

Nr. 38

11. Jahrgang
3. Quartal 1992

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

DAZ FORUM

**Der Korb - einzige Antwort auf
das Gesundheitsstrukturgesetz?**

**DAZ-IGZ-Protest gegen geplante
Gesetzesänderungen**

**Zahngesundheit der Kinder
- Opfer föderalistischer Vielfalt?**

**Kooperation Zahnärzte-Kinderärzte
Funktionelle orofaciale Prävention**



Deutscher
Arbeitskreis
für
Zahnheilkunde

**Studienreform:
Neues Modell
für die PAR-Ausbildung**



Dental Museum

Digitalisat der Bibliotheca Dentaria

An die einhundert Einzelbibliotheken aus Universitäten, von Sammlern und Museen, Archivbibliotheken von Firmen und sehr viele Privatbibliotheken befinden sich im Bestand des Dental Museums. Dieser Bestand erweitert sich ständig und stellt die umfangreichste Referenzbibliothek der Zahnheilkunde dar, die weltweit ihres gleichen sucht und daher zwingend erhalten werden muss.

Dentalmuseum

Im Park 9b

04680 Zschadraß

bisico **mandisil**

Additionsvernetzendes
Siliconabformmaterial zur
Basiskorrekturabformung
in der Totalprothetik

Inhalt:
200 g
100 g mandisil a
100 g mandisil b
BISICO C-4801 Biberfeld 1

ADA 19, Typ 1
medium viscosity
Harte (shore A): ca. 50



bisico mandisil

Additionsvernetzendes Vinylsiliconabformmaterial zur Korrekturabformung, 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 Farbtones 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)

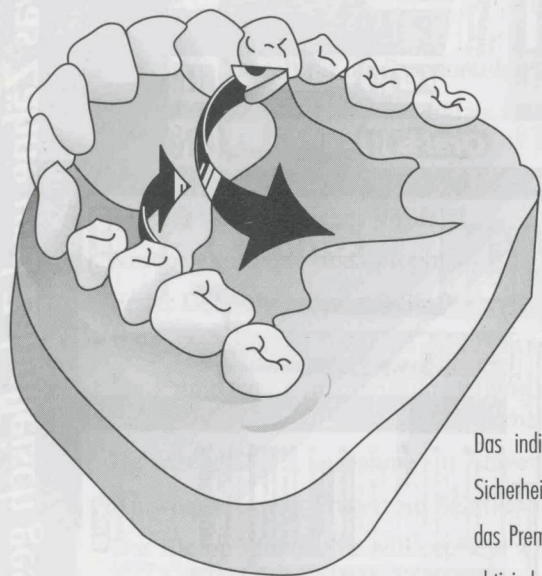
Packung mit 4 x 100 g (316 ml)

(Mischblock und Einweg-Tubenschüssel incl.)

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

Premium

Das Sicherheitshalteelement als Premiumzubehör



Das individuelle Geschiebe mit Riegel. Als Sicherheitszubehör fertigt Zahntechnik Scharl das Premium-Halteelement, den Aufgußriegel 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

Alles, was Zähne und Zahnfleisch gesund hält.



Oral-B

Zahnpflege, wie sie sein soll.

Editorial	197
DAZ-IGZ-Protest gegen geplante Gesetzesänderungen	201
DAZ-Presseerklärung: Konflikte politisch lösen – Streik schadet nur!	202
Die KZV Niedersachsen und die Begleitleistungen	204
Ein interessantes Gerichtsurteil	205
Ein neues Modell für die Parodontologieausbildung	209
Kooperation Zahnärzte-Kinderärzte in der orofacialen Prävention	217
Die Zahngesundheit der Kinder – Opfer föderalistischer Vielfalt?	219
Kompodium Individualprophylaxe	225
Erster Deutscher Kongreß für Präventive Zahnheilkunde	227
Von zahngesunder Ernährung weit entfernt	229
Forderung nach Ernährungsumstellung aus ernährungsphysiologischer und -psychologischer Sicht	233
Ergänzende Stellungnahme zur Anwendung von Fluoriden	239
Antworten zu vier Fragen zur Salzfluoridierung	241
Das Biotop Mundhöhle will gepflegt werden	245
Grundsätze und Empfehlungen des DAZ: Personalentwicklung, Umwelt- und Arbeitsschutz	247
Müll vermeiden - na klar!	251
Gute Planeten sind schwer zu finden	255
Biokompatibilität zahnmedizinischer Werkstoffe	261
Stilblüten: Kronen sind eine medizinische Indikation	265
Satire: Brief an Dr. Kohl	267
Buchbesprechungen	271
Impressum	274



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 Gruppenversicherungs-Vertrages mit dem DAZ, die Ihnen der private Krankenversicherungsschutz bei der CENTRAL bietet.

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



CENTRAL

KRANKENVERSICHERUNG AG
Hansaring 40-50 · 5000 Köln 1

Der Korb – einzige Antwort auf das Gesundheitsstrukturgesetz?

Die schlimmen Details des geplanten Gesundheitsstrukturgesetzes sind bekannt; sie treffen die Zahnmedizin am härtesten von allen Leistungsbereichen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die unerwartet rigorosen Eingriffe in zahnärztliche Selbstverwaltung und Besitzstände sind nur durch Mißachtung, ja Verachtung zu erklären, wenn schon nicht unserer Professionalität, so doch unserer selbstherrlichen Standespolitik, die sich einen Dreck gesichert hat um gesamtverantwortliche Konzepte. Die Koalitionsbeschlüsse bedeuten nicht nur ‚Kostendämpfung‘, sondern sind das Echo auf jahrzehntelange Unverschämtheiten des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte, mit denen Stück für Stück zahnärztliche Glaubwürdigkeit verspielt wurde.

Diesem ‚Verband falsch verstandener Freiheit‘ fällt auch jetzt nichts anderes ein als seine alten Ausstiegsparen: Gemeinsame Rückgabe der Kassenzulassung und die Suggestion, danach eröffneten sich vertrags- und rechtsfreie Räume für eine auch weiterhin lukrative Berufsausübung.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde und mit ihm die in der Interessengemeinschaft zahnärztlicher Verbände (IGZ) zusammengeschlossenen Gruppierungen haben in der Perspektive ‚Korb‘ von Anfang an eine Fata morgana gesehen, sie bietet auch jetzt keinen für den Berufsstand gangbaren Ausweg aus der Krise.

Dem FVDZ wird es nicht gelingen, die angestrebte 75%-Beteiligung zu realisieren; die Kollegen spüren das unkalkulierbare Risiko und die Ungesetzlichkeit dieser Aktion. Mit bemerkenswerter Ignoranz wurden die fatalen Auswirkungen eines ‚Korbes‘ auf das Versorgungsniveau und unser öffentliches Ansehen außer acht gelassen. FVDZ-Chef Gutmann konnte sich lediglich zu der (wohl korrekten) Prognose durchringen, daß ca 30% aller Praxen Pleite gehen werden. Eine feine Berufspolitik!

Nicht etwa deshalb, sondern aus gesundheitspolitischen Gründen wird kein Politiker, nicht einmal der CSU-Minister Seehofer, einem kollektiven Ausstieg der Zahnärzte aus dem Solidarsystem tatenlos zusehen.

Dieser verweist bereits im Vorfeld auf Härte, mit der er solchen Schritten zu begegnen gedenkt. Eine wahrscheinliche Reaktion aus dem Bundesgesundheitsministerium ist die restriktive Änderung der GOZ, jenem Instrument, auf das sich alle ‚Korb‘-Anhänger so optimistisch verlassen. Es bedarf eines verwaltungsmäßigen Federstrichs, die Gebührenordnung so abzuspecken, daß für die meisten Zahnärzte die zwar karge, so doch sichere Kost aus GKV-Töpfen unverzichtbare Ressource bleibt.

Der Verband der Privaten Krankenversicherungen hält ähnliche Pressionen in den Schubladen, um kurzfristig und effektiv honorartreibenden Indikationen begegnen zu können. Erste Signale einer strengen GOZ-Interpretation sind unübersehbar.

Schließlich sollte die demonstrative Gelassenheit der GKV gegenüber Ausstiegsdrohungen denen zu denken geben, die mit ‚Korb‘, Streik oder einem (allerlächerlichsten) ‚Dienst nach Vorschrift‘ spekulieren: Sie bewirken nichts außer Ärger mit ihren Patienten und laufen Gefahr, unwiderlich ihre Kassenzulassungen zu verlieren. Mögliche juristische Begleitkonflikte sind in der ‚Korb‘-Euphorie schlichter Weise ebenfalls nicht ausreichend bedacht worden. Die Präferenz der GKV (und der SPD) für Einzelverträge mit den sogenannten Leistungserbringern ist bekannt.

Die entsprechenden Maßnahmen sind längst vorbereitet. Für den Berufsstand wäre dies das Ende positiver Gemeinsamkeiten.

Eines der größten Ärgernisse der FVDZ-Politik ist die selbstinszenierte Erosion der zahnärztlichen Selbstverwaltung, die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen werden diskriminiert, körperschaftliche Funktionen mißbraucht. Der Berufsstand hat heute keine überzeugungsfähige Interessenvertretung mehr, Prestige, Kompetenz und Datenkenntnis sind im Fegefeuer der Eitelkeiten abhanden gekommen.

Was also tun angesichts des Scherbenhaufens, den Gesundheitspolitiker und Krankenkassen offensichtlich als das geringere Übel ansehen? Sie berufen sich dabei süffisant, aber mit Recht auf die doppelbödigen FVDZ-Empfehlungen zur Einführung von Vertrags- und Wahlleistungen. Der Hintergedanke einer umfassenden Privatisierung zahnärztlicher Leistungen war dann doch zu offensichtlich, so daß es keiner politischen Rücksichtnahme bedurfte.

Die Lehre (!) daraus kann nur heißen, daß ein Davon-Stehlen aus der Gesundheitspolitik, ein Ausstieg aus dem System, nicht in Frage kommen können. Mit Augenmaß, Ausdauer und Kompromißfähigkeit werden wir um Bema und GOZ ringen müssen, sie bestimmen auch weiterhin die Rahmenbedingungen unserer Berufswirklichkeit. Einseitigkeit und Kurz-

sichtigkeit waren die Kardinalfehler der bisherigen FVDZ-geprägten Standespolitik, ein unerträglich martialisches Gehabe, wo kritisch-konstruktive Dialoge und Verhandlungen vernünftig gewesen wären.

Schlimmer als tangierte Besitzstände sind die politische Isolation, das lädierte Ansehen, die Konzeptionslosigkeit des Berufsstandes. Erst wenn der Zusammenhang gesundheitspolitischer, sozialpolitischer und berufspolitischer Bedingungen wiederhergestellt ist, werden akzeptable Lösungen möglich sein.

Gerade weil sich nach unserer Überzeugung die Zahnärzte nicht aus der Pflicht des Solidarsystems zurückziehen dürfen, nehmen wir uns das Recht, die Fehlsteuerungen des Gesetzentwurfes zu kritisieren und gegen Unzumutbarkeiten zu protestieren, die unsere Praxen nicht verkraften können. Die Bedingungen zeitgemäßer zahnmedizinischer Versorgung sind zu verhandeln, die unbedingte Revision der Prothetik-Abwertung sowie der Ausbau von Kostenerstattungsregelungen stehen dabei im Vordergrund.

Wir bitten dringend alle Kolleginnen und Kollegen, sich durch die Hiobsbotschaften nicht entmutigen zu lassen, den ‚Korb‘-Strategien nicht kritiklos zu folgen. Nicht der Ausstieg, die angebliche ‚Flucht nach vorn‘ sind gefragt, sondern die endliche Rückkehr zur politischen Vernunft. Sie liegt in einer neuen Öffentlichkeitsarbeit, im Zurückgewinnen zerstörten Vertrauens, in der Bereitschaft zu ‚Runden Tischen‘, in der Teilnahme an ‚Anhörungen‘, Erprobungsregelungen und kritischen Untersuchungen unseres Handelns. Neben die unverzichtbare Vertretung eigener Interessen gehört als politische Tugend ein ‚demonstrativer Gemeinsinn‘. An diesem Defizit ist die zahnärztliche Standespolitik letztlich gescheitert. Deshalb muß die Sanierung unserer Belange auch dort ansetzen. Das wird jedoch nur gelingen, wenn sich die Zahnärzteschaft endlich von den ideologischen und personellen Altlasten des FVDZ in den Körperschaften befreit.

*Dr. Christian Nielsen
Lindenschmitstraße 44
8000 München 70*

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!

IGZ ruft auf zum Protest gegen das Kostenstrukturgesetz

Zu den von der Bundesregierung geplanten schwerwiegenden Eingriffen in die zahnärztliche Versorgung nimmt die Interessengemeinschaft zahnärztlicher Verbände in Deutschland (IGZ), zu der auch der DAZ gehört, wie folgt Stellung:

1. Durch vorausgegangene Gesundheitsgesetze ist der Anteil der Ausgaben der GKV für die zahnmedizinische Versorgung von 15,11% (1976) auf 9,69% (1990) einschl. Zahnersatz (inkl. Zahntechnik) gesunken. Dabei ist es immer noch gelungen, den GKV-Patienten nach gesichertem Stand der Wissenschaft zu versorgen.
2. Die geplanten dirigistischen Eingriffe werden die Selbstverwaltungen und den freien Beruf massiv behindern.
3. Die verordneten Honorarabschmelzungen und der Honorardeckel für die kommenden Jahre verstoßen gegen das Prinzip der angemessenen Vergütung und stellen eine unzumutbare Härte dar.
4. Staatliche Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskontrollen haben eine Defensivmedizin zur Folge und hemmen den medizinischen Fortschritt.

Die IGZ hat stets eine Umstrukturierung in Richtung Prophylaxe angemahnt. Dies ist in dem geplanten Gesetz nicht ansatzweise erkennbar, die eingesparten Gelder gehen der Zahnmedizin verloren. Die Chance auf eine präventive Zahnheilkunde für die Zukunft wird hiermit vertan. Mit dem vorliegenden Konzept wird der Zahnärzteschaft in den neuen

Bundesländern die Existenzgrundlage entzogen, da trotz ähnlicher Kostenlage die Honorare immer noch nicht angeglichen sind.

Immer wieder wird der freie Beruf haftbar gemacht für Probleme im Gesundheitswesen, die er nicht zu verantworten hat. Die Krankenhausproblematik ist nicht auf Kosten der frei praktizierenden Kollegenschaft zu lösen.

Der freie Beruf wird zur Übernahme großer Risiken gezwungen, er war bisher Garant einer vorbildlichen Zahnmedizin, ihn zum quasi Angestellten im Öffentlichen Dienst mit eigenem Existenzrisiko zu degradieren, wird schweren Schaden für die Zahngesundheit nach sich ziehen.

IGZ fordert geschlossenen Widerstand aller Körperschaften und aller Verbände.

IGZ ist bereit, an Zukunftsperspektiven und Zukunftsmodellen mitzuarbeiten, die Chancen auf Realisierung in der Gesellschaft haben. Aktionen, die den Sicherstellungsauftrag in den Händen der Zahnärzteschaft gefährden könnten, werden nicht mit der IGZ konsensfähig sein. IGZ ist bereit, ihre Mitglieder zu einschneidenden Protestmaßnahmen aufzurufen.

*Dr. Christian Bolstorff
IGZ-Vorsitzender*

DAZ-Presseerklärung: Konflikte politisch lösen - Streik schadet nur

eur Köln, 9.Juli 1992. Alle zahnärztlichen Körperschaften und Verbände protestieren mit Recht gegen die Eingriffe des Bundesgesundheitsministeriums in Selbstverwaltung und Honorargefüge. Insbesondere die 20%ige Abwertung von Zahnersatz- und kieferorthopädischen Leistungen ist weder gesundheitspolitisch zu verantworten noch betriebswirtschaftlich zu verkraften.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchowbund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, hält jedoch die in einzelnen KZV-Bereichen angekündigten Streiks für denkbar unklug. Diese Art der Verweigerung bewirkt keine Änderung des Gesetzentwurfes, leistet keinen konstruktiven Beitrag, sondern verschärft nur die Konfrontation. Sie

trifft zuallererst nicht den Adressaten des Protestes, sondern die Patienten und belastet damit das sensible Arzt-Patient-Verhältnis. In aller Regel werden die Öffentlichkeit und unsere Patienten kein Verständnis für lautstarke Aktionen oder gar Arbeitsniederlegungen von Ärzten und Zahnärzten aufbringen. Dies gilt auch für den hier und da geplanten „Dienst nach Vorschrift“.

Die schwierigen Struktur- und Finanzierungsprobleme sind nur in sachlicher Auseinandersetzung zu erklären. Der DAZ hat dazu eine Reihe von Vorschlägen vorgelegt, die die gesundheitspolitischen Ziele, aber auch die betriebswirtschaftlichen Erfordernisse der Praxen, berücksichtigen.

Dr. Christian Nielsen
DAZ Pressereferent

Lindenschmitstr. 44, 8 München 70

Amalgam und die Verblödung seiner Anwender (oder Kritiker?)

Beim Thema „Amalgam“ schlagen die Wogen immer wieder hoch. In der letzten „forum“-Ausgabe hatte DAZ-Umweltreferent Dr. Ulrich Happ unter der Überschrift „Droht uns die Strafanzeige wegen Körperverletzung?“ über die Vorschläge des Amalgam-„Experten“ Max Dauderer an Patienten, ihren Amalgam-verwendenden Zahnärzten gerichtlich zu Leibe zu rücken, be-

richtet. Inzwischen ist es Herrn Dauderer gelungen, die Diskussion um eine neue Variante zu bereichern (wörtliches Zitat aus dem NZB 1/92):

„Mit den Zahnärzten sei das auch so ein Problem, sie vergiften sich selbst permanent mit dem Zeug (Amalgam ist gemeint) und seien daher mehr oder weniger verblödet, so daß ihnen wegen des beginnenden Schwachsinn die Verantwortung nur bedingt zufalle...“

*Nun ja – vielleicht bringt das mildern-
de Umstände im Strafverfahren?*

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

Geschichte ohne Ende:**Die KZV Niedersachsen und die Begleitleistungen**

Das Landessozialgericht Niedersachsen hat am 26.6.1992 einer Beschwerde der KZV Niedersachsen in Sachen Begleitleistungen stattgegeben. Die KZV-N war in 1. Instanz per einstweiliger Anordnung verpflichtet worden, bis zur Entscheidung in der Hauptsache sogenannte Begleitleistungen über den Krankenschein abzurechnen. Es bleibt abzuwarten, wie die Gerichte in der Hauptsache entscheiden.

Pikanterweise dürfte der Rückhalt in der Kollegenschaft seit den Seehofer-Vorschlägen zur Abwertung des ZE-Vertragsleistungspaketes gleich Null sein; würde doch durch die Begleitleistungen dieser Leistungsbereich unnötig aufgebläht. Allerdings paßt das Beharren der KZV-N ins Konzept: je schlechter die Bedingungen für die Kassenzahnärzte, desto schneller wird der Korb voll! *Dr. Michael Fritz*

**Zahnrettungsboxen für Schulen
Spendenaktion im Raum Aachen**

Ob ein bei einem Unfall herausgeschlagener Zahn erfolgreich wieder eingesetzt werden kann, hängt ab von der Intaktheit der Zellen auf der Wurzeloberfläche. Normalerweise stirbt diese Schicht nach einer halben Stunde ab; mithilfe der Nährlösung und antimikrobiellen Zusätzen in einer Zahnrettungsbox, wie sie an der Gießener Universität entwickelt wurde, können Zähne dagegen bis zu 48 Stunden lebens- bzw. replantationsfähig gehalten werden. Dank einer Aktion der Zahnärzte im Regierungsbezirk Aachen kann ab jetzt – so berichtet die DZW in ihrer Ausgabe 25/95 – in den etwa 600 Schulen dieses Bezirkes, in denen sicher beim Spielen und Toben so mancher Zahn in Gefahr gerät, gezielt geholfen zu werden: fast flächendeckend wurden die Schulen mit Rettungsboxen ausgestattet. Wenn man in Rechnung stellt, daß bei Unfällen

mit schweren Zahnschäden die Folgekosten bisher durchschnittlich mehr als 10.000 DM pro Fall betragen, empfiehlt sich zu überlegen, ob nicht generell Schulen und andere größere Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit Zahnrettungsboxen ausgerüstet sein sollten. Wie wär's mit weiteren Spendenaktionen und auch mit einer Initiative von Gesundheitsämtern oder Schulträgern? (ib)



**Geben Sie Ihre
Anzeigen immer
rechtzeitig auf!
Anzeigenschluß für
die nächste Ausgabe:
15.09.1992**

Ein interessantes Gerichtsurteil

Wie wichtig es für jeden Zahnarzt ist, nicht nur eine genaue Behandlungsplanung vor einer Sanierung durchzuführen, sondern vor allem auf Schlüssigkeit und medizinische Notwendigkeit zu achten und all dies gründlich und wahrheitsgemäß zu dokumentieren – dies geht aus einem Urteil hervor, aus dem wir im folgenden allgemein interessante Passagen zitieren:

„1. Der Kläger hatte vor Beschleifen der Zähne 24-27 und 35-37 als Vorbereitung für die Überkronung eine Übersichtsaufnahme gefertigt, die jedoch nach Feststellung des Gutachters Dr. O. eine genaue Beurteilung der Situation nicht zuließ. Es hätte für eine fundierte Aussage über die Behandlungsbedürftigkeit der Anfertigung von Einzelaufnahmen bedurft.

2. Auf Grund der erkennbaren Befunde stellte Dr. O. in Übereinstimmung mit Prof. Dr. S. fest, daß lediglich bei dem Zahn 24 eine Beschleifung und Überkronung angezeigt war. Wegen des Ausmaßes der Vorschädigung war die Abdeckung der Kaufläche indiziert.

3. Bei den Zähnen 26, 27, 35 und 37 war nur ein geringer Kariesbefall vorhanden, in keinem der Fälle konnten die Gutachter die Indikation für eine derart in die Zahnschicht eingreifende Behandlung ersehen, wie es das Beschleifen als Voraussetzung für eine Überkronung darstellt. Eine Füllung der kariesbefallenen Zähne hätte ausgereicht und war daher allein indiziert.

Denn die fachgerechte Versorgung von

Zahndefekten soll, wie der Gutachter Dr. O. ausführte, mit möglichst wenig Verlust von gesunder Zahnschicht erfolgen, da allein dies einen möglichst langen Erhalt des Zahnes sichert. Es liegt auf der Hand, daß die mit dem Beschleifen verbundene Vernichtung von gesunder Zahnschicht in großem Ausmaß, die durch Einbringung von Füllung hätte vermieden werden können, die Lebensdauer des Zahnes verkürzen kann. Denn auch Kronen stellen keine dauerhafte Versorgung dar, es muß dann damit gerechnet werden, daß für den Fall der Unmöglichkeit einer weiteren Überkronung der Zahn entfernt werden muß. Dieser Zeitpunkt kann dadurch hinausgeschoben werden, daß durch die Einbringung der (zahnschichtschonenden) Füllung sich die Notwendigkeit einer Überkronung wesentlich später ergibt. Es erscheint dem Gericht daher als ein grober Behandlungsfehler, d.h. ein Fehler, der einem Zahnarzt schlechthin nicht unterlaufen darf und der aus objektiv zahnärztlicher Sicht nicht mehr verständlich und verantwortbar erscheint, wenn ein Zahnarzt ohne jegliche Notwendigkeit weiträumig gesunde Zahnschicht vernichtet.

4. Bei dem Zahn 25 war die Überkronung fehlerhaft, da bereits die (ansonsten ungeeignete) Übersichtsaufnahme Anzeichen für eine Zahnmarschädigung ergab. Es stellte einen Behandlungsfehler dar, als der Kläger ohne Rücksicht auf diese Befunde eine Überkronung vornahm, anstatt dem Verdacht auf einen pathologischen Befund nachzugehen.

Der Zahn mußte inzwischen entfernt werden. Ob dies nun Folge der Überkronung ohne vorherige Diagnoseerstellung war oder ob der Zahn schon vorher verloren war, kann letztlich dahinstehen. Jedenfalls war die Überkronung ein Behandlungsfehler.

5. Auch der Zahn 36 war vorgeschädigt, der Kläger hätte hier ebenfalls vor der Überkronung die Ursache der Beschwerden abklären und behandeln müssen. Auch hier war also die Überkronung nicht gerechtfertigt und damit fehlerhaft.

6. Somit war lediglich die Überkronung des Zahnes 24 indiziert.

Der Kläger kann sich nicht darauf berufen, die Beklagte sei mit der Überkronung sämtlicher Zähne einverstanden gewesen. Denn soweit die Überkronung einen groben Fehler darstellte, hätte der Kläger sie trotz Einwilligung nicht vornehmen dürfen, zumindest aber hätte er die Beklagte vorher aufklären müssen, daß eine Überkronung einen groben Fehler darstellte. Eine solche Aufklärung konnte der Kläger nicht

dartun, er beruft sich vielmehr auf die angebliche Indikation der Maßnahmen.

Honorarforderung

1. Wie unter Ziffer II des Urteils ausgeführt, war die Überkronung der Zähne 25, 26, 27, 35, 36 und 37 nicht indiziert und daher für die Beklagte unbrauchbar. Das gilt einmal für die Zähne 25 und 36.

