



FORUM

Herausgegeben vom Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde

NR. 4 · AUGUST 1983

Sie lesen u.a.

**Einladung zur Jahreshauptversammlung
des DAZ 1983 in Berlin**

**Grundsätze und Empfehlungen
zur kassenärztlichen Versorgung 1983
– zum neuen Diskussionspapier des DAZ –**

- Dr. H.-W. Hey – Potempkin'sche Dörfer
Prof. Dr. W.-E. Wetzel – Gießener Modell zur Integration der
Kinderzahnheilkunde in die studentische Ausbildung
Dr. H. Neumeister – Gesundheitspolitik und Kariesprävention
Informationen
Dr. H.-W. Hey – Verdummung durch Trinkwasserfluoridierung
Dr. H. Wichert – Neue Methoden der Endodontie
F. Schrickler – Andere Fortbildung
K. Wolf – Tips: Kapitallebensversicherung
H. Klar – Praxisumsatz 2 Millionen – Konkurs?
Dr. W. Lell – Medizinerkongreß gegen Atomkrieg



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

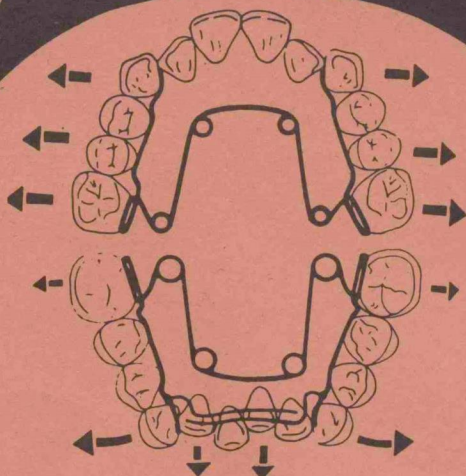
Im Park 9b

04680 Zschadraß

MIA SYSTEM

NEU

nach
Bartels



Der bekannte „**QUAD-HELIX**“ Bogen
+ einige neu entwickelte Zubehörteile ergeben
das

MIA SYSTEM

- ein neues gekrümmtes, horizontales Lingualschloß läßt den Bogen im **Ober-** und auch im **Unterkiefer** ohne Behinderung durch die Incisivi „einschwenken“.
- eine neue indirekte Übertragungsmethode **Kiefer – Modell – Kiefer** erlaubt genauestes Adaptieren und Aktivieren am Modell auch während der Behandlung.



Fordern Sie bitte unsere ausführliche MIA-Broschüre mit zahlreichen Anwendungsbeispielen an oder lassen Sie sich das System von Ihrem UNITEK-Repräsentanten vorführen.

INTER-UNITEK GmbH
Postfach 1629
D-8032 Gräfelfing
Tel. (089) 85 50 39

INTER-UNITEK AG
Postfach 142
CH-8034 Zürich
Tel. (01) 47 84 34

inter
UNITEK

QUALITÄT
FORSCHUNG
SERVICE

Inhalt

Jahreshauptversammlung des DAZ 1983 in Berlin geplant	2 - 3
Grundsätze und Empfehlungen zur kassenzahnärztlichen Versorgung 1983 - zum neuen Diskussionspapier des DAZ	5
Dr. H.-W. Hey Erinnerungen an Fürst Potempkin's Dörfer	9
Dr. W.-E. Wetzel Das Gießener-Modell zur Integration der Kinderzahnheilkunde in die studentische Ausbildung	15
Dr. H. Neumeister, MdB Kariesprävention aus der Sicht des Gesundheitspolitikers	22
Dr. H.-W. Hey Verdummung durch Trinkwasserfluoridierung?	31
Dr. H. Wichert Neue Behandlungsmethoden in der Endodontie	47
F. Schrickler Eine andere Art der Fortbildung	52
K. Wolf Tips - Kapitallebensversicherung	55
H. Klar Traumpraxis mit 2 Millionen Umsatz - Konkurs vor der Türe?	59
Dr. W. Lell Dritter medizinischer Kongress zur Verhinderung eines Atomkrieges	63
Informationen	

Redaktion: Dr. J. Heidtkamp, Dr. W. Lell, M. Blank
Anschrift der Redaktion: Dr. W. Lell, Hermann-Geib-Str. 59a,
8400 Regensburg, Tel.-Nr. 0941/72865

Sämtliche Beiträge geben die Meinung der Verfasser wieder. Offizielle Stellungnahmen des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde werden als solche gekennzeichnet.

Erscheinungsweise: Dreimal jährlich



Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

vielleicht sind Sie der Meinung, im großen und ganzen ist die Art und Qualität der zahnärztlichen Versorgung in Ordnung, und solange unsere Kasse einigermaßen stimmt, können wir alles so laufen lassen wie es ist. Wir teilen diese Meinung nicht.

Wir glauben, daß wir vor allem mehr für die Kariesprophylaxe und Zahnerhaltung der Kinder und Jugendlichen tun müssen. Wenn dabei die Mundgesundheit aller Kinder das Ziel ist, so kann dies nicht ohne die Hilfe der Gemeinden und des Staates bewältigt werden. Wir fordern vor allem:

Prophylaxe machen statt sie zu zerreden

Um auf Dauer unsere Berufsfreiheit zu sichern, ist die Verbesserung der Qualität – vor allem der „einfachen“ Routineleistungen – unerlässlich. Mit der Verringerung von Erweiterungs- und Wiederholungsleistungen könnte gleichzeitig ein wichtiger Beitrag zur Kostendämpfung geleistet werden:

Kostendämpfung durch Qualitätsverbesserung

Qualitätsverbesserung auf breiter Basis scheint uns jedoch nur mit Hilfe eines gerechteren Abrechnungs- und Prüfwesens möglich, das nicht noch den bestraft, der sich um gründliche und frühestmögliche Behandlung seiner Patienten bemüht.

Um unserer selbst willen, aber auch um das ramponierte Ansehen unseres Berufsstandes in der Öffentlichkeit zu verbessern, muß nach unserer Meinung wieder stärker

Zahnheilkunde als ärztlich-soziale Aufgabe

verstanden und die Therapie mehr als bisher auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmt werden.

Dies sind nur einige der Vorstellungen, die uns zur Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik notwendig erscheinen. Anlässlich der Jahreshauptversammlung des DAZ möchten wir uns den Berliner Kollegen vorstellen und unsere Ziele und Grundsätze während eines Gesprächsabends zur Diskussion stellen. Wir laden Sie deshalb herzlich ein,

**am Sonnabend, den 1. Oktober 1983 um 19.00 Uhr
in den Salon 4/5 des Hotels Berlin
1000 Berlin 30, Kurfürstenstraße 62,**

zu kommen.

Der DAZ ist eine Vereinigung von Kolleginnen und Kollegen, die regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen „am Stuhl“ durchführt und in Diskussionsrunden über Lösungsmöglichkeiten aktueller Berufsprobleme nachdenkt. Wir erweitern unseren fachlichen Horizont vor allem auch durch ein Praxisbesuchssystem sowie Austausch und Weitergabe von Erfahrungen.

Wir würden uns freuen, wenn Sie am 1. Oktober zu uns kommen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. G. Ebenbeck, Dr. K. Müller
1. und 2. Vorsitzender des DAZ

DAZ-Jahreshauptversammlung 1983 in Berlin

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

die Jahreshauptversammlung des DAZ findet heuer am Sonntag,
den 02.10.1983 in Berlin statt.

Wie Ihnen bekannt ist, findet in der Woche von 26.09. bis
02.10.1983 auch die Jahreshauptversammlung des DGZMK und der
Deutsche Zahnärztetag in Berlin statt. Aus diesem Grund
haben wir heuer die Jahreshauptversammlung des DAZ nach
Berlin verlegt, um ein anspruchsvolles Rahmenprogramm bieten
zu können. Der zweite Grund war die bevorstehende Gründung
einer Studiengruppe in Berlin.

Gebucht werden kann Flug und Hotel (Gruppentarif Berlinflug
hin und zurück DM 280,--, Abflug ist geplant für Donnerstag-
abend (29.09.1983), Heimflug Sonntagnachmittag) bei Dr.
Armin Maurer, Waxensteinstr. 37, 8000 München 70, Tel.:
089/8111428. Alle Interessenten werden gebeten, innerhalb
der nächsten 14 Tage ihre Anmeldung bei Dr. Maurer schrift-
lich durchzuführen.

Termin für die Hauptversammlung ist Sonntag, 02.10.1983,
10.00 Uhr
Tagungsort: Hotel Berlin, 1000 Berlin 30, Kurfürstenstr. 62,
Salon 5.

Dr. G. Ebenbeck
(1. Vorsitzender)

Dr. K. Müller
(2. Vorsitzender)

**die adresse für individuelle, moderne
zahntechnik**



quitera dental

quitera dental gmbh

aussigerstr. 21 a

8411 zeitlarn

tel. 6 33 43

od. 6 32 43

**KERAMIK
FRÄS-,TELESKOP-,GESCHIEBE-
TECHNIK**

CROZAT - MODELLGUSS - PROTHETIK - KFO

Grundsätze und Empfehlungen zur kassenzahnärztlichen Versorgung 1983

– zum neuen Diskussionspapier des DAZ

Vor knapp vier Jahren hat der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde seine "Vorschläge zur Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik" veröffentlicht, etwas später dann die "Arbeitsberichte 80/81" - zwei Schriften, die programmatisch unsere Vorstellungen artikuliert haben. Was darin gesagt und gefordert wurde, hat leider nichts an Aktualität und Dringlichkeit eingebüßt. Weder ist eine Verringerung der Zahnschäden bei Kindern und Jugendlichen zu erkennen, noch wurden Schritte unternommen, die Qualität der zahnärztlichen Leistungen zu verbessern. Die "Steuerungsversuche", die ausufernden Kosten der Sozialversicherungen in vertretbarem Rahmen zu halten, beschränken sich auf "Beratungsgespräche" und scheinbare Wirtschaftlichkeitsprüfungen - Instrumente, die keine nennenswerten Kosteneinsparungen bewirken, aber die große Mehrheit der Zahnärzteschaft vor Überprüfungen und Regressen bewahren. Ebenso entsprang die "BEMA"-Umstrukturierung eher dem Wunsch nach gesundheitspolitischer Kosmetik als dem Bedürfnis - wirklich eine Trendwende vom Zahnersatz zur Zahnerhaltung in die Wege zu leiten. Wie zu erwarten war, hat diese Maßnahme außer weiteren Kostensteigerungen nichts bewirkt. Weiterhin fehlt noch immer eine umfassende Effizienzanalyse der kassenzahnärztlichen Versorgung, die Definition der qualitativen Mindestanforderungen an die wichtigsten zahnärztlichen Leistungen, die Ver-

besserung von Qualität und Effizienz des Gutachterwesens und vieles mehr. Im Bereich der zahnärztlichen Ausbildung hat sich die Situation sogar noch verschlechtert. Das Verhältnis der Zahl der Studierenden zu der der Ausbilder ist noch ungünstiger geworden. All dies hat uns veranlaßt, unsere Gedanken zu aktualisieren und noch einmal ausführlich darzustellen.

Sogar der "Freie Verband Deutscher Zahnärzte", der sich ansonsten sehr angelegentlich damit beschäftigt, sich von uns und unseren Vorstellungen zu distanzieren, hat in der Zwischenzeit einige Gedanken aus unseren "Vorschlägen" in sein neues Grundsatzprogramm aufgenommen (zum Beispiel die Forderung nach berufsethischem Verhalten und die erstmalige Aufnahme des Begriffes "Qualität"), doch vermissen wir bei ihm noch immer konkrete, zukunftsorientierte und praktikable Lösungsvorschläge für die dringendsten Probleme der zahnärztlichen Versorgung. Niemand kann erwarten, daß ein Grundsatzprogramm, wie das des FVDZ, das fast nur Forderungen an Patienten, Staat und Krankenkassen stellt, die Zahnärzteschaft jedoch möglichst aus allen Pflichten und Bindungen befreien will, von irgend jemandem ernsthaft diskutiert werden wird. Wir glauben, daß solche Egozentrik gerade in einer Zeit wirtschaftlicher Regression unserem Berufsstand nur schaden kann.

Aus diesem Grunde wenden wir uns mit der vorliegenden Schrift an Zahnärzte, Krankenkassenverbände und alle weiteren Institutionen und Personen, die mit der zahnärztlichen Versorgung unserer Bevölkerung befaßt sind. Wir bitten auch, und vor allem, unsere Kolleginnen und Kollegen, sich mit unseren Vorschlägen auseinanderzu-

setzen. So wie es für uns um die Erhaltung unserer beruflichen Freiheit und unserer Arbeitsmöglichkeiten geht, geht es auch darum, die Interessen derer, die uns anvertraut sind, sowie die Interessen von Staat und Krankenkassen mit den unseren mehr als bisher in Einklang zu bringen.

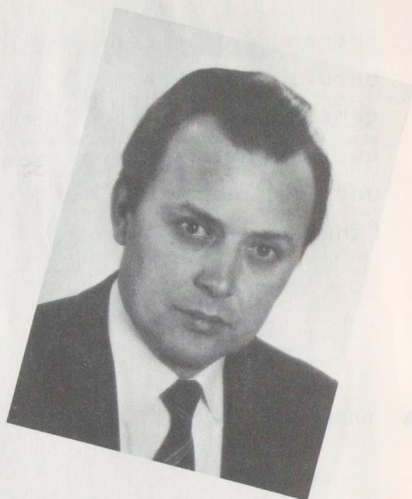
► Unser neues Diskussionspapier liegt Ende August vor. ◀◀◀

FRAGE:

Welche Menge Haftpulver wurde 1981 im Land mit der besten Zahnheilkunde der Welt produziert?

ANTWORT auf Seite **.35**...

Herr Naser. **Unser Mann in** **Ihrem Gebiet.**



Herr Naser zeigt Ihnen gern unser Zahnprogramm

Magister Frontzahn
Imperial Frontzahn
Royal Frontzahn
Orthognath Molar

Cronos Molar
Royal Molar
Orthocal Molar

und unser Abdruckmaterialien-Programm

Alligat staubfrei –
schnellabbindendes Alginat
Porter – Siliconabformmaterial
für den Erstabdruck

Corrector – microfeine Abformpasten
auf Siliconbasis
in verschiedenen Viskositäten für den
Korrekturabdruck

und unser Materialprogramm für Ihr Labor

Ecotray – Kaltpolymerisat für den
individuellen Abdrucklöffel
Econom – Silicon-Knetteig
für Vorgüsse

Trigon-f – gießfähiger selbsthärtender
Kunststoff für Sattelpressungen

Bitte rufen Sie ihn an: (0 91 87) 53 55.



Lindauer Zähne GmbH · 8992 Wasserburg.

Erinnerungen an Fürst Potempkin's Dörfer

In einer Presseveröffentlichung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 11. Mai und noch einmal in seiner Rede zum Bayerischen Zahnärztetag hat Minister Pirkl sich selbst und der Zahnärzteschaft völlig ungerechtfertigtes Lob gespendet. Besonders erstaunlich war dabei zu hören, daß "im Bereich der Zahnprophylaxe die bayerische Zahnärzteschaft und die Krankenkassen seit Jahren wichtige Pionierarbeit leisten."

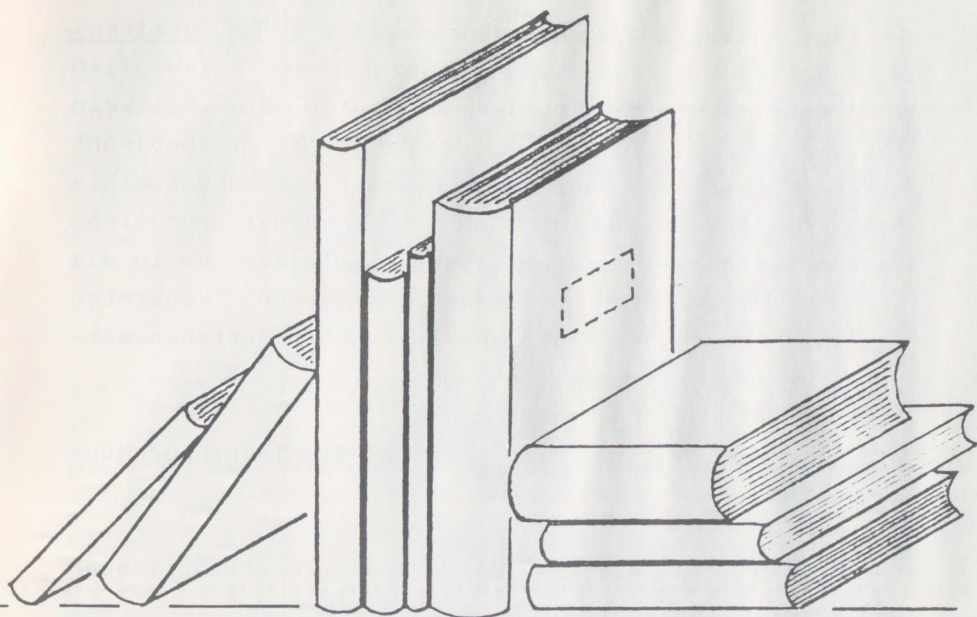
Der Vorstand der DAZ-Studiengruppe München hat daraufhin das folgende Schreiben an Dr. Pirkl gerichtet:

Sehr geehrter Herr Staatsminister,
mit Verwunderung haben wir der Presseveröffentlichung Ihres Ministeriums vom 11.5.83 entnommen, daß "Bayern auf dem Gebiet der Zahnprophylaxe bereits konkrete Schritte getan hat" und daß dies "dem beherzten Engagement der bayerischen Zahnärzteschaft und nicht zuletzt den gerade auch auf diesem Sektor äußerst aufgeschlossenen bayerischen Krankenkassen zu verdanken ist."

