

**Nr. 37**

11. Jahrgang  
2. Quartal 1992

Herausgegeben vom Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde  
im Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands NAV - Virchowbund

# DAZ FORUM

## DAZ-IGZ-Positionen

**Die SPD in der  
Gesundheitspolitik – ratlos?**

**Droht uns die Strafanzeige  
wegen Körperverletzung?**

**Erfahrungen mit  
HIV-Positiven**



Deutscher  
Arbeitskreis  
für  
Zahnheilkunde

Studienreform:  
**Präventive Zahnheilkunde  
eigenständiges Fach!**



# 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**

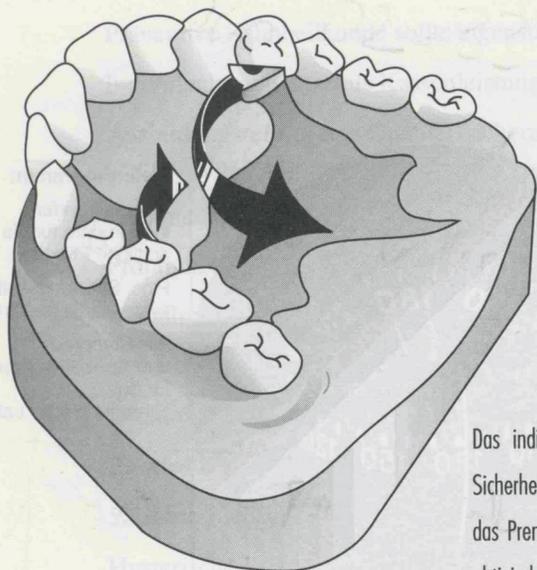
# Wir machen den Weg frei



**Volksbanken Raiffeisenbanken**

# Premium

Das Sicherheitshalteelement als Premiumzubehör



Das individuelle Geschiebe mit Riegel. Als Sicherheitszubehör fertigt Zahntechnik Scharl das Premium-Halteelement, den Aufgubriegel aktivierbar. Ein **feinmechanisches Kunstwerk**. Die Suprakonstruktion im Geschiebe-Einstückguß. Das Halteelement, das sich nur löst, wenn der Patient es will. Ebenso perfekt arbeitet Zahntechnik Scharl auf allen anderen zahntechnischen Gebieten.

ZAHNTECHNIK  
**Scharl**

KOMET: QUALITÄT, ÜBER DIE MAN SPRICHT.

# Komet-richtungsweisend von der Prophylaxe bis zur Chirurgie.

Die vielen Aspekte von Komet-Qualität lassen sich ganz einfach zusammenfassen: Wir fühlen uns verpflichtet, Ihnen in jeder Hinsicht etwas mehr zu bieten: Mehr Präzision. Mehr Sicherheit. Mehr Arbeitserleichterungen. Dazu gehört auch wesentlich mehr Auswahl. Auf allen Gebieten von der Prophylaxe bis zur Chirurgie. Sie wählen frei aus dem weltweit größten Hersteller-Lieferprogramm von Präzisions-Instrumenten mit sehr hoher Sicherheitsreserve und ausgezeichneten Standzeiten. Bei Komet erhalten Sie genau das Instrument, das Sie für die von Ihnen bevorzugte Präparationsmethode wirklich benötigen. Ohne Kompromisse. Überzeugen Sie sich selbst.

▀ Ihre Instrumente finden Sie auf 290 übersichtlichen Seiten im Komet-Zahnartz-katalog. Die Diamant-Griffkarte erleichtert Ihnen die Bestellung.



## Lieferprogramm:

Alle rotierenden Instrumente für die zahnärztliche Praxis.

Pins, Stift- und Aufbausysteme, Spezialartikel.

Alle Standard- und Spezialwerkzeuge für das zahntechnische Labor.

GEBR. BRASSELER GmbH & Co. KG  
Fabrik für Dentalinstrumente  
Postfach 160 · D-4920 Lemgo  
Telefon (0 52 61) 7 01-0  
Telefax (0 52 61) 70 12 89

Wir forschen, entwickeln  
und beraten.



PRÄZISION

Editorial	101
Mängelrüge der Krankenkassen - DAZ-Presseerklärung	103
DAZ-IGZ-Positionen	107
Die SPD in der Gesundheitspolitik – ratlos?	109
Präventive Zahnheilkunde sollte eigenständiges Fach werden	113
Individualprophylaxe als Kassenleistung?	123
Ausbildungsreform und Qualitätssicherung gemeinsame Aufgabe?	129
Zahnmedizinische Prophylaxe bei behinderten Menschen	133
Prophylaxe erfordert langen Atem	139
Mundhygiene während der Schwangerschaft	143
Der Verein für Zahnhygiene e. V.	147
Droht uns die Strafanzeige wegen Körperverletzung?	151
Es wird Zeit, sich zur Wehr zu setzen	157
52 Jahre Amalgam mit der Hand geknetet	158
Hysterische Reaktionen	159
HIV-Positive und AIDS-Patienten in der Praxis	163
Der NAV-Wirtschaftsdienst für Ärzte	171
Vorsicht: Staatsanwalt	176
Finger als Spielkameraden	179
Buchbesprechungen	181
Impressum	189



# 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 Beitragsrückstattungssystem geprägt wird.

Wir informieren Sie gerne detailliert über die handfesten Vorteile des Gruppenversicherungsvertrages mit dem DAZ, die Ihnen den privaten 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

# Editorial

## Spiel mit dem Feuer...

Der Vorstand der KZV Nordrhein – und vor allem die betroffene Kollegenschaft – atmet erleichtert auf, weil der Beschluß ihrer Vertreterversammlung, sogenannte Begleitleistungen nicht mehr über den Krankenschein abzurechnen, durch eine Aufsichts-anordnung des Sozialministers unterbunden wurde. Dagegen verkündet der Vorstand der KZV-Niedersachsen zu einer gleichlautenden Anordnung des Sozialgerichtes Hannover, erstritten von mehreren Kollegen, es handele sich hierbei um die persönliche Meinung eines einzelnen Sozialrichters. Die KZV-Niedersachsen halte an ihrer Rechtsauffassung fest und komme hiermit dem Willen des Gesetzgebers, niedergelegt in § 30 SGB V nach.

Um besser zu verstehen, warum die KZV-Niedersachsen das Urteil nicht zur Kenntnis nehmen will, seien einige Passagen aus der Urteilsbegründung zitiert:

„... der Beschluß der Vertreterversammlung vom 9. November 1991, auf den sich die Antragsgegnerin

(KZV-Niedersachsen) zur Rechtfertigung ihrer Rechtsansicht beruft, ist keine ausreichende Rechtsgrundlage zur Rechtfertigung der streitbefangenen Abrechnungspraxis.“

„... Das Gericht hat... die Auffassung vertreten, daß sich jedenfalls nicht unmittelbar aus dem Gesetz eine Überleitung des Kostenerstattungsprinzips auf die zahnärztlichen konservierend-chirurgischen Leistungen begründen läßt. Die seit dem 1. Januar 1975 geltenden Abrechnungsbestimmungen zum Bema-Z sind durch § 30 SGB V nicht aufgehoben worden.“

„... Eine Änderung dieser Bestimmungen läge ausschließlich in der Kompetenz der Vertragspartner auf Bundesebene.“

„... Im übrigen ist das Gericht der Ansicht, daß der Standpunkt der Antragsgegnerin (KZV-N) überwiegend verbandspolitisch geprägt und ihre wirtschaftlichen Interessen demgegenüber nachrangig sind.“

Dies läßt an Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig. Ein Kommentar er-

scheint entbehrlich, aber was folgt daraus für die Berufspolitik? Jeder kann sich durch einen Blick in den „Vertragsordner“ in seiner Praxis davon überzeugen, daß die gesetzlichen Grundlagen (SGB V) für unsere Tätigkeit als Kassenzahnärzte auf einem Grundkonsens zwischen den Vertragspartnern – nämlich Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Spitzenverbänden der Krankenkassen – aufbauen. Daß dieser Grundkonsens zumindest in einzelnen KZV-Bereichen nicht mehr vorhanden ist, wird vom Gesetzgeber aufmerksam beobachtet. Wir dürfen getrost davon ausgehen, daß für Zeiten der Kostendämpfung und „Übersorgung“ entsprechende Gesetzentwürfe (z. B. Einkaufsmodell der Krankenkassen und Einzelverträge) bereits in den Schublagern liegen. Diese Entwick-

lung wird viele niedergelassene Zahnärzte in die unmittelbare Abhängigkeit der Krankenkassen treiben.

Als jüngstes Beispiel sei der Honorarstreit in Niedersachsen genannt. Nach einem respektablen Verhandlungserfolg der KZV-N vor dem Schiedsamt opfert Herr Schirbort 0,3 % Punkte Honoraranhebung durch eine völlig entbehrliche Konfrontation mit den Landesverbänden („gebührenvertragsloser Zustand“). Ohne die provozierte Eskalation des Honorarstreites wäre eine wohlbegründete Honoraranhebung um 5,76 % mit aufsichtsrechtlichen Mitteln durchsetzbar gewesen. Konsequente Berufspolitik oder ein Spiel mit dem Feuer...?! -Geschmackssache.

*Dr. Michael Fritz  
DAZ-Vorsitzender*

### **Aktuelle Termine für 1992**

- |             |  |   |
|-------------|--|---|
| 16.5., 19 h | Chemnitz, Hotel                                    | <i>DAZ-Ratssitzung</i>  |
| 15 h        | Hotel Chemnitzer Hof                               | <i>Prothetik-Fortbildungstagung</i>   |
|             | Anmeldung: Tel. 0037-71/412228, Fax 0037-71/428686 |   |
| 19.5.       | München  | <i>Konferenz der DAZ-Studiengruppe<br/>München für Kinderärzte und Zahnärzte:<br/>„Oralprophylaxe beginnt mit der Geburt“</i> |
|             | Anmeldung: Tel. 089/8111428, Fax 089/8117768       |   |
| 27.6., 16 h | Köln   | <i>DAZ-Vorstandssitzung</i>   |
| 19.9.       | Berlin   | <i>Auftaktveranstaltung zum<br/>Tag der Zahngesundheit</i>  |
|             | Kontakt: Tel. 06151/894814                         |   |
| 19.9.       | Berlin, NAV-WIDI                                   | <i>DAZ-Ratssitzung</i>  |
| 17.-18.10.  | Berlin oder Köln                                   | <i>DAZ-Jahreshauptversammlung 1992</i>  |
| 28.11.      | Köln   | <i>DAZ-Vorstandssitzung</i>   |

## Mängelrüge der Krankenkassen - Zahnärzte wieder einmal in der Defensive

Möglicherweise sehen es nun auch andere Zahnärzte, außerhalb des DAZ, als Versäumnis an, daß Freier Verband und Körperschaften beim Thema Qualitätssicherung die Augen verschlossen und sich geweigert haben, überhaupt darüber zu reden – vom Handeln ganz zu schweigen.

Inzwischen hat nämlich der Berufsverband der Betriebskrankenkassen (BdB) die Ergebnisse einer Untersuchung präsentiert, bei der über einen Zeitraum von 7 Jahren die zahnärztlichen Abrechnungsdaten von 17600 (!) Versicherten auf qualitative Aspekte abgefragt wurden. Abgesehen von den Einzelergebnissen, auf die wir im nächsten *Forum* eingehen werden, sind jetzt zumindest drei Tatsachen amtlich:

1. Die Qualität zahnärztlicher Leistung läßt sich in gewissem Umfang – auch allein aus Computerdaten evaluieren, also ohne körperliche Untersuchung des Patienten und ohne Kontrolleur in der Praxis.
2. Diese Untersuchungen werden notfalls auch ohne die Zahnärzteschaft durchgeführt – im Zweifel aber immer gegen uns interpretiert und benützt.
3. Nicht selbstverständliches Weltmeisterniveau ist die Regel, wie der Freie Verband immer großspurig behauptet hat. Wie andere Freiberufler auch erbringen Zahnärzte gute, mittelmäßige und schlechte Leistungen.

All dies mahnt der DAZ seit vielen Jahren an – bisher vergeblich. Die Veröffentlichung des BdB wurde deshalb erneut zum Anlaß genommen, mit der im folgenden wiedergegebenen Presseerklärung unverkrampfte, normale Verhältnisse (Qualitätssicherungs-Management, Minimalkontrollen, offensive und positive PR-Arbeit) der Zahnärzte zu ihrem Leistungsvermögen anzustreben:

### Chancen vernünftiger Zusammenarbeit nicht verschütten!

eur Köln, den 22. April 1992. In einer spektakulären Öffentlichkeitsaktion hat der Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BdB) einem Teil der Zahnärzte Qualitätsmängel und Verschwendung von Krankenkassengeldern vorgeworfen. Anlaß dazu gab die Veröffentlichung einer Studie zu qualitativen

Aspekten zahnärztlicher Leistungen, gewonnen aus Abrechnungsdaten von über 17.000 Versicherten über einen Zeitraum von sieben Jahren.

Die Ergebnisse selbst haben den Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde im NAV-Virchowbund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands,

nicht überrascht. Schlechten Stil zeigte der BdB aber, indem er sie hinter dem Rücken der mitbeteiligten Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) präsentierte und interpretierte. Selbst ein so sensibles Thema wie dieses gibt offenbar Gelegenheit, die zerrütteten Beziehungen der „Vertragspartner“ immer neu zu belasten.

Die Ergebnisse bestätigen seit langem bekannte Mängel. Der DAZ hat seit 1979 immer wieder - leider vergeblich - gefordert, solche Qualitäts- und Ergebnisanalysen in eigener Regie der Zahnärzteschaft durchzuführen und rechtzeitig wirksame und selbstbestimmte Maßnahmen zu ergreifen. Stattdessen propagiert der die Körperschaften majorisierende Freie Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) die Beendigung der Diskussion um die Qualität zahnärztlicher Leistungen. Spätestens jetzt wird die Kurzsichtigkeit dieser Berufspolitik offenbar.

Tatsächlich zeigt die Studie, daß sich aus statistisch gewonnenen Daten gewisse Rückschlüsse auf die Qualität von Leistungen ziehen lassen. Aber auch ein hoher Qualitätsstandard ist statistisch nachweisbar und kann als Basis für eine angemessene Vergütung herangezogen werden. Das bestehende kassenärztliche System läßt diese Komponente völlig

außer acht; es ist ungerecht, weil es gute und weniger gute Arbeit gleich honoriert. Dies belastet gerade qualitätsbewußte Zahnärzte und fördert Systemverdrossenheit und Ausstiegsdenken.

Nach Ansicht des DAZ sollte die an den Pranger gestellte Zahnärzteschaft sich nicht auf Beschönigungen und anderweitige Sympathiewerbung zurückziehen, sondern sich konstruktiv auf die Auswertung dieser fast 300 Seiten umfassenden Studie konzentrieren. Eine solche Anstrengung der Selbstverwaltung ist unseres Erachtens der Schlüssel zu annehmbaren Honorarabschlüssen. Sie ist auch eine Voraussetzung dafür, daß sich politische Mehrheiten für eine teilweise Entlassung der Zahnheilkunde aus dem Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung finden. Aus Gründen politischer Vernunft sollte diese Studie die Zahnärzteschaft dazu veranlassen, eigene glaubwürdige Qualitätssicherungsprogramme zu entwickeln. Darin liegt die Chance, wachsendem öffentlichen Mißtrauen zu begegnen und die Zuverlässigkeit zahnärztlicher Arbeit und zahnärztlicher Berufspolitik zu bestätigen.

Bei Rückfragen:

Dr. Christian Nielsen,

DAZ-Pressereferent

Tel. 089/7250246, Fax 089/7250107

# SIEMENS

## Leistungsstark

Was immer Sie für Ihre Praxis brauchen - im Siemens-Dental-Depot bekommen Sie es.

Ob Praxis-Planung oder Einrichtungs-Beratung, ob Finanzierung oder technischer Service, ob Materialien für die Praxis oder informative Veranstaltungen -

Sie können sich in jedem Fall auf uns verlassen.

Denn seit Jahrzehnten sind wir der Praxis eng verbunden und längst zu einer der ersten Adressen unter Deutschlands Dental-Depots geworden.

So können wir Profilierung und Zukunftssicherheit für Ihre beruflichen Wege bieten. Und auch bei ungewöhnlichen Ideen finden Sie in uns den Partner.

Da zeigt sich der Profi.

Lindwurmstraße 23  
8000 München 2  
Tel. 089/539850

Kumpfmühler Straße 65  
8400 Regensburg  
Tel. 0941/97198

Siemens  
Dental-Depot  
Ihr Partner

# Freie Fahrt mit CHREMASOFT für die EDV-gestützte Abrechnung!



## Das Erfolgs- Produkt 1991.

Einsteigen spielend leicht gemacht, umsteigen erwünscht. Ob Einplatz oder Mehrplatz – reservieren Sie sich Ihren „Platz“ bei CHREMASOFT!

Damit Sie ohne Verspätung Ihr Ziel sicher erreichen: Eine wirtschaftliche Praxisverwaltung und eine korrekte Abrechnung. Rufen Sie uns an, wenn Sie im Abrechnungstau stecken.

Geschäftsstellen in Ihrer Nähe:

Nord ☎ 04 21-20146-41 · West ☎ 0 22 41-4 30 23  
Süd ☎ 0 73 04-2096/7 · Ost ☎ Stahnsdorf-6 82 81/2



*Die Weichen  
sind gestellt.  
Das Signal  
steht auf Grün!*

**CHREMASOFT**

DATENSYSTEME GMBH  
Linzer Str. 11 · 2800 Bremen  
Telefon 04 21/20 146-0

# DAZ-IGZ, die realistische Alternative zum Freien Verband

Wie bereits mehrfach berichtet wurde, ist der DAZ der Interessengemeinschaft zahnärztlicher Berufsverbände (IGZ) beigetreten und hat dort einen wesentlichen Teil seiner berufspolitischen Grundsätze und Zielsetzungen eingebracht.

Für alle Kollegen, die sich ein Bild von dieser in Zukunft gemeinsam vertretenen Standespolitik machen wollen, sind im folgenden die wichtigsten Positionen aufgeführt.

Wir verbinden damit auch den Appell an alle Kolleginnen und Kollegen, die sich damit identifizieren können:

Stehen Sie nicht abseits! Treten Sie unseren Verbänden als Mitglied bei und helfen Sie mit, daß Sie und besonders die jungen Kollegen auch in Zukunft noch Zahnheilkunde in freier Praxis bei allen Bürgern unseres Landes durchführen können.

1. Die Körperschaft KZV muß erhalten werden und als Selbstverwaltungsorgan der Zahnärzteschaft gestärkt werden (Schutzfunktion).
2. Der Sicherstellungsauftrag für die KZV muß erhalten bleiben, sonst drohen Einzelverträge der Krankenkassen mit den Zahnärzten.
3. Sozialverträgliche Weiterentwicklung der GKV im Konsens mit den gesellschaftlichen Partnern, kein Ausstieg aus der GKV (= 30% der Praxen wären in ihrer Existenz bedroht).
4. Die Grundversorgung muß mit der ärztlichen Ethik vereinbar sein (endodontische Behandlungen mehrwurzeliger Zähne müssen z. B. enthalten sein).
5. Erhalt der Einzelleistungsvergütung ohne Plafondierung.
6. Angemessene Vergütung der Vertragsleistungen mit Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten.
7. Das Prinzip der Beitragssatzstabilität muß aufgegeben werden; dies hemmt den medizinischen Fortschritt.
8. Kostenbeteiligung des Patienten in den Bereichen, die wesentlich von seiner Mitarbeit abhängen (PAR/Prophylaxe).
9. Prophylaxe bzw. Vorsorge über alle Lebensabschnitte, insbesondere Einsetzen der Individualprophylaxe schon ab dem 6. Lebensjahr (nach der Gruppenprophylaxe).
10. Erhalt der dualen Zahlungswege für ZE und KfO ohne jede Behinderung eines der beiden Wege.
11. Abschmelzung der Bürokratie, Verwaltungsvereinfachung der kassenärztlichen Abrechnung (dann auch

- Ja zum chronologischen Krankenschein).
12. Einführung von Festzuschüssen im ZE-Bereich.
  13. Bindung aller zahnärztlichen Leistungen an die zahnärztliche Zuständigkeit und Verantwortung.
  14. Zahnärzte müssen ihren Anteil an den GKV-Ausgaben behaupten. Eingesparte Mittel dürfen nicht zur Deckung anderer Defizite der GKV herangezogen werden.
  15. Vertragstreue der Krankenkassen (z. B. dürfen Inlays oder Härtefälle nicht zu Lasten des zahnärztlichen GKV-Anteils gehen).
  16. Beschreibung von Qualitätsmerkmalen, qualitätssichernden Maßnahmen nur durch die Zahnärzteschaft (sonst Defensivmedizin); „Qualität durch Anreize, nicht durch Kontrollen“.
  17. Erhalt des Gutachterwesens in Händen der Körperschaften.
  18. Wiedereinführung der Gebühr für ZE-Planungen (Pos. 3).
  19. Schnellstmögliche Angleichung zwischen Ost und West.
  20. Bei aller Kritik am Bonusheft halten wir die Abrechnung der Pos. A 16 für falsch (keine ärztliche Leistung).
  21. Die „Begleitleistungen“ sollten weiterhin über den Krankenschein abgerechnet werden.
- Alle unsere programmatischen Aussagen erreichen wir nur im Konsens mit der Gesellschaft, in der wir Aufgaben übernommen haben!

---

### **Mitteilung der Zahnärztekammer Berlin**

Auf Antrag von Frau Dr. Ute Polz (BUZ in der IGZ) beschloß die Delegiertenversammlung der Zahnärztekammer Berlin am 5.12.1991, daß die Gebietsbezeichnungen „Fachzahnarzt für Allgemeine Stomatologie“ und „Facharzt für Kinderstomatologie“ weitergeführt werden können. Diese Bezeichnungen wurden aufgrund der in der DDR geltenden Rechtsvorschriften nach vier- bis fünfjähriger Ausbildung und Prüfung in den Fachgebieten Allgemeine

Stomatologie und Kinderstomatologie verliehen.

Die Zahnärztekammer Berlin hat festgestellt, daß diese Weiterbildung derjenigen gemäß dem Berliner Gesetz über die Weiterbildung von Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten und Apothekern gleichwertig ist und daß somit jeder, der diese Gebietsbezeichnung bereits erworben hat oder bis zum 30.06.1995 die entsprechende Weiterbildung abschließt, zur Führung dieser Bezeichnung berechtigt ist.

Berlins Unabhängige Zahnärzte BUZ

# Die SPD in der Gesundheitspolitik - ratlos

H. Hey

Daß „die Bundesregierung kein Konzept zur Bewältigung der Probleme im Gesundheitswesen hat“, wie die SPD feststellt, ist sicher richtig, aber hat die SPD selbst ein Konzept? Die Rezeptur des stellvertretenden Fraktionsvorsitzenden der SPD, Rudolf Dreßler, zeigt zwar die Defizite in der Umsetzung des Gesundheitsreformgesetzes von 1989 auf, hat aber selber außer organisatorischen Neuordnungsvorschlägen kaum frische, substantiell gesundheitspolitische Ideen anzubieten:

Daß die Krankenkassen Einfluß auf die Krankenhausbedarfsplanung brauchen, ist richtig; ebenso, daß die Zahl der ärztlichen Niederlassungen eingeschränkt wird und daß der aufgeblähte Arzneimittelmarkt von therapeutischen Zweifelhaftheiten bereinigt werden muß. Die Kritik an der mangelhaften Gesundheitsvorsorge und der fehlenden Leistungs- und Kostentransparenz steht am Ende der Vorschläge, gehört jedoch an den Anfang. Denn daß z.B. aufwendigster Zahnersatz finanziert wird (im Härtefall sogar bis zu 100 %), Prophylaxeleistungen für Kinder und Erwachsene aber nicht, bedeutet, daß das System auf dem Kopf steht. Weiterhin ist ein von der Mundhygienebereitschaft und der Therapiewilligkeit unabhängiges Bonusssystem ein Witz, der nur Verwal-

tungsarbeit schafft aber kein Gesundheitsbewußtsein. Und: sobald die Leistungs- und Kostentransparenz - zum Beispiel auch mit dem chronologischen Krankenschein - realisiert ist, werden sich die wirklichen Strukturmängel des Systems in aller Deutlichkeit zeigen.

Der allergrößte Teil des Papiers beschäftigt sich mit Kosten, Ausgaben, Beiträgen, Preisen, Honoraren und Pflegeeinsätzen - kein Wunder, wenn keine Partei es für nötig hält, Fachleute zu Rate zu ziehen, sondern Gesundheitspolitik von Juristen, Betriebswirten oder, wie in diesem Fall, Gewerkschaftlern formulieren läßt. Nur Laien können fordern, daß „die Honorarerträge mit dem Grundsatz der Beitragsstabilität in Einklang gebracht werden“, wenn gleichzeitig der medizinische Leistungskatalog immer wieder erweitert wird (immerhin hat das inzwischen wenigstens der Sachverständigenrat erkannt). Und wenn nicht einmal mehr die nachgewiesenen individuellen Material- und Laborkosten bezahlt werden sollen (SPD MdB Klaus Kirschner), kann primitivster Zahnersatz überhaupt nicht mehr hergestellt werden, da die Material- und Laborkosten wesentlich höher sind als die zahnärztliche Vergütung.

Daß Patienten und Krankenkassen vor allem vor Wiederholungsleistungen

geschützt werden müssen, dieser Gedanke klingt zwar bei der Diskussion über die Überweisung ambulante Praxis <-> Krankenhaus an, fehlt aber im zahnärztlichen Bereich völlig. Dabei stehen der Bundesregierung die Ergebnisse der BdB-Studie „Qualität und Wirtschaftlichkeit in der zahnmedizinischen Versorgung“ zur Verfügung, ein Instrumentarium, mit dem man eine echte Wirtschaftlichkeitsprüfung zahnärztlicher Leistungen durchführen könnte ohne Kontrolleure in der Praxis und ohne körperliche Untersuchung des Patienten. Ohne Prüfung auf Plausibilität und Dauerhaftigkeit der erbrachten Leistungen verdient eine Wirtschaftlichkeitsprüfung - zum Beispiel die augenblickliche, die sich in bloßer Quantitätsbetrachtung erschöpft - ihren Namen nicht.

Ein besonderes Fossil ist die von der SPD seit Jahren immer wieder erhobene Forderung nach Ablösung der Einzelleistungsvergütung zugunsten von Pauschalhonoraren oder „Leistungskomplexhonoraren“. Wer solche Überlegungen anstellt und sich davon nicht nur die Vermeidung von Maximal-, sondern sogar von Minimalmedizin verspricht, der hat sich offenbar überhaupt noch nie die Mühe gemacht, die Einzelheiten ärztlicher oder zahnärztlicher Arbeit genau zu analysieren. Denn schließlich sind Honorarpauschalen nichts Neues: Bereits 1935 (!) wurde eine „Kopfpauschale“ eingeführt; unabhängig von Art und Umfang der individuellen Leistung wurde pro Patient eine Pauschale bezahlt. Die logische Folge war die hinrei-

chend bekannte Minutenmedizin und die Krankenscheinzahl als Gradmesser des Praxiswertes. Mit den später folgenden Leistungspauschalen (z.B. Füllung einschl. aller Vorbehandlungen) änderte sich wenig - sie bestrafte die gewissenhaft arbeitenden Kollegen und belohnte die Loch auf - Loch zu - Schmiere. Erst die Einzelleistungsvergütung eröffnete dann die Möglichkeit zu gründlicher Diagnostik und sorgfältiger Behandlung, bestraft aber weiterhin besonders die sanierungsbemühten Zahnärzte mit der rein mengenorientierten Wirtschaftlichkeitsprüfung. Die Konsequenz aus diesen fast 60jährigen Erfahrungen kann deshalb nur heißen: Einzelleistungsvergütung, womöglich noch differenzierter als jetzt und Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Kriterien wie Qualität, Dauerhaftigkeit, Plausibilität, Diagnosebezug und Sanierungskonzeption.

Wer demgegenüber jetzt Pauschalhonorierungen einführt, gibt damit gänzlich die Chance zu einer gleich wie gearteten Kontrolle aus der Hand und veranlaßt den Zahnarzt erneut zur Minimalversorgung, denn es ist schließlich gerade die Einzelleistungsvergütung, die jeden einzelnen Leistungsschritt oder Leistungsteil justitiabel macht - was abgerechnet ist, muß nachgewiesen und kann eingefordert werden. Nur wer Zahnheilkunde ausübt, kann sich die Konsequenzen beispielsweise eines Leistungskomplexhonorars „Füllung“ oder „Wurzelbehandlung“ vorstellen:

Keine Extra Cp- und P-Behandlungen mehr, keine bmF und keine Politur, von den Flächendifferenzierungen ganz zu schweigen. Oder: wer würde noch Endobehandlungen an Molaren durchführen, wenn hierfür nicht mehr bezahlt werden würde als für einwurzelige Frontzähne? Nein - wer gute und dauerhafte Leistungen haben will, darf das bestehende Leistungsspektrum nicht durch Pauschalen verkleinern.

Was wir dringender denn je brauchen, ist vor allem eine prophylaxeorientierte Gesundheitspolitik, Patienten, deren gesundheitsbewußtes Verhalten durch ein echtes Bonussystem belohnt wird, und ein Vergütungs- und Prüfsystem, das Ärzte und Zahnärzte zu Verantwor-

tungsbewußtsein, sozialer Verpflichtung und gründlicher Arbeit motiviert, Mißbrauch erschwert und von überflüssigem Verwaltungsaufwand befreit. Zu einem solchen Konzept haben Herrn Dreßlers Vorschläge wenig beizutragen. Wer - wie er - glaubt, vor allem mit einer Regionalisierung der Zuständigkeiten und mit einer Stärkung der Kassen- und Patientenmacht die Leistungsnachfrage und damit die Kosten zu senken, der ist auf dem Holzweg. Abgesehen davon ist das bestenfalls eine Gesundheitskostenregelung, aber kein gesundheitspolitisches Programm.