Der Zahn 25 ging kurz nach Überkronung verloren, bei dem Zahn 36 ist eine Behandlung und anderweitige Versorgung notwendig.

Bei den Zähnen 26, 27, 35 und 37 wurde zwar eine Behandlung vorgenommen, jedoch die falsche, die im Ergebnis für die Beklagte einen erheblichen Zukunftsschaden befürchten läßt.

Sie schuldet deshalb für diese kostenaufwendige und fehlerhafte Versorgung, die ihr aufgedrängt wurde, nichts.

Sie muß sich auch nicht die Kosten einer indizierten Behandlung anrechnen lassen.

Zum einen fehlt jeglicher Vortrag des Klägers, welchen Aufwand eine ordnungsgemäße Behandlung erfordert hätte, zum anderen hat er durch die mangelhafte Dokumentation (fehlerhafte Röntgenbilder) und durch Beschleifen der Zähne jegliche Feststellung, ob und welche Behandlungsmaßnahmen indiziert und vorzunehmen gewesen wären, vereitelt.

Somit sind aus der Rechnung die Positionen, welche die genannten Zähne betreffen, nicht zu honorieren.

2. Im übrigen kann der Kläger die Vergütung der Behandlungsmaßnahmen, deren ordnungsgemäße Erbringung er nachweisen konnte, verlangen, da insoweit die Behandlung indiziert war.

Zum Beweis der Erbringung kann er sich jedoch nicht auf seine Behandlungskarte stützen.

Denn diese Karte ist nicht nur höchst schlampig und widersprüchlich geführt, sie dokumentiert darüber hinaus Leistungen, die nachweislich nicht erbracht wurden.

Zum Beispiel fehlt bei den Vitalitätsprüfungen das Ergebnis der Untersuchung, die Prüfung vom 6.10.1987 ist offensichtlich später eingetragen.

Das OPG ist am 15.10.1987 eingetragen, jedoch erst am 23.11.1987 gefertigt worden.

Der vom Gutachter Dr. O. erstellte Röntgenbefund ergab, daß die am 15.10.1987 dokumentierte Behandlung einer „Caries profunda“ nicht erfolgt sein konnte.

Die am 2.12.1987 eingetragenen Leistungen „5 plastische Aufbauten“ und „7 besondere Maßnahmen“ waren nach Feststellung von Dr. O. nicht erforderlich, so daß an ihrer Erbringung gezweifelt werden muß.

Der Zahn 25, der dem Gutachter von der Beklagten übergeben werden konnte, da er – wie ausgeführt – entfernt werden mußte, wies die dokumentierte CP-Behandlung nicht auf.

Am 10.12.1987 wurden die (nicht behandelten) Zähne 14-17, nicht aber die Zähne 24-27 angegeben.

Diese fehlerhaften bzw. unrichtigen Eintragungen machen die Dokumentation insgesamt unbrauchbar.

Rechte kann der Kläger aus dieser Dokumentation daher nicht herleiten.

Seine Einvernahme als Partei gemäß § 448 ZPO erfolgte nicht, da keine Anhaltspunkte vorliegen, die die Erbringung sämtlicher Leistungen als wahrscheinlich erscheinen lassen, zumal er Leistungen dokumentiert und abgerechnet hatte, die nachweisbar nicht erbracht worden waren, wobei dahingestellt bleiben kann, ob dies fahrlässig oder vorsätzlich erfolgte.

Das Gericht kann sich daher nur auf die Aussage der Zeugin M. und diejenigen Feststellungen des Gutachters O. stützen, die dieser außerhalb der Behandlungskarte treffen konnte.

3. Soweit die Beklagte Honorar schuldet, kann der Kläger lediglich den 4-fachen Satz der Gebühren seiner Abrechnung zugrunde legen. Es mag zwar sein, daß in der Innenstadt von M. allein mit dem Hinweis auf die Lage der Praxen häufig der 5-fache oder sogar 6-fache Satz gefordert wurde, solange die Gebührenordnung aus dem Jahre 1965 noch galt. Dies ist jedoch in dieser Allgemeinheit mit der Regelung in § 2 der GebO nicht vereinbar und wäre für die Beurteilung des Rechtsstreites unmaßgeblich.

Allein die örtliche Lage kann nicht den Höchstsatz rechtfertigen. Nicht schlüssig dargetan ist, daß die persönlichen Umstände der Beklagten den Ansatz eines höheren Gebührenrahmens erfordern. Besondere Schwierigkeiten bei der Behandlung hat der Kläger nur in einigen wenigen Fällen dargetan. In diesen Fällen konnte er jedoch solche Umstände nicht beweisen (hierzu wird im ein-

zelnen bei den jeweiligen Gebührenpositionen Stellung genommen).

Zu den übrigen Positionen der Rechnung fehlt jeglicher schlüssige Vortrag.

Damit war die geforderte Vergütung insgesamt auf den 4-fachen Satz zu kürzen, wobei die örtlichen Verhältnisse der Praxis das Gericht bewogen, vom Mittelsatz nach oben abzuweichen.“

Zahnärzte und Zahntechniker gründen neue Organisation: Die Deutsche Gesellschaft für Ästhetische Zahnheilkunde

Die Förderung der ästhetischen Zahnheilkunde bei der Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten hat sich die unlängst in Koblenz gegründete „Deutsche Gesellschaft für Ästhetische Zahnheilkunde e.V.“ (DGÄZ) auf die Fahnen geschrieben.

Ihre vornehmste Aufgabe sieht die DGÄZ in der Förderung der Qualität ästhetischer Zahnheilkunde und in der Vertretung und Verbreitung diesbezüglicher Erkenntnisse im In- und Ausland. Wissenschaftliche Arbeiten, die im Zusammenhang mit der ästhetischen Zahnheilkunde stehen, sollen nach Auskunft der Vorstandsmitglieder nicht nur unterstützt, sondern auch auf ihre Praxistauglichkeit hin untersucht werden. Die DGÄZ sieht sich somit als Bindeglied zwischen Hochschule und praktizierendem Zahnarzt. Besondere Aktivitäten kündigt die neugegründete Gesellschaft auch in der Förderung der

zahnärztlichen und zahntechnischen Fortbildung an. Fortbildung wird auf einer jährlich stattfindenden Tagung, bei speziell organisierten Kursen, in Arbeitsgemeinschaften und bei Vortragsveranstaltungen angeboten.

Ordentliches Mitglied der DGÄZ kann jeder in Deutschland approbierte Zahnarzt und jeder in Deutschland tätige Zahntechniker werden. Interessenten, denen die Ästhetik in der Zahnheilkunde ebenfalls am Herzen liegt, wenden sich direkt an die

DGÄZ

Bahnhofstr. 24–26, 5400 Koblenz

Tel.: 0261/309340

Fax: 0261/309392

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

Assistentenstelle

in anspruchsvoller Universal-Praxis.

Persönliche Schwerpunkte:

Funktionsdiagnostik

Individual-Prophylaxe.

Tel. 030/8211519 (A. Moser)

Arbeitsgruppe Studienreform: Ein neues Modell für die Parodontologieausbildung

Stephan Lemmer, Harald Strippel

Parodontalerkrankungen sind weit verbreitet, und bei über 50jährigen gehen mehr Zähne durch Parodontopathien verloren als durch andere Gründe. Um hier Abhilfe zu schaffen, sind vorbeugende Gesundheitserziehung, Prophylaxemaßnahmen und Parodontaltherapie vonnöten. Studierende der Zahnmedizin werden aber nur unzureichend auf parodontaltherapeutische Aufgaben vorbereitet. An der Universität fristet die Parodontologie ein Mauerblümchendasein als „Viertel-Hauptfach“. Die DAZ-VDZM-BSZ-Arbeitsgruppe Studienreform fordert eine angemessene Bewertung der Parodontologie als eigenständiges Ausbildungs- und Prüfungsfach. Die erforderlichen Personalstellen sollten in der vorklinischen Prothetik abgezogen werden.

Zahnbetterkrankungen bei Jugendlichen und Erwachsenen gehören zu den dringlichsten Mundgesundheitsproblemen (Institut der Deutschen Zahnärzte, 1991). Dabei kommt der entzündlichen Erkrankungsform, der marginalen Parodontitis, die größte Bedeutung zu. Die 1990 vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) vorgelegte Studie über die Mundgesundheit der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland beschreibt den schlechten Parodontalzustand der Deutschen: In der Gruppe der 35- bis 54jährigen bedürfen nur 4,6% keiner Prophylaxeaufklärung oder Therapie. 40,7% haben dagegen mäßig tiefe Parodontaltaschen, und 15,3% der Erwachsenen leiden an einer so schweren

Parodontitis, daß sie einer komplexen Parodontalbehandlung bedürfen, um nicht ihre Zähne durch fortschreitenden Abbau des Zahnhalteapparates zu verlieren.

Bei ca. 3/4 der (west)deutschen Bevölkerung besteht also ein medizinisch begründeter Behandlungsbedarf für eine Initial- bzw. weiterführende Parodontalbehandlung. Dabei wird allerdings das subjektive Therapiebedürfnis der Betroffenen nicht berücksichtigt. Zu ähnlichen Ergebnissen kam die Untersuchung zur Parodontalgesundheit der Hamburger Bevölkerung, bei der 11306 Patienten untersucht wurden (Ahrens et al., 1985).

Einen internationalen Vergleich der Erkrankungsgrade und -häufigkeiten erlaubt die globale WHO-Datenbank. Bezogen auf mittleren bis hohen Behandlungsbedarf, angezeigt durch die Grade 3 und 4 des Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN), befinden sich alte und neue Bundesländer im Vergleich mit 15 anderen europäischen Ländern nur auf einem schlechten Mittelplatz (IDZ, 1991).

Es wundert nicht, daß die PAR-Erkrankungen zusammen mit Karies die häufigste Ursache für Einschränkungen der Kaufunktion und für Zahnverluste sind.

Parodontologie wird die „Herausforderung der kommenden Jahre“ sein (Ketterl, 1990). Aufgrund der rückläufigen Tendenz des Kariesbefalls, die heutzutage bei Kindern festzustellen sei, werden im mittleren Lebensabschnitt mehr Zähne an marginalen Parodontopathien erkranken. Hinzu kommt, daß in Zukunft auch ältere Menschen Zahnverlust immer weniger akzeptieren und von den Zahnärzten mehr Hilfe im Sinne der Zahnerhaltung fordern werden (Schwieder, 1991).

Therapieerfolg nicht nur für Spezialisten

Heutiges Wissen und heutige Methoden erlauben, daß nicht nur Spezialisten, sondern jeder Zahnarzt mit einer parodontologischen Basisausbildung in der Lage ist, marginale Parodontopa-

thien erfolgreich zu behandeln (Ramfjord, 1990). Gingivitis und Parodontitis sind zu großen Teilen verhinderbar bzw. so behandelbar, daß ein weiteres Voranschreiten verlangsamt wird (Cowell und Sheiham, 1981). Durch relativ einfache Prophylaxeprogramme, die auf professioneller Zahnreinigung und Mundhygieneinstruktion durch Dentalhygienikerinnen und guter häuslicher Mundpflege basieren, kann der Attachmentverlust über viele Jahre vollständig vermieden werden (Axelsson, 1989).

Trotz dieses vorhandenen Wissens verhindert es das bundesrepublikanische Versorgungswesen bisher, daß Parodontopathien effektiv behandelt werden. Die Zahl der systematischen PAR-Therapien, die in der GKV durchgeführt werden, ist mit etwa 200.000 pro Jahr sehr gering. Außerdem fehlt es an den Fachkräften, die parodontologische Prophylaxe und Initialtherapie durchführen könnten: Dentalhygienikerinnen und Prophylaxeassistentinnen.

Auch an den Hochschulen fristet die Parodontologie immer noch ein stiefmütterliches Dasein. Z. Zt. ist sie nicht als eigenständiges Prüfungsfach etabliert; sie wird in Zahnerhaltungskunde „mitgeprüft“. In der mündlichen Staatsexamensprüfung sind die PAR-Erkrankungen besonders zu berücksichtigen, und in der praktischen Prüfung soll eine Zahnreinigung an einem PAR-Patienten durchgeführt werden (49 der Approbationsordnung für Zahnärzte; 1955). An dem Modell, Parodontologie in der

Zahnerhaltungskunde einzuordnen, halten die Hochschullehrer bisher weiterhin fest, nur soll eine 25%-Quote für die Wertung der Parodontologie innerhalb der Prüfung festgeschrieben werden (VHZMK, 1991).

Gegen diese unzulänglichen AÖZ-Novellierungspläne regt sich aber mittlerweile Widerstand aus dem Kreis der Hochschullehrer für Parodontologie und aus der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (pers. Mitt. verschiedener Hochschullehrer).

Erfahrungen und Vorbilder

In der ehemaligen DDR war die Parodontologie zumindest auf dem Papier als eigenständiges Lehr- und Prüfungsfach ausgewiesen (Ministerrat der DDR, 1982). Welcher Stellenwert dem Fach zukommen sollte, ging aus den Ausbildungs- und Erziehungszielen hervor: Da eine hohe Morbidität an Erkrankungen des Zahnhalteapparates bestehe, das parodontologische Lehrgebiet hohe sozialpolitische Bedeutung habe und der Zahnarzt in Diagnostik, Therapie und Prävention umfangreich gefordert sei, sollte sich eine umfassende Ausbildung mit zahlreichen Vorlesungen, Seminaren und Praktika über sieben Semester erstrecken. Allerdings war die Umsetzung der Regelungen im Unterrichtsalltag oft schwierig (pers. Mitt. Sponholz, 1991).

Schaut man als Deutscher in die USA, in die Schweiz oder in den skandinavi-

schen Raum, wird der Rückstand gegenüber den auf diesem Sektor führenden Nationen deutlich. So wurde z.B. bereits 1969 in der Schweiz die Parodontologie als eigenständiges Lehr- und Prüfungsfach eingeführt. Beispielsweise wird an der PAR-Abteilung der zahnmedizinischen Kliniken in Bern im vierten und fünften Studienjahr ein umfassendes Ausbildungsprogramm geboten, das auch nicht den Bezug zu angrenzenden zahnmedizinischen Disziplinen vermissen läßt (Universität Bern, 1991). Studienpläne z.B. aus den Universitäten Dublin (1990), Oslo (1989), Stockholm (1991), oder Zürich (1990) mit erheblich größeren Lehranteilen in Parodontologie als hierzulande zeigen den Weg, der, auch in Richtung auf die europäische Integration, beschritten werden muß.

Parodontologie darf kein „Viertel-Hauptfach“ bleiben!

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß der Bedarf an Parodontaltherapie in Zukunft steigen wird und es dringend an der Zeit ist, dieser Entwicklung auch im Studium der Zahnmedizin Rechnung zu tragen. Die derzeitige Ausbildung in Parodontologie steht in eklatantem Gegensatz zu den Ausbildungserfordernissen aufgrund von Erkrankungsraten und Behandlungsbedarf. Parodontologie darf kein „Viertel-Hauptfach“ bleiben, wenn in den höheren Altersgruppen etwa die Hälfte der Zähne aufgrund von Parodontopathien verlorengehen!

Konkret schlägt die Arbeitsgruppe Studienreform, die von den Berufsverbänden Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) und Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM) und dem Studentenverband Bund der Studierenden der ZMK-Heilkunde (BSZ) getragen wird, im Rahmen ihres Gesamtkonzeptes zur Schwerpunktverschiebung im Studium von der prothetisch-technischen zur prophylaktisch-konservierenden Seite folgende Unterrichtseinheiten in Parodontologie vor: (Angaben in Semesterwochenstunden = SWS):

1. Semester: Anteil von ca. 4 SWS an Präventive ZHK I mit gegenseitigen Übungen
4. Semester: Anteil von ca. 3 SWS an Präventive ZHK II mit Übungen am Patienten - Vorlesung und Kurs
Anteil von ca. 3 SWS an Ätiologie und Pathogenese von Karies und Parodontopathien einschließlich Mikrobiologie
Vorlesung u. Kurs
(Zum Konzept dieses propädeutischen „Laborkurses“ s. Strippel und Schmidt, 1992)
6. Semester: Parodontologie I - Vorlesung 1 SWS und 4 SWS Kurs
8. Semester: Parodontologie II - Vorlesung 2 SWS, sowie im Integrierten Behandlungskurs I ein Anteil von 4 SWS
(das Konzept der Integrierten Kurse sieht vor, daß die Studierenden auf allen Hauptgebieten der ZHK gleichzeitig arbeiten u. Patienten umfassend sanieren können. Dabei sollen die jeweiligen Abteilungen wie bisher eigenständig für Unterrichtsgestaltung und Scheinvergabe zuständig sein).
9. Semester: Anteil am Integrierten Behandlungskurs II: 2 SWS
10. Semester: Anteil am Integrierten Behandlungskurs III: 4 SWS

Die Arbeitsgruppe Studienreform empfiehlt die Einführung der Parodontologie als eigenständiges Prüfungsfach mit mündlicher und praktischer Prüfung in der zahnärztlichen Prüfung. Diese zusätzliche Belastung der Studierenden wird durch Wegfallen anderer Prüfungen bzw. von Prüfungsinhalten ausgeglichen.

Trend zu mehr Eigenständigkeit

Eine Aufwertung des Faches in der Ausbildung muß zwangsläufig Veränderungen der Personalstruktur an den ZMK-Kliniken nach sich ziehen. Neben der möglichen Einrichtung von „Funktionsbereichen“, oder „Sektionen“ ist das Etablieren eigenständiger PAR-Abtei-

lungen am konsequentesten. Schon 1970 wurde in Bad Homburg auf einem Treffen von Hochschullehrern, an dem Vertreter fast aller Universitäten teilnahmen, eine Empfehlung herausgegeben, die Parodontologie durch Einführung eines eigenen Lehrstuhles mit einer selbständigen Abteilung an allen Hochschulen aufzuwerten (Plagmann, 1992). Die Umsetzung dieses Beschlusses durch die Hochschullehrer erschöpfte sich aber in Vordergründigkeiten: So wurden zwar kurz danach fast alle bisherigen Abteilungen für Zahnerhaltung in Abteilungen für Zahnerhaltung und Parodontologie umbenannt, aber der Forderung nach Schaffung eigener Lehrstühle wurde nur teilweise Genüge getan. Heute existieren an 10 Universitäten eigenständige Abteilungen, an den 26 anderen ZMK-Kliniken ist Parodontologie den „Kons-“Abteilungen, in Tübingen und Freiburg der chirurgischen Abteilung zugeordnet. Schon aufgrund der verschiedenen Klinikstrukturen läßt sich eine unterschiedliche Bewertung erkennen. Ob dadurch eine bundeseinheitliche Ausbildung erreicht wird, sei dahingestellt.

Jüngst forderte die Vollversammlung der bayerischen Landeszahnärztekammer (DZW, 1992) die Einrichtung von Lehrstühlen im Fachgebiet Parodontologie an den bayerischen Universitäten zur Sicherung einer qualitätsorientierten Behandlung der Bevölkerung. Die Parodontologie habe sich zu einem so umfangreichen Fachgebiet entwickelt,

daß eine effiziente Ausbildung nur innerhalb eigener Lehrstühle zu erreichen sei. Die parodontale Gesundheit durch entsprechende parodontale Vorbehandlung sei Voraussetzung für die Behandlung in anderen Bereichen der Zahnheilkunde. Deshalb sei es notwendig, daß auf diesem Gebiet besonders intensiv ausgebildet werde. Bis jetzt besteht noch an keiner bayerischen Universität ein eigener Lehrstuhl in Parodontologie.

Die AG Studienreform hält die Einrichtung von Funktionsbereichen bzw. „Sektionen“ für Parodontologie mit C3-Professuren unter dem Dach der Zahnerhaltungskunde für sinnvoll und machbar. In der Diskussion mit der Arbeitsgruppe wandten einige Hochschullehrer für Zahnerhaltungskunde gegen dieses Konzept ein, daß derartige Funktionsbereiche mit nur wenigen Mitarbeitern zu klein sein würden, um den Lehrverpflichtungen auch im Fall von Krankheit von Assistenten oder deren Ausfall aus anderen Gründen nachkommen zu können. Das Beispiel mancher „kleiner“ Abteilungen für Parodontologie (oder auch für Kinderzahnheilkunde) beweist aber, daß sowohl guter Unterricht als auch internationales Renommee auf wissenschaftlichem Gebiet nicht von einer üppigen Personalausstattung abhängig sind.

Das Bestreben mancher Hochschullehrer für Zahnerhaltung, keine eigenen Lehrstühle für Parodontologie (und Kinderzahnheilkunde bzw. präventive Zahnheilkunde) zulassen zu wollen,

erscheint davon inspiriert, weiterhin möglichst viele "Abteilungsquadratmeter" als uneingeschränkt eigenes Territorium betrachten zu wollen. Die Professoren sehen zwar ebenfalls den großen Wissenszuwachs, den Forschungs- und Ausbildungsbedarf auf diesen zahnmedizinischen Gebieten, meinen aber weiterhin, dies alles mit dem vorhandenen, ihnen unterstellten Personal und im bestehenden Zeitrahmen abdecken zu können.

Die AG Studienreform hält dies nicht mehr für zeitgemäß und spricht sich dafür aus, die Ausbildungszeit in Zahnerhaltungskunde (Kariologie und Endodontie) gleichzuhalten, im Lehrplan aber zusätzlich Zeit für Parodontologie, Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe zur Verfügung zu stellen. Sowohl die entsprechenden Unterrichtsstunden als auch die benötigten Stellen müßten primär in der vorklinischen Prothetik abgezogen werden.

Versäumnisse in der Gesundheitspolitik

In der aktuellen standespolitischen Diskussion (Vertrags- und Wahlleistungen als Konzept einer Neuorientierung im Bereich Zahnheilkunde) steht eine Neuregelung im Prothetikbereich im Vordergrund. Parodontologie wird nach wie vor eher als Randerscheinung betrachtet - zumindest, was das Abrechnungsvolumen angeht. Die sich seit Jahren in die Länge ziehenden Verhandlungen zwischen KZBV und den Kran-

kenkassen über einen neuen PAR-Vertrag sind dadurch vollkommen zum Erliegen gekommen. Zwar ist das neue Konzept, zusätzlich zur Zahnerhaltung die Prävention zum Kern der Vertragsleistungen zu machen, an sich begrüßenswert, doch fehlen klare Vorstellungen für die Weiterentwicklung der Parodontologie. Es genügt nicht, festzustellen, daß die Initialbehandlung einschließlich der Beseitigung der "erreichbaren" subgingivalen Konkremente bei allen parodontalen Krankheitsbildern sowie die Erhaltungstherapie weitgehend vom Leistungskatalog der geplanten Individualprophylaxe abgedeckt sei. Die Reaktion hierauf aus dem Bundesministerium für Gesundheit war mehr als deutlich. Die ehemalige Bundesministerin Hasselfeldt forderte, zuerst eine Verbesserung der Aus- und Weiterbildung in der Prävention vorzunehmen, bevor über mehr Geld geredet werden könne (DZW, 1992). Es scheint, daß im Ringen um den Prothetiksektor und die Individualprophylaxe die Parodontologie auf der Strecke bleibt.

Die Krankenkassen befürchten eine unkalkulierbare Kostensteigerung im PAR-Bereich, falls die bereits ausgehandelten PAR-Verträge wirksam werden sollten. Behandlungsbedarf und zu erwartendes Abrechnungsvolumen sind noch nicht eindeutig eingegrenzt - ein zu unsicheres Terrain in der angespannten Finanzlage der GKV (pers. Mitt. Ohlrogge, 1992). Man bleibt deshalb lieber beim Status quo.

Weitere gewichtige Gründe für die Bedenken innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung sind das bisherige Defizit in der zahnärztlichen Ausbildung und die dadurch in Frage zu stellende Qualität der Therapie sowie die fehlende Delegierbarkeit prophylaktischer Maßnahmen. Der Zeitaufwand für Prophylaxemaßnahmen im Rahmen einer Initialbehandlung und die vergleichsweise geringe Honorierung erlauben es nicht, daß Zahnärzte diese Aufgaben selbst durchführen. Ein neues Konzept für den Einsatz von Prophylaxeassistentinnen, wie es ebenfalls die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie fordert, muß etabliert werden, um Parodontologie bezahlbar zu machen. Vorbilder für die Ausbildung zur Dentalhygienikerin gibt es z.B. in den USA und den Niederlanden, in Großbritannien und der Schweiz.

Leider liegen keine Berechnungen darüber vor, ob durch den Erhalt der Zähne mit einer Parodontalbehandlung prothetische Versorgungen vermieden und Kosten im Gesundheitswesen gespart werden könnten. Ängste seitens der Kassen vor einer Kostenlawine sind also durchaus verständlich. Ohne Einsparungen bei anderen zahnärztlichen Leistungen ist die Parodontologie wohl nicht finanzierbar.

