

Nr. 40

12. Jahrgang
1. Quartal 1993

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

DAZ

FORUM

Die Böcke als Ziergärtner

Sind Sie im Korb?

**Amalgamabscheider-
Absauganlage**

**Die drei Ebenen
der Prävention**



Deutscher
Arbeitskreis
für
Zahnheilkunde

**Psychologie und Psychosomatik
in der Zahnheilkunde**



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

Das HYPO-Vermögensanlage-Konzept der 90er Jahre.

Wer jetzt sein Geld falsch anlegt, muß später kürzer treten.

Die HYPO-Idee von der Vermögensstrategie, die wirklich zu Ihnen paßt.

Sie sollten sich weder abstrampeln noch mit Bescheidenheit wappnen, sondern auf die individuellen Wohlstands-Konzepte der HYPO setzen. Die schaffen in Mafarbeit ein Vermögen: Zum Beispiel relativ schnell an der Börse oder relativ sicher mit dem ersten Umwelt-Technologie-Fonds H.C.M. Eco Tech in Deutschland. Sprechen Sie mit uns.

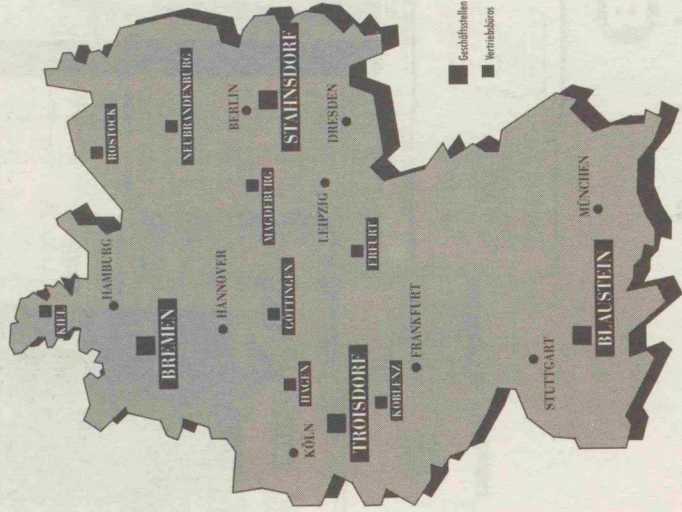


Wir lassen uns etwas für Sie
einfallen.


Bayerische Hypotheken- und Wechsel-Bank
Aktiengesellschaft

Die HYPO. Eine Bank – ein Wort.

Sichern Sie sich mit ChreMaSoft Ihre Zukunft!

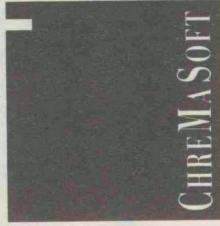


ChreMaSoft Datensysteme GmbH
Linzer Str. 11 · 2800 Bremen 33

Geschäftsstellen in Ihrer Nähe:

Nord ☎ 0421/20146-41 · West ☎ 02241/95280

Süd ☎ 07304/2096/7 · Ost ☎ 03329/682130
(Staßfeld)



DATENSYSTEME GMBH

ChreMaSoft — Das Programm für Zahnärzte bietet die passenden Hard- und Softwarebausteine als bedarfsgerechtes EDV-System für Ihre Praxis! Damit werden Sie spielend mit der Verwaltungsarbeit fertig.

Schon nach einer halbtägigen Einweisung können Sie und Ihr Team locker loslegen. Dafür sorgen eine ergonomische Benutzeroberfläche, die klare Funktionalität und konsistente Bedienung des Programms in allen Teilen.

Zögern Sie nicht, sondern setzen Sie sich mit uns in Verbindung. Unsere Berater kommen auch gerne persönlich zu Ihnen!

Alles, was Zähne und Zahnfleisch gesund hält.



Zahnpflege, wie sie sein soll.

Oral-B

Editorial – Leute wie Du und ich	5
Die Böcke als Ziergärtner	7
Gewährleistung – was steht wirklich im Gesetz?	11
Sind Sie im Korb?	13
Nur nicht den Teppich heben! Über Schwierigkeiten mit Qualitätsproblemen und Kritik	17
Gibt es eine Perspektive?	21
Amalgamabscheider – Absauganlage	28
DGZMK-Präsidium verhindert Ost-West-Zusammenschluß	37
Zur Häufigkeit, Ausprägung und Lokalisation von Schmelzbildungsstörungen	39
Salz mit Jod und Fluor jetzt aus Deutschland	45
1. Deutscher Kongreß für präventive Zahnheilkunde	47
Die drei Ebenen der Prävention	51
Fehlernährung geriatrischer Patienten ist häufig	60
Per Axelsson zu Gast in Berlin	63
Die „Zahnwaschanlage“ im Badezimmer	67
Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde	69
Auch der Zahnarzt steht unter Streß	75
Die Wurzel allen Übels	77
Therapiefindung auf der Grundlage eines praxiserprobten Befundblattes	83
Leserbriefe	90
Buchbesprechungen	93
Verbands-Infos	99
Impressum	102



Beachten Sie die beiliegende aktualisierte Version unseres Informationsblattes „Who is who im DAZ“

Wir machen den Weg frei



Volksbanken Raiffeisenbanken

Editorial

Leute wie du und ich

Das Gesundheitsstrukturgesetz tritt mit Jahresbeginn in Kraft. Keiner kann die Auswirkungen mit allen Konsequenzen zur Zeit abschätzen; am wenigsten die Kollegen aus den neuen Bundesländern. Die Reaktionen darauf reichen von ohnmächtiger Wut bis zu duldsamer Vogel-Strauß-Politik - nur selten artikuliert man sich konkret. Zu dem Zeitpunkt, als die erste Gesetzesvorlage bekannt wurde, war die Zahnärzteschaft Deutschlands noch stark geteilt. Kein Zahnarzt aus Ostdeutschland konnte zum Beispiel so recht die Angriffe der Presse auf die angeblichen Zahnarztmillionäre verstehen. Mit dieser Rolle konnte man sich hier nicht identifizieren - man hatte nur hohe Schulden und einen großen Nachholbedarf der Patienten abzuarbeiten. Wenn in berufspolitischen Gesprächen die Zersplitterung des Berufsstandes beklagt wurde, nahm man das ganze standespolitische Gerangel um Plätze in Vertreterversammlungen, Vorständen der Kammern usw. nicht recht ernst. Es betraf doch niemanden persönlich und es gab jetzt Wichtigeres zu tun -

Räume für die Praxis suchen, umbauen, ausstatten, Mitarbeiter halten oder gewinnen, Patienten versorgen, Abrechnen lernen; Computer bedienen und im kurz gehaltenen Urlaub mal schnell ein bißchen Westeuropa kennenlernen.

Erst als die „Korbsammler“ umherliefen und mit dem GKV-Ausstieg meinten, auch für die neu niedergelassenen Kollegen die Probleme der Gesetzesvorlage lösen zu können, kamen die meisten zu sich. Uns wurde bewußt, daß das Grab, das die bundesdeutsche Zahnärzteschaft sich selbst gegraben hatte, nicht nur für die „Altbundis“ vorbereitet war, sondern daß wir darin die unterste Schicht bilden würden. Denn die Festschreibung bzw. Abwertung des mit 80 % ohnehin nur knapp bemessenen Punktwertes bei zusätzlicher Abwertung der ZE-Leistungen um 20 % hätte die Praxispleite für viele bedeutet, die gerade erst im Aufbau begriffen waren.

Deshalb sieht man das jetzt verabschiedete Gesetz als geringeres Übel. Nun hat der Gesetzgeber den Beginn des degressiven Punktwertes in den

neuen Bundesländern für ein Jahr von 350.000 auf 450.000 Punkte angehoben. Damit soll verhindert werden, daß Honorareinbußen dort entstehen, wo zur Zeit unter erheblichem persönlichen Einsatz Punkte über das normale Maß hinaus erarbeitet werden.

Doch ist mein Zweifel groß, daß damit den wirklich Fleißigen geholfen wird. Als bekannt wurde, daß bundesweit 25 % der Zahnärzte 62 % des GKV-Volumens in Anspruch nehmen, war die Empörung groß. Der Vorschlag, den degressiven Punktwert als Alternative zum Honorardeckel einzuführen, fand allgemeine Zustimmung. Wenn man nun erste Zahlen aus den neuen Bundesländern sieht, stellt man erschreckt fest, daß hier 20 % der Kollegen sogar 80% des GKV-Topfes für sich ausschöpfen.

Deshalb kann die Anhebung des degressiven Punktwertes keine Lösung sein! Damit wird indirekt unterstützt, daß Masse statt besserer Qualität honoriert wird. Um diese Problematik anpacken zu können und zum Beispiel auf eine erneute Honorarabsenkung besser vorbereitet zu sein, wird es Zeit, daß sich mehr Kolleginnen und Kollegen aktiv an der Gestaltung unserer Zukunft beteiligen. Nicht ein paar Dauerstandespolitiker, die die Delegiertenversammlungen zur Selbstdarstellung mißbrauchen, werden uns vor noch weiteren rigiden Eingriffen durch den Gesetzgeber schützen, sondern Leute wie DU und ICH.

*Dr. Annette Bellmann
Neuwieder Str. 70
O-1157 Berlin*

Besuchen Sie die monatlichen Treffen der DAZ-Studiengruppen

(Kontaktadressen der Studiengruppen finden Sie auf der letzten Seite)

Wir bieten:

*praxisorientierte Fortbildung
standespolitische Information
und das kollegiale Gespräch*

Die Böcke als Ziergärtner

Daß der Verband der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB) Ende letzten Jahres geschlossen zurücktrat, war in Anbetracht der einschneidenden und ungerechtfertigten Konsequenzen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) folgerichtig und nachvollziehbar: Schließlich hatten gerade die bayerischen Körperschaften den „Korb“, den kollektiven Ausstieg aus dem Kassenzahnarztvertrag, am vehementesten propagiert und weder mit Drohungen noch Körperschaftsgeldern gespart, um Zweifler und Zauderer zum Korbbeitritt zu nötigen.