Wir haben in den vergangenen Jahren die "Bemühungen" aller Verantwortlichen auf dem Gebiet der Kariesprophylaxe sehr aufmerksam verfolgt und sind deshalb der Ansicht, daß die Veröffentlichung eines solch optimistischen und beruhigenden Zustandbildes angesichts der tatsächlichen Verhältnisse nicht zu verantworten, vielmehr dazu angetan ist, die Öffentlichkeit in gefährlicher Sicherheit zu wiegen.

Gerade weil, wie in Ihrer Pressemitteilung zutreffend festgestellt wird, "auf keinem Gebiet der präventiven Medizin das gesicherte Wissen über Maßnahmen zur Krankheitsverhütung inzwischen so gefestigt ist, wie im Bereich der Zahnprophylaxe und nirgends sonst die wirtschaftlichen Vorteile so klar einsehbar sind", gerade deshalb ist die Tatsache, daß diese Kenntnisse z. B. in den Schulen noch immer keinerlei Eingang gefunden haben, und statt dessen unverändert weiter sinnlose Untersuchungen zu rein statistischen Zwecken durchgeführt wurden, eher dazu geeignet, die Gesundheitspolitik als rückschrittlich statt fortschrittlich einzustufen. Die in den Medien unangemessen groß herausgestrichenen Kariesprophylaxe-Aktivitäten waren entweder teils mühsam erkämpfte Einzelaktionen einer Handvoll idealistischer Kollegen oder PR-Maßnahmen zahnärztlicher Berufsverbände ohne jede Kontinuität. Der konkret durchgeführten Arbeit in Kindergärten fehlt noch immer jede Breitenwirkung und damit jede Effizienz. Nicht einmal in der zahnärztlich überversorgten Stadt München werden bisher alle Kindergärten betreut - der jugendzahnärztliche Dienst der Stadt kann wegen Personalmangel lediglich 40 von ca. 360 Kindergärten betreuen, lehnt aber "aus Gründen der Kontinuität" das Angebot hilfsbereiter Zahnärzte zur Unterstützung ab.

Schließlich fehlt uns auch das Verständnis dafür, daß Sie die "Bemühungen der Staatsregierung um die Jugendzahngesundheitspflege" hervorheben, jedoch mit Ihrer eigenen Stimme im Landesgesundheitsrat im vergangenen Jahr die Empfehlung zur Verabschiedung eines Jugendzahnpflegegesetzes abgelehnt haben. Kein Mitglied des Landesgesundheitsrates hat bis heute eine stichhaltige Begründung dafür abgeben können, warum diese Gesetzes-



Wir empfehlen:

SIEGWART PETERS:

PROPHYLAXE

Ein Leitfaden für die zahnärztliche Praxis
1978, 396 S. mit Abb.

DM 148,-

Kaum ein Fachgebiet der Medizin hat so weitgehenden Nutzen aus dem allgemeinen technischen Fortschritt gezogen wie die Zahnheilkunde. Forschung und Entwicklung sind erfreulicherweise so weit gediehen, daß Prophylaxemaßnahmen, die eine fast vollständige Verhinderung von Karies und Parodontapien ermöglichen, als praxisreif bezeichnet werden können. Damit ist **wirksame Prävention kein Wunschtraum für die ferne Zukunft mehr - Prophylaxe ist vielmehr hier und heute durchführbar.**

Das vorliegende Werk will dies belegen. Unter Berücksichtigung der geschichtlichen Entwicklung und mit dem Ausblick auf die Zukunft der Prophylaxe werden das notwendige Grundlagenwissen und praxiserprobte Modelle zur Durchführung gleichermaßen vorgestellt. **Kein Aspekt dieser Thematik, der nicht vertreten wäre.** Alle Autoren haben sich bemüht, ihren Beitrag so praxisnah darzustellen, daß jedes Kapitel eine fertige Gebrauchsanleitung ist, nach der der Leser selbst sofort aktiv werden kann. Alle vorgestellten Modelle haben ihre Wirksamkeit in der täglichen Praxis bewiesen.

FACKLER & WAGENBAUER

Fachbuchhandlung für Zahnmedizin

Beethovenstraße 12
8000 München 2

vorlage - die wichtigste Voraussetzung für breiten-
wirksame Karies- und Parodontalprophylaxe - lediglich
die Zustimmung des Kammerpräsidenten Dr. Pillwein
fand, von allen anderen Mitgliedern jedoch abgelehnt
wurde. Wir möchten Sie, sehr geehrter Herr Staatsmini-
ster, deshalb bitten, uns über diese Widersprüchlich-
keiten aufzuklären und uns wissen zu lassen, worin die
in der Presseveröffentlichung zitierten "konkreten
Schritte" bestanden haben und in Zukunft bestehen wer-
den.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Dr. Hanns-W. Hey, 1. Vors. der DAZ-Studiengruppe Mün-
chen

Im Gegensatz zur ministeriellen Presseveröffentlichung
hat uns die Antwort des Sozialministeriums auf unser
Schreiben nicht verwundert: die "konkreten Schritte",
das "beherzte Engagement" und die "wichtige Pionierar-
beit seit Jahren" bestehen nach diesem Antwortschrei-
ben darin, daß "bereits im Mai 1982 eine Arbeitsgruppe
mit dem Ziel gebildet wurde, ein geschlossenes Konzept
zur Neuordnung des von Ihnen angesprochenen Aufgaben-
gebietes zu entwickeln". Die "Erweiterung kariespro-
phylaktischer Maßnahmen über die bisher modellhaften
Aktivitäten hinaus" wird für die "nahe Zukunft" in
Aussicht gestellt, doch "bis zur Erreichung der ent-
scheidenden Phase muß der gesetzliche Auftrag mit dem
Ziel der Früherkennung von Karies in der bisherigen
Form erfüllt werden".

Wenn die Gründung einer Arbeitsgruppe - und sonst
nichts - mit soviel Lob, Lorbeeren und Lärm bedacht
wird, so darf man gespannt sein, welche Eruptionen die
Fachpresse erschüttern werden, wenn etwas passiert -
auch wenn, wie zu befürchten ist, der Berg nur eine

Maus gebiert. Von wichtiger Pionierarbeit in Bayern auf dem Gebiet der Kariesprophylaxe zu sprechen, erscheint mit Blick auf die Schweiz oder zahlreiche andere Länder, gegenüber denen wir nach Expertenmeinung 15 Jahre aufzuholen haben, als ziemlich unverfrorene Vortäuschung falscher Tatsachen. Und was soll man von der Begründung des Ministeriums für die Ablehnung des Jugendzahnpflegegesetzes halten?: "Da die Gesundheitsämter in Bayern fast ausschließlich staatliche Gesundheitsämter sind, können durch innerdienstliche Weisungen jederzeit fachliche Schwerpunktverschiebungen in der Jugendzahnpflege vollzogen und Verbesserungen ohne gesetzliche Regelungen erreicht werden"; und weiter: "Fortschritte in der Jugendzahnpflege können auch ohne gesetzliche Regelungen erzielt werden, wenn sich alle Beteiligten - Eltern, Kindergärten und Schulen, Zahnärzte im jugendzahnärztlichen Dienst, Medien und nicht zuletzt die zahnärztlichen Vereinigungen - engagiert dieses Problems annehmen."

Wie kann es sein, daß trotz dieser "jederzeit möglichen Schwerpunktverschiebung" diese nicht schon längst vollzogen ist? Ist es Uninformiertheit, Inkompetenz - oder gar Absicht - solches zu unterlassen? Und schließlich: für wie dumm hält man uns, wenn man argumentiert, alle müßten sich nur engagiert dieses Problems annehmen? So simpel diese Weisheit erscheint, so naiv ist es davon auszugehen, auf diese Weise werde sich jemals etwas ändern - wird hier nicht im Gegenteil Unmögliches gefordert, um sich ein Alibi zu verschaffen, das Mögliche nicht anpacken zu müssen?

Dr. Hey
Lindenschmitstr. 44
8000 München 70

WER SICH NICHT WEHRT LEBT VERKEHRT

Wissen Sie was ein Regreß ist? Dann wissen Sie auch, mit wieviel Mühe es verbunden ist, sich dagegen zu wehren. Tun Sie's trotzdem! Wer nicht zum Sozialgericht geht, setzt aufs Spiel disziplinarisch geahndet zu werden und dann werden Ihre sachlichen Argumente

- a) die Leistungen sind erbracht worden
- b) ich erbringe lieber im Prophylaxebereich mehr Leistung als im Prothetikbereich
- c) bei mir spart die Kasse weit mehr als sie Regreß nimmt
- d) ich kann durch Dias belegen, daß Patienten, die von anderen Kollegen als nicht-behandlungsbedürftig bezeichnet wurden, ein desolates Kauorgan mitgebracht haben

nicht mehr gehört, weil man folgenden Umkehrschluß zieht:

Wer sich gegen einen Regreß nicht wehrt, erkennt ihn vollinhaltlich an und verstößt damit gegen den Grundsatz der wirtschaftlichen Behandlungsweise. Damit fügt er sich nicht in das Kassenarztsystem ein und läuft Gefahr disziplinarisch verfolgt zu werden, was sogar soweit gehen kann, daß ihm die Kassenzulassung entzogen wird.

Wer sich gegen einen Regreß wehrt, verhält sich systemgerecht. Er riskiert keinen Verlust der Kassenzulassung.

Sie lachen? Der Kollege, dem dies widerfahren ist, lacht nicht mehr!

Hannelore Klar
Ringstr. 18
8411 Laaber-Bergstetten

Das Gießener-Modell zur Integration der Kinderzahnheilkunde in die studentsche Ausbildung

Schon seit Gründung des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Gießener Justus-Liebig-Universität im Jahre 1971 war eine Professur für "Präventive und Kinderzahnheilkunde" im Stellenpool von den damaligen Planern vorgesehen worden. War es auch nicht möglich, von Anfang an diese Hochschullehrerposition zu besetzen, so bot sich doch der schrittweise Auf- und Ausbau des jungen Fachgebietes geradezu an. Und hier war das große studentische Interesse an den psychologischen und sozial-ethischen Fragestellungen unseres Faches besonders hilfreich.

Die Studierenden wollten wissen, wie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung bei Kindern abgebaut werden kann. Sie nahmen Hinweise zur Führung behinderter Patienten dankbar an. Als sich dann mit Inkrafttreten des neuen Hessischen Universitätsgesetzes im Jahre 1978 die Möglichkeit zur Gründung eines selbständigen Funktionsbereiches "Präventive und Kinderzahnheilkunde" bot, konnten diejenigen, die unsere Initiativen bis dahin mit gönnerischen Bewertungen wie "Idealisten", "Träumer" oder "Liebenswerte Spinner" belegt hatten, langsam eines besseren belehrt werden.

Was nun die Substrukturierung der "Präventiven und Kinderzahnheilkunde" in der Gießener Klinik anbelangt, so hielten wir es bei aller räumlichen und personellen Selbständigkeit für wichtig, unser Ausbildungskonzept in die Lehrveranstaltungen der Abteilung für Zahnerhaltungskunde zu integrieren. Das bedeutet, daß Lehrinhalte sowohl theoretisch als auch in praktischer Umsetzung im ersten, zweiten und fünften klinischen Semester eingebracht werden können. Didaktisch hat sich bisher - nachdem wir

auch andere Modelle erprobt haben - das nachfolgende Lehrangebot bewährt:

1. klinisches Semester (Phantomkurs - Zahnerhaltungskunde)

- Demonstration und praktische Anwendung einiger kariesprophylaktischer Maßnahmen am Patientenmodell (z. B. Fissurenversiegelung, Fluortouchierung).

2. klinisches Semester

- Einstündige wöchentliche Pflichtvorlesung zur Kariesprophylaxe und Prävention von Gebißschäden als Teil der Vorlesung "Zahnerhaltungskunde I".
- Einstündige wöchentliche Vorlesung "Kinderzahnheilkunde" auf der Basis freiwilliger Beteiligung.
- Erste Kinderbehandlungen im Rahmen des Behandlungskurses "Zahnerhaltungskunde I", jedoch ohne Verpflichtung.

5. klinisches Semester ("Examenssemester")

- Durchführung eines "Kinderpraktikums", als obligatorischer Bestandteil des Behandlungskurses "Zahnerhaltungskunde II". Hier behandeln täglich acht Studierende, unter besonderer Betreuung eines Assistenten und/oder Hochschullehrers, Kinder bis zum 14. Lebensjahr. Damit die Praktikanten dabei nicht allzusehr unter "Leistungsstreß" geraten, werden im Praktikum selbst kein Punktesoll und keine besonderen Pflichtarbeiten verlangt. Die Auswahl geeigneter Kinder wird von approbierten Zahnärzten des Funktionsbereiches "Präventive und Kinderzahnheilkunde" vorgenommen.

- Einmal wöchentlich findet zusätzlich ein einstündiges Seminar zum Kinderpraktikum statt. Hier können Besonderheiten der zuvor behandelten Patientenfälle besprochen und theoretische Grundkenntnisse mit Bezug auf eigene Behandlungstätigkeit im Gruppengespräch vertieft werden.

Wenn nun ein Resümee gezogen wird, so glauben wir aus den positiven Erfahrungen an unserer Klinik sagen zu können, daß es sich lohnen muß, die "Präventive und Kinderzahnheilkunde" auch in die Organisationsstruktur anderer Kliniken Deutschlands zu institutionalisieren. Es genügt einfach nicht, "idealistische Assistenten" mit der Kinderbehandlung und der Durchführung von Kinderpraktika zu betrauen, den gleichen "Idealisten" aber keine Zukunftshoffnung im Sinne der Eigenverwirklichung zu machen. Der Typ des Hochschullehrers, der glaubt, auch heute noch im gleichen Maße gut die Bereiche Endodontie, Kariologie, Parodontologie, Prävention und Kinderzahnheilkunde im Bereich der Zahnerhaltung vertreten zu können, irrt. Vielleicht kann das Gießener Modell, bei dem innerhalb einer gemeinsamen Abteilung Zahnerhaltungskunde, die selbständigen Funktionsbereiche Kariologie/Endodontie, Parodontologie und Präventive/Kinderzahnheilkunde durch eigene Professuren vertreten sind, richtungsweisend sein.

Prof. Dr. Willi-Eckhard Wetzel
 Leiter des Funktionsbereiches
 "Präventive und Kinderzahnheilkunde"
 Zentrum für ZMK-Heilkunde
 Schlangenzahl 14
 6300 Gießen

* * * * *	* * *	* * * * *
DAZ - FORUM	dreimal jährlich	DAZ - FORUM
* * * * *	* * *	* * * * *

Auf Anregung von Kollegen Wetzel möchten wir in diesem Zusammenhang zwei Papiere aus dem Jahre 1975 abdrucken, die damals von der Arbeitsgruppe für Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der DGZMK erarbeitet wurden.

