bei den Klinikärzten, zuallererst der Verdacht auf das Lokalanästhetikum, speziell auf den Adrenalinzusatz im Ultracain D-S forte. Doch da die erste abnorme Reaktion erst 45 Minuten nach der Applikation aufgetreten war, schieden sowohl die Möglichkeit einer Vergiftung durch das Mittel selbst (0,9 ml!) als auch die durch das Adrenalin aus. Zwei Tage später erfolgten Allergietests mit Ultracain aus der gleichen Charge (Pflaster - Quaddel - Infiltration), doch Stefan zeigte keinerlei abnorme Reaktionen. Auch bei allen übrigen kinderärztlichen Untersuchungen auf irgendwelche Systemerkrankungen konnten keine verwertbaren Befunde eruiert werden.

Schließlich veranlaßte ich eine chemische und biologische Prüfung der Charge bei der Firma Hoechst, doch ließen sich "keine von der Norm abweichenden Nebenprodukte nachweisen".

Natürlich konnten weder Hoechst noch die Klinikärzte eine individuelle Überreaktion auf das Lokalanästhetikum völlig ausschließen. Wahrscheinlich jedoch ist es - auch für mich - daß gerade dieses

hypermotorische Kind durch die lange Sitzung und die ständigen Disziplinierungsversuche von Zahnarzt, Helferin und Vater in eine extreme Streßsituation geriet, in deren Folge es zu einem psychogenen allgemeinen Gefäßspasmus kam.

Nach einer solchen Erfahrung ist natürlich zu überlegen, ob man das Prinzip der ausschließlichen Amalgam-Restoration im Seitenzahnggebiet des Milchgebisses nicht dahingehend relativieren sollte, daß im Einzelfall einem schneller applizierbaren und schneller härtenden Füllungsmaterial der Vorzug gegeben wird (z.B. Ketac-Silver o.ä.). Und: bei schwierigen Kindern muß unbedingt versucht werden, den Aufenthalt auf dem Behand-

lungsstuhl auf das absolute Minimum zu beschränken. Da es zudem für fast alle Kinder einer enormen Anstrengung bedarf, mehrere Minuten lang selbständig den Mund maximal geöffnet zu halten, kann es ratsam sein, neben der "Materialhelferin" eine zweite Helferin hinzuzuziehen, die dem Kind die aktive Mundöffnung abnimmt, die Kavität trockenhält und durch leises Zureden und Streicheln für die nötige Beruhigung sorgt. Für die Kinderbehandlung sollte kein Aufwand zu groß sein, die Behandlungszeit ausgenommen.

Anschrift des Verfassers:

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

Unbedingt notwendig

Am 29.10.1987 meldete der Norddeutsche Rundfunk, daß die Bildzeitung über erste Informationen zur Absicht der Bundesregierung bezüglich der geplanten Strukturreform im Gesundheitswesen verfüge. Danach sollen künftig nur noch solche Leistungen von den gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen werden, die medizinisch unbedingt notwendig seien. Als Beispiel wurde angeführt, daß bei Fehlsichtigkeit nur noch die Gläser, nicht aber die Brillengestelle bezahlt würden.

Infektion aus dem Turbinenschlauch

F. Bader

Ich muß zugeben, vor diesem schwerwiegenden Krankheitsergebnis in diesem Jahr, war ich nicht sehr konsequent in der Anwendung eigener Infektionsschutzmaßnahmen. Einerseits fühlte ich mich nach kurzer Arbeitszeit durch Mundschutz, Brille und Handschuhe zu sehr eingengt und behindert, andererseits kam eine Kontaktallergie meiner Hände auf Talkum hinzu. Außerdem fühlte ich mich relativ sicher, denn in 15 Praxisjahren war ich keinen einzigen Tag wegen Krankheit ausgefallen. Aber wie sagt das Sprichwort: "Der Krug geht so lange zum Brunnen bis er bricht." Dies trifft auch auf meine Situation zu, denn vor kurzem hatte ich zwei Monate lang im Krankenhaus mit einer Sepsis auf Leben und Tod zu kämpfen.

Woher kam diese Sepsis? Die mikrobiologische Keimfindung und Antibiotika-Testung gestaltete sich sehr schwierig, da durch eine initiale Cephalosporin-Therapie das Keimbild verschwommen war und sich zusätzlich eine starke Resistenz gegen praktisch alle Antibiotika zeigte. Nachdem der HIV-Test glücklicherweise negativ ausgefallen war (was für

Ängste und Zweifel steht man aus, bis das Ergebnis bekannt wird!), kam man schließlich über die Diagnose "gramnegatives Stäbchen" auf Paratyphus oder Pseudomonas. Dies sind sehr spezifische Erreger, die man sich entweder im südlichen Ausland oder auch in einer Klinik holen kann. Beides kam bei mir nicht in Frage. Schließlich konnte über mehrere Züchtungsgenerationen hinweg Pseudomonas aeruginosa identifiziert werden, ein Keim, der als besonders resistent gilt. Woher kam dieser Keim? Da Pseudomonas aeruginosa im Mund von Patienten fast nie vorkommt, kam nach gründlichen Recherchen überraschenderweise nur das wasserhaltige Schlauchsystem meiner Einheit, sprich Turbinenschlauch, in Frage. Es ist in Fachkreisen bekannt, daß geringe Mengen Pseudomonas aeruginosa aus der öffentlichen Wasserversorgung in unsere Anlagen gelangen können. Nach Aussagen der Mikrobiologen sind entsprechende Temperatur und ruhende Wassersäule (sprich über Nacht oder übers Wochenende) ein Anreicherungsreservoir für diese Keime, so daß tatsächlich höhere Konzentrationen dieses Bakteriums in den Schlauchsystemen

Kostendämpfung leicht gemacht

Wir zeigen Ihnen den Weg _____

Corona Dental

Zahntechnisches Labor

Corona-Dental-Handels GmbH

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

Telefon
(089) 4 31 30 08 / 09

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

SAE

The logo for SAE features the letters 'SAE' in a bold, sans-serif font. Below the letters, there are stylized, curved lines that suggest motion or a signal, possibly representing dental technology or a specific product line.

stemen vorkommen können (s. auch ZM 17/1987).

Was bleibt als Fazit, speziell aus diesem Fall? Da es eine Desinfektion unserer Schlauchsysteme derzeit praktisch noch nicht gibt, und damit Keimsammlungen, speziell auch besonders gefährliche, möglich sind, ist es dringend erforderlich, nach längeren Pausen, zum Beispiel unbedingt am Morgen vor Beginn der Sprechstunde, alle Leitungssysteme der Einheit einige Zeit durchlaufen zu lassen, um so eine Keimreduzierung zu erreichen. Die durchführende Person sollte dabei unbedingt Mundschutz tragen! Darüber hinaus obligat Mundschutz bei allen Arbeiten mit Spraytätigkeit.