Die parodontologische Versorgung darf allerdings nicht nur unter dem Kostenaspekt betrachtet werden. In den Empfehlungen des Symposiums der EG zur Parodontalvorsorge (Cutress, 1989)

wird herausgestellt, daß jeder Einzelne ein funktionelles natürliches Gebiß durch Parodontalvorsorge und -behandlung das ganze Leben erhalten kann und daß dadurch Schmerzen und Einschränkungen der Lebensqualität vermieden werden können. In der Bevölkerung wächst ohnehin stetig das Gesundheitsbewußtsein. So täten die Verantwortlichen im Gesundheitswesen gut daran, dieser erhöhten Nachfrage durch ein erhöhtes Angebot an prophylaktischen und parodontaltherapeutischen Maßnahmen auch auf zahnmedizinischem Gebiet entgegenzukommen. Voraussetzung ist, daß eine adäquate parodontologische Ausbildung schon in das Studium der Zahnmedizin einbezogen wird.

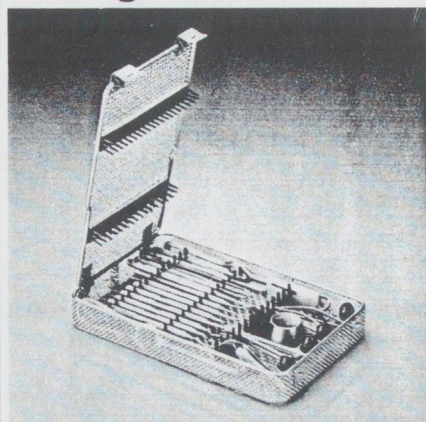
Wenn sich die Zahnärzteschaft der Aufgabe stellt, die Bevölkerung zu verbesserter Selbstvorsorge zu veranlassen, Hilfsberufe auszubilden und anzuleiten und selbst verstärkt parodontaltherapeutisch tätig zu werden, kann sie dazu beitragen, ein bedeutendes Stück Lebensqualität, nämlich ein hohes Maß an Zahngesundheit, zu bewahren.

*Stephan Lemmer
Maxstr, 36, 5300 Bonn;*

*Harald Strippel
L.-Juppe-Weg 1, 3550 Marburg*

Literaturliste kann bei der Redaktion angefordert werden!

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 Hohlmeißelzange, nach Luer-Friedmann
- DB 95 Arkansas-Schleifstein 75 x 25 x 7 mm
- BC 117 Nahtschere
- BC 154 Gingivaschere, nach La Grange
- DO 251 Gingivaschere, nach Goldman-Fox
- BM 128 Nadelhalter mit Schere, nach Olsen-Hegar
- BF 407 Tuchklemme, nach Jones
- JG 513 Schälchen, Ø 30 mm, Metall
- JF 345 Wasch-Tray mit 3 Kunststoff-Lagerungsstegen und 4 Kunststoff-Haltestiften für Ringgriff-Instrumente am Tray-Boden sowie 2 Noppenstege am Tray-Deckel
- TE 596 Packschablone

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 / 70 15

Fax 0 84 56 / 81 39

Schleifkurs
manuelles Aufschleifen
von Parodontalinstrumenten
Anfrage Hegen-Dental-Technik

Kooperation Zahnärzte - Kinderärzte: Funktionelle Orofaciale Prävention

(Zusammenfassung eines Vortrages von Dr. H. Hahn auf der gemeinsamen Veranstaltung von NAV und DAZ am 19.5.92 in München)

Kaum ein Gebiet des menschlichen Organismus ist so komplex wie das orofaciale, treffen hier doch lebensnotwendige primäre Funktionen wie Atmung und Nahrungsaufnahme, bzw. -verarbeitung mit sekundären Leistungen wie Kommunikation und Sprache aufeinander. Weiterhin ist der Mundraum ein wichtiges Wahrnehmungsorgan, sensibel und sensorisch, und steht in statisch-dynamischer Wechselbeziehung zu Kopf- und Körperhaltung.

Die fachübergreifenden Dysfunktionen dieses stomatognathen Systems werden mangels interdisziplinärer Zusammenarbeit häufig nur symptomatisch, anstatt kausal oder präventiv angegangen.

Die Störungen können pränatal begründet sein (cerebral, neurologisch, organisch) oder postnatal erworben als neuromotorische Diskoordination. Lebens- und Ernährungsweisen spielen hier eine wichtige Rolle, wobei Bewegungsarmut mit Saug-, Trink- und später Kaufaulheit einhergeht. Jüngste Untersuchungen von D. Müßig an der Universität Erlangen stellten bei 188 von 268 Säuglingen und Kleinkindern teilweise erhebliche myofunktionelle Störungen fest.

In unserer Wohlstandsgesellschaft hält man es für nötig, ständig alle Bedürfnisse

zu befriedigen, was sich u. a. äußert in Form übertriebener Fürsorge oder im „Überfüttern“ mit Produkten als Ersatz für persönliche Zuwendung. Hierzu das bekannte Beispiel: der zuckerhaltige Kindertee mit der kariösen Destruktion. Darüber hinaus irritiert die dauernde Präsenz von Schnuller und Flasche die neuromotorische Feinkoordination des Mundes.

Funktionelle Erkenntnisse, die bis 100 Jahre zurückreichen und sich auch in der Funktionskieferorthopädie der 30er Jahre niederschlagen, haben in den USA ein fachübergreifendes Konzept entstehen lassen, die *Myofunktionelle Therapie*, die mit verfeinerter Diagnostik und gezielter Übungsbehandlung den orofacialen Dysfunktionen gemäß den Zielvorstellungen von Kieferorthopädie, HNO-Medizin, Sprachheilkunde, Logopädie usw. abhelfen kann.

Fehlfunktionen wie das viscerale, falsche Schlucken oder schädliche Gewohnheiten wie das Daumenlutschen werden mit kindgerechten, immer positiv motivierten Übungen abgestellt. Je eher eine Fehlentwicklung korrigiert wird, um so geringer bleiben die Sekundärpathologien, z.B. die zu regulierende Zahnfehlstellung.

Falsch sind weit verbreitete Vorurteile, daß ein physischer Defekt besser wäre als ein psychischer Schaden, der bei richtiger Vorgehensweise jedoch gar nicht droht. Oder: Dyskinesien vergehen von selbst, und später gibt es eh' die Spange! Zur Förderung der Prävention seien den Pädiatern wie allen Heilberuflern, die mit dem orofacialen Gebiet befaßt sind, ein paar konkrete Ratschläge mitgegeben:

1. Schwangere zum Stillen motivieren und vorbereiten.
2. Trinkflasche nur kurz oder zur medizinisch notwendigen Ernährung geben.
3. Eltern und Kinder zur vernünftigen Ernährung und zum Kauen fester Nahrung raten.
4. Raffineriezucker möglichst einschränken oder meiden.
5. Orofaciale Störungen (grob-, feinmotorisch, neurologisch) früh untersuchen und abklären.
6. Habits unter richtiger Einschätzung der Psyche abstellen.
7. Komplexe Störungen im Teamwork angehen, d.h. die interdisziplinäre Zusammenarbeit, wie es Anlaß der Veranstaltung war, fördern.

Dr. H. Hahn, München

Suche Kolleg/innen zur Gründung einer
DAZ-Studiengruppe in Hannover.
 Bitte melden Sie sich bei
 Dr. F. J. Schraad, Tel. 0511/748848



Gute Noten für Pflegepersonal

Eine deutliche Mehrheit der Bundesbürger (65%) beurteilt die Pflegequalität in den Krankenhäusern positiv, knapp 20% halten sie für ausreichend und nur rund 10% beklagen ernsthafte Mängel. Die guten Noten für die Krankenschwestern und Pfleger wiegen doppelt schwer, weil gleichzeitig rund 75% der Bürger auch der Meinung sind, daß es zu wenig Pflegepersonal gibt. Diesem Bewußtsein entspricht eine relativ hohe Bereitschaft zur persönlichen Konsequenz. Immerhin hält rund ein Drittel aller Bundesbürger höhere Krankenkassenbeiträge im Interesse einer besseren Pflege in den Krankenhäusern für gerechtfertigt.

Quelle: Arzt und Wirtschaft 1/92

Die Zahngesundheit der Kinder - Opfer föderalistischer Vielfalt?

Rechtsgrundlagen und Strukturen der Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter

S. Dohnke-Hohrmann

Bei der Verhütung von Zahnschäden könnte die Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen eine eminent wichtige Rolle spielen - de facto wird diese Chance jedoch nur unzureichend wahrgenommen. Warum dies so ist bzw. welche Hindernisse einem effektiven Einsatz des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in der zahnmedizinischen Prävention entgegenstehen, beleuchtet Frau Dr. Sylvia Dohnke-Hohrmann, Vorsitzende des Bundesverbandes der Zahnärzte im ÖGD, im nachfolgenden Beitrag. Frau Dr. Dohnke-Hohrmann ist nach ihrem Studium in Berlin und assistenzärztlicher Tätigkeit in einer freien Praxis in die Dienste des Gesundheitsamtes in Berlin-Neukölln eingetreten und dort inzwischen seit mehr als 12 Jahren Leiterin des Zahnärztlichen Dienstes. Ihr Bericht unterstreicht die seit Gründung des DAZ erhobene Forderung nach Verabschiedung eines bundesweit gültigen Jugendzahnpflegegesetzes. Zur Realisierung einer flächendeckenden Gesundheitserziehung und effektiven zahnmedizinischen Prophylaxe im Rahmen der vorschulischen und schulischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen bedarf es einer bundeseinheitlichen gesetzlichen Grundlage und einer entsprechenden Ausstattung der Zahnärztlichen Dienste in den Kommunen.

Immer wieder wird zu Recht geklagt, die deutsche Jugendzahnpflege bilde das Schlußlicht im Vergleich mit den europäischen Nachbarländern. Dies ist insofern erstaunlich, weil im Ausland Entwicklungen in der Jugendzahnpflege und Prävention stattgefunden haben, die ihren Ursprung in Deutschland haben. Dabei fällt zunächst sofort das „Bonner System“ nach KANTOROWICZ ein. Nach diesem System wurde immerhin fast ein halbes Jahrhundert in Deutsch-

land Jugendzahnpflege praktiziert. In den neuen Bundesländern hielt es sich bis zur Vereinigung. Das Herz des „Bonner Systems“ ist die Zusammengehörigkeit von Untersuchung, Prophylaxe und Therapie in einer Hand. Überall dort, wo dieses System zur Anwendung kommen konnte, war die grundlegende Situation die gleiche: es herrschte ein hoher Therapiebedarf und ein Mangel an Behandlern. Aufgrund dieses Mangels haben die Väter der Jugendzahnpflege

bewußt sämtliche Kräfte in den Kinder- und Jugendbereich investiert, zuungunsten einer ganzen Generation Erwachsener. In der Finanzierung dieser Jugendzahnpflege lag ein hohes staatliches, städtisches und kommunales Interesse. Die Voraussetzung dafür schuf eine für das gesamte Land bis zum 2. Weltkrieg gültige Gesetzgebung, nämlich das „Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ aus dem Jahre 1934 mit seinen drei Durchführungsverordnungen. Weil ein hoher Standard der zahnmedizinischen Therapie das Interesse an Prävention stark minderte, mußte dieses System denn auch in den alten Bundesländern nicht mehr so notwendig erscheinen. Wurde es doch immer selbstverständlicher, daß bestehende Zahnschäden nicht zum Verlust von Zähnen und damit zu funktioneller und ästhetischer Einbuße wurden. Bei dieser Entwicklung wurde dann auch lange übersehen, daß Vorbeugen nicht nur besser als Heilen ist, sondern längerfristig billiger und sowohl unter ethischen als auch ästhetischen Gesichtspunkten vorzuziehen ist.

Durch das föderalistische System in der Bundesrepublik Deutschland mußte sich diese Tendenz immer mehr verstärken, da die Länder in allen Bereichen über die Kompetenz zur Gesetzgebung verfügen, in denen das Grundgesetz nicht dem Bund Gesetzgebungskompetenz verleiht. §70 GG weist die Jugendzahnpflege ausdrücklich der Länderkompetenz zu. Dies hat zur Folge, daß die

zahnärztlichen Aufgaben im Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes unterschiedlich wahrgenommen werden, auch aufgrund von Stelleneinsparungen. Häufig schon gab die Uneinheitlichkeit und Minderausstattung Anlaß zur Sorge um die zahngesundheitliche Versorgung der Kinder und Jugendlichen. Eine bundeseinheitliche Regelung, wie sie der deutsche Bundestag 1965 durch ein Bundesjugendzahnpflegegesetz anstrebte, scheiterte an der Ablehnung durch den Bundesrat. So hat heute jedes Bundesland eigene gesetzliche Regelungen für den Bereich der Jugendzahnpflege.

Überall dort, wo bisher keine Ablösung durch neue Landesgesetze stattgefunden hat, gilt noch das „Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ aus dem Jahre 1934 mit seinen Durchführungsverordnungen, wenn auch in der im Jahre 1945 bereinigten Form und als Landesgesetz. In der 3. DVO (Durchführungsverordnung) des Vereinheitlichungsgesetzes finden wir zur Jugendzahnpflege lediglich die Aussage, daß „der Amtsarzt über die ordnungsgemäße Durchführung der Jugendzahnpflege zu wachen habe“. Der Aufbau und die Arbeitsweise der Zahnärztlichen Dienste dieser Bundesländer wird also durch Richtlinien und Erlasse auf der Basis dieses „Vereinheitlichungsgesetzes“ geregelt. Für die neuen Bundesländer gelten bisher die entsprechenden Rechtsgrundlagen des jeweiligen Partnerlandes. Partner in diesem Sinne sind:

- Brandenburg & Westfalen-Lippe
- Mecklenburg-Vorpommern & Schleswig-Holstein
- Sachsen & Bayern
- Thüringen & Hessen
- Sachsen-Anhalt & Niedersachsen

Landesgesetze (Gesundheitsdienstgesetze GDG) hingegen regeln den öffentlichen Gesundheitsdienst der Länder Berlin, Schleswig-Holstein und Bayern. Das Berliner Gesundheitsdienstgesetz vom 9.8.80 widmet immerhin der Jugendzahnpflege mit dem §21 einen gesonderten Abschnitt. Das Gesundheitsdienstgesetz Berlin gilt selbstverständlich seit dem 3.10.90 für das geeinte Berlin. Schleswig-Holstein hat sogar ein Jugendzahnpflegegesetz.

Der Bundesgesetzgeber hat zumindest für den Bereich zahnmedizinischer Prävention erkannt, daß eine bundeseinheitliche Versorgung die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen zu fördern vermag. Mit dem Sozialgesetzbuch, Teil V §21, hat der Gesetzgeber die für die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen Verantwortlichen (Zahnärzteschaft, Krankenkasse, Länder) zu einheitlichem, flächendeckendem Handeln verpflichtet. Dies trifft seit dem 1.1.90 auf die Gruppenprophylaxe zu. Auch eine bundeseinheitliche Dokumentation ist gefordert. Auf der Basis der Rahmenvereinbarung nach §21 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen sind bzw. werden in der Folge Rahmenvereinbarungen auf Landesebene geschlossen, die wiederum

die Vielfalt der Strukturen wieder spiegeln. Dort, wo es einen flächendeckend arbeitenden Zahnärztlichen Dienst gibt, werden die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe weitgehend von diesem ausgefüllt. Dort, wo Personal des öffentlichen Gesundheitsdienstes kaum mehr vorhanden ist, müssen die Aufgaben durch die niedergelassene Zahnärzteschaft erfüllt werden. Denkt man dabei an die Betroffenen, so kommt keine Freude an der föderalistischen Vielfalt auf.

Seit 1990 bemüht sich der Deutsche Ausschuß für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit um die Einheitlichkeit der Maßnahmen und der Dokumentation. Dies ist keine leichte Aufgabe, wenn man berücksichtigt, daß die Mehrheit der Bundesländer noch nicht nach dem international gebräuchlichen DMF-T-System dokumentiert. Dies aber ist zwingend erforderlich, will man Vergleichbarkeit erzielen oder wenigstens regionale Trends in der zahngesundheitlichen Entwicklung erkennen.

Ein buntes Spektrum differenzierterer Regelungen breitet sich demjenigen aus, der sich die Mühe gibt zu analysieren, warum mehr als 90 Jahre seit der Gründung der ersten deutschen Schulzahnklinik in Straßburg durch das „Deutsche Zentralkomitee“ keine einheitliche Linie in der zahnärztlichen Betreuung der Kinder und Jugendlichen zu finden ist. Verblüffend ist immer wieder die Tat-

sache, daß alle Beteiligten (niedergelassene Zahnärzteschaft, Zahnärzteschaft des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Krankenkasse, städtische, staatliche und kommunale Träger) stets die gleichen Maßnahmen postulieren - selbstverständlich gewachsen mit dem jeweiligen Stand des Fachwissens -, die erforderlich und geeignet wären, der Misere abzuhelpfen. Man kann sich jedoch anscheinend nicht einigen, wer die Ausführenden sein sollen.

Der geschätzte Leser mag verzeihen, daß dies aus der Sicht der Zahnärztlichen Dienste unverständlich erscheinen muß. Im Bereich der alten Bundesländer existiert schon seit langem eine Weiterbildung zur Erlangung der Gebietsbezeichnung „Zahnarzt für öffentliches Gesundheitswesen“. Diese Weiterbildung verhilft den Absolventen nicht nur zu seriöser Kenntnis von Rechts- und Verwaltungsstrukturen, sondern sorgt auch für eine gute Basis kinderzahnärztlichen Wissens. Die Kolleginnen und Kollegen der neuen Bundesländer bringen ihre wertvolle Weiterbildung zum „Fachzahnarzt für Kinderstomatologie“ mit. Die Stärke der Zahnärztlichen Dienste gegenüber jedem Obteutekonzept begründet sich über die obengenannte Qualifikation hinaus in folgenden Faktoren:

- Die Kontinuität des Personals ist gewährleistet. Nur so ist ein enger Kontakt zu den zu betreuenden Organisationen sicherzustellen (Kontaktpflege).

- Die Arbeit wird hauptberuflich ausgeführt. Nur dadurch lassen sich Interessenkonflikte weitgehend ausschalten.
- Eine gut funktionierende Dokumentation und Auswertung läßt sich nur aus einer gut strukturierten Einheit heraus durchführen. (Die Dokumentation ermöglicht es, einen klaren Überblick über das epidemiologische Geschehen zu gewinnen, den Personaleinsatz zu steuern und in der Betreuung Schwerpunkte zu setzen.)

Folgende Aufgaben sollten Aufgaben der Zahnärztlichen Dienste werden, bzw. bleiben:

- Zahnärztliche Untersuchung aller Kinder und Jugendlichen.
- Durchführung der Gruppenprophylaxe.
- Identifikation und Selektion des mit erhöhtem Kariesrisiko behafteten Personenkreises.
- Identifikation von Kindern und Jugendlichen mit Zahn- und Kieferfehlstellungen.
- Überweisung aller Kinder und Jugendlichen mit Ausnahme der Karieshochrisikogruppe zu Behandlung und Individualprophylaxe an die niedergelassene Zahnärzteschaft.
- Durchführung der Intensivprophylaxe für die Karieshochrisikogruppe.
- Behandlung der Karieshochrisikogruppe, zu der mit Sicherheit die Kinder gehören, die früher als Restanten bezeichnet wurden.

Trotz der beschriebenen Hindernisse durch die unterschiedlichen landesspezifischen Strukturen gibt es für die heutige Jugendzahnpflege in Deutschland bessere Chancen zur Förderung der Zahn- und Mundgesundheit als zu Beginn dieses Jahrhunderts. Die heutige Aufgabe besteht darin, ein möglichst einheitliches Vorgehen aller Länder zu

schaffen - zunächst zumindest bezüglich der Dokumentation - und für eine aufgabengerechte Ausstattung der Zahnärztlichen Dienste zu sorgen, wie es schon 1991 die 64. GMK (Gesundheitsministerkonferenz) gefordert hat.

Dr. Sylvia Dohnke-Horhmann
Berliner Str. 87, 1000 Berlin 37

Für Sie gelesen:

Buchtip: Laser in der Zahnmedizin

herausgegeben von van Benthem u.a., 251 S., 77 farbige u. 97 einfarbige Abb., Quintessenz Verlag, Preis: 198 DM

Euphorische Berichte über Lasertechnik in Medien und Herstellerprospekten verunsichern nicht selten den Zahnarzt eher, als daß sie ihn in die Lage versetzen, dem Informationsbedürfnis seiner Patienten Rechnung zu tragen. Wer sich sachlich über den gegenwärtigen Stand der Lasertechnik in der Zahnmedizin informieren will, dem sei das vom Quintessenz-Verlag herausgebrachte Buch empfohlen.

Hier wird ein Überblick über den aktuellen Stand der Laseranwendung aus wissenschaftlicher Sicht gegeben. Einleitend werden Physik und Strahlenschutz der Lasertechnik behandelt, was das Verständnis sehr erleichtert. Der Hauptteil des Buches ist der Laseranwendung gewidmet und stellt den Lasereinsatz in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sowie der konservierenden und prothetischen Zahnheilkunde

dar. Darauf folgt ein Abschnitt über Laser-Biostimulation. Ergänzend wird eine kritische Würdigung der Forschungsaktivitäten zur Laser-Erprobung gegeben.

Als Resümee bleibt festzuhalten, daß wohl noch einige Zeit vergehen wird, bis Laser reif sind für die alltägliche Anwendung in der Zahnarztpraxis. (cw)

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. 0221/843025, Fax 0221/845040

KOMET: MEHR QUALITÄT FÜR IHRE TÄGLICHE PRAXIS.

Hartmetall-Knochenfräser mit Kreuzverzahnung für die aktuelle Kieferchirurgie.

Die neu entwickelten Hartmetall-Knochenfräser sind rostfrei und mit einer speziellen Kreuzverzahnung ausgestattet. Sie zeichnen sich nicht nur durch wesentlich erhöhte Schneidleistung aus, sondern – was noch wichtiger ist – durch erstaunlich verbesserte Schneideigenschaften, wie weiches, gezieltes Zerspanen von Knochenmaterial mit verbesserter Oberflächenqualität und lange Gebrauchsdauer.

Mit diesem neuen Instrumentarium gibt Komet für den Anwendungsbereich der Kiefer-Chirurgie den Zahnmedizinern Instrumente in die Hand, mit denen noch präziser und schonender gearbeitet werden kann.



H162A.104.016
500 104 408298 016

H162A.204.016
500 204 408298 016

H162A.205.016
500 205 408298 016

H162A.314.016
500 314 408298 016



H166A.104.021
500 104 409298 021

H166A.204.021
500 204 409298 021

H166A.205.021
500 205 409298 021

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

Eine Hilfe zur praktischen Umsetzung der IP-Positionen:

Kompendium Individualprophylaxe

von Petra Ratka-Krüger

S. Zimmer

Nach dem „Curriculum Individualprophylaxe“ des IDZ, das sich an Fortbildungsreferenten richtet und damit nur indirekt einen Leitfaden für den Praktiker zur Umsetzung der BEMA-Positionen IP 1–4 darstellt, hat die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen ein Kompendium „Individualprophylaxe“ herausgegeben. Dieses von Petra Ratka-Krüger verfaßte Handbuch richtet sich an den praktizierenden Zahnarzt und soll ihm die Umsetzung der „Kassenprävention“ erleichtern.

Ich möchte hier unter Verweis auf den Beitrag im Forum 37 „Individualprophylaxe als Kassenleistung?“ nicht weiter auf die Frage eingehen, ob die IP-Positionen eine vernünftiges Instrument zur Verhinderung von Karies und Parodontitis sind. Die Leistungsbeschreibungen der Prophylaxe für 12–19jährige sind Kassenzahnärztliche Realität, und ich meine, wir haben die ethische Pflicht, jedes noch so kleine Steinchen aufzunehmen, wenn wir das Gebäude einer umfassenden Prophylaxe für alle aufbauen wollen.

Insofern ist das Kompendium von Frau Ratka-Krüger ein hilfreicher Fahrplan zur Umsetzung der „real-existierenden

Prophylaxe“ bei Kindern und Jugendlichen.

Das große Verdienst des Büchleins liegt darin, daß es ganz konkrete Anleitungen gibt. Diese reichen von Empfehlungen zum Vorgehen in den einzelnen Sitzungen über Kopiervorlagen für Mundhygienestaten und einen Planungs- und Dokumentationsbogen bis hin zu Abrechnungshinweisen.

Viele ansprechende Farbbilder, die zum Teil entnehmbar sind, stellen eine sinnvolle Unterstützung bei der Motivation und Instruktion des Patienten zur häuslichen Mundpflege dar.

Gleichzeitig wird der Zahnarzt in knapper Form über einschlägige wissenschaftliche Studien zu den einzelnen Bausteinen der Prävention (zum Beispiel Zuckerkonsum) informiert, so daß er nicht nur ein Instrumentarium zur Umsetzung der IP-Positionen erhält, sondern gleichzeitig ein kurzes Update seines eigenen Wissens im Bereich der zahnmedizinischen Prävention.

Obwohl der Eindruck des Kompendiums ganz überwiegend positiv ist, möchte ich doch ein paar kritische Anmerkungen machen.

