

DAZ FORUM

**Zahnärztliche
Zukunftsperspektiven**

**Die Opposition im FVDZ
profiliert sich**

**Gesteuerte Gewebsneubildung
in der Parodontal-Therapie**

Amalgam und Entsorgung

**Wie frei ist unsere
Wissenschaft?**

Neues aus der Literatur
Endodontie



Deutscher
Arbeitskreis
für
Zahnheilkunde

**Die Zahnarzhelferin
- ein aussterbender Beruf?**
Interview mit
Frau Gertraud Wurm



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

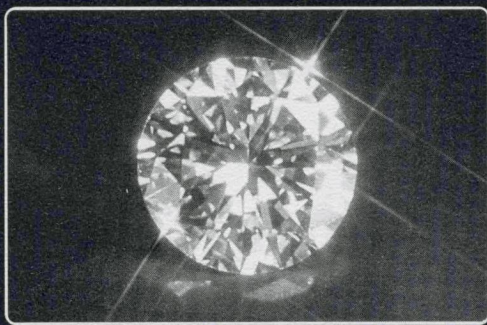
CARATIN[®]

Diamanten jeder Art

Spezialgebiet:

ANLAGE-DIAMANTEN

hoch-qualitative, geschliffene Brillant-Diamanten mit erstklassigen, international anerkannten Expertisen von GIA oder HRD.



– Auf Wunsch Anfertigung exklusiver Unikat-Juwelen. –

CARATIN ist das erste und einzige Diamanten-Handelshaus in Deutschland, dessen Inhaberin die Zulassung als Mitglied der weltgrößten Diamantenbörse in Antwerpen besitzt.

CARATIN – Diamanten-Handelshaus GmbH
Maximilianstraße 21, 8000 München 22

Telex 524 820 carat d, Telefax 089 - 29 22 70

Tel. 089 - 22 92 92



Diamanten

– größte Wert-Konzentration in kleinster Form –



CARATIN-COUPON
(bitte ankreuzen)

- Schicken Sie mir Informationen über Anlage-Diamanten.
 - Mich interessieren auch Schmuck-Diamanten.
- Coupon bitte mit Absender einsenden an:

CARATIN Handels-GmbH
Maximilianstraße 21
8000 München 22
089 - 22 92 92

Brrillante Anlagen

Bei Diamanten ist es wie bei Austern: in den Monaten mit "R" haben sie Saison. Beides sind Delikatessen der Natur – nur bezüglich Alter und Haltbarkeit haben die edlen Steine einen Vorsprung von einigen Millionen Jahren.

In den Monaten mit "R", also von September bis April, rechnet die Diamantenbranche traditionell mit wachsender Nachfrage: bis zu 80% der Jahresumsätze an Diamant-Schmuck werden in den letzten vier Monaten des Jahres getätigt; dazu kommt der Verkauf von klassischen Anlage-Diamanten, besonders zur Jahreswende und im Frühjahr, wenn viele Anleger das Ergebnis des vergangenen Jahres überblicken. Unter Anlage-Diamanten versteht man Brillanten in bester Qualität mit einem international bekannten und anerkannten Gutachten (=Expertise). Die weltweit bekanntesten und renommiertesten Expertisen stammen aus USA (GIA = Gemological Institute of America, New York und Los Angeles) und aus Belgien (HRD = Hoher Rat für Diamant, Antwerpen). Selbstverständlich kann jeder Anlage-Diamant auch in einem Schmuckstück verarbeitet werden. Die Qualität des Steines bleibt dabei vollkommen erhalten.

Man muß jedoch nicht in New York oder in Antwerpen anrufen, wenn man erstklassige Anlage-Diamanten bestellen will:

Das Münchener Diamanten-Handelshaus CARATIN bietet eine sehr große Auswahl an Anlage-Diamanten mit Original-Expertisen von GIA und HRD. Außerdem fertigen CARATIN-Designer und -Goldschmiede auf Wunsch exklusive Juwelen oder schlichte, sportlich-elegante Schmuckstücke.

Angesichts des knappen Angebotes bei gleichzeitig anziehender Nachfrage steigen

die Diamantenpreise. Die zuletzt verfügte offizielle Preiserhöhung von durchschnittlich 15,5 % auf schleifbare Rohdiamanten und die allgemeine Preispolitik der Central Selling Organization (CSO) – der Verkaufsorganisation des Diamantenkonzerns De Beers – bestätigt die steigende Tendenz.

Das Diamantenjahr 1989 nahm bereits im ersten Halbjahr einen vielversprechenden Auftakt. Die Rohdiamanten-Umsätze der CSO erreichten mit 2,317 Milliarden US-Dollar ein neues Rekord-Ergebnis. Gegenüber den ersten sechs Monaten des Vorjahres bedeutet dies einen Umsatzzuwachs auf Dollarbasis von 5,3 %, in südafrikanischer Währung sogar um 26 %. Der Markt zeigt sich nach wie vor in guter Verfassung. Experten erwarten weitere Preissteigerungen für die nächsten Monate, und sogar mittel- und langfristig – für mehrere Jahre.

Dabei ist es kein Wunder, daß Diamanten so beliebt sind: als anonyme, diskrete und bewegliche Geldanlage, als Vermögenssicherung mit langfristigem Wertzuwachs, als "glänzende" Ergänzung zu Immobilien, Gold und Wertpapieren – – – und die tägliche Freude am Schmuck entspricht zusätzlichen "Zinsen".

Die zahlreichen Vorteile von Diamanten haben dazu geführt, daß die Nachfrage weiter wächst. Folglich steigen die Diamantenpreise – und der Aufwärtstrend verstärkt sich ... in jedem weiteren Monat mit R ... – für "die härteste Währung der Welt"...

*Anschrift der Verfasserin:
Dipl.-Kfm. Christine Knirim
Maximilianstraße 21
8000 München 22
Tel. 0 89 / 22 92 92*

SCHMID UND PAULA



**DENTAL
LABOR**

Qualität
und
Ästhetik

ist das Ergebnis unserer präzisen Arbeit.
Dafür stehen unsere Namen

Gerhard Schmid
Beate Hoffmann
J. Kutsch
Karg Doris
Bettina Schuster
Maria Lutz
Sieglinde Distler
Stefan Kuchta
Gerald Peter
Reinhold Kollmann
Kaufhold
Daniel
Karin Wilsch
Renée Günther
Werner Kuchta
Lips Reiter
Schwimmer Margit
Günther

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

Editorial – Zahnärztliche Zukunftsperspektiven	185
Krieg?	189
Die Opposition im FVDZ profiliert sich	191
Alter Mist von alten Säcken	197
DAZ-Pressenr. 9	202
Die Grünen in Niedersachsen bringen Kammer-Gesetzänderung für die Heilberufe ein	204
Stellungnahme des DAZ zum Gesetzentwurf der Grünen	206
Offensiv in die Schadstoff-Entsorgung	211
Amalgam und Entsorgung	220
Amalgamfüllungen - ein Kunstfehler	224
Interview	
Die Zahnarzthelferin - ein aussterbender Beruf?	233
Leistungsgerechte Vergütung von Praxisassistenten - ein Vorschlag	239
Gesteuerte Gewebsneubildung in der Parodontal-Therapie	245
Endodontie - News	249
Wie frei ist unsere Wissenschaft?	269
Impressum	279





Ihr leistungsstarker Partner

*Reiner
Habenschaden*
Zahntechnikermeister

- Zukunftsorientiert
- Modernste Technik
- Perfekter Service

Margaretenstr. 6a • 8400 Regensburg
Tel.: 0941/ 2 30 68 (Abt. Proth.)
2 75 00 (Abt. KFO)

KFO-Depot

*Kieferorthop. Fachdepot
Hertha Kothrade*

*Telefonnummer
0941/ 2 75 00*

*Wir verkaufen unter anderem
Produkte der Firmen:*

A-Company
Fa. Böhme (Wachse)
3M-MEDICA
Erkodent
Forestadent
Krauskopf (Zangen)
Gebdi
Morsa
Ormco
Ortho Care
Rocky mountain
Seitz & Haag
Scheu-Dental
Schütz-Dental
inter-UNITEK
Uberl
American Orthodontic

Editorial

Zahnärztliche Zukunftsperspektiven

F. Lutz

Es ist nicht Mode, sich positiv über die Zeit zu äußern, in der wir leben. Sie wurde vom leider allzu früh verstorbenen Schweizerischen Bundesrat Willy Ritschard wie folgt charakterisiert: „Ohne uns zu schämen oder uns zu entschuldigen, müssen wir gestehen, daß wir als Volk kaum mehr wissen, wie es geht, wenn es schlecht geht. Darüber hinaus wissen wir, daß es auch dann noch gut geht, wenn es uns etwas weniger gut geht. So gut geht es uns“. Darf man gleichzeitig noch Zeuge vom Bankrottrüsten der Großmächte und deren Rückkehr zu einer humaneren politischen Vernunft werden und miterleben, wie die Demokratie allmählich den eisernen Vorhang überwindet, muß man es als ein Privileg bezeichnen, heute zu leben.

Aus dieser positiven Zeitgeschichte sollten wir Zahnärzte lernen. Sie zeigt, daß das Maß für den Wohlstand vielleicht zu reevaluieren ist, Grenzen überwunden werden können und menschenfeindliche, nur einer Minderheit nützliche Ideologien à la long weder durchsetzbar noch haltbar sind.

Die zahnmedizinische Versorgung

in den Nationen Europas ist extrem länderspezifisch. Trotz EWG sind die Landesgrenzen dicht, die Systemunterschiede groß. Diesen Versorgungskonzepten, - mit Ausnahmen im Norden und guten Ansätzen im Herzen Europas -, wirft die WHO, gestützt auf umfangreichstes Datenmaterial vor, daß sie allesamt am Ziel

... "durch systematische Vorbeugung oder Bekämpfung der oralen Erkrankungen die Notwendigkeit kurativer, restaurativer oder therapeutischer Maßnahmen auf ein Minimum zu reduzieren und durch Gesundheitsförderung und Erziehung möglichst kostengünstig die Orale Gesundheit individuell und kollektiv unter Einbezug des Konsumenten/Patienten primär zu erhalten oder, falls nötig, wieder herzustellen"

völlig vorbeigehen. Es ist kein Geheimnis, daß mit reparativ geschultem Personal allein keine Orale Gesundheit erzielt werden kann. Nimmt man zudem das Übergewicht an reparativ geschulten Zahnärzten gegenüber dem nicht-invasiv tätigen Betreuungs- und Prophylaxepersonal im Verhältnis von 8:1 zur Kenntnis, so

kann es nicht verwundern, daß zum Beispiel in der Bundesrepublik Deutschland für unglaublich viel Geld äußerst wenig Orale Gesundheit herauskommt.

Die Zukunft wird nicht nur die Demokratie über den eisernen Vorhang bringen, sondern auch gesundheitspolitische Wahrheiten über die offenen Grenzen Europas. Wenn wir Zahnärzte uns bis dann nicht auf unsere Aufgabe, Orale Gesundheit zu liefern, zurückbesonnen haben, wird der konventionelle Zahnarzt, wie die jüngste zahnmedizinische Geschichte im Norden Europas zeigt, teilweise oder ganz als teure, überflüssige, nichtsnutzige Berufsgattung abgeschafft.

Für die positiv Denkenden sind Krisen Chancen. Die sich abzeichnende zahnärztliche Existenzkrise, sie ist mit der unaufhaltsamen Weiterverbreitung der Wahrheit programmiert, könnte, sofern die Chance wahrgenommen wird, die überfälligen Kurskorrekturen erlauben:

- Großzügige, jedoch wohlorganisierte Zulassung von Prophylaxepersonal in drei Stufen, nämlich der Dentalhygienikerin, der Prophylaxeassistentin und der Prophylaxepflegerin (siehe Kasten). Damit könnte der Prävention zum Durchbruch verholfen und Orale Gesundheit erzielt werden.

- Neudefinition des Zahnarztberufes und Anpassung der Ausbildung (siehe Kasten). Das Reparative ist und bleibt Domäne des Zahnarztes. Er muß jedoch gleichzeitig großzügiger Anbieter der Prävention werden, um dem Primat der Prävention auftragsgemäß nachzukommen.

- Bedarfsorientierte Ausbildung der Zahnärzte, insbesondere auch zahlenmäßig, unter Berücksichtigung der Erfolge in der Prävention. Um ein reparatives Überangebot, das bekanntlich teuer und letztlich ineffizient ist, zu vermeiden, muß der Zahnärzteoutput zum Wohle der Bevölkerung gedrosselt werden.

- Restrukturierung und Aufwertung der zahnmedizinischen Fakultäten an den deutschen Universitäten bei gleichzeitiger zahlenmäßiger Reduktion gemäß sinkendem reparativen Bedürfnis bei der Bevölkerung.

Ich wünsche allen Kollegen die Kraft, jetzt zu agieren, um nicht reagieren zu müssen, wenn es zu spät ist. Die Zukunft und die Wahrheit kommen bestimmt.

*Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. Felix Lutz
Plattenstr. 11
CH - 8028 Zürich*

Zahnmedizinische Berufe - Berufsumschreibungen

Zahnarzt:

Der Ausbildung, den Ausbildungskosten, dem erwarteten Wissen, den erwarteten Fertigkeiten und Fähigkeiten, der Praxisstruktur, den Praxiskosten sowie dem sozialen Status entsprechend Diagnostiker und Therapeut, Anbieter eines angewandten präventivzahnmedizinischen Betreuungskonzeptes, Organisator, Teamleiter und Unternehmer.

Dentalhygienikerin:

Der Ausbildung, den Ausbildungskosten, dem speziellen Wissen und Können, dem Berufsinteresse und dem Einkommen entsprechend Diagnostikerin mit Triagefunktion, in der Zielgruppe Parodontalpatient Therapeutin und Erhaltungstherapeutin sowie Prophylaxeassistentin mit Führungsaufgaben in der Prävention.

Prophylaxeassistentin:

In Prophylaxe ausgebildete Dentalassistentin mit präventiven und nicht-invasiven Betreuungsaufgaben im Auftrag und unter fachlicher Kontrolle des Zahnarztes

Prophylaxepflegerinnen:

Gemäß Zielgruppe und Aufgabe ausgewählte und ausgebildete Laien mit präventiven Aufgaben im Auftrag und unter Kontrolle von Organisationen (Schulzahnpflege) und Institutionen (Spitäler & Heime)

Zahntechnik

Scharl



Kein
bloßes
Versprechen

Wir
tun
mehr
für
Sie



Zahntechnik Scharl
Kleinraigering 66 · 8450 Amberg · Tel. (0 96 21) 3 79-0

Krieg?

R. Ernst

Zur Strategie-Diskussion

Wenn Vereinsgeneral Bieg (FVDZ) schon meint, wir Zahnärzte befänden uns „im Krieg“, so soll hier - ausnahmsweise - ebenfalls in militärischem Vokabular unsere „Lagebeurteilung“ der derzeitigen berufspolitischen Situation abgegeben werden.

Die freien Verbände sind die Speerspitzen, und die Körperschaften die Schilde im Kampf um die Durchsetzung (zahn-) ärztlicher Interessen. Mit dieser - zugegeben martialisch klingenden - Arbeitsteilung hat die niedergelassene (Zahn-) Ärzteschaft in den vergangenen drei Jahrzehnten für sich erfolgreiche Politik gemacht. Sozialliberale Regierungen sind vehement Sturm gegen dieses Bollwerk gelaufen, haben aber außer ein paar Front-Begrädigungen keinen wirklichen Durchbruch erzielt.

Was nun tut der Strategie Blüm mit seiner Ministerial-Bürokratie? Daß er sich vor diesen Speerspitzen nicht zu fürchten braucht, weiß er - fintenreicher und medienerprobter - sehr wohl. Also wendet er seine Strategie gegen die Schilde. In einem grandiosen Streich, einem Federstrich - der Herausnahme von 50% des Volumens der kassenärztlichen Abrechnung - schwächt er das

Bollwerk Körperschaft entscheidend und braucht nur noch mit anzusehen, wie die ehemals undurchdringliche Festung KZBV ins Wanken gerät, ja sich sogar in Bruderkämpfen verzettelt.

Noch brüllt sich die speere-tragende Heerschar draußen, ohnehin nur noch eine Handvoll und nur vom gemeinsamen Feindbild zusammengehalten, in Langemarck-Mentalität Mut zu, gibt die alten Parolen aus und merkt nicht, daß ihre Gegner längst das Gesetz des Handelns übernommen haben. Ihre im Wohlstand erstarrte Heimatfront ist immer noch voller Vertrauen und guter Dinge: Die Propaganda läuft und Kriegsgewinnler machen gute Geschäfte, indem sie den Bewohnern Mini-Festungen verkaufen. Die ehemals reichen Minderheiten der Zahntechniker und der Kieferorthopäden lassen zwar schon die Rolläden herunter - aber insgeheim hatte argwöhnisch die Mehrheit der Zahnärzte sie immer schon von den Quellen abdrängen wollen. Während draußen die Recken tönen, kippt ein Turm nach dem anderen, gräbt der Gegner Quelle um Quelle ab.

In den Nachbarfestungen sieht die Ärzteschaft dem Getümmel gespannt, aber distanziert zu und hält ihre Mauern in Ordnung. Sie läßt die eher belächel-

ten Speerspitzen-Träger draußen zwar auch tönen, aber die Waffen sind vielfältiger, moderner und nicht schon von weitem auszumachen. Sie freut sich in gesichertem Selbstbewußtsein ihres bescheidenen Wohlstandes und ist sogar bereit, mit immer mehr der Ihren zu teilen. Bei ihr stehen Sozialpflichtigkeit des Handelns und Bereitschaft zu Qualitätsverbessernden Innovationen hoch im Kurs, so daß selbst ihre Gegner nicht auf sie verzichten können.

Es ist noch nicht abzusehen, wie der Kampf ausgehen wird. Eines scheint aber sicher zu sein: Es werden nicht die Speerspitzen (um die leichte Kavallerie des Freien Verbandes) und nicht die Anbieter von Mini-Festungen (wie die Inkasso-Büros) den Niedergang verhindern. Verhindern wird sie nur aktive Politikfähigkeit, ideenreicher Gestaltungswillen und selbstbewußte Kompromiß-Bereitschaft, verbunden mit dem Nachweis der eigenen Unverzichtbarkeit.

Vielleicht ist es noch nicht zu spät, doch einmal über „neue“ Strategien nachzudenken.

Anschrift des Verfassers:
 Dr. Roland Ernst
 Waldblick 2
 2905 Edewicht

Festim

Griff

...haben Sie Ihre Schützlinge mit „JUNIOR-SOFTI“, der kindergerechten Zahnbürste mit dem „Faustgriff“



JUNIOR-SOFTI
„Die Faust“ bringt eine ganze Menge,
 Zum Beispiel:

- Akzeptanz durch Faustgriff (er unterstützt die kindliche Motorik)
- Motivation durch lustige Embleme
- 7 Trend-Farben (entsprechend dem kindlichen Farbensinn)
- Kindgerechte Anbringung in jeder Höhe (selbstklebender Wandhalter)
- Gezieltes Produkt-Design unter Berücksichtigung neuester zahnmedizinischer Erkenntnisse. JUNIOR-SOFTI — die moderne Multituff-Zahnbürste

Eine echte Motivation

PROFIMED GmbH
 Kaiserstraße 18 • 8200 Rosenheim 2
 Telefon 08031/14049 • Telex 525888 profid

Die Opposition im FVDZ profiliert sich

Auszüge aus einem Referat des KZV-Delegierten Dr. Dreykluft am 21.4. in Memmingen

Bei der Beurteilung der standespolitischen Arbeit des Freien Verbandes bin ich bisher immer davon ausgegangen, daß Standespolitik ausschließlich *zum Nutzen* der Zahnärzte betrieben wird. Zum Nutzen der Zahnärzte heißt auch, daß es zum Wohle und *Nutzen* der Patienten geschieht.

Ich muß hier einem Irrtum aufgefressen sein, denn die vergangenen Wochen haben gezeigt, daß Standespolitik Schaden angerichtet hat, Schaden innerhalb der Zahnärzteschaft, Schaden gegenüber den Patienten, den Krankenkassen, den Führungsgremien der Bundes-KZV. Daß dieser Schaden von den Medien begierlich aufgenommen und weiterverbreitet wurde, brauche ich ja wohl nicht besonders zu betonen.

Ich will Ihnen diese Auffassung, mit der ich in Bayern nicht allein dastehe, hier kurz begründen.

Als Delegierter der Landes-KZV bin ich nach München gefahren, *mit dem Auftrag meiner Wähler*, für ein geregeltes Nebeneinander beider Abrechnungswege zu sorgen und die Solidarität mit der Entscheidung der Bundes-KZV zu

bezeugen. In der kleinsten Organisationszelle der KZV, nämlich in der Obmannsversammlung meines Bezirkes, haben wir eine Abstimmung über die Abrechnungswege durchgeführt, und von 50 Anwesenden haben sich 5 für die Kostenerstattung und 45 für den dualen Abrechnungsweg entschieden. Aus anderen Obmannsbezirken sind mir ähnliche Abstimmungsergebnisse bekannt.

Sie, liebe Kollegen, wissen sicherlich alle, daß ich als Einziger in Bayern mit einem „Nein“ zur reinen Kostenerstattung gestimmt habe. Mit diesem „Nein“ habe ich für die Freiheit des Zahnarztes in seiner Entscheidung plädiert, ob er über die Patienten oder über die KZV abrechnen möchte. Durch die Entscheidung in der VV ist den Zahnärzten diese Freiheit genommen worden.

Liebe Kollegen, hier kann doch etwas nicht stimmen! Wenn auf jeder Versammlung, jeder Fortbildungsveranstaltung zu hören ist, daß alle oder zumindest fast alle über die KZV abrechnen wollen, dann muß ich Sie ernstlich fragen, wie es den Delegierten und dem

Freien Verband passieren kann, so massiv am Willen der Zahnärzte vorbeizugehen. Entweder hat die Führung des Freien Verbandes keine Ahnung, was die Masse will, oder sie drückt ein politisches Konzept gegen den Willen der Wähler durch. Wenn letzteres der Fall ist, wird es höchste Zeit, daß sich der Freie Verband auf seine Basis besinnt, denn sonst dauert es nicht lange, daß die Basis davonläuft und sich anderen Verbänden zuwendet. Daß es solch andere Verbände gibt und daß diese im Laufe der Zeit immer stärker werden, wissen Sie so gut wie ich.

Ich bin seit 1971 Mitglied des Freien Verbandes und als Student eingetreten. Ich habe in der Zeit schon einiges erlebt, und ich bin mir bewußt, daß ich im Freien Verband einer Interessengruppe angehöre, die nicht gerade zimperlich mit ihren Verhandlungspartnern umgeht. Wenn aber demokratisch zustandekommene Entscheidungen einfach niedergebügelt werden und als gar nicht existent betrachtet werden, dann fehlt mir dafür jegliches Verständnis.

Unser Dauerbrenner ist und bleibt die Kostenerstattung. Ralph Gutmann hat am 11. November in der Vollversammlung in München gesagt: „Es dürfte doch klar sein, daß sich unsere Konzeption hauptsächlich auf den direkten Weg beziehen wird. Liberalität heißt, den einigen wenigen, die auch den anderen Weg zu begehen wünschen, diesen nicht zu verbieten. Wenn wir selbst keine Verbote wünschen, sollten wir das auch

nicht gegenüber anderen tun. Das Verbot einer Abrechnung über die KZV wäre letztlich auch ein Stück Illiberalität. Man kann Freiheit nicht durch Verbote erkämpfen.“

Ende des Zitates

Herr Gutmann, haben Sie Ihre eigenen Worte vergessen? Ist das alles nicht mehr wahr, was Sie gesagt haben? Mit dem Antrag Nr. 4 in der VV in München ist die Kostenerstattung als einziger Weg festgeschrieben worden (ausgenommen Härtefälle usw.) und damit das Verbot der Abrechnung über die KZV ausgesprochen worden. Der Landesvorstandsbeschuß vom 08.03. hat dieses Verbot für uns bayerische Zahnärzte endgültig zementiert.

Ich zitiere noch einmal Ralph Gutmann: „Daß Verbot einer Abrechnung über die KZV wäre letztlich auch ein Stück *Illiberalität*.“

Wo bleibt die Freiheit, die der Freie Verband sogar in seinem Namen trägt? Wo bleibt das Demokratieverständnis, wenn Sie eine Abstimmung in der Bundes-KZV, die mit 36 zu 35 für das duale System zwar knapp aber demokratisch eindeutig ausging, im Bericht des Landesvorsitzenden als Desaster bezeichnen!

Wenn Sie, Herr Gutmann, am 01. Februar dem Bundesvorsitzenden der KZV Wilfried Schad aufgrund dieser Einstimmigkeit das Recht absprechen, den dualen Weg zu vereinbaren und ihm nahelegen, daß er einen rechts-

gültigen Beschluß der Vertreterversammlung nicht ausführen solle, da ja bald wieder Wahlen seien - dann schäme ich mich für Sie und für das im Freien Verband vorgebrachte Demokratieverständnis.

Als ich Ihnen im letzten Jahr in Bad Kissingen meine Stimme zur Wahl des 1. Vorsitzenden im Freien Verband gab, wußte ich nicht, in welcher Form Sie Umgang mit Standespolitikern pflegen.

Der Umgang mit den Krankenkassen ist ein weiteres Thema. In der Tagungsmappe von heute findet sich der Briefwechsel zwischen Gutmann und Sitzmann vom AOK-Landesverband. Ich betone es hier mit großer Deutlichkeit, *die Krankenkassen sind unsere Partner!* Mit diesem Partner muß ich leben, und wenn ich ihn vor den Kopf stoße, sorgt das nur für Verhärtungen in den Verhandlungspositionen und bringt uns keinen Schritt weiter. Gesetzliche Krankenversicherung und Partnerschaft ist nicht etwa ein Wunschenken, diese Partnerschaft wird beispielsweise in meinem Obmannsbezirk weitgehend praktiziert.

Die Anzeigenkampagne vom 05.04. - Die Krankenkassen in Bayern informieren - und vom 10.04. - Die bayrischen Zahnärzte informieren - hätte vermieden werden können, wenn die Verhandlungspartner den Spielraum bis zum 30. April wahrgenommen hätten und wenn, wie sonst im Bundesgebiet, die Übergangsregelung bis zum 30. April ausgenutzt worden wäre.

Da wird von uns behauptet, durch schnellere Abrechnung eine Verbesserung zwischen Zahnarzt und Patient zu erreichen.

Solche Formulierungen nimmt uns doch allen Ernstes kein Patient ab! Ich bezeichne solche Anzeigen als papiere-ne Umweltverschmutzung und fordere die Versammlung auf, dafür zu stimmen, daß der Verhandlungsrahmen zeitlich und inhaltlich voll ausgeschöpft wird, ehe mittels Anzeigen an die Öffentlichkeit gegangen wird.

Gutmann, Sie wollen von Sitzmann Roß/Reiter genannt wissen. Das ist doch eine echte Blamage! Roß/Reiter sind unter uns. Lesen Sie den „Freien Zahnarzt“! Da schreibt einer: „Seit Sommer '88 haben meine ZE-Patienten bereits bei Behandlungsbeginn ihren voraussichtlichen Eigenanteil bezahlt.“ Dr.R. aus H.

Suchen Sie den Schuldigen für solche Vorwürfe also nicht beim Landesverband der Krankenkassen, sondern suchen Sie in unseren Reihen!!

Zum eigentlichen Kernpunkt meiner Aussagen: Kostenerstattung/Sachleistung

Das Argument für die Kostenerstattung lautet immer: Wir müssen heraus aus der Sachleistung. Hat eigentlich jemand den Kollegen mal erklärt, was Sachleistung ist, und ob sich Sachleistung ändert, wenn der Zahlungsfluß ein anderer ist? Nach meiner Kenntnis ist ZE und KFO eine Leistung, die als Sache

voll von der Solidargemeinschaft zur Verfügung gestellt und eben von dieser Solidargemeinschaft voll bezahlt wird. Wenn das Motto heißt: Raus aus der Sachleistung, dann liegen wir zumindest beim ZE zur Hälfte falsch mit unserer Argumentation.

Vom Patienten bezahlt heißt für uns Kostenerstattung, also keine Sachleistung.