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

## *Besuchen Sie die monatlichen Treffen der DAZ-Studiengruppen*

*(Kontaktadressen der Studiengruppen finden Sie auf der letzten Seite)*

*Wir bieten:*

*praxisorientierte Fortbildung  
standespolitische Information  
und das kollegiale Gespräch*

# **bisico** **mandisil**

Additionsvernetzendes  
Siliconabformmaterial zur  
Basiskorrekturabformung  
in der Totalprothetik

Inhalt:  
**200 g** 100 g mandisil a  
100 g mandisil b  
BISICO - D-4800 Bielefeld 1

ADA 19, Typ 1  
medium viscosity  
Härte (Shore A): ca. 50



## **bisico mandisil**

Additionsvernetzendes Vinylsilicon-  
abformmaterial zur Korrekturabform-  
ung, besonders in der Totalprothetik.

Lineare Schrumpfung: 0,05%

Konsistenz: mittelfließend

Endhärte: ca. 50 Shore A

(ADA 19, Typ 1, medium viscosity)

Geschmacks- und geruchsneutral

Anwendungsbereich:

Basiskorrekturabformungen in der  
Totalprothetik.

Die Konsistenz ist eingestellt auf die  
Gegebenheiten des Unterkiefers.

Zur Abformung des Oberkiefers kann  
es erforderlich sein, das Material  
mit BISICO S4 zu mischen, um eine

weniger feste Konsistenz zu erzielen.

Verarbeitung:

Gleichlange Stränge der a- und  
b-Komponente werden bis zur  
Bildung eines homogenen Farb-  
tones verspatelt.

Mischzeit: 30 Sekunden

Verarbeitungszeit

ab Mischbeginn: 2 1/2 Minuten

Abbindezeit: 3 Minuten

(bei Mundtemperatur)

Lieferform:

Packung mit 2 x 100 g (158 ml)

Packung mit 4 x 100 g (316 ml)

(Mischblock und Einweg-Tuben-  
schüssel incl.)

**Vertrieb: Hegen-Dental-Technik · Lentingerstr. 25 · 8073 Kösching · Tel. 0 84 56 / 70 15**

# Präventive Zahnheilkunde sollte eigenständiges Fach werden

## Das Konzept der VDZM-DAZ-BSZ-Arbeitsgruppe Studienreform

*H. Strippel*

Wie schon in den DAZ-Kontakten Nr. 22/92 berichtet, hatte die Arbeitsgruppe Studienreform in der Zahnmedizin im Januar dieses Jahres weiteren Zuwachs bekommen: Der Fachschaftsverband „Bund der Studierenden der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e. V. (BSZ)“ trägt die Reformempfehlungen ebenfalls mit. Schon zuvor hatte der BSZ studentische Vorschläge zur Studienreform vorgestellt (Bauer, 1990; Arbeitskreis AO, 1991; Berthold, 1992). Nun sind von Seiten des BSZ Studierende aus München, Berlin und Mainz aktiv an der gemeinsamen VDZM-DAZ-BSZ-Arbeitsgruppe beteiligt. Die Gruppe setzt sich aus Studierenden, Praktikern und Hochschulassistenten zusammen, was Meinungsvielfalt bedeutet und auch gewährleistet, daß kein einseitig interessengeleiteter Reformvorschlag entsteht.

Die Arbeitsgruppe sieht ihren Auftrag darin, einen „idealen“ Studienaufbau zu entwerfen, ideal im Hinblick auf die Ausbildung von Zahnärztinnen und Zahnärzten, die durch ihr Können und Wissen befähigt und willens sind, einen persönlichen Beitrag zur Verbesserung der Mundgesundheit der Bevölkerung

zu leisten, sei es als praktizierende oder als standes- und gesundheitspolitisch tätige Zahnärzte.

### Keine Fachschulausbildung

Im Vordergrund steht dabei weiterhin die solide Ausbildung in den klassischen Disziplinen der Zahnmedizin durch verstärkte Arbeit am Patienten und intensive manuelle Schulung am Phantomkopf. Die „Berufsfertigkeit“ soll zusätzlich gefördert werden durch praxisrelevante Inhalte wie Ergonomie, Praxisführung, Psychologie und auch Notfallmedizin. Beim Studienplan-Entwurf wurden also immer die Bedürfnisse der Zahnärztin bzw. des Zahnarztes in der Praxis im Auge behalten. Damit andererseits nicht der Weg einer Schmalspur-Fachschulausbildung beschritten wird, sollten in Zukunft auch eine Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten und gesundheitswissenschaftliche Unterrichtsthemen wie Präventivmedizin, Epidemiologie und soziale Aspekte der zahnmedizinischen Tätigkeit, die den Horizont erweitern, angeboten werden.

Im folgenden soll einer der zentralen Aspekte der Reformempfehlungen nä-

her erläutert werden: Die AG hat ein Konzept erarbeitet, wie endlich Ernst gemacht werden kann mit der Einbeziehung der präventiven Zahnheilkunde ins Studium.

### Oralprophylaxe fehlt in der AO

Laut gültiger Approbationsordnung für Zahnärzte (§49 AOZ) hat sich in der Zahnerhaltungskundeprüfung der Prüfer auch davon „zu überzeugen, daß der Kandidat ausreichende Kenntnisse der Kariesprophylaxe hat“. 1955, als die AOZ erlassen wurde, war offensichtlich das Wissen, daß neben Karies auch Parodontopathien, Kieferfehlentwicklungen und andere Krankheiten und Schädigungen des Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereiches verhütet werden können, noch nicht in die Vorschriften zur Zahnmedizinerausbildung eingeflossen.

Die Vereinigung der Hochschullehrer für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (VHZMK) empfiehlt nun, in *allen* Fächern und schwerpunktmäßig in Zahnerhaltung Prävention zu lehren. Sicherlich ist der Ansatz prinzipiell richtig. Dennoch ist die Idee, präventive Zahnheilkunde überall (=nirgends?) anzusiedeln, ein „mehr als halbherziger Schritt“ (Künzel, 1991). Ein Hochschullehrer schrieb uns: „Bei allem Verständnis kommen mir bemerkenswerte Zweifel auf, wenn die Fachvertreter der Prothetik Prävention lesen wollen“.

Mittlerweile werden die Beschlüsse der VHZMK, die Anfang 1991 praktisch unter Ausschluß der Kollegen aus

den neuen Ländern durchgezogen wurden und die vom Wunsch gezeichnet sind, vorerst keine umfassende Novellierung anzuregen und bestehende Abteilungsstrukturen nicht zu verändern, von vielen Dozenten, insbesondere denen für Kinderzahnheilkunde, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde, nicht mehr unterstützt (Briefe der Hochschullehrer für Kinderzahnheilkunde und Prävention an ostdeutschen Hochschulen, 1991; pers. Mitt. Flores de Jacoby, 1992). Auch der Medizinische Fakultätentag hatte die Vorschläge abgelehnt (Strippel, 1991).

### Prophylaxe schon im 1. Semester

In dieser unübersichtlichen Situation stellt die AG Studienreform ein klares und detailliertes Konzept für die Verankerung der Prophylaxe im Lehrplan vor. Präventive Zahnheilkunde soll eigenständiges Ausbildungs- und Prüfungsfach werden. Der Studienplan:

- erstes Semester: Vorlesung und Kurs „Präventive Zahnheilkunde I“ mit *gegenseitigen Übungen*; die Veranstaltungen werden durch „Präventivmedizin und Epidemiologie“ und „Zahnmedizinische Psychologie I“ ergänzt;
- viertes Semester: Vorlesung und Kurs „Präventive Zahnheilkunde II“ mit *Übungen am Patienten*, ergänzt durch „Psychologie II“ und den Laborkurs „Ätiologie und Pathogenese von Karies und Parodontopathien“;

- nach dem vierten Semester: Prüfung Präventive Zahnheilkunde (mündlich) im „Physikum“.

Insgesamt sollen in beiden Semestern je ca. 7 Wochenstunden angeboten werden, d. h. ca. zwei Halbtage pro Woche sollen den entsprechenden Kursen bzw. Vorlesungen gewidmet werden.

Durch diesen Aufbau verläuft das Studium in der korrekten Reihenfolge: 1. Prävention, 2. Diagnostik und Behandlungsplanung, 3. Therapie/Wiederherstellung (pers. Mitt. Lehmann, 1991).

Außerdem

- steigt der Schwierigkeitsgrad aller Studieninhalte von „einfach“ nach „schwierig“,
- finden vor dem ersten Patientenkontakt gegenseitige Übungen statt,
- werden nicht-invasive Behandlungsschritte am Patienten vor den invasiven geübt,
- steht die erfolgreichste Ausbildungsmethode „learning by doing“ im Vordergrund.

Mit der Präventiven Zahnheilkunde finden die Studierenden einen leichten Einstieg in die praktische und wissenschaftliche Zahnheilkunde. Sie werden zunächst einführend über Ätiologie und Prävention der Haupterkrankungen Karies und Parodontopathien informiert und überprüfen in gegenseitigen Übungen ihre Mundgesundheit und erlernen Mundpflegetechniken.

Eine derartige Veranstaltung wurde bisher nur an einigen Universitäten als

freiwilliger „Minikurs“ angeboten, z.B. an der Universität Göttingen (1980, 1989). Die Gefahr dabei ist, daß sich wegen der beschränkten Zeit bei den Studierenden nur undifferenzierte oder falsche Vorstellungen von Präventiver Zahnheilkunde verfestigen.

Meist jedoch finden derartige Veranstaltungen erst im sechsten oder im siebten Semester statt (z.B. Universität Bonn, 1987; Universität Berlin, 1988). Demnach wird den meisten Zahnmedizinstudenten frühestens nach zweieinhalb Jahren Studium erklärt, was sie für ihre persönliche Mundgesundheit tun können; so lange müssen sie auch warten, bis sie Fragen von Freunden und Angehörigen nach zahnmedizinischer Vorbeugung und Versorgung halbwegs fachkundig beantworten können. Ein trauriger Zustand.

*„Präventive Lernziele müssen grundsätzlich bereits in der Vorklinik vermittelt werden...“*

*Dies veranlaßt uns zu der Forderung, Prophylaxekurse für Vorkliniker als Pflichtveranstaltung in die Studienordnung für Zahnmediziner aufzunehmen.“*

(Pieper, 1983, anlässlich der Verleihung des Prof.-Büttner-Gedächtnispreises. Die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe beschloß, die Realisierung dieser Vorstellungen an allen deutschen Universitätskliniken zu fordern.)

## Inhalte

Was soll in den neuen Vorlesungen und Kursen vermittelt werden? Im Vordergrund stehen sicherlich Kenntnisse und Fähigkeiten in der Gingivitis-, Parodontitis- und Kariesprophylaxe und das entsprechende Hintergrundwissen. Zum Teil wird dies schon in den Kursen für Zahnerhaltung und Parodontologie vermittelt und braucht nur zusammengefaßt

und koordiniert eingebracht zu werden. Weitere Anregungen für den Lehrplan sind in Hülle und Fülle vorhanden. Als Beispiel wird hier ein Auszug aus dem Curriculum der Universität Erfurt wiedergegeben (Tabelle 1).

Im DDR-Studienplan war Präventive Zahnheilkunde in der „Einführung in die Stomatologie“, im „Interdisziplinären Komplex stomatologische Prävention, Diagnostik und Therapie“, und in „präventiver kinderstomatologischer Betreuung“ angesiedelt; zusätzlich fand ein dreiwöchiges Praktikum außerhalb der Universität statt (Ministerrat der DDR, 1982).

### Präventionspraktikum im 1. Studienjahr, Universität Erfurt (Auszug)

- 15 Unterrichtseinheiten, darunter: Applikation von verschiedenen Fluoridpräparaten: Zahnpasten, Gele, Lösungen und Lack
- Herstellung eines Plaque-Nativ-Präparates
- Erfassung von Kariesrisikopatienten, Erhebung des DMF-S bzw. DMF-T-Indexes, Bestimmung der *S. mutans* und Laktobazillenzahl mit kommerziellen Tests
- Erhebung von Ernährungsgewohnheiten, Erstellung eines Ernährungsprotokolls
- Telemetrische Bestimmung des Plaque-pH-Wertes (Demonstration)
- Praktischer Einsatz in Kindergärten.

Tab. 1

Zusätzliche Anregungen für den Lehrplan bietet z. B. das Curriculum des „Intensivseminars für organisierte Individualprophylaxe Berlin“ (Tab. 2). Es stimmt nachdenklich, zu sehen, wie umfassend Zahnarztshelferinnen in dieser Weiterbildungseinrichtung, die von der Zahnärztekammer Berlin gegründet wurde, geschult werden. Der einjährige,

nebenberufliche Kurs umfaßt 720 Unterrichts- und Praktikumsstunden, die allerdings auch Themen wie Röntgentechnik, EDV und Hygiene einschließen (Fath, 1991). Dagegen nimmt sich der Vorschlag der AG Studienreform, 200 der 4500 Unterrichtsstunden des Zahnmedizinstudiums (=4,5%) für Prävention zu reservieren, noch recht bescheiden aus. *Wenn Prävention wirklich „in die Hand des Zahnarztes gehört“, wie allseits vollmundig behauptet wird, dann sollte auch in ausreichendem Zeitrahmen von spezialisiertem Personal systematischer Unterricht angeboten werden.*

### **Ausbildung zur Prophylaxeassistentin: Auszug aus dem Curriculum Prophylaxeseminar Berlin (Auszug)**

- Anatomie, allgemein, speziell
- Physiologie, allgemein, speziell
- Zahnmorphologie • Ernährung
- Techniken und Hilfsmittel der häuslichen Plaquekontrolle
- Techniken und Hilfsmittel der professionellen Plaquekontrolle
- Dokumentation der Mundhygiene
- Ätiologie + Pathogenese d. Karies
- Speichel • Speicheltests
- Zucker • Zuckerersatz
- Fluoride
- Ätiologie und Pathogenese von Erosionen
- Herstellung von individuellen Medikamententrägern (Schienen)
- Sanierungskonzept d. Zahnheilkd.
- Dokumentation der Prophylaxe
- Praxiskonzept der systematischen, organisierten Indiv.prophylaxe
- Patientenführung
- Gesprächstechnik • d. alte Patient
- der kieferorthopädische Patient
- Erstellung von Fotostaten
- Versch. PAR-Status-Formulare
- Füllungsoberflächenverbessernde Maßnahmen
- Instrumentenkunde
- Entfernung sichtbarer Beläge
- Instrumente schleifen
- Abrechnung von Prophylaxe
- ... (insges. 55 Themen)

*Tab. 2: Lehrplan des Intensivseminars für organisierte Individualprophylaxe Berlin (Auszug)*

Neben der Vermittlung von Grundlagen sollte das Hauptgewicht des ersten Prophylaxekurses auf den Methoden der Verhaltensbeeinflussung von Patienten liegen. Schließlich sind Karies und Parodontopathien Krankheiten, die sich weitgehend durch Handeln vermeiden lassen und die daher als verhaltensabhängig zu bezeichnen sind (Weinstein et al., 1989). Vorbeugung der zahnmedizinischen Haupterkrankungen und Verhinderung ihres Fortschreitens sind im hiesigen Versorgungssystem weit mehr vom Tun und Lassen des Patienten abhängig als von den sporadischen Interventionen des Zahnarztes.

Diese Erkenntnisse haben sich im bisherigen Selbstverständnis der Zahnärzte ebensowenig durchgesetzt wie im Ausbildungswesen.

Vorherrschend ist ein Verständnis der Arzt-Patient-Beziehung, das dem „Anleitungs-Kooperations-Modell“ entspricht, bei dem der Arzt Ratschläge oder Anweisungen gibt und vom Patienten erwartet wird, daß er diese befolgt. Um aber chronische Erkrankungen erfolgreich kontrollieren zu können, ist das Modell der „gegenseitigen Teilnahme“ viel erfolgversprechender, bei dem Arzt und Patient eine klare Aufgabenteilung betreiben. Dabei sollen die Bedürfnisse des Patienten ermittelt, sein Engagement für gesundheitsfördernde Verhaltensweisen geweckt und er veranlaßt werden, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen (Szasz und Hollender, 1956).

Abgesehen von diesem eher prinzipiellen Problem des professionellen Selbstverständnisses mangelt es allzuoft an individuell auf den Patienten abgestimmter Mundgesundheitsberatung. Es werden standardisierte Zahnputzregeln ohne Rücksicht auf Interessenlage und Fähigkeiten des Patienten abgegeben. Bezüglich Kariesvorbeugung wird dem Patienten oft weder die Kariesentstehung erklärt, noch Ernährungsberatung durchgeführt oder vor allem dafür gesorgt, daß häusliche Fluoridierungsmaßnahmen ergriffen werden, sondern allein der Ratschlag erteilt, sich nach „Zuckergenuß“ die Zähne zu putzen; eine meist unrealistische und daher unfaire Anweisung. Welcher Zahnarzt (oder Zahnmedizinstudent) befolgt denn selbst diesen Rat?

Probleme treten auch bei der Gesprächsführung auf. Die Gesundheitsberatung geschieht vielfach unter Mißachtung simpelster Kommunikationsregeln (Schneller et al., 1990). Ein Beispiel aus dem „Kons-Kurs“: an den Patienten erging der Ratschlag „Sie müssen Ihren Sulkus sauberhalten!“...

Nun gibt es eine Fülle praktischer, einfacher Methoden und Tips, die aus der Verhaltenspsychologie hergeleitet sind und für die Zahnmedizin nutzbar gemacht wurden (Weinstein et al., 1989). Sie zu lernen, ist keine Geheimwissenschaft. Sich andererseits allein auf den „gesunden Menschenverstand“ oder das Einfühlungsvermögen zu verlassen, hieße, *unprofessionell* an die zahnärztli-

che Leistung Individualprophylaxe heranzugehen. An eine Mundgesundheitsberatung müssen ebenso Qualitätsanforderungen gestellt werden wie an die Ausführung anderer zahnärztlicher Leistungen, etwa das Legen einer Füllung.

Konsequenterweise sollte „im Rahmen der zahnärztliche Ausbildung ein stärkeres Gewicht auf präventive Zahnmedizin und pädagogische Aspekte der Prophylaxe gelegt werden, um den Anforderungen der prophylaktischen Versorgung gerecht zu werden.“ (Sachverständigenrat, 1991).

Aus diesem Grund wird im Studienreformvorschlag angeregt, neben dem fachlich-technischen Prophylaxeunterricht Seminare in zahnärztlicher Psychologie abzuhalten und den Schwerpunkt im ersten Semester auf die „Verhaltensprävention“, den zahnmedizinisch-verbalen Zuwendungsaspekt und die Praxis der Kommunikation zu legen.

### Erster Patientenkontakt

Im zweiten Kurs der Präventiven Zahnheilkunde können dann beispielsweise folgende Aspekte geübt werden:

- Betreuung von Kindern in einem Prophylaxeprogramm,
- Beratung und Behandlung (Zahnreinigung, andere Präventionsmaßnahmen) von Patienten in der Initialphase der Parodontaltherapie,
- Rekonturieren und Polieren von Füllungen,
- Fissurenversiegelungen,

- Betreuung von Recall-Patienten,
- Mitwirkung im schulzahnärztlichen Dienst und bei der Kindergartenbetreuung,
- Durchführung kleinerer Projekte unter Anleitung.

### Welche Strukturen sind erforderlich?

Der Unterricht wird von Mitarbeitern des bisherigen „Gesamtblockes“ Zahnerhaltungskunde zu leisten sein, dessen Aufteilung in Teilbereiche schon längst im Trend liegt: eigenständige Abteilungen oder Polikliniken für Parodontologie existieren an 10 Kliniken, Abteilungen, Funktionsbereiche oder Polikliniken für Kinderzahnheilkunde an drei Kliniken, in Erfurt gibt es den Wissenschaftsbereich Präventive Stomatologie, und an mehreren Unis sind Präventive Zahnheilkunde, Kinder- und Jugendzahnheilkunde bzw. Parodontologie innerhalb der Zahnerhaltung ausgewiesen. Weitere Kombinationen sind die Poliklinik für KfO und Kinderzahnheilkunde in Leipzig, der Tübinger Lehrstuhl zahnärztliche Chirurgie und Parodontologie und die Sektion parodontale Chirurgie in Freiburg.

### Trend zur Eigenständigkeit

Während also in der Zahnerhaltung der Trend eindeutig in Richtung der Abkoppelung ehemaliger Teilgebiete geht, deren Bedarf nach Eigenständigkeit anerkannt wird, ist die Entwicklung in der Prothetik umgekehrt: Hier wurden verschiedene vorklinische und klinische Prothetiklehrstühle zusammengelegt

bzw. sollen dem Vernehmen nach zusammengelegt werden. Anscheinend wird kein Bedarf mehr gesehen für zwei prothetische C4-Professorenstellen an den ZMK-Kliniken. Diese Veränderungen stützen unseren Reformvorschlag, der die Trends nur konsequent und im Sinne zukünftiger Berufsanforderungen fortführt: Die vorklinisch-zahntechnische Prothetik soll eingeschränkt werden, während die klinische Prothetik an Bedeutung gewinnen soll; ihre Mitarbeiter könnten Unterricht in Alterszahnheilkunde und Funktionslehre übernehmen. Darüberhinaus sollten eigene Lehrstühle für Präventive Zahnheilkunde und Parodontologie geschaffen werden, was auch der Landesgesundheitsrat Bayern forderte (ZM, 1990). Das gleiche gilt für Kinderzahnheilkunde (Wetzel, 1990). In welchen Bereichen die entsprechenden Lehrdeputate abgezogen werden könnten, wird selbstverständlich die jeweilige Fakultät entscheiden müssen, aber vorklinische Prothetik und vorklinische- medizinische und naturwissenschaftliche Fächer bieten sich an. Der Ausbau kann nur schrittweise geschehen (Pieper, 1983). Diskussionen mit Hochschullehrern zeigten, daß es nicht erstrebenswert ist, unbedingt eigene Abteilungen für Präventive Zahnheilkunde und die anderen Fächer einrichten zu wollen, da diese wegen der begrenzten Mitarbeiterzahl kaum lebensfähig sein würden. *Funktionsbereiche* mit unterschiedlichen Schwerpunkten und Bezeichnungen unter dem Dach der Zahnerhaltungskunde wären ausreichend.

## Ausbildung, aber kaum Anwendungschancen?

Die zahnmedizinischen Hauptkrankheiten sind verhinderbar bzw. kontrollierbar. Dies haben z.B. die eindrucksvollen 15-Jahres-Ergebnisse der altersgruppenbezogenen Präventionsprogramme in Karlstad, Schweden, erneut bewiesen (Axelsson, 1989, 1991). Erfolgversprechende Modelle für zielgruppengerechte Prophylaxe wurden vorgestellt (z. B. AG Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der DGZMK, 1989; Lutz et al., 1989); Gelder stehen bereit. Prävention gräbt auch keinesfalls den Zahnarztpraxen das Wasser ab, im Gegenteil: Z.B. erhöhen gruppenprophylaktische Maßnahmen in Schulen und Kindergärten die Inanspruchnahme der Hauszahnarztpraxis (Pieper et al., 1989). Trotzdem kommt die Gruppenprophylaxe nicht in Gang (Bauch, 1989). Fluoridiertes Salz ist erst seit kurzem im Handel. Individualprophylaxe ist nur unter bestimmten Bedingungen in der Zahnarztpraxis kostendeckend durchführbar (Zimmer, 1992, in diesem Heft). Der dringend erforderlichen Ausbildung und dem flächendeckenden Einsatz von Prophylaxeassistentinnen und Dentalhygienikerinnen stehen massive standespolitische Widerstände entgegen - die Standesführung setzt zahnmedizinische Prävention immer noch gleich mit abrechenbaren zahnärztlichen Leistungen.

Es ist also offensichtlich, daß mittelfristig einer verbesserten Ausbildung in

Präventiver Zahnheilkunde keine adäquaten Betätigungsfelder im zahnmedizinischen Versorgungssystem gegenüberstehen werden. Zweifellos ist auch hier ein Umschwung erforderlich. Aber warum sollte der Umschwung nicht an der Hochschule vorbereitet und unterstützt werden? Wenn zukünftige Zahnmediziner besser ausgebildet und prophylaxeorientierter sind, bestehen zumindest die Voraussetzungen, um das Versorgungssystem insgesamt stärker auf die Vorbeugung hin auszurichten.

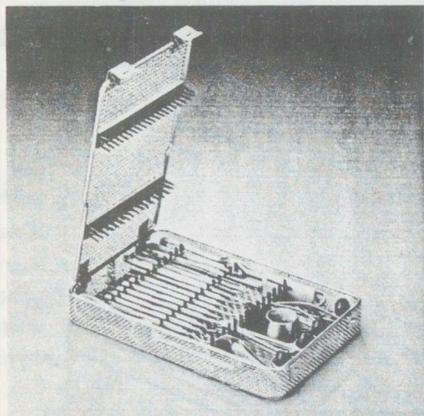
Erfreulicherweise stimmten mehrere Hochschullehrer für Zahnerhaltung dem Reformkonzept der VDZM-DAZ-BSZ-AG Studienreform prinzipiell zu: „Bei erster Durchsicht haben uns die von Ihnen vorgeschlagene Gewichtung von Prophylaxe und Zahnerhaltung sowie die vorgeschlagene Aufteilung der Fächer in weiten Bereichen einen sinnvollen Eindruck gemacht“.

Zu hoffen ist, daß die Bundesregierung, die gerade eine „Intensivierung der zahnärztlichen Ausbildung in der Prävention“ (Dtsch. Bundestag, 1992) angekündigt hat, sich bei der Novellierung der AOZ nicht auf Scheinlösungen einläßt, sondern der Prävention den gebührenden Platz zuweist: den eines eigenständigen Ausbildungs- und Prüfungsfaches.

Harald Strippel  
L.-Juppe-Weg 1  
3550 Marburg

Literatur bei der Redaktion

## Aesculap-Parodontal- Chirurgie-Set



### Modell Münster bestehend aus:

- BT 405 Wangenhaken nach Middeldorpf
- 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, GF4, 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 Hohlimeißelzange, 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 Noppen-  
stege am Tray-Deckel
- TE 596 Packschablone

TECHNIK  
DENTAL  
HEGEN

Lentinger Str. 25  
8073 Kösching  
Tel. 0 84 56 / 7015  
Fax 0 84 56 / 8139

# Neuheit:

## Halbtray

(kleines Format)  
ab Januar '92  
lieferbar!

TECHNIK  
DENTAL  
HEGEN

Lentinger Straße 25  
8073 Kösching  
Tel. 0 84 56 / 7015  
Fax 0 84 56 / 8139

**Schleifkurs**  
manuelles Aufschleifen  
von Parodontalinstrumenten  
Anfrage Hegen-Dental-Technik

Je länger die "Neuen" halten,  
desto billiger werden sie,

**SCHMID  
UND  
PAULA**



**DENTAL  
LABOR**

Schmid und Paula - Bruderwöhrdstr. 10 -  
8400 Regensburg Telefon 0941/791521

... weil Qualität auf Dauer billiger ist!

# Individualprophylaxe als Kassenleistung?

S. Zimmer

Der neue Prophylaxereferent des DAZ, Dr. Stefan Zimmer, hat während seiner Assistenzzeit ein Konzept für individualprophylaktische Arbeit im Rahmen einer Kassenzahnarztpraxis entwickelt und in der Umsetzung mit mehreren Hundert Patienten Erfahrungen sammeln können. Momentan ist er - mit Schwerpunkt Prophylaxe - als wissenschaftlicher Mitarbeiter der Freien Universität Berlin tätig. Im nachfolgenden Beitrag nimmt er Stellung zu den neuen IP-Positionen und dem vom zahnärztlichen Forschungsinstitut IDZ in Köln vorgestellten Curriculum Individualprophylaxe.

## IP1 bis IP4 - Schritt in die richtige Richtung

Die Novellierung des Abschnittes V des Sozialgesetzbuches (SGB) zum 1. Januar 1989 hat für die Kassenzahnärztliche Versorgung Zeichen gesetzt: Einer Kürzung der Ausgaben für prothetische Leistungen steht die Bereitstellung von Geldern für Gruppen- und Individualprophylaxe gegenüber<sup>1</sup>. Damit ist zunächst einmal ein Schritt in die richtige Richtung getan worden. Schließlich ist es unser aller Ziel, weniger invasive Therapie und dafür mehr Prävention zu betreiben.

## 17 Zahnarzt-Minuten pro Jahr ausreichend für Verhaltensänderung?

Leider ist mit den ausgehandelten Positionen IP1-4<sup>2</sup> kaum mehr als eine „Alibi-prophylaxe“ möglich, und auch die nur für einen sehr begrenzten Personenkreis. Ernährungsumstellung und

Verbesserung der häuslichen Zahnpflege (IP1-3) sind ganz bestimmte Ziele, die die Individualprophylaxe auch verfolgen muß, ihre Verwirklichung setzt jedoch eine Verhaltensänderung beim Patienten voraus<sup>3</sup>. Eine solche Verhaltensänderung ist nicht leicht zu bewerkstelligen<sup>4</sup>. Wenn man bedenkt, daß Menschen selbst angesichts schwerwiegender gesundheitlicher Risiken (Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel) meist nicht bereit sind, schlechte Gewohnheiten zu ändern, so kann man wohl kaum erwarten, daß ein psychologischer Laie (Zahnarzt) es „zwischen Tür und Angel“ schafft, einen Jugendlichen mit der Aussicht auf eine zukünftige bessere Zahngesundheit zu einer nachhaltigen Verhaltensänderung zu bewegen. Tatsächlich hat ein Zahnarzt die Möglichkeit, innerhalb von 3 Jahren unter Ausschöpfung aller entsprechenden IP-Positionen 50 Minuten auf diese Aufgabe zu verwenden. Das sind knap-

pe 17 Minuten pro Jahr. Fragen Sie einen Psychologen, was er davon hält! Mehr ist jedoch unter betriebswirtschaftlichen Aspekten nicht möglich.