Mit der Einführung eines neuen Blutungsindex (BI) zur quantitativen Erfassung einer Gingivitis treibt Frau Ratka-Krüger den an sich vernünftigen Trend zur Vereinfachung zu weit. Eine reine ja/nein-Entscheidung besitzt zur Beurteilung einer Verbesserung der Mundhygiene zu wenig Trennschärfe. Bei vergleichbarem Zeitaufwand stellt der PBI nach MÜHLEMANN das weit bessere Instrument dar, denn er ermöglicht auch die quantitative Beurteilung einer gingivalen Einheit. Ein kurzes Beispiel soll den Unterschied verdeutlichen: Wenn ein Kind es durch verbesserte Mundhygiene schafft, eine an allen gingivalen Einheiten bestehende Gingivitis mit starker Blutung in eine milde Gingivitis mit nur geringfügiger Blutung zu überführen, so drückt der PBI diese Verbesserung deutlich aus. Der BI würde dagegen gleich bleiben. Ein Index hat aber die Aufgabe, Verbesserungen der Mundhygiene zahlenmäßig auszudrücken. Ein Index, der das nicht in ausreichendem Maße tut, ist ein schlechter Motivator für den Patienten, an seinem Mundhygieneverhalten zu arbeiten.

Ein weiterer Punkt, der so nicht akzeptabel ist, ist die Empfehlung von Applikatoren zur Fluoridierung von Ober- und Unterkiefer, die im Extremfall

bis zu 20g Gelee aufnehmen, was einer Fluoridmenge von 250 mg entspricht. Da die Applikatoren häufig ohne entsprechende Überwachung und kontinuierliches Absaugen eingesetzt werden, können größere Fluoridmengen verschluckt werden, was zwar kaum bei einem Zwölfjährigen, wohl aber bei Kleinkindern zu Vergiftungserscheinungen führen kann. Deshalb und weil der Nutzen dieses hochdosierten Einsatzes von Fluorid nicht größer ist als bei gezielter Anwendung von Lacken, bei denen weniger als 10 mg Fluorid pro Applikation eingesetzt werden, sollte auf Gelee-Applikatoren generell verzichtet werden.

Bei Beachtung dieser Kritikpunkte ist das Kompendium auch angesichts des äußerst günstigen Preis-Leistungsverhältnisses als Hilfe bei der Umsetzung der Individualprophylaxe in der zahnärztlichen Praxis sehr zu empfehlen.

Das spiralgebundene Handbuch kann über die KZV Hessen schriftlich (Lyoner Str. 21, 6000 Frankfurt 71), telefonisch (Frau Alt, Tel. 069/6607-274) oder per Fax (069/6607-344) bestellt werden.

Stefan Zimmer

Zahnklinik Nord der FU Berlin

Föhrer Straße 15

1000 Berlin 65

Alteingesessene Zahnarztpraxis
mit Immobilie in Bergischer Stadt
kurzfristig abzugeben.
Chiffre DAZ 1275

Zahnarzt sucht Praxisübernahme
per Ende '92/Anf. '93 in Köln.
Zusendungen an: DAZ, Belfortstr. 9, 5
Köln 1, Chiffre DAZ 1669.

Erster Deutscher Kongreß für Präventive Zahnheilkunde

30.10.-31.10.1992, Bonn

Herausforderung an das ganze Praxisteam“ - so lautet das Generalthema, zu dem unter Leitung von Professor Dr. J. Einwag, Direktor des zahnärztlichen Fortbildungszentrums in Stuttgart, und Prof. Dr. Renggli, Chef der parodontologischen Abteilung der Universität Nimwegen, ein aus in- und ausländischen Fachleuten bestehendes Expertenteam in Bonn zusammenkommt. Vorgesehen ist, auf dem 1. Kongreß für Präventive Zahnheilkunde den Widerspruch zwischen dem hochentwickelten Wissen über Wege zur Erhaltung eines naturgesunden Gebisses bis ins hohe Alter und der tatsächlich vorfindbaren mangelhaften Umsetzung dieser Erkenntnisse zu diskutieren und die Teilnehmer zu motivieren, ihr Wissen in „angewandte Prävention“ umzuwandeln. Die Vorträge richten sich zum Teil an ganze Praxisteams, zum Teil speziell an Zahnmediziner oder an zahnmedizinische Fachhelferinnen und Zahnarthelferinnen. Angesprochen werden u.a. folgende Themenbereiche: Neues aus der Karies- und Parodontitisprophylaxe, die Gestaltung von Füllungen, Kronen, Brücken und Prothesen unter präventiven Gesichtspunkten, Methoden der Bestimmung des individuellen Kariesrisikos, die Moti-

vation und Instruktion von Patienten, Hilfsmittel zur Durchführung der Prophylaxe usw.

Prävention wird aber auch in einem anderen Sinne zum Thema gemacht: Ein zweiter Schwerpunkt ist die Prophylaxe gesundheitlicher Schädigungen, die aus den psychischen und physischen Belastungen im zahnmedizinischen Berufsalltag resultieren können. Insbesondere geht es um Streßreduktion durch eine effiziente Praxisorganisation, Vorbeugung von Haltungsschäden und Infektionsprophylaxe.

Interessant an der geplanten Tagung ist mit Sicherheit, daß hier Wissenschaft, Praxis, Zahnärzte und Vertreter der zahnärztlichen Assistenzberufe sowie die Industrie (die Tagung wird unterstützt von der *blend-a-med*-Forschung) an einem Strang ziehen, um Möglichkeiten, Sinn und Nutzen einer modernen präventiv orientierten Zahnmedizin einem breiten Publikum zu präsentieren.

Dies scheint um so notwendiger, als zwar viel von Prävention gesprochen wird, die Umsetzung der meisten Absichtserklärungen in Form von Gesetzen, Erlassen oder auch Gebühren-

positionen jedoch bislang als halbherzig zu bezeichnen ist (vgl. Beitrag „Individualprophylaxe als Kassenleistung“ in forum 37 oder DAZ-Presseerklärungen „Vorrang für Prophylaxe“ und „DAZ im Gesundheitsministerium - akzeptierte Politikberatung“). Insbesondere das vom neuen Gesundheitsminister vorgelegte Konzept für ein „Gesundheitsstrukturgesetz“ enthält bisher keine einzige Maßnahme zur Stärkung der Prophylaxe. Um über die aktuelle Entwicklung auf diesen Gebieten zu informieren, ist im Anschluß an die Vorträge und Demon-

strationen ein Podiumsgespräch mit Hochschullehrern, Standespolitikern, Vertretern der gesetzlichen und privaten Krankenkassen und Politikern geplant. Thema: „Der Stellenwert der Prävention im Rahmen der zahnmedizinischen Versorgung“.

Nähere Informationen zu dem vielversprechenden Tagungsprogramm erhalten Sie über:

Prof. Dr. J. Einwag
Zahnärztliches Fortbildungsinstitut
Hardweg 50, 7000 Stuttgart
Tel. 07 11 / 29 29 46



IHR PARTNER FÜR PROFESSIONELLE PROPHYLAXE

PROFIMED
Postfach 10 05 40 · 8200 Rosenheim
Tel.: 0 80 31 / 140 49 · Fax: / 149 93

PARO
DIE KOMBINIERBARE
„IP“-ZAHNBÜRSTE

... bietet dem Patienten einen kostengünstigen Einstieg in seine eigene, systematische Mundhygiene. Denn nicht immer werden Sets angeboten, die den individuellen Indikationen entsprechen.

Das **PARO-SYSTEM** ist die preiswerte Alternative, denn alle Ansätze können individuell („IP“) mit jeder **PARO-ZAHNBÜRSTE***) kombiniert werden.

DIE KOMBINIERBARE
„IP“-ZAHNBÜRSTE

PARO M27L

Von zahngesunder Ernährung weit entfernt

Die Nationale Verzehrsstudie zeigt Defizite im Ernährungsverhalten und -wissen der Deutschen auf

I. Berger

„Was essen eigentlich die Deutschen?“ Zu diesem Thema wird natürlich seit jeher viel gesagt und geschrieben - umfassende wissenschaftlich fundierte Grundlagen zur Beantwortung dieser Frage stehen aber erst seit einem knappen Jahr zur Verfügung: seit Abschluß der sogenannten „Nationalen Verzehrsstudie“ (NVS). Im Rahmen dieser Studie wurde in den Jahren 1985 - 1989 bei ca. 25.000 Menschen aus den alten Bundesländern mittels einer detaillierten Befragung und der Erhebung von „Verzehrsprotokollen“ über 7 Tage hinweg das Ernährungsverhalten erfaßt.

Das methodisch sehr aufwendige, im Auftrag des Bundesministeriums für Forschung und Technologie von der Gesellschaft für Konsum-, Markt- und Absatzforschung (GfK) durchgeführte Forschungsvorhaben erbrachte ein facettenreiches Bild und ließ deutliche Unterschiede in den Speisezetteln verschiedener Personengruppen - je nach Alter, Geschlecht, sozialen Merkmalen, ja sogar nach Jahreszeit und Bundesland - erkennen. Es zeigten sich jedoch zugleich über all diese Differenzierungen hinweg einige Haupttendenzen, die sich in folgender Formel zusammenfassen

lassen: Die Deutschen essen zu viel, zu fett, zu eiweißreich.

Aus zahnmedizinischer Sicht dürften dabei insbesondere folgende Aspekte von Belang sein:

- 1) Zwar essen wir insgesamt zu wenig Kohlehydrate. Aber wenn wir welche zu uns nehmen, dann in der denkbar ungesündesten Form: als Zucker, Weißmehl, Marmelade, Cola-Getränk usw.. Die enthaltenen einfachen Kohlehydrate stellen einen idealen Nährboden für säurebildende Bakterien dar und bereiten so kariöse Zahnerkrankungen vor.
- 2) Wir haben uns an häufige Zwischenmahlzeiten (4,4 pro Tag) gewöhnt. Der überwiegende Teil (64 %) der zwischendurch verzehrten Speisen enthält Zucker. Zahnpflege nach diesen Snacks wäre besonders nötig, wird aber viel zu selten durchgeführt.
- 3) Die Außer-Haus-Mahlzeiten haben zugenommen (5,2 Hauptmahlzeiten pro Woche), vor allem infolge von Berufstätigkeit von Erwachsenen, Ganztagsbetreuung von Kindern usw. Unterwegs ist die Zahnhygiene erschwert und unterbleibt meist völlig.

4) Der Trend geht hin zu immer mehr fertig vorbereiteten Speisen; in der Studie heißt es: „Ginge es nach den Vorstellungen der Befragten, so würde uns die Zukunft der Retortennahrung immer näher bringen“ (S. 10). Zu fragen ist, ob dieser Trend nicht auch eine Reduktion der Anforderungen an unser Kauorgan mit sich bringt. Wenn ja, so hätte dies zumindest während des Kieferwachstums schädliche Folgen.

5) Obwohl Radio, Fernsehen, unzählige Illustrierte mit Gesundheitsratschlägen aufwarten, zeigt die Studie deutliche Wissenslücken in Bezug auf Ernährungsfragen. Und selbst, wenn diese Informationsdefizite behoben werden können, erscheint doch fraglich, ob das zu wesentlichen Verhaltensänderungen führen würde. Nach den Befragungen halten die Verbraucher zwar Kriterien wie „Frische Produkte“, „Obst und Gemüse“, „viel Vitamine“ usw. für wichtig, an oberster Stelle steht aber in jedem Fall der geschmackliche Genuß. Und den Geschmack kann man sich ja bekanntlich verderben...

Um den Zusammenhang zwischen Ernährung und gesundheitlichen Folgen besser einschätzen zu können, wurde die NVS mit der „Verbundstudie Ernährungserhebung und Risikofaktorenanalytik“ (VERA-Studie) gekoppelt, deren Ergebnisse voraussichtlich in 1993 vorliegen. Schon jetzt läßt sich vermuten, daß unser Ernährungsverhalten

zunehmend zum Risikofaktor wird und Prävention bei der Änderung unserer Eßgewohnheiten anfangen muß. Die meisten aus humanmedizinischer Sicht zu erhebenden Forderungen werden auch seitens der Zahnärzte zu unterschreiben sein. Hinzu kommen folgende Vorschläge, für deren Durchsetzung sich der DAZ schon seit längerem stark macht:

a) Durch entsprechende Zusatz-Informationen sollen die Verbraucher auf die kariogene Wirkung von Zucker hingewiesen werden. Die Süßigkeitenwerbung im Fernsehen sollte eingeschränkt, der Verkauf von stark zuckerhaltigen Snacks und Getränken in Schulen und Einrichtungen für Kinder und Jugendliche unterbunden werden.

b) Wenn schon Zwischenmahlzeiten und Außer-Haus-Verzehr, dann sollte es sich als selbstverständlich einbürgern, daß man auch unterwegs, an der Arbeitsstelle, in der Schule usw. seine Zähne putzt.

Darüber hinaus ist zu prüfen, welche Rolle Zuckeraustauschstoffe spielen können - als längerfristiger Zuckersatz oder als Hilfe bei der Umgewöhnung auf weniger gesüßte Speisen.

Grundsätzlich - denke ich - heißt der Weg zu gesunder Ernährung nicht „Verzicht auf Genuß“, sondern „bewußterer Genuß“. Essen ist weit mehr als das Einfüllen von Kalorien. Es hat damit zu tun, wie wir mit uns selbst, mit verfügbaren Ressourcen und mit unseren Mit-

menschen (denn Essen ist überwiegend ein soziales Phänomen) umgehen.

„Der Mensch ist, was er isst“ - so der Titel eines Ernährungswegweisers. Der Mensch ist auch, WIE er isst, mit WEM er isst usw. Zahnärztliche Ratschläge allein werden einer ungesunden Ernährungsweise und eventuell dahinterstehenden komplexeren Problemen (wie Zeitdruck und Streß, Mangel an Besinnung und Ruhe für bewußten Umgang mit der eigenen Alltagssituation, Essen als Ersatzbefriedigung, Suchtverhalten usw.) vielleicht nicht abhelfen können. Aber sie können richtige Tendenzen bestärken und als ein Baustein im Gebäude der Prävention fungieren.

Von den vielen Informationsquellen, die man beim Thema „Gesunde Ernährung“ heranziehen kann, seien hier beispielhaft erwähnt:

- Krankenkassen: sie geben in der Regel kostenlose Broschüren heraus
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Feldbergstr. 28, 6000 Frankfurt / Main 1
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Postfach 910152, 5000 Köln 91
- Auswertungs- und Informationsdienst für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten (AID), Postfach 200153, 5300 Bonn 2
- Verein für Zahnhygiene, Feldbergstr. 40, 6100 Darmstadt

Wer sich für die Nationale Verzehrsstudie im Original interessiert, kann sie beziehen über: Gesellsch. f. Konsum-, Markt- und Absatzforschung (GfK), Nordwestring 101, 8500 Nürnberg 90

Irmgard Berger
Adenauerstr. 48, 5210 Troisdorf

Höhere Gehälter für Zahnarthelferinnen

bringt in Baden-Württemberg der neue Tarifvertrag ab 1. Juli mit drei Gehaltsgruppen und einer Verkürzung der Berufsjahresstaffel. Wie die Deutsche Angestellten-Gewerkschaft mitteilt, ist ein Grundgehalt zwischen 2.300 DM im ersten und 2.900 DM ab dem 11. Berufsjahr vorgesehen (Arzthelferinnen bis dato: 2.050 DM bis 2.600 DM). Die Vergütung in der dreijährigen Ausbildung beträgt monatlich 800 DM bis 1.050 DM. Arzthelferinnen in der Ausbildung erhalten 610 DM bis 880 DM. Aus der Ärzte-Zeitung vom 2.6.1992

Freundlicher westdeutscher Zahnarzt (25 J.), Examen 8/91, seit 6 Mon. in ungekündigter Stellung tätig, sucht **Vorbereitungsstelle**

in ganzheitlich orientierter Praxis. Zuschriften an Stefan Stücke, Am langen Hahn 58, 4790 Paderborn-Dahl, werden umgehend weitergeleitet.

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

Vorbereitungsstelle
im Raum Köln/Bonn mit Möglichkeit zur Oralchirurgischen Fortbildung.
B. Imhoff, General-Oberst-Beck-Str. 5, 6500 Mainz 42, Tel. 06131/578446

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 (09974) 1515

Keramik · Frästechnik · KfO · Edelmetall · Prothetik · Stahl

— Auro — Galva — Crown

AGC

Interessante Zitate aus dem Referat**Die Forderung nach Ernährungsumstellung aus ernährungsphysiologischer und -psychologischer Sicht und ihre Auswirkung auf die Kariesprophylaxe**

von Prof. Dr. Volker Pudel, Leiter der Ernährungspsychologischen Forschungsstelle der Universität Göttingen, gehalten beim Wrigley-Workshop „Der flüssige Zahn – stimulierter Speichelfluß, die neue Chance in der Kariesprophylaxe“.

„... Untersuchungen aus jüngster Zeit belegen, daß die Bevölkerung ganz andere Ernährungsprobleme sieht als die Fachwelt. Für den Bürger ist Ernährung kein ernährungsphysiologisches, sondern ein ernährungskommunikatives Problem. Die eigene Verunsicherung steht stärker im Vordergrund als die konkreten Fragen zum täglichen Essen. ...

Die Vermehrung des Informationsangebotes über Ernährungsfragen in den letzten zehn Jahren wird von der Bevölkerung als eine deutliche Zunahme von Desinformation gewertet. Einer repräsentativen Erhebung nach wünschten sich 40 Prozent der Bürger mehr Ernährungsaufklärung; 63 Prozent beklagten die Widersprüchlichkeit, 26 Prozent empfanden Ernährungsinformation zu einseitig und 38 Prozent hatten Verständnisschwierigkeiten mit der Ernährungsinformation. Bereits diese Zahlen beschreiben einen Informationsnotstand. Doch es ist noch schlimmer, denn diese Zahlen sind zehn Jahre alt und im Ernährungsbericht nachlesbar.

Eine Wiederholung dieser Befragung nach zehn Jahren ergab: 15 Prozent Zuwachs bei jener Gruppe, die mehr Aufklärung wünscht, also Anstieg auf 55 Prozent; sieben Prozent Zuwachs beim Urteil „Widersprüchlichkeit“, also Anstieg auf 70 Prozent; zehn Prozent Zuwachs bei „Einseitigkeit“, das macht 1989 36 Prozent aus, und nochmals sieben Prozent Zuwachs bei „Verständnisschwierigkeiten“, ergibt somit 45 Prozent. Wenn ausgezählt wird, wieviele Verbraucher gegenwärtig mit der Ernährungsinformation zufrieden sind, also keinen der genannten Kritikpunkte beklagen, dann bleiben noch knapp zehn Prozent. 90 Prozent aller Bürger also kritisieren Art und Weise der Ernährungsinformation. Das Mehr an Information in den letzten zehn Jahren hat sich als Desinformation erwiesen, die dem Bürger keine für ihn anwendbaren Handlungsleitlinien vermittelt. Daraus ist zu schließen, daß die überwiegende Mehrheit der Verbraucher sich subjektiv nicht in der Lage fühlt, rationale Ernährungsentscheidungen zu treffen,

vorausgesetzt sie wolle dies überhaupt. Zu den Themen, die dem Verbraucher kontrovers ohne Handlungsbezug mitgeteilt werden, zählen: Cholesterinaufnahme, Normwert für Cholesterin, Verzehr von Butter oder Margarine, Idealgewicht versus Normalgewicht, gesundheitliche Vorteile von „Bio-Kost“, Risiko durch Schadstoffbelastung und/oder Zusatzstoffe, Konservierung durch Bestrahlung. Kommunikationstheoretisch weist eine Schwachstellenanalyse der etablierten Ernährungsaufklärung folgende Punkte auf:

1. Ernährungsaufklärung erfolgt zu wenig zielgruppenspezifisch, sondern orientiert sich an statistischen Bundesmittelwerten in ihren Aussagen. (Beispiel: Hinweise zur Gewichtsreduktion erfolgen zu breit und sind im Bevölkerungssegment figurbewußter Frauen eher kontraindiziert).
2. Ernährungsaufklärung postuliert, daß das dominante Motiv für „Essen und Trinken“ das Gesundheitsmotiv sei, dem man durch fachwissenschaftliche Argumente „zum Durchbruch“ verhelfen müsse. Diese Ansicht verbaut der Ernährungsaufklärung ebenso den Weg, als wenn Automobilhersteller ihr Marketing allein auf den Aspekt des „Sichfortbewegens“ abstellen.
3. Ernährungsaufklärung fühlt sich mehr der Fachwissenschaft als dem „Markt“ verbunden, geht so den Weg rationaler Aufklärung zum Thema „Ernährung“ und negiert dabei, daß

„Essen und Trinken“ weitgehend emotional gesteuerte Verhaltensweisen sind.

4. Ernährungsaufklärung erschöpft sich häufig in der Beschreibung der ernährungsphysiologisch wünschbaren Ernährungsparameter, ohne konkrete Maßnahmen anzugeben, wie diese Ziele zu erreichen sind. (Beispiel: „Essen Sie weniger Fett“ ist ebenso richtig wie „Fahren Sie mit weniger Reifenabrieb“, doch beide Ratschläge nennen keine Maßnahmen zur Zielerreichung).

Die jüngste Berichterstattung über die Nationale Verzehrsstudie, durchgeführt im Auftrag des Bundesforschungsministers, ist ein leider gutes Beispiel, wie Informationen über die richtige Ernährung nicht sein sollen. Dort heißt es: Die Deutschen essen zuviel! Die Deutschen essen zu fett und zu eiweißreich! Die Deutschen essen zuwenig Kohlenhydrate! Und entsprechende Botschaften kamen über die Tagesthemen mit dem Hinweis, daß die Nationale Verzehrsstudie 15 Millionen Mark gekostet habe, um das festzustellen.

Es gibt Deutsche, die essen zuviel! Es gibt auch Deutsche, die essen zuwenig: Wenn ich allein nur an die ca. 500.000 Frauen denke, die an EB-Brechsucht leiden oder an die Mädchen im Alter 13 bis 17 Jahre, die kollektiv eher mit Nahrungsenergie unterversorgt sind.

Es gibt Deutsche, die essen zu fett, aber nicht alle! Es gibt auch Deutsche,

die essen zuviel Zucker! Aber nicht alle. Aufklärungsbotschaften, wie die nach der Nationalen Verzehrsstudie, basieren auf einem Mittelwert, und der ist auf den Einzelfall nicht zu übertragen. Mit solchen statistischen Durchschnittszahlen kann sich ein Einzelner nicht identifizieren, daher wirkt die Botschaft auch nicht.

Provokant, aber nicht zum ersten Mal, möchte ich behaupten, daß das fortwährend beklagte Fehlverhalten der deutschen Esser zumindest zu einem großen Anteil auf die mangelnde Professionalität der Ernährungsaufklärung zurückgeht.

Wer die Grundregeln des sozialen Marketings nicht beherrscht, darf sich nicht wundern, wenn das Produkt „gesunde Ernährung“, das an Mann und Frau gebracht werden soll, ein „Ladenhüter“ bleibt. Das soziale Marketing geht - analog zum Produktmarketing - davon aus, daß „Gesundheit“ und „vollwertige Ernährung“ auch „Produkte“ sind, die zu einem bestimmten „Preis“ angeboten werden. Der „Preis“ ist im sozialen Marketing allerdings keine monetäre Größe, sondern zumeist als Verhaltensänderung, Verzicht etc. definiert. Für die „Produkte“ muß eine gezielte Public Relations gemacht werden, und die „Distribution“ muß ebenfalls stimmen. Die Frage stellt sich, ob das Produkt „Gesundheit“ überhaupt der Zielgruppe „gesunde Menschen“ zu „verkaufen“ ist und ob nicht zudem der „Preis“ zu hoch angesetzt ist, wenn zu erhebliche Ver-

haltensänderungen gefordert werden. In der Vier-Jahreszeiten-Kur der AOK haben wir z.B. das Produkt nicht „gesunde Ernährung“ genannt, sondern „fit, schlank, schön und gesellig“. Das hat inzwischen schon 300.000 Menschen interessiert.

Inzwischen sind aber auch durchaus positive Tendenzen im Ernährungsverhalten weiter Teile der Bevölkerung zu erkennen. Das Angebot des Bäckerhandwerks hat den Vollkornprodukten zu großen Marktanteilen verholfen und damit die Ballaststoffaufnahme gefördert. Der Trend zu kleineren Zwischenmahlzeiten ist unübersehbar. Das Ernährungsbewußtsein ist erheblich angestiegen; allerdings führt dies häufig dazu, daß nicht anders, sondern zusätzlich mit „schlechtem Gewissen“ gegessen wird. Der Trend der Blitz- und Crash-Diäten scheint sich abzuflachen.

Es lohnt sich, verschiedene Gruppen einmal zu identifizieren. Wir taten dies anhand von repräsentativen Daten, die im November 1990 in den alten und neuen Bundesländern erhoben wurden.

Typ 1: Der unbekümmerte Genießer

Der unbekümmerte, nicht besonders anspruchsvolle, zumeist eher schlanke Esser wählt mit Zunge und Auge: lecker und frisch soll sein Essen sein, auch wenn er kein extremer Genießertyp ist. Besonders wichtig ist ihm der gute Geschmack; bei „Erlebnismahlzeiten“ (Restaurant, Urlaub) und bei „Versor-

gungsmahlzeiten“ macht er kleine Abstriche (Imbiß, Kantine).