Was bisher über die KZV abgerechnet wurde, hieß Sachleistung. *Und wie heißt die Angelegenheit jetzt, wenn wir jetzt über die KZV abrechnen?*

Da wir beschlossen haben, daß Härtefälle, BVG, Bundeswehr usw. *ausschließlich über die KZV abgerechnet werden, haben wir für diesen Bereich also Sachleistung* und damit **im Bereich Prothetik eine Zwitterstellung** geschaffen. Egal also ob duales System, reine Kostenerstattung oder Sockellösung - ein Teil der Prothetik bleibt immer Sachleistung. Was soll also die Haarspalterei über Sachleistung? Für mich und für viele andere ist die Kostenerstattung eigentlich eine **Sachleistung mit einem erschwerten Inkasso** geblieben - nichts anderes!

Ich höre sogleich das Argument Dekkelung, Pauschalierung, Plafondierung. Ich denke, da befinden wir uns *auch* auf dem Holzwege, wenn wir glauben durch die Kostenerstattung diesem drohenden Dirigismus zu entgehen. Egal ob der Zahlungsfluß über die KZV oder über den Patienten an den Zahnarzt geht, es

wird immer feststellbar sein, welche Aufwendungen die Krankenkassen für diese Art zahnärztlicher Therapie erbringen.

Im GRG ist im § 30 bekanntlich festgelegt, daß die Zuschüsse im Jahre 1990 50 v.H. der Jahre '86 und '87 nicht übersteigen dürfen. Am Rande sei vermerkt, daß die Jahre '86 und '87 magere Jahre gewesen sind, wie jeder anhand seiner eigenen Abrechnung feststellen kann. Nicht zuletzt haben die Zahnärzte durch eine konsequente Therapie Einsparungen von ca. 2 Milliarden erreicht.

Wenn also dieses durch das GRG vorgegebene Quantum voll ist, so trifft das die Zahnärzte zwar nicht direkt, weil ja dann nur die Zuschüsse an den Patienten erschöpft sind. Indirekt aber wird es die Zahnärzte dadurch treffen, daß wohl kaum ein Patient noch zur prothetischen Behandlung kommt, wenn er weiß, daß er für das laufende Jahr von der Krankenkasse keinen Zuschuß mehr erhält oder er damit rechnen muß, daß der Prozentsatz der Zuschüsse weiter abgesenkt wird.

Daß die Patienten eine notwendige Therapie bei geringen Zuschüssen der Krankenkasse hinausschieben, dürften Sie alle hier im Saal in Ihrer eigenen Praxis schon bemerkt haben.

Ich komme zum Schluß.

Sie haben es bemerkt, daß ich in meinen Ausführungen mit Kritik nicht spare. Ich möchte das Rednerpult aber auch nicht verlassen ohne Vorschläge zu

machen, was in Zukunft besser laufen sollte.

Die Devise muß lauten, daß mit Verhandlungspartnern sachlich festzulegen ist, was finanziell machbar ist. Die finanzielle Belastung der Patienten ist sorgfältig abzuwägen, ein in dieser Sache Vor-den-Kopf-Stoßen bringt uns allenfalls leere Wartezimmer.

Sozial vertretbare Lösungen werden uns auf Bundesebene durch die erweiterte Sockellösung angeboten. *Den Patienten interessiert nicht, was Sachleistung ist, sondern was er an den Zahnarzt bezahlen muß.* Durch eine Forderung nach reiner Kostenerstattung legen wir uns unnötig Steine in den Weg und tragen letztlich dazu bei, daß der Ärger in den Zahnarztpraxen immer größer wird.

Gehen wir nicht vorbei an den Interessen unseres Berufsstandes und an den

Meinungen der Kollegen, die sich oft aus Bequemlichkeit, Ängstlichkeit oder vielleicht auch Unvermögen nicht öffentlich oder in einem Standespolitischen Gremium äußern können.

Wie wäre es, wenn wir tatsächlich einmal eine Meinungsumfrage machten? Wenn wir feststellen müßten, daß die Sockellösung im Lande gewünscht wird, dürften wir als Standespolitiker uns diesen Forderungen nicht verschließen.

Und zu allerletzt fordere ich Sie auf - nehmen Sie die Meinung Andersdenkender mit auf in das politische Konzept des Freien Verbandes, damit die schweigende Mehrheit nicht beginnt uns davonzulaufen.

*Anschrift des Verfassers:
R. Michael Dreykluft
Obstmarkt 5
8600 Bamberg*

*Die Berufspolitik des zentralistisch
geführten Kampfverbandes hat uns
in die Sackgasse geführt.*

Darum

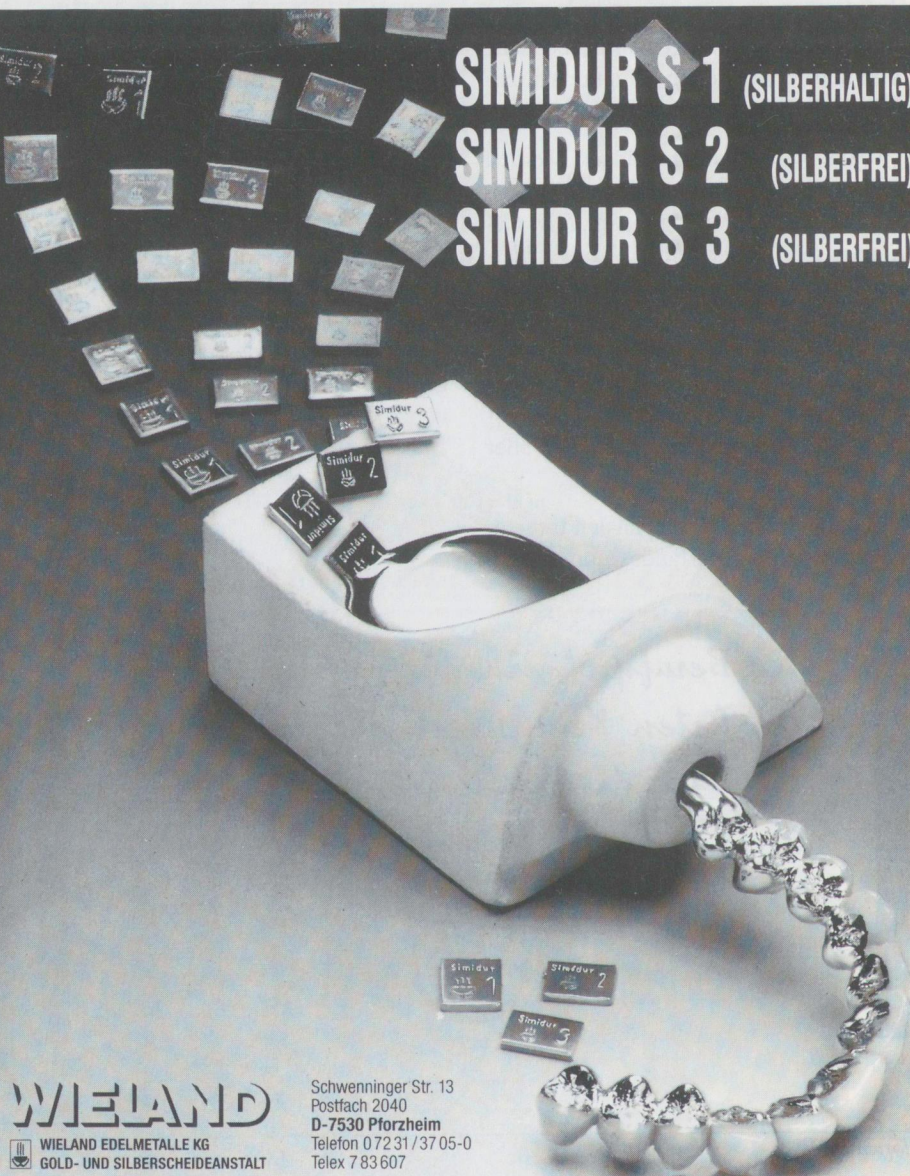


LEGIERUNGEN FÜR DIE RICHTLINIENGERECHTE PATIENTEN-VERSORGUNG

SIMIDUR S 1 (SILBERHALTIG)

SIMIDUR S 2 (SILBERFREI)

SIMIDUR S 3 (SILBERFREI)



WIELAND

WIELAND EDELMETALLE KG
GOLD- UND SILBERSCHNEIDANSTALT

Schwenninger Str. 13
Postfach 2040
D-7530 Pforzheim
Telefon 0 72 31 / 37 05-0
Telex 7 83 607

Alter Mist von alten Säcken

Zur Grundsatzklärung des FVDZ-Vorsitzenden Bieg

K. Müller

Es ist wohl so, daß der DAZ die Pflicht hat, sich kommentierend zu äußern, wenn aus dem Olymp des Freien Verbandes pompöse Grundsatzklärungen verkündet werden. Aber der standespolitischen Stallwache sei eine Vorbemerkung erlaubt:

wenn man auf der Suche nach den sachlichen Inhalten des Bieg'schen Elaborates eine solche Menge von Wortmüll zur Seite räumen-, wenn man sich durch das reaktionäre Gedröhne von „Führungskultur“, „Perversion des Sozialstaates“, „falsches Harmoniebedürfnis“ ect. hindurchekeln mußte, sei einem wenigstens gestattet, sich mit einer Titelzeile zu revanchieren, der es vielleicht an Seriosität gebricht, der man aber wenigstens kein falsches Harmoniebedürfnis nachsagen kann.

Zur Sache: Mitte Juni hat H. Bieg in einem Rundschreiben an alle kassenzahnärztlichen Mandatsträger der Bundesrepublik eine Grundsatzklärung verschickt. Anlaß dafür waren wohl die

tiefgehenden Meinungsverschiedenheiten, die auch das eigene Lager spalten und die den Weg der Kostenerstattung betreffen. Im Stil der Bauernverbandspräsidenten der 50iger Jahre versucht Bieg die bröckelnden Fraktionen wieder auf seinen Weg einzuschwören. Nachdem zu befürchten steht, daß die Bieg-Bulle zumindest für einen hohen Prozentsatz unserer Funktionäre zum Richtungspapier werden wird, müssen wir uns damit auseinandersetzen.

„Die Geschichte ... zeigt, daß die gesetzliche Grundlage der Zahnärzteschaft und ihrer Körperschaften, für sich allein betrachtet, zu einer politischen Perspektivlosigkeit führt.“

Bieg reklamiert in der Folge die Verdienste des FVDZ für die freie Berufsausübung, beklagt die Verführbarkeit der Zahnärzteschaft in den 70iger Jahren („totale“ Prothetik- und KFO-Verträge) und fährt dann fort:

„Dies zeigt sich heute, wo der Widerstand gegen eine mutige und weitblickende Politik der Zahnärzteschaft nicht etwa erst - wie es verständlich wäre - , bei den uns umgebenden Kräften, sondern ... in den eigenen Körperschaften beginnt, bis zu der Auswirkung einer stillen oder offenen Obstruktion im KZVB-Vorstand.“

Da ist es wieder, das alte - neue Gedankengut! Die Körperschaften sind zu nichts zu gebrauchen! Sie sind ja von der Gesellschaft per Gesetz Regeln unterworfen. Kein Platz für Mut und Weit-

blick! Im Gegenteil, dort in diesen Gebilden wird der Dolchstoß vorbereitet -

„so wird der Arzt zum Zuteilungsfunktionär und das Arzt/Patienten-Verhältnis zum Spielball fremder Interessen... Nur die Vertretung der Zahnärzteschaft glaubt an vielen Stellen noch, sich im alten Stil durch Tagespolitik arrangieren zu können. Dagegen ist es höchste Zeit zu erkennen: Diese Standespolitik (Opas Standespolitik) ist tot!“

Dabei gilt es, die unauflösliche Verknüpfung von Personal- und Sachpolitik zu beachten:

Nur wenn die Körperschaften bis an die äußerste Grenze des ihnen zugemessenen Bewegungsraumes oder sogar darüber hinaus mit einer gesundheitspolitisch und an einer konsequenten Interessenvertretung orientierten und in sich einigen Mannschaft besetzt sind, besteht angesichts der verfahrenen Sozialpolitik aller Bundesregierungen... heute noch eine Chance, eine freie und funktionierende zahnärztliche Praxis zu erhalten.

(Hervorhebg. d.d. Verf.)

Man muß einfach einmal eine längere Passage zitieren, damit man diese Rundschlag-Aggressivität, dieses Bramarbasieren und dieses entlarvende Vokabular mitkriegt. Inhaltlich hat er nicht viel gesagt - nur daß man sich auch ein wenig über die Legalität hinausbewegen kann, wenn man sich einig ist - nichts neues also!

Es folgt die Ankündigung unausweichlicher apokalyptischer Verhältnisse, Hoffnungslosigkeit-

„nicht einmal eine Aussicht, in einem staatlichen Gesundheitssystem einen rechtlich noch irgendwie geschützten subalternen Platz zu erkämpfen.“

Selbst da muß er noch kämpfen.- Okay, die Analyse ist abgeschlossen, Männer - wir stecken im Dreck, umgeben von Feinden, durchsetzt von Verrätern, enttäuscht von unseren Göttern aus der Adenauerzeit (**kurzer Wink zur Empore-Fanfaren!**).

„Die Zahnärzteschaft benötigt dafür - eine wesentlich bessere Führungskultur“

Doch, doch, steht genauso drin - keine Hinzufügungen, Ehrenwort! Ist ja auch ganz einfach. Warum soll man heutzutage nicht ein bisschen schönhubern? Bringt Stimmen und macht so ein warmes Gefühl überm Koppel! Das war aber noch lange nicht alles...

(Pauken! Pam Pam Pam, Pam Pam Pam, Pam Pam Pam Pam, Flakscheinwerfer auf ein Transparent!)

*„Die erforderliche Führungskultur
1. Alle Einzelentscheidungen in zahnärztlichen Gremien müssen sich an diesen langfristigen Zielen orientieren. Einmal beschlossene Programme müssen mit Überzeugung vertreten und konsequent umgesetzt werden.*

Das größte Hemmnis dabei ist das fal-

sche Harmoniebedürfnis mit dem sogenannten Vertragspartner...“

Es waren bis zu diesem Punkt keine langfristigen Ziele erwähnt worden, mit Ausnahme der Feststellung, daß es so nicht weitergehen kann - aber es klingt stark. **Mit Überzeugung vertreten, Leute - kann doch nicht so schwer sein! Konsequenter umsetzen, sogenannter Vertragspartner, zeigen was eine Harke ist, diesen miesen Typen, mal von der Maas bis an die Memel jagen, klar?**

Klar! Können Sie noch? Jetzt kommt die aktiv betriebene Sozialbindung und die Demonstration unserer Verantwortungsbereitschaft. **Es geht ja nicht um uns! Tun wir doch nur alles für Euch! Für die Patienten, ja - Kinder, alte Mütterchen und so!**

„Körperschaften können in dem ihnen aufgezwungenen Zielkonflikt zwischen gesetzlichen und politischen Zwängen einerseits und der Sicherstellung einer funktionierenden zahnärztlichen Versorgung andererseits, sich von einer bestimmten Grenze an nur noch für das letztere, also für den Schutz des Arzt/Patienten-Verhältnisses entscheiden. Sie müssen dafür jeden Konflikt mit der politischen Ebene auf sich nehmen, und zwar mit allen Konsequenzen.

Anders lassen sich dem Gesetzgeber... die Folgen ihrer dirigistischen und patientenfeindlichen Politik nicht vor Augen führen!“

Wir wollen über all dem Gedöns nicht vergessen, worum man sich bei Zahnarzts im Augenblick hauptsächlich streitet: um die Frage nämlich, ob die Patienten die Gesamtkosten für ihren Zahnersatz direkt an uns bezahlen oder nur ihren Anteil von 40%.

Die Politik der Zahnärzteschaft muß von den Zahnärzten selbst bestimmt werden, nicht von den Kräften der Verwaltung.

„Wie die Diskussion um die Kostenerstattung zeigt, haben nicht selten die Eigeninteressen der Verwaltung die Vorstände dominiert... Hier zeigt sich einmal mehr, wie falsch es ist, Berater in Lebensstellungen in Körperschaften vom eigenen Risiko freizustellen, statt von ihnen Leistungen für die Zahnärzte zu fordern und diese zu belohnen...“

Was soll man dazu sagen? Die Körperschaften sind halt vom Gesetzgeber nicht allein als Zahnärztelobby gedacht, deshalb sind sie auch Körperschaften des öffentlichen Rechts. Doch, das weiß er schon, der Herr Bieg, es paßt ihm nur nicht. Wie er es schaffen will, daß Berater, die nach dem „hire and fire“-Prinzip beschäftigt werden, zu Know-How und Erfahrung gelangen, verschweigt er uns auch. Er hat ja offensichtlich auch keine solchen.

„Die Zahnärzteschaft muß sich in ihrer Selbstverwaltung von einer Verkrustung der Apparate befreien...“

Wer wird ihm widersprechen? Bieg beklagt hier, daß Verwaltungen mit Beamtenrechten und Funktionäre, die nicht in ihre Praxen zurückfinden vom Übel sind. Sind sie!

„Für die Standesvertretung in allen Gremien, einschließlich des Freien Verbandes, bedarf es einer tiefgreifenden und permanenten Verjüngung. Entweder wir übertragen Verantwortung rechtzeitig an die jüngeren Generationen, oder wir werden zu Recht ihr Vertrauen verlieren.“

Das schreibt ein Altfunktionär, der einer Politik der verbrannten Erde das Wort redet, der sich leidenschaftlich darum bemüht, jeglichen Bewegungsspielraum der für die Zahnärzteschaft zwischen den Interessengruppen noch bestehen mag, zu beseitigen! Schickt ihn in seine

Praxis zurück, ihr Kolleginnen und Kollegen im FVDZ! Haltet ihm seine eigenen Worte vor:

„Unersetzlich ist der bewußt freiberufliche, politisch motivierte und dafür in seiner Praxis auch persönlich handlungsbereite Zahnarzt“

Über die „freiheitliche gesundheitspolitische Perspektive“ des Herrn Bieg möchte ich Ihnen im nächsten Heft berichten - man soll von so reichhaltiger Kost nicht zuviel auf einmal genießen, damit die Gallenproduktion in ihrem „zugemessenen Bewegungsraum“ bleibt.

*Anschrift des Verfassers:
Dr. Kai Müller
Hauptstraße 26
8031 Seefeld*

*Die Instinktlonigkeiten des FVDZ haben uns
Zahnärzten viel Sympathien gekostet!
Wir brauchen Freunde!*

Darum:





*echte Partnerschaft



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

Informieren Sie sich und testen Sie uns!

DORNBERGER

Büro- und Computertechnik GmbH

Margaretenstr. 14 a • 8400 Regensburg

Tel.: 09 41/2 40 56

Kopierer • Faxgeräte • Schreibsysteme
Anrufbeantworter • Diktiergeräte

DAZ-Presseinfo Nr. 9

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) begrüßt den Tarifabschluß zwischen der sogenannten „Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen des Hilfspersonals der Zahnärzte“ und den Vertretern der Zahnärzthelferinnen mit einer Gehaltserhöhung um 9%. Ebenso wurde das Ärgernis einer ungleichen Behandlung von Zahnarzt- und Ärzthelferinnen endlich beseitigt.

Diese Maßnahmen stellen einen ersten Schritt dar, die Attraktivität des Berufes zu erhöhen und junge Mädchen zu motivieren, Zahnärzthelferin zu werden. Dringend erforderlich ist aber auch eine weitere Qualifizierung des Berufsbildes, das auch Perspektiven für ein definiertes eigenverantwortliches Handeln aufzeigt.

Als unverantwortlich und arrogant wird die Reaktion des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ) beurteilt, die diese - längst überfällige - Gehaltsanpassung und Arbeitszeitverkürzung auf 39 Stunden als betriebswirtschaftlich unvertretbar erklärt und das Ansehen des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte (BDZ) gefährdet sieht.

Nach Ansicht des DAZ wird das wachsende Problem fehlender Mitarbeiterinnen nur zu bewältigen sein, wenn an-

spruchsvolle Qualifikationsanforderungen an unsere Mitarbeiterinnen durch zeitgemäße und großzügige Rahmenbedingungen begleitet werden. Kleinliche und egoistische Arbeitgeberpositionen werden einer zukunftsfähigen „professionellen Partnerschaft“ nicht gerecht.

Wiedergewinnung

ärztlicher Autorität

Wiederherstellung

des Ansehens unseres
Berufsstandes

Wiederaufbau

des politischen Einflusses

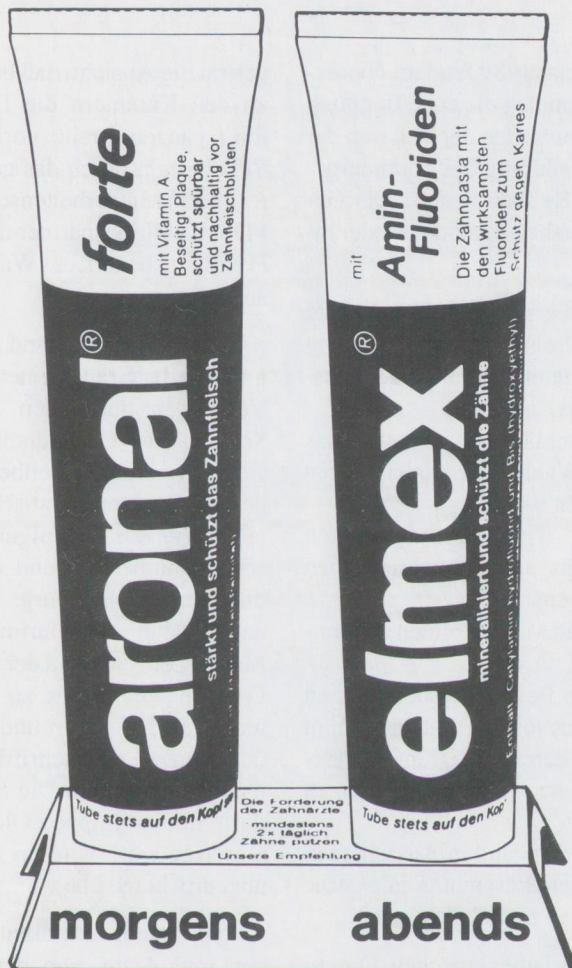
Darum



Der medizinische Schutz

für das
Zahnfleisch

für die
Zähne



Spezialisten bieten wirksamen Schutz

Produkte aus der elmex Forschung

Fraktion der Grünen im Niedersächsischen Landtag bringt Gesetzentwurf zur Änderung des Kammergesetzes für die Heilberufe ein

Am 16. Februar 1989 fand im Niedersächsischen Landtag die erste Beratung eines Gesetzentwurfes der Fraktion der Grünen zur Änderung des Kammergesetzes für die Heilberufe statt. Der Gesetzentwurf sieht folgende Änderungen vor:

1. Das reine Persönlichkeitswahlrecht wird durch ein Verhältniswahlrecht mit Elementen des Persönlichkeitswahlrechtes abgelöst.
2. Wahlvorschläge können nur für das gesamte Wahlgebiet Niedersachsen eingereicht werden.
3. In jedem Wahlvorschlag müssen mindestens zwei BewerberInnen benannt sein.
4. Frauen und Männer bilden getrennte Listen.
5. Unter den BewerberInnen müssen mindestens so viele Frauen benannt sein wie deren Anteil an der Gesamtheit der Kammerangehörigen entspricht.
6. Minderheiten sind in Ausschüssen und bei der Entsendung in externe Gremien zu berücksichtigen.

Im ersten parlamentarischen Durchgang sah der Sozialminister den Minderheitenschutz auch beim Persönlichkeitswahlrecht voll gesichert. Die CDU

vertrat die Ansicht, daß bei den Wahlen zu den Kammern die Demokratie in ihrer ganzen Breite vorliege. Für die SPD besteht durch das geltende Wahlrecht kein Minderheitenschutz. Auch die FDP, Koalitionspartner der CDU, sieht Handlungsbedarf, das Wahlverfahren zu ändern.

Am 24. Mai 1989 fand zur Gesetzesinitiative der Grünen eine Anhörung von Verbänden durch den Ausschuß für Sozial- und Gesundheitswesen statt. Geladen waren die Heilberufskammern, der Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte, die Vereinigung Demokratische Zahnmedizin und die DAZ Studiengruppe Oldenburg. Der DAZ bedauert, daß der Hartmannbund, der Marburger Bund und der Freie Verband Deutscher Zahnärzte zu der Anhörung nicht geladen waren und nur aufgefordert wurden, eine schriftliche Stellungnahme abzugeben. Die Stellungnahme der Studiengruppe Oldenburg zum Gesetzentwurf wird in diesem *forum* abgedruckt (S. 206).

Vom Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte, von der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin und vom DAZ wurde die Initiative der Grünen begrüßt. Für die Heilberufskammern

folgt das Persönlichkeitswahlrecht den idealen Vorstellungen eines demokratischen Wahlsystems. Die Heilberufskammern sahen sogar die Gefahr der Majorisierung der Mehrheit durch vermeintliche Minderheiten.

Der Hauptgeschäftsführer der Zahnärztekammer äußerte, daß Minderheiten berücksichtigt werden müßten. Die Vereinigung Demokratische Zahnmedizin und der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde würden von der Zahnärztekammer allerdings als extreme Splittergruppen betrachtet.

In der Juni-Ausgabe des Niedersächsischen Zahnärzteblattes nahmen die Gesetzesinitiative der Grünen und die Anhörung breiten Raum ein:

- Abgedruckt wurde der Bericht des Kammerpräsidenten vor der Kammerversammlung, in dem u.a. zum Gesetzentwurf Stellung bezogen wurde: „...Nach der Begründung des Gesetzentwurfes ist Ziel der vorgelegten Novelle: Die Stärkung der Rechte demokratischer Minderheiten. Nachdem die linken Verbände bei allen Körperschaftswahlen in Niedersachsen ohne Mandat blieben und stimmenmäßig weit abgeschlagen wurden, versucht man es jetzt andersherum. Es soll das bisher geltende reine Persönlichkeitswahlrecht durch ein Verhältniswahlrecht abgelöst werden...“

- Abgedruckt wurde die einheitliche Stellungnahme der Heilberufskammern.

- Abgedruckt wurde eine Mitteilung „Landtagsausschuß verärgert Zahnärzte“ des Nachrichtendienstes „Nordreport“, der immer ein offenes Ohr für den FVDZ hat.

- Abgedruckt wurden die Beschlüsse der Landesversammlung des FVDZ vom 27. Mai 1989. Im Beschluß Nr. 2 wurde mit der Anhörung hart ins Gericht gegangen:

„Die Landesversammlung Niedersachsen des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte nimmt mit Befremden zur Kenntnis, daß der Freie Verband nicht zur öffentlichen Anhörung über eine Änderung des Kammergesetzes für die Heilberufe am 24.5.89 vor dem Ausschuß Sozial- und Gesundheitswesen im Landtag eingeladen worden ist.

Sie sieht darin eine elementare Verletzung demokratischer Grundsätze, wenn Splittergruppen - wie die Vereinigung Demokratische Zahnmedizin mit gerade einer handvoll Mitgliedern und der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde mit nur 70 Mitgliedern in Niedersachsen - Stellungnahmen vor dem Landtagsausschuß abgeben konnten und dem Landesverband Niedersachsen des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte mit 2600 Mitgliedern diese Gelegenheit nicht eingeräumt wurde. Aus diesem Grunde konnte sich der Freie Verband auch nicht gegen mehrfach diffamierende Angriffe während der öffentlichen Anhörung zur Wehr setzen.

Der Ausschuß für Sozial- und Gesundheitswesen hätte besser daran getan, die

Interessenverwalter für einen freien Berufsstand zur beabsichtigten Änderung des Wahlgesetzes für Heilberufe anzuhören.“

Die laufende Legislaturperiode des Niedersächsischen Landtages endet im Mai 1990. Eine Wahlrechtsänderung

scheint bis dahin äußerst zweifelhaft. Der neue Niedersächsische Landtag wird sich daher mit der Änderung des Kammergesetzes für die Heilberufe beschäftigen müssen. Es bleibt abzuwarten, ob dem FVDZ bei weiterer schroffer Ablehnung einer Wahlrechtsänderung mehr Gehör geschenkt wird.

Stellungnahme des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde, Studiengruppe Oldenburg, zum Gesetzentwurf der Fraktion der Grünen im Niedersächsischen Landtag zur Änderung des Kammergesetzes für die Heilberufe

M. Witte

Zunächst einige Anmerkungen zum Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ):

Der DAZ wurde 1979 in Bayern gegründet. Die Studiengruppe Oldenburg besteht seit 5 Jahren. Sie hat über 20 Mitglieder. In Niedersachsen sind über 70 Mitglieder eingetragen. Die Studiengruppe Oldenburg nahm an der Kammerwahl 1985, an der Wiederholungswahl 1985, an der Wahl zur Vertreterversammlung der KZV Niedersachsen 1988 und an der Kammerwahl 1989 teil.