Während meines Krankenhaus-

aufenthaltes hatte ich genügend Zeit, über die Sünden meines mangelnden Infektionsschutzes nachzudenken. Ich kann nur allen Kolleginnen und Kollegen, die jetzt noch so denken wie ich früher, dringend raten, die Infektionsschutzmaßnahmen ernst zu nehmen. Denn nicht jeder sollte erst aus Schaden klug werden.

Im übrigen, gerettet hat mich schließlich eine sich noch im Versuch befindliche, hochdosierte Gyrasehemmer-Infusionstherapie. Die erheblichen Nebenwirkungen auf Leber und Pankreas hoffe ich noch ausheilen zu können.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Franz Bader

Römerstr. 4

8062 Markt Indersdorf

Vergebliches Hoffen

Ich hoffe damit die Amalgamfrage um ein beträchtliches ihrer Lösung nähergeführt zu haben, vor allem aber mit dazu beizutragen, daß der alte Schlendrian, wie er sich beim Füllen der Zähne mit Amalgam noch so vielfach zeigt, beseitigt, und daß das gedankenlose Hineinschmieren der Amalgampasten in mangelhaft gereinigte und fehlerhaft präparierte Zahnhöhlen endlich durch eine wissenschaftlich begründete Präparations- und Stopfmethode abgelöst werde.

A. Witzel in der Einleitung zu seinem Buch "Das Füllen der Zähne mit Amalgam", 1899.

Rationelle Desinfektion

- Praxistips

K. Schwarz

Die Angst vor AIDS war für uns der Auslöser, daß wir für unsere Praxis nach Desinfektionsmitteln größtmöglicher Sicherheit suchten. Diese "Marktlücke" versuchten Vertreter verschiedener pharmazeutischer Firmen auszunützen, indem sie gerade ihre teuersten Mittel anpriesen mit dem Etikett "HIV"- und "HBV"-getestet.

Auf Grund der sehr großen Angst der Helferinnen vor einer möglichen Infektion hatten diese Vertreter vor allem bei ihnen sehr aufmerksame Zuhörer. Wir waren überfordert und konnten uns kein eigenes Urteil bilden. Also fingen wir an, uns zu informieren. Statt gekaufter Fertigpräparate verwendeten wir 70-%igen Isopropylalkohol (= 2-Propanol, d.h. die OH-Gruppe am mittleren der drei C-Atome). Dieses Mittel stand schon immer im Ruf, ein hervorragendes Desinfektionsmittel zu sein, s. auch ZM Nr. 19/1987, S. 2138. In diesem Artikel wird auch die Zugabe von 2% Glycerin als Rückfetter erwähnt. Auf einen Rückfetter hatten wir allerdings verzichtet, weil dieser die Lösungskraft des Alkohols vermindert; da gerade das AIDS-Virus eine Fetthülle hat, die durch eine alkoholische Lösung am schnellsten und wirksamsten

zerstört wird, erschien uns die 70-%ige Iso-Lösung äußerst wirksam.

Es traf sich nun, daß die Studiengruppe München am 13.5.87 eine Fortbildungsveranstaltung über AIDS abhielt, die von Ärzten veranstaltet wurde, die in der Münchner AIDS-Hilfe tätig sind. Wer tagtäglich mit AIDS-Kranken zu tun hat, weiß sicher über die Vermeidung einer solchen Ansteckung am besten Bescheid, ohne kommerzielle Interessen zu vertreten. So bestätigte Herr Dr. Müller die hohe Wirksamkeit unserer Lösung. Nach Literatur befragt, empfahl er das Buch: "AIDS-Kompendium für Ärzte und med. Personal" von Eschmann, Koller und Schäublin, 1. Ausgabe 4/86. Dieses ist nur im medizinischen Fachbuchhandel erhältlich (keine ISBN-Nummer).

Dort steht unter anderem auf S. 15:

HTLV III/LAV (heute HIV)-Inaktivierung:

Äthylalkohol	50 %	10 Min.
Isopropylalkohol	35 %	10 Min.
H ₂ O ₂ (Peroxid)	0,3 %	10 Min.

Dies bestätigt, daß Isopropylalkohol wirksamer ist als Äthylalkohol. Überraschend ist, daß H₂O₂ selbst bei nur 0,3% ebenso wirksam ist.

Deshalb kam uns der Gedanke, durch den H_2O_2 -Zusatz die Wirkung des Alkohols noch zu ergänzen, wahrscheinlich zu multiplizieren. Das Blut schäumt sofort auf, und die Viren werden für beide Substanzen viel leichter angreifbar.

Wir beschlossen, unserer Lösung 0,5 % H_2O_2 zuzusetzen. Dieses ist maximal als 30-%ige Lösung im Handel. Daraus ergibt sich: Man muß auf 10 l 70-%igen Isopropylalkohol 167 Gramm 30-%igen H_2O_2 zusetzen. Um das erhöhte Volumen von 167 ml (Dichte von H_2O_2 etwa gleich 1) auszugleichen, geben wir 170 ml entsprechend Gramm zu ($1,7 : 101,7 = 0,0167$ entspricht 1,7 % des 30-%igen H_2O_2). Die Konzentration des Alkohols vermindert sich unwesentlich auf 69,3 %. Dies sind Volumenprozent, nicht Gewichtsprozent; die Dichte des Isopropylalkohols beträgt 0,785. Im nachhinein behielt der Vertreter recht, der das Mittel "Spitaderm" von Henkel empfahl. Dies hat eine fast gleiche Zusammensetzung: Nur konnte dieser Vertreter auf meine bohrenden Fragen leider keine befriedigenden Antworten geben, warum denn dieses Mittel so gut sei, insbesondere gegen AIDS. Das AIDS-Kompendium gibt die Rechtfertigung. "Spitaderm" kostet im Handel etwa 20,-- DM pro Liter.

Unseren Isopropylalkohol beziehen wir hektoliterweise von einem Großhandel, der Krankenhäuser beliefert. Uns kostet der Liter etwa 4,20 DM. Obwohl

unsere Praxis klein ist, beträgt unser Jahresverbrauch 170 l. Die enorme Ersparnis ist offensichtlich.

Wir verwenden diese Mischung als Sprüh- und Flächendesinfektion sowie als Zweitdesinfektion nach Sekusept-Pulver (Henkel) für nicht Sterilisierbares.