Kalorien, Fett, Biokost, Vitamine, überhaupt das Argument „Gesundheit“ läßt er nicht wirklich gelten, vor allem nicht, wenn Essen Spaß machen soll. Von der Kantine allerdings erwartet er „gesunde Kost“. 27 Prozent der Deutschen fallen in diese Kategorie: 24 Prozent West, 32 Prozent Ost.

Typ 2: Der Prinzipien-Esser

Dereher normalgewichtige Prinzipien-Esser findet alles sehr wichtig, und dies ohne Unterschied. Geschmack, Gesundheit, Preiswürdigkeit, Frische, wenig Kalorien und viel Vitamine, alles stellt er oben an. Hinzu kommt seine extrem große Vorliebe für Bio-Produkte und sein Wunsch nach einer gewissen Exklusivität seines Essens. Seine Ernährung nimmt der Prinzipien-Esser wichtig, und er läßt sich durch Situationen nicht irritieren. Ob am Imbißstand, in einer Kantine, einem Restaurant, zuhause oder im Urlaub: Gleichgültig, wo er ißt, seine Prinzipien gelten immer. 22 Prozent der Deutschen fallen in diese Kategorie: 26 % West; 15 % Ost.

Typ 3: Der Gesundheits-Ignorant

Eine Kerngruppe von überwiegend sogar recht schlanken Menschen (ca. fünf Prozent), für die ausnahmslos nur der durchschnittliche Geschmack des Essens zählt, denn wahrer Genuß ist diesem Typ eher fremd. Gesundheitliche Argumente oder ernährungsphysio-

logische Faktoren ignoriert dieser Typ schlichtweg. Allenfalls verlangt er Preiswürdigkeit und Frische, aber das ist auch schon alles. Er hat keine Gewichtsprobleme; eher sorgt er sich um seinen Alkoholgenuß. „Ost“ und „West“ beschicken hier gleich große Anteile zu diesem Typ: fünf Prozent West; sechs Prozent Ost.

Typ 4: Der dynamische Exklusiv-Esser

Er macht die Eßmode mit, orientiert sich an Geschmack (obwohl er kein extremer Genießer-Typ ist), an Frische, Bio und Exklusivität. Gesundheitsfaktoren läßt er gelten, aber bewertet sie nicht sehr hoch, ähnlich, wie er auch die Preisgestaltung bewertet. Eine Ausnahme besteht hinsichtlich des Körpergewichts, denn dieser Typ vereint relativ viele übergewichtige Menschen. Er hat einen situationsbezogenen, flexiblen Eßstil und paßt seine Wünsche entsprechend an. 28 Prozent der Deutschen fallen in diese Kategorie: 32 Prozent West; 20 Prozent Ost.

Typ 5: Esser zwischen Konflikten

Er (oder sie) achtet selbst an der Imbißbude auf Kalorien! Das Essen ist oft ein Konflikt, weil dieser Typ sowohl preiswert als auch gesund und lecker (frisch, gute Qualität) essen möchte. Eßprobleme wie Süßhunger und Übergewicht sind häufig. Das Gewicht macht ihm Sorgen. Dieser Typ ist auch eher ein Diätenanhänger, ohne aber modische

Trends, wie Bio, mitzumachen. Er versucht häufig, seine Kalorien zu kontrollieren. Er „steht“ zudem auf Ambiente, was ihm wichtiger ist als sensorische Genüsse. 18 % der Deutschen fallen in diese Kategorie: 13 % West; 27 % Ost.

Diese charakteristischen Gruppierungen zeigen bereits, daß ein Operieren mit bundesdeutschen Mittelwerten problematisch sein muß.

Die Forderung der Ernährungswissenschaft ist von der Zielbestimmung her einfach: Wer den Fettkonsum auf ca. 70 bis 80 Gramm/Tag beschränkt, ernährt sich optimal. Durch die Limitation beim Fett müssen die Kalorien durch andere als fetthaltige Lebensmittel gedeckt werden: Dafür stehen schwerpunktmäßig aber nur kohlenhydrathaltige Lebensmittel mit viel Ballaststoffen und einer hohen Nährstoffdichte zur Verfügung, da eiweißreiche Lebensmittel zumeist Fett mitliefern. So einfach ist es aus ernährungsphysiologischer Sicht.

Schwieriger hat es die Ernährungspsychologie, wenn sie Maßnahmen kommunizieren soll, mit denen dieses so einfach zu formulierende Ziel auch erreicht werden kann. Viele kleine Mahlzeiten am Tag statt der drei großen Gerichte, die typisch für die Notzeiten waren. Die Brotmaschine drei Millimeter weiter stellen. Jeden Tag mindestens ein Dutzend Mal entweder Obst oder Gemüse, Brot, Kartoffeln, Reis oder Nudeln essen. Das Image dieser Lebensmittelgruppen kann verbessert werden.

Es muß schick sein, ein Gemüse- oder Salat-Freak zu sein. Zeitschriften können einfache Eßtests anbieten mit Verzehrlisten, damit jeder selbst feststellen kann, „wo er steht bzw. wie er ißt“. Warum kann man Millionen Menschen motivieren, auf Ölstand oder Reifendruck beim Auto zu achten? Menschen tun nahezu alles, wenn sie motiviert sind. Und sie müssen wissen, was sie tun, indem sie die Folgen ihres Tuns beobachten und bewerten können. Hier muß noch weiter darüber nachgedacht werden, wie die Grundsätze der Verhaltenswissenschaft in der Ernährung umgesetzt werden können. Einige ihrer grundsätzlichen Forderungen sind:

- Positive Ansprache, keine Verbote. Nicht das Risikofaktorenmodell der Epidemiologie nutzen, sondern „Benefizfaktoren“ propagieren.
- Nicht ziel-, sondern maßnahmenbezogen argumentieren.
- Den Weg in kleinen Schritten aufzeigen, die Schritt für Schritt erfolgreich bewältigt werden können. Erfolgserlebnisse stabilisieren das Verhalten.
- Vorteile herausstellen, die hier und jetzt erlebbar sind. Nicht auf die „ferne Zukunft“ verweisen.
- Emotional ansprechen, nicht rational-kognitiv, da Essen keine Denkfunktion, sondern eine Erlebnisfunktion ist.

Ich will hier aus dem Stegreif keine Marketingkampagne konzipieren. Mein Anliegen ist, Anregung zur Diskussion zu geben. Hier geht es heute um Karies-

prophylaxe, die natürlich immer dringlicher wird, je mehr Menschen die Ernährungswissenschaft mit ihrer Botschaft von der Abkehr vom Fett und der Zuwendung zu den Kohlenhydraten erreicht. Kohlenhydrate sind – je nach ihrer Struktur – mehr oder weniger kariogen. Wie hier auf eine natürliche Weise gegen den destruktiven Prozeß der Entmineralisierung gewirkt werden kann, werden die nachfolgenden Referate zeigen.

Mir kommt es nur darauf an, daß ganz deutlich wird, wie sehr eine vollwertige Ernährung, die alle Chancen für körperliches und seelisches Wohlbefinden bietet, auf Fett verzichten kann, aber auf Kohlenhydrate angewiesen ist. Den Zähnen schadet zwar nicht das Fett, sondern die Kohlenhydrate. Doch das ist kein Grund, sich den Kohlenhydraten zu verweigern und dem Fett zuzuspre-

chen. Gegen die Karies kann man wirkungsvoll angehen, die Folgen eines zu reichlichen Fettgenusses sind dagegen weitgehend resistent...“

Zahnmediziner und Ernährungswissenschaftler dürfen fortan nicht mehr so diskrepante Empfehlungen aussprechen, die nur aus ihrer Sicht verständlich werden. Möglichst viele Zwischenmahlzeiten sagen die einen, nicht soviel zwischendurch essen, wegen der Zähne, argumentieren die anderen. Kinder sollen, wenn sie süß naschen, möglichst viel auf einmal essen, aber das selten und möglichst vor der Hauptmahlzeit, heißt das Argument für die Zähne. Wenn süß, dann nur eine kleine Menge, dafür eher häufiger und als Zwischenmahlzeit, empfehlen die Ernährungswissenschaftler. Dies ist ein paradigmatisches Beispiel, wie sich Information zur Desinformation wandeln kann.

Aktueller Buchtip: Okklusionsschienen und andere Aufbißbehelfe

Das Nachschlagewerk von Ulrich Lotzmann, erschienen im Verlag Neuer Merkur GmbH, München 1985, ISBN 3-921280-46X, vermittelt einen Einblick in die Zahntechnik der Schienen und Aufbißbehelfe. Die vielfältigen Möglichkeiten der Schienentherapie verlangen exakte Kenntnisse bzgl. Gestaltung und Bearbeitung der zur Initialtherapie eingesetzten Aufbißbehelfe auch vom Zahnarzt. Da in steigendem Maße der Forderung Rechnung getragen wird, keine definitive Versorgung im funk-

tionsgestörten und somit insuffizienten Kauorgan durchzuführen, will dieses Buch die theoretischen und praktischen Grundlagen der gängigen Schienen beschreiben und damit zu einer besseren fachlichen Kommunikation zwischen Zahnarzt und Zahntechniker beitragen.

Auf die Erörterung diagnostischer und therapeutischer Richtlinien wurde in diesem Buch bewußt verzichtet, dafür enthält es werktvoll praktische Tips zur Konstruktion aller häufig angewandten Schienen. Der Band ist gut bebildert und verständlich geschrieben, im übrigen auch ein attraktives Geschenk für den Techniker im Praxislabor... (sl)

Ergänzende Stellungnahme zur Anwendung von Fluoriden

Nachdem der DAZ, u.a. von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, mehrfach Anfragen erhalten hat zur Frage der Anwendung von Fluoriden, zur Frage Salz oder Tabletten und zu Fragen der Dosierung, vor allem bei Kindern und Jugendlichen, nehmen die beiden Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats Kariesprophylaxe des DAZ, Frau Doz. Dr. Hetzer, Dresden, und Prof. Dr. Marthaler, Zürich, im folgenden noch einmal detailliert zu den Fragen Stellung.

Die nachstehenden Fakten dienen als Ergänzung zu bereits vorliegenden Informationen der Präzisierung der Anwendungsempfehlungen für das fluoridierte Speisesalz:

1. Fluorid ist kein Medikament, welches genau dosiert werden muß, sondern ein essentielles Spurenelement mit einem optimalen *Bereich*.

Vom National Research Council der USA (1980) wird dieser Bereich für den Erwachsenen mit 1,5-4,0 mg Fluorid pro Tag angegeben und als „safe and adequate“ bezeichnet. Mit

der festen Nahrung wird im allgemeinen nur wenig Fluorid aufgenommen (0,2-0,5 mg/Tag). Die Aufnahme aus flüssiger Nahrung hängt vom unterschiedlichen Fluorid-Gehalt des Trinkwassers (bzw. Getränke/Mineralwasser) ab und unterliegt deshalb größeren Schwankungen (etwa 90 % aller Trinkwässer haben einen Fluorid-Gehalt von $\leq 0,25$ mg/l). Die insgesamt aufgenommene Fluoridmenge bleibt damit gering und liegt deutlich unter dem oben genannten Wert von 1,5-4,0 mg pro Tag.

Alter	täglicher Salzverzehr (g)		
	\bar{x}	min.	max.
<i>Weiblich:</i>			
3-6 Jahre	6,4	4,6	8,8
11-13 Jahre	9,2	4,0	14,5
15-17 Jahre	12,2	6,5	20,0
25-65 Jahre	13,5	3,0	26,8
<i>Männlich:</i>			
3-6 Jahre	6,1	3,4	9,6
11-13 Jahre	8,1	2,6	13,3
15-17 Jahre	8,3	3,7	14,3
25-65 Jahre	10,1	4,0	22,1

2. Die Angaben zum Speisesalzverzehr (= eingenommenes Salz) der Bevölkerung differieren beträchtlich. Als Beispiel werden in der Tabelle auf Seite 239 die vom Zentralinstitut für Ernährung, Potsdam-Rehbrücke, 1989 auf ostdeutschem Gebiet ermittelten Werte angeführt.

Der überwiegende Teil dieses Salzverzehrs stammt jedoch aus industriell gefertigten Lebensmitteln (Fleisch- und Wurstwaren, Käse, Streuwürzen, Backwaren). Als Haushaltssalz werden im Durchschnitt pro Person und Tag nur etwa 2 g Salz verzehrt (diese Angabe bezieht sich auf die alten Bundesländer), so daß damit nur 0,5 mg Fluorid zugeführt werden. Daraus wird deutlich, daß mit der Fluoridierung des Paketsalzes (Haushaltssalz) allein nur eine suboptimale Fluorid-Versorgung erreicht wird.

3. Etwa 30 % des Salzverzehrs stammen aus Backwaren. Der Backwarenverzehr ist seit mehr als 20 Jahren relativ konstant geblieben und wird auch künftig als gut kalkulierbar eingeschätzt.

Wie einschlägige Untersuchungen aus zwei Schweizer Kantonen zeigten, führt die Ausweitung der Speisesalzfluoridierung auf das Salz für die Bäckereien zu einer Fluoridaufnahme im optimalen Bereich.

Bevor allerdings in Deutschland Bäcker und Gemeinschaftsküchen veranlaßt werden können, fluoridier-

tes Salz zu verwenden, sind zuvor noch die entsprechenden Voraussetzungen zu schaffen.

Trotz der zu erwartenden relativ niedrigen Fluorid-Aufnahme aus fluoridiertem Haushaltsalz ist aufgrund des *lokalen Wirkungsmechanismus* (Förderung der Remineralisation, Einfluß auf bakteriellen Stoffwechsel) ein sozialmedizinisch ausweisbarer Kariesrückgang zu erwarten. Diesbezügliche Erfahrungen aus der Schweiz und aus Frankreich rechtfertigen diese Erwartungen. Für die lokale Wirkung in der Mundhöhle genügen bei ständiger Verfügbarkeit *niedrige* Fluorid-Konzentrationen.

Die *kollektive* Tablettenfluoridierung in Kindergärten und Schulen war und ist bisher nicht flächendeckend. Das gilt sowohl für die neuen als auch besonders für die alten Bundesländer. Bei der individuell durchgeführten Tablettenfluoridierung dürfte die „Ausfallquote“ ebenfalls hoch sein (Vergessen regelmäßiger Einnahme, Rezeptnachforderung, „Durchhalten“ über viele Jahre).

Die Salzfluoridierung mit noch suboptimaler, aber weit verbreiteter Fluorid-Versorgung bringt einen größeren sozialmedizinischen Effekt als eine punktuell durchgeführte Tablettenfluoridierung mit optimaler Fluorid-Versorgung einzelner Personengruppen. Schweizerische Statistiken belegen dies.

Daraus resultieren folgende Empfehlungen für die Abgrenzung Salzfluoridierung/Tablettenfluoridierung:

1. Grundsätzlich soll immer nur *eine* der systemischen Darreichungsformen empfohlen werden, also entweder Salz *oder* Tabletten. Ein Wechsel der Anwendungsart ist möglich.
2. Die während des 1. und 2. Lebensjahres in Deutschland gut eingeführte kombinierte Karies- und Rachitisprophylaxe mittels täglich zu verabreichender Tabletten wird durch die Salzfluoridierung nicht berührt, da Kinder dieses Alters praktisch kein Haushaltsalz aufnehmen.
3. Eine bestehende und funktionierende Tablettenfluoridierung in Schule und Kindergärten soll so lange weitergeführt werden, bis fluoridiertes Salz in dem betreffenden Gebiet im Handel ausreichend verfügbar ist. Ab diesem Zeitpunkt (die Entscheidung liegt beim für die kollektive Tablettenfluoridierung Verantwortlichen) wird die kollektive Abgabe eingestellt und die Eltern entscheiden nunmehr individuell über die Ein-

nahme von Fluorid aus Tabletten oder Salz. Die Unterbrechung einer bisher regelmäßigen Fluorid-Zufuhr kann zum Wiederanstieg des Kariesbefalls führen. Eine derartige Situation wurde 1972 in Chemnitz beobachtet, als die Trinkwasserfluoridierung für 22 Monate unterbrochen war.

Neuerdings hat man in den Niederlanden bei Kindern der unteren und mittleren Sozialschicht einen Wiederanstieg des Kariesbefalls im Milchgebiß registriert, nachdem kariesprophylaktische Maßnahmen weniger konsequent durchgeführt wurden.

Die Eltern sind deshalb eindeutig dahingehend zu informieren, daß derjenige, der Fluorid weder über Salz noch über Tabletten zu sich nimmt, seine Zähne unnötig gefährdet.

*Doz. Dr. Gisela Hetzer
Medizinische Akademie
für Kinderzahnheilkunde
Fetscherstraße 74, Dresden*

Antworten zu vier Fragen zur Salzfluoridierung

1. Bedeutung der Speisesalzfluoridierung allgemein und Beginn einer neuen Kariesvorbeugungsmöglichkeit in Deutschland.

Die Kochsalzfluoridierung ist die einzige Möglichkeit der innerlichen Kariesvorbeugung, wenn man den Kindern nicht jeden Tag eine Fluoridtablette

verabreichen will. Dies darum, weil von Natur aus nur Schwarztee (in stark verschiedener Konzentration, je nach Herkunft der Blätter und Länge des Ziehens), einige Mineralwässer und Fischgräten, die man bei den Sardinen mitißt, höhere Mengen Fluorid enthalten; eine entsprechende Kostform wäre unrealistisch und würde stark wechseln-

de Fluorideinnahmen ergeben. Im Trinkwasser ist der Fluoridgehalt fast überall in Deutschland sehr niedrig.

2. Effektivität der Kariesprophylaxe mit fluoridiertem Speisesalz unter Berücksichtigung eines täglichen Kochsalzverzehrs im Haushalt von ca. 2 Gramm.

Bei einem Durchschnitt von 2 Gramm eingenommenen Haushaltsalzes kann man davon ausgehen, daß etwa ein Drittel der Familien mehr als 2 Gramm einnehmen. Bei diesen ist eine Schutzwirkung von 35 bis 50 % zu erwarten, d.h. nahezu die Wirkung der Wasserfluoridierung (Wirksamkeit 50 bis 60 %). Bei einem weiteren Drittel wird die Kariesreduktion im Bereich von 15-30 % liegen. Bei jenem Drittel der Familien, die fast nur vorgesalzene Nahrung verzehren, ist der Effekt minimal.

3. Breitenwirkung der Speisesalzfluoridierung im Vergleich zur Tablettenprophylaxe und unter besonderer Berücksichtigung bei Kindern und Jugendlichen.

Die unter 2. genannten Umstände zeigen, daß, auf das Kind bezogen, ein Drittel der Kinder eine so gute Karies-schutzwirkung erhält, wie sie bei einer über 15 Jahre andauernden Tablettenfluoridierung zu erreichen wäre. Solch eine Disziplin ist indessen selten, aber gerade für diese Familien steht ja die Option Fluoridtablette statt Fluoridsalz offen. Wo Fluoridtabletten nicht minde-

stens viermal pro Woche eingenommen werden, ist die Salzfluoridierung überlegen.

Die Tablettengaben in Kindergarten und Schule sind nach den Schweizer Beobachtungen der Jahre 1983 bis 1991 weniger wirksam als die Salzfluoridierung. Einige Schulzahnärzte befürchteten einen Anstieg des Kariesbefalls in denjenigen Gemeinden, wo bis 1983 die Tablettenabgabe funktionierte, dann aber durch das fluoridierte Salz ersetzt wurde. Ein solcher Anstieg wurde in keinem Fall festgestellt; wissenschaftliche Erhebungen belegen im Gegenteil einen weiteren Rückgang der Karies nach 1983.

Bezüglich der Karieshemmwirkung beim Erwachsenen liegen positive Statistiken bei 20jährigen (Rekruten) vor. Die Kariesschutzwirkung entspricht derjenigen der Trinkwasserfluoridierung. Während Fluoridtabletten gewöhnlich nur bis zum Alter von 10 bis 15 Jahren abgegeben werden, läßt sich mit dem fluoridierten Salz nicht nur die Jugend, sondern die Gesamtbevölkerung erfassen. Daher ist diese Methode sozialmedizinisch viel bedeutungsvoller.

4. Ist eine zusätzliche Verabreichung von Tabletten empfehlenswert, wenn täglich nur bis 2 Gramm fluoridiertes Speisesalz aufgenommen werden?

Generell gilt die Regel: Fluorid entweder aus dem Salz oder aus Tabletten. Im Einzelfall kann der Zahnarzt

nach Erörterung des individuellen Falles bzw. der jeweiligen Kochgewohnheiten Kindern beispielsweise noch die halbe Tablettendosis verschreiben.

*Prof. Dr. T. M. Marthaler
Zahnärztliches Institut
Plattenstraße 11
CH-8028 Zürich*

Kaugummi: Prophylaxe und Therapie bei Karies

Auf dem 3rd European Symposium on the Application of Saliva in Clinical Practice and Research, in Würzburg, präsentierte Prof. W. Michael Edgar, Liverpool, jetzt die Resultate von vier Forschungsarbeiten zur De- und Remineralisation mit Kaugummi.

In seinen Arbeiten hatte er bei Freiwilligen kariöse Fragmente von extrahierten Humanzähnen am Gebiß befestigt. Die Fragmente wurden zuvor durch eine chemische Lösung demineralisiert, um künstliche kariesähnliche Läsionen zu erzeugen. Untersucht werden sollte *in situ* die Remineralisierung von kariesähnlichen Läsionen im Zahnschmelz durch Speichelstimulation.

An den vier Studien haben insgesamt rund 60 Personen teilgenommen, etwa je zur Hälfte männlich und weiblich. Das Alter lag im Durchschnitt zwischen 20 und 30 Jahren. Die Probanden ernährten sich während drei Wochen mit normalen Mahlzeiten und Snacks und putzten sich die Zähne mit fluoridhaltiger Pasta. Alle außer der Kontrollgruppe kauten zusätzlich

nach jeder Mahlzeit 20 bis 30 Minuten Kaugummi, um den Speichel zu stimulieren.

Nach drei Wochen wurde das Fragment entfernt und in polarisiertem Licht sowie durch Mikroradiographie untersucht. Die Messungen ergaben eine deutliche Verbesserung des Mineralgehaltes der Läsion, wenn Kaugummi gekaut wurde.

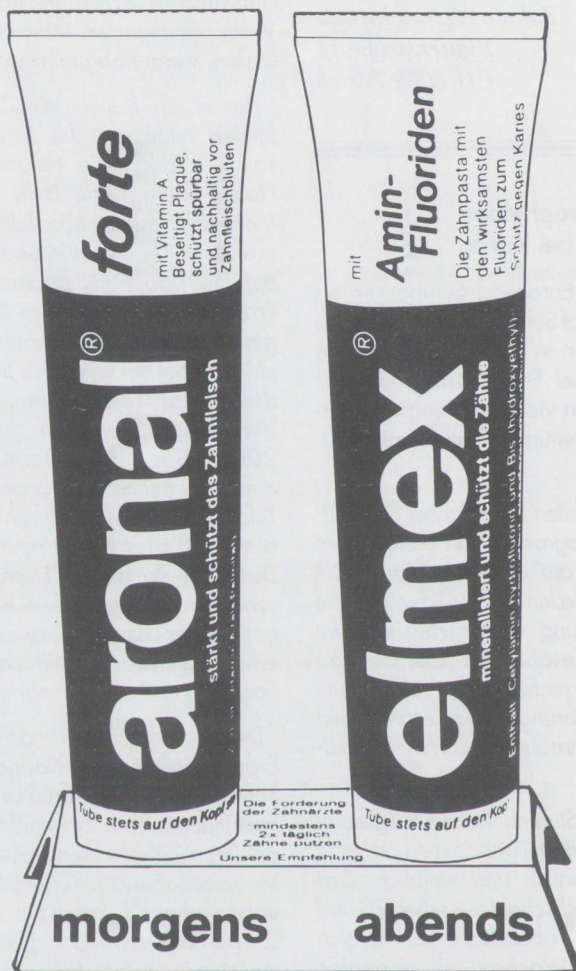
Der durch Kauen stimulierte Speichel fördert nicht nur die Remineralisation, sondern auch die Neutralisation von Plaque-Säuren, wie Prof. Hans-Joachim Maiwald, Rostock, ebenfalls in Würzburg ausführte. Um die Wirkung des Speichels auf die Plaque-pH festzustellen, ließ er Probanden zuckerhaltige Nahrung, z.B. gesüßten Kaffee, einnehmen. Der Plaque-pH Wert fiel auf unter 5,5. Im Anschluß an die Mahlzeit stimulierten die Versuchsgruppen den Speichel durch 20minütiges Kaugummikauen. Die Messung mittels intraoraler Plaque-pH-Telemetrie zeigte einen schnellen Anstieg des pH-Wertes in den neutralen Bereich. Dadurch wird die Demineralisation verkürzt. Zurückzuführen ist dies auf die gegenüber dem Ruhespeichel deutlich erhöhte Pufferkapazität des stimulierten Speichels und die vermehrte Spülwirkung.