Der DAZ setzt sich ein für:

1. eine Intensivierung der Prophylaxe

nach Maßgabe der wissenschaftlichen Erkenntnisse,

2. qualitätssichernde Maßnahmen, insbesondere die Umstellung der Wirtschaftlichkeitsprüfung von quantitativen auf qualitative Kriterien,
3. eine Öffnung der Körperschaftsgremien und -medien für alle Kollegen und eine Aufhebung des Meinungsmonopols des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte,
4. eine Änderung der Ausbildungsinhalte der Zahnärzte zu Lasten der technischen Fächer und zu Gunsten

der prophylaktischen, gesundheitsfördernden,

5. eine praxisnahe Fortbildung und
6. eine konstruktive Zusammenarbeit mit den Vertragspartnern.

Die Konkurrenz der Parteien und der Schutz von Minderheiten sind Prinzipien demokratischer Wahlordnungen. Ein Minderheitenschutz ist beim geltenden Persönlichkeitswahlrecht nicht vorhanden. Das Persönlichkeitswahlrecht in der jetzigen Form hindert auch relativ starke Minderheiten an einer Mitarbeit in der Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen.

Bei der letzten Kammerwahl erhielten die Kandidaten der Studiengruppe Oldenburg des DAZ 233 von insgesamt 939 der abgegebenen Stimmen - das sind 24,8%. Es reichte durch das bestehende Persönlichkeitswahlrecht nicht für ein von vier in der Bezirksstelle Oldenburg zu vergebenden Mandaten. Dies ist dadurch bedingt, daß jeder Wahlberechtigte so viele Kandidaten wählen kann, wie Deligierte des Bezirks entsandt werden.

In der Bekanntmachung der Ergebnisse der letzten Wahl zur Kammerversammlung der Zahnärztekammer Niedersachsen im Niedersächsischen Zahnärzteblatt (April 1989) wurden die Mitglieder der Versammlung und die Ersatzleute in den einzelnen Bezirksstellen ohne die Angabe der Stimmenzah-

len aufgelistet. Dem Leser wurden zudem konkurrierende Listen nicht bekannt gemacht, so daß der Eindruck entstand, alle Kandidaten hätten sich auf einer Einheitsliste um ein Mandat beworben. Diese Darstellung eines Wahlergebnisses kann bei keiner demokratischen Partei auf Zustimmung stoßen. Der Redaktionsausschuß des Niedersächsischen Zahnärzteblattes begründete diese Darstellung des Wahlergebnisses mit Platzmangel. Platz für eine Anzeige des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte war hingegen vorhanden.

Die Kammerversammlung sollte die tatsächlichen Verhältnisse widerspiegeln. Können Wahlordnungen das nicht gewährleisten, müssen sie geändert werden. Die Initiative dazu sollte von der Zahnärzteschaft selbst ausgehen. Es wäre ein Nachweis politischer Reife und die Bestätigung einer funktionierenden Selbstverwaltung, wenn dieser Demokratisierungsprozeß intern angestrebt worden wäre.

Da die Selbstverwaltung keine Änderung der Wahlordnung herbeiführt, sind Regelungen durch den Gesetzgeber erforderlich. Die DAZ-Studiengruppe Oldenburg begrüßt daher grundsätzlich die Initiative der Fraktion der Grünen, das Kammergesetz für Heilberufe zu ändern.

Zu den Änderungsvorschlägen machen wir folgende Anmerkungen:

1. Wir beurteilen die in § 17 vorgesehene Einführung des Verhältnis-

wahlrechts mit den Elementen des Persönlichkeitswahlrechts positiv, da sie dem Minderheitenschutz Rechnung trägt. Die Verhältniswahl entspricht einem pluralistischen Demokratieverständnis.

2. Wahlvorschläge, die von mindestens 2 BewerberInnen eingereicht werden müssen, sind im Entwurf für das gesamte Land vorgesehen. Nach unserer Ansicht sollten auch Einzelbewerber Berücksichtigung finden.
3. Der Entwurf stellt nicht sicher, daß alle Regionen hinreichend in den Versammlungen repräsentiert sein werden. Wir schlagen deshalb regionale Listen vor, wobei die vorgegebene Gliederung in Form von Bezirksstellen zu kleinteilig wäre. Eine sinnvolle Zusammenfassung sollte möglich sein. Ein Minderheitenschutz wäre z.B. in Bezirken wie Ostfriesland oder Wilhelmshaven auch bei Einführung des Verhältniswahlrechts nicht gewährleistet, da dort jeweils nur zwei Mitglieder zur Kammerversammlung zu wählen sind.
4. Bei der Aufstellung von Wahlvorschlägen müssen Frauen angemessen berücksichtigt werden. Der DAZ teilt den Wunsch, eine Repräsentation der Frauen in den Kammerversammlungen entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtheit der Kammerangehörigen zu erreichen.

Jedoch findet die Trennung nach Listen für Frauen und Männer und die Quotierung in einer gesetzlichen Regelung auch bei den Frauen unserer Studiengruppe (Gruppenanteil 30%) keine Zustimmung. Der Demokratisierungsprozeß muß innerhalb der Verbände einsetzen. Bei der letzten Kammerwahl wurde nur eine Kollegin Mitglied in der Kammerversammlung und eine Kollegin Ersatzfrau. Eine angemessene Repräsentation der Frauen auf Listen des Freien Verbandes hätte ein anderes Bild in der Kammerversammlung zur Folge. Bei der letzten Kammerwahl trat die Studiengruppe Oldenburg mit zwei Spitzenkandidatinnen und die Studiengruppe Elbe-Weser mit einer Spitzenkandidatin an.

5. Wir begrüßen die Änderungsvorschläge zu den § 22a, 23 und 24, die die Gruppenbildung in der Kammerversammlung ermöglichen, das Nominationsverfahren bei der Bildung der Ausschüsse vorsehen und die verhältnismäßige Gruppenbeteiligung an der Entsendung von KammervorteilernInnen in externe Gremien berücksichtigen.

Was in anderen Bundesländern wie beispielweise Nordrhein-Westfalen praktiziert wird, sollte auch in Niedersachsen realisierbar sein. Am 23. November 1988 verabschiedete der Landtag des Landes Nordrhein-Westfalen ein neues Heilberufegesetz, das den Wahl-

vorgang mit Anwendung des Verhältniswahlrechts zeitgemäß anpaßt. Einzelpersonen wird die Kandidatur ermöglicht. Listenwahlvorschläge müssen eine Kurzbezeichnung (Kennwort) enthalten, die bis zu fünf Wörter umfassen darf. Vereinigungen von mindestens fünf von Hundert der Mitglieder der Kammerversammlung können Fraktionen bilden, die nach dem prozentualen Anteil in den Ausschüssen und bei den Delegierten zur BDZ-Hauptversammlung zu berücksichtigen sind.

Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte bestimmt die Berufspolitik der niedersächsischen Zahnärztinnen und Zahnärzte. Seine Einstellung zu oppositionellen Gruppierungen formulierte der Landesvorsitzende des Landesverbandes Niedersachsen des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte 1987 im Niedersächsischen Zahnärzteblatt:

„Niemand hat etwas gegen Randgruppen; sie gehören zur Demokratie. Über Gebühr politisch aufgewertet können sie aber zu einer Gefahr für die Mehrheit werden. Deshalb ist es ... notwendig, die bewiesene Geschlossenheit unseres Berufsstandes zu verteidigen und Randgruppen eine eindeutige Absage zu erteilen.“

Jede Art von Opposition wird als lästig und standesschädigend empfunden. Es ist dringend geboten, durch die Einführung des Verhältniswahlrechts kritisches Mitdenken in der Kammerversammlung zuzulassen. Die aktive Teilnahme von Minderheiten an Entscheidungsprozessen

sen kann sich nur positiv auswirken und zu gegenseitig differenzierter Sicht führen. Der DAZ und nach unserer Kenntnis auch keine andere Gruppierung werden auf absehbare Zeit mehrheitsfähig sein. Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte kann auch bei der Einführung des Verhältniswahlrechts einer satten Mehrheit sicher sein. Umso unverzichtbarer erscheint es, auch kritische Impulse, unkonventionelle Vorschläge und Angebote in die berufspolitische Diskussion einfließen zu lassen.

Der Ansatz einer „Meinungsvielfalt“ im Niedersächsischen Zahnärzteblatt ließe sich leicht durch Abdruck dieser Stellungnahme beweisen. Im Vorfeld der heutigen Anhörung war im April-Heft Platz genug vorhanden, gegen die Novelle zur Änderung des Kammergesetzes Meinung zu machen.

Dr. Manfred Witte
Hunoldstr. 62 c
2906 Hundsmühlen

Gesundheitspolitik durch Kompetenz und Verantwortung mitgestalten

Darum



Gesunde Zähne



Jetzt Kassen-
erstattungsfähig!

Zymafluor[®]

Dosierungs-Tabelle

Altersgruppen	täglich 0,25 mg	täglich 0,7 mg	täglich 1,0 mg
0 bis 1 Jahr	○		
2 bis 3 Jahre	○ ○		
4 bis 5 Jahre		○	
ab 6 Jahre bis einschl. Erw.			○

Zusammensetzung: Zymafluor 0,25 mg: 1 Tablette enthält 0,553 mg Natriumfluorid (entsprechend 0,25 mg Fluorid). Zymafluor 0,7 mg: 1 Tablette enthält 1,548 mg Natriumfluorid (entsprechend 0,7 mg Fluorid). Zymafluor 1 mg: 1 Tablette enthält 2,210 mg Natriumfluorid (entsprechend 1 mg Fluorid). **Indikationen:** Zur Vorbeugung gegen Zahnkaries. **Kontraindikationen:** Keine, soweit die Fluoridkonzentration des Trinkwassers bestimmte Grenzen in Abhängigkeit vom Lebensalter nicht überschreitet. **Nebenwirkungen:** Wird eine höhere als die empfohlene Dosis über einen längeren Zeitraum (Monate) eingenommen, kann es zu einer fleckigen Veränderung des Zahnschmelzes kommen. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Die gleichzeitige Zufuhr von Calcium- und Magnesiumverbindungen wie auch die gleichzeitige Einnahme von Milch und Milchprodukten vermindert die Resorption von Fluorid.

Dosierungsanleitung und Art der Anwendung: Die Dosierung ist abhängig vom Fluoridgehalt des Trinkwassers und vom Lebensalter des Kindes. Soweit nicht anders verordnet, ist folgende Dosierung einzuhalten: Säuglinge und Kinder mit 1 Jahr: Täglich 1 Tablette Zymafluor 0,25 mg, Kinder mit 2 und 3 Jahren: Täglich 2 Tabletten Zymafluor 0,25 mg, Kinder mit 4 und 5 Jahren: Täglich 1 Tablette Zymafluor 0,7 mg, Kinder ab 6 Jahren und Erwachsene: Täglich 1 Tablette Zymafluor 1 mg. Die angenehm schmeckenden Tabletten soll man langsam im Mund zergehen lassen, am besten nach dem abendlichen Zähneputzen; sind die Kinder dazu noch zu klein, sollen sie die Tabletten kauen oder einfach schlucken. **Handelsformen und Preise:** Zymafluor[®] 0,25 mg 250 Tabletten DM 7,60; 1000 Tabletten DM 18,43; Zymafluor[®] 0,7 mg 250 Tabletten DM 10,45; 1000 Tabletten DM 25,60; Zymafluor[®] 1 mg 250 Tabletten DM 12,45; 1000 Tabletten DM 27,95; Stand: April '89

Offensiv in die Schadstoff-Entsorgung!

A. Maurer

Nachdem sich das *forum* Nr. 25 eingehend mit der Toxizität des Amalgams bzw. des Quecksilbers befaßt hat und auch in dieser Ausgabe (S. 224) das Problem behandeln wird, soll hier die Entsorgung der Hg-Abfälle diskutiert werden.

Amalgam gehört nicht in den Kehricht oder in das Abwasser! Realistische Schätzungen gehen von 20 t Quecksilber / Jahr aus, die über unsere Praxen in den Müll oder in die Kläranlagen gelangen. Eine Konzentration - wie in München - von etwa 5 mg Hg/kg-Klärschlamm-Trockenmasse läßt den Schlamm zum Sondermüll werden, der nicht mehr auf die Felder gebracht werden darf. Untersuchungen, die öfter zitiert werden und die nachweisen sollen, daß aus Praxen so gut wie kein Hg ins Abflußsystem gelangt, sind nicht stichhaltig, da üblicherweise aus der Menge des Silbers auf die Hg-Menge hochge-

rechnet wird, aber Silber relativ frühzeitig im Leitungssystem sedimentiert. Proben zur Hg-Bestimmung wurden aber bisher aus zentralen Wasserabflüssen gezogen, wo bereits eine willkürliche Verdünnung stattgefunden hat. Direkte Hg-Analysen sind nur schwer durchführbar.

Durch bakterielle Zersetzung und Korrosion geben diese Amalgampartikel aber laufend Hg-Ionen ab bzw. das schwer nachweisbare Methylquecksilber. Organische Hg-Verbindungen wiederum werden in Pflanzen und Kleintieren gespeichert und befinden sich somit in der Nahrungskette, wo sie als fettlösliche Substanzen auch vom Menschen leicht aufgenommen werden.

Die andere, für Praxismitarbeiter noch wichtigere Hg-Form ist der Dampf, der über die Atmungsorgane gut ins Blut diffundiert. Auf jeden Fall baut sich freigesetztes Quecksilber in der Natur so gut wie nicht ab und stellt für Menschen ein ganz beträchtliches Umwelt-

gift dar. Wenn also Zahnärzte pro Jahr etwa 20 t Hg in die bundesdeutschen Münder implantieren, muß man davon ausgehen, daß der größte Teil auch wieder einmal herausgeschliffen werden muß. Ob dabei pro Stuhl und Jahr 50g, 500g oder 1.500g Amalgam ins Abwasser gelangen, bleibt unerheblich.

Somit droht auf Müllkippen bakterielle Zersetzung des Amalgams mit Hg-Ausschwemmung ins Grundwasser ebenso, wie die bakterielle Zersetzung im Klärsystem. Beide Wege führen Hg in die Nahrungskette ein und somit uns Menschen in gefährlicher Form wieder zu. Um keinen Deut besser schneidet die Müllverbrennung ab, da sie das sehr leicht flüchtige Quecksilber über den Kamin fein und weit über die Landschaft verteilt. Wenn wir dann noch bedenken, daß die Ausscheiderate des Quecksilbers aus dem Körper minimal ist und die Natur dieses Metall auch kaum abbaut, sollte uns Zahnärzten klar sein, wir entsorgen nicht aus Nächstenliebe, sondern vielmehr durchaus im eigenen Interesse als Bürger, Mütter oder Väter.

Ähnliches ließe sich sagen über Photochemikalien, Altröntgenfilme, Bleifolien, Hartmüll oder Altmedikamente, nur abgestuft in ihrer Umweltschädlichkeit.

Der andere Aspekt wäre der Wert der einzelnen Rohstoffe, die teils direkt (Bleifolien), teils nach Aufarbeitung bzw. Trennung recycelbar sind. Wie-

derverwendung ist nun mal die sinnvollste Entsorgung.

Auf Druck des Gesetzgebers hin - gesetzliche Normen existieren schon lange, nicht nur zum Amalgam, auch zur Entsorgung von Röntgenchemikalien, Bleifolien, Absaugfiltern, Schläuchen oder Hartmüll - haben nun einige Zahnärztekammern (Hessen, Westfalen-Lippe, Berlin) Rahmenverträge mit Entsorgungsfirmen abgeschlossen und den Kolleginnen und Kollegen empfohlen, sich diesen Verträgen anzuschließen. Abgesehen davon, daß diese Aktivitäten spät begannen, stehen solche Verträge bei allen übrigen Kammern noch aus. Bisher beruhen also solche Umweltschutzmaßnahmen eher auf Hobbies der Kollegen und finden kaum Unterstützung durch die Kammern. Eher beklagen unsere Standesvertreter die viel zu frühen, unausgegorenen, teuren, unpraktikablen Entscheidungen des Gesetzgeber.

BDZ und Kammern üben sich - wie schon oft - in der Bremserrolle. Über hochgeschraubte Anforderungen an Amalgamabscheider sollte die rechtliche Durchsetzung sabotiert werden. Unglücklicherweise sah sich die Industrie in der Lage, nach einiger Zeit auch diese Auflagen zu erfüllen, nur gegen gutes Entgelt, versteht sich, was also zu höheren Investitionskosten für Zahnarztpraxen führt. Daß der Gesetzgeber hohe Anforderungen dankbar in Verordnungen faßt, versteht sich auch. So blieben

uns einfache Geräte (mit vielleicht 70% Abscheidung) ohne allzugroßen Sicherheitsfirlefanz, großzügige gesetzliche Regelungen und eine positive Publicity erspart. Während nämlich unsere Schweizer Kollegen von ihrer Standesführung frühzeitig - mit Gespür für gesellschaftliche Erfordernisse - zum Einbau von Abscheidern aufgefordert wurden, ließ unsere Führung wiedereimal eine Chance zur Öffentlichkeitsarbeit aus, vergab sie wieder einmal die Gelegenheit, Gestaltungsräume selbst auszufüllen.

Durch gesellschaftspolitisch verantwortungsbewußte Politik haben sich die Schweizer Zahnärzte ein Image bei der Bevölkerung aufgebaut, von dem wir nur träumen können.

Konsequent besetzt die SSO-Führung Handlungsräume, bevor der Gesetzgeber nicht mehr umhinkommt, sie selbst auszufüllen. Umweltschutz, Helferrinnenqualifikation und -einsatz, Prophylaxe - insbesondere die Gruppenprophylaxe -, Dentalgeräteprüfung, Ausbildung und Qualitätssicherung: auf den meisten Feldern hat die Schweizer Standesführung - auch vor der eigenen Kollegenschaft! - die Nase vorn und regelt anstehende Probleme *diplomatisch*.

Nur *so* verteidigt man gute Honorare!

Welcher deutsche Professor würde es wagen, vor etwa 500 niedergelassenen Kollegen Defizite der Qualitätssicherung zu monieren, wie ich es in Zürich selbst erlebt habe?

Nur *so* bleibt man kompetenter Ansprechpartner der Politiker!

Bei uns dagegen versucht man häufig, über halb-seriöse Untersuchungen, z. B. zur Liegedauer von Kronen und Brücken oder zur Qualität von Füllungen, das Image zu verbessern. Solche fragwürdigen Untersuchungen wirken aber eher als Bumerang.

Natürlich steht es auch schon bisher jedem Kollegen frei, seine (Amalgam-) Abfälle recyceln zu lassen. Daß dies nur eine winzige Minderheit tat, bestätigt die Firma Degussa, die als einziger deutscher Empfänger fungiert.

Ab Januar 1990 muß sich das ändern:

Vor wenigen Wochen hat nämlich die 50. Abwasserverordnung den Bundesrat passiert. Damit steht fest, daß Amalgam in Zukunft nicht mehr über das Praxisabwasser beseitigt werden darf.

Ebenso dürfen halogenierte organische Substanzen - wie sie hauptsächlich in Wasch- und Reinigungsmitteln vorkommen - nicht mehr im Abwasser enthalten sein. Ein Nachweisbuch über die verwendeten Reinigungsmittel wird obligat.

Zur Amalgam-Rückhaltung sind neue Arbeitsplätze ab 1.1.1990 mit Abscheidern auszurüsten, die ein amtliches Prüfsiegel besitzen, wonach sie mindestens eine 95%-igen Abscheide-Wirkungsgrad erzielen.

Prüfkriterien hat das Institut für Bautechnik, Berlin, im Auftrag des Bundes-

Umweltministeriums Ende 1988 erarbeitet. Als erste werden drei Abscheider im September 1989 die Prüfsiegel erhalten, nämlich Emda, Siemens und Dürr. Prüfende Instanz ist der TÜV Nordrhein-Westfalen.

Bestehende Praxen erhalten eine Übergangsfrist zur Nachrüstung. Nach dem Willen des BDZ soll sie 10 Jahre betragen, einzelne Länder fordern jedoch nur eine Frist von einem Jahr. Etwa fünf Jahre dürften kompromißfähig sein.

Immerhin sind etwa 60.000 Abscheider zu produzieren und zu installieren - ein nicht gerade zu vernachlässigendes Auftragspolster für die Industrie! Daß auf uns Zahnärzte eine spürbare finanzielle Belastung zukommt, steht fest. Wir sollten aber Einsicht in die Notwendigkeit der Entsorgung haben, was nicht ausschließt, daß wir alle gemeinsam für preiswerte Lösungskämpfen. Hier zeigt sich viel Spielraum.

Pro Stuhl wird die Installation des Abscheiders trotzdem wohl mindestens 5.000,- DM kosten. TÜV-Abnahme, fünfjährige Wartung durch den TÜV, Austausch der Schlammbehälter (also auch Kauf jeweils neuer Gefäße), Abholung und Geräterepaturen werden unsere Gedanken an den Apparat wachhalten.

Die Sensibilität von Öffentlichkeit - ergo Politikern - ist so gewachsen gegenüber Amalgam und anderen Schadstoffen, daß einzelne Städte und Ge-

meinden schon heute Nachweise über ordnungsgemäßes Recycling des Überschußamalgams sowie der Röntgenchemikalien fordern. Das Recht dazu haben sie schon lange, nur hat es bisher kaum jemand durchzusetzen versucht. In die gleiche Richtung zielen auch Forderungen nach Einhaltung sehr weitgehender Arbeitsschutzvorschriften zum Umgang mit Amalgam, wie sie z. B. in Berlin an Zahnärzte gestellt wurden. Danach wäre es allerdings kaum mehr möglich, diesen Füllungsstoff überhaupt noch zu verwenden.

Wie beschrieben, ist jedenfalls die Verpflichtung zur Schadstoff-Entsorgung Realität. Daher dürfte der Entsorgungsmarkt auf 30 bis 50 Millionen DM pro Jahr anwachsen, ein nicht unbedeutender Markt.

Daß da etliche Firmen eine „schnelle Mark“ verdienen wollen, ist erwiesen. Vieles, was sich auf diesem Bereich regt, hat noch keinen Seriösitätsnachweis geliefert, geschweige denn überhaupt z. B. Hg-haltige Abfälle entsorgt. Beim Stichwort Zahnärzte denken noch immer viele an Geld.

Um uns das Fell nicht ganz über die Ohren ziehen zu lassen, haben einige Zahnärztekammern Rahmenverträge mit Entsorgungsfirmen abgeschlossen; andere Kammern stehen in Verhandlungen. Der einzelne Zahnarzt kann diesen Vertrag übernehmen oder hat zumindest Richtgrößen an der Hand für alternative Vertragsabschlüsse.

Als Entsorger Nr. 1 präsentiert sich der rheinisch-westfälische TÜV, obwohl es nicht zum Aufgabengebiet eines TÜV gehört, zu entsorgen und der TÜV ja nur als Organisator und Transporteur tätig wird.

Die Entsorgung selbst übernehmen Röntgenchemikalien-verarbeitende Firmen, Amalgamschlamm-Aufbereiter und Amalgamscheideanstalten.

Immerhin dürfte beim TÜV sichergestellt sein, daß Abfälle nicht über irgendeine dubiose Grenze verschwinden oder auf der grünen Wiese landen.

Wir Zahnärzte sollten mit geschlossener Marktmacht vertretbare Entsorgungsgebühren aushandeln. Bisher variieren z. B. Kosten zur Entsorgung der Röntgenchemikalien zwischen 0,50 DM und 1,60 DM. Diese Unterschiede sind durch nichts gerechtfertigt.

Allerdings wird Entwickler-Entsorgung immer Kosten verursachen, wogegen Altamalgam Gewinn abwerfen muß. Da Einzelrückvergütungen nicht praktikabel sind, sollte eine Pauschalvergütung mit den Kosten der anderen Entsorgungsbereiche verrechnet werden. Somit dürften nur noch geringe oder gar keine Abholgebühren anfallen.

Voraussetzung dafür ist natürlich ein solides Geschäftsgebahren. Nach unserer Meinung sollten Zahnärzte in eigener Regie und unter Beihilfe ihrer Kammern eine Entsorgung organisieren, um auf die Geschäftsgestaltung

optimal Einfluß nehmen zu können. Wir schlagen die Zuhilfenahme eines kompetenten Fachmannes vor, der ausschließlich den Zahnärzten verpflichtet ist und von diesen bezahlt wird. Dieser organisiert die Schadstoffabholung aus den Praxen in realistischen Zeitintervallen (etwa 1 x pro Jahr), garantiert für ordnungsgemäßen Transport und Ablieferung an den seriösen Stellen.

Eventuell unter Mitkontrolle eines TÜV oder einer anderen unabhängigen Stelle stellt er den Zahnärzten die erforderlichen Entsorgungsnachweise aus. Die oberste Kontrolle über Finanzen und Entsorgung haben die Zahnärzte, die wiederum mit den Kammern Rahmenverträge vereinbaren. Kosten werden soweit möglich durch Gewinne ausgeglichen.

Ein Postversand ist wegen möglicher Verpackungsschäden, zumal der Absender stets für Schäden haftet, abzulehnen.

Transporteure benötigen andererseits keine Sondergenehmigung, da auch Amalgam-Schlamm nicht als Gefahrgut deklariert wird und somit keiner Beförderungsgenehmigung bedarf.

Bei Verwirklichung dieser Vorschläge dürften Vertragsangebote schnell vom Tisch sein, die jetzt Abholungsintervalle bis 4 x jährlich vorschlagen und dafür jeweils 145,- DM in Rechnung stellen wollen. Dazu käme dann jeweils ein neuer Einmalbehälter für Amalgam-Schlamm, für den z. B. Dürr 180,- DM berechnet.

Funktioniert einmal dieses Recycling, könnte eine Wiederverwertung solcher Amalgam-Auffangbehälter oder von „gelben Sieben“ der Firma Dürr, oder eine gesonderte Entsorgung von Papier-, Glas-, Plastik- und Metallabfällen unserer Praxen in Angriff genommen werden. Aus *eigenem* Antrieb heraus, ohne

Gesetzesdruck, weil wir uns aus unserer Berufsethik für die menschliche Gesundheit einsetzen wollen!

Anschrift des Verfassers:
Dr. Armin Maurer
Wöhlenstr. 20
8000 München 60

Herrn Dr. Günther
Referat Praxisführung
und Umwelt
Bayer. Landes Zahnärztekammer
Postfach 70 10 68
8000 München 70

München, 17. Juli 1989

Lieber Kollege Günther,

zuerst möchte ich mich dafür bedanken, daß Sie sich mit meinem Anliegen befassen. Was mich veranlaßte, Sie anzurufen, sei im folgenden dargestellt:

Wie Sie gegenüber der Süddeutschen Zeitung erwähnten, sei es für ein Amalgam-Recycling in München höchste Zeit. Diese Meinung teile ich nicht nur als verantwortlicher Zahnarzt sondern auch als direkt betroffener Bürger.

Daß wir zur Abwasserbeseitigung verpflichtet sind, steht seit Erlaß des § 7a des Wasserhaushaltsgesetzes vor zwei Jahren fest und wird durch die 50. Verordnung zum Wasserhaushaltsgesetz spezifiziert. Wie Städte und Gemeinden die Übergangsregelung handhaben, bleibt abzuwarten. Die Forderungen der Stadt Hamburg nach einer nur einjährigen Übergangsfrist lassen keine Nachlässigkeit der Durchsetzung auch anderswo erwarten.

Lassen Sie uns einen Blick über die Grenze zur Schweiz werfen:

Ab 1.6.89 müssen dort alle neuen Behandlungsplätze mit einem 95%-Abscheider ausgerüstet sein. Bis Ende 1989 müssen alle alten Absauganlagen mit 70%-Abscheidern versehen sein, und ab Ende 1993 wird generell die 95%-ige Abscheidung obligat.

Schon seit Ende 1976 hätten laut eigen.Gewässerschutz eigentlich alle Praxen geschlossen werden müssen, die Amalgam verarbeiten, da der Einleitungsgrenzwert 0.01 ppm Hg beträgt. Bisher hat niemand geklagt bzw. das Gesetz durchzusetzen versucht.

Bei uns in der BRD ist die Situation noch vergleichbar, scheint sich aber zu ändern, wie beiliegende Aufforderung aus Berlin vermuten läßt (s. Kopie).

Wegen zu hoher Hg-Belastung sind Klärschlämme nicht verwertbar und als Sondermüll zu betrachten.

Im Unterschied zur BRD ergriffen in der Schweiz jedoch die Zahnärzte die Initiative.

In Zusammenarbeit mit den Kantonen legten sie praktikable und verantwortungsbewußte Empfehlungen vor. Damit behielten sie die Initiative in der Hand, bewiesen Verantwortungsbewußtsein, stärkten die Selbstverwaltung und gewannen wieder ein gutes Stück Ansehen in der Bevölkerung hinzu.