Wer soll aber nach dieser Demonstration verstehen, daß der zurückgetretene Vorsitzende Dr. Reißig sich jetzt in die gleiche Funktion wiederwählen ließ? Und zu diesem Anlaß in einem Interview erklärte, er wolle auch weiterhin alle juristischen Mittel gegen das GSG ausschöpfen, aber gleichzeitig seiner Pflicht nachkommen, disziplinarisch gegen alle diejenigen Kassenzahnärzte vorzugehen, die sich weigern, Kassenspatienten auf Krankenschein zu behandeln!? Und nur als schizophran kann man die Wahl des 2. Vorsitzenden bezeichnen, zu dem ausgerechnet jener Dr. Löffler gekürt wurde, der nicht nur der Initiator des Korbmodells war, sondern auch u. a. Kassenzahnärzte als Schnellabschmierer bezeichnet hat und dem bayerischen Sozialminister schrieb, die Streichung der Gebühren für Heil-

und Kostenpläne sei als „Rechtsbeugung alter nationalsozialistischer Prägung“ zu bezeichnen. Was ist das für ein jämmerlicher Berufsstand, der solche Schwätzer in Führungspositionen beruft, Maulhelden, die nicht einmal den Mut haben, selbst zu tun, wozu sie andere ständig drängen, nämlich die Kassenzulassung zurückzugeben!

Jeder Kollege, der darauf angewiesen ist, daß seine ohnehin geschmälernten Leistungsvergütungen von der KZV so gut und so zügig wie möglich bearbeitet werden, und der sich darauf verläßt, daß seine KZV-Führung in geduldigen Verhandlungen mit den Krankenkassen das Beste für ihn tun wird, kann sich durch diese Wahl nur bewußt verarscht fühlen! Besonders dann, wenn verbreitet wird, die Bearbeitung der Abrechnungsunterlagen werde künftig ein halbes Jahr dauern. Soll heißen, diese KZV wird nicht das Bestmögliche für die Kassenzahnärzte aus dem Gesetz herausholen, sondern alles tun, um Sand in's Getriebe zu schütten, sinnlose Prozesse (auf unser aller Kosten) führen und – wie gehabt – Staat und Parteien noch weiter provozieren, bis unsere Arbeit ausschließlich von Krankenkassenfunktionären und Staatskommissaren bestimmt wird. Wenn jemand seine ärztliche Berufung ausschließlich aus dem Honorar bezieht, dann kann man das nicht ändern. Unerträglich aber, wenn solche Leute in Führungspositionen drängen,

um diejenigen an der Arbeit zu hindern, die auch andere Motive haben.

Endgültig mafios werden schließlich die Zustände, wenn sich herausstellt, daß KZV und Kammer Bayerns insgesamt 600 000.-DM aus dem Fonds der Pflichtbeiträge für eine private Abrechnungsgesellschaft der Korb-Protagonisten abgezweigt haben und obendrein eine Beitragserhöhung für die Pflichtmitglieder um 100% beschlossen.

Der Mehrheit der Zahnärzteschaft scheinen diese Schweinereien herzlich egal zu sein, denn bei der letzten Vertreterversammlung in München kamen praktisch wieder nur die Scharfmacher und Politraubauken um den KZV-Vorstand zu Wort.

Was muß eigentlich noch geschehen, damit diejenigen Kollegen, deren Existenz sich ausschließlich auf die Einkünfte aus der Kassenpraxis stützt, sich zur Wehr setzen und zu Wort melden?

Denn die Motivation dieser KZV-Führung ist ausschließlich Machterhalt und Destruktion. Und für dieses Verweigern und Nichtstun, für das die Böcke auch noch hohe „Aufwandsentschädigungen“ einsacken, zahlen die nicht einmal blökenden Schafe die Zeche.

PS: Letzte Meldung: Dr. Reißig ist erneut zurückgetreten – das Affentheater geht weiter!

Dr. H.-W. Hey
Lindenschmüstr. 44
8000 München 70



Rund 1,8 Millionen Personen sind im Gesundheitsdienst West- und Ostdeutschlands beschäftigt. Die größte Berufsgruppe bilden Krankenschwestern und Hebammen mit einem Anteil von 39 % der Beschäftigten. Gesundheitsdienste, insbesondere pflegerische

und unterstützende Tätigkeiten, werden überwiegend von Frauen ausgeübt. Sie stellen drei Viertel aller Beschäftigten in Krankenhäusern, Arztpraxen, Labors und Apotheken. Die Ärzte stellen mit knapp 13 % die drittstärkste Gruppe im Gesundheitsdienst.

SIEMENS

Leistungsstark



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

Ob Praxis-Planung oder Einrichtungs-Beratung, ob Finanzierung oder technischer Service, ob Materialien für die Praxis oder informative Veranstaltungen - Sie können sich in jedem Fall auf uns verlassen.

Denn seit Jahrzehnten sind wir der Praxis eng verbunden und längst zu einer der ersten Adressen unter Deutschlands Dental-Depots geworden. So können wir Profilierung und Zukunftssicherheit für Ihre beruflichen Wege bieten. Und auch bei ungewöhnlichen Ideen finden Sie in uns den Partner.

Da zeigt sich der Profi.

Lindwurmstraße 23
8000 München 2
Tel. 089/539850

Kumpfmuhler Straße 65
8400 Regensburg
Tel. 0941/97198

Siemens
Dental-Depot
Ihr Partner

Die enge Zusammenarbeit von Forschung, zahnärztlichen Praktikern und Instrumentenherstellern führte zur Konstruktion neuer Parodontalinstrumente. Die neu entwickelten Parodontalinstrumente befähigen den Zahnarzt, moderne Therapieverfahren, wie Scaling und Root Planing als Teilschritt der chirurgischen Parodontaltherapie durchzuführen.

Schnelles, sicheres und effizientes Arbeiten ist nur mit scharfen Instrumenten möglich und kann die Behandlungsdauer bis zu 30% verringern. Stumpfe Instrumente entfernen nur unzureichend Zahnstein und infiziertes Wurzelzement, außerdem wird die Wurzeloberfläche verdichtet.

Die Rezidivquote ist in derartigen Fällen außerordentlich hoch. Mit stumpfen Küretten ist eine gezielte Küretage praktisch unmöglich. Moderne Parodontalinstrumente bestehen aus gehärteten Spezialstählen von längerer Standzeit. Um die Standzeit zu optimieren, ist nach jedem Eingriff ein Nachschärfen der Instrumente angezeigt. Darunter versteht man bei sicherer Anwendung der im Film an acht verschiedenen Parodontalinstrumenten gezeigten Technik ein Verfahren, welches zu einer optimalen Schärfe führt. Ebenfalls wird demonstriert, wie sich das Nachschärfen der Instrumente von dem Aufschleifen unterscheidet.

Durch eine übersichtliche Filmdemonstration und eine gute didaktische Darstellung können die zahnärztlichen Mitarbeiterinnen speziell durch diesen Film in die Technik des Aufschleifens und Nachschärfens eingeführt werden.

JETZT NEU AUF VIDEO

Nachschärfen und Aufschleifen von Parodontalinstrumenten



Autoren

Prof. Dr. D.E. Lange, Münster
Rudolf Hegen, Kösching

18 Min. DM 250,- plus MWST

Videovertrieb:

HEGEN-DENTAL-TECHNIK
Lentinger Straße 25
8073 Kösching

Telefon: 0 84 56 / 70 15

Telefax: 0 84 56 / 81 39

Gewährleistung – was steht wirklich im Gesetz?

Was die Gemüter der Kollegen am Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) am heftigsten bewegt und die meisten Diskussionen, auch mit den Patienten, auslöst, sind die Bestimmungen zur Gewährleistung von Füllungen und Zahnersatz. Die Verunsicherung rührt aber vor allem daher, daß die Zahnärzte von ihren KZVen überhaupt nicht oder nicht seriös genug informiert werden. Außerdem ist seitens der Zahnärzte überhaupt noch nichts unternommen worden, um die „vom Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen zu bestimmenden notwendigen Ausnahmen von der Gewährleistung“, die das Gesetz ausdrücklich einräumt, zu definieren – eine weitere Verweigerung zum Schaden der Kollegenschaft. Was bisher konkret und wörtlich vorliegt, steht in der Drucksache 12/3608 des Deutschen Bundestages: Dort heißt es unter Nummer 68 zum §135 GSG:

„Die Vorschrift verlängert die Gewährleistungsfrist für Versorgungen mit Zahnersatz auf mindestens zwei Jahre. Gleichzeitig wird eine zweijährige Gewährleistungsfrist für Füllungen eingeführt. Bei sorgfältiger zahnärztlicher Arbeit muß grundsätzlich von einer mindestens zweijährigen Haltbarkeit von Füllungen und Zahnersatz ausgegangen werden. Die Beseitigung von Mängeln innerhalb des Zeitraumes von zwei Jahren darf Krankenkassen und Versicherten grundsätzlich nicht in Rechnung gestellt werden. Notwendige Ausnahmen von der Gewährleistung bestimmt der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen. Hierzu zählen Wiederholungsleistungen bei Milchzahnfüllungen, bei systemischen Erkrankungen, bei Folgebehandlungen im Rahmen einer Caries-Profunda-Therapie, bei Unfällen und bei Behandlerwechsel. In

Zweifelsfällen muß die Krankenkasse auf Antrag des Zahnarztes ein Gutachter-Verfahren einleiten. Die Kosten des Verfahrens trägt der Zahnarzt nur in den Fällen, in denen der Mangel ihm anzu-lasten ist.