### **Erfolgversprechender als alles andere: Fluoridierung und professionelle Zahnreinigung**

Einzig die halbjährliche lokale Fluoridierung (IP4) verspricht Aussicht auf nachhaltigen Erfolg<sup>5</sup>. Allerdings habe ich bisher das Kunststück noch nicht fertiggebracht, an einem Vollbezahnten in 4 Minuten eine komplette Zahnreinigung mit anschließender Fluoridierung durchzuführen, so wie es die IP4 verlangt. Ich brauche dafür mindestens eine halbe Stunde. Der wichtigste Aspekt einer funktionierenden Individualprophylaxe ist die professionelle Zahnreinigung. Nur mit diesem Instrument ist es möglich, ein bestehendes Mundhygienedefizit auszugleichen, das nahezu immer vorliegt. So kann die bedarfsorientierte professionelle Zahnreinigung auch beim Ausbleiben einer sehr guten häuslichen Mundhygiene Zahngesundheit garantieren<sup>6,7</sup>. Dies gilt ganz besonders für die Prävention und Nachsorge von Parodontalerkrankungen. Hier gibt es derzeit noch kein Mittel, das die Krankheitsprävalenz in ähnlich positiver Weise beeinflussen kann wie Fluoride die Karies. Die professionelle Zahnreinigung ist im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung jedoch nicht möglich. Der BEMA stellt uns also weder finanziell, noch bei den Leistungsbe-

schreibungen ein ausreichendes Instrumentarium zur Verfügung.

### **IP darf für den Zahnarzt kein Zuschußunternehmen sein**

Falsch wäre es, als Konsequenz dieser Tatsache die Individualprophylaxe über eine Mischkalkulation zu finanzieren, getreu dem Motto: „Was wir hier zuschießen, bohren wir dort wieder rein.“ Damit würden wir suggerieren, daß eine funktionierende Individualprophylaxe zu Kassenbedingungen machbar ist. Als Kleinunternehmer und Arbeitgeber ist ein Praxisinhaber aber zu betriebswirtschaftlichem Handeln gezwungen. Betriebswirtschaftlich handeln heißt, für jede erbrachte Leistung auch ein angemessenes Honorar zu verlangen.

### **Fakten schaffen über private IP-Behandlung**

Es liegt an uns, Kostenträgern und Patienten klarzumachen, daß Individualprophylaxe nicht nur eine „echte“ zahnärztliche Leistung ist, sondern sogar diejenige mit dem höheren ethischen Anspruch. In das allgemeine Bewußtsein können wir diese Erkenntnis nur einbringen, wenn Fakten geschaffen werden, d.h. Individualprophylaxe praktiziert wird. Das geht aus den genannten Gründen zur Zeit nur über Privatliquidation. Wenn erst einmal Fakten geschaffen sind, wird den Kostenträgern auf Dauer nichts anderes übrigbleiben, als diesen im wahrsten Sinne des Wortes Rechnung zu tragen. Dabei muß über

Modelle nachgedacht werden, Individualprophylaxe für die Kassen kostenneutral einzuführen. Gleichzeitig muß bei den Patienten eine Motivation erzeugt werden, die angebotene Prophylaxe auch wahrzunehmen.

### **Präventions-Anreize für Patienten: motivation by money**

Eine solche Motivation besteht aber nur, wenn eine Kausalität zwischen präventiven Anstrengungen des Einzelnen und den von ihm unmittelbar zu erbringenden Kosten für eine erforderliche Therapie besteht. Bei unserem Kassensystem hat es für den Einzelnen keine finanzielle Auswirkung, ob er Prävention betreibt oder nicht. Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenkasse bleiben bestenfalls gleich. Da aber die Aussicht auf eine zukünftige bessere Gesundheit kaum einen Motor für eine Verhaltensänderung darstellt, das Konzept „motivation by money“ aber ganz offensichtlich funktioniert, wie zum Beispiel Erfahrungen in der Schweiz zeigen, sollten auch wir darüber nachdenken, wie wir dieses Konzept effizient, dabei aber sozial verträglich, einführen können.

Damit hätten wir folgende Ziele erreicht:

1. Für jeden Einzelnen besteht eine zwingende Kausalität zwischen Prävention und Kosten für Therapie. Wer keine Prophylaxe betreibt, muß bei der Therapie entsprechend zahlen.
2. Auch Menschen mit niedrigem Ein-

kommen haben die Chance, ein Leben lang ein gesundes Kauorgan zu behalten, indem sie das Angebot zur Prävention wahrnehmen.

3. Für jeden ist eine Basisversorgung gewährleistet.

### **Bei mangelnder Motivation nur Basisversorgung**

Damit wäre auch die Forderung nach sozialer Verträglichkeit erfüllt, denn ohne Zuzahlung würde jedem Kranken geholfen werden und hätte jeder Gesunde die Möglichkeit, gesund zu bleiben. Ich sehe keine Verpflichtung der Solidargemeinschaft, jemandem, der kein eigenes Interesse an der Gesundheit seines Kauorganes hat, teure Therapie zu bezahlen, die in Ermangelung von Eigenverantwortlichkeit auch wieder zum Scheitern verurteilt ist. Mit teurer Therapie meine ich vor allem aufwendige Prothetik.

Natürlich muß ein solches System Maßnahmen zur Qualitätssicherung beinhalten, denn es darf nicht sein, daß Patienten für ein Fehlverhalten ihres Zahnarztes büßen müssen. Zum Schutz des Patienten müssen auch therapeutische Leistungen, die erforderlich sind, obwohl alle Maßnahmen zur Prävention ergriffen wurden, weiterhin Kassenleistungen sein. Dieser Punkt ist besonders in der Übergangszeit von Bedeutung, wenn die „Sünden der Vergangenheit“ noch nachwirken.

Parallel zur an den niedergelassenen Zahnarzt gerichteten Forderung nach

Schaffung von Fakten ergeht jene an die Wissenschaft, den Nachweis zu erbringen, daß Individualprophylaxe ein effizientes Instrument zur Verhinderung von Zahnerkrankungen darstellt.

### **IP-Curriculum des IDZ – hilfreich für Einstieg in IP-Arbeit**

Vor dem Hintergrund des Konfliktes zwischen Anspruch des BEMA und Realität der zahnärztlichen Praxis muß das im Herbst 1991 vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) herausgegebene „Curriculum Individualprophylaxe in der kassenzahnärztlichen Versorgung“ gesehen werden<sup>8</sup>. Dieser an den Positionen IP1-4 festgemachte Lehrplan versteht sich als Handreichung an Fortbildungsreferenten von Kammern und kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Insofern ist er durchaus zu begrüßen, denn auf dem Gebiet der Prävention bestehen eklatante Wissensdefizite, vor allem in der Psychologie, die ja bis zum heutigen Tage kein Gegenstand unserer Approbationsordnung ist. Wenn wir Zahnärzte aber das schwierige Terrain einer Prävention durch Verhaltensänderung betreten wollen, kommen wir um psychologische Schulung nicht herum.

Die Präambel des Curriculums weist ausdrücklich darauf hin, daß es keine betriebswirtschaftlichen Fragen zum Gegenstand hat. Das heißt, die Autoren wehren sich vernünftigerweise gegen eine Interpretation des Lehrplanes als Richtlinie für die Umsetzung der BEMA-Positionen in der Zahnarztpraxis. Viel-

mehr kritisieren sie, daß die kassenzahnärztliche Individualprophylaxe medizinisch nicht begründbaren Einschränkungen unterworfen ist, wie etwa der Begrenzung auf die 12-19jährigen. Sie verstehen die IP-Positionen als Minimalansatz und Einstieg in ein Konzept der lebenslangen individualprophylaktischen Versorgung.

Lebenslange Individualprophylaxe, aufbauend auf funktionierender Gruppenprophylaxe und begleitet von einer Kollektivprophylaxe mit hoher Akzeptanz in der Bevölkerung, heißt unser Ziel für die Zukunft.

Dabei dürfen wir nicht passiv bleiben und warten, bis die gesetzlichen Grundlagen geschaffen sind, ein solch umfassendes Konzept im Rahmen der Kassenversorgung umzusetzen. Wir müssen die Fakten schaffen und eine komplette Individualprophylaxe zum Wohle unserer Patienten in den Praxen anbieten. Solange dies kassenwirtschaftlich nicht möglich ist, bleibt kein anderer Ausweg als die Erbringung als Privatleistung. Nur so und nicht durch Worte können wir die Öffentlichkeit überzeugen und den Druck auf Gesetzgeber und Kostenträger erzeugen, der erforderlich ist, der Individualprophylaxe zum endgültigen Durchbruch zu verhelfen.

### **Literatur**

1. Sozialgesetzbuch der Bundesrepublik Deutschland, Abschnitt V. Bundesgesetzblatt I, 2477 (1988)

2. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung Köln, Bundesverband der Betriebskrankenkassen: Vereinbarung über zahnmedizinische Individualprophylaxe, Köln 1988.
3. Weinstein, P, Getz, T, Milgrom, P: Prävention durch Verhaltensänderung. Deutscher Ärzte Verlag, Köln 1989.
4. Weinstein, P, Milgrom, P, Melnick, S, Beach, B, Spadafora, A: How effective is oral hygiene instruction? Results after 6 and 24 weeks. J Publ Health Dent 49, 32-38 (1989).
5. Born, C, Schmidt, HFM: Das Marburger Prophylaxemodell und seine Erweiterung auf den gesamten Landkreis - Erfahrungsbericht nach 8 Jahren. Zahnärztlicher Gesundheitsdienst 12-15 (1990).
6. Morrison, EC, Ramfjord, SP, Burgett, FG, Nissle, RR, Shick, RA: The significance of gingivitis during the maintenance phase of periodontal treatment. J Periodontol 53, 31-34 (1982).
7. Axelsson, P, Lindhe, J: Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults - Results after 6 years. J Clin Periodontol 8, 239-248 (1981).
8. Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ): Curriculum Individualprophylaxe in der Kassenzahnärztlichen Versorgung. Deutscher Ärzte Verlag, Köln 1991.

Dr. Stefan Zimmer

A Abteilung für Zahnerhaltung  
Zahnklinik Nord der FU Berlin  
Föhler Str. 15, 1000 Berlin 37

## Ärztliches Werbeverbot

...Jetzt bestätigte Karlsruhe im Fall der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker grundsätzlich das bestehende Werbeverbot, das in landesrechtlichen Berufsordnungen und im Paragraphen 11 des Heilmittelwerbegesetzes festgelegt ist. Der Arzt darf danach weder für sich werben (Werbeverbot) noch darf er werbende Veröffentlichungen durch Dritte dulden (Duldungsverbot). Das Werbeverbot will eine Verfälschung des Berufsbilds verhindern. Diese träte ein, wenn der Arzt Werbemethoden wie in

der gewerblichen Wirtschaft verwendete. Hinter diesem Zweck stehe das Rechtsgut der Gesundheit der Bevölkerung. Die ärztliche Berufsausübung solle sich nicht an ökonomischen Erfolgskriterien, sondern an medizinischen Notwendigkeiten orientieren. Das Werbeverbot will einer „gesundheitspolitisch unerwünschten Kommerzialisierung des Arztberufs“ vorbeugen. Doch das Werbeverbot dürfe nicht zu unzumutbaren Beschränkungen von Grundrechten führen, entschied das Gericht. ker

Aus: Süddeutsche Zeitung, 4./5.4.92

# Gesunde Zähne



Jetzt Kassen-  
erstattungsfähig!

# Zymafluor<sup>®</sup>

Wirkstoff: Natriumfluorid

Dosierungstabelle

Lebensalter	Fluoridgehalt des Trinkwassers		
	bis 0,3*	(mg/l) 0,3-0,7	über 0,7
	Tägliche eine Tablette Zymafluor		
Säuglinge und Kleinkinder bis zur Vollendung des 2. Lebensjahres	0,25 mg	-	-
Kinder ab dem 2. J. bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	0,5 mg	0,25 mg	-
Kinder ab dem 4. J. bis zum vollendeten 7. Lebensjahr	0,75 mg	0,5 mg	-
Kinder ab dem 7. J. und Erwachsene	1,0 mg	0,5 mg	-

\* in den meisten Gebieten Deutschlands liegt der Fluoridgehalt unter 0,3 mg/l. Die obere Grenze von 0,7 mg/l wird nur sehr selten erreicht. Auskunft erteilt jedes Wasserwerk.

**Zusammensetzung** Zymafluor 0,25 mg; 1 Tablette enthält 1,105 mg Natriumfluorid (entsprechend 0,50 mg Fluorid). Zymafluor 0,5 mg; 1 Tablette enthält 1,658 mg Natriumfluorid (entsprechend 0,75 mg Fluorid). Zymafluor 1 mg; 1 Tablette enthält 2,211 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. **Überempfindlichkeit** gegenüber Natriumfluorid. **Nebenwirkungen:** Wird eine höhere als die empfohlene Dosis über einen längeren Zeitraum eingenommen, kann es zu einer fleckigen Veränderung des Zahnschmelzes kommen. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Die gleichzeitige Zufuhr von Calcium-, Magnesium- und Aluminiumverbindungen wie auch die gleichzeitige Einnahme von Milch und Milchprodukten vermindert die Resorption von Fluorid.

**Dosierungsanleitung und Art der Anwendung:** Siehe Tabelle oben. Die Dosierung ist abhängig vom Fluoridgehalt des Trinkwassers und vom Lebensalter des Kindes. Genaue Dosierung siehe Gebrauchs- und Fachinformation. **Handelsformen und Preise:** Zymafluor 0,25 mg; 250 Tbl. DM 9,20; 1000 Tbl. DM 23,70; Zymafluor 0,5 mg; 250 Tbl. DM 10,90; 1000 Tbl. DM 27,75; Zymafluor 1 mg; 250 Tbl. DM 14,65; 1000 Tbl. DM 35,60. Stand: 2/92

 Zyma GmbH München

# Ausbildungsreform und Qualitätssicherung gemeinsame Aufgabe

## Verheißungsvolle Ansätze mit besseren Perspektiven

K. Kimmel

Es ist aus der Sicht eines langjährigen „Einzelkämpfers“ erfreulich, daß der DAZ - zusammen mit IGZ und VDZM - sowohl die Ausbildungsreform als auch die Qualitätssicherung als wichtige Ziele für die nahe und ferne Zukunft ansieht, während von anderer Seite jeglichen ernsthaften Bemühungen um eine Situationsoptimierung eine Absage erteilt wird. Die FVDZ-Entscheidung, sich innerhalb dieses Verbandes nicht mehr mit der Qualitätssicherung befassen zu wollen, ist ebenso falsch wie der krampfhafteste Versuch eines als DZZ-Hauptschriftleiter aktiven Wissenschaftlers, mit verbalen Spitzfindigkeiten („Editorial“ statt Stellungnahme in den DGZMK-Mitteilungen) einem bösen Fachjournalisten wegen dessen Kritik an einem Teil der DGZMK-Politik die Leviten zu lesen. Der DZZ/DGZMK-Leitartikler war Prof. Dr. Adolf Kröncke, dem im DAZ-Forum 35/IV 1991 (S. 391) die Möglichkeit zu einer Gegendarstellung zu meinem Beitrag „Quo vadis, DGZMK?“ (Forum 34/91, S. 231 ff) eingeräumt worden war. Eine ganze DZZ-Seite wurde verschwendet, um mich - ohne Namensnennung - an den Pranger zu stellen, ohne daß der eigent-

liche Schwerpunkt meiner damaligen Ausführungen behandelt wurde.

Ausbildungsreform und Qualitätssicherung sind eine gemeinsame Aufgabe unserer Fachwelt, wobei auch die sogenannte Hochschulpolitik nicht nur einseitig Gegenstand der Erörterungen sein kann und darf. Leider fehlt es vielerorts an der notwendigen Ganzheitsbetrachtung aller relevanten Aspekte, weil das „Inseldenken“ mit der Konzentration auf die eigenen Perspektiven immer wieder die Oberhand über eine bereichsübergreifende Vorstellungswelt gewinnt.

Ein Blick in die USA ergibt ein völlig anderes Bild. Dort diskutiert die American Association of Dental Education mit Experten aus anderen Disziplinen, wie das Curriculum unter Einbeziehen der Qualitätssicherung reformiert werden könnte. Seit geraumer Zeit kann man im Journal of Dental Education, dem offiziellen AADE-Organ, alles darüber nachlesen. Man kann, aber man tut es nicht, denn nur eine einzige deutsche ZMK-Klinik hat diese Zeitschrift abonniert, wie auch die in der BDZ-Bibliothek vorhandenen JDE-Jahrgänge sich gewissermaßen im „Domröschen-

schlaf“ befinden. Das Institut der Deutschen Zahnärzte und kaum eine Handvoll anderer Interessierter nehmen die Chance wahr, sich mit der themenbezogenen Entwicklung in den USA zu befassen. Man kann unseren amerikanischen Kollegen keine ähnlichen Vorhaltungen machen, da Ausbildungsreform und Qualitätssicherung in unserem wissenschaftlichen Schrifttum nur einen sehr geringen Niederschlag finden. Hinzu kommt noch die Sprachbarriere, so daß jenseits des Atlantik sowie so niemand weiß, was wir hierzulande in dieser Richtung tun.

### **Auf die junge Generation kommt es an - DGZMK zukunftsorientiert**

Über viele Jahre hinweg war das Thema „Ausbildungsreform“ nur eine Sache weniger Zahnärzte, da sich die jüngere Generation ebenso wie die Studenten wenig dafür interessierten. Dies hat sich jetzt auf Grund einiger Initiativen geändert. Auch auf der Hochschulebene scheint sich ein Wandel anzubahnen, nachdem hier einige Hoffnungen mit Enttäuschungen endeten. Vor allem für uns „Alte“ war diese Situation wenig erfreulich; einige von uns trieb es in die Resignation.

Wer die Zahnärztlichen Mitteilungen 5/92 (S. 48) gelesen hat, weiß, daß sich die DGZMK-Arbeitsgemeinschaft „Arbeitswissenschaft + Zahnheilkunde“ sowohl mit der Qualitätssicherung als auch mit einer Ergänzung der zahnärztlichen Ausbildung (der Begriff „Zahn-

medizin-Studium“ ist allzu eingengt) befaßt. Deren 1. Vorsitzender, Prof. Dr. drs. Jerome Rotgans (Witten/Herdecke), ist gegenwärtig damit befaßt, zusammen mit Prof. Hokwerda (NL) die zahnärztliche Ausbildung auf europäischer Ebene zu analysieren und für die Jahrestagung der Europäischen Gesellschaft für Zahnärztliche Ergonomie (EGZE) '93 sachdienliche Vorschläge zu unterbreiten. Der ZM-Beitrag „Die DGZMK informiert: Die Qualitätssicherung ist ein vielfältiger Sach- und Problemkomplex“ wurde vom DGZMK-Vizepräsidenten, Dr. G. Stoll (Stuttgart), ausdrücklich autorisiert. Meine Frage im DAZ-Forum 34/IV 91 hat damit eine sehr positive Teilantwort gefunden. Es gibt eben glücklicherweise nicht nur „Bremser“ in unserer „Deutschen“, die als unsere nationale wissenschaftliche Dachgesellschaft wichtige Funktionen hat. Wir sollten sie hier nach besten Kräften unterstützen.

Dies bedeutet u.a. auch, daß die junge Generation der Kollegenschaft insbesondere in den Arbeitskreisen und -gemeinschaften mit zukunftssträchtigen Aufgaben und Zielen aktiv sein sollte. Ohne hier alle aufzählen zu wollen, sind dies die bereits erwähnte AGAZ, die Arbeitsgemeinschaft für Implantologie, der Psychologie-Arbeitskreis und - last but not least - die Arbeitsgemeinschaft für Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe.

Erfrischend und verheißungsvoll ist aus meiner Sicht auch das Editorial des

DGZMK-Generalsekretärs, Dr. Achim Meurer (DGZMK-Mitteilungen 1/92 in DZZ 3/92), der für mich ebenfalls eine positive Antwort auf mein „Quo vadis, DGZMK?“ gegeben hat. Auch er gehört zur mehr und mehr geforderten jüngeren Generation.

### Wiederherstellung der Einheit Grundlage größerer Gemeinsamkeit?

Die Einheit unseres Berufsstandes auf nationaler Ebene wird für den Beginn des Jahres 1993 angestrebt. Es geht dabei aber nicht nur um die strukturelle Wiedervereinigung der Zahnärztekammern in einer neuen Arbeitsgemeinschaft, sondern vielmehr um die Definition unserer zukünftigen Aufgaben und Ziele in einem größer gewordenen Deutschland und Europa. Die Suche nach einer ech-

ten Gemeinsamkeit auch auf der Grundlage der in diesem Beitrag geforderten Ganzheitsbetrachtung in puncto Ausbildungsreform und Qualitätssicherung darf nicht mit einem erneuten „Inseldenken“ und anderen egozentrischen Problemen belastet werden. Hier den richtigen Weg zu erkennen und anzubahnen, ist bei der Heterogenität - der schon legendären Individualität - der Zahnärzte keine einfache Sache, aber die nicht nur fremdinduzierten, sondern auch hausgemachten Schwierigkeiten der nahen Vergangenheit mögen uns *allen* eine Lehre sein. Auch Ausbildung und Qualitätssicherung sollten von einer Neuorientierung profitieren.

Dr. K. Kimmel  
Löhrstraße 139  
5400 Koblenz

### Für Sie gelesen:

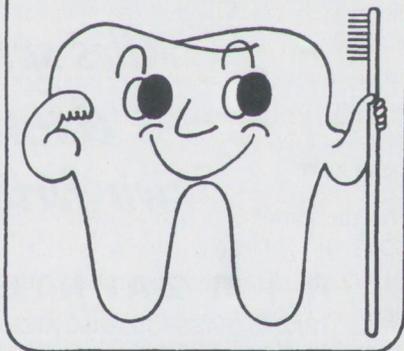
#### Rückblende

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

ZM 19/85

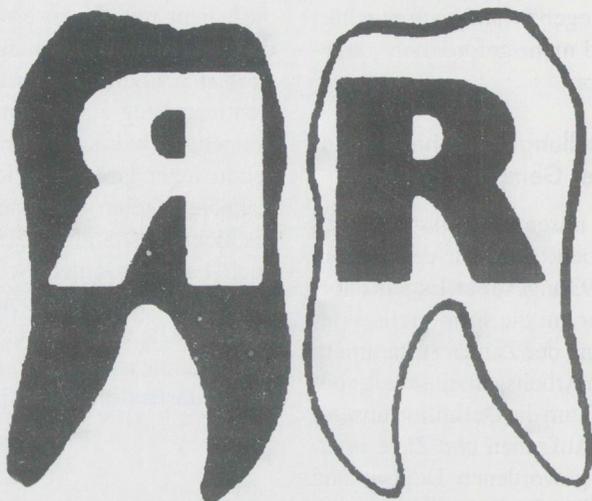
25. September 1992

#### Tag der Zahngesundheit



Beim Tag der Zahngesundheit 1992 sind DAZ und NAV-Virchowbund mit von der Partie

*Uns bereitet Zahntechnik Freude...*



Frank Ramisch

*...das bekommen auch Sie zu spüren*

***Alles spricht von  
- Qualität -  
wir fertigen sie!***

**R + R ZAHNTECHNIK GMBH**

TRADTSTRASSE 10 · 8499 ATZENZELL · TELEFON (0 99 74) 15 15

Keramik · Frästechnik · KfO · Edelmetall · Prothetik · Stahl

—Auro—Galva—Crown

AGC

# Zahnmedizinische Prophylaxe bei behinderten Menschen

## DAJ-Tagung zeigt Perspektiven auf

I. Berger

### Besondere Hilfen für einen Teil der Menschen mit Handicap erforderlich

Zunächst einmal wird man vermuten, daß die orale Situation von Menschen mit körperlichen, geistigen, seelischen, sensorischen und Mehrfach-Behinderungen sich nicht grundsätzlich von der nicht-behinderter Menschen unterscheidet. Für eine große Zahl von Behinderten ist das richtig; eine ebenfalls große Zahl braucht aber tatsächlich besondere Hilfen zur Herstellung und Erhaltung der Zahngesundheit,

- weil aufgrund der Grunderkrankung/ Grundbehinderung bereits anatomische Anomalien oder Funktionsstörungen im orofacialen Bereich vorliegen
- weil durch das Handicap, z.B. bei vielen Körperbehinderungen, die Durchführung einer wirksamen Zahnpflege erschwert ist
- weil vielfach, z.B. bei geistigen und seelischen Behinderungen, Einsicht und Motivation, die man zur Realisierung eines gesundheitsfördernden Verhaltens braucht, gestört sind.

### Großer Andrang bei DAJ-Tagung

Welche Hilfen möglich sind, was sie bewirken und welche Rolle prophylaktische Maßnahmen für die Mundgesundheit behinderter Menschen spielen können - dieses Themas nahm sich der Deutsche Ausschuß für Jugendzahnpflege (DAJ) an und lud im Februar 1992 zu einer Tagung nach Würzburg ein. Der Andrang war groß: etwa ein Drittel der ca. 170 Interessenten aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und verschiedenen Berufen des (zahn-)medizinischen Umfeldes mußte abgewiesen werden, und dennoch waren bei der Tagung die Räumlichkeiten ebenso gedrängt voll wie das Programm und am Schluß der Wunsch nach einer Nachfolge- oder Wiederholungsveranstaltung einhellig.

### Es ist normal, verschieden zu sein!

Nach einführenden Beiträgen von Professor Krebs (Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte) und Prof. Müller-Fahlbusch (Psychopathologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde; ZMK-Uni-Klinik Münster), die den Begriff der Behinderung problematisierten und einen Exkurs zu der

erneut aufkeimenden Lebensrechts- bzw. Euthanasie-Diskussion (Prof. Singer, Australien) unternahm, stieg Edeltraut Schondelmaier, Gesundheitspädagogin aus dem Stuttgarter Raum und engagiert in einer großen Einrichtung für geistig behinderte Menschen, sehr praxisnah ins Thema Prophylaxe bei Behinderten ein - Auszüge Ihres Referates dokumentieren wir im nachfolgenden Beitrag.

### **Erfolge bei Intensivbetreuung**

Daß mit konsequent durchgeführter Basis- und Intensiv-Prophylaxe behinderte Kinder und Jugendliche eine mindestens ebenso gute, wenn nicht bessere Mundgesundheit als nichtbehinderte Personen erreichen können, belegte Prof. Dr. Klaus Pieper (Zentrum für ZMK, Uni Marburg) anhand der bei mehrjährigen Vorsorgeprogrammen gewonnenen Daten. Ein wesentlicher Faktor bei dem vom ihm geschilderten Projekt war die Einbeziehung der unmittelbaren Bezugspersonen der behinderten Kinder und Jugendlichen. Sie wurden angeleitet, auf tägliche und intensive Zahnpflege zu achten und ggf. Unterstützung zu leisten. In regelmäßigen Abständen wurden eine Mundhygieneuntersuchung und vollständige Plaqueentfernung sowie vierteljährlich eine Intensivfluoridierung durchgeführt, was z.B. bei Göttinger Sonderschülern eine Kariesreduktion von bis zu 56 % erbrachte.

### **Fluoridierung - wichtige Prophylaxemaßnahme auch bei Behinderten**

Fluoridierung war das zentrale Thema des Beitrags von Dr. Johannes Einwag (Zahnärztliches Fortbildungsinstitut Stuttgart). Mit der provokanten Formel „*Wer gegen Fluoride ist, leugnet seine eigene Existenz*“, warb er für ein selbstbewußteres Auftreten der Schmelzhärtungs-Befürworter. Er stellte die Erfolgsbilanz der Fluoridierung dar sowie verschiedene Anwendungsformen von Fluoriden und diskutierte sie unter dem Aspekt der Indikation bei unterschiedlichen Altersgruppen und Behinderungsarten. Die Fluorose-Problematik während der Zahnentwicklung wurde ebenso erörtert wie ungewollt hohe Dosierungen aufgrund verschluckter Zahnpaste.

### **Therapie nicht wie früher nur mit Extraktionszange**

Mit zahnerhaltenden Maßnahmen beschäftigte sich Dr. Peter Cichon (Fakultät für ZMK, Privat-Universität Witten-Herdecke). Anhand eindrucksvoller Dias zeigte er Durchführung und Ergebnis von Behandlungen bei einem breiten Spektrum von Zahn- und Munderkrankungen. Insbesondere dann, wenn ein zahnärztlicher Eingriff nur unter Intubationsnarkose möglich ist, empfiehlt er, nicht nur einzelne Zähne zu versorgen, sondern umfassende Sanierungen vorzunehmen. Während man sich in der Vergangenheit bei schwerbehinderten Menschen vielfach auf die

Extraktion kranker Zähne beschränkte, wendet man inzwischen die gesamte Palette konservierender, kieferorthopädischer und kieferchirurgischer bis hin zu prothetischen Maßnahmen an. Dr. Cichon fordert: Die Behandlung eines Behinderten darf sich nicht von der eines Nichtbehinderten unterscheiden. Allerdings muß möglichst in jedem Fall das Umfeld berücksichtigt und insbesondere die Frage bedacht werden, in wie weit der Behinderte selbst oder seine Bezugspersonen im Anschluß an die Behandlung deren Erfolg durch Zahnpflege und gesunde Ernährung stabilisieren können. Das heißt: schon bei der Planung der Therapie spielt die zukünftige Prophylaxe eine Rolle.