Auch Ihnen ist sicher bekannt, wie hoch das Ansehen unserer Schweizer Kollegen ist. Sicherlich trug dazu wesentlich bei, daß z.B. das heute vorbildliche Prophylaxesystem der Schweiz von der Zahnärzteschaft initiiert und aufgebaut wurde (bevor ein Gesetzgeber drohte!), daß umweltbewußtes Verhalten von der Standesführung propagiert und (auch gegen viele Widerstände) durchgesetzt und daß derzeit viel und offen über Defizite bei der Qualitätssicherung diskutiert wird. Dies wird in Kürze ein System zur Folge haben, das praxisgerecht und in Eigenverantwortung der Zahnärzte das hohe Vertrauen in die

Schweizer Zahnheilkunde stabilisieren wird.

Nur so sind gute Honorare zu verteidigen!

Bei uns sieht es leider anders aus.

Ob bei der Prophylaxe, der Geräte- oder Röntgenverordnung, dem Helferinneneinsatz oder dem Umweltschutz - immer entgleitet der deutschen Zahnärzteschaft das Heft, das sie in der Hand halten sollte. Daß das nicht zu unserem Vorteil sein kann, versteht sich von selbst.

Da in puncto Abfallbeseitigung aus Zahnarztpraxen noch nicht alles gelaufen ist, möchte ich Sie - stellvertretend für die BLZK - bitten, rasch ein Entsorgungskonzept zu verabschieden, damit offensiv an die Öffentlichkeit zu gehen und gleichzeitig bei den Kollegen um Unterstützung zu werben. Mit Abwiegeln und Verzögerungstaktik schaden wir uns nur.

Westfalen-Lippe und Hessen machen uns ja bereits vor, wie es laufen könnte.

Je mehr allerdings Amalgamreste entsorgt werden, umso mehr glauben professionelle Entsorger, sich auf diesem Markt tummeln zu können und eine schnelle Mark zu verdienen. Meist betrachten diese Entsorger Amalgamreste als Ihr Eigentum und verkaufen sie an Höchstbietende, ohne den Gewinn mit den Abholkosten zu verrechnen.

So ziehen uns nicht nur die fast monopolartig anbietenden Gerätehersteller das Fell über die Ohren, auch für Wartungsverträge, Einmalgefäße und Abholung greift man uns kräftig in die Taschen.

Wenn erst einmal Großentsorger im Markt etabliert sind, wird das Geschäft knallhart.

Um dem zu entgehen, schlage ich eine Initiative der (bayrischen) Zahnärzte (-kammer) vor, mit einem Fachmann ein Entsorgungskonzept zu erarbeiten, das sinnvollerweise und aus Kostengründen Röntgenchemikalien einschließen sollte und später auf Bleifolien und Hartmüll ausgedehnt werden könnte.

Mit diesem von der Zahnärzteschaft beauftragten und kontrollierten Fachmann sollte ein Abholdienst gegründet werden (der übrigens keine Beförderungsgenehmigung nach § 12 AbfG benötigt), der mit dem RW TÜV zusammenarbeitet, bzw. von diesem kontrolliert wird, und der den Amalgamabfall nachweislich an Degussa weiterleitet.

Da Amalgamrecycling sicherlich Gewinn abwirft - auch in einem Flächenstaat wie Bayern, falls eine größere Anzahl Praxen mitmacht - ließe sich die kostenintensive Beseitigung der Röntgenchemikalien dann auch kostendeckend oder zumindest kostengünstig durchführen.

Letztendlich wäre eine derartig organisierte Gruppe in starker Position gegenüber allen Firmen, die Geräte liefern, Wartungen durchführen, Installationen vornehmen oder auch in Verhandlungen mit Gemeinden und Städten.

Auch der Werbeeffect könnte beträchtlich sein.

Aber die Angelegenheit muß in den Händen der niedergelassenen Zahnärzte bleiben! Lassen wir nicht zu, daß unser Einflußbereich noch weiter schwindet.

Wenn Sie meinen Vorschlag weiterverfolgen möchten, würde ich mich über ein persönliches Gespräch mit Ihnen oder eine Diskussion mit dem Ausschuß Praxisführung und Umweltschutz sehr freuen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Armin Maurer

Amalgam und Entsorgung

J. Slavy

Der Verfasser des folgenden Beitrags ist freier Mitarbeiter des Technischen Überwachungsvereins Nordrhein-Westfalen und dort zuständig für Hg-Messungen und Amalgam-Entsorgung.

Amalgamreste gelten wegen ihres Edelmetallgehaltes als Wertstoff. Dennoch werden Wertstoffe im Sinne des Abfallgesetzes zu Abfällen, wenn sich die Besitzer ihrer über Abwasser oder Hausmüll entledigen wollen.

Dies trifft für die Amalgamreste zu, die überwiegend in Sieben und Filtern sowie Feststoffabscheidern in zahnärztlichen Behandlungseinheiten anfallen.

In einem bundeseinheitlichen Abfallkatalog werden Abfälle in Stoffgruppen eingeteilt und die einzelnen Abfallarten mit Abfallschlüsselnummern versehen. Amalgamreste sind der Abfallschlüsselnummer „35326, Quecksilber, quecksilberhaltige Rückstände“ zuzuordnen. Für die Abfälle in dieser Gruppe hat der Gesetzgeber strenge Vorschriften hinsichtlich der Beseitigung erlassen.

Wegen des Anfalls verhältnismäßig geringer Einzelmengen umweltrelevanter Abfälle in Zahnarztpraxen und der Vielzahl der Praxen sind Kontrollen über die ordnungsgemäße Beseitigung nur sehr schwer durchzuführen. In der Regel wird daher darauf verzichtet. Dies sollte aber keineswegs dazu führen, eine unkontrollierte Abfallbeseitigung mit fehlenden Gesetzen zu begründen. Aufgrund der bestehenden Gesetzeslage sind bereits auf regionaler Ebene Aufforderungen an Zahnärzte ergangen, die ordnungsgemäße Beseitigung der in den Praxen angefallenen Sonderabfälle nachzuweisen.

Über die Menge der in Zahnarztpraxen anfallenden amalgamhaltigen Abfälle werden unterschiedliche Angaben gemacht. Als gesichert kann gelten, daß der überwiegende Teil des einmal als Zahnfüllung verwendeten Amalgams früher oder später als Abfall in der Zahnarztpraxis wieder anfällt. So läßt sich die tatsächlich anfallende Abfallmenge am ehesten durch den einzelnen Zahnarzt selbst anhand der getätigten

Einkäufe und der gelegten Amalgamfüllungen, die durchschnittlich 1,2 g wiegen, abschätzen.

Ob das Quecksilber im Amalgam über die Umwelt Eingang in die menschliche Nahrungskette finden kann, wird sehr kontrovers diskutiert, da Amalgam als äußerst stabile Legierung gilt und Untersuchungen ergeben haben, daß aus Amalgamfüllungen keine nennenswerten Mengen Quecksilber freigesetzt werden.

Für die Beurteilung einer möglichen Belastung der Umwelt durch amalgamhaltige Abfälle ist diese Tatsache aber ungeeignet. Zwar ist der metallurgische Zustand einer Amalgamfüllung identisch mit Amalgamabfällen, doch handelt es sich bei diesen zum Teil um Schleifstaub, der eine vielfach größere Oberfläche hat als eine relativ kompakte Zahnfüllung. Darüberhinaus sind die Einflüsse des Milieus, in dem sich Amalgamabfälle in der Regel befinden, mit denen in einer Mundhöhle vorherrschenden Bedingungen nicht vergleichbar.

Für den Fall, daß Amalgamschleifstaub mit dem Abwasser abgeleitet wird, sorgen die chemischen und physikalischen Voraussetzungen in den Abflüssen, Kanalnetzen und Kläranlagen in Verbindung mit der stark vergrößerten Oberfläche verhältnismäßig rasch für eine Freisetzung von Quecksilber, welches dann durch anaerobe Bakterien eine Umwandlung in hochtoxische Quecksilberverbindungen, wie zum Beispiel

Methylquecksilber, erfahren kann.

Ein erheblicher Teil von Amalgamabfällen wird derzeit noch mit dem Hausmüll beseitigt. Hierbei handelt es sich im wesentlichen um Inhalte aus Sieben und Filtern in zahnärztlichen Absauganlagen. Es ist allgemein bekannt, daß Hausmüll in Deutschland überwiegend in Müllverbrennungsanlagen verbrannt wird. Bei diesem thermischen Prozeß wird das Quecksilber schlagartig verdampft und in die Atmosphäre abgegeben. Über die Aufnahme von Pflanzen und Tieren gelangt es so in die menschliche Nahrungskette. Unter diesem Gesichtspunkt gewinnt das vielfach genannte Argument, daß die Quecksilberbelastung des Menschen durch eine Amalgamfüllung weitaus niedriger ist als durch die tägliche Nahrungsaufnahme, eine besondere Bedeutung.

Es ist müßig, darüber zu streiten, welchen Anteil Quecksilber aus der Zahnheilkunde an der allgemeinen Belastung hat. Die Diskussion sollte vielmehr zu dem Ergebnis führen, welcher Aufwand für eine Reduzierung der Belastung zu rechtfertigen ist. Es sollte oberstes Gebot sein, Abhilfemaßnahmen, die keinen oder allenfalls einen sehr starken Aufwand erfordern, durchzuführen.

Von der Öffentlichkeit weitestgehend unbemerkt werden daher in zunehmenden Maße Eigeninitiativen von Zahnärzten ergriffen. In neueren Dentaleinheiten sind seit einigen Jahren Amalgamabscheidemöglichkeiten integriert.

Auch werden Filter aus Absauganlagen zunehmend nicht mehr in den Hausmüll geworfen, sondern gesammelt.

Für entleerte Amalgamkapseln haben einige Hersteller Sammel- und Entsorgungssystem etabliert, die eine besondere Verantwortung für Arbeits- und Umweltschutz erkennen lassen.

Schwierigkeiten haben sich bei der Beseitigung der amalgamhaltigen Reststoffe ergeben. War man gewöhnt, Amalgamüberschüsse einer Scheideanstalt direkt zuzuführen, mußte man nun öfter erfahren, daß die Scheideanstalt die Abnahme der gesammelten Amalgamabfälle ablehnt. Begründet wird dies mit einer möglichen Kontamination des Sammelgutes und der darin zwangsläufig enthaltenen Fremdstoffe, die den Aufarbeitungsprozeß nachhaltig stören können. Darüberhinaus müssen die Amalgamreste aus den Sammelgefäßen und Filtern entfernt und zu einer wirtschaftlichen Menge zusammengefaßt werden. Dies macht den Umweg über Unternehmen notwendig, die diese Tätigkeiten durchführen. Dann allerdings sind Amalgamreste sehr wohl aufarbeitbar.

Nicht zuletzt aufgrund der zu erwartenden Verpflichtung zum Einbau von Amalgamabscheidern wird vermehrt die Frage gestellt, ob mit Vergütungen wegen des im Sammelgut vorhandenen Edelmetallgehaltes zu rechnen ist. Hierzu Folgendes:

Eine eventuelle Vergütung und deren Höhe wird sich danach richten, welcher

Aufwand nötig ist, das Amalgam aus den Sieben oder den Sammelgefäßen zu entfernen und wie hoch dann der Anteil der Stoffe ist, die den Aufarbeitungsprozeß stören (z. B. Watterollen oder Teile davon, Kunststoffe, Abdruckmaterial etc.). Aus aktuellem Anlaß muß auch darauf hingewiesen werden, daß Zink, das unter Umständen zur Beseitigung von Quecksilberschüttungen gebraucht wurde oder Blei, das von Röntgenfilmen stammen könnte eine Aufarbeitung gänzlich unmöglich macht, wenn diese Artikel mit den Amalgamresten vermischt werden.

Liegt das Sammelgut nach einer entsprechenden Vorbehandlung in einer aufarbeitbaren Form vor, enthält es immer noch unterschiedliche Anteile an Fremdmaterial, das zwar den Recyclingprozeß nicht sonderlich beeinträchtigt, wohl aber die Höhe der Rückvergütung. Selbstverständlich ist auch die Art des verwendeten Amalgams - hochsilberhaltig oder silberreduziert - mit entscheidend. In welcher Weise diese Faktoren die Höhe der Rückvergütung beeinflussen, läßt sich anhand einer Analyse feststellen. Die Kosten für die Anfertigung einer Analyse für jeden Einzelposten würden einen möglichen Rückvergütungswert übersteigen. Aufgrund der bisher gemachten Erfahrungen läßt sich feststellen, daß bis auf Ausnahmefälle Vergütungen aus dieser Rückgewinnung von Edelmetallen erstattet werden können. Dies trifft aber nur zu, wenn das Sammelgut mehrerer

Zahnärzte zusammengefaßt, gemeinsam behandelt, analysiert und abgerechnet wird. Es ist zu empfehlen, daß Zahnärzte einen gemeinsamen Beschluß über die Verwendung der Rückvergütung fassen (z. B. über einen Generalentsorger)

Sinnvoll wäre sicher eine Aufrechnung der Rückvergütung für Amalgam gegen anfallende Kosten bei der Entsorgung der Photochemikalien in einem integrierten Entsorgungskonzept.

Anschrift des Verfassers:

Jochen Slavy
Zur Rosenau 7
6258 Runkel

Zahnärzte: Behandlung mit Amalgam ungefährlich

Mit einer Unterlassungsklage reagiert die bayerische Landeszahnärztekammer auf die Vorwürfe des umstrittenen Wissenschaftlers Max Daunderer, Füllungen mit Amalgam seien giftig und daher als Kunstfehler zu werten (SZ berichtete). Die Kammer weist in einem Rundschreiben darauf hin, daß die Behandlung mit Amalgamfüllungen bisher von Millionen von Bundesbürgern komplikationslos vertragen, ohne Einschränkung vom Bundesgesundheitsamt anerkannt und an allen Universitäten gelehrt würden. Man habe zudem alle an bayerischen Universitäten lehrenden Toxikologen um eine Stellungnahme gebeten und keiner habe sich den Theorien Daunderers angeschlossen. *fok*
Süddeutsche Zeitung vom 4.8.'89

**Kollegial,
Kritisch
Konstruktiv,
Kompetent**

Darum



Karies nimmt auf der ganzen Erde zu

Nach den letzten Berechnungen und Datensammlungen der World Health Organization (WHO) nimmt die Karies - insgesamt gesehen - auf der ganzen Erde zu. Der DMF-Index schrumpft zwar in den Industrie-Ländern, grassiert jedoch zunehmend in den Entwicklungsländern (siehe Tabelle). Die Daten basieren auf: „Global Oral Data, Bank, WHO“

Population Weighted Mean DMFT at 12 Years

	Global	Developing	Industrialized
1980	2.43	1.63	4.53
1982	2.42	1.83	3.92
1983	2.41	1.86	3.84
1984	2.87	2.53	3.88
1985	2.78	2.43	3.82
1986	2.58	2.16	3.82
1987	2.52	2.16	3.59
1988	2.64	2.38	3.49

ZM 14/ '89; S. 1.577

Amalgamfüllungen - ein Kunstfehler

M. Dauderer

Der DAZ teilt nicht die Auffassung Dr. Dauderers, die Versorgung mit Amalgam-Füllungen sei ein Kunstfehler. Noch weniger können wir die Aufforderung gutheißen, Schadenersatzansprüche gegen Zahnärzte zu erwägen, wenn Amalgam als Füllungs-material verwendet wurde.

Andererseits halten wir die Amalgamdiskussion weder medizinisch noch juristisch für endgültig geklärt, sodaß wir die ungekürzte Weitergabe der Kasuistiken zur fachlichen Bewertung für richtig halten. Die Problematik der Amalgam-Anwendung erweist sich als so vielschichtig, daß Praktiker neben den Stellungnahmen der DGZMK und der Körperschaften auch die aktuellen kritischen Arbeiten kennen sollten.

Die Redaktion

Kasuistiken

• Ein neunjähriges Mädchen bekam in einem Jahr 5 Amalgamfüllungen. Nach Sturz auf den Kopf trat in jenem Jahr allmählich eine schwere Encephalopathie auf. Das EEG wurde flach, sie war extrem agitiert, zuckte rhythmisch und nahm mit der Umwelt keinen Kontakt

mehr auf, mußte künstlich ernährt werden. Hg spontan 18,5 µg/l, nach 3,5 mg/kg KG DMPS oral 213,5 µg/l im Urin.

Im Haar war Quecksilber um das 6fache erhöht.

Unter siebenmonatiger DMPS-Therapie (100 mg/Woche oral) bildeten sich die Vergiftungssymptome langsam zurück. Eine wesentliche Besserung trat jedoch erst nach der Amalgamentfernung ein.

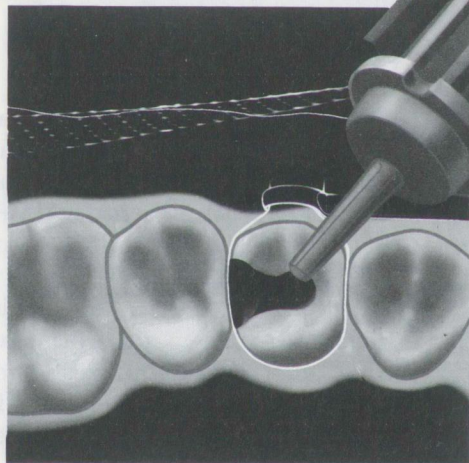
• Eine 30jährige Patientin litt seit Jahren u.a. unter ständiger Migräne und Schmerzen im Unterbauch. Da ihr Zahnarzt die Amalgamfüllungen dafür verantwortlich hielt, tauschte er sie gegen 11 neue aus. Daraufhin verschlechterten sich die Beschwerden unmittelbar nach dem Austausch. Hg im Spontanurin 11 µg/l im Urin, nach 3 mg DMPS/kg KG i.v. 2.565 µg/l. Die Kopf- und Bauchschmerzen verschwanden nach dieser Mobilisation schlagartig und traten nach 6 Wochen wieder leicht auf. Nach Entfernung der Amalgamfüllungen und Remobilisation blieb die Patientin beschwerdefrei.

• Eine 33jährige Patientin mit 14 Amalgamfüllungen seit 25 Jahren (zum Teil erneuert) fühlte sich seit ca. 3 1/2 Jahren

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 

sehr müde, abgeschlagen und hatte ständig Schwindel, Übelkeit, Kopfschmerzen, Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, Kribbeln u.a. Parästhesien an den Akren sowie eine deutlich erhöhte Infektanfälligkeit. Sie klagte über einen bitteren Geschmack und Geruch, Bauchschmerzen, Blähungen, Durchfall, Herzklopfen, Tachykardien und paroxysmale Arrhythmien. Sie entwickelte eine Candidabronchitis, Asthma bronchiale und Nickelallergie. Hg im Urin spontan 7 µg/l, nach 250 mg DMPS i.v.:

Kreatinin 1,36 g/l, Pb 121 µg/l, Cu 2.493 µg/l, Hg 2.794,3 µg/l (Grenzwert nach unserer Erfahrung nach Mobilisation Beschwerdefreiheit bis 50 µg/l). Nach der Entgiftung durch Mobilisation und Entfernung der Amalgamfüllungen wesentliche Besserung des Beschwerdebildes.

- Ein 64jähriger Patient mit 21 Amalgamfüllungen bekam an der Stelle einer alten Wirbelfraktur lanzierende Schmerzen in der Art wie bei einem Bandscheibenvorfall ohne organisches Substrat. Nach Entfernung aller Zähne stieg durch die Gabe von Zink die Hg-Ausscheidung von Normalwerten auf über 5.000 µg/l im Urin an und normalisierte sich unter Fortsetzung der Zinksubstitution nach 2 Jahren.

Der Patient fühlte sich danach wohl. Nach einer Implantation im Unterkiefer kam es 8 Jahre später zu einer erneuten Ausschüttung des dort gespeicherten Quecksilbers. Hg stieg spontan auf 20

µg/l im Urin an. Nach 250 mg DMPS i.v. wurden am folgenden Tag 22.579 µg Hg pro Liter im polyurischen Urin gemessen.

Till wies die hohen Quecksilberkonzentrationen im Knochen unter den Amalgamfüllungen nach.

- Eine 45jährige Patientin mit 12 Amalgamfüllungen litt an einem therapieresistenten Schwindel. Nach 3 mg/kg DMPS i.v. hatte sie im Urin: 42.339 µg/l, Cu 2.027 µg/l, Creatinin 2,68 µg/die. Der Schwindel verschwand daraufhin schlagartig.

- Ein 42jähriger Mann mit 10 Amalgamfüllungen, der weder drogen- noch alkoholabhängig war, litt seit 3 Jahren plötzlich an epileptischen Anfällen ohne neurologische Ursachen. Nach 3mg/kg DMPS i.v. hatte er im Urin: Hg 1.955 µg/l, Cu 1.908 µg/l, Creatinin 0,92 g/die. Nach der Mobilisation fühlte er sich viel frischer und setzte ohne Anfälle alle Antiepileptika ab.

Eigene Beobachtungen

Bei Überprüfung der Frage, ob Amalgamträger mit einer neurologisch auffälligen Symptomatik stets eine Hg-Ausschüttung nach Gabe des Antidots DMPS aufweisen, fanden wir bei bisher 800 Patienten folgendes:

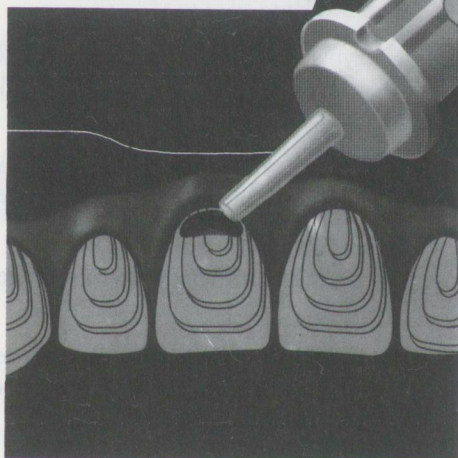
- Patienten, die niemals Amalgam im Mund hatten, zeigten Werte bis maximal 20 µg/l Hg im Urin nach 3 mg DMPS/kg KG i.v. und keine wesentliche Erhöhung des mitmobilisierten Kupfers.

Der entscheidende Durchbruch in der Füllungstherapie.

ESPE

KETAC-[®] FIL

Mit der molekularen Verankerung an Schmelz und Dentin. Im verarbeitungssicheren Glas Ionomer Applic-System. Speziell für den Frontzahnbereich



First Class 
SYSTEM 

- Patienten, welche regelmäßig Meeresfrüchte wie insbesondere Thunfisch und Krabben aßen, hatten maximal 50 µg Hg im Liter Urin 30 Minuten nach 3 µg/kg KG DMPS i.v.

- Der Grenzwert von 50 µg/l nach DMPS i.v. wurde an 300 Patienten ohne Amalgam oder Vergiftungssymptomen ermittelt.

- 98 % der Patienten mit Amalgamfüllungen oder kürzlich entfernten Füllungen hatten über 50 µg/l Hg im Urin nach der beschriebenen Mobilisation sowie eine signifikant erhöhte Kupferausscheidung mit Werten über 500 µg/l Cu im Urin.

Sofort nach Entfernen der Füllungen und nach Mobilisation besserten sich die neurologischen Beschwerden deutlich.

- Infolge der langen Halbwertszeit von Quecksilber im Gehirn von 18 Jahren sind die neurologischen Symptome trotz der kleinen täglichen Aufnahme aus Amalgamfüllungen die eindrucksvollsten.

Daran, daß sich die Symptome oft schlagartig zumindest jedoch deutlich nach der Gabe von DMPS zurückbildeten, erkennt man die entgiftende Wirkung auf das Gehirn. Aber auch die Aufhebung der schädigenden Wirkung auf das Immunsystem läßt sich nachweisen.

- Die Patienten mit der gravierendsten Symptomatik wiesen in der Regel einen starken Zinkmangel auf, einen erhöhten

Kupferspeicher sowie erhöhte Cadmium- und Bleikonzentrationen im Speichel. Diese Belastung führte ebenso wie gelegentlich eine zusätzliche Belastung mit Holzschutzmitteln (Pentachlorphenol, „Lindan“) zu einer Potenzierung der neurologischen Organschäden.

- Das Ausmaß der Vergiftungserscheinungen wird nicht nur von der Anzahl der Füllungen bestimmt, sondern in erster Linie vom Zinkspiegel, der das Maß der Entgiftung der Schwermetalle bestimmt. Kupfer wirkt antagonistisch zu Zink und potenziert wie andere Gifte die neurologischen Beschwerden.

- Leitsymptome der Amalgamvergiftungen sind:

Apathie, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Muskel- und Gelenksbeschwerden, Gedächtnisstörungen, Depression, Schlafstörungen und Infektanfälligkeit.

- Typisch ist ein plötzlicher Beginn der Beschwerden durch einen Infekt (Zinkmangel!) nach jahrelanger Latenz.

- Zinksubstitution fördert die Ausscheidung des extrazellulären Quecksilbers, jedoch nicht die aus den Depots.

- Ein Selenmangel wurde nur selten diagnostiziert.

- DMPS wirkt oral nur auf nüchternen Magen, seine Resorption ist unsicher und beträgt höchstens 30%.

- Blut- und Urinwerte vor und nach der

Mobilisation von Hg, Pb und Cd sind nahezu identisch.

- Zahlreiche Fälle einer Colitis (ulcerosa) und einer Multiplen Sklerose besserten sich nach Entfernen der Amalgamfüllungen und Entgiftung durch DMPS.

- Die Art der Amalgame schien bei der Schwere der Vergiftung keine Rolle zu spielen.

- Durch die amalgambedingte Quecksilbervergiftung und den daraus resultierenden Zinkmangel wurden vermehrt auch die anderen giftigen Schwermetalle wie Blei und Cadmium aber auch Arsen im Körper retiniert.

- Solange die Amalgame im Mund blieben, besserte sich die Symptomatik nach Antidottherapie nur vorübergehend. Endgültige Heilung brachte erst die vollständige Amalgamentfernung.

- Die Kupferkonzentrationen nach DMPS i.v. schwanken bei Amalgamträgern zwischen 1.000 und 4.500 µg/l im Urin (Norm 50 µg/l die).

- Das Quecksilber aus Amalgamen läßt sich ziemlich exakt differenzieren von anderen Quellen durch:

1. Mitbestimmung der anderen Amalgamkomponenten (Cu, Ag, Sn u.a.)
2. den Kausalzusammenhang des Auftretens von Symptomen nach Amalgamfüllungen.
3. Die extrem hohe Depotbildung, die nur bei kontinuierlicher Giftfreisetzung entsteht.

4. die schlagartige Besserung des klinischen Bildes und der T-Helferzelldepression nach Amalgamentfernung.

- Als Kofaktoren erhöhter Hg-Freisetzung aus Amalgamfüllungen gelten: häufige heiße Getränke, saure Speisen, fluorhaltige Zahnpaste, Kaugumikauen, Zähneknirschen, andere Metalle im Mund und der bereits erwähnte Zinkmangel.

- In schweren Vergiftungsfällen fand sich eine deutliche T- Helferzelldepression, die nach Behandlung verschwand.

- Bis zu 20 Jahren nach der Entfernung von Amalgamfüllungen konnte bei weiter bestehender Symptomatik noch ein Depot erkannt und behandelt werden.

Procedere

Nach einer Reihe von Versuchen hat sich im Alltag einer Kassenarztpraxis folgendes diagnostisches Vorgehen bewährt:

1. Spontanurin I: Untersuchung auf Zink und evtl. Nickel
2. Injektion von 3 mg/kg KG DMPS langsam i.v. (Apotheke Tel. 089/220069).
3. Nach 30 Min. Urin II auf Quecksilber und Kupfer (plus Blei bei Hochdruck, plus Cadmium bei Osteoporose)

Oral wird das Antidot sehr unsicher resorbiert, daher muß der Test nüchtern durchgeführt werden. Da nur ca. 30 %

oral resorbiert werden, ist die benötigte Dosis 10 mg/kg KG als Bolus.

Die Kapseln sind seit 13 Jahren als Dimaval® zugelassen. Unser erster gravierender Vergiftungsfall (Arsenvergiftung) wurde 1976 erfolgreich damit behandelt.

Jeder Arzt sollte selbst bei seinen Patienten vor und nach der Entfernung der Amalgamfüllungen bei entsprechender klinischer Symptomatik diese Behandlung (auf Krankenschein) durchführen.

Wir senden die Urine (mit Überweisungsschein) an einen erfahrenen Laborarzt (Tel. 0421/349640).