Stufenplan für den Auf- bzw. Ausbau der Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe an den bundesdeutschen Universitätskieferkliniken

A. I. Ausbaustufe (Mindestforderungen):

1. 1stündige spezielle Vorlesung oder Seminar (Übungen) über Prophylaxe (Vorklinik oder 1. klin. Semester)
2. 1stündige spezielle Vorlesung oder Seminar über Kinderzahnheilkunde (4. oder 5. klin. Semester)
3. Demonstration von Kinderbehandlungen
4. Assistenz bei Kinderbehandlungen
5. Behandlung mehrerer Kinder

Voraussetzungen:

1. In der Kinderzahnheilkunde erfahrene Assistenten (möglichst Akadem. Rat)
2. Geeignete Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen bestehender Kurse
3. Behandlungsbereite Kinder

B. II. Ausbaustufe:

1. 1stündige spezielle Vorlesung oder Seminar (Übungen) über Prophylaxe (Vorklinik oder 1. klin. Semester)
2. 1stündige spezielle Vorlesung über Kinderzahnheilkunde (4.-5. klin. Semester)
3. 1stündiges spezielles Seminar über Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe (4. oder 5. klin. Semester)
4. Demonstration von Kinderbehandlungen
5. Assistenz bei Kinderbehandlungen, bei schwierigen Behandlungen und bei Narkosebehandlungen
6. Kursus für Kinderzahnheilkunde

Voraussetzungen:

1. Dozent oder Lehrbeauftragter (Akadem. Rat) mit gewisser Selbständigkeit
2. In der Kinderzahnheilkunde erfahrene Assistenten
3. Geeignete Räumlichkeiten und Behandlungsmöglichkeiten *
4. Behandlungsbereite Kinder
5. Einzelbehandlungsräume für Kinder (Funktionseinheiten)

C. III. Ausbaustufe (Endziel):

1. Eigene Kinderabteilung **
2. Kinderzahnheilkunde einschl. Prophylaxe als Prüfungsfach (= Pflichtvorlesung und Pflichtkurs)!
3. Zusammenarbeit zwischen Universität und Jugendzahnpflege ***

Voraussetzungen:

1. Selbständiger Leiter, mindestens H3-Professor, besser H4-Professor, mit entsprechender Anzahl nachgeordneter Stellen und genügend Hilfspersonal
2. Ausreichende spezielle Räumlichkeiten und Behandlungsmöglichkeiten
3. Behandlungsbereite Kinder

- * Beim Saalsystem sollten bestimmte Stunden oder Behandlungseinheiten ausschließlich für die Kinderbehandlung reserviert werden.
- ** Nur in eigenen, speziell ausgestatteten Kinderabteilungen kann sich die Kinderzahnheilkunde wirklich verbessern und nur so kann mögliche Forschung auf diesem Gebiet betrieben werden. Nur so ist ein Anreiz für den zahnärztlich-wissenschaftlichen Nachwuchs gegeben, sich speziell mit der Kinderzahnheilkunde zu beschäftigen. Außerdem ist eine derartige Abteilung wichtig zur Vorbereitung der Kinder für den Studentenkursus und zur Weiter- und Fertigbehandlung der im Studentenkursus nicht sanierten Kinder.
- *** Nur so ist es möglich, für den Unterricht geeignete Kinder als Patienten in ausreichender Anzahl zu erhalten. Unter den heutigen Verhältnissen ist die Universitätsklinik vorwiegend der Überweisungsort für schwer- oder unbehandelbare Kinder, die primär nicht für die Studentenbehandlung geeignet sind.

Diese Vorstellungen bedeuten auch eine neue Konzeption für die Jugendzahn-
pflege!

Gegenstands- und Stoffkatalog für das Fachgebiet Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe

A. Basiswissen

1. Normale Anatomie und Entwicklung (a)
 - 1.1 der Mundhöhle
 - 1.2 der Kiefer
 - 1.3 der Milchzähne
 - 1.4 der bleibenden Zähne
 - 1.5 das Wachstum des Gesichtsschädels
2. Milchzahneruption (a)
3. Zahnwechsel und Durchbruch der bleibenden Zähne (a)
4. Mineralisations- und Entwicklungsstörungen (a) u. (b)
 - 4.1 erbliche
 - 4.2 endogene
 - 4.3 exogene
5. Biotop der Mundhöhle (b)
 - 5.1 Speichel
 - 5.2 Mundhöhlenflora
 - 5.3 Nahrung und Nahrungsaufnahme
6. Epidemiologie der Karies (b)
 - 6.1 Milchgebiss
 - 6.2 bleibendes Gebiss

- 7. Ätiologie und Genese der Karies (b)
 - 7.1 Mikromorphologie der Karies
 - 7.2 Biochemie der Karies
 - 7.3 Mineralogie der Karies

- 8. Kariesprophylaxe
 - 8.1 pränatale und perinatale Maßnahmen (b) u. (c)
(Information, Motivation der Mutter)
 - 8.2 postnatale Maßnahmen (b) u. (d)
 - 8.2.1 Ernährung
 - 8.2.2 Zuckeraustauschstoffe
 - 8.2.3 Mundhygiene (Zahnbürsten, Zahnpasten, Zahnputztechniken)
 - 8.2.4 Fluoride (Wirkungsmechanismen, Applikationsmöglichkeiten kariesvermindernder Effekt)
 - 8.2.5 Versiegelungsmethoden

- B. Spezielles Wissen
 - 9. Psychologie der Kinderbehandlung
 - 9.1 allgemeine Entwicklungspsychologie
 - 9.2 Grundzüge der Psychodiagnostik
 - 9.3 Grundzüge der Ausdruckspsychologie
 - 9.4 Grundzüge der Sozialpsychologie
 - 9.5 Grundzüge der Psychopathologie
 - 9.6 das Problem der Angst
 - 9.7 Verhalten und Reaktion des Kindes bei der Behandlung
 - 9.8 Vorbereitung und Führung des Kindes
 - 9.9 Aufklärung und Erziehung von Eltern und Kindern zur zahnärztlichen Behandlung
 - 9.10 das psychisch geschädigte Kind

 - 10. Befunderhebung, Röntgenologie und Behandlungsplanung

 - 11. Anaesthesie, Prämedikation, Narkose (6)

 - 12. Karies im Milch- und Wechselgebiss
 - 12.1 Präparationsmaßnahmen
 - 12.2 Füllungsmaterialien und ihre Verarbeitung
 - 12.3 Matrizen
 - 12.4 Kompromißmaßnahmen

 - 13. Milchzahnpulpaerkrankungen und ihre Therapie
 - 13.1 Klinik und Symptomatik der Milchzahnpulpaerkrankungen
 - 13.2 Caries profunda-Behandlung
 - 13.3 Amputations- oder Exstirpationsverfahren
 - 13.4 Mortalbehandlungsverfahren
 - 13.5 Milchzahnwurzelfüllung
 - 13.6 apikale Milchzahnparodontitis
 - 13.7 Milchzahnabszesse, Milchzahnfisteln
 - 13.8 Indikation zur Extraktion von Milchzähnen

14. Pulpaerkrankungen bleibender Zähne mit noch nicht abgeschlossenem Wurzelwachstum und dabei auftretende Probleme endodontaler Behandlungsmaßnahmen
15. Probleme der Sechsjahrmolaren (a)
16. Das Frontzahntrauma
 - 16.1 im Milchgebiß
 - 16.2 im jugendlich bleibenden Gebiß
17. Parodontale Erkrankungen bei Kindern und ihre Therapiemöglichkeiten (g)
18. Mundschleimhauterkrankungen bei Kindern (e)
19. Orale Symptome bei Infektions- und Allgemeinerkrankungen von Kindern (d)
20. Prothetische Versorgung von Kindern und Jugendlichen (f)
21. Chirurgische Eingriffe bei Kindern (e)
22. Frühbehandlung, Vorsorge, Behandlung und Nachsorge bei Kindern mit Allgemeinerkrankungen
23. Führung und Behandlung geistig, körperlich und mehrfach behinderter Kinder
24. Soziale Zahnheilkunde
 - 24.1 Sozialhygienische Bedeutung der Prophylaxe
 - 24.2 Rechtliche Grundlagen und Organisation der Jugendzahnpflege
25. Gesundheitserziehung

In Abstimmung und ggf. unter Mitarbeit:

- (a) der Kieferorthopädie
- (b) der Zahnerhaltung
- (c) der Gynäkologie
- (d) der Pädiatrie
- (e) der zahnärztl. Chirurgie
- (f) der Prothetik
- (g) der Parodontologie

* * * * *
 DAZ - FORUM
 * * * * *

* * *
 dreimal jährlich
 * * *

* * * * *
 DAZ - FORUM
 * * * * *

Kariesprävention aus der Sicht des Gesundheitspolitikers

Die Zahnkaries wird heute sowohl in Fachkreisen, bei Politikern und in der Öffentlichkeit mittel- und unmittelbar immer mehr als eine der teuersten Krankheiten unserer Zeit gesehen. Unberührend ist aber bisher noch die Umsetzung dieser Erkenntnis in geeignete Maßnahmen zur Kariesprävention. Die politische Dimension der Zahnkaries drängt sich geradezu auf:



Nur müssen wir allerdings erkennen, daß diese politische Dimension schon früher gesehen wurde: In der vierten Wahlperiode des Deutschen Bundestages - also 1961-65 - versuchte das Parlament ein Jugendzahnpflegegesetz zu erlassen. Die aus Artikel 74 Nr. 7 Grundgesetz hergeleitete

Bundeskompetenz wurde vom Bundesrat nicht anerkannt, das Gesetz abgelehnt.

Auch der Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Grundgesetzes aus der 5. Legislaturperiode, der die Jugendzahnpflege als Teil der öffentlichen Gesundheitsvorsorge deklarierte, wurde vom Bundesrat abgelehnt unter Hinweis auf die Regelung der individuellen Gesundheitsvorsorge über das Sozialversicherungssystem.

Als Konsequenz dieser Ablehnung reagierten lediglich die Länder Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg mit gesetzlichen Regelungen der Jugendzahnpflege, die allerdings jeweils auch nicht als "großer Wurf" zu bezeichnen waren, da sie sich allzusehr auf das eine Bein unseres Gesundheitswesens, den öffentlichen Gesundheitsdienst, stützten, der aufgrund der 3. Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 für die "Schulzahnpflege" auch heute noch zuständig ist.

Die in anderen Bundesländern initiierte - auf Richtlinien oder Verordnungen basierende - Jugendzahnpflege ist zwar flexibler, unterschiedlich intensiv gestaltet und entbehrt noch der Erkenntnis, daß Kariesprophylaxe der Koordination staatlicher Maßnahmen mit Initiativen unterschiedlicher Berufsgruppen und der Einbeziehung der Eigenverantwortung und damit Bereitschaft zu aktiver Mitarbeit aller Bürger jeder Altersgruppe bedarf.

Nachdem die WHO in ihrer Resolution vom 29.05.1975 feststellte, "daß keine Nation das Problem der Zahnkaries allein durch die zur Verfügungstellung von kurativen zahnärztlichen Leistungen lösen kann" und an die Mitgliedstaaten appellierte, "die Entwicklung von Programmen für Zahnkariesverhütung als eine Angelegen-

**PATIENTEN MIT FUNKTIONSTÖRUNGEN IM KAUSYSTEM HABEN
ÄHNLICHES PERSÖNLICHKEITSPROFIL WIE
WEICHTEILRHEUMATIKER**

Hinsichtlich des Zusammentreffens von Funktionsstörungen im Kausystem mit psychischen Anomalien wird immer wieder über die Kausalitätsbeziehungen spekuliert. Es kann durchaus argumentiert werden, daß die psychischen Anomalien bei funktionsgestörten Patienten nicht die Ursache der Funktionsstörung darstellen, sondern das Ergebnis einer durch Okklusionsinterferenzen ausgelösten Funktionsstörung sind. Eine derartige Spekulation ist allerdings äußerst unwahrscheinlich, weil die physischen Symptome den Patienten nicht übermäßig oder auf Dauer beeinträchtigen. Die Wahrscheinlichkeit, daß eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur zur Funktionsstörung im Kausystem prädisponiert, ist daher größer als der umgekehrte Fall. Ebenso urteilen Molin und Levi (11) sowie Neuhauser (12).

Man kann jedoch davon ausgehen, daß es bestimmte "typische" Persönlichkeitsstrukturen gibt, die eine besondere Disposition für die Manifestation von Funktionsstörungen im Kausystem darstellen.

Das Persönlichkeitsprofil von Patienten mit Funktionsstörungen im Kausystem hat große Ähnlichkeit mit dem Profil von Weichteilrheumatikern. Dies ist offenbar darauf zurückzuführen, daß beiden Krankheitsbildern der gleiche pathogenetische Mechanismus zugrunde liegt (6). Bekanntlich führen auch bei Weichteilrheumatikern alle Affekte und Emotionen, insbesondere aggressiver Art, zu einer Verstärkung der Muskelanspannung, erkenntlich an erhöhten Muskelaktionsströmen im EMG. Weichteilrheumatiker bearbeiten ihre psychischen Probleme also ebenfalls bevorzugt mit der Skelettmuskulatur. Der daraus resultierende Hypertonus führt schließlich zu einer Überlastung von Muskeln und Gelenken. Bei den "typischen" Weichteilrheumatikern kommt die erhöhte Muskelaktivität vor allem in den Muskeln zur Geltung, die die Körperhaltung sichern (Haltungsmuskeln).

DZZ 38, 670 - 674 (1983)

heit unmittelbarer Bedeutung innerhalb des nationalen Gesundheitsprogrammes zu betrachten" und schließlich im Jahre 1981 die globalen Ziele in bezug auf Mundgesundheit für das Jahr 2000 definiert hat (1. Indikator: im Durchschnitt nicht mehr als drei DMF-Zähne im Alter von 12 Jahren), ist es wirklich an der Zeit, gesundheitspolitische Aktivitäten zu entfalten:

Aufbauen müssen alle zu ergreifenden Maßnahmen auf den grundlegenden Erkenntnissen der Wissenschaft - vorrangig aus der Schweiz -, die Professor Marthaler als die drei Säulen zur Bekämpfung von Karies und Parodontalerkrankungen bezeichnet:

1. Bewußte Ernährung
2. Regelmäßige Mundhygiene
3. Kontinuierliche Fluoridierung.

Projizieren wir diese drei Säulen auf die bei uns möglichen Maßnahmen der Kariesprophylaxe, die

- kollektive
- individuelle und
- gruppenprophylaktische,

dann ergeben sich folgende Möglichkeiten:

A) eine vollkollektive Maßnahme wäre die Trinkwasserfluoridierung, die sicherlich auch die kostengünstigste wäre. Das Lebensmittel- und Bedarfsgegenstände-Gesetz von 1974 erkennt in § 37 Abs. 2 Nr. 5 (unter "Zulassung von Ausnahmen") "das Zusetzen von Fluoriden zu Trinkwasser zur Vorbeugung gegen Karies" an. Allerdings habe ich keine Hoffnung, daß unter den augenblicklichen Verhältnissen Anträge zur Trinkwasserfluoridierung gestellt werden, möchte aber feststellen:

Der § 37 (2) Nr. 5 LmBG sollte auf jeden Fall erhalten bleiben, um den Weg für die praktische Umsetzung sich behauptender besserer Erkenntnisse nicht zu versperren!

Da auch die parenterale wie lokale Applikation fluoridhaltiger Substanzen immer wieder unter Beschuß emotional aufgezügelter, pseudo-wissenschaftlicher Gruppen gerät, was zur Verunsicherung der Bevölkerung führt, ist es notwendig, solchen "Meinungsirrläufern" schnell, sachlich und wissenschaftlich fundiert begegnen zu können. Leider steht eine solche Information nach dem Tode von Herrn Professor Schmidt in Stuttgart-Degerloch nicht mehr zur Verfügung.

Ich halte die Einrichtung einer zentralen Dokumentationsstelle über Kariesprävention für dringend erforderlich!

So könnte der Widersprüchlichkeit von Aussagen, der "kognitiven Dissonanz", auch über Ernährungsfragen begegnet, sowie insgesamt der Gesundheitserziehung gedient werden, die - soll sie nicht einfach wertneutrale Vermittlung von Wissen, sondern im Sinne von Prophylaxe wirksam sein, der Einheitlichkeit der zu übermittelnden Information oder Botschaft dringend bedarf. (Römer)

Es bleibt zu überlegen, ob nicht angesichts der ständig zunehmenden Bedeutung ernährungsbedingter Krankheiten analog dem Bundesgesundheitsrat ein Bundesernährungsrat

eingesetzt werden kann, in den Persönlichkeiten aller Bevölkerungskreise einberufen werden, die über Erfahrungen auf dem Gebiet der menschlichen Ernährung verfügen. Dieser Bundesernährungsrat würde als neutrales Gremium die Bundesregierung zur Vorbereitungsgesetzgebung beraten und von sich aus mit Anregungen an die Bundesregierung herantreten.

Als freiwillige Kollektivmaßnahme sollte das schon lange geforderte Angebot von fluoridiertem Salz ermöglicht werden.

- B) Die individuellen kariesprophylaktischen Maßnahmen sind allein der zahnärztlichen Praxis vorbehalten. Die zahnärztliche Forschung hat vor allem während der letzten zwei Jahrzehnte eine bessere Basis für das Verständnis der Ätiologie, Prävention und der Behandlung von Zahnerkrankungen geschaffen. Als Konsequenz hierzu ist allmählich eine Wende in der Zahnheilkunde eingetreten, wobei prophylaktische Maßnahmen eine immer größere Rolle spielen. Sie bieten sich als zusätzliche Leistung im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung an, gegebenenfalls außerhalb des allgemeinen Bewertungsmaßstabes über den § 187 (4) RVO unter Nutzung des Satzungsrechtes, wobei durch partielle Eigenbeteiligung zugleich eine Aktivierung und Stärkung des Verantwortungsbewußtseins des Patienten resultieren könnte.