### **Zahnmedizinische Maßnahmen - notwendig für die Rehabilitation**

Die vielleicht beeindruckendsten Beispiele dessen, was die Zahnmedizin in fachübergreifender Zusammenarbeit für behinderte Menschen bewirken kann, lieferten bei der Würzburger Tagung die

Erfahrungsberichte von Frau Dr. Anneliese Gentz (Stuttgart) sowie des Kieferorthopäden Dr. Dieter Müßig und der Logopädin Ulrike Wohlleben (beide von der Poliklinik für Kieferorthopädie, Universität Erlangen). Einfühlsam schilderte Frau Dr. Gentz, welche besonderen Schwierigkeiten und Nöte viele behinderte Kinder schon zu Beginn ihres Lebens erfahren: elementare Funktionen wie Atmen und Schlucken können nicht koordiniert und beherrscht werden, etwas ansich Lustvolles, die Nahrungsaufnahme, wird als lebensbedrohlich erfahren, so daß der kleine Mensch sich weigert, überhaupt noch eine Berührung seines Mundes zuzulassen. Beispiele unbehandelte Kinder zeigen, welche gravierende Folgen diese Störungen im orofacialen Bereich haben: ein Teil der Kinder muß zeitlebens mittels Sonde ernährt werden, ein wesentliches Feld sinnlicher Möglichkeiten ist ihnen genommen, und vor allem lernen sie nicht sprechen, die Kommunikation mit ihrer Umwelt ist extrem

### **Rechtzeitig für Prävention sorgen!**

In eine ähnliche Richtung gehen übrigens die Überlegungen von S. Schulte, W. Kelling und K.H.R. Ott von der Poliklinik für Zahnerhaltung B der Universität Münster - in einem Beitrag in der ZWR 1/1992. Die Autoren haben die Krankenblätter von 265 Patienten, die im Verlauf von 7 Jahren an der Klinik in Intubationsnarkose behandelt wurden, nach bestimmten Kriterien ausgewertet und insbesondere DMFS-Index, Behandlungsumfang und Wiederholungen bestimmt und folgern, daß - im Interesse der Zahnerhaltung bei behinderten Menschen - möglichst frühzeitig zu konservierenden Maßnahmen gegriffen werden und unter Mithilfe von Eltern, Zahnärzten, Lehrern und Pflegepersonal die Prophylaxe intensiviert werden muß.

erschwert. Darum gilt es, schon von den ersten Lebenstagen an mit Geduld und Phantasie den Zugang zum Mund des Kindes anzubahnen und in Kooperation mit Pflegepersonen, Physiotherapeuten und Logopäden auf normale Funktionen und Stellungen hinzuarbeiten. Dabei kann der Zahnarzt bzw. Kieferorthopäde durchaus notwendig sein als der Fachmann, der durch entsprechende Korrekturen eine normale Zungenlage, den Mundschluß, eine adäquate Stellung der Zähne usw. herstellt und dadurch weitere Therapieschritte überhaupt erst ermöglicht.

### **Auch bei Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte weitgehende Normalisierung durch Mundtherapie**

Welche sehr speziellen Erfahrungen hier inzwischen schon gemacht worden sind, erläuterten Dr. Müßig und Ulrike Wohlleben am Beispiel von Kindern mit angeborener Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte und von Kindern mit Down-Syndrom. Im Rahmen eines Gesamtkonzeptes arbeiten Zahnärzte, Kieferorthopäden und -chirurgen, Logopäden, Bewegungstherapeuten und Humanmediziner verschiedener Fachrichtungen schon bei den Säuglingen daran, durch chirurgische Eingriffe, vor allem aber durch "orofaciale Stimulationstherapie" (durch Bewegungsübungen wie auch durch Aktivierung bestimmter Funktionen mithilfe von in den Mund eingesetzten Platten, die Stimulationselemente tragen), eine normale Entwicklung der Mund- und Gesichtsmuskulatur einzu-

leiten und die Voraussetzungen fürs Schlucken, Atmen und schließlich auch fürs Essen und Sprechen zu schaffen. Überzeugend zeigten die Dias von Kindern vor und nach der Behandlung, welche enormen Fortschritte mit solchen Methoden erzielt werden können. Voraussetzung für die Erfolge, so Dr. Müßig, ist die enge Zusammenarbeit der verschiedenen Disziplinen. Insbesondere für die Kinder mit Spaltbildungen hat es sich als sinnvoll erwiesen, die Therapie bei einigen wenigen entsprechend spezialisierten Zentren mit solchen interdisziplinären Teams zu konzentrieren.

#### **Tagung am 8.-9. Mai 1992**

Interdisziplinäres Symposium über die Behandlung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Gemeinschaftsveranstaltung der Kliniken + Polikliniken für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde der Universität Rostock und der Medizinischen Hochschule Hannover mit dem Zahnärztlichen Fortbildungszentrum Niedersachsen.

Auskunft: Prof. Dr. J. Tränkmann  
Tel: 0511/532-4845

### **Brauchen wir strukturelle Änderungen?**

Für einige Behinderungsbilder mit hohem Bedarf an (zahn-)medizinischen Eingriffen mag diese Spezialisierung eine Lösung sein; der überwiegende Teil der Beispiele aber betraf behinderte Menschen, bei denen Prophylaxe und

therapeutische Maßnahmen jeweils vor Ort von Fachhelferinnen und/oder Bezugspersonen durchgeführt werden können - unter Anleitung des behandelnden Arztes bzw. Zahnarztes. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage nach eventuell zu ändernden strukturellen Voraussetzungen. So ist z.B. die Aufnahme entsprechender Anteile in die zahnmedizinische Ausbildung zu fordern, und es ist auch zu fragen nach den für Intensiv-Prophylaxe nötigen personellen und finanziellen Ressourcen und nach der Aufgabenteilung zwischen niedergelassenen und im öffentlichen Gesundheitsdienst tätigen Zahnärzten. Kurz nach der Tagung wurde in einem Gespräch zwischen dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen und Zahnärzte-Vertretern erneut der Kassenstandpunkt bekräftigt, daß der erhöhte Zeit- und Personalaufwand bei der Versorgung schwerbehinderter Patienten als im Rahmen der Mischkalkulation, die der BEMA darstellt, bereits abgegolten zu betrachten ist - für sich genommen nicht gerade ein ermutigendes Signal. Meines Erachtens muß man diese Frage durchaus neu diskutieren - eventuell in Zusammenhang mit dem Thema Qualitätssicherung.

### **Gleiche Chancen - auch bei zahnmedizinischer Prophylaxe und Therapie**

Ziel muß letztlich sein, behinderten Menschen qualifizierte Behandlung und flächendeckende Behandlungsmöglichkeiten anzubieten. „Die Zahnmedizin“,

so hatte Frau Dr. Gentz in ihrem Beitrag kritisiert, „hat sich verdammt lange rausgehalten aus dem (Rehabilitations-) Team.“ Dabei darf es nicht bleiben. Zu hoffen ist, daß immer mehr Zahnärzte diese Zurückhaltung aufgeben und sich in die Behandlung und Prophylaxe-Betreuung Behinderter einarbeiten - damit Menschen mit Handicap die gleichen Chancen zur Erhaltung ihrer Zahn- und Mundgesundheit erhalten wie nichtbehinderte.

Aufgrund des großen Interesses an der Würzburger Tagung plant der DAJ für den Sommer die Herausgabe einer ausführlichen Broschüre und eventuell für die 2. Jahreshälfte die Durchführung einer Nachfolgeveranstaltung. Wer hierzu nähere Informationen haben möchte, kann sich mit der DAJ-Geschäftsstelle in Verbindung setzen:

**Deutscher Ausschuß  
für Jugendzahnpflege e.V.  
Viktoriastr. 28, 5300 Bonn 2  
Tel. 0228/354768  
Geschäftsführerin: Frau Dr. Goepel**

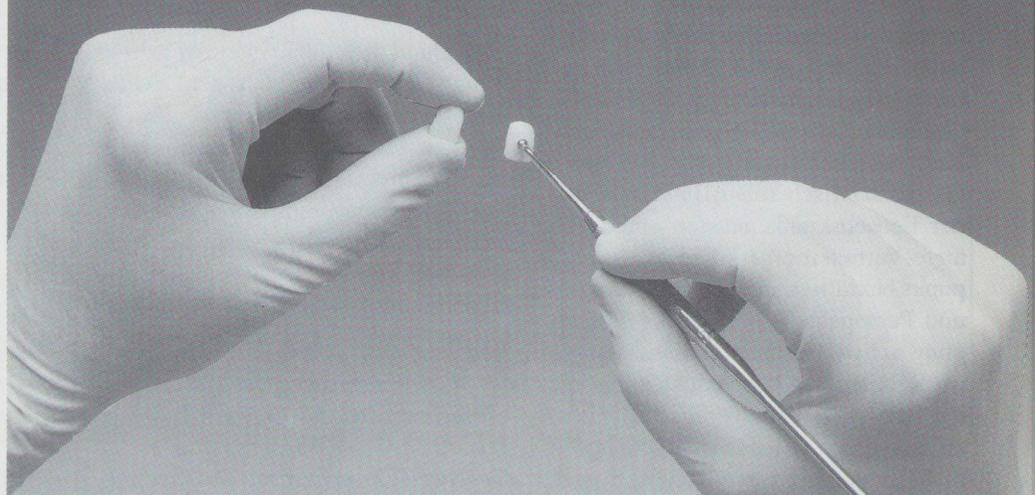
Im übrigen werden wir uns bemühen, auch in den nächsten *Foren* den einen oder anderen Aspekt der Tagung aufzugreifen. Schon jetzt zur Lektüre empfohlen: „Die zahnärztliche Versorgung behinderter Patienten“, herausgegeben von H. Hörschelmann (Rezension in den „Kontakten“ 23).

Irmgard Berger  
Adenauerstr. 48  
5210 Troisdorf

# ACCU-PLACER™

Die einfachsten Lösungen sind oft die besten.

Hu-Friedy ACCU-PLACER: Zum akkuraten Placieren, dort wo Ihren Fingern Grenzen gesetzt sind.



Hu-Friedy hat zum Placieren eines Inlays, Onlays oder Veneers eine einfache aber geniale Lösung gefunden: Den ACCU-PLACER, der exaktes Placieren bei optimaler Sicht ermöglicht.



Das Ende des ACCU-PLACER-Instrumentes auf einen adhäsiven ACCU-dot™ (Klebekissen) drücken.

Mit dem doppelseitigen Klebekissen das Veneer, Inlay oder Onlay aufnehmen. Das aufgenommene Teil akkurat placieren und es mit leichtem Druck halten während es aushärtet.

Das ACCU-PLACER-Instrument ist sterilisierbar. Der universale Winkel des Instrumentes erlaubt einen einfachen Zugang und gute Übersicht auch im posterioren Bereich.

Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrem Hu-Friedy-Depot.

Hu-Friedy  
Mfg. Co., Inc.  
Zweigniederlassung  
Deutschland  
Postfach 1380,  
D-W-6906 Leimen  
Tel. 0 62 24 - 7 60 71  
Fax 0 62 24 - 7 73 83



**Hu-Friedy®**

# Prophylaxe erfordert langen Atem

## Erfahrungen aus einer Einrichtung für geistig behinderte Menschen

E. Schondelmaier

Edeltraud Schondelmaier, ausgebildete zahnmedizinische Fachhelferin und Gesundheitspädagogin, ist seit 1977 als Seminarleiterin im Auftrag der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege in Baden-Württemberg tätig. Vor acht Jahren wurde Behindertenprophylaxe ins Seminarprogramm aufgenommen, und sie erhielt die Aufgabe, Einführungskurse für das Betreuungspersonal aus Behinderteneinrichtungen durchzuführen. Wie sie berichtet, wurden auf diese Weise inzwischen fast 400 Mitarbeiter aus verschiedenen Institutionen Baden-Württembergs fortgebildet. Schon bald geriet Frau Schondelmaier in engeren Kontakt mit einer großen Rehabilitationseinrichtung für geistig behinderte Menschen: der Anstalt Stetten. Sie beschloß, nicht mehr nur von außen Empfehlungen zu geben, sondern hier vor Ort tätig zu werden. An zwei halben Tage pro Woche arbeitet sie seither in der Stettener Anstalt, setzt selbst die in Seminaren vorgestellte Theorie in Praxis um, erprobt neue Konzepte und erlebt hautnah die Situation der Behinderten und der Mitarbeiter. Bei der DAJ-Tagung am 12.2.1992 in Würzburg (vgl. oben Seite 133) schilderte sie anschaulich das tägliche und mühevoll Ringen um verbesserte Prophylaxe in der Behindertenbetreuung:

### Erster Schritt: Zahnpflege der Mitarbeiter verbessern

Will man die Zahngesundheit der behinderten Heimbewohner auf Dauer positiv beeinflussen, müssen zunächst die Mitarbeiter eine entsprechende Motivation entwickeln. Bei den Kursen der LAG zur Förderung der Jugendzahnpflege in Baden-Württemberg und im Rahmen der Ausbildung an der Stettener Schule für Heilerzie-



*Mit entsprechenden Hilfen sind behinderte Kinder und Jugendliche in der Lage die Zahnpflege selbst durchzuführen.*

hungspfleger erhalten sie allgemeine Informationen über Zahn- und Mundkrankheiten, über Vorbeugung durch Mundhygiene, gesunde Ernährung, die Anwendung von Fluoriden. Ein ganz entscheidender Schritt ist in der Regel der, beim Betreuungspersonal Interesse für die eigene Mundgesundheit zu wecken. Nur wer seine eigenen Zähne gut pflegt, wird sich auch beim Behinderten für die richtige Zahnpflege einsetzen. Gemeinsam mit den Mitarbeitern wird erar-

beitet, welche besonderen Gesichtspunkte bei geistig behinderten Menschen zu berücksichtigen sind. Insbesondere müssen bei vielen Anstaltsbewohnern die Körperhaltung, das Schluck- und Kauverhalten und die Sprachentwicklung beachtet werden.

### **Bei jedem Behinderten die individuellen Zahnpflegemöglichkeiten untersuchen**

Da in der Anstalt Stetten Menschen mit ganz unterschiedlichen körperlichen und geistigen Behinderungen zusammenleben, läßt sich keine pauschale Empfehlung geben. Ich versuche zunächst persönlichen Kontakt zu den Behinderten in einer Wohngruppe aufzunehmen und schaue dann zu, wie auf gewohnte Weise, im Waschraum oder in den Zimmern, die Zahnpflege durchgeführt wird. Bei einem Behinderten, der selbständig die Zähne putzt, versuche ich mir ein Bild von der geistigen Aufnahmefähigkeit, der Feinmotorik und Ausdauer zu machen. Wird die Zahnreinigung vom Betreuer durchgeführt, beobachte ich auch hier das Vorgehen. Anschließend spreche ich mit den Erziehern das Ergebnis durch, und wir überlegen ganz konkret, was sich durch Hilfsmittel und spezielle Techniken verbessern läßt.

### **Die Zahnbürste - nach wie vor Haupt-Hilfsmittel**

Als erstes wird natürlich die Zahnbürste unter die Lupe genommen. Günstig

ist ein abgerundetes Kopfende, um Verletzungen vorzubeugen. Der Bürstenkopf darf nicht zu klein sein, damit trotz kurzer Putzzeit noch eine einigermaßen gute Reinigung erfolgt. Der Bürstengriff sollte in der Regel verdickt sein, da bei vielen Behinderten eine Störung der Feinmotorik vorliegt und ein Schlußgriff nicht immer richtig möglich ist. Normale Griffe können durch ein Stück Gummischlauch oder das Auftragen von Kunststoffen umgestaltet werden, wobei die Hilfskonstruktion wegen des hohen Verschleißes (meist sind die Bürsten nach einem Monat unbrauchbar) wenig aufwendig sein sollte. Selbstverständlich muß auf hygienische Gesichtspunkte geachtet werden. Vorrangig plädiere ich für den Einsatz manueller Zahnbürsten. Wenn der Behinderte die Zahnreinigung nicht selbst durchführen kann, greifen viele Mitarbeiter gern auf elektrische Geräte zurück. Ihr Einsatz ist allerdings begrenzt dadurch, daß ein Teil der Behinderten durch unkontrollierbare Reaktionen (z.B. Beißen auf den Bürstenkopf) die Zahnbürste zum Stehen bringt, und ein anderer Teil die Geräusche und Vibrationen des Gerätes unangenehm findet. Die heute üblichen Fabrikate mit Ladegerät sind für unseren Bereich gut geeignet. Sie ermöglichen eine unabhängige Pflege im Rollstuhl oder im Bett und können zum Aufladen sicherheitshalber außerhalb des Waschrums verschlossen werden. Der Gebrauch von Mundduschen ist ähnlich zu sehen - auch sie können, vor allem bei Behinderten, die

Zahnreinigung und Mund-Ausspülen nicht allein bewältigen, eine Hilfe sein, sind aber nicht immer einsetzbar.

### **Bei der Zahnpasta Verschlucken einkalkulieren**

Wie die Putzgeräte wird auch die Zahnpasta individuell ausgewählt unter Berücksichtigung dessen, daß viele Behinderte wegen ihrer gestörten Mundmotorik kaum ausspülen können und das Putzwasser zusammen mit Zahnpastaresten herunterschlucken. Zudem haben sie oft eine Störung der Feinmotorik und können die Paste nicht richtig dosieren und auf die Bürste auftragen. Zahnfleischentzündungen, bedingt durch fehlenden Lippenschluß, Mundatmung, Medikamente oder mangelhafte Mundhygiene, sind zahlreich. Dies alles ist ebenso zu berücksichtigen wie der Reinigungseffekt einer Paste, der Preis bei hohem Verbrauch und ihre Rolle im Rahmen der individuellen Fluoridierungsstrategie, die gemeinsam vom ärztlichen und zahnärztlichen Dienst festgelegt wird.

### **Als Putztechnik bewährt: die Rotationsmethode**

Als erstrebenswertes Ziel sehen wir die Rotationstechnik. Sie ist im Normalbereich relativ einfach zu erlernen und läßt sich mit Behinderten, vor allem Kindern, über Fingerspiele und feinmotorische Übungen spielerisch einführen. Bei Erwachsenen ist allerdings aufgrund des jahrelang praktizierten Hin- und

Herschubbens eine Änderung der Putztechnik schwieriger. Durch ständiges Üben wollen wir langsam eine Umgewöhnung anstreben, da sich gezeigt hat, daß die Kreisbewegungen von vielen Behinderten recht gut beherrscht werden können. Auch viele Erzieher arbeiten gern mit der Rotationsmethode, wenn sie die Zahnreinigung übernehmen müssen.

Im Prinzip bemühen wir uns um Zahnpflege nach jedem Essen. Da dies jedoch aus organisatorischen Gründen nicht immer möglich ist, müssen wir zusammen mit den Mitarbeitern Kompromisse finden, in der Regel: 3x täglich Zähneputzen mit dem Schwerpunkt einer gründlichen Reinigung am Abend.

### **Pflege des Gebisses: eine äußerst komplexe Aufgabe**

Um zu verstehen, was die Zahnpflege einem behinderten Menschen, abverlangt, sollte man sich einmal den ganzen Ablauf vor Augen führen: Zuerst gilt es, die eigene Zahnbürste herauszufinden; Bürste und Becher deshalb durch Aufkleber, Farbe oder Zeichen kenntlich machen! Dann soll der Zahnbecher mit Wasser gefüllt werden. Warmes oder kaltes Wasser? Wasserhahn auf. Der Becher wird gefüllt. Wie voll? Der Wasserhahn muß wieder zuge dreht werden. Und nun die Zahnpasta: Tube aufschrauben! Wohin mit dem Deckel? Es folgt der Versuch, die Paste zu dosieren und auf der Bürste zu plazieren. Tube wieder verschließen. Und noch

den Mund ausspülen. Erst jetzt kann die Zahnreinigung beginnen, und die ist schwierig genug. Denn das Gebiß besteht aus einem Ober- und Unterkiefer, hat eine rechte und linke Seite, nicht nur Außen-, sondern auch Innenflächen, und auch der Frontzahnbereich und der Zahnfleischrand sollen gereinigt und massiert werden! Damit nicht genug. Nach dem Zähneputzen heißt es wieder: Mund ausspülen, Becher saubermachen, Bürste reinigen, Mund abwaschen, Hände abtrocknen, wieder aufräumen ... Für uns vielleicht Selbstverständlichkeiten, für viele Behinderte aber enorm schwere Aufgaben.

### **Fluoridierung und zuckerarme Ernährung**

Die bereits erwähnten Fluoridierungsmaßnahmen und die Zahnhygiene, die wegen des hierfür nötigen Aufwands bei meiner Tätigkeit im Vordergrund steht, sind nicht die einzigen Prophylaxeaktivitäten in der Anstalt Stetten. Auch die Ernährung ist an präventiven Gesichtspunkten ausgerichtet. Die Zentralküche liefert abwechslungsreiche Mahlzeiten, der Zuckerverbrauch ist auf ein Mindestmaß beschränkt, auf eine zum Kauen zwingende Nahrung wird geachtet. Auf den Wohngruppen hängt der Süßigkeitenkonsum im Wesentlichen vom Einfluß der - von uns immer wieder aufgeklärten - Betreuer und Besucher ab. Weniger steuerbar ist der Kauf von Süßwaren vom Taschengeld der Behinderten.

### **Prävention nur erreichbar durch Kooperation**

Bei dem Versuch, die Mitarbeiter der Anstalt Stetten für Prophylaxe zu gewinnen, betone ich immer wieder, daß sich die Aufmerksamkeit nicht auf die Zähne beschränken darf. Besonders bei Kindern und Jugendlichen achten wir auf das Schluck- und Kauverhalten, die Körperhaltung und die Sprachentwicklung und versuchen, Fehlentwicklungen entgegenzuwirken. Ständig üben wir Lippenschluß und Ausspülen. Um weitere Verbesserungen zu erreichen, suchen wir die Zusammenarbeit mit Krankengymnasten und Logopäden.

Grundsätzlich gilt, daß Prophylaxe eine mühsame Aufgabe ist. Nur die tägliche Durchführung der uns zur Verfügung stehenden Maßnahmen bringt dauerhafte Verbesserungen - kurzfristige Erfolgserlebnisse sind nicht zu erwarten. Gemeinsam und geduldig müssen wir uns immer wieder dieser Aufgabe stellen. Ich danke denen, die mitmachen und die uns unterstützen.

*Edeltraud Schondelmaier  
Zahnmedizinische Fachhelferin  
und Gesundheitspädagogin  
Nelkenstr. 1111  
7053 Kernen im Remstal*

## Neue Studie belegt: Viele Schwangere unterschätzen die Wichtigkeit einer sorgfältigen Mundhygiene

Schwangere sind aufgrund ihrer hormonellen Situation auch besonders für Zahn- und Zahnfleischerkrankungen anfällig. „Jedes Kind kostet die Mutter einen Zahn“, sagt der Volksmund. Doch dies muß nicht sein, eine ordnungsgemäße Prophylaxe und Mundhygiene vorausgesetzt. Aber wie steht es um das Wissen der Schwangeren dazu?

Alarmierend ist das Ergebnis einer kürzlich veröffentlichten Studie der Medizinischen Hochschule Hannover, in der 700 Schwangere befragt wurden. Die Zahnmediziner (GÜNAY et al.) stellen in der Fachzeitschrift „Oralprophylaxe“ fest: „Eine Mundgesundheitserziehung während der Schwangerschaft findet praktisch nicht statt oder ist zumindest unzureichend.“

Obwohl 65 Prozent der schwangeren Frauen an Zahnfleischentzündungen litten, suchten nur 49 Prozent einen Zahnarzt auf. 44 Prozent der Befragten glaubten, daß sie aus-

reichend über die Vorgehensweise bei der täglichen Zahnpflege informiert seien, aber nur 28 Prozent konnten korrekte Ursachen für ihren schlechten Gebißzustand nennen.

Selbst bei „informierten“ Frauen zeigte sich eine nur sehr geringe Kenntnis über die Wirkung der Fluoride. Dabei ist für eine perfekte Mundhygiene das regelmäßige Zähneputzen mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta unerlässlich, um den Zahnschmelz vor Entkalkung und somit vor Karies zu schützen.

Durch eine zusätzliche, einmal wöchentliche lokale Intensivfluoridierung, z. B. mit einem Aminfluoridgelée wird der Zahnschmelz gehärtet und widerstandsfähiger gegenüber Säuren. Zudem wird ein Fluoriddepot in der Mundhöhle aufgebaut, das eine effektive Remineralisation gewährleistet.

Um Zahnfleischentzündungen rechtzeitig vorzubeugen, sollten Schwangere zu-



sätzlich einmal täglich nach dem Zähneputzen eine Mundspülung mit der Wirkstoffkombination Aminfluorid / Zinnfluorid anwenden. Dadurch wird das natürliche Ökosystem der Mikroflora stabilisiert (ZIMMERMANN u. FLORES-DE-JACOBY) und somit ein erheblicher Risikofaktor für Zahnfleischentzündungen, die Ausbreitung pathogener Mikroorganismen, reduziert.

R. Stenz, Ogilvy & Mather Healthcare

#### Literatur:

Günay, H.; Goepel, K.; Stock, K.-H.; Schneller, T.: Stand der Mundgesundheits-erziehung während der Schwangerschaft; Oralprophylaxe 13, 1-44 (1991)

Zimmermann, A. und Flores-De-Jacoby, L.: Langzeitanwendung von Meridol und seine Auswirkung auf die Plaqueflora - Erste Ergebnisse. Aus: Möglichkeiten der Plaque- u. Gingivitisprävention, Quintessenz Verl. GmbH, '91

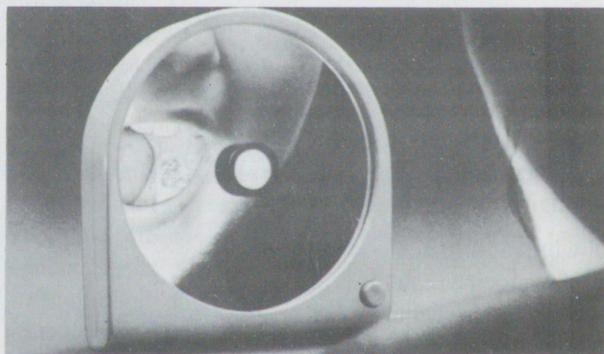
## Unerlässlich für die perfekte Mundhygiene: Der Punktlicht-Spiegel



Der Punktlichtspiegel schließt in der präventiven Zahnheilkunde eine echte Lücke: Er erfüllt die Forderungen namhafter Wissenschaftler, die den Einsatz von beleuchteten Prophylaxespiegeln zur täglichen, systematischen Mundhygiene kompromißlos vorschreiben.

#### Für Praxis und Patient!

Als Hand-, Stand-, Wand- und Reisespiegel zu verwenden, daher besonders gut geeignet für Kontaktlinsenträger und für Kosmetik.



Vergrößernd, mit blendungsfreier, präzise fokussierter Lichtquelle, verstellbare Linse, technisch perfekt und robust, daher absolute Betriebssicherheit, funktionell einwandfreie und einfache Handhabung.



PROFIMED GmbH

Kaiserstraße 18 · 8200 Rosenheim 2  
Tel. 0 80 31 / 140 49

# Neues Wirkstoffkonzept. Neue AJONA.



## Neu – die Zahncreme.

AJONA amin-o-med erfüllt durch ihre wertvollen Bestandteile alle Bedingungen für eine wirksame und wissenschaftlich abgesicherte individuelle Mund- und Zahnpflege.

## Neu – die Wirkstoffkombination.

Aktuelle Erkenntnisse aus Wissenschaft und Natur vereint in AJONA amin-o-med ergeben ein hervorragendes Wirkungsspektrum:

- stark kariesprotektiv
- reduziert Glattflächen- und Dentinfissurenkaries
- fördert Remineralisation
- hemmt Plaque- und Zahnsteinbildung
- hoher Keratinisationsindex

## Neu – die Deklaration der Inhaltsstoffe.

Die freiwillige Deklaration der Inhaltsstoffe von AJONA amin-o-med und die quantitative Angabe der aktiven Wirkstoffe auf der Packung und dem Beipackzettel ermöglichen der Zahnärzteschaft und dem Verbraucher eine objektive Beurteilung von Qualität und Wirksamkeit.

**AJONA<sup>®</sup>**

amin-o-med

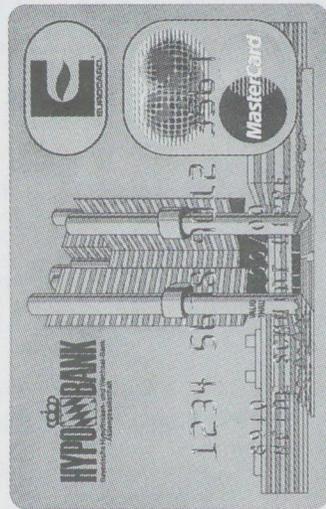
Fluorid-Kamillen-Zahncreme

Klinisch erprobt am Zahnärztlichen Institut der Universität Zürich.

enthält: Bis-(hydroxyethyl)-aminopropyl-N-hydroxyethyl-oktadecylamin-dihydrofluorid und Natriumfluorid 1200 ppm F

Dr. Liebe Nachf. D-7022 Leinfelden, Postfach 10 02 28, Telefon 0711/75 26 26, Telefax 0711/75 66 66.

## Die D-Mark hat vier Ecken!



Familie und ein tolles Service-Angebot wie zum Beispiel Adressen von Homesitter-Agenturen, Kinder-ärzten und kinderfreundlichen Hotels etc.

Am besten, Sie holen sich finanzielle Unabhängigkeit, Sicherheit und Service bei der HYPO ab – jetzt neu in der Familien-Packung.

Wir lassen uns etwas für Sie einfallen.

**HYPOBANK**  
Bayerische Hypotheken- und Wechsel-Bank  
Aktiengesellschaft

Die HYPO-Idee, wie Sie immer und überall willkommen sind.

Mit den vier Ecken der HYPO-EUROCARD GOLD können Sie so ziemlich alles ins Rollen bringen. Denn da bekommen Sie finanzielle Unabhängigkeit, Service und Sicherheit mit einer Karte:

Die Möglichkeit des bargeldlosen Zahlungsverkehrs, ein Paket an Versicherungsleistungen für Sie und Ihre

„Niederlassung Regensburg  
mit Stadtweigstellen“

Telefon 09 41 / 56 95 - 0

Die HYPO. Eine Bank – ein Wort.