Bewertung:

Bei Umweltgiften muß stets bei der Bewertung von Befunden beachtet werden; Interaktionen der anderen Gifte wie Kupfer, Blei, Cadmium, Holzschutzmitteln, Dioxine sowie Zinkmangel, Einwirkungszeit, Grundkrankheiten, Begleitkrankheiten wie Allergien usw.

Nach Werten über 50 µg/l Hg nach 3 mg/kg DMPS i.v. trat stets eine Besserung neurologischer Beschwerden ein, dies ist daher als Grenzwert anzusehen, sofern nicht eine zu hohe Kupferausscheidung die Beurteilung verhindert.

Nach hohen Kupferausscheidungswerten werden bei der Remobilisation nach ca. 6 Wochen oft nur noch 50% Kupfer und dafür höhere Werte der anderen Schwermetalle ausgeschieden. Chrom und Nickel werden bei hoher Kupferausscheidung retiniert. Cadmium wird bei Zinkmangel mäßig ausgeschieden.

Rechtliche Konsequenzen:

1. Selbst, wenn die beobachteten Fälle Einzelfälle wären - (alles spricht dagegen) - *verbietet* die Schwere der beobachteten Nebenwirkungen und die Unmöglichkeit diese zu verhindern ab sofort *jede weitere Anwendung von Zahnamalgame, die Quecksilber enthalten.*
2. Gold als kassenübliche Alternative muß ebenso wie für Allergiker für Vergiftete genehmigt werden.
3. Schadenersatzansprüche bei schweren nachgewiesenen Folgekrankheiten mit privaten und beruflichen Einbußen müssen gestellt werden (Fond?)
4. Alle zahnärztlichen Materialien müssen bezüglich Ihrer Langzeitwirkungen gemäß Arzneimittelgesetz überprüft und zugelassen werden (Spargold: Indium, Gallium, Vanadium.-Nickel, Beryllium, Kunststoffe, Formaldehyd in Wurzelfüllungen u.v.a.)
5. Zahnärzte, Hausärzte, Neurologen u.a. müssen eiligst über die diversen Vergiftungssymptome und die Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden.

Offene wissenschaftliche Fragen

- Immunschwäche durch Amalgame: werden Pilz- und Viruserkrankungen, Multiple Sklerose, Colitis ulcerosa, rheumatische Formen u.a. verstärkt oder induziert?

- Quecksilber ist teratogen: können diese Konzentrationen fetale Mißbildungen auslösen?
- Quecksilber ist mutagen: in welcher Häufigkeit in dieser Konzentration?
- Quecksilberkonzentration in Knochen unter Amalgamfüllungen im Sektionsgut?/
- Frage nach irreversiblen Schäden (Mißbildungen, Neoplasmen, M.S.)

Resümée

Das 1840 in den USA ausgesprochene Verbot von Hg-Amalgamen für Zahnfüllungen hatte seine klare Berechtigung und wurde leider 1855 auf Druck der

Industrie zurückgenommen, weil es damals den naturwissenschaftlichen Nachweis der Depotbildung nicht gab.

Sie sind sofort als Kunstfehler zu betrachten.

Literatur

Dauderer M.: Klinische Toxikologie. Bd. 13 Umweltgifte.

Amalgam. Ecomed, München-Landsberg-Zürich, 1989

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Max Dauderer

Weinstr. 11

8000 München 2

Tel.: 089/293232

Besuchen Sie unsere monatlichen

Studientreffen!

Wir bieten:

*praxisorientierte Fortbildung
standespolitische Information
und das kollegiale Gespräch*

! **DICOR-KRONE**
● 270.-DM + MWST

Carl-Maria-v.-Weber-Straße 2
8400 Regensburg
Telefon 0941/704370
7 17 10

Dicor - Glaskeramik
Frästechnik
Aufwachtechnik
Metall - Keramik

seidel

DENTAL-LABOR GMBH



Die Zahnarzhelferin -ein aussterbender Beruf?

Interview mit Frau Gertraud Wurm,
Berufsberaterin im Münchner Arbeitsamt

Das Problem wird immer deutlicher: Die Zahl der Stellenangebote für Helferinnen nimmt ständig zu, Stellengesuche dagegen kann man, z.B. in den Zahnärztlichen Mitteilungen, an einer Hand abzählen. Es gibt, vor allem in Großstädten, Kollegen, die nach vergeblicher Suche inzwischen ohne Helferinnen arbeiten müssen.

Was sind die Gründe für diese Entwicklung? Was kann man dagegen tun? Was können vor allem wir Zahnärzte tun?

Dr. Hey, *forum*-Redaktion, sprach mit Frau Gertraud Wurm, Berufsberaterin im Münchner Arbeitsamt.

FORUM: Frau Wurm, eine Ihrer Kolleginnen vertrat vor kurzem gegenüber einer Zahnärztin die Ansicht, die Zahnarzhelferin sei ein aussterbender Beruf. Sehen Sie das auch so?

WURM: Es ist immer schwer, sich zu einer Aussage zu äußern, die man selber nicht miterlebt hat. Wenn Sie mir sagen, daß diese Aussage so gemacht wurde, dann würde ich es ganz prima finden, wenn die betroffene Zahnärztin sich selbst nochmals melden würde. Ich bin ganz sicher, wenn man mehr über diese Gesprächssituation weiß, dann läßt sich

das noch klären. Jetzt aber zu Ihrer Frage. Selbstverständlich ist die Zahnarzhelferin kein aussterbender Beruf. Ein aussterbender Beruf ist für mich ein Beruf, der nicht mehr oder nicht mehr in dem Umfang gebraucht wird. Genau das Gegenteil ist beim Beruf der Zahnarzhelferin der Fall. Der Bedarf von Seiten der Zahnärzte steigt ständig und es gibt keinen Berufsberater, der mit der entsprechenden Ausbildungsplatz- und Berufssituation nicht vertraut ist. Das ist ja unser tägliches Brot.

FORUM: Was sind nach Ihrer Meinung

die Gründe dafür, daß Zahnarthelferinnen vor allem in Großstädten immer rarer werden?

WURM: Man könnte zunächst meinen, daß sich immer weniger Mädchen für den Beruf der Zahnarthelferin interessieren. Das ist aber nur bedingt so. Wenn man sich die absoluten Zahlen der abgeschlossenen Ausbildungsverträge der letzten Jahre ansieht, dann sinken die nicht in dem Maß, wie andererseits der Bedarf in den Praxen steigt. Ich meine, daß sich hier mehrere Fakten aufsummieren, die das Problem dann so groß machen. Zum einen natürlich der Geburtenrückgang, davon ist aber heute fast jeder Berufszweig betroffen. Zum anderen, das wissen Sie ja selbst am besten, ist die Zahnartzdichte in einer Großstadt wie München enorm. Dabei ist eigentlich jede einzelne Praxis auf mindestens eine Helferin angewiesen. Dazu kommt noch, daß viele Praxen personal- und dienstleistungsintensiver arbeiten möchten, was ja nochmal den Bedarf verstärkt.

FORUM: Spielen nach Ihrer Einschätzung da auch noch andere Gründe eine Rolle? Wir denken zum Beispiel an praxisinterne Dinge, wie Atmosphärisches oder Autoritätsprobleme oder so etwas ähnliches.

WURM: Ja natürlich. Diese Dinge spielen eine ganz erhebliche Rolle. Das heißt, die Berufswahl wird dadurch noch nicht beeinflusst. Wenn das Ausbildungsverhältnis aber dann erst besteht, dann sind

sie eigentlich die Hauptursache für die doch relativ hohe Abbrecherquote in der Ausbildung.

FORUM: Wie hoch ist die ungefähr?

WURM: Die Quote der Ausbildungsabbrecher liegt in Bayern bei ca. 8% , im Bundesgebiet bei 7%. Diese Zahlen beziehen sich auf das Jahr 1987. (Die entsprechenden Vergleichszahlen für das Jahr 1978 betragen 4,3% und 3,8%.)

FORUM: Und das ist hoch gegenüber anderen Berufen?

WURM: Es gibt zwar Berufe, bei denen die Abbrecherquote auf bis zu 12 und 13% hochgeklettert ist. Dennoch liegt die Zahnarthelferin mit den vorzeitig gelösten Ausbildungsverhältnissen schon etwas über dem Durchschnitt. Von diesen 7-8% geben schätzungsweise 80% der Mädchen persönliche Gründe an, wie etwa Differenzen mit dem Arbeitgeber oder Kolleginnen, schlechtes Betriebsklima, ständige Überstunden ect. Erst mit einem gewissen Abstand folgen dann Argumente wie Arbeitszeit, Lohn, mangelnde eigene Qualifikation ect.

FORUM: Also Sie erhalten schon ganz konkrete Rückmeldungen von Auszubildenden, die gegenüber Ihnen diesen Abbruch dann begründen?

WURM: Ja, selbstverständlich. Wie gesagt, als Hauptargumente der Mädchen, die die Ausbildung abbrechen, werden persönliche Dinge oder die Situation in der Praxis inkl. ungünstiger Arbeitsbedingungen angegeben.

FORUM: Ausbildungsplätze in Bürobetrieben, besonders in Banken, wie man hört, scheinen beliebter zu sein. Woran liegt das Ihrer Meinung nach?

WURM: Das liegt daran, daß sich die jungen Leute in solchen Betrieben bessere Bedingungen versprechen, was den Verdienst anbelangt, die Arbeitszeit, die Fortbildungsmöglichkeiten oder etwa die Sozialleistungen. Trotzdem muß ich jetzt nochmals zurückkommen auf die Zahl der tatsächlich abgeschlossenen Ausbildungsverträge. Und hier steht im Münchener Arbeitsamtbezirk die Zahnarzthelferin immerhin an 3. Stelle. Lediglich in den Berufen Bürokauffrau und Friseurin bestehen bei den Mädchen mehr Ausbildungsverhältnisse. Erst nach der Zahnarzthelferin folgen die Berufe Verkäuferin und Bankkauffrau! Wichtig ist allerdings, daß sich die Struktur der Bewerberinnen verändert hat. Das Vorbildungsniveau ist gesunken, der Ausländerinnenanteil im Münchener Sprengel ist inzwischen auf 26% hochgesprungen.

FORUM: In welchem Zeitraum? Weil Sie von einem Sprung reden. Ist das plötzlich passiert?

WURM: Die Tendenz ist sicherlich schon mehrere Jahre zu beobachten. Allerdings wurden etwa im Münchner Berufsschul-Sprengel statt 163 ausländischer Schülerinnen im Jahr 87/88 plötzlich 218 Schülerinnen im Jahr 88/89 eingeschrieben!

FORUM: Haben Sie auch Rückmeldun-

gen von Helferinnen, die ihre Ausbildung abgeschlossen haben, und die dann den Beruf nicht weiter fortführen? Gibt es darüber Informationen, wie hoch der Prozentsatz ist und warum sie den Beruf nicht fortführen?

WURM: Diese Informationen gibt es sicherlich. Diese Frauen werden aber nicht von uns, der Berufsberatung, sondern von den Kollegen in der Arbeitsvermittlung betreut.

FORUM: Was raten Sie den Zahnärzten, um dem immer stärker werdenden Helferinnen-Mangel entgegenzuwirken?

WURM: Da würde ich gerne einige Punkte nennen. Zunächst einmal etwas mehr die Werbetrommel rühren für den Helferinnen-Beruf! Die Fachleute wissen schon, daß sich in manchen Praxen einiges bewegt hat in Richtung übertarifliche Bezahlung, flexiblere Arbeitszeiten ect., und daß insgesamt die Berufsaussichten nach der Ausbildung sehr gut geworden sind. Die Zeiten, in denen die Mädchen reihenweise ausgebildet, aber nicht übernommen wurden, und das war so, das darf man nicht übersehen, ...

FORUM: Zu welcher Zeit war das so?

WURM: Noch vor wenigen Jahren! Damals haben sich viele Mädchen gegen den Beruf entschieden, da ihnen das Risiko nach der Ausbildung, die Gefahr, nicht übernommen zu werden, zu groß war!

Also diese veränderten Bedingungen, die sollte man irgendwie mehr an die Mädchen und auch an die Eltern ranbringen. Hilfreich wären z.B. ansprechende und informative Broschüren, die auch die möglichen Fortbildungswege deutlich machen. Dieser Appell geht natürlich vor allem an die Zahnärztekammer.

Der nächste Punkt: Wenn die Mädchen schon so rar sind, sollte man möglichst die Abbrecherquote reduzieren. Und hier ist der Zahnarzt in seiner Rolle als Ausbilder angesprochen. Der Schritt von der Schule ins Berufsleben ist für die Jugendlichen nicht leicht. In diesem beruflichen Neuland sind die Mädchen ganz besonders auf Anleitung, auch mal ein Lob oder eine Anerkennung angewiesen. Ich will niemandem zu nahe treten, aber viele Zahnärzte gehen mit den Mädchen um wie mit einer berufserfahrenen Kraft und überfordern sie damit.

FORUM: Ja, das sind gute Ratschläge. Haben Sie noch weitere?

WURM: Ja, ich würde mir auch wünschen, daß man der Berufsschule die Möglichkeit gäbe, Bemühungen um „gefährdete Mädchen“ intensiver betreiben zu können. Das trifft nicht genau Ihre Frage, Sie haben nach den Möglichkeiten der Zahnärzte gefragt. Aber ich glaube, daß alle Beteiligten zusammenwirken müssen. Die Berufsschule könnte manchem Abbruch der Ausbildung schon im Vorfeld begegnen. Vielleicht durch den Einsatz einer Vertrau-

ensperson, die von sich aus auf problembelastete Mädchen zugehen kann.

FORUM: Innerhalb der Berufsschule?

WURM: Ja, ich kenne das von anderen Berufsschulen. Da hat man beispielsweise 3 Lehrkräfte stundenweise freigestellt, die in den Klassen auf die Schüler zugehen, Problemfälle aufgreifen und mit den Jugendlichen Lösungsmöglichkeiten erarbeiten. Mancher Ausbildungsabbruch erübrigt sich dadurch.

FORUM: Und diese Vertrauenslehrerin, die redet dann nicht nur mit der Auszubildenden, sondern auch mit dem Zahnarzt, verstehe ich das richtig?

WURM: Der Kontakt beschränkt sich in der Regel schon auf die Auszubildenden. Die Lehrer helfen den Mädchen dabei, sich mit einem Problem auseinanderzusetzen, um nicht gleich, oft aus nichtigem Anlaß, davonzulaufen. Sie ermuntern die Schüler, ein klärendes Gespräch herbeizuführen und geben Tips dazu. Solche Hilfestellungen sehen auch wir Berufsberater als eine unserer Aufgaben. Aber wenn die Mädchen zu uns kommen, ist es meistens schon passiert.

FORUM: Was tun Sie selbst? Was tun die Arbeitsämter?

WURM: Unsere Hilfe bezieht sich zunächst auf die Berufswahl und auf die Realisierung des Ausbildungswunsches. Wir versuchen, die jungen Leute mit all den Informationen auszustatten, die sie für ihre berufliche Entscheidung benötigen. Außer dem persönlichen Beratungs-

gespräch und der Vermittlung in Ausbildungsstellen bieten wir unser Berufsinformationszentrum an. Vielleicht darf ich an dieser Stelle eine Einladung aussprechen: Jeder Zahnarzt und jede Zahnärztin ist herzlich eingeladen, sich selbst ein Bild davon zu machen, wie wir mit Film, Lesemappe ect. über den Beruf der Zahnarzthelferin informieren.

FORUM: Ja gut, das ist in München, in der Kapuzinerstr. 30?

WURM: Ja. Der nächste Punkt betrifft die bereits bestehenden Ausbildungsverhältnisse. Da haben wir uns seit einigen Jahren darauf eingestellt, daß bei der großen Nachfrage auch leistungsschwächere Mädchen und auch zunehmend ausländische Mädchen durch die Ausbildung geführt werden müssen. Für diesen Personenkreis bieten wir in Zusammenarbeit mit bestimmten Trägern berufsbegleitende Stützkurse an. Sie bieten den Mädchen inhaltliche Hilfestellung wie etwa bei Problemen in der Berufsschule zur Bewältigung des theoretischen Stoffes, sollen aber auch durch sozialpädagogische Betreuung die Mädchen bei der Stange halten. Ohne diese Hilfe hätten bereits viel mehr Mädchen das Ausbildungsziel nicht erreichen können.

FORUM: Sehr gut, diese Einrichtung. Wissen Sie, ob es diese Einrichtung außer in München auch in anderen Städten gibt?

WURM: Das Konzept gilt bundesweit, wird aber wohl überwiegend in Bal-

lungsräumen durchgeführt. In jedem Fall ist es ratsam, sich an die Berufsberatung des örtlichen Arbeitsamtes zu wenden und das jeweilige Angebot abzuklären.

Schwer haben es meist die jungen Leute aus den Landkreisen oder im Hinterland. Für sie sind Wege und Zeiten oft zu aufwendig. Ratsam ist die Teilnahme möglichst bereits ab Beginn des Ausbildungsverhältnisses, sodaß größere Lücken gar nicht erst entstehen können.

FORUM: Ich wußte z.B. von dieser Möglichkeit überhaupt nichts. Und ich habe auch keine Kenntnis darüber bzw. kann mich nicht erinnern, wann in irgendeinem standeseigenen Medium gestanden hat, daß es solche Möglichkeiten gibt. Wie lange gibt es diese Möglichkeit der berufsbegleitenden Stützkurse schon?

WURM: Seit 1980 gibt es dieses sogenannte "Programm für benachteiligte Jugendliche". Angesprochen sind damit vor allem ausländische und lernschwache Auszubildende, aber auch solche, deren Ausbildung ohne zusätzliche Hilfe zu scheitern droht.

FORUM: Sie haben vorhin die Werbung angesprochen. Wie stellen Sie sich das vor oder wäre es von Ihrer Sicht her optimal, wenn die Zahnärzte Broschüren erarbeiten würden, die dann in den Arbeitsämtern verteilt würden, oder meinen Sie, man sollte auch in den Rundfunk oder ins Fernsehen gehen?

WURM: Ich würde nach Möglichkeit mehrere Wege beschreiten. Da wir über

die Arbeitsämter einen sehr großen Teil der Jugendlichen erreichen, könnten wir geeignete Broschüren sehr gut in unsere Angebotspalette mit aufnehmen, und diese auch gezielt an die Jugendlichen weitergeben. Gutes Informationsmaterial beziehen wir gerne mit ein. Nach einem Gespräch wird der Inhalt oftmals vertieft, wenn man das Besprochene nochmal schriftlich an die Hand geben kann.

Wenn Sie zusätzlich über die Medien etwas machen wollen, bieten sich z.B. die Privatsender an. Bereits viele Berufssparten und auch die Berufsberatung gehen über die privaten Anbieter an die Öffentlichkeit und weisen auf die Ausbildungsplatzsituation hin.

FORUM: Bei der Beantwortung dieser vorletzten Frage kam so ein bißchen für mich das Gefühl auf, daß da Defizite bestehen, was die Broschüren anbetrifft, mit denen Sie versorgt werden? Gibt es da noch nichts?

WURM: Es gibt noch Broschüren der

Zahnärztekammer, die von der Aufmachung, aber auch vom Inhalt her zur Ausgabe an Interessenten nicht mehr geeignet sind.

FORUM: Wie alt sind die?

WURM: Die letzte Broschüre der Zahnärztekammer, die uns vorliegt, dürfte aus dem Jahr 1980 stammen.

FORUM: Also, das müßte aktualisiert werden.

WURM: Nach Möglichkeit von der Aufmachung her jugendgerecht, jedoch nicht in Form einer aufreißerischen Werbebroschüre, sondern als echte Informationsquelle mit Hinweisen auch auf veränderte Bedingungen.

FORUM: Also den Beruf neutral vorstellen.

Frau Wurm, wir danken Ihnen für dieses Gespräch und hoffen, daß es positive Wirkung zeigt. Wir haben das Gefühl, daß vieles, was Sie gesagt haben, der Kollegenschaft so nicht bekannt ist.

„Der Zahnarzt ist zum Dienst an der Gesundheit der einzelnen Menschen und der Allgemeinheit berufen.“

§1 Abs. 1 der Berufsordnung

Darum:



Leistungsgerechte Vergütung von Praxisassistenten - ein Vorschlag

R. Teeuwen

Ein leistungsgerechtes Assistentengehalt läßt sich am ehesten realisieren durch eine Umsatzbeteiligung. Über die angemessene prozentuale Umsatzbeteiligung läßt sich trefflich streiten. In meiner Praxis habe ich bewußt eine unterschiedliche prozentuale Beteiligung gewählt für Leistungen, die ohne allzu großes Risiko in fachlicher und finanzieller Hinsicht erbracht werden können und solche mit höherem Risiko.

Meinerzeitiger Mustervertrag - Stand Mai 1989 - sieht aus wie unten angegeben. Wegen erhöhter Kostenbelastung der Praxis sowie vermehrter Risiken (Verschärfung des Prüfwesens; Zahlungsmoral bei höheren Eigenanteilen verschlechtert), wurde die prozentuale Umsatzbeteiligung in den letzten Jahren zurückgefahren.

Unter der vorgegebenen Umsatzbeteiligung ist ein monatliches Bruttoeinkommen von DM 6.000,- und mehr zu erwarten unter der Voraussetzung einer 36-stündigen Behandlungstätigkeit des Assistenten pro Woche (gemeint ist nicht Anwesenheit in der Praxis!).

Wird vertraglich auf Umsatzbeteiligung abgestellt, kann man sich den

Passus „Urlaub nach Belieben“ leisten. In den Jahren 1980-1988 waren die Assistenten meiner Praxis 26-42 Tage (Mo-Fr) von der Praxis abwesend durch Urlaub, Krankheit, Abwicklung von Regularien zur Praxisgründung. Davon entfielen auf Krankheit nur 2 Tage im Jahr.

Arbeitsvertrag

Gehalt

Dieses setzt sich zusammen aus Grundgehalt und Umsatzbeteiligung. Zusätzlich werden die Arbeitgeberanteile zu RV, KV, ALV getragen - bei Überschreitung der jeweiligen Pflichtgrenze die Höchstsätze.

Grundgehalt (gleichz. Mindestgehalt):

DM 3.800 brutto für auf dem Krankenschein abrechenbare Leistungen sowie für PA und Prophylaxe

DM 1.200 brutto für die übrigen Leistungen

DM 5.000 brutto zusammen

Umsatzbeteiligung:

Die Leistungen werden ausgedrückt in Punkten.

Die Leistungen bei Privatpatienten werden nach den Punktwerten der Kasenpatienten berechnet.

Per definitionem wird vereinbart:
1 Punkt = 1 DM.

Folgende Beteiligung wird dem Mitarbeiter zugesichert:

- 27,5% der selbst erarbeiteten Punkte abrechenbar auf Krankenschein sowie PA und Prophylaxe
- 20% der übrigen selbst erarbeiteten Punkte (alternativ 1.200 pauschal/Monat)

Das o.g. Grundgehalt wird im Krankheitsfall 6 Wochen weitergezahlt. Ansonsten gilt das Grundgehalt als a-Conto-Zahlung auf die Umsatzbeteiligung. Eine vorläufige Abrechnung auf die Umsatzbeteiligung erfolgt aufgrund einer Hochrechnung Mitte Dezember. Die genaue Abrechnung erfolgt in der nächsten Dezemberabrechnung bzw. bei Ausscheiden aus dem Vertragsverhältnis.

Um die Abführung der Beiträge an das Versorgungswerk kümmert sich der Mitarbeiter selbst.

Urlaub nach Belieben, jedoch mit der Praxis abgestimmt.

Kündigungsfrist ist für beide Seiten 6 Wochen - möglichst zum Quartalsende. Die ersten 3 Monate des Vertragsver-

hältnisses gelten als Probezeit. Die Kündigungsfrist innerhalb der Probezeit beträgt 1 Monat.

Vertragsbestandteil sind die dem Mitarbeiter auszuhändigenden „Therapiegrundsätze“. Mit Vertragsunterschrift gelten diese als vom Mitarbeiter akzeptiert.

Dieser Arbeitsvertrag wird geschlossen zwischen
..... als Arbeitgeber und
..... als Arbeitnehmer.

Das Arbeitsverhältnis beginnt am
.....

Kostenkalkulation zur Umsatzbeteiligung eines Soziums

Die Umsatzbeteiligung wird ausgedrückt in Honorarpunkten, die der Sozium selbst erarbeitet hat. Der Einfachheit halber soll per definitionem 1 Punkt = 1 DM sein.

Es soll festgestellt werden, daß 1 Punkt de facto natürlich einen höheren Gegenwert darstellt als 1 DM. Für 1989 wird dieser wie folgt berechnet:

Lt. Praxisstatistik setzt sich das Klientel des Autors folgendermaßen zusammen:

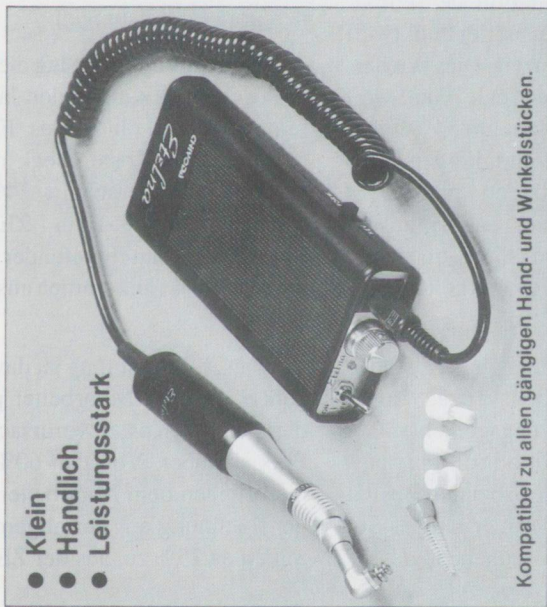
	Punktwert 1989	
10% privat	1,6	16,-
28% VdAK	1,38	38,64
62% RVO	1,28	79,36
		134,-

PROPHY PORT

zum Sonderpreis von

nur DM 895,—

- Klein
- Handlich
- Leistungsstark



Kompatibel zu allen gängigen Hand- und Winkelstücken.

PROPHY PORT besteht aus 1 Bravo Mikromotor mit stufenloser Geschwindigkeitsregulierung (bis zu 20.000 U/min.), Vor- und Rückwärtslauf, Ladegerät, Tragetasche und einem Snap-on Winkelstück mit 4 verschiedenen Prophyansätzen (je 10 Stück).

Weitere Winkel-, Handstücke und Reduktionsteil für alle in Praxis und Labor anfallenden Arbeiten erhältlich.

BESTELLUNG

<input type="checkbox"/> Prophy Port komplett	DM 895,—
Alle Teile auch einzeln erhältlich:	
<input type="checkbox"/> Bravo Mikromotor	DM 749,—
<input type="checkbox"/> Winkelstück ARK	DM 159,—
<input type="checkbox"/> Bürstchen spitz 20 St.	DM 24,—
<input type="checkbox"/> Bürstchen flach 20 St.	DM 24,—
<input type="checkbox"/> Kelche 20 St.	DM 10,—
<input type="checkbox"/> Interdental Spirex 20 St.	DM 36,—

Alle Preise ohne MWST.

Abrechnungsmodus gemäß GOZ 405, 406, 611, 613.

Bitte Praxisstempel nicht vergessen!

Firma
GRUSS Prophylaxe
Düsseler Str. 14

5603 Wülfrath

Ganz exakt lassen sich die Zahlen für das Verhältnis RVO/VdAK nicht feststellen. Sie müssen grob geschätzt werden. Eine Streubreite von $\pm 2\%$ ist anzunehmen. Anhand der KZV-Abrechnungsunterlagen ist davon auszugehen, daß die allermeisten Patienten, die unter „sonstige Kassen“ laufen, nach den RVO-Punktwerten abgerechnet werden.

Eine Tatsache ist ferner, daß nach Veröffentlichungen der GOZ-Multiplikator 1,6 dem RVO-Punktwert entspricht. Durchschnittlich wird in der Autorenpraxis der 2,0-fache Satz liquidiert, d.h. die Privatpatienten zahlen für die gleiche Leistung 25% mehr. Der GOZ-Satz 2,0 entspricht im Jahr 1989 dem BEMA-Punktwert 1,6 (RVO 1,28 + 25% = 1,6).

In der Mischkalkulation der Punktsumme aller Patienten ist der Punktwert mit DM 1,34 anzusetzen. Dies wiederum bedeutet, daß der reale Punktwert nicht mit 1 DM, sondern um 34% höher anzusetzen wäre. Wenn im Umkehrschluß anstatt 1,34 für den Punkt 1 DM gezahlt wird, heißt dies, daß der ausgezahlte Punktwert um 25,3% niedriger liegt als der tatsächlich erarbeitete.