Zahnärzten wird darüber hinaus die Möglichkeit gegeben, ihren Patienten eine längere Gewährleistung einzuräumen. Dies kann durch Verträge zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen oder durch Einzel- oder Gruppenverträge zwischen Zahnärzten und Krankenkassen vereinbart werden. Die Krankenkassen sind berechtigt, hierfür Vergütungszuschläge zu gewähren. Diese dürfen die Versicherten nicht belasten, d. h. den Eigenanteil nicht erhöhen. Zahnärzte können die Einräumung längerer Gewährleistungsfristen ihren

Patienten bekanntmachen.

Von diesen Änderungen ist eine qualitätssteigernde Wirkung zu erwarten. Gleichzeitig ist die Vorschrift notwen-

dig, um für Zahnärzte, die ihren Patienten freiwillig und verschuldungsunabhängig eine längere Garantie einräumen, Rechtssicherheit zu schaffen.“

Termine

- | | | |
|--------------------------|---------------|--|
| 13.2. | 09 h | Köln: Bundesvorstandssitzung des NAV-Virchowbundes mit DAZ-Beteiligung |
| 17.2.,
6.3., | 20 h | Berlin: Konstituierende Sitzung der Studiengruppe Berlin
Köln oder München: DAZ-NAV-Virchowbund-Struktur-Kommission |
| 20.3.,
3.4., | 09 h,
09 h | Köln: DAZ-Ratssitzung
Köln: Bundesvorstandssitzung des NAV-Virchowbundes mit DAZ-Beteiligung |
| 17./18.4., | 09 h | Köln: Arbeitstagung des NAV-Virchowbundes in Köln (voraussichtlich zum GSG) - DAZ-Beteiligung erwünscht |
| 8.5., | | Frankfurt/Main: Frühjahrstagung der VDZM (Themen: Endodontie, Zukunft der GKV) |
| 15.5., | 09 h | Köln: DAZ-Ratssitzung - parallel zu Bundesvorstandssitzung des NAV-Virchowbundes |
| 15.6. | 10 h | Mainz: Mitgliederversammlung des Deutschen Ausschusses für Jugendzahnpflege (DAJ) |
| 26.6., | 09 h | Köln: DAZ-Ratssitzung - parallel zu Bundesvorstandssitzung des NAV-Virchowbundes |
| 11.9., | 09 h | Köln: Bundesvorstandssitzung des NAV-Virchowbundes mit DAZ-Beteiligung |
| 25.9. | | Bundesweiter Aktionstag „Tag der Zahngesundheit 1993“ mit zentraler Auftaktveranstaltung in Dresden und Beteiligung des DAZ und des NAV-Virchowbundes |
| 8.-10.10.,
22.-24.10. | | Köln: DAZ-Jahreshauptversammlung (ggf. mit Symposium)
Bielefeld: 13. Bundeskongreß des Bundes der Arzt-, Zahnarzt- und Tierärzthelferinnen (Theam: „Kommunikation“) |
| 23.10., | 09 h | Köln: Bundesvorstandssitzung des NAV-Virchowbundes mit DAZ-Beteiligung |
| 12.-14.11., | | Berlin: Öffentliche Veranstaltung und Arbeitstagung der NAV-Virchowbund-Bundeshauptversammlung 1993 |

Sind Sie im Korb?

J. Hendriks

Sie sind es, um Geschlossenheit des Berufsstandes zu beweisen und damit die Verhandlungsgegner möglichst doch noch zum Einlenken zu bewegen?

Nichts wäre wirkungsvoller und daher wünschenswerter als die Geschlossenheit der Kollegen in der Durchsetzung integrierender, der Öffentlichkeit verständlicher Behandlungs- und Versorgungsformen und der dafür adäquaten Bezahlung. Doch hat das Wundermittel „Schulterschuß“ auch genügend Gewicht für einen Konfrontationskurs ohne Rückhalt wenigstens bei den Patienten/der Öffentlichkeit?

Wir vom DAZ meinen: Wenn falsche Verhandlungstaktik der Vergangenheit aus gegnerischen Zäunen Mauern gemacht hat, so kann man sich an ihnen - auch gemeinsam - nur die Köpfe einrennen.

Sind Sie im Korb, weil Sie dem ungeliebten System der gesetzlichen Krankenversicherung endlich den Todesstoß geben wollen?

Dann werden Sie berechnen haben, daß Sie persönlich dies betriebswirtschaftlich auch können. Weiterhin werden Sie die Alternativen und Perspektiven für die Zeit „nach dem Korb“, also nach Ende des jetzigen Systems ausreichend genau

einschätzen können, um sicherzugehen, daß genügend und genügend zahlungsfähige Patienten erhalten bleiben.

Wir vom DAZ haben Zweifel:

- Kann man sich auf die Geschlossenheit der Kollegenschaft in einer Situation verlassen, die einem freien Fall nicht unähnlich ist? Viele können nicht abwarten, da ihre Banken dies auch nicht tun.
- Ist das ganze Szenario ein gut geplantes Schachspiel mit sicherem Matt für den Gegner - oder steht ein Pokerspiel um die Macht bevor, in dem man die Stärke der Trümpfe noch nicht kennt? Nach einem Kampf „ums Ganze“ ist man im Falle des Untergangs der Barmherzigkeit der Sieger anheimgegeben.

Sind Sie im Korb, weil Sie die Kürzungen gerade bei uns Zahnärzten einfach als [empörendes] Unrecht empfinden?

Diese Einschätzung teilt auch der DAZ. Schließlich ist unübersehbar, daß Kostensteigerungsraten zwischen 70 % und 80 % in den übrigen medizinischen Bereichen und 94% bei den Verwaltungsausgaben der Krankenkassen eine Steigerungsrate auf dem zahnärztlichen Sektor von 4 % gegenübersteht.

Der DAZ denkt jedoch weiter:

1. Ist dies überhaupt zu ändern? Er meint: wenn überhaupt, dann nur zu einem hohen - einem unwägbaren hohen - Preis.
2. Wenn das Einsparvolumen unveränderbarer Wille aller (!) politischen Parteien ist: wie kann man zumindest die Auswirkungen dieser Kürzungen entschärfen? Hierzu siehe unten.
3. Woher kommt es, daß der zahnärztliche Berufsstand sich den „Zorn der Götter“ (Politiker) so nachhaltig zugezogen hat? Woher kommt das schlechte Image in der Bevölkerung? Bei der hohen Zahl zufriedener Patienten, die jeder gewissenhaft arbeitende Behandler sein eigen nennt, kann es doch nicht am Einzelnen, sondern an der Darstellung des Gesamtberufsstandes durch die („freien“) Verbände liegen.

Sind Sie noch nicht im Korb oder tragen Sie sich mit Absprungsgedanken, weil Sie errechnet haben, daß aufgrund der neuesten „Nachbesserungen“ das Gesetz Sie nur noch unwesentlich trifft und das Risiko „Korb“ sich für Sie nicht (mehr) lohnt?

Dann sollten Sie wissen, daß diese Nachbesserungen der kleinen Minderheit von Zahnärzten (zu denen sich auch der DAZ zählt) zu verdanken sind, die auf Schadensminimierung gesetzt hat. Sie sollten aber auch wissen, aus welchen Überlegungen heraus sich diese Gruppe zu Gesprächen mit den Politikern bereit gefunden hat; schließlich

mußte sie mit dem Vorwurf des „Streikbrechers“ ja rechnen:

- Sie tat dies aus Zweifel daran, daß es dem Gros der Zahnärzteschaft ohne GKV und KZVen wirklich besser gehen würde, denn die Frage bleibt offen, wie zahlungskräftig und -willig die Patienten letzten Endes dastehen. Es erscheint unklug, einer diesbezüglich absehbaren negativen Entwicklung auch noch mit Gewalt vorzugreifen...
- Eine weitere Einschätzung besteht darin, daß Minister Seehofer (und hinter ihm stehen alle Parteien!) am längeren Hebel sitzt. Nicht etwa, weil der Bürger in unserem Staat generell gegenüber der Politik machtlos wäre, sondern weil wir trotz offensichtlich ungerechter Behandlung kein Verständnis und keinen Rückhalt in der Bevölkerung erreichen konnten. - Aber wie auch, wenn jahrelang die Devise hieß, sich nicht in die Karten schauen zu lassen (Qualität ist selbstverständlich...); Vertrauen muß erworben werden, und eine wesentliche Voraussetzung hierzu ist nach Meinung des DAZ Transparenz!
- Ziel der Intervention gegen die ersten Gesetzesvorlagen war, die Kosteneinsparungen - sprich: Kürzungen - so zu verteilen, daß es nicht zu den avisierten 10-30 % Konkursen kommen würde. Denn die würden - sehr unverdient - gerade die kleinen Praxen der langsam und sorgfältig arbeitenden Kollegen sowie die Neugründungen mit ihren hohen Kapital-

belastungen treffen. Die vorgeschlagenen Maßnahmen (u.a. der degressive Punktwert) wurden vom FV rasch als Entsolidarisierung verteufelt. Bedenkt man aber, daß bei zunehmender Zahnarztliche der Umfang therapeutischer Notwendigkeiten und ebenso der Topf, aus dem die Kosten erstattet werden, nicht größer (sondern höchstens kleiner) werden, so erscheint eine Begrenzung der wenigen, die sich besonders große Stücke herausnehmen (25% der Zahnärzte erwirtschaften 62% des GKV-Umsatzes!) wohl eher solidarisch als eine Freiheit für diese, die den (fachlich unverschuldeten) Ruin für andere bedeutet! (Interessanterweise haben Nachuntersuchungen ergeben, daß in der Gruppe der Umsatzlöwen Verbandsfunktionäre überproportional vertreten sind.)

Der DAZ - die Opposition zum Freien Verband

Die Kritik

- Der Kampf für wirtschaftliche Vorteile und eine „freie“ - das heißt unzensurierte und unkontrollierte - Behandlungsweise konnte bei den Verhandlungspartnern nur den Geruch des blanken Gruppenegoismus hinterlassen.