# Der Verein für Zahnhygiene e.V.

## Firmen betreiben Prophylaxeaufklärung

I. Berger

Seit nunmehr 35 Jahren gibt es den - von einer Gruppe von knapp 20 Zahnpflegemittelherstellern gegründeten und als gemeinnützig anerkannten - Verein für Zahnhygiene (VfZ), der laut seiner Satzung die Aufgabe verfolgt, „die Öffentlichkeit über die Bedeutung der Zahngesundheit und die Gefahren, die dem Körper von erkrankten Zähnen drohen, aufzuklären, eine Intensivierung der Zahn- und Mundpflege anzuregen und auf die Notwendigkeit vorsorglicher Zahnbehandlung hinzuweisen.“

### Ernährung, Hygiene, Fluoride und Zahnarzt – wie jeder was für seine Zähne tun kann

Hauptzielgruppen für den VfZ sind naheliegenderweise Kinder und Jugendliche, bei denen durch mundhygienische Bemühungen Zahnschäden noch verhindert werden können, sowie Eltern, Erzieher und Lehrer als diejenigen Personen, die wesentlichen Einfluß auf das Verhalten der Heranwachsenden haben. Durch die Entwicklung und Verbreitung von Informationsmaterialien versucht der Verein, für prophylaxeorientiertes Verhalten, sprich: gesunde Ernährung, wirksame Zahnpflege, Fluoridierung und regelmäßige Zahnarztbesuche, zu werben, wobei zweifel-

los, der Zusammensetzung der Organisation entsprechend, die Pflege des Mundes im Zentrum der Bemühungen steht.



### Zahnschäden kein Schicksal

Dabei hatte der Verein im Laufe seiner Entwicklung zunächst wahre Pionierarbeit zu leisten, denn vor 30 Jahren etwa glaubten nicht nur viele Normalbürger, sondern auch viele Zahnärzte, daß Kariesanfälligkeit „Schicksal“ und weitgehend vererbungsbedingt sei. Zähneputzen wurde zwar für notwendig gehalten, Anleitung dazu, wie und mit welchen Gerätschaften geputzt werden sollte, gab's aber in der Zahnarztpraxis nicht, erst recht nicht für erwachsene Patienten. Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD), damals besser ausgestattet als heute, war das einzige Gegengewicht. Ein bundesweit gültiges Kinder- und Jugendzahnpflegegesetz fehlte (es fehlt leider immer noch), und die Bemühungen der Länder in der Prophylaxe waren, wenngleich unterschiedlich, in jedem Fall unzulänglich.

### Zahnpflegebeutel statt Zucker-Schultüten

Der VfZ veranstaltete Fach- und Fortbildungstagungen, um Problembewußt-

sein und Kenntnisse im Bereich der Zahnhygiene zu verbreiten, und entwickelte von Anfang an verständliche Informationen für erwachsene Adressaten und ansprechende Materialien und Aktionsformen für Kinder, geeignet für ein spielerisches Herangehen an das Thema in Schule und Kindergarten. In Kooperation mit den Landesarbeitsgemeinschaften zur Förderung der Jugendzahnpflege regte er solche Dinge an wie Zahngesundheitswochen und die Verteilung von Zahnpflegebeuteln – als Gegengewicht zur von Süßigkeiten strotzenden Schultüte. Er initiierte und finanzierte die Entwicklung von Unterrichtseinheiten für mehrere Altersgruppen vom Vorschulalter bis zur 10. Klasse und stellte damit Lehrern, Erziehern und auch den Mitarbeitern des öffentlichen Gesundheitsdienstes attraktives Material zur Verfügung. Ob es tatsächlich in wesentlichen Umfang eingesetzt wird, mag man bezweifeln - die schönste Mediensammlung kann halt nicht den gesundheitserzieherisch engagierten Lehrer herbeizaubern oder Stelleinsparungen beim ÖGD rückgängig machen.

### **Medien und Aktionen für Fachleute und Bevölkerung**

Außerdem gibt der VfZ die Zeitschrift „Oralprophylaxe“ heraus und verleiht alle zwei Jahre die Tholuck-Medaille für besondere Verdienste auf dem Gebiet der Zahngesundheitserziehung. Eine ganz aktuelle Initiative im Bereich der Werbung für orale Prävention, die er-

kennbar die Handschrift des Vereins für Zahnhygiene trägt, ist der bundesweite „Tag der Zahngesundheit“. Dieser jeweils am 25. September eines Jahres stattfindende Aktionstag wurde in 1991 zum ersten Mal veranstaltet, vorbereitet vom VfZ und einem aus mehreren Organisationen gebildeten Arbeitskreis, und führte unter dem Motto „Gesund beginnt im Mund“ zu Hunderten von öffentlichen und gruppenspezifischen Aktivitäten in ganz Deutschland.

### **Für einheitliche Linie in der Prophylaxewerbung**

Der Verein entwickelt nicht nur eigene Materialien für die Öffentlichkeitsarbeit, sondern hat auch angeregt, in den Medien diskutierte Aussagen und auf dem Markt befindliches Infomaterial zu sichten und zu bewerten. Diese Arbeit leistet seit über 20 Jahren der „Arbeitskreis Zahnmedizinische Information“, ein vom VfZ, dem Deutschen Ausschuss für Jugendzahnpflege (DAJ), dem Bundesverband der Deutschen Zahnärzte (BDZ) und dem Bundesverband der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG) getragenes Gremium. Er geht davon aus, daß Gesundheitserziehung nicht einfach „wertneutrale Wissensvermittlung“ sein kann. Wenn man Verhaltensänderungen bewirken will, dann ist „die Einheitlichkeit der zu übermittelnden Information oder ‚Botschaft‘ von überragender Bedeutung - sich widersprechende Appelle erzeugen Verunsicherung und sind insofern wirkungslos oder sogar schädlich“. Von dieser

Problematik können sicher gerade die Prophylaxe-Aktivisten des DAZ ein Lied singen - man denke nur an die gegensätzlichen Stellungnahmen zu Fluoridierungsmaßnahmen in den Medien.

### **Wenn die Industrie Vereine sponsert...**

Wer Prophylaxe betreiben will, kann ohnehin keine neutrale Rolle spielen sondern muß Position beziehen - gegen ungesunde Verhaltensweisen, auch gegen gesundheitlich bedenkliche oder Mißbrauch nahelegende Produkte - und begibt sich damit zwangsläufig ins Spannungsfeld handfester ökonomischer Interessen. Die Mitglieder des VfZ sind allesamt Wirtschaftsunternehmen - gibt es da, so fragt man sich, nicht Interessenskollisionen oder die Gefahr, daß der VfZ zur bloßen Werbegemeinschaft wird?

Ein Blick auf benachbarte Bereiche verdeutlicht, daß kommerzielle Unterstützung für sportliche, kulturelle, wissenschaftliche, auch soziale und gesundheitsfördernde Aktivitäten in unserer Gesellschaft ein wichtiger, fast nicht mehr wegzudenkender Faktor geworden ist. Mit Sicherheit geht es den Sponsoren um Image-Pflege, oft auch um direkte Vermarktungsvorteile für ihre Produkte; und steuerbegünstigt sind solche Spenden allemal. Je nach beteiligten Personen spielen aber - das soll nicht in Abrede gestellt werden - auch die ethischen Absichten der Verantwortlichen eine Rolle.

### **Interessen der VfZ-Firmen kein Geheimnis**

Wer bei der Verfolgung gemeinnütziger Ziele auf Finanzquellen dieser Art nicht verzichten will, sollte von Anfang an die Interessenlage seiner Geldgeber einschätzen können. Im Falle des VfZ liegt sie klar auf der Hand: es handelt sich ausschließlich um Firmen, die von Herstellung und Vertrieb von Zahnpflegemitteln -Zahnbürsten, -pasten, Fluoridierungsmitteln, Mundwässern usw. - leben. Wenn der Verein für Zahnhygiene darüber aufklärt, daß regelmäßige und gründliche Pflege der Zähne für deren Gesunderhaltung unerlässlich ist, und über die dafür verfügbaren Hilfsmittel informiert, dann kann das nur in ihrem Interesse sein. Da diese Unternehmen allerdings in Konkurrenz miteinander stehen, kommt der Verein nicht in die Verlegenheit, für firmenspezifische Schleichwerbung eingespannt zu werden, was übrigens auch die Voraussetzung dafür ist, daß sein Material in Schulen eingesetzt werden darf.

### **Der AK Zahnmedizinische Information und die „herrschende Lehre“**

Grundsätzlich ist die Neutralität des VfZ bzw. sein Tätigwerden im Interesse des Gemeinwohls durch zwei Mechanismen gesichert: durch die regelmäßig erfolgende Überprüfung der Gemeinnützigkeit und durch die inhaltliche Orientierung der Arbeit an der „herrschenden Lehre“, wie es Geschäftsfüh-

rer Friedrich Römer ausdrückt. Wobei darunter Folgendes zu verstehen ist: der VfZ hat auf Grundlage einer Literaturrecherche sogenannte „Basistexte“ erarbeiten lassen, die den Stand der Wissenschaft zum Thema Zahngesundheit wiedergaben und seitdem regelmäßig mithilfe des Arbeitskreises Zahnmedizinische Information der aktuellen Erkenntnislage angepaßt werden. Wenn man die Unabhängigkeit der herangezogenen Wissenschaftler unterstellt, sind die Basistexte nicht an Firmeninteressen ausgerichtet, sondern am Stand von zahnmedizinischer Wissenschaft und Praxis und sichern so die inhaltliche Unabhängigkeit und Qualität der Informationsaussagen des VfZ. Darüber hinaus sorgen sie – wie schon oben erwähnt – für einheitliche Aussagen gegenüber der Öffentlichkeit. Zu hoffen ist, daß durch den Arbeitskreis Zahnmedizinische Information eine kritische Begleitung der Arbeit des Vereins für Zahnhygiene gewährleistet ist. Im übrigen steht es jedem frei, mit dem Verein Kontakt aufzunehmen; mit Sicherheit wird er sich mit Anregungen aus der Bevölkerung und der Zahnärzteschaft auseinandersetzen.

### Es gibt noch viel zu tun...

Grundsätzlich denke ich, daß Organisationen wie der Verein für Zahnhygiene heute eine sehr wichtige Rolle spielen - gerade weil in Bezug auf Zahn- und Mundgesundheit relativ wenige Initiativen von den Betroffenen selbst, den Patienten oder Noch-nicht-Patienten,

ausgehen und weil Gruppen- und Individualprophylaxe bisher nicht im wünschenswerten Umfang realisiert sind. Öffentlichkeitsarbeit und Gesundheitsaufklärung sind eine Grundvoraussetzung der Prophylaxe. Die Zahnärzteschaft ist gefordert, auf dieser Basis aufzubauen!

Irmgard Berger  
Adenauerstr. 48  
5210 Troisdorf

Wer sich interessiert für die vom VfZ vertriebenen Materialien – Faltblätter, Broschüren, Bücher, Unterrichtseinheiten, Poster, Aufkleber, Diaserien, Filme, Videos, Zahnputzutensilien bis hin zu Demonstrationsgebissen und einer ausleihbaren Info-Säule für Ausstellungen, die sich zum Auslegen im Wartezimmer, für Patientengespräche, für den Einsatz in Kindergärten, Schulen, für Veranstaltungen eignen – kann eine Bestell- und Preisliste anfordern beim Verein für Zahnhygiene e.V.  
Feldbergstr. 40, 6100 Darmstadt  
Tel. 06151/894814.

Ebenfalls gibt es dort eine kommentierte „Übersicht über gebißgesundheitliches Informationsmaterial“, das von anderen Organisationen, öffentlichen Stellen, Krankenkassen, Firmen usw. zum Teil kostenlos, zum Teil gegen eine Gebühr abgegeben wird.

Die Auswahl ist groß - am Mangel an Informationsmaterial braucht die Prophylaxe jedenfalls nicht zu scheitern!

# Droht uns die Strafanzeige wegen Körperverletzung?

U. Happ

In einer Presseerklärung hat das BGA (Bundesgesundheitsamt) im Januar 1992 die Anwendung von Amalgam eingeschränkt und eine Orientierungshilfe für Patienten und Behandler zusammengestellt<sup>1</sup>.

Dieser Broschüre entnimmt die „Beratungsstelle für Amalgamvergiftete e. V.“ als Resümee: „Auch das BGA rät von der Amalgamverwendung ab“<sup>2</sup> und M. Dauderer gibt in seinem „Handbuch der Amalgamvergiftung“ noch eins drauf: „*Strafanzeige wegen Körperverletzung*: Die Hersteller von Amalgam, Gutachter, die trotz eindeutiger anderslautender Fakten hochbezahlte Gegengutachten erstellen (1988 zweimal je eine Million Mark), das BGA und Zahnärzte, die dem Patienten fachliche Unwahrheiten erzählt haben, können bei Gesundheitsschäden strafrechtlich belangt und zivilrechtlich zu Schadensersatz herangezogen werden.“<sup>3</sup>. Ein Vordruck zur Einreichung einer Strafanzeige wird der Aussendung der „Beratungsstelle“ gleich beigelegt. Dieses ist zwar starker Tobak, die BGA-Empfehlungen müssen wir jedoch zur Kenntnis nehmen, um im Patientengespräch entsprechend beraten zu können (der folgende Text hält sich gekürzt an die Orientierungshilfe<sup>1</sup>).

So gibt es laut BGA nach dem derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand unter Berücksichtigung der durch die Umwelt ohnehin für den Menschen bestehenden Quecksilberbelastung keinen begründeten Verdacht für ein medizinisch nicht vertretbares gesundheitliches Risiko durch Amalgamfüllungen. Ihr Einsatz sollte dennoch auf das unbedingt notwendige Maß eingeschränkt werden, um die allgemeine Quecksilberbelastung des menschlichen Körpers zu verringern.

## **Deshalb werden vom BGA Indikationsbeschränkungen gegeben:**

*Anwendungsgebiet sind okklusionstragende Füllungen im Seitenzahnbereich (Klasse I und II), wenn andere Füllungsmaterialien oder Restaurationstechniken nicht angewendet werden können. Für retrograde Wurzelfüllungen ist Amalgam nicht geeignet.*

## **Dieser Einsatz wird weiter eingengt bzw. Therapieänderung empfohlen:**

- Bei Kindern bis 6 Jahren, insbesondere in den ersten 3 Lebensjahren, soll sehr sorgfältig überlegt werden, ob nicht eine andere Therapie in Frage kommen kann, da sie besonders empfindlich (auf Quecksilber) sind.

- Obwohl kein wissenschaftlich begründeter Verdacht für fruchtschädigende Risiken durch Amalgam besteht, wird an der Empfehlung vom 5. 10. 87 festgehalten, während einer Schwangerschaft keine umfangreiche Amalgamtherapie (Legen und Entfernen von Füllungen) durchzuführen. Gegen einzelne Füllungen bestehen keine Bedenken.
- Bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion oder Allergie gegen Amalgambestandteile sollen keine neuen Amalgamfüllungen gelegt werden.
- Sollten elektrochemisch bedingte, örtliche Mißempfindungen auftreten und andauern, müssen diese Amalgamfüllungen durch andere Werkstoffe ersetzt werden (Aufbaufüllungen, Amalgamfüllungen in Kontakt zu anderen Metall-Rekonstruktionen).
- Beim Auftreten von Lichen planus (Flechte) an der Mundschleimhaut in Kontakt mit Amalgam wird empfohlen, dieses durch eine nichtmetallische Füllung zu ersetzen.

**Mögliche (vorübergehende) Nebenwirkungen und Wechselwirkungen sind zu berücksichtigen (Patientenaufklärung):**

- Geschmackssensationen und Schleimhautirritationen als allergische u. / od. elektrochemische Reaktion
- Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln, Vor- und Begleiterkran-

kungen oder besondere Lebensumstände (können zur Kontraindikation führen).

- Kurzfristiger geringer Anstieg der Quecksilberwerte in Blut und Urin

Nach derzeitigem Stand des Wissens gibt es für routinemäßig erhobene Blut- bzw. Urinuntersuchungen im Zusammenhang mit Amalgamfüllungen keine Indikation. Die bislang gefundenen Meßwerte liegen unter den Werten, die bei beruflich belasteten Personengruppen wie Zahnärzte oder Zahnarzthelferinnen registriert und toleriert werden.

**Deshalb werden Materialvorschriften gegeben:**

- Es sollen nur gamma-2-freie Amalgame verwendet werden.
- Die Angaben zur chemischen Zusammensetzung, zur Morphologie des Legierungspulvers sowie zu den Kristallphasen des erhärteten Amalgams sind gewünscht.
- Ebenso der Hinweis auf Zink bei einem Anteil von mehr als 0,01%, da in diese Amalgame keine Feuchtigkeit gelangen darf.

**Außerdem werden Zubereitungsvorschriften gegeben:**

- Es soll das vom Hersteller angegebene Mischungsverhältnis eingehalten (also nicht mit Quecksilberüberschuß gearbeitet) werden.
- Die Trituration hat nach den Angaben

des Hersteller zu erfolgen, sie soll maschinell geschehen, wobei genaue Anweisungen (Art der Dosierung, Mischzeiten, Mischgerät) zu geben sind.

- Sichere Kapselsysteme sind zu bevorzugen.

#### Und es werden Verarbeitungsvorschriften gegeben:

- Ein geeigneter Pulpa-/Dentinschutz (Unterfüllung) ist erforderlich.
- Approximale Kavitätenteile erfordern zwingend die Anwendung eines geeigneten Matrizensystems
- In die (z. B. mit Kofferdam) trockengelegte Kavität wird das Amalgam mit Überschuß portionsweise eingebracht und kondensiert, die Hg-reiche Oberfläche abgetragen und die Füllung konturiert.
- Eine Politur (frühestens nach einem Tag) ist bei ständiger und ausreichender Spraykühlung erforderlich.
- Die Entsorgungsvorschriften sind zu beachten.

Eine Gefährdung von Zahnarzt und Personal durch Hg-Dampf läßt sich durch korrekten Umgang mit Hg und Amalgam während der Verarbeitung ...sowie durch gute Lüftung der Praxis vermeiden.

Soweit die Zitate, die ich jetzt nicht weiter kommentieren möchte. Wir müssen sie gesetzesgleich zur Kenntnis nehmen. Was für den einen selbstver-

ständig war, galt für den anderen noch lange nicht. Vorstellen möchte ich folgende Neuheit von der IDS 1992 als praktischen Vorschlag zur sicheren Amalgamverarbeitung:

Empfohlen wird vom BGA die Verwendung eines sicheren Amalgam-Kapselsystems. Als grundsätzlich Hg-Dampf-sicherer erwiesen sich alle selbstaktivierenden Systeme, d. h. es ist vor der Trituration kein Aktivieren durch Drehen oder Pressen der Kapsel notwendig. Nach dem Mischen wird die Kapsel in der Regel geöffnet und der erwärmte (!) Inhalt in einen Amalgambrunnen oder Amalgamknetter gegeben und die Amalgampaste von dem eventuell vorhandenen Pistill und der Quecksilberverpackung getrennt. Anschließend wird das Amalgam in kleinen Portionen mit der Amalgampistole aufgenommen oder sogar noch mit der Hand auf einen Amalgamträger appliziert, um endlich in die Kavität gegeben werden zu können. Bei diesen Manipulationen wird Quecksilberdampf frei, was wir nicht beeinflussen können. Abhilfe schafft ein neues Kapselsystem: CARRYCAP<sup>4</sup>.

Bei dem CARRYCAP Kapselsystem wird eine selbstaktivierende, verschwei-

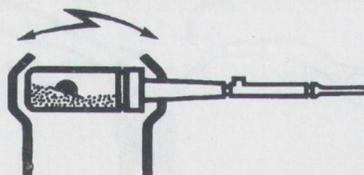


Abb. 1

8te Amalgamkapsel mit einem herkömmlichen Mischgerät 15 Sekunden trituriert (Abb. 1). Bei diesem Vorgang trennt sich die Amalgampaste von der Quecksilberverpackung. Die Amalgampaste sammelt sich in dem verlängerten Kapselansatz. Nach der Mischzeit wird dieser an einer Sollbruchstelle abgebrochen (Abb. 2) und durch Bajonettver-

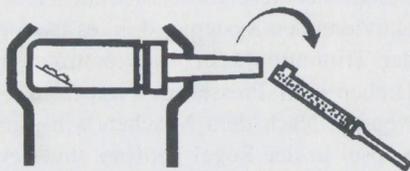


Abb. 2

schluß an einer modifizierten HaweNeos Amalgampistole befestigt (Abb. 3).

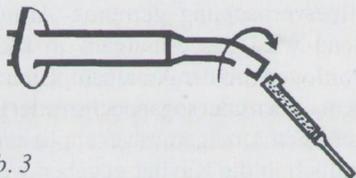


Abb. 3

Nach Abbrechen des Verschlusses läßt sich die Amalgampaste nun direkt in kleinen Portionen in die Kavität applizieren (Abb. 4). Die Kapsel wird zur Entsorgung in einen handelsüblichen Entsorgungsbehälter mit Hg-Dampf-Resorption gegeben.

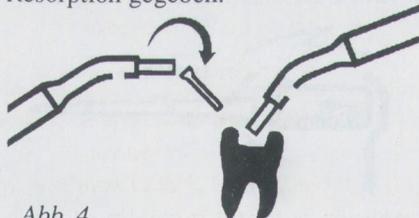


Abb. 4

Die Vorteile dieses Systems liegen auf der Hand: Es entfallen Manipulationen, bei denen Kontakt mit Amalgam sowie das Entweichen von Quecksilberdampf möglich ist. Die ökologischen Nachteile dazu sind zu vernachlässigen: es fällt etwas mehr Abfall an. Ökonomische Nachteile sollen nicht entstehen, denn der Preis der Kapsel soll sich nicht bzw. kaum von dem bisheriger Kapselsysteme unterscheiden.

Wünschenswert ist, daß auch andere Amalgam-Legierungen in dieser Kapsel angeboten werden. Zur Zeit gibt es eine Zink enthaltende Feilung. Schön wäre es, wenn Kapseln mit verschiedenen großen Amalgamportionen angeboten werden könnten. Das würde aber sicherlich zu Problemen der Kapselgröße und Handhabung der Amalgampistole führen.

Sehr zu loben ist der zu diesem System angebotene Kapselrüttler CARRYMIX<sup>4</sup>: Er ist leicht zu programmieren und zu bedienen; er hat eine durch einen Sicherheitsdeckel zu verschließende „Rüttelkammer“ und ist dadurch auch eher lauffähig; er hat einen kräftigen Motor, der mit hoher Geschwindigkeit und Energie exzentrisch trituriert und eine Mischgabel, die für nahezu jedes Kapselsystem geeignet ist. Dieses Gerät wird übrigens in einem der neuen Bundesländer gefertigt.

Dr. U. Happ  
Spadenteich 1  
2000 Hamburg 1

(Literatur siehe nächste Seite)

## Literatur

- 1 Amalgame in der zahnärztlichen Therapie, Eine Informationsschrift des Bundesgesundheitsamtes 1/92, ISBN 3-89254-129-9
- 2 Warnung vor Zahnfüllungen aus Amalgam, Beratungsstelle für Amalgamvergiftete e. V., 9.1.92
- 3 Max Dauderer, Handbuch der Amalgamvergiftung, Ecomed, Landsberg (zitiert aus FORUM des Praktischen und Allgemein-Arztes 12/91)
- 4 Carry-System, DMG, Elbgastr. 248, 2000 Hamburg 53

## Neuer Sedimentationsabscheider auf dem Markt

Als erster Sedimentationsabscheider hat der „SEDAS 3“ der Dental-Geräte-Technik Dr. Till Ropers GmbH, das amtliche Prüfzeichen des Instituts für Bautechnik, Berlin, erhalten. Der TÜV in Essen bescheinigt dem Gerät einen Wirkungsgrad von mindestens 99,2 %. Das Gerät ist besonders geeignet für Praxen, in denen zentrale Abscheidung möglich ist. Die bauseitig vorhandenen Saugrohre müssen zur Aufnahme einer Feuchtabsaugung bis hin zum Abscheider geeignet sein.

Der „SEDAS 3“ bewirkt neben der Abscheidefunktion noch die Separation

Luft/Wasser. Die Leitung vom Abscheider zum Vakuumerzeuger kann als reine Trockensaugleitung auch senkrecht nach oben verlaufen. Die bei den Behandlungsplätzen vorhandenen Separationsvorrichtungen werden entbehrlich. Stattdessen sollen die Abflüsse der Speischalen über einen Absperrhahn oder ein Saugstromventil in die Saugleitung eingeleitet werden. Durch diese größeren Spülvolumina werden die Leitungen weitgehend von Verunreinigungen freigehalten. Der „SEDAS 3“ ist nahezu verschleißfrei.

Informationen bei:

Dental-Geräte-Technik

Dr. Till Ropers GmbH

Alter Marktplatz 4, 2162 Steinkirchen

### Assistentenstelle gesucht!

Zahnärztin, 31. J., einsatzfreudig, belastbar, erfahren in Kinderbehandlung,

Raum Hamburg

Zusendungen an:

Deutscher Arbeitskreis

für Zahnheilkunde (DAZ),

Belfortstr. 9, 5 Köln 1, Chiffre DAZ 5037

Zahnarzt, Examen 90, Promotion angeleitet,  
2 Jahre Assistenz in Berliner Sozialpraxis,  
sucht ab 1.5.92 oder später

### Assistentenstelle

in anspruchsvoller Universalpraxis.

Persönliche Schwerpunkte:

Funktionsdiagnostik, Indiv. Prophylaxe

Tel. 030-8211519 (A. Moser)

# Der medizinische Schutz

für das  
Zahnfleisch

für die  
Zähne



**Spezialisten bieten wirksamen Schutz**

Produkte aus der elmex Forschung

## Es wird Zeit, sich zur Wehr zu setzen

Man kann es ja nicht einfach hinnehmen, daß wir Praktiker an den Pranger gestellt werden und mit Strafanzeigen und Schadenersatzklagen rechnen müssen, weil wir ein Material verarbeitet und eine Behandlungsmethode angewendet haben, die nach wie vor an allen zahnärztlichen Universitätsinstituten gelehrt und geprüft wird, sogar an der anthroposophischen Zahnklinik Witten-Herdecke! Die gleichen Hochschullehrer, die uns noch vor kurzem gnathologisch geschnittene Amalgamfüllungen (eine 45-Minuten-Arbeit zum Kassensatz von 50.- DM!) als höchste zahnärztliche Kunst demonstriert haben, ziehen sich jetzt stillschweigend aus der Diskussion zurück, statt – wenn diese Füllungstherapie wirklich unbedenklich ist – offensiv und öffentlich dafür einzutreten.

Abgesehen von dieser blamablen Insuffizienz kann es andererseits aber auch nicht sein, daß wir Zahnärzte uns unwidersprochen von selbst diagnostizierten Amalgamgeschädigten die ganze Pathologie von Aids bis Zittern in die Schuhe schieben lassen. Deshalb sollten wir

- die Empfehlungen des Bundesgesundheitsamtes penibel beachten (siehe Seite 151)
- jedem Patienten Alternativen anbieten, und zwar je nach Kavitätanlage und -größe Inlays oder Composites

- keine Fragebögen irgendwelcher Vereinigungen sogenannter Amalgamgeschädigter ausfüllen, sondern an die Zahnkliniken verweisen
- Patienten, die Unverträglichkeiten vermuten
  - zum Dermatologen bzw. Allergologen
  - in die nächste Universitäts-Zahnklinik oder gleich
  - an das Institut für Arbeitsmedizin der Universität Erlangen (Prof. Schiele) zur Abklärung einer Amalgamunverträglichkeit bzw. zur Testung eines Alternativmaterials überweisen.
- Außerdem sollten Diskussionen über Amalgam immer zum Anlaß genommen werden, darauf hinzuweisen, daß die einzige echte Lösung des Problems nur in konsequenter Prophylaxe liegen kann.

Ich selbst kläre die betreffenden Patienten außerdem wahrheitsgemäß darüber auf, daß sich – jedenfalls nach meiner Erfahrung – nur in den seltensten Fällen nach Entfernung der Amalgamfüllungen eine Änderung der individuellen Symptomatik einstellt.

Es erscheint geradezu grotesk, den Zahnärzten ein wirtschaftliches Interesse an Amalgamrestorationen zu unterstellen. Das Gegenteil ist viel naheliegender: daß sich nämlich im Umfeld der

Amalgamgeschädigten eine handfeste Interessengemeinschaft von Toxikologen, Testinstituten, Heilpraktikern, Juristen und Herstellern von Entgiftungsmitteln bildet, die verunsicherten Patienten suggeriert, daß sich alle ihre

gesundheitlichen Probleme mit der Entfernung der Amalgamfüllungen aus der Welt schaffen lassen.

*Dr. H. Hey  
Lindenschmitstraße 44  
8000 München 70*

## **52 Jahre Amalgam mit der Hand geknetet**

**Zum Thema Toxizität von Amalgamfüllungen erhielten wir die Zuschrift eines 94jährigen Kollegen, die wir nachfolgend wiedergeben:**

Durch die zur Zeit so heftigen Diskussionen bezüglich der Schädlichkeit von Amalgamfüllungen und einer angeblich daraus resultierenden frühen Sterblichkeit der Zahnärzte fühle ich mich zu einer Stellungnahme herausgefordert: Als einer der ältesten deutschen Zahnärzte (geb. 1898) erfreue ich mich nicht nur selbst guter Gesundheit, ich könnte auch viele andere Kollegen namentlich benennen, die - wie übrigens auch meine 82jährige Ehefrau (Zahnärztin seit 1933) - ein sehr hohes Alter erreicht haben.