Geht man bei einem Assistenten unter der Voraussetzung einer Umsatzbeteiligung wie unter „Arbeitsvertrag“ angegeben von einem leistungsgerechten Gehalt über 6.000,- brutto im Monat aus, so ist zur Wahrung des sozialen Besitzstandes beim freiberuflich tätigen Sozium von 7.200,- auszugehen, da die

Arbeitgeberzuschüsse zu RV, KV, ALV, Krankentagegeldversicherung (Beim Arbeitnehmer Lohnfortzahlung) kompensiert werden müssen. Zusammen machen diese Beträge ca. 1.200/Monat aus. In der Modellrechnung hat also das Angebot an den potentiellen Sozium um 20% höher zu liegen als das Angebot an einen erfahrenen Assistenten.

Wird nun die Assistentenhonorierung als leistungsgerecht akzeptiert, so liegt auf gleicher Basis die Angemessenheit beim Sozium

- allgemeine Leistungen, PA 33% Umsatzbeteiligung
- ZE 25% Umsatzbeteiligung

Lautet der Vertragstext „1 Punkt = 1 DM“, so liegt eine de-facto-Beteiligung vor von 20% beim ZE und 24,75% bei den übrigen Leistungen.

In der Autorenpraxis lag die allgemeine Kostenbelastung in den Jahren 1986 und 1987 bei 66%. Das Fremdlabor belastete den Kostenblock mit 26% - Punkten (Bundesschnitt 24%). Somit verbleiben 40% Kosten - ZE-Laborkosten sind als durchlaufender Posten zu werten - 60% Einkommen aus der Tätigkeit.

In dieser Betrachtung ist davon auszugehen, daß der Mitarbeiter prozentual die gleichen Kosten verursacht wie der Praxisinhaber. Von den 60% Einkommen fließen dem Mitarbeiter nach obiger Rechnung aus der allgemeinen Tätigkeit ca 25% zu, aus der ZE-Tätigkeit

20%. Das wiederum heißt, daß nach Abzug der vom Mitarbeiter selbst verursachten Kosten ihm selbst wieder ca 40% des Reineinkommen aus der allgemeinen Tätigkeit und ein Drittel aus der ZE-Tätigkeit zufließen.

Aus der Substanz, die dem Praxisinhaber über den Sozius zufließt, sind die Rücklagen für Reinvestitionen zu bilden. Die Chance einer schnellen Etablierung über den Senior ist auch nicht unentgeltlich.

In der Beispielrechnung wurde ausgegangen von einem Sozius, der nicht vorher in der betreffenden Praxis schon als Assistent tätig gewesen ist. Wird jedoch das Assistentenverhältnis in ein Soziusverhältnis übergeführt, ist der oben erwähnte Kostenblock zu verändern, da die Kosten für den vormaligen Assistenten aus den Personalkosten herauszunehmen sind, wodurch sich die Kosten um einige Prozentpunkte reduzieren. Bringt ein Sozius Kapital ein, so ist dies bei der Gewinnverteilung bzw. Umsatzbeteiligung zu berücksichtigen.

Anschrift des Verfassers:

*R. Robert Teeuwen
Berliner Ring 98
5130 Geilenkirchen*

Strommessungen im Mund

Durch Korrosionsvorgänge an Amalgamfüllungen bzw. durch das gleichzeitige Vorhandensein verschiedener Metalle in der Mundhöhle kann es zwischen diesen zu Potentialunterschieden bis zu 1.000 mV kommen.

Von vielen Autoren werden solche Mundspannungen immer wieder als die Ursache verschiedenster Krankheiten festgestellt. Kopfschmerzen, Migräne, Übelkeit, Brechreiz aber auch Depressionen u. a. verschwinden nach der Entfernung der die Mundspannungen verursachenden Metalle.

Mit einem einfachen und praxisgerechten Gerät ist es möglich, die Mundspannungen sicher festzustellen. Als alter „Hobbyelektroniker“ habe ich ein Gerät konstruiert, das sich durch einfache Handhabung und günstigen Preis auszeichnet. Der Meßbereich beträgt $\pm 1-1.999$ mV. Die Anschlußkabel und Prüfspitzen sind desinfizierbar. Die Kontakte sind vergoldet, um eine sichere, unverfälschte Messung zu gewährleisten.

Anfragen richten Sie bitte an:

Dr. Helmut Diewald
Donaustauer Str. 25
8400 Regensburg

Universalschnittinstrument »Cav. Spr. 18« – Hu Friedy

Mit dem neuen Amalgamschnittinstrument der Fa. Hu Friedy »Cav. Spr. 18« nach Sprengel ist ein Universalinstrument entwickelt worden, welches eine vollständige Gestaltung sowohl der approximalen, bukkalen und oralen Flächen als auch des okklusalen Reliefs ermöglicht.

Die zweimalige 45°-Abwinkelung in Verbindung mit einer konvexen Krümmung der Funktionssenden ermöglicht bei einer physiologischen Instrumentenführung eine anatomisch funktionelle Füllungs-gestaltung bei minimalem Zeitaufwand.

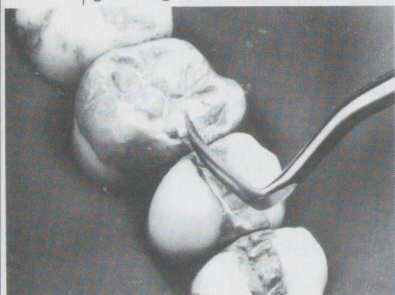


Abb. 1

Entsprechend *Abb. 1* wird der Überschluß im Bereich der Randleisten entfernt; unter Führung des Instrumentes auf den noch vorhandenen Höckern (von peripher nach zentral) wird eine störungsfreie Okklusion hergestellt, wie auf *Abb. 2* zu erkennen ist.

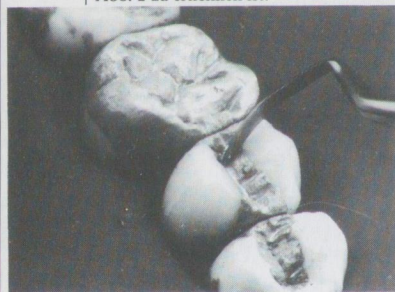


Abb. 2

Im Weiteren werden die bukkalen und oralen Anteile der Füllung adaptiert und gestaltet, was durch die konvexe Krümmung des Instrumentes sehr erleichtert wird; siehe *Abb. 3*. Auch interdental ist die Adaption der Füllung und das Entfernen eventuell vorhandener Überschüsse möglich; siehe *Abb. 4*.

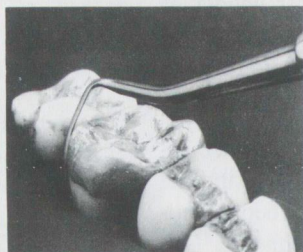


Abb. 3

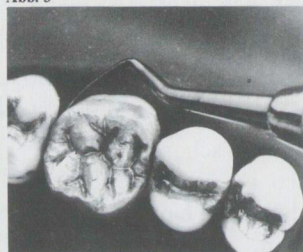


Abb. 4

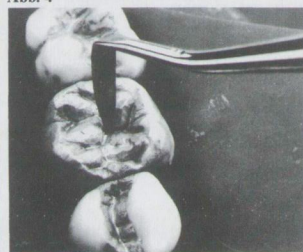


Abb. 5

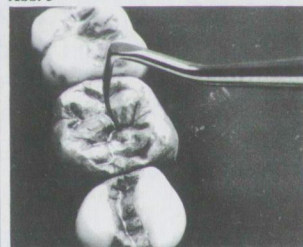


Abb. 6

Wird über die funktionell geschnittene Füllung, welche zu diesem Zeitpunkt fertig wäre, hinaus eine anatomische Kauflächengestaltung angestrebt, ist die Modellation der sagittalen Fissuren mit dem einen Funktionssende, *Abb. 5*, und der transversalen Fissuren mit dem anderen Funktionssende möglich. *Abb. 6*.

Hat die Füllung inzwischen eine ausreichende Festigkeit erreicht, läßt sich diese mit dem selben Instrument auch brünie- ren. Da die Funktionssenden zu gebräuchlichen Finierern und Polierern kongruent sind, lassen sich die so geschnitzten Füllungen auch gut polieren.

Der Vorzug des »Spr. 18« von Hu Friedy liegt, wie deutlich zu erkennen ist, in der Möglichkeit, eine Amalgamfüllung vollständig, rationell mit einem einzigen Instrument zu schnitzen und darüber hinaus auch anspruchsvolle Modellationen durchführen zu können.

Das »Spr. 18« ist ein Instrument, auf das der engagierte Praktiker nicht verzichten sollte.

Weitere Informationen

**Hu Friedy Europe GmbH
Kurpfalz-Centrum
6906 Leimen 1**

Gesteuerte Gewebsneubildung in der Parodontal-Therapie

L. Albers

Es gibt sie in den verschiedensten Textilien wie Jacken und Mänteln, Skianzügen und Hüten ebenso wie in Wanderschuhen - die Gewebsschicht, die Wasser abhält, feuchtigkeitsgesättigte Luft andererseits aber durchläßt: Gore Tex®. Es handelt sich dabei um gerecktes (expandet) Teflon, eine reißfeste und flexible Membran mit speziell geformten Poren von definierter Größe. Der wissenschaftliche Name: e-Polytetrafluorethylen (e-PTFE).

Nachdem das Gewebe in der Gefäßchirurgie seit mehr als 10 Jahren eingesetzt wird, kommt es nun auch bei der Behandlung von Parodontopathien vermehrt zum Einsatz. Der Durchbruch wurde mit der Freigabe durch die Food and Drug Administration (FDA) in den USA im Mai 1986 erreicht. Die Zulassung für den deutschen Markt erfolgte zwei Jahre später.

Um die Wirkungsweise bzw. den Anwendungsbereich von Gore-Tex-Membranen in der Parodontal-Therapie zu verstehen, muß man sich den Heilungsverlauf nach „normalen“ parodontal-therapeutischen Eingriffen vergegenwärtigen: Nachdem eine Ausräumung der

Zahnfleischtasche sowie die Reinigung und Glättung der Wurzeloberfläche erfolgt ist, kommt es zu einer Defekt-Reparatur, an der mehrere Gewebsarten beteiligt sind: Das Epithel, das gingivale Bindegewebe, der parodontale Knochen und das Restparodontium. Es kommt dabei gewissermaßen zu einem „Wettlauf der Systeme“, bei dem regelmäßig das Epithel mit großem Abstand den Sieg davonträgt. Da die so erreichte epitheliale Verbindung des Zahnes mit seiner Umgebung weit weniger stabil ist als dies bei einem naturgesunden Zahn der Fall ist, liegt es auf der Hand, daß bei einer Lenkung der Gewebsregeneration ein besseres Ergebnis erzielbar sein muß.

U.a. von Nyman, Lindhe und Karring konnte nachgewiesen werden, daß Zellen, die desmodontales Bindegewebe und Wurzelzement bilden können, sich dann auf der Wurzeloberfläche ansiedeln, wenn diese von anderen Gewebsarten freigehalten wird. Von allen bisher ausgetesteten Membranen ergab sowohl im Tierversuch als auch im klinischen Einsatz allein die Gore-Tex-Membran voll befriedigende Ergebnisse. Zur Zeit werden die folgenden Indi-

Dental-
Depot
Hermann

FÄGER

Sup-Dent
GmbH

*Ein Münchner
Unternehmen mit
Tradition!*

Testen Sie unsere Leistungsfähigkeit...

- * im Materialverbrauch
- * im Service
- * in der Beratung (bei uns erhalten
Sie objektive Informationen!)

**... wann immer
Sie können!**

Pettenkoferstraße 4 · 8000 München 2
Telefon 089 / 5518 00-0

kationshinweise als gesichert angesehen:

- Furkationsbefall Grad 2
- zwei- oder dreiwandige vertikale Defekte
- Defekte mit breiter befestigter Gingiva

In einzelnen Instituten werden natürlich sehr viel kompliziertere Fälle auf diese Weise therapiert, aber es ist wohl verständlich, wenn die vertreibende Firma den Anwendungsrahmen eher restriktiv absteckt. Sie ist im übrigen auch sehr zurückhaltend beim Vertrieb ihres Produktes selber. Man kann es nur erwerben, wenn man an einem der Einführungsseminare mit praktischen Übungen teilgenommen hat. Dabei wird ein ausführliches Handbuch überreicht sowie ein Modell mit Übungsmaterial. Die Kurse werden von einigen wenigen Hochschullehrern wie Lindhe, Göteborg, Karring, Kopenhagen und Flores de Jacoby, Marburg zusammen mit der Herstellerfirma durchgeführt (Auskunft: W. L. Gore und Co., Hermann-Oberth-Str. 22, 8011 Putzbrunn).

Ausreichende Vorübungen vor dem klinischen Einsatz sind in der Tat unverzichtbar, da u.a. das Zuschneiden der bisher angebotenen drei Manschetten-

typen Erfahrung verlangt und die Nahttechnik mit dem zugehörigen Teflonnahtmaterial einige Anforderungen stellt. Das Behandlungsziel ist, mit Hilfe der Membran den Knochendefekt abzudecken und somit das Tiefenwachstum des Epithels zu unterbinden. Dazu ist eine gute Anpassung und Fixierung an den betreffenden Zahn ebenso erforderlich wie auch eine anschließende vollständige Abdeckung durch den Schleimhautlappen.

Die produzierende Firma setzt ganz offensichtlich nicht auf den Absatz der großen Menge sondern ist bedacht, durch Qualitätssicherung den erfolgreichen Einsatz des neuen Materials zu erreichen. Das hat seinen Preis: Für den Einführungskurs sind derzeit knapp 700,- DM zu entrichten (Ein-Tages-Workshop inklusive Übungsmaterial und Modell). Die Manschetten kosten nach der Preisliste 3/89 zwischen 154,- und 256,-

DM pro Stück einschließlich MwSt. Es gibt drei Grundtypen jeweils in zwei Größen. Die Herstellerfirma räumt ein Umtauschrecht für versehentlich verschnittene Manschetten ein.

Da die Manschetten jeweils

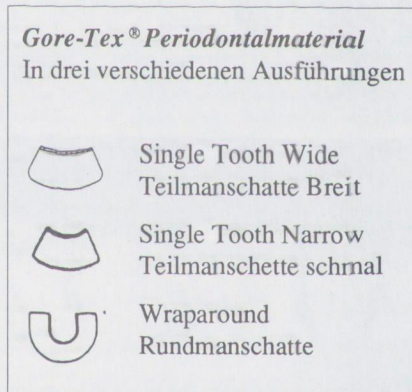


Abb. 1

nur für einen Zahn Verwendung finden, ist sofort klar, daß die Kosten für eine entsprechende Behandlung enorm sind. Der Kostenanstieg ergibt sich jedoch nicht nur aus dem Materialverbrauch sondern ebenso aus dem methodischen und zeitlichen Mehraufwand. Immerhin erfolgt das mit einiger Schwierigkeit verbundene Anbringen der Membran zusätzlich zum „normalen“ Aufwand, und es wird eine zweite Operation nach etwa 6 Wochen zur Entfernung der Membran erforderlich.

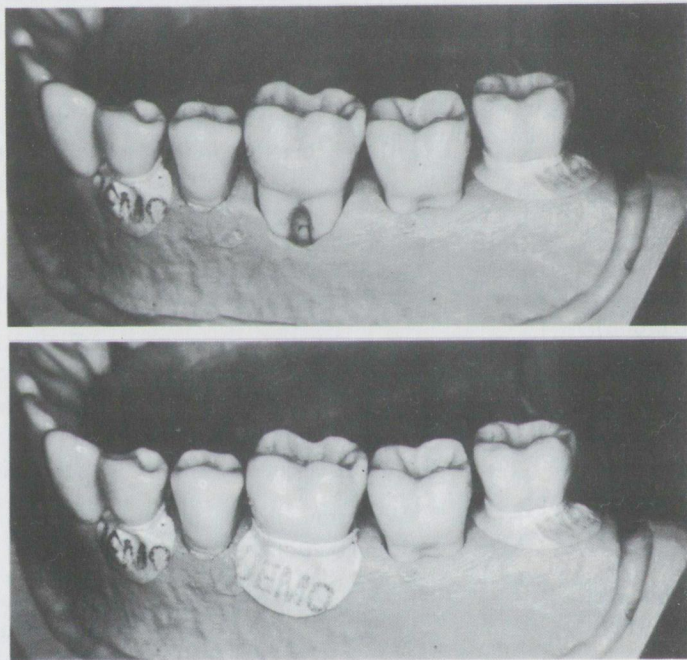
Die Konzeption und die demonstrierten Fallbeispiele waren gleichermaßen faszinierend. Es ist aber nicht zu übersehen, daß der hohe Preis einerseits und

die engen (derzeitigen) Indikationsgrenzen andererseits einen breiteren Einsatz auch in der parodontal-therapeutisch ausgerichteten Praxis nicht zulassen.

„Guided Tissue Regeneration“ ist im Augenblick noch mehr Programmatik als Therapiestandard. Es lohnt sich aber allemal einen entsprechenden Kurs zu besuchen: Zumindest der Spaß an der Zahnmedizin wird deutlich gefördert, und hin und wieder soll es ja auch Fälle geben, bei denen die Kosten keine Rolle spielen.

Anschrift des Verfassers:

*Dr. Lutz Albers
Brakmannsweg 1
2900 Oldenburg*



Endodontie - news

H. Wichert

Nach den von mir verfaßten Endodontieinformationen in *forum 17* und *forum 22*, bringe ich auf den folgenden Seiten weitere Zusammenfassungen von Veröffentlichungen aus dem *Journal of Endodontics*, *International Journal of Endodontics*, *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathologie*, *ZWR*, *zahnärztliche praxis* und einen Auszug aus der Neuauflage von Weine „*Endodontic Therapie*“. Die Auswahl habe ich hierbei nach den „Bedürfnissen des Praktikers“ getroffen.

Wurzelbehandlungen werden in der BRD nach den mehrfachen Gebührenerhöhungen wesentlich häufiger durchgeführt. Das zeigen vor allem die erhöhten Umsatzzahlen der Industrie für endodontische Geräte und Materialien. Wirksame Geräte wie der CanalFinder, Ultraschallgeräte und elektronische Längenmesser werden von endodontisch tätigen Zahnärzten ge-

gekauft und mit Erfolg eingesetzt.

Erhebliche Defizite bestehen beim Einsatz von Kofferdam, Röntengeräten am Behandlungsstuhl, bei der Durchführung von endodontischen Aufnahmen durch den Zahnarzt (Aufnahmen werden oft durch Helferinnen ausgeführt), Einsatz moderner Röntgentechnologien (RVG-Technik), Anwendung von wirksamen Spüllösungen, beim Einsatz von Kalziumhydroxid als medikamentöse Einlage, bei der Durchführung von Wurzelfüllungen nach internationalem Standard und bei der sorgfältigen Molarenbehandlung.

Das Studium der folgenden Seiten soll dem endodontisch tätigen Zahnarzt eine wirksame Unterstützung bei seiner schwierigen Tätigkeit bringen und bei den übrigen Lesern das Interesse für „Wurzelbehandlungen“ zum Wohle seiner Patienten wecken.

Lateral condensation in larger canals

Lateralkondensation in weiten Kanälen

F.S. Weine

Lateralkondensation wird mit Guttaperchaspitzen durchgeführt, da diese sehr gut verdichtet werden können. Dazu werden zusätzlich zu dem Hauptguttaperchastift (Master Point) weitere Spitzen in den Kanal eingebracht, um eventuelle Hohlräume zu beseitigen und die gesamten endodontischen Hohlräume abzudichten. Die Möglichkeit weite, unregelmäßig geformte Kanäle mit der Lateralkondensationsmethode abzudichten, ist von vielen Autoren dokumentiert worden.

Instrumentarium zur lateralen Kondensation:

1. Handspreizer (Hand spreader) - ein langes konisches Instrument, mit dem die Guttaperchaspitzen gegen die aufbereiteten Kanalwände und in die Unregelmäßigkeiten gepreßt werden. Dabei hinterlassen sie einen Hohlraum für weitere zusätzliche Guttaperchaspitzen (sog. auxiliary cones). Die Handspreizer werden vor allem in Kanälen verwendet, die bis mindestens ISO-Größe 60 aufbereitet sind.
2. Fingerspreizer (Finger spreader) - gleiche Form und gleiche Anwendung wie Handspreizer, sie werden

nur bei engeren Kanälen zum Einbringen der zusätzlichen Guttaperchaspitzen verwendet. Fingerspreizer erleichtern die laterale Kondensation bei Molaren, da sie die gleiche Form wie die Handfeilen haben. Finger spreader gibt es nach der ISO-Norm oder in den Stärken sehr fein, fein, mittel und stark.

3. Guttaperchaspitzen für den Master Point und für die zusätzlichen Guttaperchaspitzen nach der ISO-Norm. Beim Einpassen des Master Points ist zu beachten, daß die Wurzelkanalinstrumente mehr zugespitzt sind als die Guttaperchaspitzen.
4. Sterile Glasplatte.
5. Heidemann oder kleiner scharfer Löffel zum Entfernen der coronal überstehenden Guttaperchaanteile oder zum Einbringen der provisorischen Füllung.
6. Eine Wärmequelle: Bunsenbrenner oder ein kleiner Gasbrenner.

Technik der lateralen Kondensation

Der Kanal wird getrocknet, dann mit 95% igem Alkohol ausgewaschen und mit Papierspitzen getrocknet. Diese letzte Spülung soll den Kanal trocknen und Aufbereitungsüberreste von den Kanalwänden entfernen. Dadurch haften die Guttaperchaspitzen besser an der Kanalwand. Die mindestens eine Stunde weichbleibende Wurzelfüllpaste wird entsprechend den Herstellerangaben angemischt und die Wurzelkanalober-

fläche wird mit einem vorher in die Paste eingetauchten Kerr-Bohrer im Gegenuhrzeigersinn bis zur Arbeitslänge bestrichen.

Bei großen weiten Kanälen sollte dieser Vorgang wiederholt werden. Die Spitze des Master Points wird nun in den Sealer eingetaucht in die der Arbeitslänge entsprechenden Position gebracht. Bei der Verwendung von nicht normierten Guttaperchaspitzen muß der Master Point mit einem Wattepellet vor dem Verschieben im Kanal bewahrt werden.

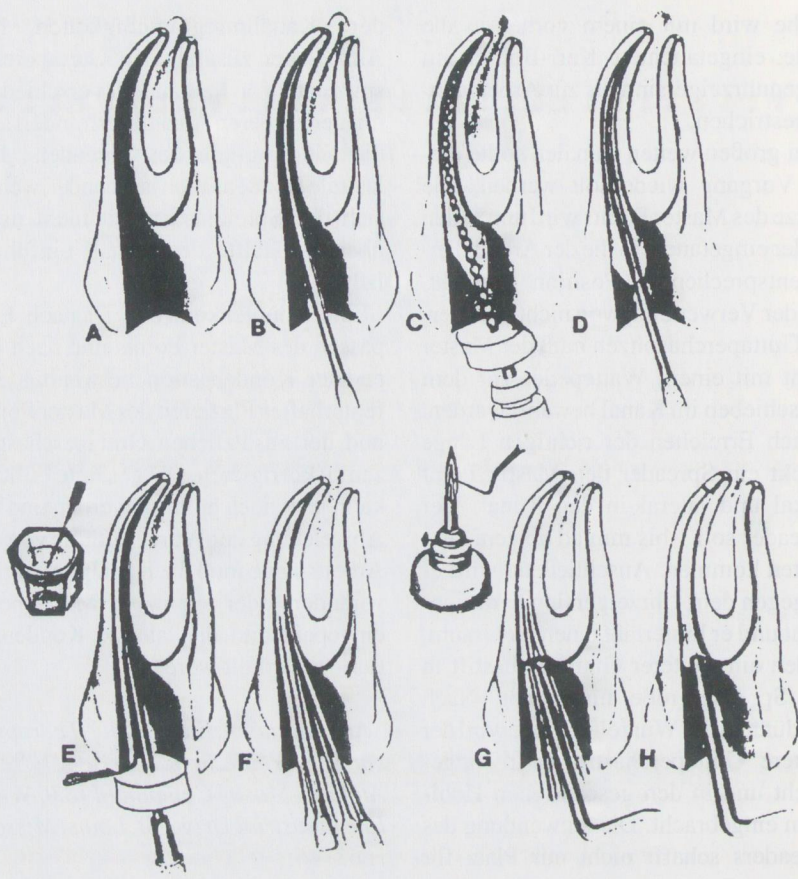
Nach Erreichen der richtigen Länge drückt ein Spreader den Master Point apikal und lateral in den Kanal. Der Spreader soll 1 bis mm ad apicem zum Halten kommen. Anschließend wird er entgegen dem Uhrzeigersinn herausgedreht und er hinterläßt einen Hohlraum, in den ein weiterer Guttaperchastift in der Spreadergröße hineinpaßt. Nach Verdünnen der Wurzelfüllpaste wird der weitere Guttaperchastift darin eingetaucht und in den geschaffenen Hohlraum eingebracht. Die Anwendung des Spreaders schafft nicht nur Platz für weitere Guttaperchaspitzen, sondern preßt die zuvor eingebrachten Spitzen in Seitenkanäle, Ausbuchtungen und an-

dere Kanalunregelmäßigkeiten. Die Anzahl der zusätzlichen Guttaperchaspitzen ist von Fall zu Fall verschieden; mit der größeren Anzahl vermindert sich die Eindringtiefe des Spreaders. Die laterale Kondensation ist beendet, wenn sich das Spreizinstrument nicht mehr über die Hälfte des Kanals einführen läßt.

Eine Röntgenkontrolle ist nach Einpassen des Master Points und nach beendeter Kondensation notwendig, um fehlerhaftes Plazieren des Master Points und der zusätzlichen Guttaperchaspitzen zu korrigieren. Die gesamte Füllung kann jetzt noch entfernt werden und bei Abweichung der Wurzelfüllung von der Arbeitslänge muß die Kanalpräparation verändert oder ein neuer Masterpoint eingepaßt und die laterale Kondensation wiederholt werden.

Auszug aus: „Endodontic Therapie“ von F. S. Weine, Seite 384–388, 1989, 4. Auflage, Mosby Company 11830 Westline Industrial Drive, St. Louis, Missouri 63146.

Das Buch ist direkt über den Verlag zu erhalten. Preis 60 \$ und Postspesen.



A) Kanalform nach Aufbereitung; B) Einpassen des Master Point einen Millimeter vom röntgenologischen Apex; C) Einpassen der Wurzelfüllpaste mit einer Nr. 15 Feile; D) Master Point mit Zement eingesetzt; E) Fingerspreader im Kanal, um Platz für die weiteren Guttaperchaspitzen zu schaffen; F) Kanal gefüllt mit zusätzlichen Guttapercha-

spitzen; G) heißes Instrument zum Entfernen des überschüssigen Guttaperchas über der Zahnhalblinie; H) kalter Plugger zum Apikalpressen der Guttapercha.

Aus Besner, E., Ferrigno, P., *Practical Endodontics*, 1981 Williams & Wilkins 428 East Preston Street, Baltimore, MD 21202, U.S.A.

Untersuchung über die Normierung von Guttapercha-Stiften

Der endodontisch tätige Zahnarzt muß beim Einpassen des sog. Master Point (Guttaperchaspitze, deren Größe der letztverwendeten Feilengröße entspricht) oft feststellen, daß die ausgesuchte Guttaperchaspitze bis zu 0,05 mm von der ISO-Norm abweicht.

KOCKAPAN hat zwei Chargen von Guttaperchaspitzen von 10 Firmen der ISO-Größen 25, 40, 60 und 80 auf ihren Durchmesser im Abstand von 0,5 (D1), 3 mm (D2) und 5 mm (D3) von der Spitze entfernt auf die folgenden Normen untersucht. Die Toleranzen betragen nach der ISO-Norm für Wurzelkanalinstrumente $\pm 0,02$ mm, nach einem ISO-Normentwurf für Guttaperchaspitzen $\pm 0,04$ mm und der ADA-Spezifikation $\pm 0,05$ mm. Im Idealfall sollten die Guttaperchaspitzen genau der ISO-Norm für Wurzelkanalinstrumente entsprechen.

Ergebnisse:

202 der 400 Guttaperchastifte waren im Abstand D1 zu dünn, 51 erwiesen sich zu dick und 147 hatten die ISO-Norm. Die GP-Stifte der Größe 25 erfüllten zu 94% am Punkt D1 innerhalb der Toleranzen die ISO-Norm. Bei den Größen 40, 60 und 80 waren 42,66% am Punkt D1 zu dünn, 1,66% zu dick und der Rest entsprach der ADA-Spezifikation.