Die austrocknende Wirkung dieses Alkohols sowie die ätzende des H_2O_2 spielen keine Rolle, da sowieso mit Handschuhen gearbeitet wird. H_2O_2 in dieser Konzentration ist selbst auf der Hornhaut unschädlich. Eine mögliche Ätzung heilt nach einigen Tagen aus bei Unterstützung von Augensalben.

Es soll nicht verschwiegen werden, daß Spitaderm ebenso wie unsere Lösung brennbar ist. Dies sowie die Tatsache, daß Isopropylalkohol in dieser Konzentration möglicherweise gefährdend ist (Einatmen der Dämpfe), hat uns jetzt veranlaßt, die Konzentration vorerst auf 50% zurückzunehmen. Zum Abtöten des Virus genügt dies in jedem Fall. Hinzu kommt, daß die frühere Überängstlichkeit der Helferinnen abgebaut wurde, da man heute genauer über die Infektionswege von AIDS Bescheid weiß.

Als Ergänzung noch ein Hinweis:

In den "Fortschritten der zahnärztlichen Prothetik und Werkstoffkunde", Band 3, Hanser-Verlag 1987 steht auf S. 322: "Für die zuverlässige

Desinfektion von Alginat-Abformungen (eigene Ergänzung: und wohl auch anderer Abformungen) wird von Borneff und Mitarb. empfohlen, diese für 10 Sek. in ein 0,1-%iges Peressigsäurepräparat einzutauchen, wobei das Mittel noch 5 min lang einwirken soll. Die Keimreduzierung betrug 4 bis 5 Zehnerpotenzen."

Peressigsäure besorgen wir uns über die Apotheke und mixen selber.

Dies soll keine wissenschaftliche Abhandlung sein, sondern lediglich beschreiben, wie wir in unserer Praxis die Desinfektion betreiben.

Anschrift des Verfassers:
Dr. Konrad Schwarz
Kettelerstr. 4
8033 Planegg b. München

Die Anamnese

– unverzichtbarer Bestandteil jeder zahnärztlichen Behandlung

Die Erhebung der medizinischen Vorgeschichte eines Patienten wird, wenn man den Aussagen der Patienten Glauben schenkt, in vielen Praxen vernachlässigt. Doch gerade die Kenntnis des physischen Ist-Zustandes kann – nicht nur bei Aids – dazu beitragen, sich auf die Behandlung besser vorzubereiten und das Risikopotential wesentlich herabzusetzen. Das

muß nicht viel Zeit kosten – der Patient kann im Wartezimmer in Ruhe einen Fragebogen ausfüllen, den der Zahnarzt danach in wenigen Minuten gezielt nachfragt und vertieft.

Im folgenden stellen wir einen Fragebogen vor, den das Journal der American Dental Association 1986 veröffentlicht hat.

Medizinische Vorgeschichte

Name..... Vorname..... Alter (Jahre).....

Bitte ankreuzen

Haben Sie zur Zeit Schmerzen, oder fühlen Sie sich nicht wohl? Ja[] Nein[]
Haben Sie Angst vor der bevorstehenden Zahnbehandlung? Ja[] Nein[]
Haben Sie jemals schlechte Erfahrungen bei zahnärztlichen Behandlungen gemacht? Ja[] Nein[]

Sind Sie innerhalb der vergangenen zwei Jahre als Patient in ein Krankenhaus aufgenommen worden? Ja[] Nein[]

Waren Sie in den letzten zwei Jahren in ärztlicher Behandlung? Ja[] Nein[]

Mußten Sie in den letzten zwei Jahren irgendwelche Medikamente einnehmen? Ja[] Nein[]

Sind Sie allergisch (Jucken, Rötung, geschwollene Hände, Füße oder Augen) oder wird Ihnen übel von Penicillin, Aspirin, Codein oder anderen Medikamenten oder Stoffen? Ja[] Nein[]

Haben Sie jemals ungewöhnlich lange geblutet, sodaß Sie deshalb behandelt werden mußten? Ja[] Nein[]

Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen oder Behandlungen?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herzversagen | <input type="checkbox"/> Emphysem | <input type="checkbox"/> AIDS |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheit,-anfälle | <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Hepatitis A |
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Hepatitis B |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzgeräusche | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Gelbsucht |
| <input type="checkbox"/> Rheumatisches Fieber | <input type="checkbox"/> Nebenhöhlenerkrankg. | <input type="checkbox"/> Bluttransfusionen |
| <input type="checkbox"/> Angeborene Herzfehler | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Drogenabhängigkeit |
| <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Bluterkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Künstl. Herzklappe | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenkrankg. | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankh. |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmarker | <input type="checkbox"/> Tumorbestrahlung | <input type="checkbox"/> Häufige Blutergüsse |
| <input type="checkbox"/> Herzoperation | <input type="checkbox"/> Tumorchemotherapie | <input type="checkbox"/> Genitaler Herpes |
| <input type="checkbox"/> Künstliches Gelenk | <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Epilept. Anfälle |
| <input type="checkbox"/> Anämie | <input type="checkbox"/> Rheumatismus | <input type="checkbox"/> Ohnmacht, Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Cortisonbehandlung | <input type="checkbox"/> Nervosität |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Grüner Star | <input type="checkbox"/> Psychiatr. Behandlg. |
| <input type="checkbox"/> Magen-, Darmgeschwüre | <input type="checkbox"/> Kiefergelenksbeschw. | <input type="checkbox"/> Sichelzellenanämie |

.....→

bitte umblättern

- Müssen Sie beim Treppensteigen oder bei längerem Gehen manchmal wegen Schmerzen in der Brust stehen bleiben? Ja[] Nein[]
- Schwellen Ihre Knöchel während des Tages an? Ja[] Nein[]
- Brauchen Sie mehr als zwei Kissen, um schlafen zu können? Ja[] Nein[]
- Haben Sie im letzten Jahr mehr als zwei Kilo zu- oder abgenommen? Ja[] Nein[]
- Wachen Sie manchmal auf, weil Sie keine Luft mehr bekommen? Ja[] Nein[]
- Müssen Sie "Diät leben"? Ja[] Nein[]
- Hat Ihr Arzt jemals gesagt, daß Sie Krebs oder einen Tumor hätten? Ja[] Nein[]
- Haben Sie irgendeine Krankheit oder Beschwerden, die hier nicht genannt worden sind? Ja[] Nein[]
- Nur für Frauen:**
- Sind Sie schwanger? Ja[] Nein[]
- Nehmen Sie Medikamente zur Schwangerschaftsverhütung? Ja[] Nein[]
- Glauben Sie, daß Sie schwanger sein könnten? Ja[] Nein[]

Nach allem, was ich weiß, sind die oben gegebenen Antworten zutreffend. Wenn mein Gesundheitszustand sich verändern sollte, werde ich Sie davon unterrichten.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Fortschreibung der Krankengeschichte