Die prophylaktischen und therapeutischen Eigenschaften des Kaugummi-Kauens konnten auch in anderen Untersuchungen bestätigt werden. Ein heißer Tip an alle, die ihren Zähnen etwas Gutes tun wollen: Verwenden Sie ZUCKERFREIES Kaugummi; entsprechende Produkte sind in verschiedenen Geschmacksrichtungen und von verschiedenen Herstellern auf dem Markt. Außerdem gilt: nicht Kauen STATT Putzen, sondern Kaugummi-Kauen UND Zähne-Putzen!

Der medizinische Schutz

für das
Zahnfleisch

für die
Zähne



Spezialisten bieten wirksamen Schutz

Produkte aus der elmex Forschung

Das Biotop Mundhöhle will gepflegt werden

Mundspüllösung stabilisiert das natürliche ökologische Gleichgewicht

Bei der Suche nach neuen Möglichkeiten zur Vorbeugung und Therapie von Karies und Zahnfleischentzündungen spielen Erkenntnisse zum „Biotop“ Mundhöhle eine zunehmend wichtigere Rolle. So werden verschiedene Zahn- und Mundhygienemittel heute stärker im Hinblick darauf bewertet, ob sie das natürliche „ökologische“ Gleichgewicht im „Biotop“ Mundhöhle wiederherstellen oder nicht. Denn erst, wenn dieses Gleichgewicht zwischen Mikroorganismen und Mineralien im Speichel aus dem Lot gekommen ist, so Prof. Rolf Lehmann, Münster, auf einem Seminar der elmex-Forschung, entstehen Zahnschmelzentkalkungen (Karies), Entzündungen des Zahnfleisches (Gingivitis) und des Zahnhalteapparates (Parodontitis).

Karies und Zahnfleischerkrankungen haben eine gemeinsame Ursache: die Zahnbeläge (Plaques). Nachdem in den letzten Jahrzehnten durch den Einsatz der Fluoride bemerkenswerte Fortschritte in der Kariesvorbeugung erzielt wurden, haben sich Zahnmediziner nun die Bekämpfung der Zahnfleischerkrankungen vorgenommen.

Insbesondere die Entzündungen des Zahnfleisches (Gingivitiden) sind weltweit heute fast noch zu 100 Prozent verbreitet.

Zahnfleischentzündungen entstehen bereits wenige Tage nach Besiedelung der Zahnoberflächen mit Bakterien. Ungenügende Mundhygiene und zuckerhaltige Ernährung fördern dabei ein Anhaften der Bakterien auf der Zahnoberfläche, die mit ihren Stoffwechselprodukten zuerst eine Entzündung des Zahnfleischrandes hervorrufen. Ein weiterer Verbleib der Plaques auf den Zahnoberflächen schafft ideale Bedingungen für spezielle Mikroorganismen (Anaerobier und Spirochäten), deren Stoffwechselprodukte noch toxischer auf das Zahnfleischgewebe wirken. Aus der Gingivitis entwickelt sich eine Entzündung des gesamten Zahnhalteapparates. Hier können oft nur noch mit medikamentöser Unterstützung die gesunden Verhältnisse in der Mundhöhle wiederhergestellt werden, so Prof. Klaus Bößmann, Kiel.

Gute Erfahrungen in der Prophylaxe derartiger Erkrankungen liegen mit einer Mundspüllösung vor, die im Gegensatz zur mechanischen Reinigung mit der Zahnbürste auch schwer zugängliche Stellen im Zahnzwischenraum (Interdentalzone) erreicht. Wie Prof. Ulrich Saxer, Zürich, ausführte, stellen dabei die besonderen Gegebenheiten der Mundhöhle wie Verdünnung durch den Speichel, Geschmacksirritationen oder

unerwünschte kosmetische Nebenwirkungen hohe Anforderungen an einen Wirkstoff, der die unerwünschten pathogenen Bakterien eliminieren, die erwünschten – weil ökologisch wertvollen – Mikroorganismen aber nicht dezimieren soll.

Nach jahrelangen unbefriedigenden Ergebnissen ist dies der elmex-Forschung mit der Entwicklung einer Aminfluorid-Zinnfluorid-Kombination gelungen, die in Form einer gebrauchsfertigen Mundspüllösung (Meridol) vorliegt.

Eine in der „Deutschen Zahnärztlichen Zeitschrift“ veröffentlichte Langzeitstu-

die von Dr. Axel Zimmermann, Zürich, hat dazu die signifikante Abnahme von Plaque und Gingivitiszeichen unter Beweis gestellt. Meridol wurde dabei zusätzlich zur normalen Mundhygiene regelmäßig angewendet. Das gesunde ökologische Milieu der Mundhöhle konnte durch Reduktion der pathogenen Mikroorganismen stabilisiert werden. Die Verwendung der Mundspüllösung ist deshalb eine wirksame und empfehlenswerte Ergänzung zur effektiven Mundhygiene.

Ogilvy + Mather Healthcare
Frankfurt

Termine 1992

- | | |
|--------------|---|
| 28.-30.8. | ZMF-Kongreß in Hamburg
(mit wichtigen Themen aus dem Bereich Prävention)
Kontakt: ZÄK Hamburg, Tel. 040/73340536 |
| 19.9. | DAZ-Ratssitzung und Prophylaxe-Fortbildungsseminar in Berlin
in Kooperation mit der Zahnklinik Nord der Freien Universität Berlin
Programm anfordern bei DAZ-Geschäftsstelle |
| 19.9. | Auftaktveranstaltung zum Tag der Zahngesundheit '92 in Berlin, ICC |
| 21.-25.9. | Kongreß der Fédération Dentaire Internationale FDI in Berlin |
| 17.-18.10. | DAZ-Jahreshauptversammlung 1992 in Köln, Hotel Consul
mit Gastreferent Professor Dr. Schuller, Institut für soziale Medizin
der Freien Universität Berlin |
| 28.10. | Hannover - DAJ-Veranstaltung
zur Prophylaxe bei behinderten Menschen
Kontakt: Deutscher Ausschuß für Jugendzahnpflege,
Berliner Freiheit 26, 53 Bonn 1, Tel. 0228/694679, Fax. 694677 |
| 30./31.10. | Erster Deutscher Kongreß für Präventive Zahnheilkunde, Bonn
Kontakt: Prof. Einwag, Zahnärztliches Fortbildungsinstitut,
Hardweg 50, 7000 Stuttgart, Tel. 0711/292946 |
| 31.10./1.11. | Herbsttagung der Vereinigung Demokratischer Zahnmedizin (VDZM)
in Hessisch Lichtenau (Kassel), Themen: Studienreform - Assistenten
zwischen Examen und Niederlassung, Schwerpunkte der Vereinsarbeit
vor dem Hintergrund zunehmender Privatisierung
Kontakt: Tel. 0228/693327 |

Grundsätze und Empfehlungen des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde

Im folgenden setzen wir den Abdruck des DAZ-Grundsatzprogramms mit den beiden letzten Abschnitten fort:

10. Personalentwicklung in der Zahnarztpraxis

Personalfragen in der Zahnarztpraxis sind während der letzten Jahre immer problematischer geworden. Dabei wurde deutlich, daß mehrere Komponenten zu der teilweise dramatischen Verschlechterung der Situation beigetragen haben: Der immer stärkeren Nachfrage nach qualifizierten Mitarbeiterinnen stand ein deutlicher Rückgang des Angebots gegenüber.

Die erhöhte Nachfrage ergibt sich vor allem daraus, daß sich das Leistungsspektrum der zahnärztlichen Praxis und damit der Einsatzbereich der Mitarbeiterinnen ständig erweitert. Zudem ist zu erwarten, daß die zeitgemäße und noch mehr die zukunftsorientierte Praxis Leistungen anbieten muß, die eine umfangreichere Personalausstattung erfordern.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde hat sich deshalb bereits vor 10 Jahren dafür eingesetzt, das Berufsbild der Zahnarzthelferin zu überdenken und durch eine qualifiziertere intensivere Ausbildung attraktiver zu gestalten.

Der DAZ sieht folgende Gründe für die sinkende Zahl der Zahnarzthelferinnen:

1. Ausbildungssituation

Bedingt durch den Geburtenrückgang Anfang der 70er Jahre hat die Zahl der Jugendlichen, die eine Berufsausbildung beginnen, abgenommen. Weiterhin ist der Trend, einen Beruf im medizinischen und sozialen Umfeld zu ergreifen, rückläufig. Andere Berufsbereiche, für die in früheren Jahren höhere Qualifikationen Voraussetzung waren, wie z.B. Bankwesen, Öffentlicher Dienst, EDV und Elektronik, haben diese Qualifikationen verringert und ziehen damit mehr und mehr Bewerberinnen ab. Letztere erwarten von diesen Berufen eine größere Attraktivität, bessere Aufstiegschancen und ein höheres Sozialprestige.

Für die Zahnarzthelferin werden dagegen die Aufstiegsmöglichkeiten und vor allem die Bezahlung als schlecht beurteilt. Dies mag dazu beigetragen haben, daß ihr gesellschaftliches Ansehen in den letzten Jahren gefallen ist.

2. Situation der ausgebildeten Zahnarthelferin

Die Situation ist hier ähnlich wie bei den Auszubildenden. Eine Umfrage der Landes Zahnärztekammer Stuttgart bei Zahnarthelferinnen nach Abschluß ihrer Ausbildung ergab folgende auffällige Ergebnisse:

- Mehr als die Hälfte sah in ihrer Tätigkeit nicht mehr den Traumberuf, sondern nur noch die zweite Wahl oder gar den Notnagel
- 60 % fühlten sich schlecht bzw. nicht umfassend genug ausgebildet
- 40 % wollten den erlernten Beruf nicht weiter ausüben
- 45 % beklagten die unregelmäßige Arbeitszeit sowie die Überstunden
- Viele Zahnarthelferinnen bemängelten das schlechte Betriebsklima.

Auch andere Befragungen sowie Auskünfte von Arbeitsämtern weisen darauf hin, daß vor allem die geringe Bezahlung, die mangelnden Weiterbildungsmöglichkeiten und die beschränkten Aufstiegschancen die Attraktivität des Berufsbildes der Zahnarthelferin geschmälert haben.

Auch räumlich beengte Arbeitsbedingungen sowie autoritäre Strukturen in manchen zahnärztlichen Praxen schrecken viele Bewerberinnen ab.

Die genannten Probleme sind keinesfalls neu und auch nicht durch allgemeine gesellschaftliche Entwicklungen entstanden. Vielmehr ist die geschilderte Situation bereits seit vielen Jahren

bekannt. Es handelt sich weitgehend um hausgemachte Probleme, für die von Seiten der zahnärztlichen Körperschaften nie ein Handlungsbedarf gesehen wurde. Inzwischen haben sich jedoch die Schwierigkeiten in vielen Praxen so verschlimmert, daß nur ein umfassendes und langfristig angelegtes Konzept zu einer spürbaren Verbesserung der Situation führen kann.

Der DAZ fordert deshalb nochmals mit Nachdruck eine grundlegende Neugestaltung des Berufsbildes der zahnärztlichen Assistenzberufe, die sich an folgenden Kriterien orientieren sollte:

- Abstimmung der Ausbildung auf die tatsächlichen Anforderungen der Praxis
- Intensivierung der praktischen Ausbildung in der Berufsschule unter Beibehaltung des dualen Systems mit dem Ziel, einheitliche Qualifikationen zu erreichen
- Entrümpelung der Lehrpläne von fachfremden Fächern (z.B. Buchhaltung, Physiologie)
- Aufnahme weiterer Bereiche in die Ausbildung wie Prophylaxe-Maßnahmen, Arbeitsvorbereitung, Patientenmotivation, Psychologie, Datenverarbeitung etc.
- Vermehrter Einsatz praktizierender Zahnärzte als Lehrkräfte in den Berufsschulen, um größere Praxisnähe zu gewährleisten
- Verbesserung der Ausbildung in der Praxis durch Einhaltung vernünftiger Ausbildungsvorgaben. Überzogene

gesetzliche Auflagen schaden mehr als sie nützen.

- Verbesserung und Erleichterung der Fort- und Weiterbildung
- Erleichterung des Zugangs zu Weiterbildungseinrichtungen für die Ausbildung von zahnmedizinischen Fachhelferinnen (ZMF)
- Umbenennung des Berufes Zahnarzt-helferin in Dental-Medizinische Assistentin (DMA). Die Bezeichnung „Zahnarthelferin“ weckt bei Jugendlichen zu sehr die Vorstellung einer Tätigkeit minderqualifizierten Hilfspersonals.

Selbstverständlich muß die Aufwertung des Berufsbildes und die Erweite-

rung der Aufgaben zahnmedizinischer Assistenzberufe von leistungsgerechten Vergütungen begleitet sein.

Es wäre sinnvoll und läge im wohlverstandenen Interesse der Zahnärzteschaft, die Bildung eines Verbandes zahnmedizinischer Assistenzberufe zu unterstützen und partnerschaftliche Beziehungen zu entwickeln und zu pflegen.

Die Zahnärzteschaft hat es selbst in der Hand, sich die tägliche Arbeit am Patienten durch professionelle Hilfe zu erleichtern. Unsere Leistungsfähigkeit steht und fällt mit der Präsenz und Kompetenz zahnmedizinischer Assistenzberufe.

11. Umwelt- und Arbeitsschutz in der Zahnarztpraxis

Zwischen dem aktuellen Kenntnisstand um die Erfordernisse im Umwelt- und Arbeitsschutz und der Realität bezüglich der Umsetzung in der täglichen Praxis bestehen erhebliche Divergenzen. Viele Kollegen scheinen die Tatsache zu verdrängen, daß bei der zahnärztlichen Diagnostik und Therapie Schadstoffe produziert werden, die die Umwelt belasten.

Es wäre Aufgabe der Zahnärztekammern, Initiativen zu Aufklärung und Motivation der Kollegenschaft zu ergreifen und die Sensibilität für Umwelterfordernisse und zeitgemäßen Arbeitsschutz zu erhöhen. Wie bei vielen anderen Problemen beschränkt sich jedoch auch hier die Arbeit der Körperschaften

im wesentlichen darauf, sich allen behördlichen Initiativen und Konzepten entgegenzustellen. Dabei sollte gerade das ärztliche Prinzip des „nil nocere“ (keinen Schaden zufügen) nicht nur für die Behandlung der Patienten gelten, sondern auch für die Arbeitsbedingungen des zahnärztlichen Assistenzpersonals und die Umwelt.

Der DAZ fordert deshalb Körperschaften, Berufsverbände und Kollegenschaft dazu auf, im Bereich des Umwelt- und Arbeitsschutzes selbst tätig zu werden, Tatsachen und Entwicklungen zu analysieren und Problemlösungen zu erarbeiten, vor allem für folgende Bereiche:

- Organisation regelmäßiger freiwilliger Hg-Dampfmessungen in den Pra-

- xisräumen zur Auffindung und Beseitigung Hg-belasteter Bezirke
- Standesintern initiierte und überwachte Kontrollen der gesetzlichen Bestimmungen bzgl. der Aufbewahrung und Entsorgung v. Röntgen-Chemikalien
- Reduzierung der aus hygienischen Gründen verwendeten Einmal-Plastikartikel und Einführung von Materialien, die mit geringstmöglichem Energieaufwand entsorgt oder einem Recycling zugeführt werden können
- Reduzierung des Einsatzes von Verpackungsmaterial, durch entsprechendes Einwirken auf Hersteller und Händler
- Vollständiger Ersatz von FCKW-betriebenen Sprayartikeln durch alternative Produkte
- Erarbeitung eines Gesamtkonzeptes zur Schadstoffreduzierung sowie zur Lagerung und Entsorgung von Schadstoffen in der zahnärztlichen Praxis
- Erarbeitung eines Konzeptes zur

umweltschonenden Sterilisation und Desinfektion von Instrumentarium, Behandlungsgeräten und Arbeitsflächen

Denken und Handeln in Gesamtzusammenhängen eröffnen der Zahnärzteschaft hier die Chance, Glaubwürdigkeit und Reputation wiederherzustellen. Mit eigenverantwortlichem Vorgehen könnte gerade in diesem Bereich das Ansehen des Berufsstandes gehoben und positiver Einfluß auf politische wie wirtschaftliche Rahmenbedingungen gewonnen werden.

Der DAZ ist davon überzeugt, daß Initiativen der Zahnärztekammern für freiwilligen Umweltschutz immer gesetzlichen Verordnungen vorzuziehen sind. Gesetzliche Regelungen sind nur dann unumgänglich, wenn Appelle an die Eigenverantwortlichkeit der selbstverwalteten Kollegenschaft versagen.

Datenschutz für Patienten

Nachdem der Bundesgerichtshof kürzlich in einem viel beachteten Urteil festgestellt hat, daß die Weitergabe von Patientendaten bei Praxisübergabe ohne ausdrückliche Einwilligung der Betroffenen gegen das informationelle Selbstbestimmungsrecht der Patienten verstößt, ist inzwischen ein weiterer Aspekt in die Diskussion geraten: die Bereitstellung von Patientendaten für Krankenkassen. Nach dem BGH-Urteil muß auch hierfür die Einwilligung des Patienten eingeholt werden. Denn Ärzte

unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht; für die Kassenmitarbeiter gilt lediglich das sogenannte Sozialgeheimnis. Nähere Informationen hierzu gibt's bei Dr. Lutz Kind, LV Nordrhein des NAV-Virchowbundes, 4133 Neukirchen-Vluyn, Tel. 02845/2315.

Assistentenstelle gesucht!

Zahnärztin, 31 J., einsatzfreudig, belastbar, erfahren in Kinderbehandlung, Raum Hamburg. Zusendungen an die DAZ-Geschäftsstelle, Chiffre DAZ 5037

Müll vermeiden – na klar!

Tips und Hinweise zur Müllvermeidung in der Zahnarztpraxis

Die nachfolgenden Ökotips wurden gesammelt und erarbeitet vom Zahnärztlichen Arbeitskreis für Praxisführung und Fortbildung e.V. (Z.A.P.F.) und der BZK Stuttgart und beziehen sich auf einige der für Praxen relevanten Produktbereiche.

Verpackung

- Unnötigen Verpackungsaufwand rügen (Vertreter, Schreiben an Firmen)
- Verpackungsmaterial sortieren + recyceln
- Polsterumschläge (Verbund Kunststoff-Papier) sammeln,
- an Hersteller zur Wiederverwendung zurück (ggf. über Vertreter)

Da durch die Verpackungsverordnung und die Einführung des „Dualen Systems“ große Veränderungen im Verpackungsbereich vor der Tür stehen, ist es im Moment nicht sinnvoll, einzelne Hersteller zu bewerten. Um in die Entwürfe neuer Konzepte auch unsere Ideen einfließen zu lassen, werden wir im Namen des Z.A.P.F. und der BZK Stuttgart (evtl. auch anderer BZK'en) folgenden Aufruf an Hersteller und Fachhandel richten:

Wegen der täglich steigenden Problematik der Müll- und Sondermüllentsorgung ist von uns allen ein Umdenken verlangt, was das achtlose Verschwenden von Rohstoffen und die sorglose Deponierung anbelangt. Die Zahnärzteschaft der BZK Stuttgart und Ihre Mitar-

beiterinnen fordern Sie daher auf, bei der Herstellung und Auslieferung Ihrer Produkte folgende Punkte zu beachten:

- Vermeidung unnötiger Verpackung.
- Wenn Verpackung unvermeidlich, hat Mehrwegverpackung, wo immer möglich, Vorrang. Besonders in diesem Bereich bedarf es noch intensiver Überlegungen.
- Wenn Einwegverpackung unausweichlich, nur recyclingfähige Stoffe verwenden.
- Vermeidung von nicht oder schwer trennbaren Verbundmaterialien.
- Wenn Kunststoffverpackung unumgänglich, sortenreine Kunststoffe verwenden, die deutlich gekennzeichnet sind.
- PVC-Materialien nicht verwenden.
- Verpackungsaufwand, der nur der Präsentation dient, unterlassen.
- Primärverpackung sortenrein und so konstruiert, daß Restinhalt entfernbar und Verpackung damit recyclingfähig.
- Einwirkung auf Zulieferer und Abnehmer, die genannten Punkte zu beachten.

- Abstimmung der Werbung auch auf diesen Bereich, um Akzeptanz zu erhöhen (Umweltfreundlichkeit im Allgemeinen).
- Prospekte auf Recycling-Papier.
- Flächendeckende Wurfsendungen überdenken.
- Keine Wegwerfartikel als Werbebeschenke.

Spülbecher

- Vermeidung (Absaugtechnik, nicht routinemäßig aufstellen - gilt auch für Einmal-Speichelsauger)
- Mehrweg (Gläser) bevorzugen, wenn nicht besonderer Spülgang erforderlich (Thermodesinfektor).
- Falls kein Thermodesinfektor vorhanden, Einmalbecher aus Polystrol verwenden, diese dem Recycling zuführen:
 - Tedeco-Cupcare-System über Dental-Handel (Recycling sortenrein)
 - spezielle Polystyrol-Recycling-Unternehmen (oft aus Automaten-Getränkeautomaten-Branche),
 - notfalls Wertstoffhöfe (keine sortenreine Sammlung).
- Umweltfreundlichere, besser recyclingfähige Kunststoffbecher in der Entwicklung, noch nicht verfügbar.
- Pappbecher sind (noch?) umweltfeindlicher!! (Beschichtung Wachs oder Kunststoff, Energieaufwand, Wasserverbrauch, usw. um ein Mehrfaches über dem für Polystyrol)

Handtücher

- Nach Untersuchung des Umweltbundesamtes sind Einmalpapiertücher aus

- 100% Altpapier zu bevorzugen.
- Zellstofftücher zu hoher Rohstoff- und Energieeinsatz, Baumwolltücher wegen des hohen Energieaufwandes v.a. bei der (für uns wohl unumgänglichen) Trocknung im Elektrotrockner negativ zu beurteilen.
- Sollten diese dennoch verwendet werden, kann bei der Reinigung weitestgehend auf Waschmittel verzichtet werden.
(Kochen reicht aus, da in der Regel nur naß, nicht verschmutzt.) Kleinere Formate als die im Dentalhandel üblicherweise angebotenen 25 x 41 cm, z.B. 25 x 23 cm, reichen in den allermeisten Fällen aus. (Auch viel billiger!!)
- Nach Untersuchung von Fa. Apura am sparsamsten Rollenspender mit Tuchgröße 25 x 23 cm ! (Verbrauch 74% von Zick-Zack-Falzung)
- Kleine Formate
- 100% Altpapier

Hygiene

- Wenn möglich, Thermodesinfektion bevorzugen, da Materialeinsatz geringer, Reinigungsmittel ist Pulverkonzentrat. Möglichst hochkonzentrierte Vorratslösungen verwenden, möglichst wenig Wasser kaufen/transportieren /verpacken!! Richtig dosieren! Eine Untersuchung in Hamburg ergab, daß - bei Reinigungsunternehmen - durchschnittlich 62% überdosiert wird.
- Pump-Sprays, keine FCKW's, aber möglichst auch keine Ersatzstoffe

- (Auswirkungen teilweise noch unklar!)
- Mehrbereichsdesinfektionsmittel vorziehen z. B.:
Myxal S für Fußböden, Flächen, Hände
Micro 10 für Bohrer, Instrumente, Flächen, WK-Instrumente
 - Raumsprühdesinfektion vermeiden (Aerosolbildung), nur gezielt auf Reinigungstücher (Mehrweg) sprühen.

Röntgen-Chemie

- Pulveransätze sparen Verpackung.
- Fixierbad hält viel länger als Entwickler - Fixierbadprüfer (Fotohandel) verwenden.

Plastikbeutel

- Feste Behälter ohne Beutel direkt in Sammelbehälter/Mülleimer.

Büro- und Hausmüll

Papierverbrauch einschränken

- Doppelseitig kopieren, schreiben.
- DIN A 5 statt DIN A 4, wenn möglich.
- Einseitig beschriebene Papierabfälle als Notizzettel verwenden.
- Briefe an Krankenkassen, Überweiser o.ä. sammeln und nur 1x wöchentlich verschicken.
- Laborauftrag: Nurein Formular - geht hin und her, einzelne Arbeitsgänge bzw. Termine werden jeweils nachgetragen.
- Terminkarten für Patienten (Patient zum Mitbringen anhalten).
- Doppelpraxen ZM, ZBW, KZV-Rundschreiben, Handbücher, o.ä. nur 1x schicken lassen.

- Zeitschriften, die ohne Bestellung zugeschickt werden, Register erfragen und streichen lassen. (Evtl. Direktmarketing-Verband Schiersteiner Str. 29, 6200 Wiesbaden)
- Werbebriefe „Annahme verweigern“ und zurückschicken (Aufkleber dazu vom BUND, Rotebühlstr. 66, 7000 Stuttgart 1).
- Briefkasten: „Keine Werbung einwerfen“.

Altpapier sammeln

- Datenschutz beachten, Papier und Pappe trennen.
- Auch Papierwolle zum Recycling (aus Aktenvernichter).
- Kohle- und Pergamentpapiere nicht!
- Kunststoffklebebänder von Kartonaugen entfernen.