Um diese Maßnahmen jedoch gerecht und effektiv durchführen zu können, bedarf es

erstens einer Verstärkung des Lehrangebotes über präventive und Kinder-Zahnheilkunde in der zahnärztlichen Ausbildung;
zweitens gegebenenfalls mindestens eines Lehrstuhles für Prävention, um auch die universitäre Forschung auf dem Sektor zu fördern.

Da jedoch diese individuelle Prophylaxe nur eine begrenzte Zahl bestimmter (bereits stärker motivierter) Bürger zu erfassen in der Lage ist, wurden die unterschiedlichsten

- C) gruppenprophylaktischen Maßnahmen auf freiwilliger Basis vor allem in Kindergärten und Schulen entwickelt, in denen Kinder und Eltern zu ständiger aktiver Mitarbeit motiviert werden durch kindgerecht durchgeführte Mundhygiene, Zahngesundheitserziehung und Ernährungslenkung mit Einschränkung des Zuckerverbrauchs sowie externer Anwendung von Fluoriden. Diese echte Primärprävention aber bedarf einer Koordinierungsstelle:

Der öffentliche Gesundheitsdienst hat hier die wichtige Aufgabe, koordinierend tätig zu werden und zugleich die Kontinuität der Maßnahmen zu gewährleisten. Die zuständigen Länder bzw. Kommunen sind aufgerufen, die organisatorischen, sachlichen und finanziellen Voraussetzungen zu schaffen.

Hier entsteht das Problem entsprechend ausgebildeter Mitarbeiter.

Es ist notwendig, daß genügend Prophylaxehelferinnen ausgebildet werden!

Gefördert werden aber muß:

Erweiterung des Lehrangebotes bei Aus- und Fortbildung von Erzieherinnen (Kindergärtnerinnen), um die Grundlagen der Gesundheits-erziehung mit Schwerpunkt Kariesprophylaxe und Ernährungsberatung.

Die Forderung nach Einbeziehung der Gesundheitserziehung in die Ausbildung aller Pädagogen als Pflichtfach sollte endlich erfüllt werden!

Notwendig ist selbstverständlich die Erarbeitung geeigneten Unterrichtsmaterials für Kindergarten und Schule.

Es ist eine Aufgabe der zuständigen staatlichen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, derartige Bemühungen zu unterstützen und damit einen Beitrag zur gesundheitlichen Aufklärung und Gesundheitssicherung der gesamten Bevölkerung - und nicht, wie bisher, allein für Randgruppen zu leisten!

Kariesprophylaxe ist - wie aus all diesen Überlegungen ersichtlich - eine Gemeinschaftsaufgabe, die, soll sie voll wirksam sein, bereits vor der Geburt des Kindes richtungweisend für das gesamte Leben dieses Menschen ansetzen muß. Ich halte es daher für außerordentlich fortschrittlich, wenn z. B. in der Oberpfalz durch Gründung einer Arbeitsgemeinschaft "Gesundes Kauorgan" ein Zusammenschluß all der Berufsgruppen erfolgt ist, die Einfluß nehmen auf die Gestaltung des Lebensweges des Kleinkindes und in der Lage sind, die Eltern zu beraten und aktiv mit einzubeziehen. Diese interdisziplinäre Vorbeuge-Aktion schließt Kinderärzte, Gynäkologen, Zahnärzte, Hebammen, Vertreter von Krankenkassen, Behörden, vor allem auch den öffentlichen Gesundheitsdienst mit ein zur gemeinsamen Erarbeitung eines Gesamtkonzeptes und zur Verhinderung eines unkoordinierten Neben- oder gar Gegeneinander. Es wäre zu begrüßen, wenn dieses Modell Erfolg hat, die notwendige Unterstützung erfährt und beispielgebend für andere ist.

Erkennen wir klar: Prävention kann nicht von oben her verordnet werden, sie muß wachsen aus dem Verantwortungsbewußtsein des Bürgers, geweckt und unterstützt durch Gruppen für das Gesundheitswesen Verantwortlicher, die interdisziplinär sich dieser Aufgabe stellen und sie individuell den gegebenen organisatorischen Möglichkeiten und kulturellen Eigenarten der Bevölkerung anpassen. Doch bedarf diese Art der Prophylaxe auch der Unterstützung staatlicher Stellen.

Dr. Hanna Neumeister, MdB
Bundeshaus
5300 Bonn 1

Verdummung durch Trinkwasserfluoridierung?

Kein Zweifel - Kariesprophylaxe besteht zuallererst in intensiver Mundhygiene und vernünftiger Ernährung. Die programmatischen Forderungen des DAZ nach Intensivierung der Schul- und Jugendzahnpflege und vor allem nach breitenwirksamer Karies- und Parodontalprophylaxe sind aber selbstverständlich auch mit der Forderung nach Fluoridierungsmaßnahmen verbunden. Man sollte meinen, nach über 50 Jahren Fluoridforschung seien sich wenigstens die Zahnärzte über die Notwendigkeit und die Unschädlichkeit richtig dosierter Fluoridzufuhr an den Organismus einig. Doch zu diesem Thema sind, wie im Beitrag des Kollegen Mauerer in forum 2 wieder einmal festgestellt wird, "noch immer teilweise grotesk anmutende Behauptungen und Meinungen anzutreffen."

Nun ist die Intensivierung der Prophylaxe nur eine der Forderungen des DAZ; ein anderes Ziel war und ist es, mitzuhelfen, die Patienten bewußter und kritischer zu machen. Wir sollten uns deshalb geduldig die Argumente der Fluoridgegner anhören und sie kompetent, das heißt mit fundierten, wissenschaftlich abgesicherten Fakten widerlegen. Dabei sollte es uns nicht wundern, daß gerade in einer Zeit wachsenden Umweltbewußtseins und dem Bedürfnis nach alternativer Ernährungsweise Patienten an uns die Frage stellen, ob man nur wegen der paar Zähne etwas ins Trinkwasser tun darf oder einem Kind sechzehn Lebensjahre lang täglich eine Tablette geben soll - schließlich könnten vielleicht doch - die Contergan-Affäre ist nicht so schnell zu vergessen - bisher unbekannte Nebenwirkungen auftreten, die in keinem Verhältnis zum Nutzen stehen.

Das gewichtigste Argument gegen die Fluoridprophylaxe: man würde damit dem Bürger die Verantwortung für seine Zahngesundheit ab-

nehmen (gleichwohl ebenso widerlegbar wie ähnliche Argumente bei der Diskussion um andere "selbst"verschuldete Krankheiten wie Adipositas, Nikotin- und Alkoholfolgen) - wird dabei noch am seltensten ins Feld geführt. Dagegen sind die häufigsten Argumente der Fluoridgegner leider zu oft gestützt auf Emotionen, Gerüchte, die Aussagen zweifelhafter Fachleute und die Manipulation wissenschaftlicher Daten. In besonders konzentrierter Form finden sich Vorbehalte und Unsinnigkeiten gegen "Fluor" im Kapitel "Trinkwasser" des Buches "Chemie in Lebensmitteln", das im April 1982 im Verlag Zweitausendeins/Frankfurt erstmals erschien und seither einen ungewöhnlichen Erfolg erzielt (allein 100000 verkaufte Exemplare innerhalb von 6 Monaten!). Da dieses Buch sich gerade bei der ökologisch bewußten Bevölkerung, vielen Jugendlichen und "Alternativen" großer Beliebtheit erfreut, müssen wir als Zahnärzte darauf gefaßt sein, mit den dort aufgeführten Argumenten gegen die Fluoridprophylaxe am Behandlungsstuhl konfrontiert zu werden. Ich habe mich deshalb mit der Bitte um eine sachkundige Beurteilung dieses Buchabschnittes an das Bundesgesundheitsamt gewandt und vom dortigen Direktor des Instituts für Sozialmedizin, Prof. Dr. K. E. Bergmann, eine ausführliche Stellungnahme erhalten, die - der besseren Übersicht wegen - nachfolgend dem jeweiligen Originaltext des Buches gegenübergestellt wird:

Professor Bergmann:

Das Buch "Chemie in Lebensmitteln" enthält im Kapitel "Fluor, letzte Rettung vor Karies?" etwa dreißig falsche Behauptungen, die nicht unwidersprochen bleiben dürfen.

Buchtext:

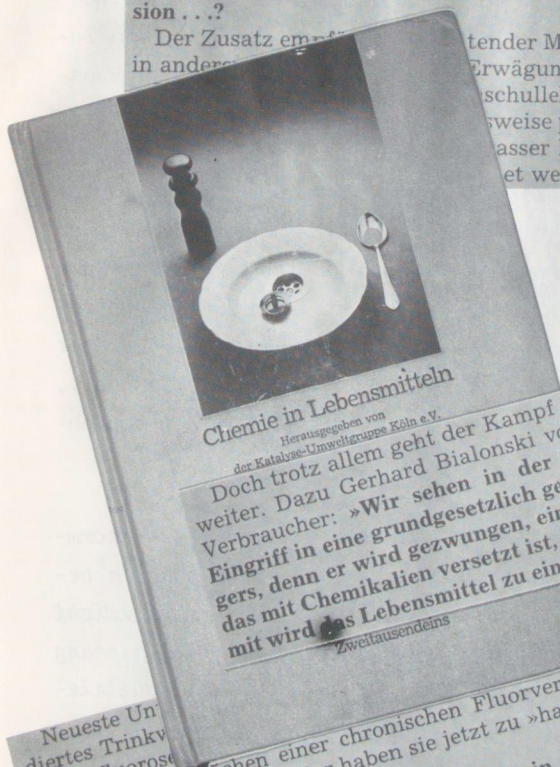
Die Diskussion begann Anfang der fünfziger Jahre, als die amerikanische Aluminiumindustrie versucht haben soll, ihre fluorhaltigen Abfälle loszuwerden. Zahnärzte, osteuropäische Länder und die Weltgesundheitsorganisation befürworteten den Zusatz von 1 mg Fluor (plus minus 10 %) pro Liter Trinkwasser.

Auch daß die Trinkwasserfluoridierung eine Reihe von Gesetzen verletzen würde, wie Grundgesetz Artikel 2, das Bundesseuchengesetz (§ 11 Abs. 1) und das Deutsche Lebensmittelrecht, kümmert die Fluor-Lobby kaum.

Und wer versichert uns, daß rein prophylaktisch nicht demnächst auch etwas Jod ins Trinkwasser kommt gegen Strahlenschäden oder vielleicht etwas Beruhigungsmittel zur Versachlichung der Diskussion . . . ?

Der Zusatz empfindlicher Mittel ins Trinkwasser wurde in anderen Fällen schon aus gesundheitlichen Erwägungen¹⁹.

Ein Schullehrer für Anorganische Chemie weist perorale Verabreichung von Fluorid im Wasser kann als nichts anderes als eine Verabreichung angesehen werden.«



Chemie in Lebensmitteln
Herausgegeben von
der Katalyse-Umsteltgruppe Köln e.V.

Doch trotz allem geht der Kampf für mehr Fluor im Trinkwasser weiter. Dazu Gerhard Bialonski von der Arbeitsgemeinschaft der Verbraucher: »Wir sehen in der Trinkwasserfluoridierung einen Eingriff in eine grundgesetzlich geschützte Sphäre eines jeden Bürgers, denn er wird gezwungen, ein Lebensmittel zu sich zu nehmen, das mit Chemikalien versetzt ist, die medizinisch wirken sollen. Damit wird das Lebensmittel zu einem Arzneimittel umfunktioniert.«²⁷

Zweitausendeins

Neueste Untersuchungen zeigen, daß ein fluoridiertes Trinkwasser zu einer Dentalfluorose führt und sichere Anzeichen einer chronischen Fluorvergiftung gelehrt wurde. Die Fluorid-Befürworter haben sie jetzt zu »harmlosen Schönheitsfehlern« umfunktioniert²⁶.

Man muß sich vor allem darüber im klaren sein, daß Karies keine Fluormangelkrankheit ist, sondern das Ergebnis allgemeiner Fehlnahrung und mangelhafter Zahnpflege. Das beste Kariesschutzmittel ist Milch⁵.

... in der Bundesrepublik Deutschland von der Möglichkeit einer Trinkwasserfluoridierung kein Gebrauch gemacht, wohl hauptsächlich deshalb, weil sich Befürworter und Gegner dieser Maßnahme nach wie vor unversöhnlich gegenüberstehen.

Tatsächlich überwiegen die Nachteile einer solchen Aktion die Vorteile bei weitem, und bei fast keinem anderen Stoff liegen optimale biologische Wirkung und Toxizität mengenmäßig so nahe beieinander. Es verwundert daher nicht, daß es schon mehrfach zu Gesundheitsschäden durch zuviel Fluor im Trinkwasser gekommen ist.

Prof. Bergmann:

Die Diskussion über einen Fluorzusatz zum Trinkwasser begann nicht Anfang der fünfziger Jahre, sondern mindestens 10 Jahre davor (z. B. Dean, et al., 1942). Grundlage dieser Diskussion war nicht die Abfallverwertung der Aluminiumindustrie, sondern die Ergebnisse von Feldstudien über den Zusammenhang zwischen natürlichem Fluoridgehalt des Trinkwassers, geflecktem Zahnschmelz und Zahnkaries (Dean, 1942). Auch hat die Befürwortung durch die WHO, osteuropäische Länder und Zahnärzte nichts mit der Aluminiumindustrie zu tun (WHO, 1970). Übrigens gibt es Trinkwasserfluoridierung auch in anderen Ländern, wie der Schweiz (Büttner, 1981), Kuba (Künzel, 1982), Großbritannien (Rock et al., 1981), Australien (Richards and Ford, 1979), Japan (Minoguchi, 1970) oder den Vereinigten Staaten von Amerika (Backer-Dirk et al., 1978; Ast et al., 1956) und sie wird auch weiterhin empfohlen (RDA, 1980).

Buchtext:

Zwischen dem täglichen Bedarf und den natürlichen Vorkommnissen im Wasser, pflanzlichen und tierischen Produkten bestand früher ein ewiges Gleichgewicht. Dieses Gleichgewicht wurde aber im Laufe der Zeit durch die Industrialisierung gestört: durch fluorhaltige Abgase von über 50 Industriezweigen, fluorhaltige Mineraldünger und Biozide.

Prof. Bergmann:

Ein ewiges Gleichgewicht zwischen Bedarf und Vorkommen von Fluorid besteht insofern nicht, als das Anion nicht gleichmäßig über der Erdoberfläche verteilt ist. So ist die durchschnittliche Fluoridkonzentration in süddeutschen Trinkwässern etwa 0,13 mg/l (Bergmann et al., 1978). In Büchenbach-Aurach bei Nürnberg beträgt sie dagegen etwa 3 mg/l, d. h. sie ist dreiundzwanzigmal so hoch wie der Durchschnitt (Wiedemann et al., 1982). In vielen Gegenden der Welt ist sie natürlicherweise noch höher (Künzel, 1976; Englander and De

KLARES VOTUM DER BUNDESREGIERUNG FÜR TABLETTENFLUORIDIERUNG

1. Von den in Apotheken erhältlichen Fluoridpräparaten ist die Wirksamkeit und die Bioverfügbarkeit der reinen Natrium-Fluoridverbindungen, auch in Kombinationen mit Vitamin D, als wissenschaftlich hinreichend gesichert anzusehen.
2. Bei Einhaltung der empfohlenen Dosierungen sind von Tablettengaben unerwünschte Nebenwirkungen nicht zu erwarten.
3. Überdosierung ist zu vermeiden.
4. Kalzium und Magnesium können die Bioverfügbarkeit von Fluorid beeinträchtigen. Entsprechende Präparate sind für die Kariesprophylaxe weniger geeignet.
5. Lokale Fluoridanwendungen können ebenfalls effektiv zur Kariesvorbeugung verwendet werden. Ihr systematischer Einsatz in Prophylaxeprogrammen sollte von Zahnärzten mit spezieller Sachkunde geplant werden.
6. Die Einrichtung einer zentralen Dokumentationsstelle für Kariesprävention mit Fluorid unter wissenschaftlicher Leitung wird empfohlen."

DOK 2-3/1983

ANTWORT von Seite ...**7**...

In der Bundesrepublik wurden 1981 zirka 49 Tonnen Haftpulver für Prothesen produziert.