Statements wie: „Qualität (und damit: Qualitätskontrolle) ist bei deutschen Zahnärzten kein Thema“ zeugen nicht nur von Arroganz (welche handwerkliche Arbeit kann ständig zu

100% mängelfrei erbracht werden, wieviele von denen, die dies hören, können sich gerade an eine herausgefallene Füllung erinnern?), sondern schlimmer noch, ihr liegt auch eine fatale politische Selbstüberschätzung zugrunde: Wo gäbe es dies, daß der Kostenträger sich jeder Kontrollmöglichkeit über die Durchführung der zu bezahlenden Leistung berauben ließe? Ein Versorgungsmonopol ruft in einem demokratischen Staat nach verantwortlicher Ausübung, nicht nach Ausnutzung desselben.

- Somit erscheint aus der Sicht des DAZ die jetzige Lage, in die die präkäre Alternative „Korb“ geboren wurde, zu einem weiten Teil vom FV selbstverschuldet (oder selbstinszeniert?). Sie gibt sich als Allheilmittel und birgt die Gefahr, Trümmer zu hinterlassen.
- Die Arbeit des FV ist (trotz und gerade wegen ihrer - einem ärztlichen Berufsstand unwürdigen - sprachlichen Aggressivität) defensiv, gekennzeichnet von einer Angst vor neuen Fragestellungen. Besonders schädlich für das Ansehen der Zahnärzte waren u.a. die langjährigen Verzögerungstaktiken und als solche durchschaubaren Lippenbekenntnisse zum Thema Prophylaxe. Die ausschließliche Bindung an den Zahnarzt als Ausführendem und vage, weil freiwillige (Obleute-)Konzepte mußten angesichts der Erfahrungen und der Erfolge des umgebenden Auslandes peinlich anmuten. Ebenso peinlich ist die

Tatsache, daß intensivere Fortbildung auf präventiv-psychologischem Bereich erst nach der (wenn auch unzureichenden) Festschreibung der Prophylaxe im Leistungskatalog als sinnvoll anerkannt wurde.

Die Alternative

- Keine falsch verstandene Solidarität mit denjenigen, die unser Image und unsere wirtschaftlichen Grundlagen zerstören:
 - durch schädliche Öffentlichkeitsarbeit,
 - durch auffällige - gegenläufige - Qualitäts- / Einkommensmerkmale und/oder Aufrechterhaltung des Zerrbildes vom „Zahnarztmillionär“
 - durch extreme Patienten- und Umsatzzahlen, die bei eigenhändiger Behandlung lege artis nicht nachvollziehbar sind.

Der „einfache“, schlicht aber verantwortungsbewußt arbeitende Zahnarzt

muß erkennen, daß er und seinesgleichen die (bisher schweigende) Mehrheit bilden!

- Wiedererlangung der Glaubwürdigkeit und der Verhandlungsfähigkeit!

Die Vertretung der Zahnärzteschaft muß antreten mit ethisch fundierten Perspektiven und mit einer echten Bereitschaft zur sozialen Verantwortung, mit dem Willen zur selbstbewußten, aber *partnerschaftlichen* Verhandlungsführung mit denjenigen, mit denen man notwendigerweise in einem Boot sitzt, und darf nicht länger von einem Geist starrer Defensivität beherrscht werden.

Das Prekäre dabei ist: aufgrund der jetzigen verfahrenen Situation kann der Weg hin zum Ziel „gutes Geld für gute Arbeit“ lang werden...

Dr. Jörg Hendriks
Graf-Ulrich-Straße 21
2960 Aurich

Ergonomie am Bildschirm-Arbeitsplatz

Am 29. Mai 1990 hat der Rat der EG die Richtlinie 90/270/EWG erlassen, um durch Verbesserungen der Arbeitsumwelt die Sicherheit und die Gesundheit der Arbeitnehmer zu schützen.

Diese Richtlinie muß bis zum 31.12.'92 in allen EG-Mitgliedsstaaten, also auch in Deutschland, in nationales Recht umgesetzt worden sein.

Sie legt unter anderem Mindestanfor-

derungen für Gerät, Umgebung und Software fest, denen nach dem 31.12.1992 eingerichtete Bildschirmarbeitsplätze genügen müssen.

Bei MartyData GmbH kann zu diesem Thema eine 29seitige Broschüre formlos und kostenfrei angefordert werden.

Interessenten wenden sich bitte an:
MartyData GmbH, z.Hd. Hr. Weindler
Haid-und-Neu-Str. 4
7500 Karlsruhe 1
Tel.: 0721 1606-595; Fax: 606-597

Nur nicht den Teppich heben!

Über Schwierigkeiten von Zahnärztekammern mit Qualitätsproblemen und kritischen Kollegen

Solange das DAZ-Forum besteht, wurde darin immer über die diversen Probleme der Zahnärzte mit der Qualität ihrer Leistungen berichtet, vor allem aber über die Schwierigkeiten, darüber wenigstens standesintern offen diskutieren zu können. Leider hat sich an der Taktik der Berufsvertretungen und Körperschaften, den Dreck unter den Teppich zu kehren, noch immer nichts geändert, wie das folgende Schreiben des Kollegen Roth aus Waldkirchen an seine Körperschaft zeigt.

Sehr geehrter Herr Kollege,

aus vielfach gegebenem Anlaß habe ich am 15.06.87 einen Leserbrief an unser offizielles Mitteilungsorgan ZM über meine, die Qualität zahnärztlicher Tätigkeit betreffende, Berufserfahrung geschrieben. Der Brief wurde nicht veröffentlicht, sondern der KZBV-Vorsitzende Wilfried Schad hat mir am 2.07.87 geschrieben, daß ihm meine Zuschrift als Zerrbild der deutschen Zahnheilkunde erscheine. Er hat sich bereit erklärt, mit mir zusammen an einem noch zu bestimmenden Ort mit je einem Kollegen Patienten zu untersuchen. Meine Antwort am 15.07.87: „Ich finde Ihren Vorschlag zu einem Experiment gut und hoffe, daß Sie dafür einen praktikablen Weg finden werden“.

Ich habe bis heute keine Antwort erhalten!

Seit gut zwei Jahren versuche ich bei der BLZK (*Bayerischen Landes Zahn-*

ärztekammer - die Red.) die gegen mich erhobenen Vorwürfe (*der öffentlichen Äußerung über die Arbeit von Kollegen - die Red.*) einer Objektivierung zuführen zu lassen. Leider ist mir dies bis jetzt noch nicht gelungen.

In Ihrem Schreiben vom 12.12.90 machen Sie mich auf die Pflicht eines Zahnarztes aufmerksam, sich in erster Linie an die Berufsvertretung zu wenden. Sie schreiben wörtlich: „Die mangelhafte Information der Berufsvertretung über die unfachliche Durchführung der zahnärztlichen Tätigkeit sollte nicht über den Umweg Presse geschehen, sondern auf direktem Weg zur Standesführung“.

In der Zwischenzeit habe ich mit Hartnäckigkeit – man findet mich sicherlich äußerst lästig – Kontakt zum neuen Präsidenten aufnehmen können.

Sie sehen, werter Herr Kollege, von mangelhafter Information der Berufsvertretung kann hier nicht die Rede sein.

Ich glaube jedoch nicht, daß mein Eindruck trügt, daß sich unsere Berufsvertretung eher um vordergründige Gewinnmaximierung kümmert, die Mahner mit allen erdenklichen Mitteln mundtot zu machen versucht, ja sogar den Begriff „Qualität“ aus ihrem Vokabular streicht (siehe EV-Beschluß des FVDZ vom 07. 12.91) und vollmundig die deutsche Zahnheilkunde als die beste der Welt propagiert, im selben Zug jedoch in der Rundfunksendung „Zahn um Zahn“ mit den Worten: „Herr Sitzmann, Sie werden sich die schlechten Zahnärzte einkaufen“ (Zitat Dr. Lichtblau), ein Gutteil an Glaubwürdigkeit verliert. Wenn dann in der anschließenden Diskussion der AOK-Chef Sitzmann feststellt: „Den mündigen Patienten gibt es nicht auf dem Zahnarztstuhl und der Versicherte kann nicht abschätzen, ob der Zahnarzt in der Lage ist, zu tun, was er ihm vorschlägt. Er kann weder Qualität noch die Wirtschaftlichkeit beurteilen“, und wenn Dr. Lichtblau anschließend „den Patienten die Qualität sofort spüren läßt“ (er spürt sie wohl, allerdings erst sehr viel später), wird die Situation für uns geradezu zur Peinlichkeit.

Ebenfalls kein Ruhmeszeichen für unseren Stand ist es, wenn in einer Debatte ein Bundestagsabgeordneter den Zahnärztesprecher (Dr. R. Gutmann) mit Vollidiot betitelt. Gemeint ist damit der ganze Berufsstand! Es ist bezeichnend für die Befindlichkeit unseres Berufsstandes, daß ein Großteil seiner Mitglieder blindlings den Rattenfängerschälmeien

der Freiverbandsrabauken nachläuft, um sich letztendlich mit ihrem löcherigen „Korb“ der allgemeinen Lächerlichkeit preiszugeben!

Ich schreibe Ihnen dies deshalb, weil mir Ihre Ermahnung über die Informationspflicht an die Berufsvertretung unter dem Vorgesagten wenig sinnvoll erscheint. Die Standesvertretung hat bisher alles unternommen, meine Information zu ignorieren (schon vor 15 Jahren) und zu unterdrücken. Die Kammer hat durch mich Kenntnis von größten Verletzungen zahnärztlicher Pflicht und von Verstößen gegen § 1 der Berufsordnung sogar in konkreten Fällen erhalten, hat aber bisher nicht die notwendigen Konsequenzen gezogen!

Wie ich Ihrem Schreiben entnehme, unterstellen Sie mir unkollegiales Verhalten, da Sie mir den §12 der Berufsordnung zu lesen empfehlen.