- Datum: Hinzufügung:
- Datum: Hinzufügung:
- Datum: Hinzufügung:
- Datum: Hinzufügung:
- Datum: Hinzufügung:
- Datum: Hinzufügung:
- Datum: Hinzufügung:
- Datum: Hinzufügung:
- Datum: Hinzufügung:
- Datum: Hinzufügung:
- Datum: Hinzufügung:

1000. Ausgabe der "Ärzte-Zeitung"

Am 13./14. Februar 1987 erschien eine umfangreiche Jubiläumsausgabe der westdeutschen "Ärzte-Zeitung". Einige Auszüge aus verschiedenen Artikeln:

- 1) Nach Angaben der Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände schreiben derzeit 40% der Apotheken rote Zahlen.
- 2) Es kann keine Beziehung hergestellt werden zwischen der Höhe der verfügbaren Mittel und dem damit erzielten Nutzen.
- 3) Der Verdacht liegt nahe, daß der weitaus größte Teil der (im Gesundheitswesen) verwendeten Mittel ineffektiv verpufft.
- 4) Die Hoffnung auf die Steuerungswirkung der Selbstbeteiligung ist trügerisch.
- 5) Mehr Markt heißt nicht ungezügelter Wettbewerb.
- 6) Den Kassen müßte es möglich sein, selektiv mit Gruppen von untereinander im Wettbewerb stehenden Leistungserbringern unterschiedliche Verträge abzuschließen.
- 7) Beitragsstabilität kann nicht oberste Philosophie der Gesundheitspolitik bleiben.
- 8) Die Kassen haften auch für die Qualität.
- 9) Die Ärzte in den Krankenhäusern haben sich bisher sehr weitgehend einer institutionalisierten Qualitätskontrolle entziehen können.
- 10) Nach ... Schätzungen beeinflußt das medizinische System lediglich 10% der Krankheitsindikatoren. Die restlichen 90% sind durch Faktoren bestimmt, über die die Medizin nur eine geringe oder gar keine Kontrolle hat.
- 11) Die Einzelpraxis wird mehr und mehr einer gemeinschaftlichen Praxisausübung weichen.
- 12) Der Arzt von morgen wird sein Betätigungsfeld nicht mehr ausschließlich in der kurativen Medizin finden können.
- 13) Schätzungen gehen davon aus, daß rund 10% der Krankenhausbetten durch Patienten belegt sind, die der Akutpflege nicht bedürfen.
- 14) 96% aller Krankheitsfälle werden abschließend in den Praxen der niedergelassenen Ärzte behandelt.
- 15) Manche setzen ihre Hoffnung auf eine Selbstbeteiligung der Versicherten ... Wir Ärzte sollten uns bei diesem Thema zurückhalten.
- 16) Von manchen Kassen mit engem Buchhalterblick wird das Preisniveau Frankreichs, Italiens oder Spaniens auch für die BRD gefordert. Es hat (aber) noch niemand verlangt ... das Kassenpersonal auf spanische Gehälter zu setzen.
- 17) Ziel der Ärztekammer Hessen ist die neutrale, produktunabhängige Fortbildung.
- 18) Viele Kassen haben einen recht bürokratischen Behördencharakter, denen etwas Innovation (Bonus/Malus) und Konkurrenz sehr wohl anstünde.
- 19) Wettbewerb durch Generica: Auch die Industrie muß einige heilige Kühe schlachten.
- 20) Die Durchschnittseinkommen der Mediziner werden niedriger liegen.
- 21) Wenn mit Privatisierung und Deregulierung ernst gemacht wird ... erhöht sich die Nachfrage.
- 22) Knoblauchpräparate erreichen einen Umsatz von 100 Millionen DM.
- 23) Das Verhalten der Arzthelferin ist bei 60% der Patienten für die Treue zum Doktor ausschlaggebend.
- 24) Die "Winterthur" Deutschland ist mit mehr als 45% Marktanteil der größte Arzthauptpflicht-Versicherer auf dem deutschen Markt.
- 25) Mindestens jeder 11. Erwerbstätige lebt direkt oder indirekt vom Gesundheitsmarkt.
- 26) Nationale wie internationale Statistiken beweisen, daß der Ressourcenaufwand für die Gesundheit Lebenserwartung und Kindersterblichkeit nur marginal beeinflußt.
- 27) Die lebenslange Praxistreue des Patienten schwindet.
- 28) Die Propaganda für das kleine Arztlabor ist fahrlässig.

29) Die Zeiten des Labors in der Einzelpraxis gehen schnell und unwider-

ruflich ihrem Ende entgegen.

Gesundheitspolitische Information GPI

Nr. 1/87, 3957

Probleme mit Gosprijomka

Bruchstückhaft und übereilt erweisen sich auch andere Reformen im Zuge der Perestroika - des Umbaus der Volkswirtschaft. Im Januar führte man für 1500 Betriebe, die 28 Ministerien unterstehen, die "Gosprijomka" ein - eine Art staatlicher Qualitätskontrolle in der Produktion. Darüber sind weder Fabrikdirektoren noch die Belegschaften erfreut, und zwar aus mehreren Gründen.

So mußte das Kombinat für Textil-Maschinenbau in Duschambe, der Hauptstadt der Sowjetrepublik Tadschikistan, an die Kommission für Qualitätskontrolle 14 Beschäftigte abgeben; "die besten Leute, die wir hatten", sagte Direktor Wassiljew. Sie fehlen nun in der Produktion. Außerdem "haben sie sich sehr verändert", denn sie urteilen jetzt streng über die Arbeitsleistung ihrer einstigen Kollegen. So mancher Betrieb erfüllt die Pläne nicht mehr, weil die Kommission die Annahme der Waren verweigert. Lohneinbußen sind die Folge. Wer bisher 250 Rubel verdiente, kommt inzwischen nicht selten auf nur 200. Gleichzeitig verlangt ein neues Zwei- und Dreischicht-System von den Arbeitern mehr Einsatz. Aus Ärger über "Gosprijomka" wurde bereits die Arbeit niedergelegt - etwa in der Lkw-Stadt Breschnew.

Frankfurter Rundschau, 24.10.87

K-Flex

K-FLEX ist ein
neuartiges
Wurzelkanal-
instrument, das
kompromisslos
optimale
Schneidefähig-
keit mit
unerreichter
Flexibilität
verbindet. Die
Schneideflächen
führen bis zur
Spitze des
Instruments.

K-FLEX
erleichtert dank
seines einzig-
artigen,
patentierten
rhombusförmigen
Querschnitts
die Wurzelkanal-
aufbereitung.