Wir haben in den ganzen Jahren unserer beruflichen Tätigkeit (52 bzw. 42

Jahre lang) täglich vielfach Amalgamfüllungen gelegt und dabei das Füllungsmaterial so hergestellt bzw. von den Helferinnen herstellen lassen, wie wir es an der Universität gelernt haben: die Silber-Zinn-Feilung im Mörser mit Quecksilber gemischt - zunächst mit den bloßen Fingern geknetet, danach in einem Lederläppchen das überschüssige Hg ausgedrückt, anschließend die vorbereitete Kavität gefüllt. Weder unsere Helferinnen, mit denen wir noch heute in Kontakt stehen, noch wir selbst haben jemals unter irgendwelchen chronischen Erkrankungen gelitten. Außer den normalen Altersbeschwerden fehlt weder meiner Frau noch mir etwas.

Mit kollegialem Gruß

*Oswin Hey  
Bachstelzenweg 3  
8900 Kempten*

# Hysterische Reaktionen

Th. Meyenburg

Der DAZ hat in mehreren Presseerklärungen und Beiträgen zu einer behutsameren und differenzierteren Anwendung von Amalgam geraten, andererseits aber auch vor Panik und Hysterie gewarnt und gefordert, Nebenwirkungen dieses Füllungsmaterials zunächst einmal genauer zu untersuchen und zwar vor allem an dem Personenkreis, der am intensivsten mit Amalgam in Kontakt kommt, also Zahnärzten und ihren Assistenten. Daß es ähnliche Probleme und Reaktionen auch mit anderen – nicht zahnärztlichen – Materialien gibt, zeigt die folgende Zuschrift von Dipl. Ing. Th. Meyenburg, München.

Im *Forum* 35 haben Sie im Beitrag „Zahnarztpraxen in Gewerbegebiete?“ zum Thema „Amalgam-Füllung“ Stellung genommen. Als Laie kann ich mich dazu nicht äußern. Ihre Ausführungen und vor allem Ihre Vorschläge erscheinen mir als Nichtfachmann aber logisch. Beim Lesen wurde ich wieder an einen Werkstoff erinnert, der bei vielen Bürgern, Kommunen und Baubehörden geradezu hysterische Reaktionen auslöst. Ich spreche von Asbest.

Ich glaube, daß nur wenige Naturwissenschaftler und Ärzte, die sich zum Thema „Gesundheitsgefährdung durch Asbest“ äußern und ihre Meinung in den Medien verbreiten, über eine solche praktische Erfahrung in der Gewinnung, Aufbereitung und Verarbeitung von Asbest verfügen wie ich und mit mir viele tausend ehemalige Kriegsgefangene, die ihre Gefangenschaft in den gleichen sowjetischen Lagern verbracht haben.

Die russische Stadt Asbest liegt am

Osthang des Ural-Gebirges unweit der Stadt Swerdlowsk, die heute wieder Jekaterinenburg heißt. Ihren Namen verdankt die Stadt der Tatsache, daß in der unmittelbaren Umgebung die größten Asbestvorkommen der Welt zu finden sind. Die Aufbereitung und Verarbeitung erfolgt in mehreren Fabriken im Bereich der Stadt.

Bereits während des II. Weltkrieges wurden dort Kriegsgefangenenlager eingerichtet, die bis weit in die 50er Jahre bestehen blieben. Von Juni 1945 bis zu meiner Entlassung im Dezember 1949 war ich in mehreren dieser Lager untergebracht. Ich habe ein ganzes Jahr in der Asbest-Gewinnung (Tagebau) gearbeitet. Die Gefangenen als billige Arbeitskräfte benutzten dazu Spitzhacke und Schaufel, um die unterschiedlich breiten Asbestadern freizulegen. Der Vorteil dieser Methode gegenüber der sonst üblichen Sprengung bestand darin, daß wesentlich weniger taubes Gestein anfiel, das später bei der Aufbereitung

wieder abgetrennt werden mußte. Daß wir bei diesem Abbauverfahren sowohl Asbest- als auch Gesteinsstaub eingeatmet haben, versteht sich von selbst.

Mehr als 18 Monate mußte ich in einer Fabrik arbeiten, die der Aufbereitung von Asbest diente. Die Aufbereitung geschah in mehreren Verfahrensschritten. Zunächst wurde das im Tagebau mitgeführte Gestein von den Asbestadern und -fasern getrennt. Die Fasern wurden sodann maschinell in Längengruppen sortiert und je nach Empfänger als Schüttgut verladen oder für den Export in Säcke abgefüllt. Der dabei anfallende Asbest- und Gesteinsstaub wurde mit Förderbändern auf den obersten Boden der Fabrik transportiert. Dort, wo man durch den aufgewirbelten Staub eine Sichtweite von nur 3-4 m hatte, war der bevorzugte Arbeitsplatz für Kriegsgefangene, insbesondere für uns, eine Gruppe – oder wie es im Sprachgebrauch des Sozialismus heißt – eine Brigade von ehemaligen Reserveoffizieren. Der anfallende Staub wurde in Schächte geschaufelt, die in offene Waggons mündeten. Die Arbeitszeit betrug 10-12 Stunden. Das Arbeitstempo wurde durch die Förderbänder bestimmt. Staubmasken gab es weder für uns noch für die in der Fabrik beschäftigten Sowjetbürger.

Die Fabrik lag unmittelbar neben dem Gefangenenlager. Ein Teil des Lagerzaunes mit den Wachtürmen war gleichzeitig Bestandteil der Fabrikumzäunung. Da die Fabrik ständig von einer Staub-

wolke umhüllt war, konnte es nicht ausbleiben, daß die Baracken des Lagers und das gesamte Lagergelände von einer weiß-grauen Staubschicht bedeckt waren. Mit anderen Worten: wir lebten 24 Stunden am Tage in dem Asbeststaub und das in meinem Falle 18 Monate lang und viele andere für mehrere Jahre.

Der oben erwähnte Staub wurde übrigens vorwiegend zur Herstellung von Mörtel benutzt. Ein Mörtel, der sich vorzüglich verarbeiten ließ, wie ich ebenfalls aus eigener Erfahrung weiß. Er fand überwiegend beim Verputzen von Decken und Innenwänden Verwendung.

In *Meyers Großem Taschenlexikon*, 24 Bände und Ausgabe 1990, steht der Satz: „Asbest ist als krebserregender Stoff eingestuft.“ Obwohl Wissenschaftler in Fachzeitschriften darauf hinweisen, daß lediglich Asbeststaub einer bestimmten Korngröße bzw. Faserlänge krebserregend sein kann, scheint die Feststellung im Lexikon Maßstab für Sanierungen und Abrißanordnungen bei öffentlichen Gebäuden zu sein, bei deren Errichtung Asbest in irgendeiner Form Verwendung fand.

Ich bin Angehöriger einer ursprünglich 16köpfigen Gruppe ehemaliger Kriegsgefangener aus Asbest. Wir treffen uns seit 1966 einmal im Jahr irgendwo in Deutschland. Alle haben unter gleichen und teilweise noch schwereren Bedingungen wie ich gearbeitet. 4 Freunde sind inzwischen im Alter von über 70 Jahren verstorben. Bei keinem war die

Todesursache die Folge einer durch Asbest verursachten Krebserkrankung. Bei den noch Lebenden zeigen sich auch keinerlei Anzeichen, die auf eine solche Erkrankung hindeuten würden.

Bei Rückkehr aus der Gefangenschaft wurden zumindest in Westdeutschland alle Heimkehrer registriert. Die Namen, die Entlassungsanschrift, die meist zugleich auch die Heimatanschrift war, und auch das Lager, aus dem man kam, wurden festgehalten. Und hier setzt meine Kritik ein!

Warum hat man, als die Möglichkeit einer Krebserkrankung durch Asbest erkannt wurde, nicht die einmalige Chance genutzt und eine Umfrage bei den 20.000 bis 25.000 Kriegsgefangenen durchgeführt, die unter gleichen Bedingungen in Lagern der Stadt Asbest untergebracht waren. Man hätte auf diese Weise ermitteln können, wieviel Erkrankungen oder Todesfälle durch Krebs es in diesem Personenkreis gegeben hat. Wahrscheinlich hätte vielen Mitbürgern die Angst genommen werden können, daß sie oder ihre Kinder in den Schulen durch die Verwendung von Asbest am Bau unmittelbar bedroht sind.

Zumindest zu meiner Zeit waren weite Bereiche der Stadt Asbest (jetzt 80.000 Einwohner) durch den Ausstoß der bereits erwähnten Aufbereitungsanlagen ständig in eine Staubwolke gehüllt. Es ist kaum anzunehmen, daß dieser Staub frei war von den gefährlichen Faserlängen. Ferner gibt es kaum ein Haus in As-

best, bei dem nicht Decken und Innenwände mit dem oben beschriebenen Asbestmörtel verputzt sind. Würde man die bei uns gültigen Maßstäbe anwenden, dann müßte man die gesamte Bevölkerung evakuieren und alle Häuser abreißen.

Da durch die jüngste politische Entwicklung das Reisen in der Russischen Republik wieder möglich ist, wäre es der Mühe wert, ich meine sogar, es wäre eine Verpflichtung, den tatsächlichen Gefährdungsgrad durch Asbest an Ort und Stelle zu untersuchen. Die Kosten dafür stünden in keinem Verhältnis zu den vielen Millionen DM an Steuergeldern, die bereits durch eventuell vermeidbare Maßnahmen ausgegeben wurden.

Ich bestreite keineswegs, daß unter bestimmten Voraussetzungen ein durch Asbest verursachtes Karzinom entstehen kann. Ich halte auch vertretbare Schutzmaßnahmen durchaus für sinnvoll. Mit diesem Erfahrungsbericht will ich lediglich zu einer Versachlichung der Asbest-Diskussion beitragen, und ich will einen Weg aufzeigen, wie man durch Untersuchungen vor Ort – d.h. dort, wo die Menschen in höchstem Maße dem Asbeststaub ausgesetzt sind – den tatsächlichen Gefährdungsgrad feststellen oder zumindest eingrenzen kann.

*Dipl. Ing. Theo Meyenburg  
Am Haderner Winkel 9  
8027 Neuried bei München*

**Kostendämpfung** leicht gemacht

Wir zeigen Ihnen den Weg \_\_\_\_\_

# CoronaDental

Zahntechnisches Labor

Corona-Dental GmbH

Berg-am-Laim-Straße 64

8000 München 80

Telefon (089) 4 31 30 08/09

Telefax (089) 4 31 27 79

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

**SAE**



# Erfahrungen mit HIV-Positiven und AIDS-Patienten in der zahnärztlichen Allgemeinpraxis

A. Körtgen

In den letzten vier Jahren wurden in der Praxis des Autors etwa 50 HIV-positive Patienten betreut, davon ungefähr 20% im Vollbild des AIDS. Die hierbei gewonnenen Erfahrungen in Diagnose, Prognose und Therapie erscheinen mir mitteilenswert, da für andere Kollegen, die bisher meist weit aus weniger Patienten mit dieser Grunderkrankung in Behandlung haben, die Indikation und der wahrscheinliche Nutzen der nötigen Maßnahmen nur schwer einschätzbar sein dürfte.

Im folgenden sollen daher zunächst die verschiedenen Teilbereiche der Zahnheilkunde im Blick auf diese Patienten behandelt und abschließend auf zwei spezifische Krankheitsbilder eingegangen werden, die HIV-Parodontitis und das Kaposi-Sarkom.

## 1. Allgemeines

Bis auf seltene Ausnahmen haben die HIV-positiven Patienten die Anamnesefrage im Anmeldebogen nach einer „Erkrankung des Immunsystems“ korrekt durch Ankreuzen bejaht. Mehr als 50% schrieben von sich aus noch „HIV-pos.“ oder Ähnliches in die Spalte hinein. Ich hatte oft den Eindruck, daß es

diesen Menschen eine Erleichterung bedeutete, dieses doch heikle Thema vorab schriftlich klarlegen zu können. Vielen war allerdings meine Praxis von anderen HIV-positiven Patienten empfohlen worden, aber fast jeder hatte auch in anderen Zahnarztpraxen schon sehr negative Erlebnisse gehabt, die von der grotesken Panik zeugen, die viele Kollegen befällt, wenn sie in diesem „Gefahrenbereich“ tätig werden sollen.

Mir persönlich ist es immer entschieden lieber gewesen, von Anfang an Klarheit zu haben, woran ich bei meinen Patienten bin, und dafür in Kauf zu nehmen, daß die HIV-positiven Patienten in meiner Praxis weit überrepräsentiert sind – auch für Frankfurter Verhältnisse – als nur einige wenige dieser Patienten zu haben, aber es dabei nur von der Hälfte zu wissen! Ich hoffe sehr, daß sich viele Kollegen vielleicht auch durch diesen Artikel meiner Auffassung anschließen, und jene oft sehr behandlungsbedürftigen Patienten bereitwilliger und sachlicher empfangen, als es bisher leider oft der Fall ist. Für das Praxisteam ist es doch entscheidend wichtig zu wissen, welches Infektionsrisiko der Patient mitbringt, und die erste Voraussetzung, dies

vom Patienten ehrlich zu erfahren, ist es, ruhig und unaufgeregt damit umzugehen.

Das HIV-Virus ist außerhalb des Organismus nur 30 Sekunden bis höchstens 2 Minuten überlebensfähig. Somit birgt die Behandlung der HIV-positiven Patienten in der Zahnarztpraxis ein Infektionsrisiko eigentlich nur durch Selbstverletzung mit spitzem Gerät (Handschuhe vorausgesetzt) – und die Gefahr, sich selbst in Hektik und Streß zu verletzen, ist umso geringer, je sachlicher und ruhiger man die „Gefahr“ einschätzt!

## 2. Klinisches Bild

Fast alle HIV-positiven Patienten sind mehr oder weniger von *Candida* befallen. Die typischen weißlichen „Beläge“ in der Mundhöhle sind also ein diagnostisches Indiz bei Personen, die keine HIV-Infektion angegeben haben, die man als Behandler aber im Verdacht hat, zu den bekannten Hochrisikogruppen zu zählen.

Nach meiner Beobachtung eher fraglich ist die in der Literatur beschriebene Hypervaskularisation der Gingiva. Ein starker Verdacht auf HIV-Infektion ist allerdings gegeben bei auffällig roter Gesichtsfarbe (wie beim Hochdruck) bei jugendlichen Patienten, oder wenn länger dauerndes Fieber ohne klare Ursache in der Anamnese angegeben wurde.

## 3. Parodontologie

Die langfristig wichtigste Prophylaxemaßnahme bei HIV-positiven Patienten

aller Erkrankungsgrade ist die Gingivitis-Prophylaxe. Also Zahnstein entfernen etc., auch wenn es kräftig blutet, den Patienten zu gründlichster Mundhygiene anzuhalten, gerade wenn es dabei am Anfang viel blutet – manche Patienten entwickeln da eine grundfalsche Überängstlichkeit.

Zur Mundhygiene sollten keine Hilfsmittel verwendet werden, die Tenside, Desinfektionsmittel oder sonstige Reizstoffe enthalten. Bei akut entzündeter und sehr empfindlicher Gingiva empfehle ich, ganz ohne Paste nur mit Wasser zu putzen.

Die Gingivitis-/Parodontitis-Prophylaxe ist aus zwei Gründen äußerst wichtig: Einmal weil alle HIV-positiven Personen zu einer speziellen Verlaufsform von manchmal fulminant verlaufender Parodontitis neigen (sogenannter HIV-Parodontitis, s.u. bei 6.) – und zum zweiten, weil jede chronische Entzündung wegen der Aktivierung des Immunsystems mit vermehrter Zellteilung der Lymphozyten und Monozyten den Fortschritt der Immunschwäche tendenziell fördert. Eine ordentliche Mundhygiene verbessert so die allgemeine Langzeitprognose.

Bei der üblichen chronischen Gingivitis verschreibe ich nach der Zahnsteinentfernung routinemäßig *Aesculus hippocastanus cortex* (Roßkastanien-Rinde) in der homöopathischen Potenz D3 als biologisches Antiphlogistikum. Es sind nach jedem Putzen etwa 10 Tropfen mit der Zunge am Gingivarand zu verteilen, schließlich zu schlucken. Nach etwa 4

Wochen ist gut zu beurteilen, inwieweit sich die Entzündung zurückbilden konnte. Manchmal findet sich dann noch ein 2-4 mm breiter livider Gingivasaum, der kaum zu Blutungen neigt, besonders typisch palatinal der oberen Frontzähne („Bleisaum“). In diesen Fällen habe ich deutliche Verbesserungen durch Selen-Präparate gesehen (z.B. Selenase per oral, 1x täglich 1 Trinkampulle, möglichst lange im Munde behalten, schließlich geschluckt), also ein Hinweis auf eine Schwermetall-Belastung des Organismus, die durch das Antidot Selen verringert werden kann.

Mit der eigentlichen „systematischen Parodontalbehandlung“ ist beim HIV-Positiven allerdings nur im Anfangsstadium der Erkrankung, solange keine weiteren Symptome bestehen, eine Verbesserung zu erreichen. Ich empfehle ein sehr portioniertes Vorgehen in kleinen Behandlungsabschnitten und ohne direkte Bearbeitung der Weichgewebe, also im Sinne des „Root-Planning“ ohne Kurettag-Absicht.

Schwere Fälle von Parodontitis, die im

Normalfall einer Lappen-Operation zugänglich wären, sollten nur äußerst zurückhaltend therapiert werden, eher „palliativ“, mit dem Ziel, einen leidlichen Zustand längstmöglich zu erhalten.

Andererseits habe ich mich bei 3. und auch 2. Molaren mit Lockerung und Taschen, die vom Patienten nicht zu reinigen waren, auch zu frühzeitigen Extraktionen entschlossen, eben um die chronisch-inflammatorischen Reize zu unterbinden (s.o.) und um eine bessere Hygiene und damit Prognose für den Restbestand zu erreichen.

#### 4. Konservierende Zahnmedizin

Bei HIV-positiven Patienten ist die Verwendung von Amalgam absolut kontraindiziert. Kötler (1990) konnte an gesunden Probanden mit durchschnittlich 10 Amalgamfüllungen zeigen, daß nach heißem Zitronensaft oder 20-minütigem Kaugummikauen die Zahl der immunkompetenten Zellen im Blutbild signifikant abfiel (s. Tabelle 1), also eine direkte, erhebliche Schwächung des Immunsystems die Folge war.

Zellart	Zahl pro mm <sup>3</sup> vor Zitronensaft	Zahl pro mm <sup>3</sup> nach Zitr. Saft	Differ.
T-Lymphozyten (gesamt)	1815	1653	- 9 %
Helfer-T-Lymphozyten	899	687	- 24 %
Natürl. Killer-Zellen	154	92	- 40 %

Tabelle 1: Veränderung der Zellzahlen im Blut von Amalgamträgern nach Genuß von heißem Zitronensaft (zusammengest. aus Kötler, 1990)

Eine solche zusätzliche Belastung kann einem durch HIV-Infektion gefährdeten Immunsystem unter keinen Umständen zugemutet werden. Auf die chronische Toxikose durch vorhandene Amalgamfüllungen will ich hier nicht näher eingehen; selbstverständlich ist jede chronische Schwermetallbelastung weitestgehend zu vermeiden.

Jeder devitale Zahn, auch ein bestens wurzelbehandelter, stellt einen infektiösen Dauer-Reiz dar, der das Immunsystem in einem unbekanntem Ausmaß beschäftigt und belastet. Prothetisch unwichtige tote Zähne sollten daher rechtzeitig entfernt werden, bei wichtigen Pfeilern ist der mechanische Nutzen gegen das langfristige Risiko abzuwägen. Bei fortschreitender Allgemeinerkrankung wird die Extraktion des devitalen Zahnes keine Entlastung mehr bringen, da unter Umständen die folgende notwendige Regeneration vom Organismus nicht mehr ausreichend erbracht werden kann, und dann eine Granulationsgewebe-„Narbe“ bleibt, die ihrerseits als chronisch-entzündlicher Reiz bestehen bleibt (sog. „Restostitis“). Dem Patienten ist nur geholfen, wenn die Extraktion frühzeitig genug erfolgt.

## 5. Zahnersatz

Prothetische Ziele beim HIV-positiven Patienten sind die ausreichende Kaufunktion und die bestmögliche Hygiene. Stärker noch als bei anderen Patienten ist zu überlegen, ob vorhandene Lücken überhaupt geschlossen werden müssen, ob nicht ein kleiner festsit-

zender Zahnersatz wenn auch vielleicht unvollkommen doch ausreicht.

Ich beobachte mehrere Patienten, die in ihren vollbezahnten oder prothetisch versorgten Quadranten laufend mit Gingivitis oder Schlimmerem (s.u.) kämpfen, während ihre lückigen Quadranten problemlos bleiben.

Gleichwohl sollte man sich nicht scheuen, dort, wo es wichtig ist (Frontzahnbereich), auch eine Brücke zu machen, schließlich ist bei den vielfach bedrängten HIV-positiven Patienten das Selbstwertgefühl ein wichtiger Faktor der Lebensqualität und damit der Gesundheit. Herausnehmbarer Zahnersatz, besonders schleimhautgetragener, ist, wenn irgend möglich, zu vermeiden. Lieber kein Zahnersatz als Billiglösungen! Allerdings ist die meist angespannte finanzielle Situation der betroffenen Patienten zu bedenken.

## 6. Parodontitis (HIVP)

Das Bild der speziellen Parodontitis bei HIV-pos. Patienten beschrieben Grassi u.a. (1988) erstmals für den deutschen Sprachraum. Dazu einige Ergänzungen aus meiner Erfahrung.

Die HIV-Parodontitis habe ich bei schätzungsweise 70-80% der HIV-positiven Patienten beobachtet. Sie tritt vermehrt im Herbst auf, wenn das Immunsystem auch von banalen Erkältungskrankheiten vermehrt in Anspruch genommen wird.

Im leichten Fall zeigt sich an den auch für die juvenile Parodontitis typischen

Stellen (OK-Front palatinal und UK-Molaren-Bereich) eine ulzerierend-nekrotisierende Gingivitis, mit der typisch schmerzhaften Lyse der Papillen: Stadium I (eigene Einteilung).

Mit der Ausbreitung auf weitere Interdentalpapillen und den gesamten Bereich der marginalen Gingiva kann es durch begleitende Schwellung zu einem verwischten klinischen Bild kommen.

Typisch für das Stadium II ist der überall ulzerierende marginale Bereich, oft von einer Schicht nekrotischen Epithels verdeckt, die im krassen Fall eine Breite von nahezu 1 cm (!) erreichen kann. Interdental sind jetzt auch an einzelnen Stellen die Knochensepten von der Auflösung erfaßt.

Bis hierhin ist die HIVP mit recht einfachen therapeutischen Mitteln gut in den Griff zu bekommen und auch sicher auszuheilen, sieht man vom irreversiblen Knochenverlust ab.

Entwickelt sich die HIVP weiter ins Stadium III, ist dies als fortschreitende Abwehrschwäche zu verstehen; es handelt sich dann auch ausschließlich um klassische AIDS-Fälle. Ist das klinische Bild in den Stadien I und II sehr der bekannten ANUG ähnlich in ihrem typisch akuten Verlauf, so wandelt es sich in Stadium III zu einem chronisch fortschreitenden Bild:

Die Oberfläche der erkrankten Gingiva ist nicht mehr offen ulzeriert, sondern von zartem Epithel bedeckt, hat aber die

blutrote Farbe etwa eines Pulpapolyps; ihre Ausdehnung kann den gesamten Alveolarfortsatz umfassen. Tiefe Taschen entstehen, vestibuläre Fenestrierung und Spalten, darin massiv Candidabesiedelung. Die Zähne werden locker und die Wurzeloberflächen empfindlich. Es gibt womöglich Übergänge zum alveolaren Kaposi-Sarkom (s. unter 7.).

Als Therapie hat sich folgendes Vorgehen bewährt, in den Stadien I und II mit guter Erfolgsaussicht, in Stadium III palliativ:

- In der ersten Sitzung Entfernung der Beläge, auch der nekrotisierten Epithelanteile mit schwach eingestelltem Ultraschallgerät, da es meist sehr schmerzhaft ist, mit raschen touchierenden Bewegungen.
- Gründliches Ausspülen aller marginalen Taschen und Interdenträume mit  $H_2O_2$  3%iger Lösung aus der Einwegspritze mit abgewinkelter Kanüle. Hiernach kann der Patient ein letztes Mal ausspülen. Schließlich wird abschließend Betaisodona-Lösung in alle Taschen und Spalten mit derselben Kanüle abgesetzt und belassen. Der Patient soll nun nicht mehr spülen, eine Stunde nicht trinken und zwei Stunden nicht essen.
- In Stadium I genügt eine Kontrollsituation nach etwa 6 Tagen. Im Stadium II werden 2 Folgesitzungen in 2-3 Tagen Abstand vereinbart, bei denen wiederum  $H_2O_2$  und Betaisodona an-

gewandt werden, Ultraschall ist nicht mehr nötig. Deutliche Besserung ist schon ab der 2. Sitzung zu erwarten. Im Stadium III wird verfahren wie bei Stadium II, aber fortlaufend mit 2 Sitzungen pro Woche. Auch hier kann teilweise eine Verbesserung erreicht und dann auf 1 Sitzung pro Woche zurückgegangen werden – aber man muß sich darauf einstellen, die Behandlung auf Dauer weiterzuführen.

Abschließend möchte ich dringend abraten, die beschriebenen Erscheinungen der HIVP mit Antibiotika anzugehen (wie ja schulmäßig für die ANUG empfohlen). Es schien mir auch nicht nötig, andere Desinfizientien zu erproben, da die Erfolge gerade mit der Jodlösung Betaisodona zumindest in den Stadien I + II hervorragend sind. Allerdings habe ich den Patienten untersagt, dieses Mittel selber in der täglichen Mundhygiene anzuwenden, da es dabei sicher nicht in den Fundus der Tasche gelangt und so leicht zu einer Negativ-Auslese der Keime führen kann.

## 7. Kaposi-Sarkom

Vor Beginn der AIDS-Epoche trat das Kaposi-Sarkom nur bei Männern über 60 auf. Nach der derzeit gültigen Nomenklatur führt daher die Entdeckung eines Kaposi-Sarkom bei einem Menschen jüngeren Alters sogar dann zwingend zur Diagnose „AIDS“, wenn der HIV-Antikörpertest negativ sein sollte. Nicht selten erscheint das erste Kaposi-Sarkom in der Mundhöhle, bevorzugt

am Gaumen (während das Hämangiom, mit dem es am ehesten verwechselt werden könnte, in den Weichteilen der Lippen und Wangen auftritt).

Das Kaposi-Sarkom sieht aus wie ein Hämatom: blaurot, völlig flach ohne Auftreibung des Niveaus (auch hier anders als das Hämangiom), seltener kreisrund, meist von unregelmäßiger Gestalt.

Ich selbst habe es 4 mal im Mund gesehen, in allen Fällen war es das erste Auftreten des Kaposi-Sarkoms bei diesen Patienten.

Patient A: Schon stark abgemagert, seit Monaten im manifesten AIDS-Stadium mit wechselnden Infekten: 2 längliche Kaposi-Sarkome am harten Gaumen; nahm meine Mitteilung gefaßt und resigniert auf.

Patient B: Hatte auf meine gezielte Verdachtsfrage nach HIV-Test angegeben, vor Monaten negativ getestet zu sein. Erst beim 2. Termin entdeckte ich ein eher noch blasses Kaposi-Sarkom am harten Gaumen. Nach meinem folgenden dringenden Rat, den HIV-Test zu wiederholen, erschien der Patient nicht wieder. Rückfrage bei seinem Hausarzt ergab, daß er dieses Thema total verdränge: von der Versicherung erfuhr ich, daß der Patient 4 Monate später verstorben war.

Patient C: Erschien erstmalig bei mir eine Woche nach Extraktion des 16 wegen Parodontalabszeß *alio loco*, HIV-positiv, aber ohne Symptome. Von der

Extraktionswunde ausgehend, hatte sich eine ca. pflaumengroße blaurote Geschwulst gebildet. Dem Vorbehandler war bei der Extraktion keine Verfärbung dieses Bereiches aufgefallen. Patient erschien nicht wieder.

Patient D: HIV-positiv und seit über 3 Jahren in dauernder Behandlung. Der sich fortschreitend verschlechternde Allgemeinzustand (diverse Infektionen, Cytomegalie, Gewichtsabnahme, Lähmungserscheinungen) spiegelte sich auch in mehreren Schüben von HIVP, derentwegen die Zähne 28, 38 und 48 extrahiert wurden. Danach hartnäckige Beschwerden an 27, schließlich vom Kieferchirurg entdeckte MAV in der Region 28, die aber bald darauf von anderem Kieferchirurg nicht mehr gefunden wurde.

Schließlich trat die wechselnde HIVP rasch ins Stadium III, dehnte sich über den gesamten OK-Alveolarfortsatz aus und im Bereich der schlecht verheilten Extraktionswunde 28 bildete sich etwa

ein Jahr nach der Extraktion ein eindeutiges Kaposi-Sarkom, ein zweites kleineres 1 cm palatinal, und kurz danach ein weiteres auf der anderen Seite des harten Gaumens. Von weiteren Extraktionen, die wegen der desolaten Parodontalsituation eigentlich schon überfällig sind, habe ich abgesehen, da die Wundheilung nicht abgeschätzt werden kann.

Dr. Andreas Körtgen  
Wederweg 43  
6000 Frankfurt 1

#### Literatur:

Köstler, W.:

Immunologische und spektralanalytische Veränderungen durch Quecksilbermobilisierung aus Amalgamfüllungen. *Erfahrungsheilkunde*, Bd. 39, Heft 10, Oktober 1990, S. 572-577.

Grassi, M. u. J. R. Winkler:

Parodontale Manifestationen von HIV-Infektionen. *Phillip Journal*, 1988, Heft 3, S. 129-136

Netter, zuverlässiger Kollege (31),  
Approbation 2/92 in W-Berlin nach Regelstudienzeit, sucht

#### Vorbereitungsstelle

in prophylaktisch orientierter (Gemeinschafts-) Praxis im Raum Köln, Aachen, Düsseldorf oder Berlin  
Tel. 030-3128835

Zahnarzt sucht

#### Praxisübernahme

per Ende 1992/Anfang 1993 in Köln.