Umweltfreundliche Produkte benutzen

- Papier, Ordner, Briefumschläge (mit Pergamentfenster) aus Altpapier, unlackierte Buntstifte statt Filzstiften, Kugelschreiber mit auswechselbaren Minen, am besten Füller, trockene Textmarker, Korrekturlacke auf Wasserbasis, umweltfreundliche Klebstoffe und Klebebänder.
- Langlebige Produkte bevorzugen.
- Adreßaufkleber und Durchschreibesätze aus 100% Altpapier erhältlich!!

Farbbänder + Toner

- Tonerkartuschen für Kopierer + Laserdrucker wieder befüllen lassen.
- Carbonbänder für Schreibmaschinen und Drucker meiden - Gewebebänder sind wiedereinfärbbar, und ihre Cas-

setten können mit neuem Band versehen werden.

- Adressen über Umweltberatungsstellen, gelbe Seiten.

Hausmüll

- organische Abfälle zum Kompostieren
- Pfandflaschen, keine Dosen oder Getränketüten
- keine Tetra-Packs!
- kein Einweggeschirr
- Altglas, Aluminium, Blech, Kunststoffe, Papier und Kartons sammeln
- Hand- und Geschirrtücher aus Baum-

wolle verwenden

- umweltfreundliche Putzmittel verwenden

Allgemein

- Aufschleifen von Handinstrumenten, Bohrern, Fräsen, usw.
- Einschmelzen von Wachsresten und ähnliches spart Geld, Verpackung, Transport, Rohstoffe!!

Zusammengestellt von:

Dr. K. Frommer

Falkenstr. 20, 7030 Böblingen

Tel. 07031/271089

Praxisluft schnupern im anderen Teil der Republik!

Bei der Mai-Tagung des DAZ in Chemnitz wurde die Idee eines Ost-West-Helferinnentausches geboren, der den Ost-Mitarbeiterinnen die Einarbeitung in westliche Abrechnungsweisen, Formen der Praxisorganisation usw. erleichtern und außerdem für beide Seiten das Kennenlernen eines anderen Betriebes und die Vertiefung der deutsch-deutschen Kontakte ermöglichen soll. Die bisherige Resonanz ist gering. Keine Lust auf neue Erfahrungen? Nach wie vor nimmt die DAZ-Geschäftsstelle in Köln (Tel. 0221/973005-45) Vermittlungswünsche entgegen.

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

Vorbereitungsstelle

in prophylaxeorientierter (Gemeinsch.-)
Praxis im Raum Köln, Aachen, Düsseldorf oder Berlin. Tel. 030/3128835

Zahnärztliche(r)
Ausbildungsassistent(in)
gesucht für Praxis in Aachen bzw.
Herzogenrath. Anfragen per Tel. oder
Fax unter 02406/2289

*Gesundheitspolitik
durch Kompetenz und
Verantwortung
mitgestalten*

Darum



Älterer ostdeutscher DAZ-Kollege sucht
zum Praxisausbau eine guterhaltene und
funktionstüchtige
**Dentaleinheit, Sprechzimmermöbel
und Elektrotom.**
Chiffre DAZ 4085

Gute Planeten sind schwer zu finden

S. Lange

Ende Januar 1992 hielt Dr. Ilona Kickbusch, Direktorin der Abteilung Lebensweisen und Gesundheit der World Health Organization (WHO), in der Universität Oldenburg einen Vortrag über theoretische Grundlagen, Strategien und Herangehensweisen für eine neue ökologische „Öffentliche Gesundheit“. DAZ-Mitglied Silke Lange nahm an der – ihres Erachtens von der Öffentlichkeit leider zu wenig beachteten – Veranstaltung teil und faßte für das Forum einige wesentliche Aspekte zusammen.

Eine Resolution der Weltgesundheitsversammlung (WHO, 1989) unterstreicht, daß das Erreichen von Gesundheit für alle den verantwortungsvollen Gebrauch der Weltressourcen sowie eine stabile soziale und ökonomische Entwicklung erfordert. Obwohl die Kanalisation im 19. Jahrhundert eine brillante Technologie für die „Öffentliche Gesundheit“ darstellte, war das eine Lösung, die auf ein akutes Problem zugeschnitten war. Zwar war es ein systemischer Ansatz, mit dem versucht wurde, die ganze Bevölkerung und nicht nur Risikogruppen zu erfassen. Langfristig hatte dieser Ansatz aber einen entscheidenden Nachteil: niemand konnte sich vorstellen, daß die Wasservorräte oder die Möglichkeiten der Flüsse und Meere, mit all dem Unrat fertig zu werden, begrenzt sein könnten. Niemand hatte den wirklichen Umfang und die Toxizität des Unrats und die damit verbundenen Kosten vorhergesehen. Die Industrie, die Politiker und die Bürger denken noch immer in den Kategorien des Kanalisationsprinzips. In stark vereinfachter Form läßt sich das wie folgt darstellen:

Es gibt immer eine unsichtbare Hand und ein wirksames System, um die negativen Begleiterscheinungen des wirtschaftlichen Wachstums aufzufangen und zu beseitigen, ungeachtet ihrer Größe und ihrer Art. Die Bürger und auch die Industrie betätigen die Spülung und erwarten, daß alles verschwindet.

Dieser Service soll mit minimalem Kostenaufwand und ohne Gestank und Unannehmlichkeiten funktionieren. Sollte etwas schiefgehen, wird von Systemen (wie dem der medizinischen Versorgung) erwartet, das Problem in Ordnung zu bringen oder für den entstandenen Schaden aufzukommen (wie die Versicherungen).

Während des letzten Jahrzehnts fanden die Warnungen vor dem Kanalisationsprinzip zunehmend Beachtung. Die Menschen stellen fest, daß sie in ihrem eigenen Unrat baden. Dies ist ein entscheidender Unterschied im alten und neuen Verständnis von „Öffentliche Gesundheit“. Es gibt keinen entfernten Platz mehr, auf dem die Dinge abgeladen werden können. Die Probleme, denen sich die Menschheit gegenüber-

sieht, haben weder Vorläufer noch Vergleichbares in der Geschichte: die Zerstörung der Ozonschicht, schädliche Chemikalien in Lebensmitteln, Grundwasserbelastung durch Pestizide, Gen-Manipulation, weitgehende Erschöpfung von Naturressourcen u.a.. Diese Probleme sammelten sich lautlos an, während manche Menschen über die Warnungen des Club of Rome oder DIE GRÜNEN lachten.

Die Welt kann nicht mehr bequem in Industrienationen und Entwicklungsländer eingeteilt werden, weil diese Probleme weltweit auftreten und sogar diejenigen bedrohen, die sie verursachten. Ein einfaches Verursacherprinzip greift nicht mehr, und viele der Probleme und Umstände sind nicht mehr zu kurieren. Die Wissenschaft hat nur begrenzte Antworten und ist selbst ein Teil des Problems.

Zusätzlich zu diesen Umweltproblemen ist „Öffentliche Gesundheit“ zunehmend mit folgenden Erscheinungen konfrontiert:

- Krankheiten in Industriegesellschaften sind mit gesellschaftlichen Ungleichheiten und Lebensgewohnheiten verbunden
- Viele Gesundheitsprobleme sind eher gesellschaftlich als medizinisch bedingt
- Es häufen sich Gesundheitsprobleme mit kumulativer, langfristiger Tendenz, die nicht mit kurativen Maßnahmen bekämpft werden können
- Eine zunehmend älter werdende Bevölkerung benötigt vermehrt ärztliche Hilfe
- Die Gesundheitssysteme reagieren nicht angemessen auf diese Situation
- Die Finanzierungssysteme für die Gesundheitsvorbeugung sind veraltet und inadäquat
- Die Öffentlichkeit hat ihre gesellschaftliche Wahrnehmung von Gesundheitsrisiken geändert und artikuliert neue Erwartungen.

Auch für die Allgemeinbevölkerung wird zunehmend klar erkennbar, daß dieser Tribut an Leiden und Krankheit ebenso zu verhindern wäre, wie es früher die Infektionskrankheiten waren, wenn die politischen und gesellschaftlichen Prioritäten entsprechend geändert werden würden.

Die Menschen erwarten, lange zu leben und gesund und unabhängig im Alter zu sein. Aber nur wenige ändern ihr Gesundheitsverhalten, um etwas so Entscheidendes wie Wohlergehen und Lebensqualität zu unterstützen. Die Herausforderung für „Öffentliche Gesundheit“ und staatliche Politik ist: die wesentlichen sozialen, wirtschaftlichen und politischen Investitionen, die für die Gesundheit der Bevölkerung notwendig sind, herauszuarbeiten.

Strategien und Herangehensweisen

Ein ökologischer Ansatz in „Öffentliche Gesundheit“ muß Strategien entwickeln, die den neuen Risikostrukturen angemessen sind. Diese Strategien

müssen über das Flickwerk hinausgehen, das in den heutigen Systemen zutage tritt. Neue Wege müssen in der lokalen, nationalen und weltweiten Politik gefunden werden. Zwei wichtige Dokumente geben die generelle Zielrichtung an: „Unsere gemeinsame Zukunft“ (Weltkommission für Umwelt und Entwicklung, 1987) und die „Globalstrategie für Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ (WHO, 1981).

Beispielsweise würde eine Strategie zur Förderung der Gesundheit von Schülern darauf abzielen, Gesundheit als Teil des übergreifenden schulischen Rahmens und von schulischen Aktivitäten in die Praxis umzusetzen und nicht nur als ein Unterrichtsfach mit dem Namen „Gesundheitserziehung“. Dieses würde beinhalten:

- die Vermittlung von persönlichen Fähigkeiten und von Autonomie;
- die Förderung eines positiven Körperbildes;
- die Schaffung eines sozialen und materiellen Umfeldes für das Lernen;
- die Einbeziehung der Kommune in die schulischen Aktivitäten;
- das Angebot gesunder Ernährung an den Schulen;
- die Unterstützung von positiven Auseinandersetzungen zwischen Kindern und Eltern und
- die Sicherstellung einer ökologischen Abfallbeseitigung in der Schule.

Die örtliche Schule würde dann im wahrsten Sinne des Wortes eines der Gesundheitszentren der Stadt werden.

Die Industriegesellschaften sind besessen davon, Gesundheitszentren zu schaffen, die mit medizinischem und paramedizinischem Personal ausgestattet werden, statt sich nach schon vorhandenen gesellschaftlichen Einrichtungen umzusehen, die – mit entsprechender Unterstützung – die Aufgabe von Gesundheitszentren übernehmen können.

Veränderte Erwartungen und gesellschaftliche Vorstellungen

Die gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen und das Gesundheitsbewußtsein haben sich in bestimmten Teilen der Gesellschaft verändert.

Die Menschen betrachten Gesundheit zunehmend als ein soziales Recht (Beck, 1986). Dieser Trend wird als etwas anderes angesehen als die in den sechziger Jahren erhobenen Forderungen nach mehr Dienstleistungen.

Allmählich werden sich die Bürger bewußt, daß strukturelle Maßnahmen und eine öffentliche Politik notwendig sind, um das erreichte Wohl zu sichern und Risiken wie chemische Lebensmittelzusätze, Bestrahlung und Umweltbelastung zu reduzieren. Insbesondere denen, die ein Gesundheitsbewußtsein im Sinne von ökologisch verantwortlichen Verbrauchern entwickelt haben, fällt es schwer, politische Entscheidungslosigkeit und Untätigkeit zu akzeptieren.

Gesundheitsgerechtere Entscheidungen sind selten der bequeme Weg, denn

sie sind zumindest die kostspieligere Alternative und stehen nur einer Bevölkerungsminderheit offen, denn eben diese Entscheidungen hängen ganz wesentlich von dem Zugang zu Informationen und finanziellen Mitteln ab.

Die Rechtmäßigkeit einer Politik ist in Frage gestellt, wenn öffentliche Einrichtungen das Versprechen, Sicherheit zu gewähren, Schaden abzuwenden und das Gemeinwohl zu schützen, nicht mehr einlösen können. Dies wird noch verschlimmert durch das wachsende Mißtrauen in eine Medizin, deren diagnostischen Möglichkeiten zwar durch die Medizintechnik zugenommen haben, die aber viele der vorherrschenden Probleme wie Krebs, Gelenkerkrankungen, chronische Schmerzzustände und AIDS nicht heilen kann.

Die Regierungen sind gefordert, die zunehmende Besorgnis der Bevölkerung ernst zu nehmen und politische Konsequenzen daraus zu ziehen. Jedoch von einigen symbolischen Maßnahmen abgesehen, scheinen die Regierungen nicht zu wissen, wie sie auf den vielfältigen Druck reagieren sollen, der aus den technischen, juristischen, sozialen, politischen und ökonomischen Dimensionen des Problems erwächst. Sie sind einerseits mit einer wütenden und verunsicherten Presse und Öffentlichkeit, andererseits aber mit Lobbyisten, etablierten Machthabern, Interessengruppen und der Industrie konfrontiert. Vor einem solchen Hintergrund werden dauerhafte Entwicklung und gesund-

heitsfördernde Gesamtpolitik häufig als abstruse Ideen kritisiert, die unmöglich in die Praxis umzusetzen seien. Sie scheinen aber nur deshalb idealistisch, weil es keine Erfahrungen gibt, wie sie in die Praxis umzusetzen sind, und nur wenig politischen Willen, dies zu tun.

So sollte eine breite gesellschaftliche Debatte entfacht werden über Fragen wie:

- Sollte es nicht einen Gesundheitsminister geben, der wirklich für Gesundheit verantwortlich ist, über ein entsprechendes Budget verfügt und der auf Kabinettsebene gehört werden muß?
- Sollte es nicht ein Ministerium für Gesundheit und Umwelt und ein anderes für soziale und medizinische Versorgung geben?
- Sollte nicht aufmerksamer betrachtet werden, wie ein öffentliches Gut wie Gesundheit entsteht, und sollten nicht Verantwortlichkeiten festgemacht werden, wenn Gesundheit zerstört wird?
- Sollte nicht anerkannt werden, daß die Fachkenntnisse zur Förderung von Gesundheit gänzlich andere sind als die zur Heilung von Krankheiten?

Dieser Fragenkatalog könnte erweitert werden. Wie es im Brundtland-Report heißt, spiegelt sich in der Problematik von „Öffentliche Gesundheit“ auch die Tatsache wider, daß die Menschen erneut aushandeln müssen, mit welcher

Gesellschaftsform sie in das 21. Jahrhundert eintreten wollen. Gibt es einen gemeinsamen Nenner für verschiedene gesellschaftliche Ziele?

Die Strategien und Mechanismen von neuer „Öffentlicher Gesundheit“ stek-

ken in den Kinderschuhen und müssen viel schneller reifen als die Strategien der alten „Öffentliche Gesundheit“.

Silke Lange
Blumenstr. 2
2900 Oldenburg

Kann Gentechnik Krebs-Metastasen verhindern?

Tierversuche in Heidelberg legen nahe, daß durch gentechnologische Methoden die Ausbreitung von Krebszellen im Körper möglicherweise eingeschränkt oder gar gestoppt werden kann. Der „Gesundheits-Forschungsdienst“ berichtet in seiner Februar-Ausgabe darüber:

„Bei Ratten haben Wissenschaftler im Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg, am Institut für Genetik und Toxikologie des Kernforschungszentrums Karlsruhe und in der dortigen Universität mit Hilfe eines Antikörpers die Metastasierung eines Tumors behindert. In Zusammenarbeit mit einem Pharmaunternehmen versuchen sie jetzt, diese Erkenntnisse für die Therapie menschlicher Krebsgeschwülste nutzbar zu machen. Im Gegensatz zu gesunden Körperzellen verändern sich Krebszellen bei ihrer Vermehrung ständig. Wenn sich ihre „Versorgung“ in einer Primärgeschwulst verschlechtert, können sie „emigrieren“: Sie lassen sich in Lymph- oder Blutbahnen an andere Stel-

len des Körpers transportieren, wo sie sich als Tochtergeschwülste (Metastasen) ansiedeln und vermehren.

An metastasierenden Zellen eines Rattentumors wurden Veränderungen der Erbanlage (Gen) festgestellt. An der Zelloberfläche bildete diese Zelle eine veränderte Eiweißstruktur (Protein), die bei der Metastasierung eine wesentliche Rolle spielt. Mit gentechnischen Methoden wurde ein Antikörper gegen das metastasenspezifische Protein hergestellt. Die Metastasierung wurde damit unterdrückt. Die Möglichkeit, diese Entdeckung für die Krebstherapie am Menschen zu nutzen, erscheint den Forschern besonders realistisch, da das bei Ratten gefundene Gen weitgehend mit einem Gen identisch ist, das sich in den Zellen eines metastasierenden menschlichen Lungenkarzinoms nachweisen läßt. Allerdings ist das Oberflächenprotein beim Menschen geringfügig anders als bei der Ratte. Doch über die bekannte Gensequenz wurde auch das für Metastasierung der menschlichen Krebszelle verantwortliche Oberflächenprotein identifiziert.

Gesunde Zähne



Jetzt Kassen-
erstattungsfähig!

Zymafluor[®]

Wirkstoff: Natriumfluorid


Dosierungstabelle

Lebensalter	Fluoridgehalt des Trinkwassers		
	bis 0,3*	(mg/l) 0,3–0,7	über 0,7
Täglich 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 0,553 mg Natriumfluorid (entsprechend 0,25 mg Fluorid). **Zymafluor 0,5 mg**: 1 Tablette enthält 1,105 mg Natriumfluorid (entsprechend 0,50 mg Fluorid). **Zymafluor 0,75 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

Aus den Z.A.P.F.-Nachrichten:

Biokompatibilität zahnmedizinischer Werkstoffe

– wissenschaftliche Forderung oder lebensnotwendig?

Kurzfassung eines Referats von Prof. H. F. Kappert
(Experimentelle Zahnheilkunde, Universitätszahnklinik Freiburg)

Die Antwort auf die Frage des Themas kann vorweg mit einem Ausspruch von Celsus (180 nach Chr.) gegeben werden: Den Tod ausgenommen ist der Zahnschmerz der größte und grausamste von allen Schmerzen.

Natürlich ist die Biokompatibilität zahnärztlicher Werkstoffe eine ganz essentielle Forderung, die vor allem die Korrosionsbeständigkeit und die damit verbundenen Fragen der Allergenität, Toxizität und Gewebeverträglichkeit betrifft, vorausgesetzt, die mechanischen und ästhetischen Anforderungen werden ebenfalls erfüllt. Im Hinblick auf die Verwendung verschiedener Metalle in der Mundhöhle muß auch gewährleistet sein, daß diese nicht verstärkt korrodieren und störend wirken.

Die wissenschaftliche Problematik der Biokompatibilität liegt aus werkstoffkundlicher Sicht in den drei Fragen nach den Anforderungen, die an den Werkstoff in seinem Indikationsbereich in der Mundhöhle gestellt werden müssen, nach den Grenzen dieser Anforderun-

gen und nach entsprechenden Prüfverfahren.

Beispielsweise gilt der mechanischen Festigkeit als Anforderung die Dauerfestigkeit unter physiologischen Belastungen wie z.B. Kauen und Knirschen. Gemessen an den mittleren maximalen Kaukräften, die im Seitenzahnbereich etwa 300 N, im Frontzahnbereich nur 200 N betragen, ist mit einem Sicherheitsabstand ein Grenzwert von 600 N bzw. 400 N für die Dauerbelastung zu fordern. Als Prüfverfahren für die Festigkeit eines dentalen Werkstoffs können in-vitro die verschiedenen Testmöglichkeiten z.B. mit einer Universalprüfmaschine auf Druck, Zug oder Scherung herangezogen werden. Für die in-vivo Prüfung von individuellen Kaubelastungen werden kleine Kraftmeßdosens benutzt.

Laboruntersuchungen zeigen, daß diese Grenzwerte z.B. bei keramischem Zahnersatz mit Metallunterstützung bis hin zur Galvanokrone immer erreicht werden, daß aber alle herkömmlichen

Vollkeramiksysteme einschließlich Cerestore und Dicor diese Grenzwerte nicht erreichen. Bei dreigliedrigen Brücken werden mit den Vollkeramiksystemen Optec und Dicor lediglich etwa 300 N erreicht, während mit dem neuen Vollkeramiksystem In-Ceram hier ca. 1100 N erzielt werden können. Im thermischen und mechanischen Dauertest sinkt die Belastbarkeitsgrenze auf ca. 60% dieser Anfangswerte ab, so daß lediglich mit In-Ceram immer noch die geforderten 600 N erhalten bleiben.

Für alle dentalen Verbundsysteme kann aus den oben genannten Grenzwerten von 400–600 N mit einer mittleren Verbundfläche von 20–30 mm² ein Grenzwert von ca. 10 MPa für die Scherfestigkeit abgeleitet werden. Mit Metallkeramik-Verbundsystemen werden Scherfestigkeiten zwischen 20–40 MPa erreicht, mit Metall-Kunststoff-Verbundsystemen 10–20 MPa, für Keramik-Zahnschmelz 15–25 MPa und für den Implantat-Knochen-Verbund bei plasmabeschichteten Ti-Implantaten nach einer vierwöchigen Einheilungszeit mehr als 10 MPa.

Ähnlich kann das Problem des oralen Galvanismus abgehandelt werden. Als Anforderung gilt, daß bei gleichzeitiger Anwesenheit verschiedener Metalle in der Mundhöhle diese unauffällig und reizlos sein sollten, sowohl bei Dauer- als auch bei Spontankontakt. Als Grenzwert mit zweifachem Sicherheitsabstand kann eine Galvanospannung von 500 mV angesehen werden, weil im Mittel

eine Spannungsempfindlichkeit von etwa 1000 mV an metallischen Restaurationen vorliegt. Als in-vitro Prüfverfahren dient die Messung des Korrosionspotentials der Dentallegierungen, in-vivo können Spannungsmessungen in der Mundhöhle und individuelle Schwellenwertbestimmungen für die Empfindlichkeit von Mißempfindungen wie z.B. elektrischer Schlag bei Spontankontakt und verstärkter Metall- oder Batteriegeschmack durchgeführt werden (Multisensor, Fa. Wieland, Pforzheim).

Als allgemeine Anforderung ist eine Dauer-Mundbeständigkeit mit Blick auf die Haltbarkeit des Werkstoffs zu sehen, im Hinblick auf den Patienten muß gefordert werden, daß die durch Korrosion abgegebene Menge von toxischen Stoffen klein ist im Vergleich zu der sonst durch Umweltbelastung und Nahrungsaufnahme zugeführten Menge. Ohne in Details zu gehen, kann als tägliche Spurenelementaufnahme der für Dentallegierungen verwendeten Metalle ca. 1 mg bei 70 kg Körpergewicht angenommen werden, also 1 mg Co, 1 mg Ni etc. Vergleichen wir hiermit die Grenzwerte nach DIN 13 912, Teil 2: In einem Korrosionstest darf die Metallabgabe 0,1 mg pro cm² in 7 Tagen nicht überschreiten. Das vorgeschriebene Prüfverfahren besteht darin, daß gegossene Plättchen in eine Kochsalz/Milchsäure-Lösung mit pH 2,3 eingelegt werden und der Gewichtsverlust durch Wägung ermittelt wird. Das Testmilieu ist also

gegenüber dem Mundmilieu aggressiver, die tägliche Gesamtabgabe an Spurenelementen bei ca. 10 cm^2 darf trotzdem höchstens nur $0,14 \text{ mg}$ betragen, d.h. die Menge ist mit Sicherheit klein gegenüber der sonst aufgenommenen Menge – falls die DIN-Norm erfüllt wird, was nicht immer der Fall ist.

Im allgemeinen sind jedoch Dentallegerungen mit Ausnahme einiger schwarzer Schafe besser als die Mindestanforderung durch die DIN-Norm. Wichtig ist das Erkennungsmerkmal: wie können die guten von den schlechten unterschieden werden?

Kritisch ist diese Frage eigentlich nur bei den dentalen NEM-Legierungen. Hier hilft die DIN-Norm 13 912, Teil 2, weiter. Für die Zusammensetzung dentaler NEM-Legierungen wird die Forderung

$$\text{Cr} + 3,3 * (\text{Mo} + 0,5 * \text{W}) > 30$$

gestellt. Untersuchungen zeigen, daß NEM-Legierungen, die diesen Grenzwert gerade eben erreichen, auch den Grenzwert in der Korrosionsrate von $0,1 \text{ mg/cm}^2$ in 7 Tagen gerade eben unterschreiten. Wird der Anteil der korrosionsschützenden Metallkomponenten gemäß oben stehender Formel größer, z.B. ca. 50, dann wird auch die korrosive Löslichkeit geringer.

Hiermit hat jeder Zahnarzt die Möglichkeit, mit Hilfe der Legierungstabellen im Dental Vademecum kritisch auszuwählen. Die Aussagen gelten leider nur mit der Einschränkung, daß auch

die Verarbeitung der Legierung optimal durchgeführt wurde.

Die im Dentalbereich immer noch verwendeten Stähle V2A oder V4A z.B. im Bereich der Kieferorthopädie als Drähte oder Brackets, im Bereich der konservierenden und prothetischen Versorgung als parapulpäre oder Wurzelstifte oder im chirurgischen Bereich als Schrauben, sind nicht ausreichend korrosionsbeständig, was durch viele klinische Beispiele belegt werden kann.