Das
kompromiss-
lose
Instrument
bietet ein
Optimum an
Schärfe,
Flexibilität,
Bruch-
sicherheit,
Pulpen-
transport



Kerr

Kerr GmbH
Rudstraße 28
Postfach 2108 48
D 7500 Karlsruhe 21
Telefon (07 21) 55 80 28
Telefax 7 826 331
Telefax (07 21) 59 42 89

Der Bundesverband der Deutschen Zahnärzte gibt bekannt:

Keine Gefahr für Schwangere durch Amalgam

Köln -zpm- Amalgamfüllungen können auch Schwangeren ohne Bedenken gelegt werden. Die Arzneimittelkommission-Zahnärzte hat ihre im August dieses Jahres den deutschen Zahnärzten gegenüber ausgesprochene Indikationsempfehlung aufgehoben, bei Schwangeren umfangreiche Versorgungen mit Amalgam zu vermeiden. Anlaß für diese risikomindernde Empfehlung der Arzneimittelkommission war die von einem schwedischen Patientenschutzbund aufgestellte Vermutung, das Ungeborene könnte durch Quecksilber aus den Amalgamfüllungen der Schwangeren geschädigt werden.

Die sorgfältige Analyse der vollständigen Unterlagen aus Schweden durch eine multidisziplinäre Expertenkommission fand keine Bestätigung für die schwedische Vermutung. Im Einvernehmen mit der zuständigen wissenschaftlichen Fachgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung, wurde die empfohlene Indikationseinschränkung daher von der Arzneimittelkommission-Zahnärzte wieder zurückgenommen.

(Auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung am 27./28. November in Berlin wird diese Entscheidung kommentiert werden.)

zpm vom 25.11.1987, Anlage 2b

Ach wie gut, daß niemand weiß . . .

– über HIV-Positive und solche, die es werden könnten

G. Bucerius

Am 29.5.1987 erschien in der Süddeutschen Zeitung ein Leserbrief, in dem die Belegschaft einer Münchner Drogenklinik das Verhalten einiger Zahnärzte kritisierte. Der Grund war folgender: Der Zahnarzt, dessen Praxis von den Patienten der Drogenklinik üblicherweise aufgesucht worden war, hatte der Klinikleitung telefonisch mitgeteilt, daß er künftig die Patienten dieser Klinik nicht mehr behandeln würde, da sich unter diesen auch AIDS-Infizierte befänden. Nachdem auch weitere Zahnärzte auf Anfrage die Behandlung von AIDS-Patienten abgelehnt hatten, machte die Belegschaft der Drogenklinik schließlich ihrer Enttäuschung und verständlichen Empörung Luft.

Auf meinen spontanen Anruf hin wurde mir berichtet, daß sich nicht weniger als 15 Zahnärzte geweigert hatten, HIV-positive Patienten von ihren Beschwerden zu befreien. Erst bei der Münchner AIDS-Hilfe hatte man die Adresse eines behandlungswilligen Zahnarztes erhalten, der allerdings seine diesbezügliche Bereitschaft nicht an die große Glocke gehängt wissen wollte, um andere Patienten nicht zu vergraulen.

Unter dem Eindruck dieser Begebenheit drängte sich mir der Verdacht auf, daß der Artikel "Der erste AIDS-Patient" eines ungenannten Verfassers aus dem DAZ-Forum Nr. 16, der von mir zunächst als Satire entlarvt werden konnte, vielleicht doch ernst gemeint gewesen sein könnte. Jener tapfere Kollege, der so eindrucksvoll seine erste bewußte Begegnung mit einem leibhaftigen AIDS-Patienten schilderte, lehnt im Gegensatz zu vielen anderen Kollegen die Behandlung Infizierter nicht rundheraus ab, fordert jedoch die Betroffenen mittels eines Wartezimmer-Aushangs feinfühlig auf, sich nicht "mitschuldig an der Ausrottung eines behandelungswilligen Zahnbehandlungs-Teams" zu machen.

Ganz abgesehen davon, wie verletzend und erniedrigend solche Verhaltensweisen auf die bedauernswerten, betroffenen Patienten wirken müssen, so sinnlos und möglicherweise gefährlich sind sie auch für die Zahnärzte und ihre Mitarbeiter. Wer die Behandlung von AIDS-infizierten Patienten ablehnt, verläßt sich mehr oder weniger darauf, daß von den übrigen Patienten keine An-

steckungsgefahr ausgeht. Wer die Behandlung von Patienten, die sich als HIV-positiv zu erkennen geben, nur unter umfangreichen Sicherheitsmaßnahmen vornimmt, läßt konsequenterweise bei anderen Patienten nicht die gleiche Sorgfalt walten. Und wer AIDS-Patienten mit solch offensichtlicher Ablehnung begegnet, muß auch davon ausgehen, daß diese kein Vertrauen aufbringen können und ihre Infektion verschweigen.

Eine rechtliche Verpflichtung, Ärzte und Zahnärzte über die Infektion aufzuklären, besteht, abgesehen von einer entsprechenden Anweisung im bayerischen Maßnahmenkatalog, generell nicht. In "AIDS, Alltag und Recht" von Bundesanwalt Manfred Bruns heißt es hierzu: "Da die Beachtung der übrigen 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.

Im übrigen muß es ja nicht gleich Mißtrauen oder böse Absicht sein, die HIV-Positive daran hindert, den Arzt zu warnen, denn da die Infektion nicht gleich zu einer Erkrankung führen muß und auch Inkubationszeiten von zehn Jahren und mehr möglich sind, wissen die Patienten häufig selbst

nichts von ihrer Infektion. Selbst ein negatives Test-Ergebnis sagt noch nicht mit Sicherheit aus, ob ein Kontakt mit dem Virus stattgefunden hat, denn die Zeit von der Infektion bis zum Vorhandensein einer nachweisbaren Menge von Antikörpern kann ebenfalls sehr lang sein. Und da auch die Möglichkeiten, sich zu infizieren, vielfältig sind und nicht nur Homosexuelle, Fixer und Prostituierte, sondern auch ganz brave Bürger und sogar Kinder HIV-positiv sein können, gibt es praktisch keinen Patienten, von dem mit letzter Sicherheit davon ausgegangen werden darf, daß er nicht infiziert sein kann. Folglich müssen bei jeder Behandlung die gleichen Hygienemaßnahmen getroffen werden, und dann ist es auch nicht mehr von Belang, ob ein Patient nun tatsächlich Virus-träger ist oder nicht.