Zusendungen an:

Deutscher Arbeitskreis  
für Zahnheilkunde (DAZ),  
Belfortstr. 9, 5000 Köln 1  
Chiffre DAZ 1669

Marcotte, M. R.

### **Segmentierte Bogentechnik in der Praxis**

**Leitfaden für eine rationelle  
Kieferorthopädie**



Deutsche Übersetzung von J. Freudenthaler

1992, 172 S., 234 Abb. in 523 Einzeldarstellungen, geb., DM 148,-  
ISBN 3-7691-4046-X

(erscheint 2. Quartal 1992)

Holm-Pedersen, P./Løe, H. (Hrsg.)

### **Zahnärztliche Betreuung älterer Menschen**



Deutsche Übersetzung von H. Landt

1992, ca. 424 S., 170 Abb., 27 Tab., geb.,  
DM 168,- ISBN 3-7691-4048-6

(erscheint 2. Quartal 1992)

Das Buch gibt eine breite Basis notwendigen Wissens zur Behandlung dieser Gruppe. Es behandelt biologische Aspekte des Alterungsvorganges, Altersveränderungen im Kausystem, psychologische, physiologische und pathologische Aspekte und bietet dem Arzt instrumentelle wie psychologische Hilfestellung.

Greenspan, D./Greenspan, J. S./

Pindborg, J. J./Schiødt, M.

### **AIDS - Orale Manifestationen und Infektionsschutz**



Vorwort von Peter A. Reichart

Deutsche Übersetzung von  
A. Schmidt-Westhausen

1992, ca. 210 S., 111 meist farb. Abb., 52 Tab.,  
geb., DM 148,- ISBN 3-7691-4037-0

(erscheint 2. Quartal 1992)

Battistuzzi, P./Käyser, A. F./  
Keltjens, H./Plasmans, P. J.

### **Teilprothesen**

**Planung, Therapie, Nachsorge**

Deutsche Übersetzung von  
B.A. de Jonge und M. Kössler

1991, 242 S., 163 Abb. in 329 Teilabb., 20 Tab.,  
6 Flußdiagramme, brosch., DM 88,-  
ISBN 3-7691-4041-9

### **Amalgam - Pro und Contra**

**Gutachten - Referate -  
Statements - Diskussion**



IDZ Materialienreihe Band 1

Dokumentation des Instituts der Deutschen  
Zahnärzte (IDZ) im Zusammenwirken mit der  
Arzneimittelkommission Zahnärzte BDZ/KZBV

Wiss. Bearb. und Kommentierung von G. Knolle

3. erweiterte Auflage 1992, ca. 350 S.,  
zahlreiche Abbildungen und Tabellen, brosch.,  
DM 68,- ISBN 3-7691-7830-0  
(erscheint 2. Quartal 1992)

Little, J. W./Falace, D. A.

### **Zahnärztliche Behandlung von Risikopatienten**

Deutsche Übersetzung von  
F. Mühlenbein und H. Linker

1991, 446 S., 167 Abb. in 197 Teilabb.,  
59 Übersichten, 210 Tab., geb., DM 188,-  
ISBN 3-7691-4030-3

Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten

(204a)



**Deutscher  
Ärzte-Verlag**

Postfach 40 02 65  
5000 Köln 40  
Tel. (02234) 7011-316

# Der NAV-Wirtschaftsdienst für Ärzte

## Damit nicht jeder Mediziner auch noch do-it-yourself-Betriebswirt werden muß

I. Berger

Schon in den 60er Jahren hat unser Partnerverband, damals noch unter dem Namen NAV, den steigenden Beratungsbedarf seiner Mitglieder in betriebswirtschaftlichen Fragen zum Anlaß genommen, ein Tochterunternehmen, den NAV-Wirtschaftsdienst für Ärzte, kurz: WIDI, zu gründen. Den vielfältigen Anforderungen entsprechend, denen sich ein Arzt und Zahnarzt als Leiter eines Unternehmens ausgesetzt sieht, hat der WIDI im Lauf der Zeit ein sehr differenziertes Leistungsangebot entwickelt und eigene Tochterunternehmen etabliert. Über 20.000 Ärzte und Zahnärzte haben seine Service-Angebote in den vergangenen fast 24 Jahren in Anspruch genommen. NAV-Virchowbund-Mitgliedern, die übrigens nicht die einzigen Kunden des WIDI sind, stehen viele der Beratungsleistungen und Informationsmaterialien des WIDI kostenlos zur Verfügung. Im Zuge verstärkter Kooperation zwischen DAZ und NAV-VB gelten diese günstigen Konditionen auch für die im DAZ organisierten Zahnärzte. Dabei ergibt sich die Kompetenz des Unternehmens für Beratung auch im zahnärztlichen Bereich zum einen von daher, daß bestimmte betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte unabhängig vom Fachgebiet eines Praxisinhabers ganz allgemein für Arzt- und Zahnarzt-Praxen gelten. Zum anderen hat der WIDI ohnehin seit jeher auch Zahnärzte zu seinen Kunden gezählt - zum NAV-VB gehören beispielsweise über 200 Zahnmediziner.

Wilfried Botz, Geschäftsführer des Wirtschaftsdienstes, stellt fürs *Forum* einige wichtige Arbeitsbereiche seines Unternehmens vor:

Die erste Frage, vor der ein junger Arzt oder Zahnarzt steht und die heute schwieriger als vor 10 oder 20 Jahren zu beantworten ist, betrifft die Niederlassung in eigener Praxis. Der Wirtschaftsdienst bietet qualifizierte Hilfestellung an, damit Fehlentscheidungen in der frühen Planungsphase vermieden werden können. Im Mittelpunkt der **Niederlassungsplanung** steht die wirtschaftliche Beratung: In einem ersten Planungs-Check-Up werden die wirtschaftlichen Bedingun-

gen des niederlassungswilligen Mediziners erkundet. Danach werden umfangreiche Detailauswertungen für die ersten 24 Monate und anschließend Planungen für die nächsten 10 Jahre in jährlicher Vorausschau erstellt.

Der bereits niedergelassene Arzt oder Zahnarzt kann sich anhand einer **Liquiditätsanalyse** zeigen lassen, wie seine finanzielle Situation gegenwärtig aussieht und wie sie sich - unter Zugrunde-

legung bestimmter Annahmen - in den nächsten 12 Jahren entwickeln wird. Der durch die Liquiditätsanalyse erstellte Status ist Ausgangspunkt für eine umfangreiche Beratungstätigkeit. Die auf 12 Jahre projizierten Zahlen werden so übersichtlich dargeboten und kommentiert, daß sie auch ohne betriebswirtschaftliche Vorbildung zu verstehen sind.

Im Bereich **Finanzierung** kann der NAV-Wirtschaftsdienst aufgrund seiner ständigen Marktbeobachtungen günstige Zinsen, Zahlungsmodalitäten und Auszahlungsquoten bieten. Dies gilt sowohl für die Finanzierung von Praxen als auch von Immobilien und ebenso für Neuengagements wie für Umschuldungen. Anhand von konkreten Modellrechnungen kann aufgezeigt werden, ob im individuellen Fall eine Annuitäten- oder Ratentilgung die günstigste Lösung ist.

**Versicherungen** sind ein Thema, das jeden Mediziner betrifft. Der Wirtschaftsdienst informiert umfassend über die verschiedenen Versicherungsmöglichkeiten sowie über Fragen der Altersversorgung von Helferinnen und mitarbeitenden Ehefrauen. Aufgrund seiner Spezialisierung auf Ärzte und Zahnärzte konnte er mit vielen Versicherungsgesellschaften besonders günstige Konditionen vereinbaren und gibt diese an die beratenen Mediziner weiter.

Daß Buchführung für viele, die sie nicht explizit erlernt haben, ein rotes Tuch ist, läßt sich verstehen. Seit 1987 bietet insofern die WIDI-Tochter nila-

plan GmbH eine **spezielle Buchführung für Ärzte und Zahnärzte** an. nilaplan übernimmt die laufende Buchführung und erstellt monatlich sogenannte „finanzwirtschaftliche Auswertungen“. Sie liefern dem Praxisinhaber alle Informationen über Einnahmen und Ausgaben auf einen Blick. Beim Vergleich der aktuellen Werte mit denen der vergangenen Monate und des Vorjahres werden Tendenzen erkennbar; negative Abweichungen sind zusätzlich - quasi als Warnsignal - optisch hervorgehoben. Darüber hinaus wird - sofern entsprechende Daten zur Verfügung stehen - dem Praxisinhaber ein Vergleich der eigenen Kostenstruktur mit der Kostenstruktur seiner Fachgruppe geliefert.

Aus den Buchführungsdaten wird eine fortlaufende Geldverwendungsrechnung bzw. **Liquiditätsübersicht** erstellt. Dabei werden das verfügbare Geld aus der Praxis und auch die privaten Aufwendungen erfaßt. Am Ende wird die Kontenentwicklung für den Monat und das laufende Jahr ausgewiesen und den entsprechenden Zahlen des Vorjahres gegenübergestellt. Leicht läßt sich feststellen, wieviel mehr oder weniger Geld ausgegeben als eingenommen wurde und vor allem, wofür es ausgegeben wurde.

*Soviel zu einigen Haupt-Arbeitsbereichen des WIDI. Ergänzend einige Fragen an Herrn Botz:*

**forum:** Gerade die Niederlassung als Zahnarzt bedingt heute immens hohe Investitionen, höhere noch als in man-

chen Fachgebieten der Humanmedizin. Aus diesem Grund, aber auch im Hinblick auf andere Arbeitsmöglichkeiten, denken heute viele junge Zahnmediziner und vor allem Zahnmedizinerinnen über die verschiedenen Formen von Gruppenpraxen nach. In wie weit hat der WIDI hiermit Erfahrung?

**W. Botz:** Ein wesentlicher Teil unserer Beratung, bei der wir uns auf jahrzehntelange Erfahrung mit den wirtschaftlichen, steuerlichen und juristischen Problemen der Heilberufe und besonders von uns entwickelte Software stützen können, bezieht sich auf das Problemfeld Praxisgründung. In zunehmendem Maße geht es nicht mehr nur um Einzelpraxen, sondern um verschiedene Formen von Kooperationen und Gruppenpraxen: Apparategemeinschaften, Praxisgemeinschaften oder Gemeinschaftspraxen, wobei jeweils zwischen Neugründung und dem Eintritt in eine bestehende Kooperationseinrichtung zu unterscheiden ist. Unsere EDV-gestützte Niederlassungsplanung ermöglicht sowohl die Berechnung der Einzelpraxis als auch der verschiedenen Varianten von Gruppenpraxen. Bei der Finanz- und Investitionsplanung können wir uns auf die jeweilige Praxisform einstellen, und auch bei unseren Vertragsmustern sind verschiedene Alternativen vorgesehen. Insbesondere die Gemeinschaftspraxis benötigt eine besondere Forum der Aufbereitung ihrer wirtschaftlichen Daten. Hier ist die von uns entwickelte Buchführung mit monatlichen finanz-

wirtschaftlichen Auswertungen das geeignete Instrument, um fortlaufend den Überblick über die betriebswirtschaftliche Situation zu gewährleisten.

**forum:** Auch wenn der Wirtschaftsdienst ursprünglich als Serviceinstrument eines Berufsverbandes entstanden ist, ist er inzwischen ein eigenständiges Unternehmen und stellt seine Leistungen den Verbandsmitgliedern nicht unbegrenzt kostenfrei zur Verfügung. Wo verläuft die Grenze zwischen Gratisleistungen und dem, wovon der WIDI seine Existenz bestreitet?

**W. Botz:** In den seit Gründung des WIDI vergangenen Jahren sind viele Veränderungen in unserem Leistungsspektrum eingetreten. Wir haben unsere Servicepalette dem allgemeinen Trend angepaßt, den alle Ärzte und Zahnärzte in ihrer täglichen Arbeit spüren: Die Zeiten der im Gleichschritt mit der Kostenentwicklung wachsenden Einnahmen sind endgültig vorbei. Wer wirtschaftlich vernünftig handeln will, muß seine Zahlen kennen und die Effektivität seiner Praxis erhöhen. Das Unternehmen Praxis muß im betriebswirtschaftlichen Sinn optimal geführt werden, um allen Verpflichtungen gegenüber dem Finanzamt, den Banken und Versicherungen sowie dem medizinischen Fachhandel gerecht werden zu können. Insofern brauchen Ärzte und Zahnärzte professionelle Unterstützung. Sie können diverse Informationsschriften von uns anfordern, sich unverbindlich über unser Angebot informieren

und vorklären, welcher Bedarf an Beratung und Service besteht. Für die einzelnen Leistungen werden von uns Honorare erhoben, die sich entweder nach Umsätzen oder nach der Anzahl des Personals berechnen lassen. Für spezielle Ausarbeitungen, wie die Erstellung einer Niederlassungsplanung oder einer Liquiditätsanalyse, wird vorher die Höhe der zu zahlenden Vergütungen festgelegt. Auf keinen Fall kauft der Mandant „die Katze im Sack“.

**forum:** Der WIDI bietet seine Leistungen in der ganzen Bundesrepublik an, seit der Vereinigung insbesondere in den neuen Bundesländern. Einzelne der dortigen Zahnärzte haben von negativen Erfahrungen berichtet...

**W. Botz:** Falls es in der Vergangenheit Grund zu Kritik gab, so wäre ich interessiert zu erfahren, welche Dinge hier bemängelt werden, damit der Sache nachgegangen werden kann.

Gerade auf die neuen Bundesländer haben wir unsere Angebotspalette speziell abgestimmt. Wegen der hohen Nachfrage an qualifizierter Beratung wurden und werden von uns zahlreiche betriebswirtschaftliche Seminare zu Themen wie Existenzgründung, Buch-

führung und Steuern veranstaltet. Die Resonanz hierauf war bisher sehr groß. Im Anschluß an die Seminare wurden vor Ort Einzelberatungen angeboten und auch angenommen. Sehr viele dieser Zahnärzte sind heute Mandanten bei der nilaplan GmbH.

Im Bereich Versicherungen wurde als Einstiegshilfe insbesondere für Zahnärzte und Ärzte in den neuen Bundesländern eine Broschüre erstellt, die es ermöglicht, sich über den Umgang mit Versicherungen sachkundig zu machen. Eine Besonderheit bei den in dieser Broschüre dargestellten Verträgen ist die sogenannte „Vertrauensgarantie“. Sie ermöglicht es dem Kunden, innerhalb von 6 Monaten nach Unterzeichnung eines Versicherungsantrages vom Vertrag zurückzutreten, wenn er nachweisen kann, daß das gleiche Risiko zu gleichen Bedingungen anderweitig für einen günstigeren Betrag abgesichert werden kann.

**forum:** Ich denke, jetzt haben wir fürs erste genug „gebohrt“. Die nächsten Fragen werden sicher von den einzelnen Ratsuchenden beim DAZ kommen. Vielen Dank für die Informationen über den Wirtschaftsdienst!

Wenn Sie Praxisräume, Geräte, eine Möglichkeit gemeinschaftlicher Niederlassung, eine Assistentenstelle o.ä. **suchen** oder **anbieten** können, setzen Sie doch eine Kleinanzeige ins

„DAZ forum“, in die „DAZ Kontakte“ oder in „der niedergelassene arzt“, die Monatszeitschrift des NAV-Virchowbundes.

Für Mitglieder von DAZ und NAV-VB sind die Annoncen kostenlos.  
Anruf genügt: Tel. 0221/973005-45.

Unsere aktuellen  
**Berufshaftpflicht-Angebote  
für Zahnärzte!**

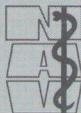
**Kennen Sie günstigere Konditionen?**

**Schicken Sie uns  
den Antwortcoupon.**

**Sie erhalten  
umgehend einen  
individuellen  
Vorschlag.**

**NAV-Wirtschaftsdienst  
für Ärzte GmbH**

Sedanstraße 13-17 • 5000 Köln 1  
Telefon (0221) 97 355 124



**Wenn Sie ambulant  
behandeln:**

**DM 314,30\***

Für diesen Beitrag wird geboten:

- *Deckungssummen von*  
DM 2.000.000 *pauschal für Personen- und  
Sachschäden und*  
DM 25.000 *für Vermögensschäden*
- *Privathaftpflicht-Versicherung*
- *Sachschäden an gemieteten Praxisräumen*
- *Abwässerschäden*
- *Mitversicherung der von Patienten und  
Besuchern eingebrachten Sachen.*

**\* Stand: 1. April 1992  
zuzüglich 10 % Versicherungssteuer**

## Antwortcoupon

Bitte ausschneiden und einsenden an: NAV-Wirtschaftsdienst für Ärzte • Sedanstraße 13-17 • 5000 Köln 1.

**Bitte senden Sie mir Ihren Vorschlag zur Berufshaftpflicht-Versicherung!**

Ich bin tätig als Zahnarzt und behandle

nur ambulant

ambulant und stationär mit

\_\_\_\_\_ Belegbetten

niedergelassenen seit \_\_\_\_\_

Ich habe bereits eine Haftpflicht-Ver-  
sicherung abgeschlossen, bitte sprechen

Sie mich spätestens im \_\_\_\_\_  
19 \_\_\_\_\_ wieder an.

Absender nicht vergessen

03(50/51)832

# Vorsicht: Staatsanwalt

C. Sachse

**Patientendaten: Der Fall Theissen zeigt überdeutlich: Richter und Staatsanwälte haben ein gestörtes Verhältnis zu Ärzten. Am schlimmsten aber ist, daß durch den Richterspruch das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zu Grabe getragen wurde.**

Der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Erwin Hirschmann, reagierte richtig böse: „Während in allen gesellschaftlichen Bereichen sensible Daten geschützt werden, wird die Ärzteschaft einem Procedere ausgesetzt, das der Aufhebung des Beichtgeheimnisses gleichkäme.“

Die Erregung ist nur zu verständlich. Mit dem Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) wurde Schnüffeleien in Patientendaten Tür und Tor geöffnet. Zu den Abtriebungsentscheidungen, die der Frauenarzt Dr. Horst Theissen getroffen hat und bei denen er immer eine unabwendbare Notlage erkannte, mag man stehen, wie man will. Die betroffenen Frauen waren in Not und in einer Zwangssituation, zu Theissen hatten sie Vertrauen und kamen mit ihren Problemen zu ihm. Er hat ihnen in seiner Funktion als Arzt geholfen. Die Gerichte werden sich noch darüber die Köpfe zerbrechen, ob der Angeklagte seiner Pflicht genügt hat, die näheren Umstände aufzuklären. Und erweisen muß sich auch erst noch, inwieweit die anstehende Entscheidung des Bundestages über die Neufassung der §§ 218 und 219 diesen Fall berühren wird.

Bezweifeln läßt sich schon heute, ob die Überprüfung der individuellen menschlichen Belastbarkeit und des materiellen Tatbestandes nicht überhaupt jedes vernünftige Maß ärztlicher Beurteilungsmöglichkeit überschreitet. Hirschmann: „Es entsteht die groteske Situation, daß Staatsanwaltschaften und Gerichte letztlich den Maßstab ärztlicher Handlung bestimmen und in dessen Folge Ärztinnen und Ärzte zur Verantwortung ziehen.“

Aber die Beschlagnahme der Patientenkartei berührt jeden Arzt schon jetzt unmittelbar. Der 1. Strafsenat des BGH erklärte die Beschlagnahme jedenfalls für rechters. Er begründete, daß ein Verbot nur für den Arzt als Zeugen und nicht als Beschuldigten gelte.

Das geht dann schon ans Eingemachte, und die Arzt-Patienten-Beziehung wird ins Mark getroffen. Als oberster Kontrollletti mischt sich der Staat, jetzt auch noch mit dem Segen der Justiz, in intimste Angelegenheiten, die niemand freiwillig den Augen und Ohren von Fremden anvertrauen würde.

Die Frage für Patienten und Ärzte lautet nun: Wenn der Staat das Vertrauensver-

hältnis in einem Arzt-Patienten-Gespräch derart ausschlagen darf, was wird der Patient in Zukunft an Informationen herausrücken und welche notiert sich der Arzt noch?

Zumal die Beschlagnahme jeden Arzt jederzeit treffen kann. Und zwar aus Anlässen, die mit den geheimen Daten der Patienten gar nichts zu tun haben. Liegt der Verdacht der Steuerhinterziehung vor, könnte prompt die Patientenkartei konfisziert werden.

Für den Fall, daß der Staatsanwalt auftaucht ist es wichtig, kühlen Kopf zu bewahren und keine Fehler zu machen. Was Sie beachten müssen, hat Dr. Gert Cornelius, Justitiar des NAV-Virchow-Bundes, zusammengestellt.

### Verhaltenskodex

Wenn der Staatsanwalt anrückt und Ihre Praxis- und Privaträume durchsuchen will, beachten Sie das Folgende:

1. Bleiben Sie ruhig, reagieren Sie sachlich.
2. Es gibt keine Pflicht zur Mitwirkung – Sie müssen also nicht beim Suchen helfen.
3. Bei der Durchsuchung können Sie anwesend sein, müssen es aber nicht. Sind Sie nicht da, die Räume aber verschlossen, darf sich der Staatsanwalt Zutritt verschaffen. Eine Durchsuchung zur Nachtzeit ist in der Regel unzulässig. Nachtzeit ist: vom 1.4. bis 30.9. von 21 bis 4 Uhr, vom 1.10. bis 31.1. von 21 bis 6 Uhr.
4. Lassen Sie niemand ohne Hausdurchsuchungsbefehl und Vorzeigen der Dienstaussweise eintreten. Kopieren Sie sich die Anordnung und die Namen der Staatsdiener.
5. Benachrichtigen Sie Ihren Rechtsanwalt. Er hat zwar kein Anwesenheitsrecht, der Staatsanwalt verweigert die Anwesenheit aber meist nicht.
6. Keine Aussage ohne Anwalt.
7. Machen Sie keinerlei unbedachte Äußerungen.
8. Notieren Sie, wie sich die Durchsuchung abspielte. Falls der Staatsanwalt oder Richter nicht bei der Durchsuchung zugegen sind, können Sie die Beiziehung von zwei neutralen Durchsuchungszeugen verlangen. Es darf sich dabei nicht um Polizisten oder Hilfsbeamte der Staatsanwaltschaft handeln.
9. Findet die Durchsuchung in den Sprechstunden statt, schicken Sie sofort alle Patienten weg.
10. Eine Beschlagnahme von Unterlagen können Sie nicht verhindern. Geben Sie diese aber nicht ohne schriftliche Bestätigung heraus. Auf Ihr Verlangen müssen die Behörden Ihnen unverzüglich Kopien der mitgenommenen Daten herausgeben.
11. Mitnehmen kann der Staatsanwalt

alles, was er für wichtig hält. Gerade Abrechnungsunterlagen sind beliebte „Zufallsfunde“.

12. Seien Sie vorsichtig, wenn Sie Ihren Helferinnen in Anwesenheit des Staatsanwaltes Anweisungen geben. Da werden sehr schnell Verschleierungsabsichten unterstellt.
13. Die Helferinnen können die Aussa-

ge verweigern, wenn sie Angst haben, sich selber zu belasten. In diesem Fall sollten Sie ihren Helferinnen einen Anwalt empfehlen.

C. Sachse

*Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Verlags aus „der niedergelassene arzt“ Nr. 2/1992*

### **Zahnärztinnen im Deutschen Ärztinnenbund – damit Berufspolitik nicht nur von Männern gemacht wird!**

*In Oldenburg hat sich aufgrund der Initiative von Frau Dr. Bettina Wolf Ende 1991 eine neue Gruppe des Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB) e.V. gegründet, zu der auch drei ortsansässige Zahnärztinnen zählen.*

*Ziel der Gruppe ist es, aktiv an der Gestaltung des Berufsbildes der Ärztin und an den Formen der Berufsausübung sowohl in der Klinik als auch in der Praxis mitzuwirken.*

*Zunächst sind zweimonatliche Treffen, Informations- und Diskussionsabende geplant. Zuviel Berufspolitik wird z.Zt. noch immer von den männlichen Kollegen geleistet, v.a. in den Kammern und K(Z)Ven – in den meisten Vorständen gibt es nicht mal eine Frau und das bei der Vielzahl der berufstätigen Kolleginnen in Klinik und Praxis.*

*Ansprechpartnerin für Kolleginnen im DAZ: Silke Lange  
Blumenstr. 2, 2900 Oldenburg  
Tel: 0441-13362*

### **Berichtigung**

*Beim Nachdruck des Beitrags „Quecksilber-Exposition und ihre Folgen“ von PD Dr. Halbach im Forum 36 haben wir einen unvollständigen Quellenachweis veröffentlicht, den wir hiermit korrigieren:*

*Der Nachdruck des Beitrags von S. Halbach erfolgte mit freundlicher Genehmigung des Deutschen Ärzteverlags aus dem Deutschen Ärzteblatt 87 (1990) A-464-470 [Heft 7]*



*Geben Sie Ihre  
Anzeigen immer  
rechtzeitig auf!*

*Anzeigenschluß für  
die nächste Ausgabe:*

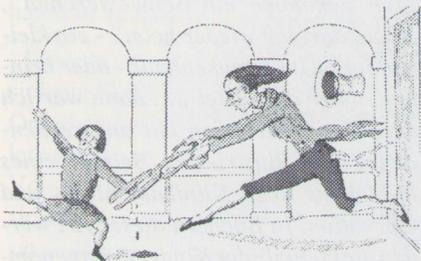
*15.06.1992*

## Finger als Spielkameraden Ulmer Zahnärzte begegnen dem Daumenlutschen mit Phantasie

I. Berger

Mancher von uns kennt die Geschichte aus seiner Kindheit noch: Der kleine Konrad bleibt allein zu Haus und nimmt zum Trost - entgegen der mütterlichen Warnung - den Daumen in den Mund.

Da stürzt schon der Schneider ins Zimmer: „und er schneidet - klipp und klapp - mit der Scher' die Daumen ab, mit der großen scharfen Scher'!. Hei, da schreit der Konrad sehr.“



Daß Daumenlutschen bedenklich ist, weil es in vielen Fällen zu behandlungsbedürftigen Fehlentwicklungen von Kiefern und Zähnen führt, weiß man heute besser noch als zu Struwelpeters Zeiten. Aber mit Drohungen wie in der Konrad-Geschichte, Strafen, Liebesentzug, dem Bestreichen der Finger mit übel-schmeckenden Substanzen wird

man diesem oft auf frühen Frustrationen beruhenden Verhalten nicht wirkungsvoll begegnen können; vielmehr verstärkt man so die seelischen Probleme des Kindes und gibt ihm umso mehr Grund, im Nuckeln Trost zu suchen.

Dabei gibt es durchaus humane und kindgerechte Methoden, diese Gewohnheit abzubauen. Wie die Informationsstelle der Deutschen Zahnärzte in ihrem Pressedienst vom 14.1.1992 ausführt, haben sich auf diesem pädagogischen Feld inzwischen auch Zahnmediziner engagiert. Prof. Dr. F. G. Sander und Frau Dr. A. Weinreich von der Unizahnklinik Ulm sind auf die Idee gekommen, Kinder von Daumenlutschen abzubringen, indem sie den Fingern eine damit unvereinbare Funktion geben, sie nämlich durch aufgemalte bunte Gesichter in kleine Spielkameraden verwandeln. Mit Naturfarbstoff wird dem Kind - seinen eigenen Wünschen entsprechend - ein kleines Gesicht auf seinen Lutscherfinger gemalt. Der so entstandene Spielkamerad nimmt am Tagesablauf teil, geht mit in den Kindergarten, hilft bei den Hausaufgaben, ärgert die Geschwister... Wie das Kind, so wird erklärt, fürchtet er sich vor Dunkelheit. Und dunkel ist es z.B. im Mund.

Entscheidend neben dieser originellen Idee ist sicher der Grundansatz der Mediziner: Sie versuchen von Anfang an, Verständnis für die Situation des Kindes zu wecken und zu erreichen, daß seine Eltern es bei dem Lernprozeß, sich das Lutschen abzugewöhnen, nicht allein lassen, sondern aktiv unterstützen. Statt Strafen und Entzug der elterlichen Liebe erlebt das Kind bei der von Sander und Weinreich entwickelten Methode etwas Positives - es bekommt den gemalten Spielgefährten und erfährt zugleich intensive Zuwendung der Eltern, die ihm täglich neu das Gesichtchen auf

den Finger malen und mit ihm über den kleinen Gefährten sprechen.

Bei jüngeren Kindern zeigte sich, daß sie sich in hohem Maße mit der Spielfigur identifizierten, für sie Verantwortung übernahmen und so das Lutschen einstellten. Aber auch bei älteren Kindern (9-10 Jahre) konnten Erfolge erzielt werden: sie fanden das Ganze bald albern, und hörten schon deshalb mit dem Lutschen auf. - Vielleicht eine Anregung zum Umgang mit den Dauernlutschern unter Ihren kleinen Patienten?