Die Aussagen in meinem Leserbrief dürften Sie zu einer solchen Beschuldigung nicht bewegt haben. Sie erwähnen meine Aufzeichnungen, von denen Sie nur durch Ihren Hintergrundinformanten Kenntnis haben können. Als zuständiger Standesvertreter wäre es Ihre Pflicht gewesen, in erster Linie von mir selbst Sachinformationen aus erster Hand zu holen nach dem alten Grundsatz *audiatur et altera pars!* Stattdessen sind sie den Eingebungen Ihres unseriösen Informanten auf den Leim gekrochen (elitäres Gehabe ist noch nie ein Zeichen von Seriosität – in jeder Beziehung– gewesen!)

Sie können versichert sein, daß ich alles daransetze, sämtliche Vorwürfe gegen mich exakt klären zu lassen!

Da Sie mir den §12 der Berufsordnung anempfohlen haben, den ich übrigens schon vorher kannte und an den ich mich auch halte, möchte ich auf den §1 der Berufsordnung hinweisen und feststellen, daß falsch verstandene Kollegialität leicht in Kumpanei ausarten kann und die setze ich der Hehlerei gleich, und Hehlerei ist strafbar!

Übrigens: Bisher kann ich leider meine doch so verwerfliche Feststellung von den über 90% unsachlicher zahn-

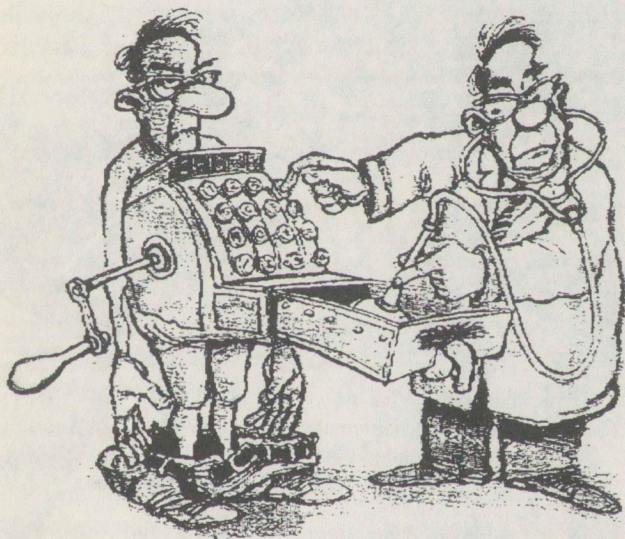
ärztlicher Leistung – wie ich 1987 geschrieben habe – nicht revidieren!

(„Eine Sauerei“, wie 2. Obmann Dr. Puttkammer, Grafenau, wiederholt äußerte. Er hat schon recht, allerdings hat er es anders gemeint!)

Arbeiten, die an einem zahnärztlichen Lehrinstitut ein Brauchbarkeitstest erhalten würden, finde ich äußerst selten, wobei ich mich keineswegs als Qualitätsfanatiker sehe!

Ich habe lediglich ein Gewissen, das sehr vielen Jüngern Apollonias völlig zu fehlen scheint.

Mit kollegialem Gruß
R. Roth

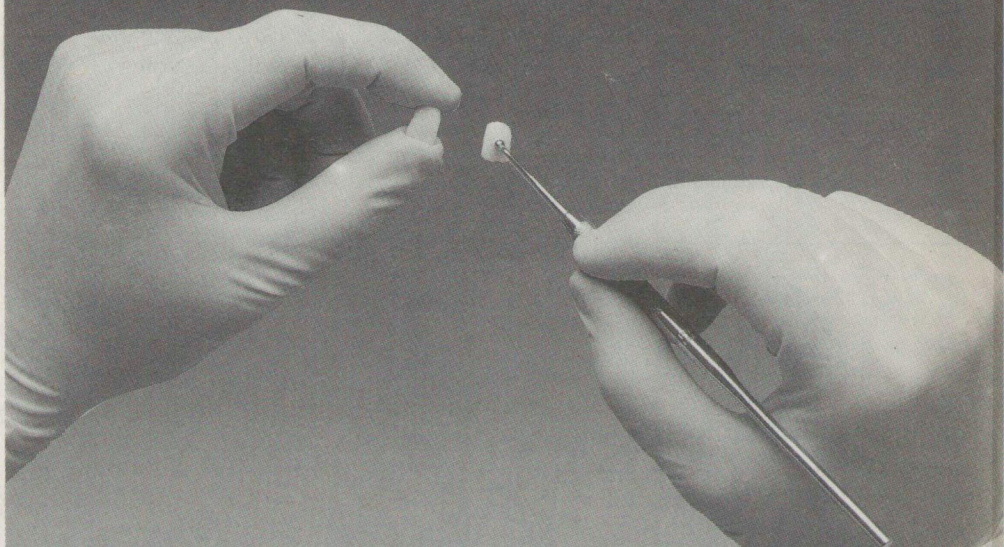


Kassenärzte? Wie krank sind die Kassen denn?
Rudolf Rolfs

ACCU-PLACER™

Die einfachsten Lösungen sind oft die besten.

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



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



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

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

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

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

Hu-Friedy
Mfg. Co., Inc.
Zweigniederlassung
Deutschland
Postfach 1380,
D-W-6906 Leimen
Tel. 0 62 24 - 97 00-0
Fax 0 62 24 - 97 00-97
oder 97 00-98



Hu-Friedy

Gibt es eine Perspektive?

L. Albers

Die nachfolgenden Zeilen wurden niedergeschrieben im September 1992, sie waren gedacht als Anregung zu einer DAZ-internen Diskussion über die Zukunftsaussichten unseres Berufes. Der Anstoß dazu erfolgte unter dem Eindruck, daß abermals Veränderungen unserer beruflichen Rahmenbedingungen anstanden, die ausschließlich finanzpolitisch motiviert und mit geradezu abenteuerlichen Wechselspielen in Szene gesetzt wurden.

Die zahnärztliche Berufsvertretung war blockiert, der Freie Verband erwartete den Nachweis seiner jahrelang vorgetragenen Prophezeiung vom zwangsläufigen Kollaps unseres Versorgungssystems. Vertreter des DAZ haben zusammen mit anderen versucht, durch Gespräche im Gesundheitsministerium die größten Einschnitte abzuwenden. Auch ihnen blieb - wie so vielen Ständevertretern vorher - nichts anderes übrig, als lediglich zu reagieren auf neugesetzte finanzielle Rahmenbedingungen. Es gelang immerhin, die Individual-Prophylaxe auszudehnen und bessere Möglichkeiten des Helferinneneinsatzes zu sichern. Insgesamt blieb es aber bei einem weiteren Kostendämpfungsgesetz.

Als größtes Problem im Zusammenhang mit den diesmal verfügbaren Veränderungen muß das Fehlen einer Perspektive angesehen werden. Der meistgeäußerte Kommentar lautet: „In zwei bis drei Jahren stehen wir wieder vor der gleichen Situation“. Es besteht ein Defizit an Konzepten, die den Interessen aller Beteiligten Rechnung tragen. Vielleicht bleibt ja doch für die Berufsverbände noch etwas Zeit, um eine ernsthafte Diskussion zu führen und eigene Vorstellungen einzubringen. Im DAZ sollte sie jedenfalls möglich sein.

1. Situationsbeschreibung:

1.1. Die Kosten des gesetzlich geregelten Gesundheitswesens steigen seit vielen Jahren so schnell, daß die Versicherer und damit auch die Politiker Kostendämpfungsmaßnahmen für unumgänglich halten. Andere weisen darauf hin, daß der Anteil am Bruttosozialprodukt sich seit zwanzig Jahren nur unwesent-

lich geändert habe. Im Jahre 1991 sind die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherungen insgesamt um 10,5 % gestiegen, der Grundlohn je Mitglied (ohne Rentner) hingegen nur um 5 % (Zahnärztliche Behandlung 10,1 %, Zahnersatz 13,7 %).

1.2. Die Zahlen sehen für den Bereich zahnmedizinische Versorgung völlig

anders aus, wenn man sie auf eine Zehn-jahresbasis stellt. So ist der Kostenschub, bezogen auf die Jahre 1981 bis 1991, zweifellos nicht durch den zahnmedizinischen Sektor verursacht worden.

1.3. Versicherer und Politiker konnten in der Öffentlichkeit Verständnis dafür gewinnen, daß Kostendämpfungsmaßnahmen zu Lasten „der Ärzte“ gehen müßten. Die Begründung stützt sich in erster Linie auf das durch die Statistik ausgewiesene hohe Einkommen dieser Berufsgruppe. Zum zweiten wird angeführt, daß aus Gründen der Gerechtigkeit auch die „Anbieter“ Abstriche hinnehmen müßten, wenn die Versicherten durch höhere Beiträge und Eigenbeteiligungen belastet werden. Nur hilfsweise wird die Struktur des Gebührenverzeichnisses bemüht. Wäre man in dieser Hinsicht wirklich engagiert, hätte man längst die GOZ 88 auch auf die kassenzahnärztliche Versorgung übertragen, notfalls gegen den Widerstand der Vertragspartner.

1.4. Die aktuellen Kostendämpfungspläne sehen eine lineare Beschneidung der Einkommen aller Zahnärzte vor. Sie setzen an in den Bereichen, in denen bereits mehrfach Abstufungen erfolgt sind (ZE und KFO). Die Basis dafür ist weiterhin die einzige größere unabhängige Studie zur Struktur der zahnärztlichen Leistungen („Dänen-Studie“). Die weiteren Maßnahmen sind die Plafondierung der Gesamtleistungen der GKV und die Schaffung der Befugnis

zum unmittelbaren Eingriff in die Tarifgestaltung durch das Gesundheitsministerium bzw. die Sozialminister.