Wie nun diese Hygienemaßnahmen im einzelnen aussehen sollten, kann entsprechenden Veröffentlichungen in Büchern oder Fachzeitschriften entnommen werden. Eine Infektion ist jedenfalls nur möglich, wenn eine Anzahl Viren in den Blutkreislauf gerät. In nennenswerter Menge sind AIDS-Viren hauptsächlich im Blut und im Sperma infizierter Personen vorhanden, wobei für die Zahnarztpraxis vorwiegend das erstere relevant sein dürfte. Somit ist also die Übertragung von Viren von einem Patienten auf den nächsten in einer halbwegs sauberen Praxis

so gut wie ausgeschlossen, sofern Instrumente sterilisiert und Bohrer ausgewechselt werden. Die Verwendung von Einmalnadeln und -skalpelln sollte ebenso eine Selbstverständlichkeit sein.

Etwas größer ist die theoretische Infektionsgefahr für Arzt und Helfer, da die Möglichkeit, sich mit einem blutigen Instrument selbst zu verletzen oder Blut des Patienten in eine bereits vorhandene Hautläsion zu bekommen, nicht ganz ausgeschlossen werden kann. Die konsequente Verwendung von Einmalhandschuhen bei "blutigen" Arbeiten sollte zur Gewohnheit werden, wenn es auch manchmal schwer fällt (wer jemals ein Provisorium mit Handschuhen ausgearbeitet hat, weiß, wovon ich rede). Häufig kommt es auch zu Verletzungen, wenn man versucht, die Injektionsnadel in ihre Hülle zurückzubefördern. Hier wäre ein stabiler Behälter zur Aufnahme von Einmalwerkzeugen vorzuziehen. Inwieweit persönliche Schutzvorkehrungen wie zum Beispiel Mundschutz und Brille verwendet werden, muß jeder für sich entscheiden.

Das "Problem AIDS" sollte aber nicht nur unter dem Aspekt der Sicherheitsmaßnahmen gesehen werden. Allzu oft wird (besonders von Politikern) vergessen, daß den betroffenen Personen in erster Linie geholfen werden muß, und auch wir Zahnärzte sind sehr wohl in der Lage dazu. Krankhafte Veränderungen in der Mundhöhle können

erste Hinweise auf eine AIDS-Erkrankung geben, wobei es allerdings eine Menge psychologischen Geschicks und auch Mut erfordert, einen Patienten zu einem HIV-Antikörpertest aufzufordern, der vielleicht noch nichts von seiner Infektion ahnt.

Da die Möglichkeit, ob und wann es nach einer erfolgten HIV-Infektion zu einem endgültigen Ausbruch der gefürchteten Krankheit kommt, auch eine Frage der körpereigenen Abwehrkräfte und der Konstitution ist, können wir auch in der Prophylaxe unseren Beitrag leisten, und zwar auch in diesem Fall nicht nur bei bekanntermaßen infizierten, sondern bei jedem Patienten. Generell ist alles zu vermeiden, was die Abwehrkräfte schwächen oder beeinträchtigen könnte. Besonderen Wert sollte man deshalb unter anderem auf eine sorgfältige Behandlung devitaler Zähne und einen sehr bewußten Umgang mit Medikamenten, speziell bei der Verordnungs von Antibiotika, legen. Wünschenswert wäre auch eine Beratung der Patienten über eine vernünftige und ausgewogene Ernährung, nicht allein unter dem Gesichtspunkt der Karies- und Parodontose-Prophylaxe.

Und schließlich darf auch die Bedeutung der psychischen Abwehrkräfte nicht unterschätzt werden. Menschliche Wärme und Hinwendung zum Patienten, Zeit für ein paar freundliche Worte und ein persönliches Ge-

spräch sind auch in unserem Fachgebiet oft wichtiger und wertvoller als Zement und Amalgam, nicht nur für AIDS- und andere Kranke, sondern auch für uns selbst.

Anschrift der Verfasserin:

Dr. Gabriele Bucerius
Blütenstr. 20
8000 München 40

Dr. Condom bleibt im Dunkeln

Es gibt das Ding seit rund 300 Jahren. Millionen wissen es zu gebrauchen. Aber - wer es erfunden hat, weiß niemand. Die Franzosen meinen, die Engländer seien es gewesen, die Engländer wollen den Franzosen den Vortritt lassen, der deutsche Volksmund sagt unverblümt, woher "der Pariser" kommt. Lexika erhalten Legenden am Leben. "Das deutsche Wörterbuch", 1985 ediert vom Lexikographischen Institut, München, sagt, "die Bezeichnung wird allgemein auf einen Londoner Arzt im 18. Jh. namens Condom oder Conton zurückgeführt, der das Kondom erfunden haben soll". Das "Lexikon der Erotik" führt den Namen zurück "entweder auf einen angeblichen Oberst Condom, der es erfunden haben soll, oder auf die französische Stadt Condom, in der es zuerst hergestellt worden sein soll". "The Random House Dictionary of the English Language", ungekürzte Ausgabe von 1966, nimmt einen englischen Arzt des 18. Jahrhunderts als - angeblichen - Erfinder an.

MMW Nr. 34/87, S. 63

Zwei (weitere) Gründe gegen Zwangsmaßnahmen

Keine Tests für HIV-2

Gegen die Ausbreitung von AIDS wurde als eine der ersten Maßnahmen die Aufklärung in Angriff genommen, so daß jedermann weiß, durch welchen Risikokontakt er das HIV erwerben kann. Da die mittlere Manifestationszeit von klinisch manifestem AIDS fünf Jahre beträgt, kann der Erfolg dieser Maßnahme noch nicht zur Wirkung gekommen sein. Dies ist erst 1990 zu erwarten. Man kann also nicht von einem Scheitern der Aufklärungsbemühungen sprechen.

Wenn die gesamte Bevölkerung auf das Vorhandensein dieses Virus getestet worden ist, dann lassen sich Positive

und Negative trennen. Getestet werden kann aber nur auf HIV-1. HIV-2 kommt irgendwann auf uns zu. Tests hierfür sind nicht erhältlich. Wenn sich nun die Test-Negativen in Sicherheit wiegen und weiterhin ein Verhalten haben, das mit der Übertragung von Infektionserregern behaftet ist, werden sie diese zügig verbreiten, z.B. HIV-2. Wie kann ein Innenministerium glauben, durch welche Maßnahmen auch immer, dem Bürger im Sexualbereich eine Garantie der Sicherheit geben zu können?

Priv.-Doz. Dr. med. Dr. rer. nat. Lutz Gürtler, Max v. Pettenkofer-Institut der Universität München.

Fortschr. Med. Nr. 10/87, S. 30

Wer hilft auf Jamaica?