Die GP-Stifte der Fa. De-Trey erfüllten die Normen vollständig.

Schlußfolgerung:

Den Vergleich mit dem vom Autor empfohlenen ISO-Toleranzen ($\pm 0,02$ mm) bestanden 147 GP-Stifte am Punkt D1, mit der ADA-Spezifikation Nr. 57 ($\pm 0,05$ mm) 261 und mit dem ISO-Normentwurf ($\pm 0,04$ mm) 235 Guttaperchastifte. Im Idealfall sollten die Guttaperchastifte genau der ISO-Norm für Wurzelkanalinstrumente ($\pm 0,02$) entsprechen, wobei die Instrumente eher dicker (+ 0,02 mm) und die Guttaperchaspitzen eher dünner (- 0,02 mm, Platzbedarf für den Sealer) hergestellt werden sollen.

Kockapan, C., Zahnärztliche Praxis 3, 1989, Seite 79-85



*Geben Sie Ihre
Anzeigen immer
rechtzeitig auf!*

*Anzeigenschluß für
die nächste Ausgabe:*

15. 9. 1989

Ultrasonic Endodontic Sealer Placement

Das Einbringen von Wurzelfüllpaste mit Ultraschall

Erfolgreiche endodontische Behandlung erfordert gründliche Reinigung und Desinfektion und Formung des Wurzelkanals mit anschließender bestmöglicher Wurzelfüllung. Bei einer Obturation mit Guttaperchaspitzen und einer Paste gibt es mehrere Möglichkeiten zum Einbringen der Paste und zwar mit einem Reamer - gedreht im Gegenuhrzeigersinn, mit Papierspitzen, Guttaperchaspitzen oder mit einer Förderspirale (Lentulo). Alle diese Methoden sollen mit Guttapercha einen dichten Abschluß der endodontischen Hohlräume ergeben.

HOEN et al. haben eine weitere Methode untersucht: das Einbringen der Paste (AH 26) erfolgt mit einer ultraschallaktivierten (Cavi-Endo, Fa. De-Trey) K-Feile ISO Größe 20 ohne Flüssigkeitszufuhr. Sie verwendeten die mesialen Kanäle von 50 frisch extrahierten unteren menschlichen Molaren und bereiteten diese bis ISO Größe 35 (0,5 mm kürzer röntgenologischer Apex) mit Ultraschall unter 2,5%iger NaOCl-Spülung auf und teilten die Zähne in 4 Gruppen:

A) Die Paste wird 30 Sekunden mit einer ultraschallaktivierten Kerr

Feile Größe 20 in den Kanal 1 mm zur Arbeitslänge eingebracht (20 Zähne).

- B) 20 Zähne; Einbringen der Paste mit einem Reamer Größe 20 mit pumpenden Bewegungen im Gegenuhrzeigersinn (30 Sekunden).
- C) Fünf Zähne wurden mit einem Lentulo 30 Sekunden unter Vakuumbedingungen gefüllt.
- D) Kontrollgruppe 5 Zähne ungefüllt, Aufzeigen der ultraschallgereinigten Kanäle

Danach wurden die Zähne präpariert und Horizontalschnitte elektronenmikroskopisch untersucht.

Ergebnisse:

Die 5 Zähne der Gruppe C waren zu 94% gefüllt, die restlichen 6% waren ohne nekrotisches Gewebe. Die Schnitte der Kanäle der Gruppe D zeigten Kanalwände frei von nekrotischem Gewebe nach Ultraschallaufbereitung. Das herkömmliche Einbringen der Paste mit Handinstrumenten (Gruppe A) brachte in 23% der Schnitte eine vollständige Bedeckung der Kanalwände. Im Abstand 1 mm von der Arbeitslänge waren 40% der Oberfläche bestens bedeckt. Mit Hilfe von Ultraschall (Gruppe B) waren durchschnittlich 76%, im Abstand 2 mm von der Arbeitslänge, 90% der Kanalwände bedeckt. Ein Überfüllen des Materials wurde in Gruppe A und B nicht beobachtet.

Schlußfolgerung:

Die Ultraschallenergie ist eine wirksame Hilfe zum Einbringen von Wurzelkanalfüllmaterial im Zusammenhang mit Guttaperchaspitzen und dabei wird bei dieser Methode die Wurzelkanalwand wesentlich besser bedeckt als mit Handapplikation.

Hoehn, M., LaBaunty, G., Keller, D., Journal of Endodontics 14 Nr. 4, 1988, Seite 169-174

Endosonics in Curved Root Canals Part II

Aufbereitung von gebogenen Kanälen mit ultraschallaktivierten K-Feilen. Teil II

Eine frühere Untersuchung der gleichen Autoren (1985) beurteilt die Wirksamkeit von ultraschallaktivierten K-Feilen in gebogenen Kanälen. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigten, daß bei Verwendung von K-Feilen der ISO-Größe 15 der ursprüngliche Kanalverlauf bei 48 von 51 Kanälen meßbar begradigt wird.

Bei der vorliegenden Testserie haben CHENAIL und TEPLITSKY ultraschallaktivierte Kerr-Feilen (Cavi Endo, Fa DeTrey) der ISO-Größe 20 und 25 auf

die Veränderung des Kanalverlaufs nach der Aufbereitung untersucht. Dazu verwendeten sie von 10 frisch extrahierten menschlichen Ober- und Unterkiefermolaren die engen Kanäle mit einer Biegung von 35–80°. Bis eine ISO-20 Endosonic-Feile bis zur Arbeitslänge gut in den Kanal paßte, erfolgte die Aufbereitung mit Handinstrumenten. Anschließend wurden die Kanäle mit Endosonic-Feilen Größe 20 und 25 erweitert. Die Kanalverlaufskontrollen ergaben die überlagerten Röntgenaufnahmen vor und nach der Ultraschallaufbereitung.

Ergebnisse und Schlußfolgerungen:

Die ultraschallaktivierten Kerr-Feilen der Größe 20 und 25 begradigten gebogene Kanäle bei der Aufbereitung um 0,2–2 mm.

Dieser Wert hängt von der Länge und der Biegung des Kanals ab. Der Zeitaufwand zur Aufbereitung betrug für jede Feile ca. 2 Minuten. Bei allen ultraschallaufbereiteten Kanälen gab es keinen Instrumentenbruch, keine Anhäufung von nekrotischem Pulpengewebe und keinen Verlust der Arbeitslänge. Zur Beibehaltung des ursprünglichen Kanalverlaufs können die Autoren den Einsatz von Ultraschall nur bis zur ISO-Größe 15 empfehlen. Bei Verwendung von größeren Feilen ist ein Begradigung von gebogenen Kanälen unvermeidlich.

Chenail, B., Teplitsky, P., Journal of Endodontics 14, Nr. 5, 1988, Seite 214-217

Physiologische Selenwirkung

1. Zerstörung von Hydroxyl- und Peroxiradikalen (Schutz der Zellmembran)
2. Antimutagene Wirkung
3. Schutz von Chromosomenschäden
4. Entgiftung von Schwermetallen (z.B. Cd., Hg., Pb., Ag. u.a.)
5. Arsen-Antagonist
6. Schutz vor Alkylierungsmittel
7. Stimulierung des Immunsystems
8. Beeinflusst Methylgruppenstoffwechsel
9. Schutz vor Strahlenwirkung
10. Leberschutz
11. Erhöhte Resistenz gegen bestimmte Viren und andere Pathogene
12. Stimuliert den Mikroblutkreislauf

Aus: Prof. G. N. Schauer: Die Rolle des Selens in der Prävention und Therapie maligner Erkrankungen, in K. Schmidt/W. Bayer, Mineralstoffwechsel beim Tumorpatienten, Heidelberg, 1984.

Statistik über Herderkrankungen im Zusammenhang mit ZMK-Erkrankungen

ZMK-Klinik Marburg, 153 Patienten mit Überweisung Verdacht auf Herderkrankung.

Ergebnis:

1. 25% keinerlei Hinweis auf dentogenen Fokus.
2. 30% mindestens ein devitaler Zahn.
3. 11,1% Wurzelrest.
4. 9,3% Wurzelkanalfüllung.
5. Retinierte und verlagerte Zähne 9,3%.
6. Statistisch nicht signifikante PA-Befunde und Karies profunda.

Aus: Erscheinungsformen und Risikofaktoren der dentogenen Herderkrankungen, Berhardt H., Funke D., Zahnärztliche Praxis 5, 1986, Seite 178-184

Einsatz von Penicillin und Analgetika bei der Behandlung von symptomlosen gangränösen Zähnen mit periapikalen Veränderungen

MORSE et al. haben in einer Untersuchung die Wirkung von Penicillin und von Analgetika bei obigen endodontischen Problemen folgende Empfehlungen zur Behandlung gegeben: 1/2 Stunden vor der Behandlung 2 Gramm Penicillin V und nach 6 Stunden ein weiteres Gramm verabreichen. Die Schmerzkontrolle soll mit 500 mg Acetylsalicylsäure und Codeinphosphat und 30 mg Codeinphosphat und bei Verträglichkeit von Aspirin 325 mg Acetaminophen mit 30 mg Codeinphosphat erfolgen. Bei Penicillinunverträglichkeit diene Erythromycin als Penicillinersatz.

Die Autoren haben anschließend folgende Vorteile dieser Medikation festgestellt:

1. Es gibt weniger Nebenwirkungen, wenn die Antibiotikagabe auf einen Tag beschränkt ist.
2. Vor allem Nebenwirkungen auf das Magendarmsystem bleiben fast aus.
3. Es treten weniger resistente Bakterienstämme auf.
4. Es gibt keine Probleme mit der genauen Medikamenteneinnahme durch den Patienten.
5. Die Patienten waren durchweg zufriedener, da entscheidend weniger Exacerbationen und postoperative Schmerzen auftraten.

Schlussfolgerung:

Die Autoren empfehlen die prophylaktische Penicillingabe gegenüber einer erst nach Auftreten von postoperativen Komplikationen mehrtägigen Antibiotikagabe.

Aus: Prophylactic Penicillin Versus Penicillin taken at the First Sign of Swelling in cases of Asymptomatic Pulpal-Periapical Lesions: A Comparative Analysis; Morse et al., Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, 1988, Volume 65 Nr. 2, Seite 228-232

Anm. des Verfassers: Die in U.S.A. seit Jahren bei der endodontischen Behandlung empfohlene Analgetikum Acetylsalicylsäure 500 mg mit Codeinphosphat 30 mg ist endlich auch auf dem deutschen Markt erschienen (Präparat Nedolon A, 20 und 40 Tabletten, Fa. Merck, Darmstadt).

Effects of Calcium Hydroxide and Sodium Hypochlorite on the Dissolution of Necrotic Porcine Muscle Tissue

Die Auflösung von necrotischem Schweinemuskelgewebe durch Kalziumhydroxid und Natriumhypochlorit

Zur Unterstützung bei der Aufbereitung von Wurzelkanälen soll der endodontisch arbeitende Zahnarzt zwischen den einzelnen Instrumentenarten und Instrumentengrößen die Kanäle gründlich spülen, um das abgeschabte Material herauszubringen, nekrotisches Pulpengewebe aufzulösen und die Kanäle zu desinfizieren. Dazu werden viele chemische Substanzen empfohlen. Das klassische Spülmittel in einer Konzentration von 0,5–5% ist Natriumhypochlorit.

HASSELGREN et al. haben an nekrotischen Schweinemuskelgewebe die Wirkung von Kalziumhydroxid, 0,5% Natriumhypochlorit und von Natriumhypochlorit, vorbehandelt mit Kalziumhydroxid untersucht.

Ergebnisse:

0,5% NaOCl konnten das Gewebe in 12 Tagen nicht vollständig auflösen. Bei Erneuerung der NaOCl Lösung alle 30 Min. war das Gewebestück in 3 Stunden aufgelöst.

Die in Kalziumhydroxid eingelegten Muskelstückchen schwellen geleeartig für 24 Stunden an und begannen sich

dann aufzulösen und nach 12 Tagen war kein Gewebe mehr nachweisbar.

30 Min. mit $\text{Ca}(\text{OH})_2$ vorbehandelte Stückchen, lösen sich nach 90 Min. in NaOCl aus.

Schlussfolgerung:

Langzeitbehandlung mit Kalziumhydroxid löst Gewebe auf. Das beste Ergebnis war Vorbehandlung mit Kalziumhydroxid und anschließender NaOCl Einwirkung.

Hasselgren, G., Olson B., Cvec M., *Journal of Endodontics* 14, Nr. 3, 1988, Seite 125–127

Histopathologie and X-ray Microanalysis of the Subcutaneous Tissue Reponse to Endodontic Sealer

Histopathologische Untersuchung der Unterhautgewebe von Ratten auf den Kontakt mit endodontischen Wurzelfüllpasten

Bei nach internationalem endodontischen Standard durchgeführten Wurzelfüllungen werden Guttaperchaspitzen und Titanstifte in Verbindung mit Wurzelkanalfüllpasten verwendet. Sehr häufig kommen sie dabei mit periapikalem Gewebe in Berührung. Die Gewebsreaktion auf diesen Kontakt ist sehr wichtig und kann den Erfolg einer endodontischen Behandlung entscheidend beeinflussen. Die sog. biologischen Eigenschaften der Wurzelfüllmaterialien werden deshalb sehr hoch bewertet.

OSTAVIK und MJÖR haben Ratten 12 verschiedene Wurzelfüllmaterialien mit 123 Polyäthylenschläuchen unter die Haut implantiert und dann die Gewebsreaktion nach 14 und 90 Tagen elektronenmikroskopisch untersucht. Die entzündliche Gewebsreaktion wurde nach der Dicke des entzündeten Gewebes und der Menge der sogenannten Entzündungszellen beurteilt. Zusätzlich wurden in das umliegende Gewebe abtransportierte Fragmente registriert.

Ergebnisse:

Die Gewebsreaktion der einzelnen Wurzelfüllpasten unterschied sich er-

heblich sowohl nach 14 Tagen wie auch nach 90 Tagen. Pasten mit Kunststoffbasiertem Material, wie AH 26, zeigten nach 14 Tagen eine heftige entzündliche Reaktion, waren jedoch nach 90 Tagen sehr viel gewebefreundlicher.

Zinkoxid-Eugenol Präparate wurden nach 14 Tagen mit wenig Gewebsreaktion beurteilt. Diese bestand aber im gleichen Ausmaß noch nach 90 Tagen.

Einzelergebnisse:

1. AH 26. 14 Tage: 100–500 µm entzündliches Gewebe mit Makrophagen und Granulozyten. 90 Tage: Bindegewebskapsel 50–150 µm dick. Materialbruchstücke am Kapselrand.
2. Endomethasone. 14 Tage: 100–200 µm dicke Schicht mit wenig eosinophilen Granulozyten. Materialfragmente bis 1.500 µm von der Kontaktstelle Füllmaterial - Gewebe entfernt. 90 Tage: 100–150 µm dicke Kapsel mit Makrophagen, chronische Entzündungszellen und Fibroblasten.
3. Diaket. 14 Tage: 20 µm dicke Schicht mit Makrophagen und neu-

- trophilen Granulozyten, durchsetzte von Materialteilchen. 90 Tage: 200 µm dicke Kapsel mit Fibroblasten, Neutrophilen und Makrophagen. Verstreute Partikel mit Entzündungszellen.
4. N2 Normal. 14 Tage: 50 µm Schicht mit eosinophilen Granulozyten. Dann eine zellreiche Schicht von 150–200 µm mit eingelagerten Füllungspartikeln. 90 Tage: 150–200 µm dicke Kapsel mit Makrophagen zellarmen Bindegewebe.
5. Formokresol. 14 Tage: Infiltrierte Schicht von 1.500 µm mit Makrophagen und Granulozyten umgibt das Material. In der Umgebung von abgesplittetem Material ist flüssige Nekrose. 90 Tage: Die Kapsel ist jetzt 100 µm mit Materialteilchen Makrophagen und neutrophilen Granulozyten.

Orstravid, D., Mjör, I., Journal of Endodontics 14, Nr. 1, 1988, Seite 13–23

Mikroleakage of Retrograde Fillings - a Comparative Investigation between Amalgam and Glass Ionomer Cement in Vitro

Abdichtungsfähigkeit von retrograden Füllungen - eine vergleichende Untersuchung zwischen Amalgam und Glasionomer Zement (GIZ) in Vitro

ZETTERQUIST et al. haben 64 einwurzelige menschliche Zähne unter 0,5%-ige NaCO₁ - Spülung bis ISO-Größe 60 aufbereitet und mit Guttapercha und Harzchloroform nach der lateralen Kondensationstechnik gefüllt. Sie präparierten eine Kavität zur Aufnahme einer retrograden Füllung, die sie mit Amalgam (21 Zähne), Glasionomerzement (23) und Guttapercha (20) füllten. Weitere 8 Zähne waren ohne Wurzelfüllung mit retrograder Amalgam und 7 Zähne ohne Wurzelfüllung mit retrograder Glasionomerzementfüllung. Die

Dichtheit der Füllungen wurde nach 4 tägigem Eintauchen in grüne Tinte bei 37° C bei einem Teil nach weiteren 24 Stunden und ein Teil nach einem Jahr untersucht.

Ergebnisse:

Nach 24 Stunden zeigten 66% der Amalgamfüllung mit Wurzelfüllung eingedrungene Tinte, 44% der Guttaperchafüllung und 10% der Glasionomerzementfüllung. Nach einem Jahr war das bei 82% der Amalgamfüllungen, 59% der Guttaperchafüllungen und 38%

der Glasionomerzementfüllungen. Die retrograde Füllung bei Zähnen ohne Wurzelfüllung zeigten bei Amalgam ausschließlich Undichtheit und bei Glasionomerzement waren alle Füllungen dicht.

Abschließende Beurteilung:

Die Untersuchung ergab eine wesentlich bessere Dichtheit von Glasionomerzement als Amalgam als retrogrades Füllmaterial sowohl nach 24

Stunden als nach einem Jahr. Bei Verwendung von Amalgam ist eine sorgfältige Kondensation des Materials notwendig. Glasionomerzement ist ein gut zu verarbeitendes retrogrades Wurzelfüllmaterial. Der Zement ist eine ausgezeichnete Alternative zu Amalgam.

Zetterquist, G., Anneroth, G., Danin, J., Röding, K., International Endodontic Journal 21, 1988, Seite 1-8

Canal Configuration of the Mandibular Second Molar, Using a Clinically Oriented In Vitro Method

Wurzelkanalanatomie von zweiten Unterkiefermolaren beurteilt durch ein klinisch orientiertes in vitro Verfahren

Endodontie ist eine ausführliche Kenntnis der Anatomie der Zähne. Hierbei ist besonders die Zahnlänge, Anzahl der Wurzeln, Anzahl der Kanäle, Anzahl der Foramina und die Form der Kanäle zu beachten.

WEINE et al. haben erstmals durch diese Untersuchung die anatomischen Gegebenheiten von 75 extrahierten zweiten Molaren mit Meßaufnahmen in zwei Ebenen untersucht.

Ergebnisse:

Von den 75 Zähnen hatte nur 1 Zahn (1,3%) einen Kanal, 2 Zähne (3,7%) zwei Kanäle mit einem Foramen, 3 Zähne (3,7%) zwei Kanäle und zwei Foramina,

61 Zähne (81,3%) drei Kanäle und drei Foramina und vier Zähne 4 Kanäle und vier Foramina.

Bei der endodontischen Behandlung von zweiten Unterkiefermolaren sind mesial und distal excentrische Röntgenaufnahmen notwendig, um alle Kanäle zu finden und zu behandeln. Nicht aufbereitete und gefüllte Kanäle führen unweigerlich zu Mißerfolgen. Der zweite Unterkiefermolar kann manchmal in der distalen Wurzel zwei Kanäle haben.

Weine, F., Pasiewicz, R., Rice, T., Journal of Endodontics 14, Nr. 5, 1988, Seite 207-213

Effectiveness of Four Methods for Preparing Root Canals: A Scanning Electron Microscopic Evaluation

Die Wirksamkeit von vier Wurzelkanalaufbereitungsmethoden: Eine elektronenmikroskopische Untersuchung

Eine erfolgreiche endodontische Therapie von Molaren ist nur durch zeitaufwendige Aufbereitung, Formung und Füllung der Kanäle möglich. Dabei werden zur Erleichterung der Kanalaufbereitung mehrere Maschineninstrumente und Geräte angeboten. Die meisten Untersuchungen darüber zeigen eine Überlegenheit der Handinstrumentation. Diese ist berechtigt in Bezug auf Formung der apikalen Region und Reinigung des Kanals, jedoch hinterläßt die Handaufbereitung an der Kanaloberfläche eine Schmierschicht und ist zeitraubend und schwierig.

HAIKEL und ALLEMANN haben elektronenmikroskopisch an 140 gebogenen (20–60 Grad) Kanälen von Prämolaren und Molaren die Wirksamkeit folgender Aufbereitungsmethoden untersucht:

1. Handaufbereitung, alternierend mit Kerr- und Hedstroemfeilen.
2. Sonic Air (Fa. Micro Mega, 1500–3000 Hz) mit Rispisonic und Heliosonic Wurzelkanalinstrumente.
3. Sonic Air mit Shapersonicinstrumenten.

4. Canal Finder (Fa. SET, Olching bei München) mit speziellen K- und H-Feilen.

Die Kanäle wurden während der Aufbereitung bei allen Methoden mit 2,5% NaOC1 gespült.

Ergebnisse:

Die Sonic Air und Canal Finder Methode sind zeitsparend im Vergleich zur Handaufbereitung. Die Sonic Air Anwendung reinigt sehr gut das coronale und mittlere Kanaldrittel. Im apikalen Drittel läßt die Wirkung nach und dort sind immer Pulpenreste zu finden. Der Kanalverlauf wird begradigt und der Apex oft erweitert. Die Canal Finder Methode begradigt ebenfalls den Kanalverlauf und der Apex war häufig erweitert, da wegen der Longitudinalbewegung des Winkelstücks die Arbeitslänge kaum einzuhalten war. Die Kanaloberfläche zeigte sich bei dieser Methode wie bei der Handinstrumentation.

Abschließend empfehlen die Autoren das apikale Drittel nur mit der Hand aufzubereiten.

Haikel, Y., Allemann C., Journal of Endodontics 14 Nr. 7, 1988, S. 340–345

Cutting Efficiency of Endodontic Instruments. Part III. Comparison of Sonic and Ultrasonic Instrument Systems

Die schneidende Wirkung von endodontischen Instrumenten. Teil III.
Vergleich von Schall (1.500 Herz) und
Ultraschall (25.000-30.000 Herz) Systeme

Nach internationalem Standard teilt man den Ablauf einer Wurzelbehandlung in drei Teile ein:

- a) biomechanische Präparation,
- b) bakterielle Kontrolle,
- c) Wurzelkanalfüllung (HEUER 1963)

Davon ist die schwierigste Aufgabe die biomechanische Aufbereitung, denn der weitere, dauerhafte Erfolg der Behandlung hängt von der Desinfektion, Reinigung und Formung des Wurzelkanals ab.

MISERENDINO et al. haben dazu zwei Arten (Schall und Ultraschall) von maschinellen Aufbereitungshilfen untersucht. Als Geräte verwendeten sie Ultraschallgeräte wie Cavi-Endo mit Endosonic-Feilen und Diamanten (Fa. DeTrey) und Osada Enac mit VDW K-Feilen und mit Schall Endostar 5 und Endostar Feilen (Fa. Star/Syntex Dental Products, Valley Forge, PA) und Micro Mega mit Rispi Sonic Feilen und mit Shaper R. Feilen. Als Testkanäle dienten gerade und gebogene artifizielle Wurzelkanäle in Kunststoffblöcken, die jeweils von ISO-Größe 15 bis 35 aufbereitet wurden.

Miserendino et al. kamen zu folgenden Ergebnissen:

1. Das Micro Mega 3000 Sonic Air System war bei der Kanalaufbereitung wesentlich wirksamer als die anderen getesteten Systeme.
2. Bei allen Systemen war die Schneidleistung bei geraden und gebogenen Kanälen gleich.
3. Die in der Untersuchung verwendeten Kunststoffmodelle waren gut geeignet, die Schneidleistung und Aufbereitungsqualität der einzelnen Systeme und dazugehörigen Feilen zu untersuchen und zu beurteilen.

Miserendino, L., Miserendino, C., Moser, J., Heuer, M., Osetec, E., Journal of Endodontics 14, Nr. 1, 1988, Seite 24-30

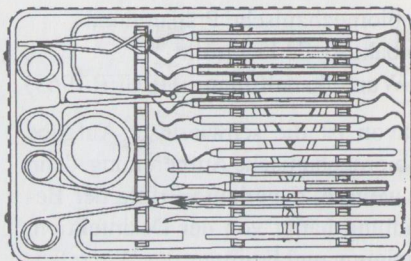


Parodontal-Chirurgie-Set Modell Münster

DB 960

AESCULAP-Parodontal-Chirurgie-Set, Modell Münster,
bestehend aus:

- | | |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BT 405 | Wangenhaken nach Middeldorp |
| BB 73 | Skalpellgriff |
| OM 309 | Raspatorium nach Koenig |
| BD 217 | Anatomische Pinzette |
| BD 669 | Chirurgische PARO-Pinzette
145 mm lang, 1,1 mm breit |
| DO 642 | Gingiva-Raspatorium |
| DA 14 | Mundspiegel |
| DA 74 | Mundspiegelgriff |
| DB 768 | Parodontometer, PCP 11,
Meßskala farbcodiert,
3 mm – 6 mm – 8 mm – 11 mm |
| DA 470 | Zahnsonde, doppelendig, EXD 5 |
| DA 482 | Furkationssonde, P2N, nach Nabers |
| DB 530 | Zahnreiniger, T 2/3, nach Taylor |
| DB 534 | Kürette, GF 4, nach Goldman-Fox |
| DB 529 | Zahnreiniger, CI 2/3, sichelförmig |
| DB 543 | Kürette, 4R/4L, Columbia |
| DB 550 | Zahnreiniger, SH 6/7, sichelförmig |
| BT 343 | Wundhaken (Mundwinkelhalter) |
| FO 409 | Hohlmeißelzange, nach Luer-Friedmann |
| DB 95 | Arkansas-Schleifstein 75 x 25 x 7 mm |
| BC 117 | Nahtschere |
| BC 154 | Gingivaschere, nach La Grange |
| DO 251 | Gingivaschere, nach Goldman-Fox |
| BM 128 | Nadelhalter mit Schere, nach Olsen-Hegar |
| BF 407 | Tuchklemme, nach Jones |
| JG 513 | Schälchen, Ø 30 mm, Metall |
| JF 345 | Wasch-Tray mit 3 Kunststoff-Lagerungsstegen und 4 Kunststoff-Haltestiften für
Ringgriff-Instrumente am Tray-Boden sowie 2 Noppenstege am Tray-Deckel |
| TE 596 | Packschablone |



**komplett
1962,- DM**

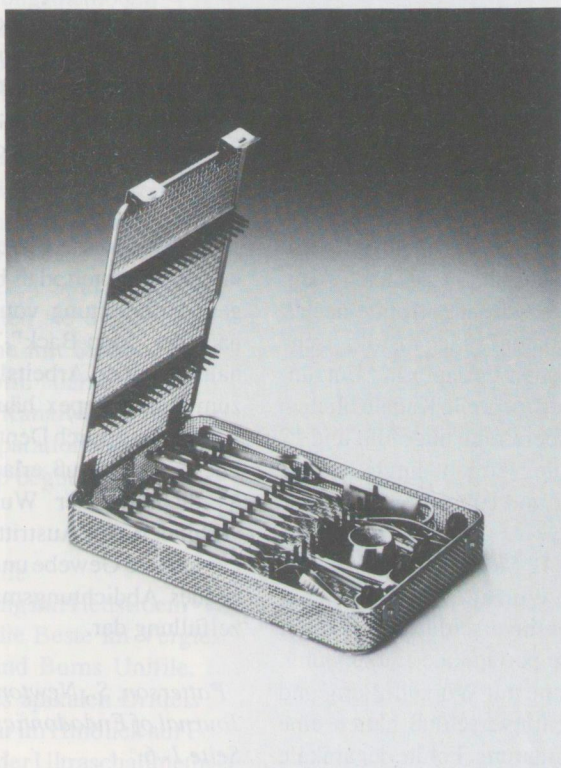
Die Instrumente des kompletten Sets werden einheitlich mit mattierter Oberfläche ausgeliefert.
Bei Bestellung einzelner Instrumente ist jedoch der Hinweis **matt** erforderlich.