1.5. Die politische Auseinandersetzung hat durch diese Pläne in einem Maße an Heftigkeit zugenommen, daß einvernehmliche Lösungen kaum mehr zu erwarten sind. Die Konfliktbereitschaft ist bei allen Beteiligten in einer geradezu dramatischen Weise angewachsen. Diese „Bereitschaft zum Kampf“ ist gewachsen vor dem Hintergrund einer über viele Jahre ständig wiederholten Litanei von der Schlechtigkeit unseres Gesundheitssystems durch den Freien Verband Deutscher Zahnärzte. Sie wurde genährt durch zahlreiche, sich mehrende Ungereimtheiten, Ärgerlichkeiten und Zumutungen: z.B. der Anstieg der Verwaltungsaufgaben, die mangelhafte Bewertung einzelner Leistungen, die Unzulänglichkeiten bei Gutachtern und Prüfinstanzen, das Fehlen von Behandlungsstandards, die dürftigen Ansätze im Bereich der Prophylaxe, die Unfähigkeit, fachliche Notwendigkeiten in Verträge umzusetzen (PAR) u.a.m.

Art und Weise der Auseinandersetzungen blockieren oder verzögern seit längerer Zeit immer wieder notwendige Sachentscheidungen der Selbstverwaltungsgremien.

Vor diesem Hintergrund ist es nur schwer vorstellbar, daß die zahnärztlichen Repräsentanten in den KZVen diese nun wirklich massiven Eingriffe seitens der Politik hinnehmen und umzusetzen bereit sein könnten. Auch wer

objektiv genug ist, einzugestehen, daß sehr viele Probleme der aktuellen standespolitischen Situation von zahnärztlichen Standesvertretern mitverschuldet sind, muß wohl zumindest für konsequent halten, wenn nach Inkrafttreten der ministeriellen Pläne etliche die Mitarbeit in der KZV einstellen.

1.6. Es ist auch in anderen Berufssparten schwierig, zu „gerechten“ Leistungsbesserungen zu gelangen. In unserem Bereich ist es ersichtlich nicht gelungen und wird vermutlich auch nicht erreichbar sein. (Daß beispielsweise der Wert der Leistung „Füllung“ lediglich von der Zahl der tangierten Flächen abhängig gemacht wird, ist ja schon problematisch genug.)

Da nun aber durch den Zwang zu Vereinfachungen und Pauschalierungen im Honorarsystem der Gesetzlichen Versicherungen „Mängel“ zwangsläufig sind, muß es möglich sein, sogenannte überbewertete Positionen zu belassen, wie es erforderlich ist, als unwirtschaftlich eingestufte Leistungen zu ertragen. Dies ist jedoch nur vorstellbar, solange die Beteiligten vom allseitigen Nutzen einer leidlich vertrauensvollen Zusammenarbeit überzeugt sind.

Das sogenannte (Honorar-)Mischsystem ist in der Vergangenheit einerseits immer wieder beklagt, andererseits aber auch nach Kräften ausgenutzt worden. Auch in diesem Zusammenhang spielte die Schwarzmalerei des FVdZ eine Rolle. Die Versuche der Politik, hier im Laufe der Zeit zu einer gerechten

Ordnung zu kommen, sind zwar löblich und auch notwendig. Ein allseits befriedigendes Ergebnis ist aber wohl nicht zu erwarten, zumindest dann nicht, wenn sie stets unter festen Sparauflagen eingeleitet werden.

1.7. Das Anwachsen der Zahnärztezahl, die Altersstruktur der Bevölkerung, der fachliche Fortschritt, alles zusammen wird dazu beitragen, daß die Kosten weiterhin überproportional ansteigen.

1.8. Es war zu keiner Zeit möglich, allen Menschen alle Errungenschaften der Medizin zukommen zu lassen. So hat es, man mag es beklagen, immer eine „Mehr-Klassen-Medizin“ gegeben. Der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherungen war vergleichsweise umfassend, aber es waren z.B. die Einlage-Füllungen zu keinem Zeitpunkt sog. Kassenleistungen. Was ist „notwendig“, was „ausreichend“, wurde zu verschiedenen Zeiten unterschiedlich definiert. Andererseits gab es und gibt es auch noch für spezielle Fälle notwendige Maßnahmen, die nicht zu den Pflichtleistungen gehören (z.B. funktionstherapeutische Maßnahmen bei Arthropathie).

1.9. Aus diesem Grund kann es nicht wünschenswert sein, den Gesetzlichen Krankenkassen definitiv die Möglichkeit zu verbieten, sich an vertraglich nicht geregelten medizinischen Leistungen zu beteiligen. Die fachliche Entwicklung wird zunehmend die Indika-

tionsstellung zugunsten von funktionsanalytischen, kieferorthopädischen und implantologischen Leistungen verschoben. Parallel dazu wird es Gerichte geben, die „entscheiden“, daß ganz bestimmte Fälle nur mit Hilfe dieser Disziplinen gelöst werden können.

1.10. Die Kompetenz der politischen Parteien auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik ist eher bescheiden. Deutlich wird das an der personellen Ausstattung aller Parteien ebenso wie an ihren Programmen. Dies steht im auffälligen Kontrast zur Meinung der Menschen darüber, welches die wichtigsten Dinge im Leben sind.

1.11. Bereits 1986 hat eine Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesversammlung gefordert, das bestehende System aufzugeben, „weil es mit dem Menschenbild des autonom entscheidenden und eigenverantwortlichen mündigen Bürgers unvereinbar sei“. Daß damit auch das „miserere“ für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen angestimmt wurde, haben vermutlich nicht alle Delegierten überblickt.

Auf der anderen Seite wird von der SPD und von Gewerkschaften seit Jahren gefordert, den Gesetzlichen Krankenkassen mehr Mitsprache und größere Kompetenz zu verschaffen. Bereits 1973 hatte der damalige Staatssekretär Wolter gefunden, daß die „Aufrechterhaltung des monopolartigen Sicherstellungsauftrages der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen nichts mehr zu tun hat mit den sozialpolitischen Absichten“.

1.12. Die wesentlichsten Aspekte sind:

- I. Die psychologische Verfassung aller am Gesundheitssystem Beteiligten ist schlecht: Es gibt keinen Grundkonsens über die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Weiterentwicklung. Gerade darauf ist aber das bestehende System angewiesen. Ohne gemeinsame Anstrengungen ist auch eine Eindämmung des Kostenanstiegs nicht möglich, hatte schon die damalige Gesundheitsministerin Focke befunden.
- II. Die Kosten werden auf absehbare Zeit weiter überproportional steigen.
- III. Der gesamtgesellschaftliche Verteilungskampf wird die Problematik des Gesundheitswesens in Zukunft ehernoch verstärkt überlagern. Wenn z.B. der Bundeskanzler nicht in der Lage ist, einzugestehen, daß für den Eingliederungsprozeß der neuen Bundesländer eben doch Steuererhöhungen notwendig sind, oder wenn die sehr sinnvolle Pflegeversicherung eingeführt wird, hat das Einfluß auf die Mittel, die für das Gesundheitswesen verfügbar sind.

2. Konsequenzen

2.1. Die aktuellen Pläne zur Kosteneinsparung sehen eine Abstufung bestimmter Leistungen vor und eine Begrenzung des Honorarvolumens insgesamt. Auf diese Weise werden nur scheinbar alle Zahnärzte gleichermaßen betroffen sein, wie eben auch nur schein-

bar alle Zahnärzte zu den Großverdienern gerechnet werden können.

Unter den abgestuften Leistungen befinden sich solche, die bereits heute nicht mehr wirtschaftlich vertretbar zu erbringen sind, sofern man sie den Regeln entsprechend ausführt und eine neuzeitliche Praxis betreibt. In der Zukunft wird es geradezu unsinnig sein, sie auszuführen (Beispiel: Einzelkrone).

Diese Pläne lassen die extrem unterschiedlichen Einkommensverhältnisse unter den Zahnärzten außer acht. Sie führen damit zunächst zu einer sehr starken Solidarisierung aller Zahnärzte im als legitim empfundenen Abwehrkampf gegen solche „ungerechten“ Maßnahmen seitens der Politiker.

Der zweite wesentliche Eingriff, die Begrenzung des Honorarvolumens (bei steigender Zahl der Zahnärzte), bedeutet ein weiteres Absinken der Einkünfte in den nächsten Jahren. Die Einzelleistungsvergütung ist damit prinzipiell aufgegeben worden. Dieses zu akzeptieren kann von keinem Standespolitiker erwartet werden.

2.2. Weitere Elemente des Programms der Bundesregierung zielen unzweifelhaft auf eine Beschneidung der Selbstverwaltung. Daß unsere Berufsvertreter nicht unschuldig sind an dieser Entwicklung, steht außer Frage. Der Mangel an Kooperationsbereitschaft seitens vieler Standespolitiker hat zu harten Frontstellungen geführt. Im Grunde hat es stets zwei Strömungen gegeben: Einige der Standesvertreter waren auf

Interessenausgleich und gemeinsame Weiterentwicklung des Systems aus (manchmal erst, nachdem sie ihre Ämter einige Zeit besetzt hatten), während andere von vornherein eine destruktive Haltung einnahmen und ihre Feindbilder über die Jahre gepflegt haben.

Die Handlungsmöglichkeiten der KZVen sind mit den Gesetzesvorlagen jedenfalls drastisch reduziert. Man kann es keinem der dort Tätigen verdenken, wenn er unter diesen Prämissen seine Bereitschaft zur Mitarbeit überdenkt.

2.3. Ob nun die „Korb“-Idee realisiert werden kann oder nicht, es wird in Zukunft eine erheblich größere Zahl von Zahnärzten geben, die ohne Kassenzulassung arbeiten werden. Die Versicherungswirtschaft wird sich darauf einstellen.

2.4. Möglicherweise langsam, aber doch wohl unvermeidlich wird sich eine Aufteilung in Grund- und Wahlleistungen einbürgern bzw. eine engere Definition der als „notwendig“ angesehenen Sachleistungen ergeben. Der Zwang zur Harmonisierung innerhalb der EG wird dies beschleunigen. Den Krankenkassen die Zuzahlung zu außervertraglichen - im Einzelfall möglicherweise aber erforderlichen und vielleicht auch einklagbaren - Leistungen per Gesetz zu verweigern, zielt im Grunde ebenfalls in diese Richtung.