I. Berger

### **Damit die Zeit im Wartezimmer nicht lang wird: Bilderbücher für die kleinen Patienten**

Der Pestalozzi-Verlag in Erlangen, der übrigens seit fast 150 Jahren Bilderbücher auf den Markt bringt, präsentiert in seiner Reihe „pestalozzi PLUS“ Bücher fürs Kindergartenalter: anschauliche Bilder mit wenig Text auf strapazierfähigem Karton, mit Alltagsszenen, wie die Kinder sie selbst erleben. „Meine Zähne sind gesund“ handelt vom gesunden Essen, vom Zähneputzen, vom Zahnarztbesuch, bei dem die Kinderzähne alle noch in Ordnung sind, ein wackelnder Milchzahn für einen bleibenden Zahn Platz machen muß und der Zahnarzt nur beim Vater (karies-mäßig) fündig wird. Andere Bücher behandeln Themen wie

„Ich bekomme ein Schwesterchen“, „Bald darf ich wieder heim“ - ein kleiner Junge im Krankenhaus - oder bringen, unter dem Titel „...dann war ich wieder gesund“, den mit ansprechenden Fotos illustrierten Bericht eines Mädchens über Klinikaufenthalt und Operation. In Büchern dieser Art werden die Gefühle der Kinder ernstgenommen. Es wird versucht, ihre Ängste vor Krankheiten und medizinischen Maßnahmen durch Vermittlung von Vertrauen in die helfenden Personen und durch Information über das, was Ärzte und Assistenzpersonal tun, abzubauen, sowie ihnen aufzuzeigen, wo sie selbst etwas für ihr Gesundbleiben tun können - insgesamt eine Lektüre, die mit dazu beiträgt, die Kinder von heute zu mündigen Patienten von morgen zu machen. (ib)

# *Buchbesprechungen*

## **Farbatlas der Traumatologie der Zähne**

**J.O. Andreasen/ F. M. Andreasen**

Deutsche Übersetzung von J. Becker

Deutscher Ärzte-Verlag GmbH 1992

168 S., 551 Abb., DM 198,-

ISBN 3-7691-4038-9

Patienten mit einem Frontzahntrauma kommen meist völlig unerwartet in die Praxis. Jeder Zahnarzt steht vor der – immer stressigen – Situation, schnelle Entscheidungen zu treffen und sofort handeln zu müssen.

Diesem schwierigen Komplex widmet sich ein Farbatlas, in dem zwei dänische Oralchirurgen die verschiedenen Verletzungsarten systematisch abhandeln. Von Kronenfrakturen über Ex-/Intrusionen, Luxationen und Alveolarfortsatzfrakturen werden alle klinischen Schweregrade dargestellt.

Beim Verfolgen der zahlreichen Fotosequenzen fällt auf, wie selten hier selbst tiefe Trümmerfrakturen zur Zahnentfernung führen, sondern die Zahnerhaltung, vor allem mit Hilfe moderner Pulpenschutz- und Schienungstechniken, angestrebt wird. Erfahrene Praktiker werden hier und da die angegebenen günstigen Langzeitprognosen mit einem gewissen Pessimismus betrachten, der

dann später im Text auch z.T. bestätigt wird.

Ein ausführliches Eingangskapitel rekapituliert den systematischen Untersuchungsgang; sehr gut! Hilfreich sind im Anhang zur Kopie empfohlene Notfall-Befundbögen. In den 9 folgenden Kapiteln werden alle in Frage kommenden klinischen und therapeutischen Varianten beschrieben, von der indirekten Pulpenüberkappung, der Refixierung peripherer Fragmente bis zur Ex- und Replantation traumatisierter Frontzähne.

Dieses Lehrbuch regt in hohem Maße dazu an, komplizierte Zahnverletzungen weniger radikal anzugehen, Replantationen zum Beispiel häufiger als bisher zu versuchen und die prothetische Indikation als ultima ratio zu betrachten.

In Praxen mit täglich anfallender Chirurgie sollten Frontzahntraumen mit dem hier vorgestellten Standard versorgt werden können; mindestens als Zielvorstellung. Dazu ist dieser Farbatlas eine

gute Handlungsanweisung. Allen (auch kieferchirurgisch tätigen Kollegen wird deshalb diese Dokumentation aus dem Kopenhagener Reichshospital als Anregung, Maßstab oder gar Bestätigung empfohlen.

Aber auch alle Zahnärzte mit großen Allgemeinpraxen werden aus diesem Lehrbuch diagnostische und therapeutische Sicherheit beziehen, insbesondere dann, wenn – wie in ländlichen Bereichen – keine Kiefer-/Oralchirurgen schnell erreichbar sind. Diese Praktiker sind dann weit und breit die Spezialisten für solche immer mehr oder weniger dramatischen Situationen.

#### Kritik?

Ja; sie gilt vielen (zahn-)medizinischen Neuerscheinungen, soll jedoch an diesem Werk exemplarisch geäußert werden: Auf dem Fachbuchsektor herrscht eine nicht immer vernünftige, übertriebene Prächtigkeit, die logischerweise ihren Preis hat, in der Regel dreistellig.

Da die potentiellen Abnehmer dieses Farbatlanten durchweg Profis sind, erweisen sich die vielfachen eher simplen Querschnittszeichnungen von Zähnen (S. 21, 22, 47, 48, 50, 77, 103 usw.) als überflüssig. Eine ‚Kronenfraktur‘ z.B. ist dem Fachmann geläufig, sie muß nicht wiederholt schematisch erläutert werden. Ebenso klar ist eine vollständige Luxation‘, bei der hier ein überdimensionaler, 12 cm langer Zahn selbst aus dem Bildrand noch herausfällt (S. 113). Zeichnungen trivialer Tat-

bestände in Fachbüchern bieten keinen Zuwachs an Wissen, sie sind deshalb entbehrlich.

So banale Zusammenfassungen wie: ‚Allgemeine Prognose entsprechend den einzelnen Behandlungsschritten.‘ (S. 61) sind einfach ärgerlich. Ebenso reihenweise leere, halbleere Hochglanzseiten, Fettüberschriften und Großdruck im Text, als wenn die hier angesprochenen Operateure alle fehlsichtig wären.

Gegen die Übernahme der englisch beschrifteten Computergraphiken sollte man – im Rahmen der sonst gut übersetzten – deutschen Version nichts haben, wenn dieser Verzicht aus Kostengründen erfolgte. Was bedeuten Abkürzungen wie PDL (S. 82), OI und BI (S. 89)? Wenig überzeugend sind reihenweise Graphiken über prognostisch günstige/ungünstige Verläufe z.B. ‚Vitalerhaltung der Pulpa nach partieller Amputation‘ (S. 44), ohne daß eine Relation der Zeit angegeben ist.

Weniger wäre also mehr! Sorgfältige Recherche ist wichtiger als bestechende Präsentation! Es ist ein Trugschluß, daß alle Kollegen die fast obligatorischen DM 200,— und mehr lässig auf den Tisch blättern könnten oder wollten. Das gilt insbesondere für unsere ostdeutschen Kollegen, die sich ja häufig erst eine aktuelle Handbibliothek aufbauen müssen. Der breiten und effektiven Fortbildung wäre es dienlicher, Fachbücher zu schaffen, die nicht ‚billig‘, aber scharf kalkuliert sind, die so konzentriert wie

möglich, so ausführlich, so gut und robust wie nötig sind.

Angesichts der kurzen ‚Halbwertszeit‘ medizinischer Erkenntnisse werden auch die edelsten Farbatlanten bald in den Regalen verstauben. Diese und andere Überlegungen sollten in den Verlagen

zu einer angemessenen, materiell weniger aufwendigen Produktion und einer neuen Preispolitik führen.

Dr. Christian Nielsen  
Lindenschmitstr. 44  
8000 München 70

## Trinkwasserfluoridierung auch in der Bundesrepublik Deutschland? Eine Expertenbefragung

R.P. Nippert, T. Grönich

Quintessenz Bibliothek 1992, 88 Seiten, 54,— DM

Es ist schon ein bißchen befremdlich, daß – zumindest in der aktuellen Presseinformation zu diesem Buch – mit keinem Wort erwähnt wird, daß es seit September 1991 fluoridiertes Speisesalz in der Bundesrepublik gibt, ein Tatbestand, der die Trinkwasserfluoridierung (TWF) überflüssig gemacht hat. Noch befremdlicher ist allerdings, daß die Expertenbefragung, auf der das Buch basiert, bereits acht Jahre zurückliegt und erst jetzt veröffentlicht wird!?

Und daß „Speisesalzfluoridierung... in entscheidenden Hinsichten Nachteile hat, wenn sie in den Dimensionen Effektivität, Wirtschaftlichkeit und Realisierbarkeit (!) beurteilt wird...“, das mag jemand noch vor 8 Jahren gemutmaßt haben – als Presseerklärung vom Februar 1992 ist diese Behauptung schlicht falsch und gegenüber Medien, die dies veröffentlichen sollen, eine Zumutung.

Wenn sich bei der Lektüre auch immer wieder der Eindruck einschleicht, daß hier ein Ladenhüter noch schnell auf den Markt geworfen werden sollte – das wiederholt beklagte Fehlen epidemiologischer Daten zur Kariesprävalenz in Deutschland steht den in Fußnote nachgeschobenen IDZ-Daten von 1990 gegenüber – so liegt die Stärke der Studie zweifellos in den beiden ersten Kapiteln, die einen umfassenden Überblick über die Kariesprophylaxe mit Fluoriden im allgemeinen und mittels Trinkwasserfluoridierung im besonderen vermitteln – eine wahre Fundgrube für Fakten, Daten, Zahlen.

Beeindruckend vor allem das Literaturverzeichnis, das, ebenso wie der laufende Text, viel (m.E. zuviel) Aufmerksamkeit Fluoridgegnern wie Schnitzer, Schöhl und Ziegelbecker schenkt – sie sind schließlich alle keine wissenschaftlichen Fachleute – andererseits unverzichtbare Veröffentlichungen wie Clem-

mesen (Reviews, Analyses, WHO-Bulletin) oder Rübiger (Zahnmed. Prävention, Campus-Verlag) vermissen läßt.

Besonders interessant erschien mir das Ergebnis der Expertenbefragung (7 Zahnmed. Hochschullehrer, 1 Molekularbiologe, 1 Bakteriologe) dort, wo es um die Einstellung gegenüber der TWF ging: 8 von 9 erklärten, daß sie voll dafür seien; uneingeschränkt bereit, sich dafür öffentlich einzusetzen, waren jedoch nur noch 3; 2 lehnten dies kategorisch ab. Immerhin wurde aber von allen der Mangel an zahnmedizinischen Präventionsprogrammen beklagt (1984 – danach ist auch nicht viel mehr passiert), „auf die Tradition der Zahnmedizin in Deutschland, die vorwiegend auf kurativer Tätigkeit basiere“, verwiesen und darauf, daß die Mehrzahl der niedergelassenen Zahnärzte gar nicht präventiv ausgebildet ist und kein Honoraranreiz für die Prophylaxe besteht (besonders hieran hat sich nichts geändert).

Daß es (1984) „keine direkte Stellungnahme professioneller Zahnärztereinigungen gibt, die sich mit der Trinkwasserfluoridierung befaßt“, stimmt nicht, wie die DAZ-Grundsatzprogramme 1979, 1980 und 1983 zeigen. Aber das nur nebenbei.

Vergeblich gesucht habe ich in der Studie die Feststellung, daß bei der TWF das gesamte Leitungswasser fluoridiert werden muß, jedoch nur ca. 1 % davon getrunken wird und damit seinen eigentlichen Zweck erfüllt. Hierfür sich dem Vorwurf der Zwangsmedikation aussetzen und die apparativen, personellen

und finanziellen Schwierigkeiten in jeder einzelnen Gemeinde aus dem Weg zu räumen, war für die Bundesrepublik schon immer ein unrealistisches Vorhaben. Deshalb wird von den Experten mit Recht schon 1984 eingeräumt, „es sei vielmehr viel lohnender, sich für die Salzfluoridierung zu verwenden“. Ob und in welcher Form das geschah, bleibt im Dunkeln – der Erfolg war, wie bekannt, ja erst 1991 dem DAZ beschieden, obwohl die Vorteile des fluoridierten Speisesalzes offenkundig sind:

- eine Fluorid-Überdosierung ist mit dem Salz ausgeschlossen
- diese Maßnahme ist freiwillig
- sie kostet die öffentliche Hand keinen Pfennig und
- belastet die Umwelt 200 mal niedriger als das fluoridierte Leitungswasser (Rübiger)
- außerdem ist mit dem kombiniert fluoridiert-jodierten Salz eine Doppelprophylaxe gegeben.

Natürlich war dies auch 1984 schon bekannt, ist aber in der Studie nicht zu finden.

Alles das wird es dem Verlag schwer machen, das – noch dazu mangelhaft gebundene – Buch zum Preis von 54.-DM unter die Leute zu bringen. Ich kann es – wenn überhaupt – nur denjenigen empfehlen, die sich wissenschaftlich mit dem Vergleich verschiedener Fluoridierungsmaßnahmen befassen und/oder auf der Suche nach einer exotischen Literaturstelle sind.

Dr. Hanns-W. Hey  
Lindenschmitstr. 44, 8 München 70

Zwei Neuerscheinungen zum Thema Implantologie:

## **Enossale Implantationen in der Zahnheilkunde (der neue Tetsch)**

2., vollständig neubearbeitete Auflage

Carl Hanser Verlag

352 Seiten, Preis 389,00 DM

Dieses Werk ist ein Lehrbuch und Atlas über enossale Implantationen - mit Schwerpunkt auf rotationssymmetrischen Systemen. Da der Autor sich im wesentlichen beschränken wollte auf Verfahren, mit denen er genügend eigene Erfahrung besitzt und deren Erfolgsicherheit durch wissenschaftliche Untersuchungen hinreichend bestätigt ist, sucht man eine kritische Würdigung von Extensionsimplantaten oder des französischen Disc-Systems vergeblich; folgerichtigerweise wird auch nicht der Anspruch erhoben, ein umfassendes Lehrbuch des gesamten Fachgebiets zu präsentieren.

Wenn der Leser diese Einschränkungen beim Anschaffen des Buches berücksichtigt, wird er nicht enttäuscht werden. Systematisch, klar und verständlich werden die einzelnen, bei der implantologischen Tätigkeit zu beachtenden Schritte beschrieben und durch Bilder veranschaulicht.

Beginnend mit den notwendigen Voraussetzungen in der Praxis (auf Seiten des Zahnarztes und der Patienten), wird der Leser über ein von Prof. W. Wagner

erstelltes Kapitel, das, sehr gründlich dokumentiert, Implantatmaterialien und Werkstoffe behandelt, an die einzelnen enossalen Implantatsysteme herangeführt. Ausführlich besprochen werden nur rotationssymmetrische Systeme: transdentale Fixationen, Sofortimplantate (Frialit, Bioceram), Spätimplantate (Zylinder: IMZ, Novoplant, Lock, und als Schrauben: Branemark Bonefit, TPS, HA-TI und Biolox).

Weitere Kapitel sind den verschiedenen Indikationsbereichen gewidmet (Einzelzahn, reduzierte Bezahnung, zahnloser Kiefer), dem notwendigen Recall, der Dokumentation und den Ergebnissen. Besonders sei auf ein Kapitel von U. Dietrich und P. Skop hingewiesen, welches sich anschaulich mit den möglichen Komplikationen beschäftigt.

Dieses Buch ersetzt sicherlich keine Fortbildungen für den implantologisch interessierten Praktiker, ermöglicht es aber, sich einen Überblick über oben genannte Systeme zu verschaffen, bevor man sich auf teure Fortbildung einläßt. Für denjenigen, der selbst nicht auf

dem Gebiet der Implantologie tätig werden will, ist es ebenfalls zu empfehlen, denn es liefert das theoretische Rüstzeug, um die eigenen Patienten bei

ihren immer häufiger geäußerten Fragen nach Implantaten kompetent zu beraten.

Ein teures, aber gutes Buch.

## Jahrbuch für orale Implantologie 91

Quintessenz Verlag, Berlin, Preis: 198,00 DM

Im Gegensatz zum oben besprochenen Buch über enossale Implantologie ist das Jahrbuch wohl nur für den implantologisch tätigen Kollegen interessant. Es ist die Buchversion der wichtigsten Vorträge, die auf der Jahrestagung der Gesellschaft für Orale Implantologie gehalten wurden.

Hauptthema der Tagung waren „Superstrukturen“ auf Implantaten; gut 50 % der Beiträge behandeln dieses Thema. Ein weiterer Themenblock läßt sich unter dem Titel „Grundlagenforschung“ subsummieren und widmet sich den Ergebnissen dieses Bereiches mit durchaus wichtigen Berichten für den implantologisch tätigen Zahnarzt. Des weiteren finden sich diverse Vorträge verschiedener Art, deren Inhalte nicht unbedingt von allgemeinem Interesse sind.

Alles in allem ist in dem Buch einiges an Lesens- und Wissenswertem zusammengetragen.

Freundlicher Zahnarzt (28 J)  
Examen 7/92, sucht ab September 1992

### Vorbereitungsstelle

im Raum Köln/Bonn mit Möglichkeit zur  
oralchirurgischen Fortbildung  
Bruno Imhoff, Generaloberst-Beck-Str. 5  
6500 Mainz 42, Tel.: 0 61 31/ 57 84 46

Für den einzelnen Zahnarzt lohnt sich meines Erachtens die Anschaffung jedoch nicht. Sinnvollerweise sollte das Werk von den zahnärztlichen Bezirksverbänden verliehen oder auch von den implantologischen Verbänden den Mitgliedern zum Ausleihen zur Verfügung gestellt werden.

Dr. Knut Krützmann  
Wagmüller Str. 21, 8000 München 22

Zahnarzt sucht

### Praxisübernahme

per Ende 1992 / Anfang 1993 in Köln.  
Chiffre: DAZ 1669

### Zahnarzt in NRW-Universitätsstadt

Alteingesessene, sehr gepflegte zahnärztliche Bestellpraxis, 2 BHZ, mit hohem Privatanteil in guter Stadtrandlage und besten infrastrukturellen Voraussetzungen nahtlos zum 1.7.92 oder später abzugeben. Überdurchschnittliche Umsätze in den letzten Jahren bei sehr günstiger Kosten-/Ertragsrelation. Weitere Umsatzsteigerungen sind gegeben durch Ausweitung des Leistungsangebotes, z. B. KFO, da in unmittelbarem Einzugsgebiet nicht vorhanden.

Angebote an: NAV Wirtschaftsdienst  
Herrn Axel Baumgart  
Brücker Mauspfad 613, 5000 Köln 91  
Tel.: 0221/ 84 30 25, Fax 0221/84 50 40

---

# 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.

### Kooperation mit dem NAV

Der DAZ ist ein Bündnis eingegangen mit dem Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands NAV-Virchowbund, um so gemeinsame gesundheits- und berufspolitische Positionen effektiver vertreten zu können und die fachliche Zusammenarbeit zwischen Human- und Zahnmedizin zu verstärken.

### Studiengruppen

Die Mitglieder des DAZ sind, soweit geographisch möglich, in regionalen Studiengruppen zusammengeschlossen, die regelmäßig praxisnahe Fortbildungsveranstaltungen und Gesprächsabende anbieten. Neben der Diskussion aktueller Berufsprobleme und standespolitischer Fragen wird der offene kollegiale Gedankenaustausch gepflegt. Außerdem besteht die Möglichkeit zum gegenseitigen Kennenlernen.

### 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 sowie das monatliche Informationsblatt *Kontakte* heraus.

### Serviceleistungen

Der DAZ bietet seinen Mitgliedern – z. T. in Kooperation mit dem NAV-Virchowbund – Serviceleistungen in folgenden Bereichen an:

- Informationen zu Versicherungs- und Finanzierungsfragen
- Gruppenverträge für Krankenversicherungen
- Hilfestellungen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Begutachtungen
- Beratung zur Assistentenausbildung
- Beratung bei Praxisneugründung.

---

## Standespolitik

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

- eine vorurteilsfreie Diskussion der Berufsprobleme in den Medien der Körperschaften
- die Überwindung des organisierten Mißtrauens zwischen Krankenkassen und Zahnärzten durch partnerschaftliche Zusammenarbeit
- zukunftsorientierte Perspektiven, statt kurzfristiger finanzieller Forderungen,
- die Erhaltung des Sachleistungsprinzips als Grundlage der Therapiefreiheit.

## Qualität

Um die Therapiefreiheit und die Einzelleistungsvergütung zu bewahren, muß die zahnärztliche Behandlungsqualität gesichert werden. Der DAZ fordert daher:

- eine vernünftige, an Qualität orientierte Wirtschaftlichkeitsprüfung der KVZen
- die Entwicklung und Einführung von Qualitätssicherungsprogrammen durch Kammern und KVZen.

## Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe

Breitenwirksame Vorbeugungsmaßnahmen in Kindergärten und Schulen sind zwingend erforderlich. Der DAZ fordert:

- bundesweit einheitliche Regelungen durch Jugendzahnheilkundengesetze
- Ausbildung & Einsatz v. Prophylaxepersonal
- finanzielle Anreize für Versicherte bei Inanspruchnahme regelmäßiger Kontrollen
- Zulassung eines deutschen Fluoridkochsalzes

## Delegation

Die zahnärztlichen Assistenzberufe können mehr leisten, als in ihren Berufsbildern beschrieben ist. Der DAZ fordert daher eine Erweiterung der Kompetenzen bei:

Prophylaxe und Hygieneaufklärung; Ernährungsberatung; Behandlungsassistenten

## 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 im Verband  
der niedergelassenen Ärzte Deutschlands NAV-Virchowbund  
ist der zweitgrößte zahnärztliche Berufsverband in Deutschland.

Das DAZ *forum* ist die Verbandszeitschrift des DAZ.

## Impressum

- **Redaktion:**  
Irmgard Berger, Dr. Hanns-W. Hey,  
Silke Lange, Dr. Knut Krützmann,  
Dr. Rainer Küchlin, Dr. Karlheinz Plecher
- **Anschrift der Redaktion:**  
Redaktion DAZ *forum*,  
NAV-Virchowbund-DAZ  
Belfortstr. 9, 5000 Köln 1  
Tel.: 0221/973 005-45 Fax: 0221/7 391 239
- Das DAZ *forum* erscheint viermal jährlich.  
Auflage 2.500 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 kann aber nicht zugesichert werden.
- **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 entgegennehmen bei Bedarf Ihre Anzeige nach Ihren Angaben oder Skizzen.
- **Inseratpreise:**  
Ganze Seite DIN A 5: DM 550.-  
Halbe Seite: DM 350.-
- Beilagen im DAZ *forum* sind nur nach Rücksprache mit der Redaktion möglich.
- **Satz:**  
GASSENHUBER desktop publishing  
Obere Bachgasse 7, 8400 Regensburg
- **Druck:** Arnold, Kötztlingerstr. 10,  
8400 Regensburg



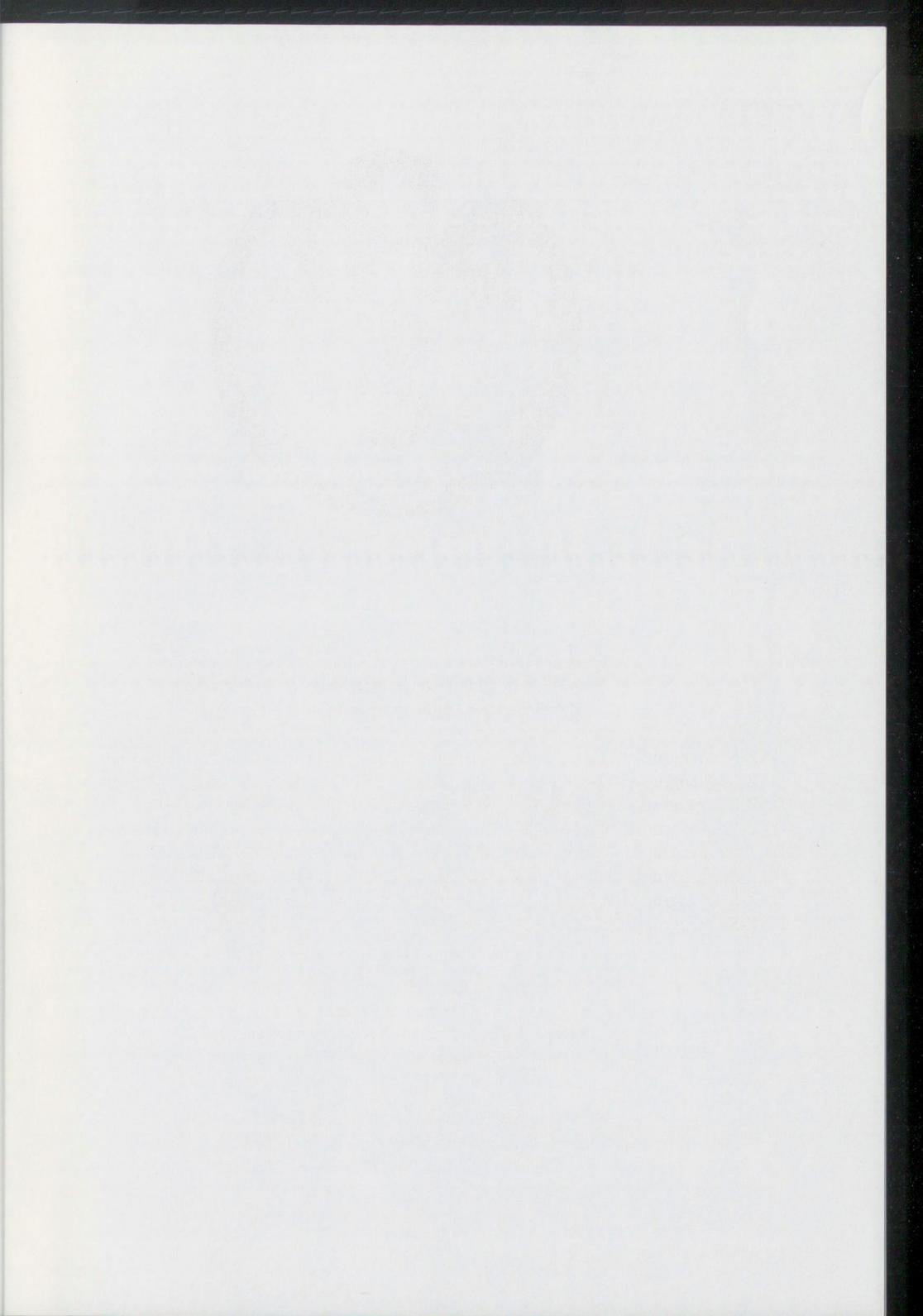
Wenn Sie Interesse an unserer Arbeit haben und Näheres erfahren möchten, so wenden Sie sich bitte an eine der folgenden Studiengruppen-Geschäftsstellen:

DAZ-Studiengruppe Chemnitz, Dr. Ralf Eisenbrandt, Markusstr. 8, O-9072 Chemnitz  
DAZ-Studiengruppe Elbe-Weser, ZÄ Maren Hauschildt, Kiefernweg 25, 2114 Hollenstedt-Appel  
DAZ-Studiengruppe Freiburg, Dr. J. Krämer, Hauptstr. 215, 7809 Denzlingen  
DAZ-Studiengruppe Hamburg, Dr. T. Murphy, Max-Brauer-Allee 126, 2000 Hamburg 50  
DAZ-Studiengruppe Oberpfalz, Dr. K. Plecher, Auf der Schanze 1, 8490 Cham  
DAZ-Studiengruppe Oldenburg, R. Tödtmann, Oldenburger Str. 291, 2902 Rastede  
DAZ-Studiengruppe München, Dr. A. Maurer, Wöhlerstr. 20, 8000 München 60  
DAZ-Studiengruppe Schleswig-Holstein, ZA Wolfram Kolossa, Bahnhofstr. 43, 2306 Schönberg

oder an

Irmgard Berger  
Referat Zahnmedizin im NAV-Virchowbund-DAZ  
Belfortstraße 9, 5000 Köln 1  
Tel.: 02 21 / 973 005 - 45, Fax: 02 21 / 7 391 239

oder an das Pressereferat des DAZ  
Lindenschmitstraße 44, 8000 München 70  
Tel.: 089 / 7 250 246, Fax 089 / 7 250 107





Wegen der Wichtigkeit unserer Arbeit haben wir Näheres  
erläutern müssen, so werden Sie sich nicht zu einer  
beliebigen Studiengruppe-Gesellschaft...

- DAZ-Studiengruppe Chemnitz, Dr. Ralf Eisenbrandt, Marktweg 4, D-9073 Chemnitz
- DAZ-Studiengruppe Chemnitz, ZA Maria-Rosebüchel, Eifersweg 25, D-14 Hellenstraße-Apostel
- DAZ-Studiengruppe Chemnitz, Dr. J. Kramer, Hauptstr. 313, 7109 Densilgraben
- DAZ-Studiengruppe Chemnitz, Dr. J. Murphy, Max-Bräuer-Allee 136, 2900 Hainberg 30
- DAZ-Studiengruppe Chemnitz, Dr. E. Fischer, Acker der Schöne 1, 4400 Chemnitz
- DAZ-Studiengruppe Chemnitz, Dr. Th. Thoma, Osterberger Str. 201, 2900 Hainberg
- DAZ-Studiengruppe Chemnitz, Dr. A. Müller, Südstr. 26, 8000 München 60
- DAZ-Studiengruppe Chemnitz, Dr. G. Wollmann, Kolonnenstr. 41, 2300 Speyerberg

Erhard Berger

Redakteur Zeitschriften der DAZ-Vereine  
Postfach 10, 8000 München 1  
Tel. 089 / 77 250 246, Fax 089 / 77 250 249

Bitte an die Präsidialrat der DAZ,  
Ludwig-Maximilians-Str. 64, 8000 München 10  
Tel. 089 / 77 250 246, Fax 089 / 77 250 247

- 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) im NAV-Virchowbund

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Ich bitte um Zusendung der Satzung und Beitragsordnung.

DAZ-Mindestjahresbeitrag für Mitglieder

- |   |              |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> Stud./ cand. med. dent.          | beitragsfrei |
| <input type="checkbox"/> ZÄ/ZA, alte Bundesländer         | 300,- DM     |
| <input type="checkbox"/> angest. ZÄ/ZA, alte Bundesländer | 150,- DM     |
| <input type="checkbox"/> ZÄ/ZA, neue Bundesländer         | 150,- DM     |

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte  
freimachen

An den  
Deutschen Arbeitskreis  
für Zahnheilkunde – DAZ –  
im NAV-Virchowbund

Belfortstraße 9  
5000 Köln 1

Bitte  
freimachen

An den  
Deutschen Arbeitskreis  
für Zahnheilkunde – DAZ –  
im NAV-Virchowbund

Belfortstraße 9  
5000 Köln 1