ZUSATZFRAGE:

Welche Produktionsmenge benötigt dann ein Land mit

a) mittelmäßiger Zahnheilkunde?

b) schlechter Zahnheilkunde?

Paola, 1979). Der Einfluß industrieller Immissionen auf die Fluoridaufnahme des Menschen ist kein generelles Problem unserer Industriegesellschaft, sondern begrenzt auf den engen Umkreis von solchen Industrieunternehmen, die die VDI-Richtlinien für maximale Immissionswerte für Fluorverbindungen erheblich überschreiten. Dies ist selbst in industriellen Ballungsgebieten der Bundesrepublik nicht zu erwarten (Buck und Ixfeld, 1974; Erdmann und Kettner, 1975 a und b).

Buchtext:

Teilweise liegt die tägliche Aufnahme von Fluor durch Lebensmittel und Atemluft daher heute beträchtlich über der Menge, die unser Körper ausscheidet. Der Überschub lagert sich ab und kann zu Fluorallergie oder Fluorose führen. Symptome dieser Krankheit sind: Beschwerden im Magen-Darmtrakt, Mundschleimhautentzündungen, Ausschläge, Kopfschmerzen, Ohrensausen, Sehstörungen u. v. m. Als Enzymhemmer stört zuviel Fluor den Calciumstoffwechsel, was zu Knochen-schäden oder Zahnflecken führen kann. Aber auch die Funktionen von Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Bauchspeicheldrüse und Nebenniere können lebensgefährlich beeinträchtigt werden.

Prof. Bergmann:

Eine Fluorallergie und eine Fluorose durch Fluoridaufnahmen über Lebensmittel, fluoridiertes Trinkwasser und Atemluft ist nicht beobachtet worden (American Medical Association, 1976), ebenso wenig wie die im Buch "Chemie in Lebensmitteln" beschriebenen Beschwerden und Drüsenstörungen (WHO, 1970). Auf eine Dokumentation für diese Behauptungen haben die Autoren deshalb auch verzichtet. Enzymhemmung durch Trinkwasserfluoridierung ist ebenfalls nicht bekannt geworden (WHO, 1970; American Medical Association, 1976).

Buchtext:

Nachdem 1969 die Zwangsmedikamentation durch Fluor von der WHO empfohlen wurde, gab im Februar 1974 das Ministerkomitee des Europarates eine ähnliche Empfehlung ab. Schließlich hat der Deutsche Bundestag im Rahmen der Gesamtreform des Lebensmittelrechts die Möglichkeit geschaffen, daß die Länder nach Erlassung entsprechender Rechtsverordnungen dem Trinkwasser zur Vorbeugung gegen Karies Fluoride zusetzen können. ... Auch daß die Trinkwasserfluoridierung eine Reihe von Gesetzen verletzen würde, wie Grundgesetzartikel II, das Bundesseuchengesetz (§ 11 Absatz 1) und das deutsche Lebensmittelrecht, kümmert die Fluor-Lobby kaum. Und wer versichert uns, daß rein prophylaktisch nicht demnächst auch etwas Jod ins Trinkwasser kommt gegen Strahlenschäden oder vielleicht etwas Beruhigungsmittel zur Versachlichung der Diskussionen? Der Zusatz empfängnisverhütender Mittel ins Trinkwasser wurde in anderen Ländern bereits in Erwägung gezogen. Prof. Dr. Fritz Seel, Hochschullehrer für anorganische Chemie in Saarbrücken: die zwangsweise perorale Verabreichung von Fluoriden als Zusatz von Trinkwasser kann als nichts anderes als eine "Brunnenvergiftung" bezeichnet werden.

Prof. Bergmann:

Die Vorstellung einer "Zwangsmedikation" durch Fluor trifft nicht zu. Einmal heilt Fluorid eine manifeste Karies nicht und ist damit kein Medikament, sondern - wie der Autor an anderer Stelle richtig schreibt - ein lebenswichtiger Mineralstoff. Zum anderen steht es bei uns den Gemeinden frei, die Trinkwasserfluoridierung einzuführen oder nicht. Das Lebensmittelrecht schreibt sie nicht vor, sondern läßt sie nur als Ausnahme zu. Zur gesetzlichen Grundlage: nach § 37 Absatz 2, 5 des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetzes ist das Zusetzen von Fluoriden zu Trinkwasser zur Vorbeugung gegen Karies als Ausnahme von den Vorschriften des Gesetzes zugelassen. Die Trinkwasserfluoridierung ist also nicht ge-

setzwidrig. Außerdem verbietet das Gesetz den Zusatz von Medikamenten zum Trinkwasser, die Sorge um Zusätze von Beruhigungs- und empfängnisverhütenden Mitteln ist abwegig, der Begriff "Brunnenvergiftung" läßt sich nicht auf die Trinkwasserfluoridierung anwenden und ist eine agitative Entstellung. Denn bei dem "Gift" handelt es sich um einen natürlichen Mineralstoff, der zugesetzt wird, damit die Gesundheit verbessert wird.

Buchtext:

Tatsächlich überwiegen die Nachteile der Trinkwasserfluoridierung die Vorteile bei weitem, und bei fast keinem anderen Stoß liegen optimale biologische Wirkung und Toxizität mengenmäßig so nahe beieinander. Es verwundert daher nicht, daß es schon mehrfach zu Gesundheitsschäden durch zuviel Fluor im Trinkwasser gekommen ist.

Prof. Bergmann:

Nachteile der Trinkwasserfluoridierung sind nicht bekannt geworden. Sie können deshalb die Vorteile nicht übertreffen, in deren Genuß allein in den Vereinigten Staaten seit Jahrzehnten weit über 100 Millionen Menschen gekommen sind (Backer-Dirks et al., 1978; WHO, 1970). Daß bei erheblicher jahrelanger Überdosierung auch gesundheitliche Nachteile resultieren, wird nicht bestritten. Die erhebliche Überdosierung auch anderer lebenswichtiger Nahrungsfaktoren, etwa Energie, Vitamin D, Kupfer, Eisen, Molybdän oder Natrium kann der Gesundheit ebenfalls abträglich sein, und doch benötigen wir ein angemessenes Quantum davon, wenn wir gesund bleiben wollen.

Buchtext:

In Chile stellte man erhöhte Todesraten aufgrund künstlicher Trinkwasserfluoridierung fest. Die sehr eingehenden Untersuchungen belegen eindeutig den ursächlichen Einfluß der künstlichen Fluoridierung. Für sieben lateinamerikanische Länder, in denen ein großer Bevölkerungsanteil fluoridiertes

Wasser erhält, schätzt man dadurch ein jährliches Plus von 36100 Todesfällen, vor allem bei Kindern, alten Menschen, Herz- und Nierenkranken. In den USA besteht eine Korrelation zwischen Trinkwasserfluoridierung und erhöhter Krebssterblichkeit. Kürzlich mußte das Water-Department of West View, Pittsburgh, Pennsylvania (USA), durch Gerichtsbeschluß die Trinkwasserfluoridierung einstellen.

Prof. Bergmann:

Erhöhte Todesraten durch Trinkwasserfluoridierung haben sich in sorgfältigen epidemiologischen Studien nicht nachweisen lassen (Erickson, 1979; Nixon and Carpenter, 1974). Eine erhöhte Krebssterblichkeit in Gebieten mit Trinkwasserfluoridierung besteht ebenfalls nicht (Hagan, 1954; Doll, 1977; Kinlen, 1975; Kinlen and Doll, 1981; Hoover et al., 1976; Cook-Mozafari et al., 1981 a und b; Richards and Ford, 1979). Die Behauptungen von Yiamouyiannis and Burk (1977) (die angeblich einen Zusammenhang zwischen Krebssterblichkeit und Trinkwasserfluoridierung nachgewiesen haben - Anm. d. Red.) wurden überprüft. Sie basieren auf Datenmanipulationen. Die Feststellung, in West-View, Pittsburgh, sei die Trinkwasserfluoridierung durch Gerichtsbeschluß eingestellt worden, trifft zu (Schreiben von Dr. Bock, Pittsburgh).

Buchtext:

In Europa sank der Anteil der "fluoridierten" Personen von 2 auf 1 %. Nur in der DDR wird die Fluoridierung noch intensiviert, obwohl auch dort bereits Spätschäden von Skelettfluorose auftreten.

Eine Fluortablettenaktion der Stadt Graz wurde nach 15-jähriger Dauer wieder eingestellt.

Prof. Bergmann:

Zum Anteil der "fluoridierten Personen in Europa" kann nicht Stellung genommen werden, weil eine neuere europäische Statistik darüber hier nicht vorliegt. Daß Spätschäden von Skelettfluorose in fluoridierten Gebieten der DDR aufgetreten

sein sollen, entspricht nicht den tatsächlichen Beobachtungen (Franke und Fengler, 1980). Die Fluortablettenaktion in Graz wurde nicht korrekt durchgeführt (Schmidt, 1978), die Wirksamkeit und Verträglichkeit von Fluoridtabletten wurde in weit über 40 kontrollierten Studien nachgewiesen (Binder et al., 1978).

Buchtext:

Neueste Untersuchungen zeigen, daß 10 % der Kinder, die fluoridiertes Trinkwasser (1 mg Fluor pro Liter) aufnehmen, leichte bis schwere Dentalfluorose aufweisen, die bisher in der Toxikologie als das erste und sichere Anzeichen einer chronischen Fluorvergiftung gelehrt wurde. Die Fluorbefürworter haben sie jetzt zu harmlosen Schönheitsfehlern umfunktioniert (Schnitzer).

Das beste Kariesschutzmittel ist Milch.

Prof. Bergmann:

Daß bei Trinkwasserfluoridierung leichte bis schwere Dentalfluorose auftreten soll, ist von dem zitierten Schnitzer ohne wissenschaftlich überprüfbare Daten behauptet worden. In Gegenden mit Trinkwasserfluoridierung fand man in unterschiedlichen Studien entweder keinen Effekt des Fluorids auf die Schmelzfleckenhäufigkeit (z. B. Künzel, 1969; Weisskopf et al., 1972) oder eine Verminderung von Schmelzflecken, verglichen mit Gegenden, die ein extrem niedriges Trinkwasserfluorid aufweisen (Al Alousi et al., 1975; Forrest and James, 1965; Forrest, 1956). Die Zahnästhetik ist ebenfalls in Abhängigkeit vom Trinkwasserfluoridgehalt systematisch untersucht worden; sie wird durch Fluorid in der wünschenswerten Konzentration verbessert, verglichen mit höheren und niedrigeren Trinkwasserfluoridkonzentrationen (Diefenbach et al., 1965). "Schönheitsfehler" sind demgemäß bei Trinkwasserfluoridierung nicht zu erwarten, sondern nur bei erheblicher chronischer Überdosierung. Eine vergleichende Studie verschiedener Kariespräventionsmaßnahmen, bei denen

sich Milch als bestes Kariesschutzmittel herausgestellt hat, ist nicht bekannt. Die zitierte Quelle stellt derartige Ergebnisse auch nicht dar. Dagegen gibt es tatsächlich Studien, die die kariespräventive Wirksamkeit von Fluoridzusätzen zu Milch belegen (Rusoff et al., 1962; Wirz et al., 1964).

Buchtext:

Der amerikanische Chemieindustrielle Perkins, nach dem Krieg von seiner Regierung mit der Leitung des riesigen Konzerns der IG-Farben beauftragt, schrieb am 2. Oktober 1954 an die Lee-foundation of nutritional research, daß Chemiker unter Hitler für den Fall des Sieges einen Plan ausgearbeitet hätten, der durch Trinkwasserfluoridierung Menschen verdummen sollte. Nach ihren Erfahrungen hätte die Fluoridierung die Wirkung, einen Teil der Funktionen eines gewissen Gebiets der linken Gehirnhälfte abzuschwächen, wo sich die Zentren für geistige Reflexe und Unternehmungsgeist befänden. Darüber hinaus hätte diese Vergiftung durch kleinste Mengen den Effekt, Frauen steril zu machen.

Prof. Bergmann:

Bezeichnend für dieses Buch ist der Abschnitt über die angeblichen Pläne Hilters, die Bevölkerung durch Trinkwasserfluoridierung zu verdummen: Die Autoren zitieren kein Hitler-Dokument darüber, sondern nur die frei erfundenen, nicht überprüfbaren Behauptungen eines Dritten. Die Feststellung, die Fluoridierung schwäche "einen Teil der Funktionen eines gewissen Gebiets der linken Gehirnhälfte ab, wo sich die Zentren für geistige Reflexe und Unternehmungsgeist befinden" entbehrt jeder sachlichen Grundlage, denn solche Zentren gibt es nicht. Sie unterstreicht gleichermaßen den völlig fehlenden Sachverstand, und die blühende, an Wahnvorstellungen grenzende Phantasie derer, die diese Behauptungen aufgestellt haben und weiter verbreiten.

Duraphat®

der Fluorlack
zur Behandlung sensibler Zahnhäse und
zur Vorbeugung gegen Zahnkaries.

1. Intensive desensibilisierende Wirkung nach 1 bis 2 Touchierungen.
2. Besonders zeitsparende und einfache Anwendung.
3. Langanhaltende und schonende Tiefenfluoridierung.

Duraphat ist ein fluoridhaltiger Lack, der mit einem Wattebausch oder Spatel auf die überempfindlichen Zahnhäse aufgetragen wird und unter Speichel erstarrt.

Duraphat ist wassertolerant und überzieht daher auch feuchte Zähne mit einem gut haftenden Lackfilm, der eine bisher unerreichte Tiefenfluoridierung an den Prädilektionsstellen der Karies ermöglicht.

Duraphat gewährleistet auf diese Weise eine wirksame Karieshemmung schon bei 2-3 Touchierungen pro Jahr.

Sonderdrucke und Prospekt mit Literaturangaben über Fluoridlack und Duraphat stehen auf Anforderung zur Verfügung.

Duraphat

Zusammensetzung: 1 ml Fluoridlack enthält 50 mg Natriumfluorid, entspr. 22,6 mg Fluor, suspendiert in einer alkoholischen Lösung von Naturharzen.

Anwendungsgebiete: Desensibilisierung, Kariesprophylaxe.

Gegenanzeigen: Ulcerierende Gingivitis.

Nebenwirkungen: Bei Neigungen zu allergischen Reaktionen können vorübergehend ödematöse Schwellungen der Mundschleimhaut auftreten. Überdosierungen können Brechreiz verursachen.

Woelm Pharma GmbH & Co., Eschwege

Packungsform u. Preis

Normalpackung 10 ml DM 36,78

Stand Jan. 83

Woelm Pharma

Weiter zitiert das Buch Gerhard Bialonski von der Arbeitsgemeinschaft der Verbraucher: "Wir sehen in der Trinkwasserfluoridierung einen Eingriff in eine grundgesetzlich geschützte Sphäre eines jeden Bürgers, denn er wird gezwungen, ein Lebensmittel zu sich zu nehmen, das mit Chemikalien versetzt ist, die medizinisch wirken sollen. Damit wird das Lebensmittel zu einem Arzneimittel umfunktioniert."

Prof. Bergmann:

Daß Verbraucherverbände zu einer Fehlbeurteilung der Trinkwasserfluoridierung gelangen können, wenn sie inkompetent beraten werden, ist leicht vorstellbar.

Buchtext:

Allein der unterschiedliche Trinkwasserverbrauch ließe eine kontrollierte Anwendung nicht zu, denn der schwankt zwischen einigen hundert Millilitern bei Kleinkindern, bis zu einigen Litern bei Hilfsarbeitern.

Prof. Bergmann:

Die Trinkwasserfluoridierung nimmt auf den unterschiedlichen individuellen Wasserverbrauch insofern Rücksicht, als sie nicht mit einer Konzentration arbeitet, die der Kariesverbreitung in der Bevölkerung maximal vorbeugt, sondern nur mit einer Konzentration, durch die die Häufigkeit von Schmelzflecken nicht erhöht wird. (Hodge and Smith, 1950; Englander and De Paola, 1979; Forrest, 1956).

Prof. Bergmann stellt zusammenfassend fest, "daß die Autoren dieses Kapitels sich nicht die Mühe gemacht haben, auch nur eine einzige Originalquelle einzusehen. Die dargestellten Informationen basieren auf Behauptungen Dritter (11 Zitate), die einer sachlichen Überprüfung nicht standhalten. Der Verbraucher wird durch diese Mitteilungen falsch beraten und erleidet gesundheitliche Nachteile, wenn er sich gemäß dieser unrichtigen Empfehlungen verhält."

In ähnlicher Weise äußert sich der Direktor des Instituts für Ernährungswissenschaften Gießen, Prof. H. D. Cremer, in einer Besprechung des gesamten Buches "Chemie in Lebensmitteln": Die Einleitung zum Thema "Fluor und Zahnkaries" ist das wohl am wenigsten zutreffende und unerfreulichste, weil in der Tendenz verleumderisch und sachlich völlig unzutreffende Beispiel für die Schädigung durch Chemisierung eines Lebensmittels.