2.5. Der Abbau der Kompetenzen der zahnärztlichen Körperschaften (KZVen) wird einhergehen mit einem Kompetenz-

zuwachs nicht nur für das aufsichtführende Ministerium, sondern auch für die Gesetzlichen Krankenkassen. Das Sicherstellungsmonopol der KZVen wird nicht mehr lange Bestand haben.

3. Politische Zielsetzung oder „was ist wünschbar und machbar“?

Es gilt, 1. der breiten Bevölkerung eine „zweckmäßige und ausreichende“ Versorgung zukommen zu lassen, unabhängig von ihren finanziellen Möglichkeiten. 2. sollen Qualitätsverbesserungen und Innovationen in der Zahnmedizin ungebremst möglich sein. Die Möglichkeiten der zahnmedizinischen Versorgung sollen überall bereitgestellt und genutzt werden können. 3. soll den Zahnärzten die Therapiefreiheit erhalten und eine angemessene, d.h. nach Möglichkeit leistungsgerechte Vergütung zuteil werden.

A. Die erste Forderung ist nur mit einer radikalen Neugestaltung der Jugendzahnpflege zu erreichen. (Die Reihenfolge bedeutet Gewichtung.) Kollektivprophylaxe, Gruppenprophylaxe und Individualprophylaxe sind nach skandinavischen und schweizer Vorbildern aufzubauen. Im Öffentlichen Gesundheitsdienst muß selbstverständlich auch die direkte Behandlung von Kindern möglich sein. Es ist armselig, den breitgefächerten Einsatz von nicht-akademischen Mitarbeitern behindern zu wollen: Zahnmedizinische Fachhelferinnen und ggf. angeleitete „Putz-Muttis“ hätten ein reiches Betätigungsfeld. Dieses

durchzusetzen ist Aufgabe der Politik, der Parlamente und der Ministerien. Daß Zahnärzterevertreter lange genug mit Kompetenzansprüchen Blockade betrieben haben, ist ein besonders unerfreuliches Kapitel der geschichtlichen Entwicklung des Gesundheitswesens in Deutschland.

Nur auf dieser Basis ist es gerechtfertigt und dann auch sinnvoll, den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen zu reduzieren.

Nach Abschluß der Betreuung durch gesetzlich geregelte Jugendpflegeprogramme müßte jeder die Möglichkeit haben, zusätzlich zur Grundrisikoabsicherung Zusatzversicherungen abschließen zu können. Diese könnten natürlich auch im Rahmen der Gesetzlichen Versicherungen selbst angeboten werden.

B. Die Krankenkassen sollten die Möglichkeiten erhalten, Verträge mit einzelnen Zahnärzten oder Gruppen abzuschließen (Einkaufsmodell). Da diese Regelung ohnehin zu erwarten ist, wenn die „Korb“-Pläne umgesetzt werden, wäre es nur sinnvoll, diese Möglichkeit sozusagen anzubieten und auf die Modalitäten Einfluß zu nehmen.

Der Medizinische Dienst ist im Aufbau, seine Funktionen werden zunehmen. Es ist zweckmäßig, ihn zu fördern, statt ihn zu diffamieren. Allen wäre gedient, wenn möglichst qualifizierte Kollegen in dieser Einrichtung ihre Arbeit verrichteten. Es gibt keinen seriösen

Grund, den Versicherungen den Zugriff auf das Fachwissen zu verwehren.

Den Krankenkassen sollte es ermöglicht werden, feste Einrichtungen zur unmittelbaren zahnmedizinischen Versorgung zu betreiben. Dabei wären gesetzliche Auflagen erforderlich, die festlegten und über unabhängige Kontrollinstanzen (z.B. Landesrechnungshöfe) sicherstellten, daß für die Behandlung in diesen Einrichtungen kein größerer finanzieller Aufwand pro Leistung erfolgt als im Rahmen der vereinbarten Vergütungen durch Vertragszahnärzte. Anders gesagt, die Vergütung der Vertragsleistungen müßte den Aufwendungen innerhalb dieser Einrichtungen entsprechen.

Es wäre wünschenswert, daß den Mitgliedern der Krankenkassen in jedem Fall Behandlungskosten in der Höhe der Vertragsgebühren erstattet werden.

C. Die Zahnärzte hätten grundsätzlich fünf verschiedene Möglichkeiten der Berufsausübung:

1. Als Beamter oder Angestellter im Öffentlichen Gesundheitsdienst mit einem dann deutlich erweiterten Wirkungsspektrum.
2. Als angestellter Mitarbeiter einer festen Einrichtung der Krankenkassen.
3. Als angestellter Zahnarzt in der Praxis eines Kollegen.
4. Als vertraglich gebundener selbständiger Zahnarzt in eigener Praxis.
5. Als ausschließlich auf privater Basis tätiger Zahnarzt.

So komprimiert und größtenteils schlagwortartig, wie diese Zusammenstellung hier steht, sollte natürlich ein wirkliches Konzept nicht aussehen. Dazu wäre es erforderlich, intensiver in die Diskussion einzusteigen und auch die Realisierungschancen stärker zu berücksichtigen. Der Versuch, zu einem zukunftsorientierten Gesamtkonzept zu gelangen, erscheint mir aber sinnvoll:

1. Es ist eigentlich unwürdig, immer nur auf Kostendämpfungs-Gesetze zu reagieren und sich womöglich dafür mißbrauchen zu lassen, anderen zu erklären, welche medizinischen Leistungen vielleicht entbehrlich seien für die Allgemeinheit.
2. Die offiziellen Standesvertreter haben im Grunde nichts anzubieten, was für andere beteiligte Gruppen von Wert wäre. Es ist erkennbar für alle, daß in der Vergangenheit durch sie vielfach nur Blockade betrieben worden ist. Derzeit blockieren sie sich selbst.
3. Mit einer solchen oder ähnlichen Zielvorstellung, die ggf. ruhig idealtypischen Charakter haben könnte, also sich nicht primär an der Realisierbarkeit ausrichtete, wäre sehr viel deutlicher Profil zu gewinnen und schneller und sicherer auf aktuelle politische Fragen einzuwirken.

*Dr. Lutz Albers
Taubenstraße 8
2900 Oldenburg*

Amalgamabscheider - Absauganlage: Wohin führt die Entwicklung?

Vorschläge eines Fachmannes für eine zweckentsprechende und kostengünstige technische Ausstattung

J. Slaby

Die Diskussion um Amalgamabscheider ist noch in vollem Gange, da zeichnet sich schon ein weiteres Projekt ab, das einschneidende Belastungen für den betrieblichen Ablauf und das Budget einer Praxis bringen wird - die Absauganlage!

Aufmerksame Zuhörer von Referaten über Amalgamabscheider werden bemerkt haben, daß die beim Herausbohren von Amalgamfüllungen entstehenden und abgesaugten Quecksilberdämpfe bereits diskutiert werden und eine Behandlung der Abluft aus Absauganlagen ins Auge gefaßt wird.

Seit einigen Jahren hat jeder Zahnarzt die Möglichkeit, Quecksilberdämpfe in seiner Praxis durch ein einfaches Verfahren messen zu lassen, wovon rege Gebrauch gemacht wurde. Dabei wurden auch Messungen im und in unmittelbarer Nähe des Mundes von Patienten bei Zahnbehandlungen und in der Abluft der Absauganlagen durchgeführt. Die in der Abluft gefundenen Meßwerte lagen in allen Fällen unterhalb des Meßbereiches des verwendeten Meßinstrumentes, also unterhalb von 1 Mikrogramm pro Kubikmeter Luft. Ebenso

wurden Meßwerte in der Mundhöhle und in bis zu 20 cm Abstand von dieser erhoben. Die Meßwerte werden in Mikrogramm pro Kubikmeter Luft dargestellt. Beim Absaugvorgang wird das geringe Luftvolumen der Mundhöhle mit seinem Quecksilberdampfgehalt und eine große Menge unbelasteter Umgebungsluft miteinander vermischt, so daß als Folge Quecksilberdampf in der Abluft der Absaugmaschine mit herkömmlichen Instrumenten nicht mehr nachzuweisen ist.

Die Forderung nach einem Verbot der Ableitung unbehandelter Abluft aus zahnärztlichen Absaugmaschinen wegen des möglichen Quecksilberdampfgehaltes käme dem gleich, wenn man einem Amalgamfüllungsträger das Ausatmen während des Kaugummikauens, bei dem laut wissenschaftlichen Berichten ebenfalls meßbare Quecksilberdämpfe entstehen, untersagen würde. Rechtzeitiges Einmischen in die begonnene Diskussion und eine sachliche Argumentation sollte einer eventuellen Forderung der Behandlung der Abluft aus zahnärztlichen Behandlungsanlagen entgegenwirken.

Die Diskussion über den Quecksilbergehalt in der Abluft der Saugmaschinen in Zahnarztpraxen ist jedoch nur ein Teilaspekt des Problems. Schwerer wiegen die Argumente, die aus hygienischer Sicht für eine Behandlung der Abluft ins Feld geführt werden. Eine Sorge soll bei dieser Gelegenheit zum Ausdruck gebracht werden: die Sorge, daß in manchen Praxen die Abluft aus der Absaugmaschine nicht nach außen, sondern in denselben Raum, in dem sich die Absaugmaschine befindet, geleitet wird. Bei zuletzt diesbezüglich gezielt untersuchten Zahnarztpraxen war dieser Umstand in 25 % der Fälle feststellbar. Es ist zu erwarten, daß bei einer repräsentativen Untersuchung dieser Prozentsatz erheblich sinken wird, jedoch wird sich nicht feststellen lassen, daß es sich um absolute Ausnahmen handelt. In diesen Fällen besteht hohe Wahrscheinlichkeit, daß die Abluft mit pathogenen Keimen belastet ist und Patienten mit ihr in Berührung kommen.