TECHNIK
DENTAL
HEGEN

Rudolf Hegen
Postgasse 3
Postfach 1136
D-7090 Ellwangen
Tel.: 0 79 61/ 5 40 66



Parodontal-Chirurgie-Instrumente mit Spezial-Tray



Zusammenstellung nach der Empfehlung der Poliklinik
für Parodontologie am Zentrum der Zahn-, Mund- und
Kieferheilkunde der Universität Münster

The Effect of an Apikal Dentin Plug in Root Canal Preparation

Die Wirkung eines apikalen Verschlusses mit Dentinspänen bei der Wurzelkanalaufbereitung

In der vorliegenden Arbeit wird die Wirkung eines apikalen Verschlusses mit bei der Aufbereitung entstehenden Dentinspänen bei nicht infizierten Affenzähnen mit vitaler Pulpa auf die Veränderung des periapikalen Gewebes untersucht. Die Untersuchung wurde an zwei weiblichen Rhesusaffen in 9 bis 12 Monaten durchgeführt.

Bei 43 Wurzelkanälen von 33 Zähnen, die 0,5 bis 1 mm bis zum röntgenologischen Apex nach der „Step-Back“-Technik aufbereitet wurden, erfolgte nach 9 und 12 Monaten eine histologische Untersuchung des Periapex auf Entzündung. 31 experimentelle Kanäle blieben nach der Aufbereitung ungefüllt und 12 Kontrollkanäle wurden durch laterale Kondensation und Tubuli Seal (Fa. Kerr) gefüllt.

Nach 9 und 12 Monaten gab es bei der Gruppe ohne Wurzelfüllung jedoch mit apikalem Dentinverschluß bei weniger als 23 % eine periapikale Entzündung. 19 % der Zähne mit Wurzelfüllung und apikalem Dentinverschluß hatten eine apikale Veränderung. Fehlte der apikale Dentinverschluß ergab sich bei Kanälen mit und ohne Wurzelfüllung bei 90 % eine Entzündung im apikalen Bereich.

Die statistische Analyse der vorliegenden Untersuchung ergab, daß Zähne mit apikalem Dentinspänenverschluß wesentlich weniger apikale Infektionen aufweisen. Dieser Verschluß wurde im Sinne einer Dentinplastik in keinem Fall absichtlich hergestellt; er entstand bei der Aufbereitung nach der „Step-Back“-Technik.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung lassen vermuten, daß bei der sorgfältigen Aufbereitung von vitalen Zähnen nach der „Step-Back“-Technik bei Einhaltung einer Arbeitslänge 0,5–1 mm zum Röntgenapex häufig eine apikale Abdichtung durch Dentinspäne entsteht. Dieser Verschluß erlaubt eine bessere Verdichtung der Wurzelfüllung und verhindert den Austritt von Material in das apikale Gewebe und stellt unterstützendes Abdichtungsmaterial zur Wurzelfüllung dar.

*Patterson, S., Newton C., Kafrawy A.,
Journal of Endodontics 14, Nr. 1, 1988,
Seite 1–6*

A Comparison of Three Methods of Cleaning and Shaping the Root Canal in Vitro

Ein Vergleich dreier Wurzelkanalaufbereitungsmethoden in Vitro

GOLDMAN et al. haben in der vorliegenden Untersuchung die Wirksamkeit dreier Aufbereitungsmethoden - Hedstroem- und Kerrfeilen, Burns Unifile (Fa. DeTrey) und Ultraschallaufbereitung (Endo Sonic, Fa. DeTrey) - an frisch extrahierten oberen mittleren Frontzähnen beurteilt.

Die Zähne haben sie ausschließlich mit den einzelnen Instrumententypen nach der Step-Back-Technik unter 5,25%-iger NaOC1 Spülung aufbereitet. Danach füllten sie die endodontischen Hohlräume mit Silikon, um die Aufbereitungsform darzustellen und haben auch die Kanalwände nach entsprechender Präparation mit dem Elektronenmikroskop begutachtet.

Ergebnisse:

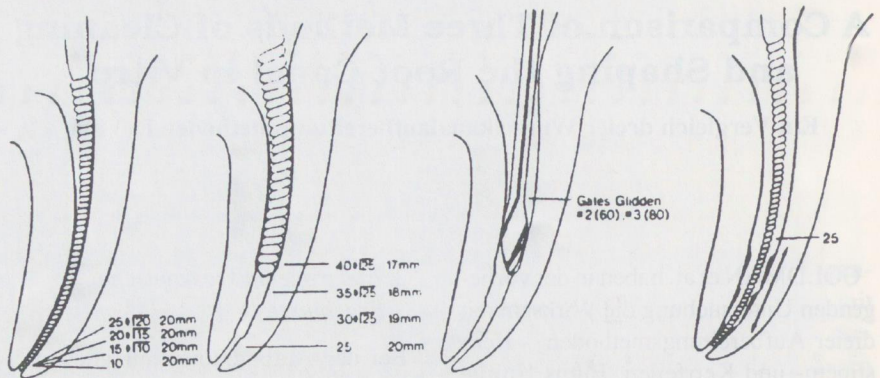
1. Silikonmodelle

Die Aufbereitung mit Hedstroem- und Kerrfeilen war die Beste im Vergleich zu Ultraschall und Burns Unifile. Die Aufbereitung des apikalen Drittels mit Burns Unifile war im Hinblick auf Form und Präparation der Ultraschallmethode überlegen. Im apikalen Drittel waren beide Methoden in der Einhaltung des ursprünglichen Kanalverlaufs und erzielten Glätte der Kanalwand gleich.

2. Elektronenmikroskopische Ergebnisse

Bei der Aufbereitung mit allen drei Methoden blieben Kanaloberflächen mit nekrotischem Gewebe. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Aufbereitungstechniken.

Goldman, M., White, R., Moser, C., Tenca, J., *Journal of Endodontics* 14, Nr. 1. 1988, Seite 7-12



Technik der rückwärtsschreitenden Instrumentierung: „step - back“ Technik

DENT CARE

IHR SPEZIALIST FÜR:

- Prophylaxe
- Studienmodelle
- Instrumente

Fordern Sie unseren Katalog mit interessanten Angeboten für Ihre Praxis an.



Dent-o-Care . Postfach 11 51 . 8011 Brunnthal . Tel. (081 02) 41 12

Wie frei ist unsere Wissenschaft?

-oder:

Wie dreist Berufspolitiker Einfluß auf die Arbeit von Wissenschaftlern zu nehmen versuchen.

Würzburg, im Frühjahr 1988:

Das Sekretariat der Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der Zahnmedizin, Definitionsphase“ bereitet die Herausgabe des Studienhandbuchs vor. Es ist das Ergebnis der mehrjährigen Zusammenarbeit einer Gruppe von Hochschullehrern, DAZ- und BDZ-Kollegen, und ein erster Versuch, Kriterien für die Beurteilung der Qualität zahnärztlicher Leistungen zu definieren. Offenbar versetzt allein der Gedanke, dieser theoretische Ansatz könnte eines fernen Tages auf die real existierenden Leistungen täglicher Kassenzahnheilkunde gespiegelt werden, die Berufspolitiker in Panik: Denn es erscheint der Landesvorsit-

zende des Freien Verbandes, Dr. Gutmann, und versucht mit kaum verhohlenen Drohungen, den Leiter der Arbeitsgruppe, Prof. Naujocks, unter Druck zu setzen, um die Veröffentlichung zu verhindern. Naujocks weist das Ansinnen zurück - das Studienhandbuch erscheint. Doch der Freie Verband läßt nicht locker und attackiert nicht nur die Ergebnisse der Studie, sondern vor allem die Autoren, z.T. sogar erfolgreich: Einer von ihnen, BDZ-Vorstandsmitglied Dr. Boehme, der nach Berichten von Mitgliedern der Arbeitsgruppe die Studie aktiv und kooperativ mitgestaltet hat, distanziert sich in einem Beitrag in den Zahnärztlichen Mitteilungen öffentlich

von Inhalt und Geist der Arbeit und gibt sich alle Mühe, die Ergebnisse zu relativieren und zu minimieren.

Ein paar Monate nach diesen Ereignissen war eine von Prof. Rotgans initiierte Tagung zum Thema Qualitätssicherung in der Zahnmedizin an der Universität Witten-Herdecke vorgesehen. Referiert werden sollten u. a. auch die Vorstellungen des DAZ - schließlich waren von hier die ersten Anstöße und Vorschläge gekommen. Doch BDZ-Präsident Pillwein setzte durch, daß die Veranstaltung wieder abgesagt wurde.

Im Sommer dieses Jahres wurde PD Dr. Einweg, Universitätsklinik Würzburg, von BDZ-Vorstandsmitglied Dr. Boehme (s. o.) gemäßregelt, weil er als Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe die dort gemeinsam erarbeiteten Empfehlungen zur praktischen Durchführung von Prophylaxe-Maßnahmen veröffentlicht hatte: Natürlich paßten diese Empfehlungen (u. a. Behandlungsmöglichkeit für Jugendzahnärzte, Stärkung der Zahnärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst, Primat der Gruppenprophylaxe ect.) den Betonköpfen des Freien Verbandes nicht, die der freien Praxis allein Aufgaben und Honorare der Prophylaxe sichern wollen.

Die - vorläufig - letzte Einflußnahme von Berufspolitikern auf die Arbeit von Wissenschaftlern ist die Kritik Dr. Boehmes (ebendesselben) und der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein an

Prof. Pieper, Göttingen, wegen der kritischen Ergebnisse seiner „Klinischen Qualitätsbeurteilung von Amalgam-, Kunststoff- und Gußfüllungen“ (DZZ 43, 874-879, 1988).

Unverständlicherweise haben sich bislang weder die Hochschulen noch die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde - von ihr als wissenschaftlicher Dachorganisation hätte man dies zu allererst erwartet! - in nennenswerter Weise dazu durchringen können, sich solcherlei Bevormundungen und Einmischungen zu widersetzen. Das könnte jetzt ein Ende haben: erstmals hat sich ein Hochschullehrer, Prof. Kerschbaum, Köln, gegen den Vorstand des Freien Verbandes zur Wehr gesetzt, nachdem dieser auf einem Plakat für die bundesdeutschen Wartezimmer den „internationalen Spitzenplatz“ der deutschen Zahnmedizin mit falschen Zitaten beweisen wollte.

Zur ausführlicheren Information geben wir nachfolgend den offenen Brief des stellvertretenden DAZ-Vorsitzenden, Dr. Nielsen, an Prof. Pieper unseren Lesern zur Kenntnis sowie das Wartezimmer-Plakat des Freien Verbandes und dessen Gendarstellung von Prof. Kerschbaum.

Man kann nur hoffen, daß sich künftig Hochschulen und DGZMK eindeutiger und selbstbewußter von den Zumutungen mancher Berufspolitikern distanzieren.

Herrn
Prof. Dr. Klaus Pieper
Zentrum für Zahn-, Mund- und
Kieferheilkunde
Robert-Koch-Str. 40
3400 Göttingen

23.7.1989

O f f e n e r B r i e f

Lieber Herr Kollege Pieper,

manche an der Qualitätssicherung interessierte Kollegen hätten sich gewünscht, daß Sie mit wissenschaftlichen Argumenten auf die Kritik Dr. Boehmes (DFZ 12/88, S.16) an den Ergebnissen Ihrer Pilotstudie „Klinische Qualitätsbeurteilung von Amalgam-, Kunststoff- und Gußfüllungen“ (DZZ 43, 874-879, 1988) reagiert hätten. Damit wäre vielleicht ein produktiver Prozess in Gang gesetzt worden, um den in verbandspolitischen Querelen strapazierten Begriff der lege-artis-Qualität wieder ein wenig auf den Boden akademischer Verbindlichkeiten zurückzuholen.

Stattdessen erweckt Ihr in Westerland getroffenes „eindeutiges Statement“ einen fatalen Verdacht: Hier ist die von BDZ-Präsident Pillwein geforderte Gleichschaltung von Berufspolitik und Wissenschaft bereits erfolgt.

Gerade weil Ihre Befunde zur Qualität von Füllungen so wenig schmeichelhaft sind, sich durchaus mit anderen Untersuchungen decken, dürfen sie nicht aus Opportunitätsgründen diskriminiert werden, sondern sollten Anlass dazu sein, diese Defizite zu verifizieren und zu beheben. Allein die Tatsache, daß Wissenschaftler in Pressionen geraten, wenn sie berufspolitisch nicht-angepasste Ergebnisse veröffentlichen, ist Grund zur Sorge und

Wachsamkeit. Es geht dabei primär nicht um die Diskussion der Methodik, der Repräsentativität u. a., sondern schlicht um die Unabhängigkeit der Wissenschaft.

Jede berufs- und verbandspolitische Bevormundung muß im Grundsatz zurückgewiesen werden. Das ist mit Ihren nachträglichen Relativierungen und Einschränkungen „bei einem Gespräch“ und der folgenden Bewertung durch die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein (ZM 14/89, S. 1570) nicht gelungen.

Parallel und sicher nicht zufällig und unabsichtlich mißbraucht der FVDZ (DFZ 6/89, S. 13) Arbeiten Professor Kerschbaums (ZM 76, 2315-2320, 1986, DZZ 42, 345-351, 1987, DZZ 42, 352-357, 1987) zum angeblichen Beweis „internationaler Spitzenqualität der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland“. Hier werden mit Dreistigkeit und gewisser Halbbildung wissenschaftliche Befunde so zurechtgebogen, bis sie ins verbandspolitische Konzept passen. Kerschbaum sorgte mit gebotener Klarheit für eine entlarvende Gegendarstellung. (Anlage)

Entsprechend gibt es nach unserer Auffassung für Sie keinen Grund, die Befunde Ihrer Untersuchung herunterzuspielen und Dr. Boehme nachträglich zu bestätigen, daß „die vorgelegte Arbeit ohne jede klinische Bedeutung ist“.

Wenn sich diese Methode der berufspolitischen Dominanz einbürgern sollte, geht jede wissenschaftliche Skepsis, jedes produktive Problembewußtsein und damit jeder Ansatz vernünftiger Qualitätssicherung verloren. Die Wissenschaft wird Erfüllungsgehilfin des berufspolitischen Managements. Es gibt genügend Kollegen, die das mehr oder weniger offen anstreben.

Bleiben Sie deshalb Ihrer Aufgabe treu, auf die z. B. nach wie vor aktuelle Problematik überstehender Füllungsrän-der hinzuweisen. Für die Durchsetzung „angemessener Honorare“ haben sich bisher noch immer - dankenswerterweise! - viele andere Kollegen gefunden. Daß „Qualität ihren

Preis fordert", ist dabei selbstverständlich und wird bei allen Überlegungen zur Qualitätssicherung berücksichtigt werden müssen.

Sie wissen genau, daß es niemanden gibt, der „Füllungs-DIN-Normen zur Fremdkontrolle“ je gefordert hätte. Sie sind eine propagandistische Erfindung derjenigen, die die Qualität zahnmedizinischer Betreuung für optimal halten und sich gleichzeitig scheuen, sich auf Kriterien, geschweige denn Standards einzulassen. Wenn „Motivation zur Selbstkontrolle“, wenn Qualitätssicherung in weitestem Sinne gelingen soll, so ist die Standhaftigkeit auch angesichts unbequemer Wahrheiten eine Voraussetzung dazu.

Dafür wünsche ich Ihnen und uns die nötige Kraft!

Mit freundlichen kollegialen Grüßen
Ihr

Dr. Christian Nielsen

Anlagen

Die deutsche Zahnheilkunde kann sich in der Welt sehen lassen

Eine internationale Studie von Prof. Dr. Th. Kerschbaum, Universität Köln, beweist:

Die Qualität der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland nimmt international einen Spitzenplatz ein.

So ist festsitzender Zahnersatz, dazu zählen Brücken und Kronen, im Durchschnitt nach 10 Jahren noch zu 90% voll funktionsfähig. Die zahnmedizinische Wissenschaft ging bisher von einer durchschnittlichen Lebensdauer von 7 Jahren aus:

Deutscher Zahnersatz ist gut und langlebig.

Er erfüllt damit eindeutig seine zahnerhaltende Aufgabe.

Aber auch bei den Zahnfüllungen liefern deutsche Zahnärzte gute Qualität. Nur 12% der Füllungen müssen nach 4 Jahren erneuert werden. Damit haben Zahnfüllungen hierzulande eine längere Lebensdauer als zum Beispiel in Großbritannien, Kanada, Holland, Norwegen und Dänemark.

Die Zähne der Bundesdeutschen bleiben länger und besser erhalten als bei vielen ihrer europäischen Nachbarn.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bestätigt das hohe

Qualitätsniveau der deutschen Zahnmedizin auch in einem europäischen Vergleich des Bevölkerungsanteils zahnloser Menschen. Danach erfreuen sich unsere Bundesbürger wesentlich länger ihrer eigenen Zähne als andere Europäer. Hierzulande ist nämlich von hundert 35- bis 44jährigen nur einer völlig zahnlos, in Dänemark sind es dagegen 8, in Irland 12, bei den Finnen und Holländern gar bis zu 18. Noch günstiger fällt der Vergleich bei der älteren Generation aus. Während in Irland, Großbritannien und den Niederlanden 75 Prozent der Menschen über 65 Jahre keine eigenen Zähne mehr haben, tragen dieses Schicksal in der Bundesrepublik nur 25 Prozent.

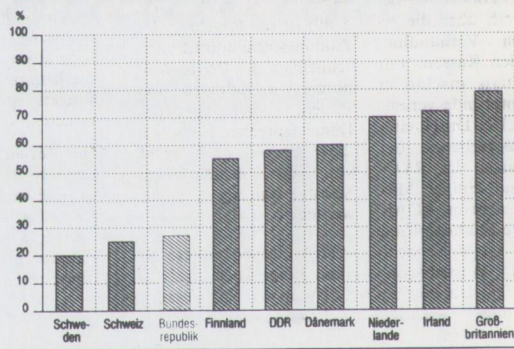


Die WHO-Studie beweist also:

Zahnerhaltung geht in der Bundesrepublik Deutschland vor Zahnverlust.

Natürlich haben eine gute zahnmedizinische Versorgung und der Fortschritt ihren Preis. Sie dürfen nicht durch politisches Feilschen aufs Spiel gesetzt werden. Patienten und Zahnärzte müssen gemeinsam Qualität und Fortschritt in der Zahnheilkunde verteidigen, denn nur Qualität und Fortschritt sowie regelmäßige Vorsorge sichern Zahngesundheit.

Anteil zahnloser Menschen in der Altersgruppe über 65 Jahre



Vertrauen Sie auf die Qualität der deutschen Zahnheilkunde

Gegendarstellung zum Plakat des Freien Verbandes der Deutschen Zahnärzte e.V.: "Die deutsche Zahnheilkunde kann sich in der Welt sehen lassen".

1. Unzutreffend ist die Aussage:

Eine internationale Studie von Prof. Dr. Th. Kerschbaum, Universität Köln, beweist: Die Qualität der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland nimmt international einen Spitzenplatz ein.

Zutreffend ist vielmehr:

Es handelt sich bei dieser Untersuchung um eine *nationale* Studie von Kerschbaum und Mitarbeitern [1,2]. In dieser Arbeit wurde die Schätzung der Verweildauer (Überlebensrate) von festsitzendem und herausnehmbarem Zahnersatz auf der Basis einer Karteanalyse einer privaten Krankenversicherung vorgenommen.

Aussagen über die *Qualität* oder *Funktionsfähigkeit* des Zahnersatzes wurden im Rahmen dieser Untersuchung nicht publiziert. Es wurde in der Diskussion zu dieser Arbeit [1] ausdrücklich darauf hingewiesen, daß "...der Grad der Funktionstüchtigkeit der Restauration nicht Gegenstand der Untersuchung war." (S. 350).

Das spezielle Untersuchungsgut - private, versicherte Patienten - ist nicht repräsentativ für die zahnärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.

Ein Vergleich mit den Daten anderer Untersuchungen in anderen Ländern ist aufgrund unterschiedlicher Methoden nur sehr eingeschränkt möglich. Es gibt zur Zeit nur eine weitere, ähnlich konzipierte Untersuchung von Leempoel aus den Niederlanden [3]. Aus dieser Verweildaueranalyse ist nicht ableitbar, daß die Bundesrepublik Deutschland "international einen Spitzenplatz einnimmt".

2. Unzutreffend ist auch die Aussage:

So ist festsitzender Zahnersatz, dazu zählen Brücken und Kronen, im Durchschnitt nach 10 Jahren noch zu 90 % voll funktionsfähig.

Zutreffend ist vielmehr:

Die Feststellung der "vollen Funktionsfähigkeit" war - wie oben bereits dargelegt - nicht Gegenstand der Untersuchung. Die Versicherten wurden nicht klinisch untersucht. Die Studie beschränkte sich darauf festzustellen, wie lange Zahnersatz im Munde verweilt. Einzelkronen unterschritten dabei vor dem 10. Jahr bereits deutlich die 90 % Grenze.

3. Unzutreffend ist:

Die zahnmedizinische Wissenschaft ging bisher von einer durchschnittlichen Lebensdauer von 7 Jahren aus.

Zutreffend ist:

Eine Zusammenstellung der Weltliteratur zur Frage der Komplikationen und Funktionstüchtigkeit von festsitzendem Ersatz [1,4, S. 345 bzw. S. 2316] stützt die Tatsache, daß die meisten Autoren einen höheren Wert als 7 Jahre annehmen und von einer durchschnittlichen Verweildauer bzw. klinischen Funktionstüchtigkeit von 15 bis 20 Jahren sprechen.

4. Unzutreffend ist die Aussage:

Deutscher Zahnersatz ist gut und langlebig.

Zutreffend ist vielmehr:

Dies ist eine Wertung des Freien Verbandes. Die Untersuchungen von Prof. Kerschbaum erlauben keine Aussage darüber, ob der Zahnersatz "gut" ist.

5. Alle weiteren Aussagen des Plakates betreffen keine Forschungsarbeiten von Prof. Dr. Th. Kerschbaum.

Literatur:

1. Kerschbaum, Th., M. Gaa: Longitudinale Analyse von festsitzendem Zahnersatz privatversicherter Patienten. Dtsch Zahnärztl Z 42, 345-351 (1987)
2. Kerschbaum, Th., F. Mühlenbein: Longitudinale Analyse von herausnehmbarem Zahnersatz privatversicherter Patienten. Dtsch Zahnärztl Z 42, 352-357 (1987)
3. Leempoel, P.J.B.: Levensduur en nabehandelingen van kronen en conventionele bruggen in de algemene praktijk. Habilitationsschrift, Nijmegen (Niederlande) 1987.
4. Kerschbaum, Th.: Überlebenszeiten von Kronen- und Brückenersatz heute. Zahnärztl. Mitt. 76, 2315 - 2320 (1986)

dazu:

Professor Kerschbaum

„Leider ist die Wahrheit noch ein wenig schlimmer als Sie glauben. Bei der vermeintlichen „Mitwirkung“ handelt es sich um die Lesart des Freien Verbandes. Selbstverständlich bin ich niemals gefragt worden bzw. ist mir ein Entwurf des Machwerks vorgelegt worden.“

Die Qualität unserer Leistungen und unser Service sind Ausdruck der Ansprüche unserer Kunden.

Zahnärztinnen und Zahnärzte im DAZ stellen besonders hohe Anforderungen an die Qualität ihres privaten Krankenversicherungsschutzes. Sie erwarten

- ein variables Tarifangebot, das individuellen Gestaltungsspielraum bietet.
- hochwertige Tarifkombinationen, die ihren persönlichen Ansprüchen gerecht werden.
- ein überzeugendes Preis-/Leistungsverhältnis, das durch ein zukunftsorientiertes Beitragsrückersstattungssystem geprägt wird.

Wir informieren Sie gerne detailliert über die handfesten Vorteile des Gruppenversicherungsvertrages mit dem DAZ, die Ihnen der private Krankenversicherungsschutz bei der CENTRAL bietet.

Damit Sie in wichtigen Risikobereichen fundierte Entscheidungen treffen können. Und frei sind für Ihre Pläne von morgen.



CENTRAL

KRANKENVERSICHERUNG AG

Hansaring 40-50 · 5000 Köln 1

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde



Der DAZ 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
- Gruppenverträge für Krankenversicherungen
- Hilfestellungen bei Wirtschaftsprüfungen 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

Qualität

- die Überwindung des organisierten Mißtrauens zwischen Krankenkassen und Zahnärzten durch partnerschaftliche Zusammenarbeit
- zukunftsorientierte Perspektiven, statt kurzfristiger finanzieller Forderungen, als Basis zahnärztlicher Gesundheitspolitik
- die Erhaltung des Sachleistungsprinzips als Grundlage der Therapiefreiheit.

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 KVZen
- die Entwicklung und Einführung von Qualitätssicherungsprogrammen von Kammern und KVZen.

Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe

Breitenwirksame Vorbeugungsmaßnahmen in Kindergärten und Schulen sind zwingend erforderlich.

Die DAZ fordert:

- bundesweit einheitliche Regelungen durch Jugendzahnheilkundengesetze
- 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
- Behandlungsassistenz

Zahnärztliche Ausbildung

Der DAZ fordert eine Reform des Zahnmedizinstudiums 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.

DAZ forum

die Zeitschrift von Zahnärzten für Zahnärzte
Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde DAZ
ist der zweitgrößte Berufsverband in Deutschland.
Das DAZ *forum* ist die Verbandszeitschrift des DAZ.

Impressum

- **Redaktion:**
Dr. Jürgen Heidtkamp,
Wahlenstr. 18, 8400 Regensburg
- Das DAZ *forum* erscheint viermal jährlich.
Auflage 1. 800 Stück
- Das DAZ *forum* wird allen DAZ-Mitgliedern zugesandt. Auf Anfrage erhalten auch Nichtmitglieder das DAZ *forum*, soweit die Auflagenhöhe dies zuläßt.
- Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht immer der Meinung der Redaktion oder des DAZ.
- 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.
- **Zuständig für Annoncen:**
Dr. Wolfgang Lell,
Hermann-Geib-Str. 59a
8400 Regensburg
- Für eine **Anzeige** im DAZ *forum* senden Sie bitte eine Druckvorlage im DIN A5 oder DIN A4 Format an die Redaktion. Die Inserate erscheinen in der Zeitschrift schwarz-weiß.
- Für eine **Gestaltung** Ihres Inserates stehen wir gerne zur Verfügung. Wir entwerfen bei Bedarf Ihre Anzeige nach Ihren Angaben oder Skizzen. Sie erhalten dann fünf Filme zu Ihrer weiteren Verwendung. Preis: DM 200.-
- **Inseratpreise:**
Ganze Seite DIN A 5: DM 500.-
Halbe Seite: DM 300.-
- Beilagen im DAZ *forum* sind nur nach Rücksprache mit der Redaktion möglich.
- **Satz:**
GASSENHUBER desktop publishing
Obere Bachgasse 7, 8400 Regensburg



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

DAZ-Studiengruppe Elbe-Weser, Dr. T. Ropers, Alter Marktplatz 4, 2162 Steinkirchen
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, Donaustaufferstr. 25, 8400 Regensburg
DAZ-Studiengruppe München, Dr. A. Maurer, Wöhlerstr. 20, 8000 München 60

oder an die

Hauptgeschäftsstelle des DAZ

Dr. Claudia Wohlgemuth, Lindenschmittstr. 44, 8000 München 70, Tel.: (089) 7 25 02 46

Pressestelle des DAZ

Dr. T. Ropers, Alter Marktplatz 4, 2162 Steinkirchen

- Ich bin Mitglied im DAZ und möchte wissen, wieviel ich mit dem CENTRAL-GRUPPENVERSICHERUNGSVERTRAG sparen kann.
Hier sind meine persönlichen Daten für ein individuelles Angebot

Name, Vorname

Straße, Ort

Geb.-Datum

Geb.-Datum Ehefrau

Zahl der Kinder

Telefon

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)

Name, Vorname

Straße, Ort

Telefon

Ich bitte um Zusendung der Satzung und Beitragsordnung.

DAZ-Mindestjahresbeitrag für Mitglieder

- Stud./ cand. med. dent. beitragsfrei
 angest. ZÄ/ZA 75,- DM*
 selbst. ZÄ/ZA 120,- DM*

*bei Studiengruppenmitgliedern zuzügl. Studiengruppenbeitrag

Datum, Unterschrift

Bitte
freimachen

An den
Deutschen Arbeitskreis
für Zahnheilkunde
– DAZ –

Donaustauer Str. 25
8400 Regensburg

Bitte
freimachen

An den
Deutschen Arbeitskreis
für Zahnheilkunde
– DAZ –

Donaustauer Str. 25
8400 Regensburg