Fazit: Es ist ärgerlich, enttäuschend und ernüchternd, wenn Autoren ökologischer Literatur sich einerseits - zu Recht - über die "Objektivität" wissenschaftlicher Veröffentlichungen der Pharmaindustrie beklagen, um der Durchsetzung ihrer eigenen Meinung willen aber genau dasselbe tun - herausstreichen, was den eigenen Standpunkt stützt, aus welcher Quelle auch immer, aber weglassen, was ihn in Zweifel ziehen könnte. Solche Vermischung von Spekulation und Information dubioser Herkunft schadet nicht nur der Glaubwürdigkeit dieser Autoren. Sie gibt auch Gegnern willkommenen Anlaß, die Ernsthaftigkeit anderer ökologischer Anliegen in Frage zu stellen.

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

(Das ausführliche Literaturverzeichnis kann bei der DAZ-Studiengruppe München angefordert werden.)

* * * * *

DAZ-JAHRESHAUPTVERSAMMLUNG 1983 IN BERLIN

* * * * *

=====
- INFORMATIONEN - INFORMATIONEN - INFORMATIONEN - INFORMATIONEN -
=====

**EMPFEHLUNG DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR ZAHN-,
MUND- UND KIEFERHEILKUNDE ZUR ABGABE VON
FLUORIDTABLETTEN (STAND 1982)**

In Anlehnung an Richtlinien, die beispielsweise in Österreich und Amerika gelten, ändert die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ihre bisherigen Empfehlungen daher wie folgt:

Alter	Fluoriddosis pro Tag
1. und 2. Lebensjahr	0,25 mg
3. Lebensjahr	0,50 mg
4., 5. und 6. Lebensjahr ¹⁾	0,75 mg
ab 7. Lebensjahr ²⁾	1,00 mg

1) Ist gleichzusetzen mit: ab dem Alter von 3 Jahren bis 6 Jahre.

2) Ist gleichzusetzen mit: ab dem Alter von 6 Jahren.

Demnach wird in Kindergärten für die zukünftige Abgabe von Fluoridtabletten eine einheitliche Dosis von 0,75 mg Fluorid pro Tag empfohlen.

Diese Änderung erfolgt nach Rücksprache und in Übereinstimmung mit dem Bundesgesundheitsamt (Prof. Dr. K. Bergmann) und dem Arzneimittelausschuß der Bundeszahnärztekammer.

Die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrie sowie der Deutsche Ausschuß für Jugendzahnpflege stehen dieser Empfehlung ebenfalls positiv gegenüber.

DOK 2-3/1983

=====
- INFORMATIONEN - INFORMATIONEN - INFORMATIONEN - INFORMATIONEN -
=====

**AMALGAMUNVERTRÄGLICHKEIT IST ÄHNLICH ZU
BEURTEILEN WIE PSYCHOGENE PROTHESENUNVERTRÄGLICHKEIT**

Wenn man diese vielfältigen zahnärztlichen Behandlungen, insbesondere aber die Entfernung des Amalgams auf die Erfolge hin untersucht, so läßt sich folgendes Ergebnis feststellen: 41 von 42 Patienten gaben an, daß die vielfältigen ärztlichen Eingriffe, insbesondere auch die Entfernung der Amalgamfüllungen ihnen keine Linderung der Schmerzen und keine Befreiung von den Beschwerden gebracht haben. Die Patienten wiesen vielmehr darauf hin, daß Schmerzen und Beschwerden sich z. T. sogar noch gesteigert hätten.

Die Erhärtung der Verdachtsdiagnose auf ein psychosomatisches Leiden erfolgte in 43 Fällen durch eine ausführliche psychiatrische Untersuchung. Beim Vergleich mit der von uns 1976(7) mitgeteilten psychopathologischen Differentialdiagnostik der psychogenen Prothesenunverträglichkeit ergab sich eine recht gute Übereinstimmung (vgl. Tab. 4). Auch diese Übereinstimmung ist nach unserer Überzeugung ein weiteres Argument dafür, daß wir es bei den von uns untersuchten Fällen von angeblicher Amalgamunverträglichkeit mit psychosomatischen Störungen zu tun haben.

Am eindrucksvollsten ist doch wohl auch für einen skeptischen Betrachter, der einer psychosomatischen Untersuchung erhebliche Vorbehalte entgegen bringt, die Tatsache, daß bei 29 Patienten die alten Amalgamfüllungen entfernt worden sind und gegen andere Füllungen ausgetauscht worden waren, daß aber nur von einer Patientin am Tag nach der Entfernung der Amalgamfüllungen eine Besserung berichtet worden war. Alle anderen Patienten hatten ihre Beschwerden trotz Entfernung des Amalgams weiter und berichteten sogar über Verschlimmerung. Die Entfernung der Amalgamfüllungen ist in den von uns beobachteten Fällen als diejenige Polypragmasie zu bewerten, von der Lesse schreibt, daß sie dazu beiträgt, psychosomatische Störungen zu chronifizieren (3). Die Entfernung der Amalgamfüllungen hat also der Überwiegenden Mehrzahl unserer Patienten in zahnärztlicher und in psychosomatischer Hinsicht nicht nur nicht geholfen, sondern eher geschadet.

DZZ 38, 665 - 669 (1983)

Neue Behandlungsmethoden in der Endodontie

– die maschinelle thermische Kondensation von Guttapercha mittels Maschineninstrument zur Obturation von endodontischen Räumen

Eine sichere Methode zur vollständigen und dauerhaften Füllung von Wurzelkanälen ist die Kondensation von Guttapercha. Hier fanden bisher verschiedene Methoden Verwendung:

1. Laterale Kondensation (Großmann),
2. vertikale Kondensation (Schilder),
3. Chloroform oder Harzchloroformmethode (Prof. Engholm).

Mit dieser Methode werden Seitenkanäle, das sog. apikale Delta und andere Füllungsprobleme erfolgreich behandelt. Der Zeitaufwand für diese Methoden ist auch für den endodontisch geübten Zahnarzt ganz erheblich und setzt umfangreiche Phantomarbeiten, genaues Wissen über die Anatomie der Zähne und große Sorgfalt beim Herstellen und Lesen von Röntgenbildern voraus.

Material und Methoden

1978 hat der praktizierende Zahnarzt Dr. John McSpadden ein Maschineninstrument entwickelt, das nach dem Prinzip der linksdrehenden Schraube arbeitet - er hat sich hier an dem Pastenstopfer Lentulo (Henri Lentulo 1927) orientiert. Bei einer Umdrehung von mindestens 8000 pro Minute wird das Guttapercha erweicht und bei entsprechender Handhabung in die endodontischen Räume gepreßt.

Zur maschinellen thermischen Kondensation von Guttapercha bieten drei Firmen Instrumente an.

1. McSpadden Compactor der Fa. De Trey Wiesbaden (Abb. 1).

Es handelt sich hier um eine Hedströmfeile mit Linksgewinde. Der Compactor wird wie jede Hedströmfeile durch Fräsen hergestellt. Zusätzlich hat er am Schaft eine Millimetereinteilung eingefräst. Beide Fräsungen erhöhen die Bruchgefahr des Instrumentes. Die Iso-Größen 25 - 40 sollten wegen der Bruchgefahr nur einmal verwendet werden.

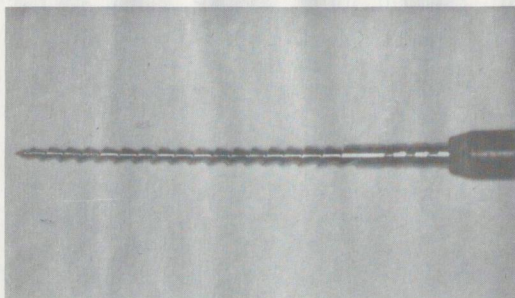


Abb. 1



Abb. 2

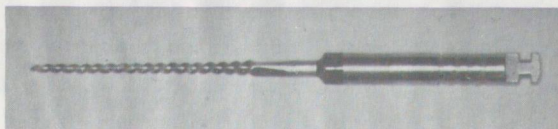


Abb. 3

Die Instrumente sind lieferbar in den Längen 21, 25 und 30 mm und in den Iso-Größen 25 - 140. Der unverbindliche Richtpreis ist DM 15,24 pro Instrument. Hersteller: De Trey Gesellschaft m. b. H., D-6200 Wiesbaden.

2. Gutta Condensor der Fa. Maillefer (Abb. 2).

Das Instrument ist identisch mit dem Compactor. Die Instrumente sind lieferbar in den Längen 25, 28 und 31 mm und in den Iso-Größen 25 - 80. Der unverbindliche Richtpreis ist DM 14,75 je Instrument. Hersteller ist die Fa. Maillefer, der Importeur Automaten-Vertriebsgesellschaft D-7000 Stuttgart-Büsnau.

3. Engine Plugger der Fa. VDW München (Abb. 3).

Es handelt sich hier um eine linksdrehende Kerrfeile, die bei der Herstellung maschinell gedreht wird. Die Bruchgefahr ist dadurch - bei sorgfältiger Beachtung der Gebrauchsanweisung - auf ein Minimum reduziert. Der Autor hatte bei seiner umfangreichen Anwendung des Instruments in vivo und in vitro keinen Instrumentenbruch. Gleiche Resultate hatte Prof. M. Tagger (Tel Aviv - Jaffa). Die Instrumente sind lieferbar in den Längen 21 und 25 mm und in den Iso-Größen 25 - 140. Der unverbindliche Richtpreis für die Größen 25 - 40 DM 6,60 und für die Größen 45 - 140 DM 8,05 je Instrument. Hersteller: Vereinigte Dentalwerke, D-8000 München 70.

Zur Obturation des Endodonts mit Guttapercha verwendet der Autor die nach den Iso-Normgrößen vorgefertigten Guttaperchaspitzen. Diese lassen sich leider nicht exakt herstellen, so daß eine Überprüfung mit einer Schublehre oder mit einer Lehre für Titan- und Guttaperchaspitzen (Fa. Maillefer, Schweiz) notwendig ist.

Als zusätzliches Dichtungsmittel zwischen Wurzelkanalwand und Guttapercha verwendet der Autor ein Wurzelfüllmaterial und zwar das von Prof. Schroeder, Bern, 1954 entwickelte AH₂₆ ein Epoxiharz.

AH₂₆ hat folgende Eigenschaften:

1. Sehr gutes Abdichtungsvermögen und starke Klebrigkeit.
2. Initialexpansion.
3. Bei der Reaktion zwischen Harz und Härter wird in Spuren Formaldehyd freigesetzt.
4. Abbindung auch in feuchtem Milieu.
5. Sehr gute Gewebsverträglichkeit.
6. Abbindezeit zwischen 24 und 40 Stunden.
7. Eine Füllung in Verbindung mit Guttapercha ist auch nach längerer Zeit leicht entfernbar.
8. Mit AH₂₆ eingesetzte Titanstifte sind zu jeder Zeit leicht entfernbar.

Wegen dieser überragenden Eigenschaften ist AH₂₆ nach Meinung des Autors allen anderen auf dem Markt erhältlichen Wurzelfüllmaterialien vorzuziehen.

Anwendungstechnik der Maschineninstrumente zur thermischen Kondensation von Guttapercha

Der Kanal wird in der üblichen Weise aufbereitet, desinfiziert und getrocknet. Anschließend ist eine Guttaperchaspitze einzupassen, die ca. 1,5 mm vor dem Kanalende klemmt (Masterpoint, Kontrollröntgen). Das zur Kondensation verwendete Instrument muß eine Iso-Nummer größer sein, als die größte Feile, die bis zur Arbeitslänge (Röntgenmeßaufnahme) verwendet wurde. Die Wurzelkanalwand wird nun mit AH₂₆ leicht benetzt. Der Autor bevorzugt ein Lentulo (von Hand) oder einen Kerrbohrer (Drehung im Gegenurzeigersinn) zur Applikation des Wurzelfüllmittels. Der Masterpoint wird nun eingebracht und anschließend der ausgesuchte Kondensierer. Mit mindestens 8000 Umdrehungen wird das Guttapercha erweicht und dann in die endodontischen Räume gepreßt (Kontrollröntgen).

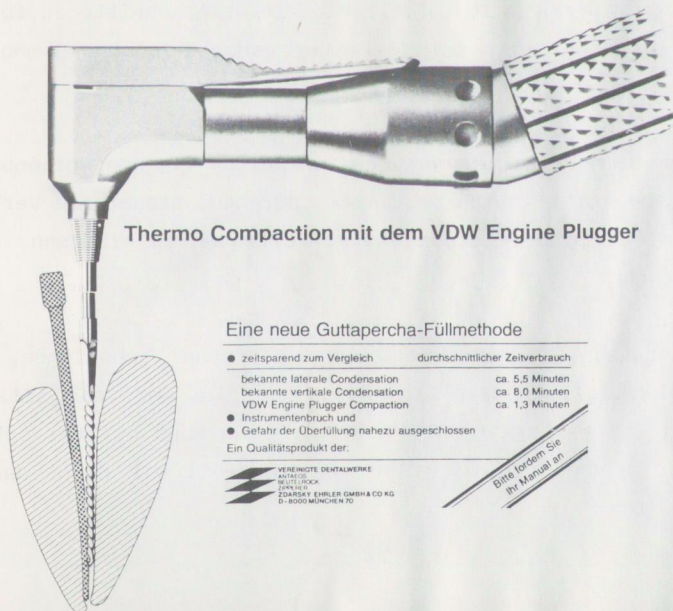
Abschließende Beurteilung

Die Verwendung eines Guttapercha-Kondensierers bei der Obturation von geraden Kanälen, die mindestens bis zur Iso-Größe 40 aufbereitet sind, stellt eine wesentliche Verkürzung der Behandlungszeit bei der Wurzelfüllung dar. Voraussetzung für die Verwendung sind genaue Beachtung der Gebrauchsanweisung, endodontische Erfahrung und Phantomarbeiten mit extrahierten Zähnen. Die Bruchgefahr der Instrumente ist bei Verwendung des Engine Pluggers der Firma VDW auf ein Minimum reduziert.

Literatur:

- Grossman, L.: Endodontic Practice, 1940
Guldener, P./Langeland, K.: Endodontologie, 1982
Schilder, H.: The thermomechanical properties of Guttapercha, 1974
Schroeder, A.: Endodontie, 1981
McSpadden, J.: Self-Study Course for the thermatic Condensation of Guttapercha, 1980
Tagger, M.: Engine Plugger for root canal obturation technique with guttapercha points, 1982

Dr. Heinz Wichert
Unter Bahnhofstr. 25
8034 Germering




Thermo Compaction mit dem VDW Engine Plugger

Eine neue Guttapercha-Füllmethode

	zeitsparend zum Vergleich	durchschnittlicher Zeitverbrauch
● bekannte laterale Condensation		ca. 5,5 Minuten
● bekannte vertikale Condensation		ca. 8,0 Minuten
● VDW Engine Plugger Compaction		ca. 1,3 Minuten
● Instrumentenbruch und		
● Gefahr der Überfüllung nahezu ausgeschlossen		

Ein Qualitätsprodukt der:



VERINE INDUSTRIE DENTALWERKE
MUTTENSTRASSE 1
72618 P. ZIMMERS
ZIMMERS & EHLER GMBH & CO. KG
D-8000 MÜNCHEN 70

Bitte fordern Sie
Ihr Manual an

Eine andere Art der Fortbildung

Ende 1982 bot uns der Kollege Simon eine Fortbildungsveranstaltung an zum Thema "Kinderbehandlung", durchgeführt von Frau Simon, einer Psychologin. Etwa 10 Kollegen nahmen teil. Wir erlebten eine Art von Fortbildung, die in unserem Beruf bisher fehlte. Es war eher ein Gruppentraining mit Rollenspielen und Videoaufzeichnung.

Für mich, als jemanden, der so etwas noch nie mitgemacht hat, war es verblüffend, wie man mit einfachen Spielen, (z. B. Arzt, Mutter und Kind am Behandlungsstuhl) die aufgezeichnet wurden und dann in ihre Details zerlegt und diskutiert wurden, zwischenmenschliche Verhaltensmuster aufzeigen kann, die von so einer starken Aussagekraft sind. Was machen die Hände, wenn ich mit dem Patienten (Kind!) spreche, wo schaue ich hin, wo sitze ich, (vor, neben, hinter dem Patienten) was sage ich, wie sage ich etwas, was tue ich, wenn sich ein Dritter (Mutter!) einmischt, usw.? Es ist geradezu unglaublich, was in einer Sitzung (Spiel) innerhalb von fünf bis zehn Minuten abläuft, wenn man in der Lage ist, diese Zeit in beliebig kleine Abschnitte zu zerlegen, wie das eben nur mit Hilfe einer Videoaufzeichnung möglich ist.