U. Dittmann

so lautete im Herbst letzten Jahres eine Annonce in der ZM. Aufgegeben hatte sie Portland Medical Care (PMC), ein "Gemeinnütziger Verein zur Förderung medizinischer Selbsthilfe Dritter-Welt-Länder." Sitz des Vereins ist Hamburg.

Ich hatte große Lust, unbürokratisch zu arbeiten und sagte für einen fünfwöchigen Aufenthalt zu.

Jamaica ist medizinisch und zahnmedizinisch sehr schlecht versorgt. Die staatlich angestellten Ärzte haben weite Gebiete zu betreuen, die Bezahlung ist gering. Zahnärzte gibt es nur in wenigen privaten Praxen - unbezahlbar für den größten Teil der Bevölkerung. Die Nurses leisten die Minimalversorgung mit Füllungen, Milchzahnextraktionen und Bemühung um Prophylaxe.

PMC schickt Ärzte und Zahnärzte nach Port Antonio in Portland, einer wenig erschlossenen Provinz im Nordosten der Insel. Sie arbeiten vier bis fünf Stunden am Tag, zahlen Flug und Verpflegung selbst und wohnen frei in einem vom Gesundheitsministerium angemieteten Haus. Die Arbeit besteht zum größten Teil aus Extraktionen tief zerstörter Zähne, die alle sehr fest sit-

zen und oft nur mit größter Mühe zu entfernen sind. Die Ausstattung der Zahnstationen ist einfach, manchmal funktionieren nur Licht und Ventilator. Während der Schulzeit führt PMC ein Fluoridierungsprogramm durch. Die Nachmittage sind frei und man hat viel Zeit, sich in dieser subtropisch üppigen, unglaublich schönen, abwechslungsreichen Landschaft umzusehen und die herrlichsten Früchte sonnenwarm vom Baum zu genießen. Die Bevölkerung ist freundlich und hilfsbereit und als alleinreisende Frau habe ich mich nie unsicher oder bedroht gefühlt.

Ich bin glücklich, daß ich in Jamaica sein konnte und fand die fünf Wochen eine gelungene Mischung von sinnvoller Arbeit und Urlaub, der durch den direkten Kontakt zur Bevölkerung viel interessanter war als es ein reiner Touristenurlaub sein kann.

Es gibt ein ähnliches Projekt für die Philippinen, Organisator ist "Ärzte für die Dritte Welt", Verwaltungsstelle Frankfurt.

Anschrift der Verfasserin:

Dr. Ursula Dittmann
Steebstr. 17
8031 Seefeld-Oberalting

Viel Geld für wenig Schutz? (V)

H. Richthammer

Bisher wurden im Rahmen dieser Serie personenbezogene Versicherungen angesprochen, Policen für die finanzielle Absicherung bei Berufsunfähigkeit, Unfall oder Krankheit.

In dieser Folge wird das Problem der Risiken im materiellen Bereich aufgegriffen. Im beruflichen Bereich ist dies die Praxiseinrichtung, das Praxisgebäude, die Krankenscheine. Ein Totalverlust der noch nicht bezahlten Praxis kann durchaus existenzbedrohend sein.

Bei einer Praxisgründung (und -finanzierung) wird sicher das Kreditinstitut den Nachweis einer Sachversicherung verlangen. Der Vertragsstand entspricht jedoch nach einigen Jahren meist nicht mehr den Gegebenheiten. Durch Investitionen - neue Geräte, zusätzliche Behandlungszimmer, Laboreinrichtung, etc. - und Preisentwicklung entsprechen die Versicherungssummen nicht mehr den Tatsachen. Hier sollte alle zwei bis drei Jahre der Vertrag überprüft werden.

1. Versicherung der Einrichtung

Versicherbar sind Schäden durch Feuer, Leitungswasser, Einbruchdiebstahl (incl. Van-

dalismus), Sturm und Hagel.

Alle Gefahren sind einzeln versicherbar, in einer Kombination als "Gebündelte Sachversicherung" meist preiswerter.

Versicherungssumme ist der aktuelle Neuwert. Die Versicherungssumme ist demnach jedes Jahr entsprechend der Preisentwicklung anzupassen, sonst ist nach einigen Jahren eine deutliche Unterversicherung vorhanden. Dies führt dazu, daß im Schadenfall nicht voll entschädigt wird. Zusätzlich ist die Versicherungssumme bei Investitionen anzupassen.

Bei der Festlegung der Versicherungssumme für Vorräte ist neben den Verbrauchsmaterialien auch der Wert des in Arbeit befindlichen und fertigen Zahnersatzes einzuschließen. Für Edelmetalle gelten Summengrenzen und Aufbewahrungsvorschriften.

Neben der Sachversicherung, die den materiellen Schaden ersetzt, ist es sinnvoll, auch den finanziellen Schaden abzudecken, der einer Praxisschließung nach einem größeren Schaden. Gehälter laufen weiter, Zinsen sind zu bezahlen, der Gewinn fehlt. Diesen Ausfall - einschließlich Gewinn - bezahlt die Be-

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:

<input type="text"/>	
Name, Vorname	
<input type="text"/>	
PLZ, Ort	
<input type="text"/>	
Straße/Haus-Nr.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Geb.-Dat. der Ehefrau
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Telefon
Zahl der Kinder	

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



triebsunterbrechungsversicherung (BU), eine Ergänzung der obigen Police. Die Preise für diese Police (incl. BU) sind recht unterschiedlich. Für eine Versicherungssumme von 400.000,-- DM werden zwischen 672,-- und 1.176,-- DM verlangt.

Für bestimmte Geräte kann eine Spezialversicherung abgeschlossen werden, die Elektronik-Versicherung, früher Schwachstromversicherung genannt. Dies ist sinnvoll für EDV-Anlagen, bei den Praxis- und Laborgeräten bringt sie meist mehr Ärger als Nutzen. Bei gemieteten Telefonanlagen schreibt der Lieferant neben dem Wartungsvertrag diese Versicherung vor. Prüfen Sie, ob in der Elektronikversicherung die Gefahren der "Gebündelten Sachversicherung" nicht zusätzlich eingeschlossen sind. Sonst zahlen Sie für das gleiche Risiko zweimal.

2. Versicherung des Gebäudes

Für die Gebäudepolicen ist der Eigentümer zuständig. Der Mieter von Praxisräumen muß prüfen, ob Sachschäden am Gebäude, die von ihm verursacht werden (z.B. Verstopfen der Abflußleitungen durch Gipsreste) in seiner Berufshaftpflichtversicherung eingeschlossen sind. Der Eigentümer sollte Versicherungsschutz besorgen für Schäden durch Feuer (incl. Blitz und Explosion), Leitungswasser, Sturm und Hagel.

368

Wichtig ist hier ebenfalls, daß die Versicherungssumme den Wertverhältnissen entspricht.