Bei Amalgamen beträgt die korrosive Abtragsrate weit unter 10 mg/cm^2 in 7 Tagen, wobei im wesentlichen Cu und Sn gelöst wird. Die Quecksilberabgabe liegt in der Größenordnung von 1 µg/cm^2 pro Tag und darf auch nicht mehr sein. Nach WHO-Auskunft liegt die mittlere tägliche Quecksilberaufnahme durch Nahrung und Umweltbelastung zwischen $35\text{--}40 \text{ µg}$. Wenn man fordert, daß zahnärztliche Materialien in der Mundhöhle zu dieser Menge nur unwesentlich beitragen sollen, muß auch die Hg-Abgabe von 10 cm^2 Amalgamoberfläche noch weit unter diesem Normalwert liegen. Wo ein Zahnarzt oder ein Patient Bedenken hat, daß die Hg-Belastung übermäßig groß sein könnte, besteht die Möglichkeit, durch Blut- (10 ml Vollblut ohne Gerinnungszusätze), Urin- oder Speichelproben den Hg-Gehalt zu bestimmen. Übliche Werte sind bis 7 µg/l im Blut, bis 26 µg/l im Urin und ca. 12 µg/l im Speichel. Die BAT-Werte (Biologische Arbeitsplatzwerte) liegen etwa 10fach höher!

Wenden wir uns der Allergie zu, so wird das Problem schwieriger. Die allergisierende Eigenschaft ist nicht nur eine Werkstoffeigenschaft, sondern eher eine individuelle Patienteneigenschaft. Der Patient reagiert allergisch auf den Werkstoff. Die Unverträglichkeit wird patientenspezifisch durch den Epikutantest ermittelt. Der Epikutantest bietet einen etwa 10fachen Sicherheitsabstand zu den möglichen Problemen in der Mundhöhle, weil die Schleimhaut aus verschiedenen Gründen entsprechend unempfindlicher ist als die Außenhaut.

Die Kriterien sind:

1. klinische Erscheinung in Form von Ekzemen, Rötungen, Ulzerationen.
2. Heilung nach Entfernen des Allergens (z.B. Vergoldung als Test, nicht als Dauerlösung).
3. positiver Epikutantest.

Erst wenn alle drei Kriterien zutreffen, liegt mit großer Wahrscheinlichkeit eine Allergie vor. Der Epikutantest selbst sollte nach Möglichkeit mit dem verarbeiteten Werkstoff, also z.B. vergossene Legierung, auspolimerisierter Kunststoff, abgebundenes Amalgam etc., durchgeführt werden. Wird bezüglich der Allergie positiv entschieden, so gilt diese Aussage selbstverständlich für die ganze Werkstoffgruppe.

Als letzter Punkt bleibt die Problematik der Gewebeverträglichkeit. Diese kann nur im „screening-test“ mit Zellkulturen oder durch intramuskuläre und intraossäre Implantationsprüfung im

Tierversuch geprüft werden. In der Norm nach DIN V 13 930 sind erste Ansätze und Vorschläge für Prüfmethoden enthalten.

Mit Hilfe von histologischen Untersuchungen der graduellen Gewebeerstörung muß der Einfluß überhöhter Spurenelementkonzentrationen ermittelt werden. Diese schwierigen und zeitaufwendigen Untersuchungen sind ein weites Feld der Forschung, im Einzelfall aber notwendig, um nach Ausschöpfung aller vorhergehenden in-vitro Laboruntersuchungen eine endgültige Aussage über die Biokompatibilität treffen zu können.

Abschließend ist aus werkstoffkundlicher Sicht festzuhalten, daß in Deutschland hervorragende Dentalwerkstoffe zur Verfügung stehen. Probleme treten häufig auf durch die Nichtbeachtung allgemeingültiger werkstoffkundlicher Erkenntnisse, die sich zum Teil in den DIN-Normen als Mindestanforderung niederschlagen. Die Normierungsarbeit muß allerdings in vielen Bereichen intensiviert werden, um dem Zahnarzt mehr Sicherheit bei der eigenständigen Auswahl der Dentalwerkstoffe zu geben.

*Aus den Z.A.P.F. Nachrichten
zusammengefaßt von:
Silke Lange
Blumenstr. 2
2900 Oldenburg*

Kronen sind eine medizinische Indikation

Stilblüten und andere Kuriosa unter den Bemerkungen auf Heil- und Kostenplänen und Wiederherstellungsformularen

Um es gleich zu sagen: Die nachfolgende Zusammenstellung der „Bemerkungen“ soll keineswegs Häme erzeugen. Sie soll vielmehr zum Schmunzeln verleiten und eventuell zum Nachdenken anregen. Wer hätte sich noch nicht über den geringen Platz geärgert, den die Zahnersatz-Formulare einräumen, um die Begründung für einen speziellen Behandlungsfall abzugeben. Weise hat man diese Rubrik zwar mit „Bemerkungen“ überschrieben und damit eingeladen, allerlei Angaben zur Individualität des jeweiligen Falles zu machen. Der vorgesehene Platz aber ist in der Tat kümmerlich und zwingt zu Verkürzungen oder zur rigorosen Mißachtung der vorgegebenen Linien, was ein EDV-Programm natürlich nicht akzeptiert. Über die Richtlinien und Hinweise sind uns Begründungspflichten auferlegt worden, deren Logik sich zumindest nicht immer auf Anhieb erschließt. Warum sollen vier Frontzahnkronen begründet werden, da ohnehin nur dann Überkronungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen vorgenommen werden dürfen, wenn die Zähne anders nicht zu erhalten sind? Es gibt Gründe genug, um über Begründungspflichten und Platzmangel in eine Stimmung zu

geraten, die der Formulierkunst abträglich ist. Da kann es dann passieren, daß wir behaupten, eine Füllung hätte den Zahn zerstört, ein Kronenrand würde uns seine (?) Karies zeigen oder unsere Parodontaltherapie bestünde in der Anbringung von Ceka-Ankern. Apropos zeigen – natürlich zeigen auch unsere Bemerkungen einiges an. Sie sind gedacht für zahnmedizinische Laien, manchmal werden sie aber auch von Kollegen gelesen. Die nachfolgenden Bemerkungen sind alle authentisch, ein paar orthographische Änderungen wurden vorgenommen, die Interpunktion aber unverändert.

Begründung für Überkronungen

- Zähne durch Füllungen und Sekundärkaries derart zerstört, daß eine Überkronung unbedingt notwendig ist.
- Zähne 13 - 23 haben tiefe Karies, sie können nur durch Kronen gehalten werden. Daher liegt eine medizinische Indikation vor.
- 41 Gangrän (erhaltungsfähig durch Stift + Krone).
- Zahn 42, 43 Kronen zerstört und heraus! gewachsen!
- Die eingepflanzten Kronen sind die ein-

zige Möglichkeit, die Zähne noch zu erhalten.

- Begr.: Mehr als 3 Kronen in der Front: Zähne sind konservierend nicht mehr zu erhalten.
- Aus prophylaktischen Gründen
- Zähne kurz- und langfristig durch kons. Behandlung nicht zu erhalten.
- 12, 11, 21, 22 Zähne sind stark kariös und schon mit mehreren Füllungen versehen, Kronen sind daher zur Erhaltung der Zähne eine medizinische Indikation
- Die Überkronung der bisher überkronen Zähne kann bei der Beurteilung der Richtlinienkompetenz nicht berücksichtigt werden.

Legierungen und Verblendungen

- Es wird bereits Edelmetall getragen
- Edelmetallreduzierte Goldlegierung, da bereits auch im UK als Vollsanierung vorhanden
- Es wird bereits Spargold getragen
- Kunststoffverbl. aufgrund der Bißverhältnisse nicht dauerhaft genug.

Erneuerung alter Kronen

- Altkronen desolat
- Kronenrand nicht hermetisch
- Die Kronenränder sind insuffizient und zeigen teilweise Sekundärkaries.
- Subcoronale Karies unter den vorhandenen Kronen.
- Aus ästhetischen und kariesprophylaktischen Gründen ist die Erneuerung (der Schneidezahnkronen) erforderlich.

Ersatzgestaltung

- Um die parodontotisch geschädigte Restbeziehung ausreichend zu schützen, ist ein festsitzender, verblockter Zahnersatz vorgesehen
- 44 und 34 Ceka-Anker zum Erhalt der Restparodontien.
- Geschiebe wegen Einschubrichtung
- 33, 34, 35 sind parod. geschädigt, aber erhaltungswürdig. Die Versorgung mit TK ist daher m.E. zweckm. u. wirtschaftl..
- Aversion gegen rausnehmbaren Zahnersatz.
- Aus parodontalhygienischen Gründen, einseitige Prothese.
- Eingeschränktes, biologisches Fundament. Sekundär-Schienung unbedingt erforderlich.
- Aus Gründen der Statik möchte ich Sie bitten die vollständige Planung zu genehmigen.
- Am Zahn 13 wird eine Krone nachgereicht.

Notwendigkeit des Ersatzes

- Im Oberkiefer soll die Lücke bei 26 aus funktionellen und kariesbedingten Gründen geschlossen werden.
- Begr.: Totalsanierung des unversorgten Lückengebisses.
- Abgesunkene Bißlage
- Funktionelle Störung der Bißlage
- Psychisch belastet, arbeitslos, Härtefall!
- Falls erforderlich bitte Gutachten

Sehr geehrter Herr Dr. Kohl!

Nachdem ich Sie nach Ihren heftigen Schmerzen am 5. April einer gründlichen Untersuchung unterzogen habe, möchte ich Ihnen heute meinen ausführlichen ärztlichen Bericht übermitteln. Leider brachte ja die vorausgegangene Stoltenberg-Extraktion, die kurzfristig nach starken Beschwerden nötig geworden war, keine Besserung des Zustands. Es fehlt Ihnen weiterhin an Biß. Nun zu meiner Diagnose:

Ihr Möllemann-Weisheitszahn, der inzwischen eine Größe erreicht hat, die ihm nicht zukommt, muß gezogen werden. Dieser Zahn bereitet Ihnen ständig störende Schmerzen und funkt dazwischen, ist aber für die Kauarbeit völlig wirkungslos.

Weiterhin mußte ich an Ihrem Krause-Schneidezahn, bis vor einigen Monaten einer Ihrer Vorzeigezähne, eine tiefliegende Infektion feststellen. Die Hyperaktivität dieses Beißers führt zu eitrigem Stau, Verschmutzung des Zahnfleisches und zur Verschandelung des Mundraumes. Wenn hier nicht eingeschritten wird, kann die Behandlung später unbezahlbar werden.

Ich war überrascht, in Ihrem Kiefer auch noch einige – wackelnde – Rösch-, Hasselfeldt- und Ortleb-Milchzähne zu finden, die sich erstaunlich

lange trotz schwacher Substanz halten konnten. Sicher werden Sie auch schon selbst festgestellt haben, Herr Dr. Kohl, daß mit diesen Kandidaten jede Mahlzeit zu einer Zitterpartie wird.

Die vorhandenen Löcher mit einer Töpfer-Füllung zu stopfen, birgt unabsehbare Risiken, zumal bekannt ist, daß solche Füllungen kaum abschätzbare Nebenwirkungen haben können. Eine Erneuerung Ihrer Koalitionsbrücke wäre möglich, wenn wenigstens zwei Zähne zur Verfügung stehen würden, an denen diese Brücke verankert werden könnte. Doch ein halbwegs vernünftig arbeitender Kinkel-Backenzahn macht noch kein funktionierendes Gebiß. Der Blüm-Beißer steht mittlerweile zu weit abseits und kommt für eine Brücke nicht in Frage. Ihr Waigel-Eckzahn droht nach rechts wegzukippen. Eine Überkronung ist hier gerade noch möglich; wegen der ausufernden Kosten, die Sie nach der Gesundheitsreform selbst tragen müßten, wäre dies allerdings nicht anzuraten.



Insgesamt mußte ich Abnutzungerscheinungen an allen Zähnen feststellen. Leider kann ich nicht verschweigen, daß meine Untersuchung einen verheerenden Befund erbracht hat, man könnte sogar von einem poli-dentalen Desaster sprechen. Die Folge: Es fehlt an Schärfe beim Zubeißen, bei der Kauarbeit fehlt es an Konsequenz beim »Wegarbeiten« des Aufgetischten – von einem kosmetisch ordentlichen Zahnbild will ich schon gar nicht sprechen. Knirschen Sie übrigens im Schlaf mit den Zähnen, Herr Bundeskanzler? Be-

fragen Sie hierzu bitte Ihre Gattin!

Bitte vereinbaren Sie umgehend mit meiner Sprechstundenhilfe einen Termin für eine erste Behandlung an meinem neuen runden Dentaltisch.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Dr. med. dent. B. Engholm

Dieser satirische Beitrag wurde übernommen aus PUBLIK-FORUM, Zeitung kritischer Christen, Nr. 8 vom 1.5.1992. Die Redaktion dankt dem Verlag für die Nachdruckgenehmigung.

Mit Zahnputzbecher gegen Wasserverschwendung Auch beim Zähneputzen die Umwelt schonen

Wissen Sie, daß Sie auch beim Zähneputzen die Umwelt und Ihre Haushaltskasse schonen können? Ganz einfach durch sparsamen Umgang mit kostbarem Trinkwasser. Selbstverständlich müssen Sie dabei nicht auf die täglich mindestens zweimalige gründliche Zahnreinigung verzichten. Nur sollte dazu der gute alte Zahnputzbecher benutzt werden. Dann nämlich genügen jeweils 0,1 Liter Wasser für saubere Zähne. Wird aber – wie leider zu oft üblich – bei laufendem Wasser geputzt, fließen zwei bis vier Liter nutzlos ins Abwasser. Wenn auch nur die Hälfte der erwachsenen Bundesbürger – ca. 33 Millionen werden als Zähneputzer

gerechnet – täglich sechs Liter Wasser auf diese Art vergeuden, ergibt das rund 200 Millionen Liter pro Tag und, schier unvorstellbar, rund 73 Milliarden Liter pro Jahr. Das entspricht einer Menge von nahezu 3,7 Milliarden Gießkannen mit je 20 Litern Inhalt. Eine gigantische Wasserverschwendung, die die Kläranlagen und damit die Umwelt belastet. Ganz abgesehen von den unnötigen Kosten für den einzelnen Verbraucher und für die Allgemeinheit. Denn sauberes Trinkwasser wird immer knapper und die Aufbereitung immer teurer. Deshalb: Auch beim Zähneputzen auf Umweltschutz gehen und Wasser sparen.

Blend-a-med, Mainz

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.

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®

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

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 3130 08/09

Telefax (089) 4 3127 79

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

SAE



Buchbesprechungen

Pro und Kontra Alternative Methoden in der ZMK-Heilkunde

Hanser Verlag 1991, 119 Seiten, DM 59.-

Was ist dran an den immer „beliebter“ werdenden alternativen Methoden in der Zahnheilkunde? Das kleine Bändchen stellt die wichtigsten Theorien und Methoden auf dem Gebiet der Zahnheilkunde vor: Elektroakupunktur, Herdforschung, das Grundsystem nach Pischinger, die Homöopathie und die Thermographie.

Es kommen Befürworter und Gegner der jeweiligen Behandlungsmethoden jeweils im Wechsel zu Wort. In erfreulich kurzen Artikeln werden die Argumente für und wider die jeweilige Therapieform dargestellt, so daß sich jeder interessierte oder auch verunsicherte Kollege selber einen Eindruck über die Grundlagen und Denkansätze der angesprochenen Methoden machen kann. Die Entscheidung, ob man sich intensiver mit dieser Thematik befassen oder doch seine sowieso knapp bemessene Freizeit lieber anderweitig ausfüllen sollte, wird sicherlich erleichtert. Wenn man sich nämlich in diese Materie hineinbegeben will, stehen jedem mehrere Jahre intensiven Studiums, Lernens und Erfahrung-Sammelns ins Haus, bevor sich sichtbare, seriöse Erfolge einstellen. Voreiliges „Anwenden“ dieser Methoden führt mit Sicherheit zu großen Enttäuschungen, wenn nicht gar Schäden bei Arzt und Patient.

Am erhellendsten und beeindruckendsten empfand der Rezensent den letzten Beitrag

von Müller-Fahlbusch: „Psychosomatik – auch eine alternative Methode in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde?“

Darin berichtet der Autor exemplarisch über einige von 362 Patienten, deren Beschwerden sich später als vorwiegend psychosomatisch bedingt herausstellten. Bei 64 von ihnen wurden von den Vorbehandlern mit der „Diagnose Herd- und Störfeldgeschehen“ chirurgische Eingriffe meist größeren Ausmaßes durchgeführt, „die sich in der Verlaufsbeobachtung als vergeblich, wenn nicht gar schädlich“ für den Patienten erwiesen haben.

Reichhaltiger Zahnverlust und hohe Kosten stehen einem schlechten Nutzen gegenüber.

Ich möchte mit drei Zitaten von Müller-Fahlbusch enden:

„Es ist schlimm, wenn Ärzte und Zahnärzte seelischen und psychosomatischen Störungen mit einer Art Pseudophysik begegnen.“
„Ob dieser Protest sich nun gegen reduktionistische naturwissenschaftlich ausgerichtete Schulmedizin richtet oder gegen eine ebenso reduktionistisch auf Pseudophysik bezogene Außenseitermedizin, ist im Prinzip gleichgültig.“ „Echte Naturwissenschaft steht der Psychosomatik nicht entgegen!“

Ein sehr informatives Buch.

(Knut Krützmann)

TMJ-Health: Beweglichkeit für Mund und Kiefer Ein Kassettenprogramm

von Mark Reese und David Zemach-Bersin

Hrsg. Thomas Kirschner Seminare, ISBN 3 - 928963 - 62 - 7

Im Folgenden möchte ich Ihnen ein interessantes Kassettenprogramm aus der Reihe „Die Feldenkrais-Methode“ vorstellen.

Diejenigen Kollegen, die das Lernprogramm „Bewußtheit durch Bewegung“ von Moshe Feldenkrais bereits kennengelernt haben, wissen, daß es ein Verfahren zur Schulung des Körpers und der Persönlichkeit mittels Bewegung ist. Mit den Lektionen wird die innere Aufmerksamkeit geschult und es kommt zur „neuro-muskulären Re-Organisation“.

TMJ-Health ist ein erprobter Weg zur Selbsthilfe für den Patienten und bewirkt eine sanfte Umprogrammierung neuro-muskulärer Gewohnheiten.

Die Übungen befreien von chronischen Mund-, Kiefer-, Gesichtsschmerzen, verringern Knirschen sowie die typische temporomandibular-Symptomatik, führen zu einer

verbesserten, entspannteren Bewegung der Kiefer und Geschmeidigkeit der Gelenke und leisten last not least Streß-Reduktion.

In kurzen, gut gegliederten Lektionen erfährt der Zuhörer von einer angenehmen Tonbandstimme Trainingshilfen zum Entspannen der Zunge und der Lippen; die Zusammenhänge zwischen Hals, Kopf, Wirbelsäule, Augen und Kiefer werden ihm bewußt gemacht.

Dem Kassettenetui liegt ein kleines Begleitbuch bei, das auch dem Laien einige Zusatzinformationen liefert.

Der Herausgeber, der Journalist Thomas Kirschner, bietet den Versand von zwei Demonstrations-Kassetten an, zu beziehen über: Thomas Kirschner, Max-Reger Weg 1, 8078 Eichstätt Tel.: 08421/ 8842, Fax.: 08421/ 80412. (Silke Lange)

Problemlösungen in der Endodontie

von Gutmann, Dumsha, Lovdal; Hanser-Verlag 1991, 178 Seiten

Das vom Autorenteam Gutmann, Dumsha, Lovdal vorgelegte Buch ist kein Lehrbuch der Endodontie, sondern ausschließlich für den Praktiker geschrieben. Es ist ein „Referenzbuch“ für spezielle Probleme, die im Rahmen der endodontischen Therapie auftreten können.

Obwohl Endodontie routinemäßig in unseren Praxen durchgeführt wird, stehen wir häufig vor unvorhersehbaren Schwierigkeiten (in zunehmend komplizierteren Behandlungsfällen), und manchmal liegen die immer ambitionierteren Behandlungspläne jenseits unserer Fähigkeiten. Ziel der Autoren ist es,

zu zeigen, wie man diese Schwierigkeiten von vornherein vermeidet. Sollten sie dennoch auftreten, werden geeignete Maßnahmen genannt, um sie zu überwinden. Das Buch ist in Schlüsselbereiche der endodontischen Behandlung aufgeteilt, die systematisch und problemorientiert abgehandelt werden. Von Schwierigkeiten bei der Eingangsdagnostik bis zu Problemen der Obduration der Wurzelkanäle wird alles an klinischen Beispielen erläutert. Die reichhaltige Illustration, insbesondere durch Röntgenaufnahmen, macht das Buch empfehlenswert für jeden Praktiker. (Claudia Wohlgenut)

Lebensbedrohliche Zwischenfälle in der zahnärztlichen Praxis

von Milan M. Schijatschky

Quinssenz Verlag, Berlin, 1992, 5. überarbeitete Auflage, ISBN 3-87652-361-3

Die 5. Auflage dieses Standardwerkes ist eine völlige Neufassung mit guten Abbildungen sowie prägnanten Texten – das klassische Notfallbuch für den Zahnarzt.

Zusammengestellt nach den Richtlinien und Empfehlungen der maßgebenden Experten-Gruppen in Deutschland und den USA, stellt es für jeden Praktiker sehr übersichtlich die Basismaßnahmen zur Erhaltung der lebenswichtigen Funktionen Atmung und Kreislauf dar, die im schlimmsten Fall über Leben und Tod des Patienten entscheiden. Auch wenn lebensbedrohliche, akute Zwischenfälle in der täglichen Praxis relativ selten sind, ist es für jeden Zahnarzt wichtig, über die neuesten Erkenntnisse auf diesem Gebiet informiert zu sein. Das vorgestellte Buch leistet hier neben dem Besuch von praktischen Fortbildungskursen Hilfestellung. Es kann und soll natürlich nicht das eigene Training, zusammen mit dem Praxisteam, ersetzen.

Das Werk ist in 4 Kapitel untergliedert: das erste bespricht Untersuchung und Anamnese des Patienten, im zweiten und dritten Teil werden Herz-Lungen-Wiederbelebung (Basis- sowie spezielle Maßnahmen) aufgeführt. Das vierte Kapitel gibt einen Überblick über eine Basis-Notfallausrüstung für die Reanimation, die in jede Praxis gehört.

Abgestimmt auf den europäischen Markt werden die wichtigsten Medikamente und Instrumente erläutert, so daß hier jeder anhand der Informationen seine eigene Zusammenstellung überprüfen bzw. vervollständigen kann, was sicher nicht nur aus forensischer Sicht interessant ist.

Abschließend hat der Autor noch versucht, eine knappe Zusammenfassung von Behandlungsschritten zu geben, eine Art „Checkliste“ für den Notfall. Nicht zuletzt deswegen ist die Lektüre für jeden Praktiker lohnenswert. *(Silke Lange)*

Wasser = Leben – Ein Bilderbuch nicht nur für Kinder Ein kybernetisches Umweltbuch mit 5 Kreisläufen des Wassers

von Frederic Vester, Ravensburger Buchverlag 1987

Zwei Drittel unseres Planeten sind mit Wasser bedeckt. Aber nur durch die seit Urzeiten bestehenden Kreisläufe wird es verteilt, gereinigt und Pflanzen, Tieren und Menschen als Grundelement wieder neu zugeführt. Der Mensch verhält sich so, als könne es hier nie zu ernsthaften Schwierigkeiten kommen. In einer ungewöhnlichen Darstellungsweise mit Drehscheiben und Fensterbildern, unterstützt durch die witzig-subtilen Zeichnungen von P. Schimmel, zeigt F. Vester die vielfältigen Zu-

sammenhänge zwischen den globalen Kreisläufen von Regen, Flüssen, Meer und Wolken bis hin zu denjenigen, die sich zwischen den Lebewesen und ihrer Umwelt abspielen.

Eine spannende Beschäftigung für Kinder und Eltern zur Verkürzung der Zeit im Wartezimmer und von der attraktiven Aufmachung und der Fülle der mitgeteilten Zusammenhänge und Fakten her durchaus auch ein Buch, das einen erwachsenen Leser fesseln kann. *(Irmgard Berger)*

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 entwerfen 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, Kötztingerstr. 10,
8400 Regensburg

Der DAZ stellt sich vor



Deutscher
Arbeitskreis für
Zahnheilkunde

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-Virchowbund

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 ein Jugendzahnpflegegesetz
- Ausbildung und Einsatz von 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; Behandlungsassistenz

Zahnärztliche Ausbildung

Der DAZ fordert eine Reform des Zahnmedizinstudiums mit folgenden Veränderungen:

- Schwerpunktverschiebung von der prothetisch-technischen zur prophylaktisch-konservierenden Seite
- Verkürzung der vorklinischen Ausbildung bei gleichzeitiger Verlängerung des klinischen Studiums
- Einbindung qualifizierter Praktiker in die Universitätsausbildung.



Bei Interesse an unserer Arbeit 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

- 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