Frau Simon demonstrierte uns auch in einigen kleinen Rollenspielen, wie man (sie!) durch bestimmte, durchaus steuerbare Verhaltensweisen helfen oder stören kann, Vertrauen zu erzeugen, oder verlieren kann.

Es sind erstaunlicherweise oft sehr einfache Mechanismen, die hier eine Rolle spielen - ein Blick auf die Uhr, ein Satz zu einem Dritten (Helferin oder Mutter!), eine Hand auf der Schulter -. Wir achten nur oft nicht darauf, weil wir nicht darauf trainiert sind.

Sicher war ein Tag etwas zu kurz, aber es hat uns doch für manche Dinge, die zwischen uns und unseren Patienten ablaufen, sensibler gemacht und hat uns auch gezeigt, daß diese Form der Weiterbildung eine sehr sinnvolle und wichtige Rolle in unserem Verhältnis zum Patienten, nicht nur den Kindern, spielen kann. Warum sollen wir eine Möglichkeit, die sich in den meisten sozialen Berufen schon lange bewährt, nicht auch für uns nutzen. Schließlich besteht dieses "Objekt unserer Begierde" noch aus mehr als nur aus Zähnen, Zahnlücken und Zahnfleischtaschen.

Ich kann mich nur dahin aussprechen, daß diese Art der Fortbildung künftig einen festen Platz in unseren Veranstaltungsreihen einnehmen würde.

Eben erfahre ich, daß Frau Simon im Herbst einen neuen Kurs angekündigt hat.

Franz Schrickler
Kreillerstr. 3
8000 München 80

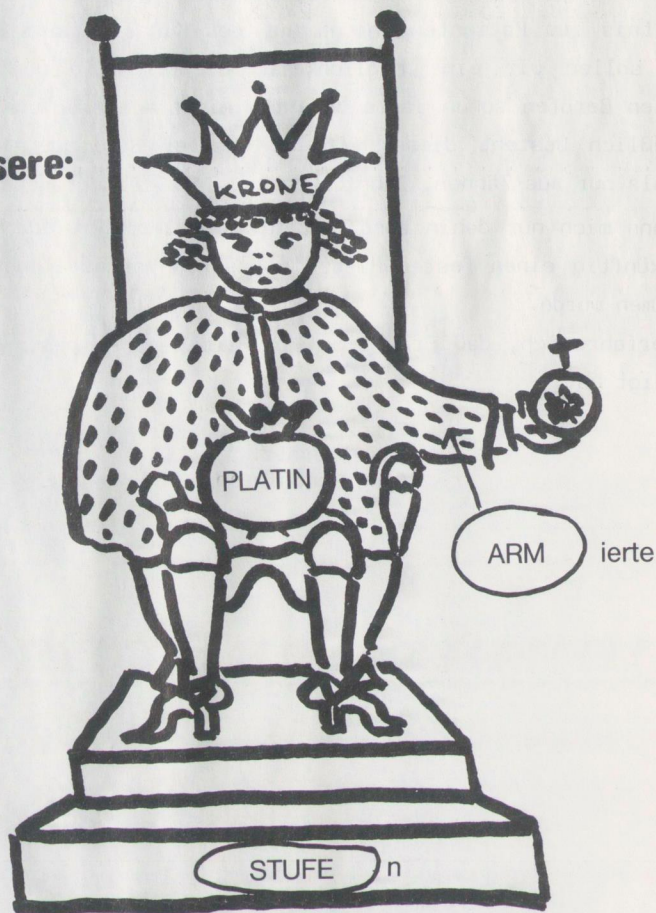
* * * * *

DAZ-JAHRESHAUPTVERSAMMLUNG 1983 IN BERLIN

* * * * *

Kosmetisch perfekt!

unsere:



Dental-Labor
reichel

8440 Straubing Ludwigsplatz 16
Fernruf (09421) 12221

Kapitallebensversicherung

An dieser Stelle soll heute mit einer Reihe von Artikeln begonnen werden, die für Sie informativ sein sollen und hoffentlich auch auf Interesse stoßen.

Jahrelange Gespräche mit Ärzten, Rechtsanwälten und anderen Freiberuflern haben mir oft gezeigt, daß gerade in diesen Kreisen eine mehr oder minder schlechte Aufklärung zu verschiedenen Versicherungsarten betrieben wird.

Es verwundert mich heute immer noch stark, daß namhafte Journalisten in Ärztezeitschriften die Kapitallebensversicherung als einzige Altersversorgung anpreisen. Ich behaupte "anpreisen", da die Vermutung naheliegt, daß hier Verflechtungen zu den Versicherungsgesellschaften bestehen müssen.

Bei der Kapitallebensversicherung ist die steuerliche Absetzbarkeit über Sonderausgaben nicht mehr gegeben und die Rendite ist dürftig. Die Lebensversicherungsgesellschaften werben immer mit der steuerfreien Auszahlung, sie vergessen aber die Inflation bei einer Laufzeit von 30 Jahren.

Frage ich heute einen Zahnarzt, der DM 100.000,-- Kapitallebensversicherung abgeschlossen hat, warum er das tat, so antwortet er meistens: "Ich wollte eine Berufsunfähigkeitszusatzversorgung zu meiner bestehenden Ärzteversorgung und das geht ja nur in Verbindung mit einer Kapitallebensversicherung".

Es gibt heute schon einige Versicherer, die die Berufsunfähigkeit allein absichern, viele jedoch zu teuer und einige bieten die Berufsunfähigkeit sogar in Verbindung mit einer Risiko-Lebensversicherung an. Ist diese dann noch mit Sofortrabatt ausgestattet, so sind Sie bestens beraten.

SCHMIDPAULA

SP

DENTALLABOR

FRÄSTECHNIK · KONOMETRIE
KERAMIK · MODELLGUSS
PROTHETIK

Gerhard Schmid + Bernd Paula
Bruderwöhrdstraße 10
8400 Regensburg
Fernruf (0941) 52188

Ein Beispiel: Eintrittsalter 30 J., Laufzeit 25 Jahre

DM 100.000,-- Risikolebensversicherung und

DM 24.000,-- Jahresrente bei Berufsunfähigkeit

Jahresprämie netto DM 1.024,80

Die Prämien sind niedrig und es geht Ihnen wenig Liquidität verloren.

Hüten Sie sich vor der eigenen Ansicht bzw. vor der stark verbreiteten Werbung der Versicherungsvertreter, daß man ja bei einer Risikolebensversicherung nichts zurückbekommt.

Das ist zwar richtig, doch ist ja der Prämienanteil für das Todesfallrisiko in der Kapitallebensversicherung ebenfalls enthalten und keinesfalls billiger als bei einer günstigen Risikolebensversicherung.

Clevere Versicherungsvertreter bieten dann noch eine Versicherung auf das Endalter 85 oder 100 an. Die Prämien sind hierfür niedriger als bei Endalter 60 und es verlockt den Kunden gern zum Abschluß. Verdienen kann hier nur der Vertreter, da er auf die volle Abschlußsumme die Provision bekommt. Die Rendite für Sie ist ganz schlecht, besonders wenn Sie eine solche Versicherung vorzeitig kündigen wollen. Nach Jahren ist der Rückkaufswert noch gleich N U L L .

In Verbindung mit einer Finanzierung kann unter bestimmten Voraussetzungen der Abschluß einer Kapitallebensversicherung ratsam sein. Doch sollte man hier, wie bei allen Versicherungsarten, Prämienvergleiche anstellen und ein Augenmerk auf die Gewinnausschüttung der Gesellschaften legen.

Bei der richtigen Auswahl können allein hier schon viele TAUSENDER verdient sein. Denken Sie stets daran, daß es Ihr sauer verdientes Geld ist, das Sie nicht leichtsinnig verschleudern sollten!

Mündliche und handgeschriebene Äußerungen zu Gewinnausschüttungen sind oft nichts wert.

Lassen Sie sich in jedem Fall die vom Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen genehmigten Gewinntabellen zeigen!

Sollten Sie positive wie auch negative Erfahrungen in diesem Finanzbereich gemacht haben, so lassen Sie es uns wissen!

Auch wir sind für Themenvorschläge dankbar.

Schreiben Sie uns!

Kurt Wolf
Julius-Haerling-Str.40
8035 Gauting

PARO · ESRO · ISOLA

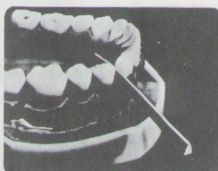
Ein weltweit einzigartiges Prophylaxe-Sortiment

über 150
Mundhygiene-
Artikel



Zahnbürsten

PARO M43
PARO M43 mit Stimulator
PARO M43 mit Interdent.-ZB
PARO M27 Kurzkopf-Zahnbürste
PARO Kinderzahnbürste
LACTONA M39
LACTONA No. 18, charter
ORAL-B Zahnbürsten
ORTHODONTIC-ZB
SULCLAR-ZB



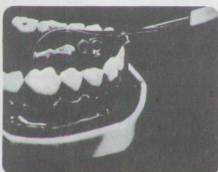
Zahnseide - Hölzer

TE-PE Zahnhölzer
SANO DENT Zahnhölzer
ESRO PICK Zahnhölzer
PARO Brush-and-Floss
PARO Floss
SUPER-FLOSS
J + J Dental-Floss
ESRO Bridge-Aid
BUTLER-Schlingen



Spezial-Zahnbürsten

PARO Prothesen-Zahnbürsten
PARO ISOLA Zwischenraum-ZB
LACTONA Interdental-ZB
ORAL-B-Stimulator
Reise-Zahnbürsten
PARO ISOLA Spiral-ZB
Zahnpflege-Sets
Zahnpflege-Beutel
End-tuft-Zahnbürste



Mundhygiene-Kontrolle

ESRO-DENT Mundspiegel
ESRO-LAMP bei. Mundspiegel
ESRO-MAT Mundspübecher
ESRO-TIMER Spiegel für Kinder
ESRO-PLAK, liquid Rondellen,
Stäbchen, Dis-Flaque
ESRO-PLAK, 2-Ph. Tabletten
MUNDHYGIENE-Spiegel,
blendungsfrei beleuchtet
BEAUTY-FLEX Spiegel

PROFIMED GmbH · Kaiserstr. 18 · 8200 Rosenheim 2 · Tel. 08031/33020

DAZ-JAHRESHAUPTVERSAMMLUNG 1983 IN BERLIN

Traumpraxis mit 2 Millionen Umsatz

– Konkurs vor der Türe?

Wer soviel Umsatz macht, hat hohe Kosten. Wer soviel Umsatz macht, zahlt viel Steuern. Und wenn er sich am Ende vom Jahr überlegt, was ihm von seinen Traumzahlen übrigbleibt, dann kann er schon mal auf die Idee kommen, warum ans Finanzamt zahlen, wenn es anders auch geht. Da gibt es dann Kollegen, die eine Lösung gefunden haben, die lautet:

Ich habe einen tollen Steuerberater. Ich zahle fast keine Steuern mehr.

Ein paar Jahre später mit denselben Kollegen gesprochen, sieht die Lösung leider gar nicht mehr so rosig aus:

Die Kollegen kämpfen ums Überleben. Der Konkurs steht vor der Türe.

Wie konnte es soweit kommen?

1. Steuern sparen kostet Geld. Wer Steuern sparen will, muß investieren in Bauherrenmodelle, Rohstofffonds, Schiffsbaubeteiligungen, Hotel- und Erfindungsprojekte. Allein 1981 wurden in solche Projekte 4 Milliarden DM investiert. Steuern spart man hier, weil die Projekte mit Verlusten arbeiten. Die Verluste sind absetzbar, d. h. das zu versteuernde Einkommen mindert sich um den zugewiesenen Verlustbetrag. Wenn mehr Verluste zugewiesen werden als Bargeld einbezahlt werden muß, ist es möglich die

Einzahlung "aus der Steuerersparnis" zu leisten. Statt an das Finanzamt hat man in ein Bauherrenmodell einbezahlt mit dem Effekt Miteigentümer eines Bauherrenmodells, Anteilseigner eines Rohstofffonds o. ä. zu sein. Wenn die Projekte eine Verlustzuweisung im ersten Jahr gebracht haben, kann man davon ausgehen, daß selbst dann, wenn das Projekt baden geht zumindest nichts verloren ist, denn statt der zu bezahlenden Steuern hat man an irgendeine Abschreibungsgesellschaft bezahlt. Das Geld ist weg - so oder so. Leider sind aber auch viele Fälle bekannt, in denen das Geld zweimal weg war: die Abschreibungsgesellschaft hat kassiert, später das Finanzamt auch noch, denn das Projekt wurde steuerlich nicht begünstigt, weil trotz aller Prospektzusagen keine Förderungsfähigkeit vorhanden war. Manch einer, der hoffte, mit Hilfe seines gutbezahlten Juristen wenigstens die Gelder, die er in den Rachen der Abschreibungsgesellschaft geworfen hatte, herauszuholen, erfuhr am Ende eines juristischen Holzwegs, daß sich die Verantwortlichen ins Ausland abgesetzt hatten und die hiesige Firma in Konkurs war.

2. Wer keinen Sparstrumpf hat, zahlt an die Bank. Auch seriöse Projekte fordern ihren Tribut. Meist haben die Kollegen die Einzahlungen in die Projekte nicht aus dem Sparstrumpf tätigen können, sondern mußten Kredite dafür aufnehmen. Das bedeutet, wer seinen Steuervorteil nicht sofort zur Tilgung dieser Schulden verwendet, schlittert unweigerlich in die Verschuldung und zahlt doppelt: die Zinsen an die Bank und die Einzahlung an die Abschreibungsgesellschaft. Zum Trost wird ihm dann gesagt, er habe sich ja Sachwerte angeschafft und die Banken geben ihm größere Summen auch nur gegen Sicherheiten. Klar, solange der Laden läuft, freut sich die Bank über den guten Kunden und beleiht das Chalet in der Schweiz, das Haus in Formentera, die Hazienda in Brasilien, den Bohrturm in Kanada, den Miteigentumsanteil am Hotelprojekt. Meist wird das sogar von den Anlagegesellschaften selbst organisiert. Die Bank, mit der diese Gesellschaften zu-

sammenarbeiten freut sich über ihre neuen, potenten Kunden und sahnt nochmal kräftig ab, nachdem vorher die Abschreibungsgesellschaft direkt in Form eines Abgelds und indirekt in Form von Werbungskosten abgesahnt hat. Wenn alles gut geht, freut sich der Kollege über seinen Steuervorteil, läßt sich von seinem Steuerberater errechnen, was das böse Finanzamt alles kassiert hätte und wiegt sich in Sicherheit. Bei kurzfristig abzuschreibenden Projekten ist der Steuervorteil nach ein oder zwei Jahren verbraucht, man sieht sich gleich nach dem nächsten Projekt um und wird langsam aber sicher zum Schuldenmillionär, nicht zum einfachen, nein zum mehrfachen. Und wer da keinen Sparstrumpf hatte, zahlt über Jahre hinweg.

3. Vom Freiberufler zum Mußberufler. Wer auch nur eine Million Schulden hat, muß jährlich rund DM 100.000,-- an die Bank bezahlen. Weil er und seine Familie auch noch leben wollen, muß er also mindestens DM 200.000,-- versteuertes Einkommen erwirtschaften und das schafft er nur mit seinem Traumumsatz von zwei Millionen. Aber der zwingt ihn dazu 60 Stunden in der Woche zu arbeiten, am Stuhl versteht sich, weitere mindestens 20 Stunden seiner Vermögensverwaltung zu widmen oder hierfür einen Stab von Beratern zu bezahlen, Juristen, Versicherungskaufleute, Steuerberater, Finanzierungsvermittler etc. und um die alle bezahlen zu können, muß er zu seinen 60 Stunden zumindest 10 Stunden zulegen. Und wenn dann die Familie am krachen ist, weil der Vater nie mehr zu Hause ist, dann beginnen die Überlegungen, warum man eigentlich soviel arbeitet, man könnte doch auch mit der Hälfte noch ganz gut leben. Aber da sind leider die Schulden. Und dann versucht man ein Projekt nach dem anderen abzustoßen, stellt fest, daß die Mehrzahl nicht verkäuflich ist und wenn man für das eine oder andere Projekt einen Käufer findet, ist man schon froh, wenn man nur die Hälfte des Wertes realisieren kann, nur um endlich ein bißchen weniger Schulden zu haben, um ein bißchen weniger arbeiten zu dürfen.

Wer jetzt Bilanz zieht, wird feststellen: bis ich tot umfalle,
ich muß, und muß, und muß ...