Es gibt ebenfalls Preisunterschiede bei den Prämien. Wegen der unterschiedlichen Situation in den jew. Bundesländern mit Pflicht-/Monopolversicherern sind allgem. Angaben sinnlos.

3. Versicherung der Krankenscheine

Kranken- und Zahnersatzscheine können durch Feuer, Diebstahl oder beim Transport verloren gehen. Versicherungsgrundlage ist der Quartalsumsatz, Jahresprämie bei 100.000 DM Quartalsumsatz je nach Gesellschaft 80,-- DM bis 160,-- DM, Preisunterschied also 100 %!

Bei Prüfung von Verträgen von DAZ-Mitgliedern war kein Vertrag zu finden, bei dem die Summe ausreichend bemessen war.

Dafür waren die Prämien allgemein im oberen Bereich angesiedelt.

Prüfen Sie Ihre Verträge bezüglich Versicherungssummen und Preis!

Herbert Richthammer
Versicherungsmakler VMV

Bitte benutzen Sie den folgenden Abschnitt, wenn Sie den Service des DAZ nutzen wollen, und legen Sie eine Kopie der Verträge bei.

An den
Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde
Dr. Jürgen Heidtkamp
Wahlenstr. 18

8400 Regensburg

Ich bitte um Überprüfung meiner

Praxis- Gebäude- Krankenscheinversicherung

auf Zweckmäßigkeit der Bedingungen, Deckungsumfang und Preis.

Name:

Anschrift:

Tel.-Nr. für evtl. Rückfragen:

-----hier abtrennen-----



St. Rita Süßmuth — Schutzengel der Aids-Gefährdeten

Quelle: Der Kassenarzt 12/87, S. 24

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

Der DAZ (Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde) stellt sich vor:

Berufsverband Der DAZ ist ein parteipolitisch unabhängiger Verband für Zahnärzte in freier Berufsausübung. Der Erhalt der Freiberuflichkeit und der Therapiefreiheit sind wichtige Ziele seiner berufspolitischen Tätigkeit.

Aufbau Die Mitglieder des DAZ sind, soweit geographisch möglich, in regionalen Studiengruppen zusammengeschlossen. Deren eigenständige Aktivitäten werden von der DAZ-Geschäftsstelle koordiniert. Sie ist Bindeglied zwischen dem Vorstand und den Einzelmitgliedern.

Studiengruppen Die Studiengruppen bieten regelmäßig praxisnahe Fortbildungsveranstaltungen und Gesprächsabende an. Neben der Diskussion aktueller Berufsprobleme und standespolitischer Fragen wird der offene kollegiale Gedankenaustausch gepflegt.

Informationen Über die örtlichen Aktivitäten werden die Mitglieder durch regelmäßige Rundschreiben ihrer Studiengruppenvorsitzenden informiert. Überregional gibt der DAZ viermal jährlich die Zeitschrift "forum" mit Fortbildungsberichten und Informationen zur Standes- und Berufspolitik heraus.

Serviceleistungen Der DAZ bietet seinen Mitgliedern Serviceleistungen in folgenden Bereichen an:

- Informationen zu Versicherungs- und Finanzierungsfragen
- Hilfestellungen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Begutachtungen
- Beratung zur Assistentenausbildung
- Beratung bei Praxisneugründung

Standespolitik Standespolitik muß sich aus der Kollegenschaft heraus entwickeln. Der DAZ setzt sich ein für:

- eine vorurteilsfreie Diskussion der Berufsprobleme in den Medien der Körperschaften
- die Überwindung des organisierten Mißtrauens zwi-

- schen Krankenkassen und Zahnärzten durch partnerschaftliche Zusammenarbeit
 - zukunftsorientierte Perspektiven, statt kurzfristiger finanzieller Forderungen, als Basis zahnärztlicher Gesundheitspolitik
 - die Erhaltung des Sachleistungsprinzips als Grundlage der Therapiefreiheit.
- Qualität Um die Therapiefreiheit und die Einzelleistungsvergütung zu bewahren, muß die zahnärztliche Behandlungsqualität gesichert werden. Der DAZ fordert daher:
- eine vernünftige, an Qualität orientierte Wirtschaftlichkeitsprüfung der KZVen
 - die Entwicklung und Einführung von Qualitätssicherungsprogrammen von Kammern und KZVen.
- Jugendzahn- Breitenwirksame Vorbeugungsmaßnahmen in Kindergärten heilkunde und Schulen sind zwingend erforderlich. Der DAZ fordert:
- und Prophylaxe
- bundesweit einheitliche Regelungen durch Jugendzahnheilkundegesetze
 - Ausbildung und Einsatz von Prophylaxepersonal
 - finanzielle Anreize für Versicherte bei Inanspruchnahme regelmäßiger Kontrollen
 - Verkauf von fluoridiertem Kochsalz.
- Delegation Die zahnärztlichen Hilfsberufe können mehr leisten als in ihren Berufsbildern beschrieben ist. Der DAZ fordert daher eine Erweiterung und Anpassung der Kompetenzen bei:
- Prophylaxe und Hygieneaufklärung
 - Ernährungsberatung
 - Behandlungsassistentz.
- Zahnärztliche Ausbildung Der DAZ fordert eine Reform des Zahnmedizinistudiums mit folgenden Veränderungen:
- Schwerpunktverschiebung von der prothetisch-technischen zur prophylaktisch-konservierenden Seite
 - Verkürzung der vorklinischen Ausbildung bei gleichzeitiger Verlängerung des klinischen Studiums
 - Einbindung qualifizierter Praktiker in die Universitätsausbildung.

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, Donaustauerstr. 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 19

PRAXIDENT[®]

ZE-Gesamtpaket DM 12 000,—

(inkl. Planung, Mehrkostenberechnung,
Rechnungsverwaltung, PC mit Festplatte,
Drucker u. MwSt.)

**Jetzt
auch
KFO!**

Wir sind stark in Bayern!



Entwicklung und Betreuung aus einer Hand

geeignet für MS-DOS PC's, mehrplatzfähig
Ergänzungen: Privat-Liquid., Quartals-Abrechnungen,
Buchhaltung, Eigenlabor, Textprogramm

KFO-System DM 15 000,— (inkl. Geräte)

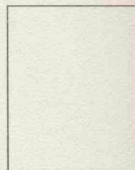
h & k Datenverarbeitung

A.-Bruckner-Str. 43, 8520 Erlangen, Tel. 091 31/3 14 37

ABSENDER:

Tel. _____

ANTWORTKARTE



Deutscher Arbeitskreis
für Zahnheilkunde
(DAZ)

Lindenschmitstr. 44
8000 München 70