Ohne Ausweg?

Wer sich nicht in einer Nacht- und Nebelaktion auf die Bahamas
absetzt, der muß!

4. Wohl dem der keine Steuern spart? Die Kollegen, die brav ihre
Steuern abgeliefert haben, haben kein Chalet in der Schweiz,
keine Hazienda in Brasilien, keinen Bohrturm in Kanada stehen,
aber sie haben auch keine Millionen Schulden auf der Bank und
wenn sie heute leisertreten wollen, dann gibt es hierfür nur
eine Orientierungsgröße und die heißt: wieviel brauche ich für
mich und meine Familie. Natürlich ist das nicht der einzige Aus-
weg. Es gibt auch Projekte, die keine übertriebenen Nebenkosten
verursachen, bei denen man Steuern spart und die zudem noch frei
veräußerbar sind. Aber es sind wenige und es bedarf einer sorg-
fältigen Überprüfung, die wir selbst alle nicht vornehmen kön-
nen, weil uns dazu das Wissen fehlt. Wir müssen uns also auf
unsere Berater verlassen und von ihnen erfahren wie es um unsere
Liquidität steht (Sparstrumpf?), welche Vorteile das Projekt
bietet, wie seriös die Firma ist, die es anbietet oder wieviel
Zeit und Nerven wir selbst investieren müssen, um ein eigenes
Projekt hochzuziehen (z. B. Denkmalsanierung) und wir müssen er-
fahren welche Konsequenzen sich für die Zukunft ergeben, wenn
wir heute statt Steuern zu zahlen Steuern sparen wollen.

Hannelore Klar
Ringstr. 18
8411 Laaber-Bergstetten

Dritter medizinischer Kongreß zur Verhinderung eines Atomkrieges

Am 23./24.04.1983 fand in München der 3. med. Kongreß zur Verhinderung eines Atomkrieges statt. Die Veranstaltung stand unter dem Motto:

WIR WERDEN EUCH NICHT HELFEN KÖNNEN!

Ausgehend von der Befürchtung, daß die phantastische Hochrüstung in Ost und West zu einer atomaren Auseinandersetzung beider politischen Blöcke führen wird und daß die medizinischen Vorkehrungen in Form von Katastrophenmedizin-Lehrgängen zu einer weiteren Reduktion der Hemmschwelle führen, nämlich einen Atomkrieg zu wagen, ausgehend von diesen Befürchtungen also riefen die Veranstalter alle Mediziner zu geschlossenem Widerstand gegen den Rüstungswahn auf.

Prof. Dr. theol. Uta Ranke-Heinemann, Essen: "Rüstung zur medizinischen Hilfe im Krieg war immer schon Rüstung zum Krieg selbst. Die Christen haben sich stets mit der schönen Pflicht der Hilfe für Verwundete und Sterbende über die erste Pflicht der Verhinderung solcher Wunden und solchen Todes hinweggelogen und hinweggetäuscht ..."

"Der ärztliche Samariterdienst muß heute darin bestehen, sich nicht von den Vernichtern programmieren zu lassen (für deren Tötungs- und Vernichtungsprogramm). Der Strich, der durch solches Programm gemacht würde, wäre die wirkungsvollste medizinische Hilfe."

Dr. med. Till Bastian, der nächste Referent (Thema: Medizin und Größenwahn) griff scharf die Arroganz der Politiker an, die mit dem Gedanken an einen "gewinnbaren" Atomkrieg spielen. "Zu dieser Arroganz der Macht gehört es auch, wenn Ärzte an behördlich verordneten Kriegsspielen teilnehmen, die unter dem Deckmantel der Katastrophenmedizin durchgeführt werden und in volksverdummender Manier die Bevölkerung an die Vorstellung des führbaren Atomkrieges gewöhnen sollen, dessen Folgen für die Halbgötter in Weiß mühelos beherrschbar sind. Wir werden weiter kurieren, wenn auch alles in Scherben fliegt!"

Dr. med. Kurt Sroka bezeichnet die "Katastrophenmedizin als psychologischen Flankenschutz für die Aufrüstung." "Katastrophenmedizin ist im

Klartext nichts anderes als das Prinzip einer Euthanasie durch Hilfeverweigerung. Verwundete mit guten Überlebenschancen und zu erwartender Dienstfähigkeit werden behandelt, diejenigen, bei denen eine Wiederverwendungsfähigkeit nicht zu erwarten ist, werden von der Therapie ausgeschlossen." (Triage)

Mittlerweile haben über 5000 Ärzte die "Frankfurter Erklärung" unterschrieben, in der sie jegliche kriegsmedizinische Fortbildung verweigern. Infolgedessen haben die Ärztekammern die Katastrophenmedizin als präklinische Notfall- und Unfallmedizin ins Leben gerufen, um nicht den Anschein der Kriegsvorbereitung zu erwecken. Aber in diesem Programm erscheinen exakt die Triage-Kategorien T1 bis T4 wieder. Die absolute Pflicht der Mediziner besteht nun im Widerstand gegenüber der Katastrophenmedizin, ihrer Verhinderung und in der persönlichen Verweigerung.

Anschließend referierte Dieter Teufel vom IFEU-Institut in Heidelberg über die Geschichte der friedlichen und militärischen Nutzung der Kernenergie und belegte anhand überzeugender Fakten den Zusammenhang zwischen "friedlicher" Kerntechnologie (Reaktoren,

Brüter, Wiederaufbereitungsanlagen) und ihrer militärischen Verwendbarkeit. Sein Fazit. "Die (mit erdrückenden Zahlen) belegte ökonomische wie ökologische Unsinnigkeit der Reaktor- und Wiederaufbereitungstechnologie wird deshalb betrieben, weil man mit einem neu entwickelten Verfahren, der "Laser-Isotopentrennung" waffenfähiges Plutonium Pu 239 zur Deckung des Defizits an atomaren Sprengköpfen aus den abgebrannten Kernbrennstäben herstellen will. Damit wird die Atomwaffenproduktion nicht mehr über den Verteidigungshaushalt finanziert, sondern über den Strompreis!!!

Prof. Dr. jur. Küchenhoff, Münster, legte das Recht auf Widerstand gegen die Vorbereitung eines Atomkriegs dar." Im Hinblick auf die Durchführung des Nato-Doppelbeschlusses sagte er: "das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, auf den schweren Verstoß gegen den unabänderlichen Verfassungsgrundsatz der Friedensstaatlichkeit und auf den weiteren Grundsatz, daß eine noch so demokratisch gewählte Regierung (Legislative, Exekutive und Justiz) nicht das Mandat hat, die Vernichtung des Mandanten einzukalkulieren ... gestützt auf diese Erkenntnisse ist

der Widerstand gegen die Stationierung der Atomwaffen mit dem Grundgesetz vereinbar.

DER WIDERSTAND IST LEGAL !!!

Das Motto der Veranstaltung lautete:
Wir werden euch nicht helfen können.

Es muß erweitert werden um den Beitrag:

"Wir dürfen dies auch nicht verschweigen, sondern wir müssen alle, die das Gegenteil behaupten, öffentlich der Lüge und des Verbrechens wider das Leben und die Menschlichkeit zeihen!!

Dr. Wolfgang Lell
Hermann-Geib-Str. 59a
8400 Regensburg

Hans Joachim Sewering, 67, Dachauer Lungenfacharzt und umstrittener Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, wünscht, daß höhere Gewalt der Friedensbewegung im Herbst das Demonstrieren verleidet. „Da kann man nur hoffen“, schreibt Sewering in der August-Ausgabe des „Bayerischen Arzteblattes“, „daß es saukalt wird und regnet, was nur heruntergeht.“ Das sei nämlich „schon öfter ein gutes Mittel gegen Demonstrationsfreuden“ gewesen.

DER SPIEGEL Nr. 33/1963

▶ **Betrifft: EINLADUNGEN ZU DEN STUDIENGRUPPEN-
SITZUNGEN**

Kollegen, die an der Arbeit in den Studiengruppen im DAZ interessiert sind, können sich an folgende Adressen wenden:

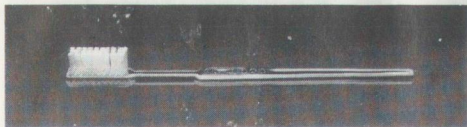
▶ - Studiengruppe München
Dr. Hanns-Werner Hey,
Lindenschmitstr. 44, 8000 München 70
Tel.: 0 89 / 7 25 23 49

▶ - Studiengruppe Regensburg
Dr. L. Koller,
Frühlingstr. 9, 8458 Sulzbach/Rosenberg
Tel.: 0 96 61 / 21 50

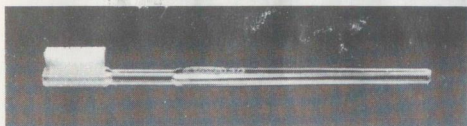
▶ - Studiengruppe Hamburg
Dr. W. Schories,
An der Alster 67, 2000 Hamburg 1
Tel.: 0 40 / 24 70 46

Sie erhalten dann regelmäßig die Einladungen zu den Studiengruppensitzungen zugesandt, wobei neben zahnärztlicher Fortbildung auch standespolitische Themen gleichgewichtig diskutiert werden.

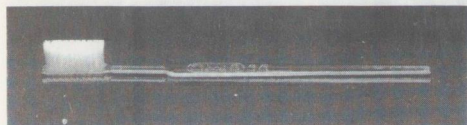
Richtige Zahnpflege fängt mit der richtigen Zahnbürste an.



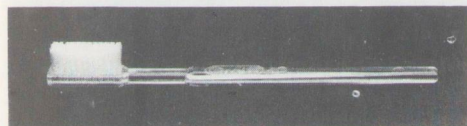
Oral-B 20 Die ideale Zahnbürste für Kinder. Mit 3reihigem Borstenfeld und handlich kurzem Griff.



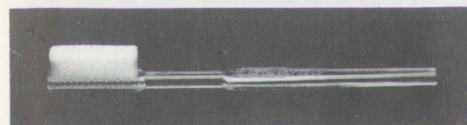
Oral-B 30 Die Zahnbürste für Jugendliche. Mit 3reihigem Borstenfeld auf dem Kurzkopf.



Oral-B 35 Zahnbürste für Erwachsene. Mit 4reihigem Borstenfeld und 1600 Einzelborsten auf extrem kurzem Kopf.



Oral-B 40 Zahnbürste für Erwachsene. Mit 4reihigem Borstenfeld und 1920 Einzelborsten auf dem normalen Kurzkopf.



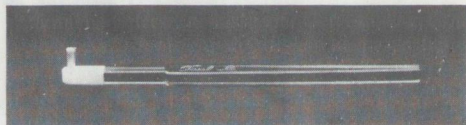
Oral-B 60 Zahnbürste für Erwachsene. Mit 4reihigem Borstenfeld und 2400 Einzelborsten auf großem Kopf. Ideal auch zur Zahnfleischmassage bei Gebißträgern.

Die Oral-B-Zahnbürsten sind Multituft-Zahnbürsten. Feine, elastische Nylonborsten, auf kleinster Fläche angeordnet, bedeuten wirkungsvolle Reinigung und Pflege für Zähne und Zahnfleisch. Die abgerundeten Borstenenden schützen vor Verletzungen des Zahnfleisches. Das plane Borstenfeld ist ideal für die Zahnfleischmassage.

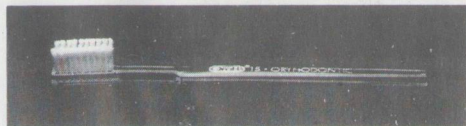
Oral-B Spezialzahnbürsten



Oral-B Sulcus Die 2reihige Spezialbürste zur Reinigung des Zahnfleischsaumes. Auch empfohlen für Kinder in kieferorthopädischer Behandlung sowie bei festsitzenden Apparaturen.



Oral-B Einbüschel Spezialbürste für Problemzonen im Mund- und Zahnbereich. Bei unregelmäßigem Zahnstand, bei Zahnlücken, Brücken, kieferorthopädischen Einsätzen.



Oral-B 15 Orthodontic Die ideale Zahnbürste für Träger von Multibändern und Brackets. Zur effektiveren Reinigung der Metallteile sind die beiden inneren V-förmigen Borstenreihen kürzer und härter als die beiden äußeren Borstenreihen.



Oral-B Interdental Die Bürstenkombination zur konsequenten und schonenden Reinigung von Zahnzwischenräumen. Die kegelförmige Nylonbürste bei größeren, die Einbüschel-Bürste bei engeren Zahnabständen.

Cooper Dental. Wir behandeln Ihre Zähne gut.

Cooper
Dental

Cooper Laboratories (Deutschland) GmbH
2908 Friesoythe/6000 Frankfurt

Ich erkläre meinen Beitritt zum Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde ab

Solange ich keiner eigenen Studiengruppe anhöre, überweise ich einen Jahresbeitrag von DM 100,-- auf das Konto des DAZ, 3208295 Deutsche Bank, München (BLZ 700 700 10)

als Mitglied der DAZ-Studiengruppe Regensburg überweise ich DM 200,-- auf das Konto Nr. 8562970, Bayer. Vereinsbank Regensburg (BLZ 750 200 73)

als Mitglied der DAZ-Studiengruppe München überweise ich DM 200,-- auf das Konto Nr. 628505, Bayer. Vereinsbank München (BLZ 700 202 70)

als Mitglied der DAZ-Studiengruppe Hamburg überweise ich DM 200,-- auf das Konto Nr. 1585044100, Bank für Gemeinwirtschaft Hamburg (BLZ 200 101 11)

für angestellte Zahnärzte beträgt der Beitrag jeweils DM 75,--; Studenten sind beitragsfrei.

Name: Vorname:

geb.:

Straße: Wohnort:

Tel.:

Berufl. Stellung bzw. Arbeitgeber:

Unterschrift:

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)
Dienerstr. 20, 8000 München 2, Tel.: (089) 220423

Wenn Sie mit unseren Zielsetzungen und Vorstellungen übereinstimmen und Interesse an einer Zusammenarbeit haben, senden Sie bitte das vorgedruckte Anmeldeformular an unsere oben genannte Adresse.

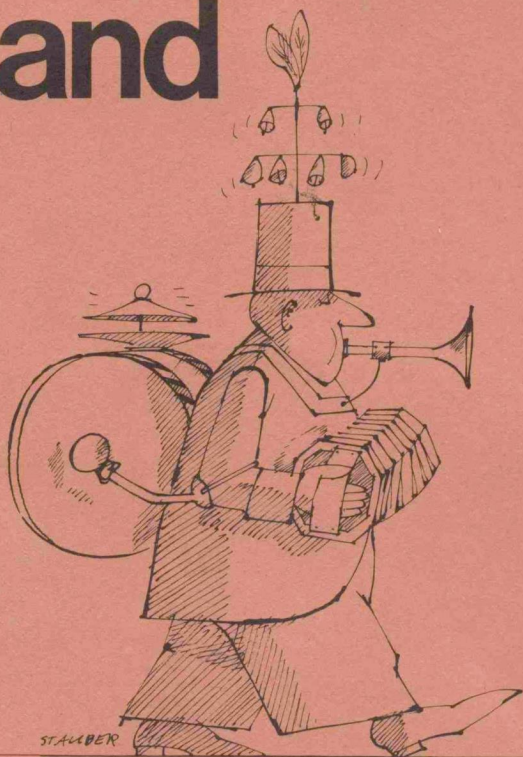
Sie erhalten dann die Satzung des DAZ und werden in unseren Informationsservice einbezogen. Soweit möglich, wollen wir Ihnen bei regionalen Gruppenbildungen behilflich sein.

Um die notwendige Organisation aufzubauen und zu unterhalten, erheben die regionalen Studiengruppen einen Mitgliedsbeitrag von 200,-- DM.

Solange Sie keiner eigenen Studiengruppe angeschlossen sind, überweisen Sie den Beitrag direkt an den DAZ.

SIEMENS

Alles aus einer Hand



... so lautet unser lückenloses Angebot an technischem Gerät, an Materialien und Dienstleistungen für die zahnärztliche Praxis. Einschließlich Beratung, Planung und Einrichtung, Wartung und Technischem Service. Damit Ihr „Betrieb“ einwandfrei läuft.

Und wenn Ihnen die lustige Grafik des bekannten Karikaturisten Jules Stauber zu unserem Thema gefällt: Wir schicken sie Ihnen gern.

Postkarte bitte an eines der aufgeführten Dental-Depots.

**Ihr Siemens-Dental-Depot:
Partner für die Praxis**

8500 Nürnberg
Frauentorgraben 61
Telefon 0911/209271-74

8580 Bayreuth
Telemannstraße 1
Telefon 0921/69644

8400 Regensburg
Kumpfmühler Straße 65
Telefon 0941/97198