Auf Absauganlage und Amalgamabscheider bezogene Hygiene war ein Thema auch anläßlich der 22. Sitzung des Deutschen Arbeitskreises für Hygiene in der Zahnarztpraxis (DAHZ) am 21. und 22. Juni 1991. In dem anschließend veröffentlichten Bericht heißt es wörtlich:

„Zukünftig - und das ergab auch das erwähnte Gespräch mit Walter Dürr - ist mit einem erhöhten Aufmerksamkeitsgrad der einschlägigen amtlichen Institutionen zu rechnen, wobei im schlimm-

sten Fall mit einem Verdacht in Richtung HIV- oder HBV-Infektionsursache gerechnet werden muß.“

Ab wann mit diesem erhöhten Aufmerksamkeitsgrad gerechnet werden muß, wird davon abhängen, wann und mit welchem Nachdruck interessierte Kreise die genannten amtlichen Institutionen für das Thema sensibilisieren werden. Bei hygienischen Beurteilungen von zahnärztlichen Absauganlagen und Amalgamabscheidern wird mit absoluter Sicherheit die Ableitung der Abluft aus Absauganlagen in einen begehbaren Raum mit oder ohne Kompressor zu massiven Beanstandungen führen. Die Ingangsetzung eines Horrorszenarios, ähnlich der öffentlichen Amalgamdiskussion, wird dann nicht auszuschließen sein. Vorbeugend sollten alle Praxisinhaber die Abluftführung der Absauganlage selbst überprüfen oder sich von ihrem Depottechniker erläutern lassen und bereits vor Beginn der sich abzeichnenden Diskussion erkennbare Mängel abstellen lassen.

In der Ankündigung des DAHZ, ein praxisgerechtes Konzept für die hygienische Wartung von Absaug- und Amalgamabscheideanlagen zu erarbeiten, kann auch die Chance liegen, einer Fehlentwicklung Einhalt zu gebieten. Gemeint ist das Bestreben, Geräte, die nur mittelbar zur Zahnbehandlung gehören wie Luft-/Wasserseparatoren (z.B. Separierautomatiken) und Amalgamabscheider, in jede Behandlungseinheit

zu integrieren. Niemand käme heute auf die Idee, einen Kompressor oder eine Absaugmaschine in die Behandlungseinheiten einzubauen. Ziel sollte es sein, so viel Platz wie möglich um den Patienten für das Behandlungsteam zu schaffen, was durch die Integration solcher technischer Einrichtungen entscheidend verhindert wird. Die Vorteile, möglichst viele Aggregate aus dem Behandlungsbereich auszulagern und in einem Geräte-raum unterzubringen, liegen auf der Hand.

Es darf an dieser Stelle daran erinnert werden, welche Folgen die Einführung der Separierautomatik und die Tatsache, daß diese jahrelang von der überwiegenden Anzahl der Hersteller in Behandlungseinheiten eingebaut wurde, hatte. Kaum ein Gerät in Zahnarztpraxen hat durch mehr oder weniger regelmäßige Störungen so viel Ärger und Kosten durch ständige Reparaturen bereitet wie die Separierautomatik, wobei nicht verschwiegen werden soll, daß bisweilen auch unzureichende Pflege zu Ausfällen beigetragen hat. Vergegenwärtigt man sich, welches Medium durch die Separierautomatik und/oder Amalgamabscheider behandelt wird, wird verständlich, daß Geräte mit filigranem Aufbau, der für die Integration in Behandlungseinheiten Voraussetzung ist, sehr pflegeintensiv und kompliziert sein müssen. Bei Konzepten für eine zentrale Lösung könnten die Geräte wesentlich robuster und dadurch störunanfälliger gebaut werden, da in

den Geräteräumen ausreichend Platz vorhanden ist und weniger Ansprüche an die Optik und Akustik gestellt werden. Des weiteren sind zentrale Lösungen in aller Regel wesentlich kostengünstiger als Einzelplatzlösungen.

Hersteller von Behandlungseinheiten argumentieren natürlich überwiegend für Einzelplatzlösungen, weil diese, wenn sie in der Einheit enthalten sind, den Verkaufserlös erhöhen. Für den Zahnarzt bedeutet das aber, daß er für eine zusätzliche Handelsspanne zahlen muß. Der Weg „Hersteller von Separatoren → Hersteller der Behandlungseinheiten → Dentaldepot → Zahnarztpraxis“ ist eben kostenintensiver als der Weg „Hersteller von Separatoren → Dental Depot → Zahnarztpraxis“.

Gerade deshalb wird von interessierten Kreisen vielfach gegen zentrale Separationslösungen argumentiert. Bei den vom DAHZ genannten Informationsquellen (Dürr, KaVo) ist nicht verwunderlich, daß der Bericht über die Sitzung teilweise die Verkaufsargumentation dieser Firmen enthält. Die Ankündigung jedoch, daß weitere Detailinformationen notwendig sind und eingeholt werden, läßt hoffen. Den genannten Informanten des DAHZ kann nicht verübelt werden, daß sie die Vorteile von zentralen Lösungen nicht ausreichend deutlich machen, da sie selbst ja Einzelplatzlösungen anbieten. Wer würde schon, wenn er gefragt würde, gegen eigenes geschäftliches Interesse argumentieren?

Nachfolgend wird versucht, die wesentlichen Argumente gegen zentral einsetzbare Lösungen für Luft-/Wasserseparierungen einer näheren Betrachtung zu unterziehen.

Es wird behauptet, daß die Absauganlage bei Vorhandensein von Separier-elementen in den Behandlungseinheiten aus hygienischer Sicht am leichtesten beherrschbar ist. Das Gegenteil ist der Fall!! Dieses liegt darin begründet, daß zwischen dem, was ein Gerät leisten soll, und dem, was es tatsächlich leistet, eine erhebliche Lücke klafft. Im Falle der Einzelplatzseparierelemente wird davon ausgegangen, daß durch die Vakuumleitungen zum zentralen Saugmotor im Anschluß an die Separierelemente nur trockene Luft fließt. Tatsächlich kommt es aber zu Flüssigkeitsverschleppungen, wodurch nicht wenige Saugmaschinen, in die auf diese Weise Flüssigkeit gelangt ist, ausfallen. Deshalb hat man seit einiger Zeit den Saugmaschinen zum Schutz sogenannte Kondensatabscheider vorgeschaltet. Die Beschaffenheit der aus dem Kondensatabscheider austretenden Flüssigkeit ist mindestens mit „eklig“ zu bezeichnen und läßt einen deutlichen Schluß auf den inneren Zustand der Vakuumleitungen zu. Gezielte Pflege- und Desinfektionsmaßnahmen für diese Leitungen sind unbekannt - wohl auch nicht möglich.

In diesem Zusammenhang muß bemängelt werden, daß die aus den Kondensatabscheidern austretende Flüssigkeit teils in offenen Gefäßen aufge-

fangen wird oder, falls sich die Menge noch in Grenzen hält, auf den Boden im Geräteraum tropft, von wo sie zum Teil verdunstet. Die Qualität der vom Kompressor, der bekanntlich meistens in der Nähe der Absaugmaschine steht, angesaugten Luft dürfte hierdurch für die Anwendung in einem medizinischen Bereich kaum geeignet sein.

Als weiteres Manko ist zu werten, daß der durch die Flüssigkeitsverschleppungen im Inneren der Vakuumleitungen zwangsläufig entstehende Bakterienrasen bei längerem Praxisstillstand (z.B.: Urlaub) austrocknet und versprödet. Bei Wiederaufnahme des Praxisbetriebes werden flockenförmige Partikel des Bakterienrasens mit dem Saugstrom fortgerissen und mit der Abluft der Saugmaschine abgeleitet. Auch aus dieser Sicht ist der Ort, an den die Abluft geleitet wird, von einiger Bedeutung. Unter hygienischen Gesichtspunkten ist es vorteilhafter, wenn möglichst das gesamte Vakuumleitungsnetz regelmäßig und gezielt mit Pflege- und Desinfektionsmitteln behandelt werden kann. Zentrale Lösungen bieten die Möglichkeit hierzu.

Als gewichtiges Argument gegen zentrale Separationstechniken wird die Gefahr von Ablagerungen im Rohrsystem genannt. Dieses Argument läßt sich anhand konkreter Fälle zunächst bestätigen. Jedoch sollten, anstatt daß man dieses Faktum als unausweichlich akzeptiert, die Ursachen hierfür ergründet und Abhilfe geschaffen werden. Eine

wesentliche Ursache für Ablagerungen in den Saugleitungen ist, daß bis vor einiger Zeit bei zentralen Separiersystemen (z.B.: Sekrettöpfe, Wasserringpumpen, usw.) überwiegend ein Aerosol, bestehend aus Blut, Sekret und Spraywasser, abgesaugt wurde – von der Wasserzuführung durch Pflegemaßnahmen einmal abgesehen. Wegen der relativ geringen Menge und der zum Teil hohen Viskosität der flüssigen Bestandteile wurde das Gemisch oft nur schleppend durch die Leitungen transportiert, was zu einem Verteilungseffekt auf der Innenfläche der Rohre führte. Pflegemaßnahmen konnten anschließend nicht mehr zum Abbau der Ablagerungen beitragen. Überdies wurden verbreitet Pflege- und Desinfektionsmittel verwendet, die eine klebrige Oberfläche hinterließen, wodurch die Ablagerungen gefördert wurden.

Eine Verbesserung trat ein, als Prof. Daschner (Freiburg) Hinweise auf ein im Haushalt übliches Spülmittel gab und zur Pflege und Reinigung von zahnärztlichen Absauganlagen empfahl. Was immer auch von diesen Hinweisen zu halten ist, so muß festgestellt werden, daß Prof. Daschner kein schaumbildendes Waschmittel zur Reinigung von Absauganlagen empfohlen hat. Seine Empfehlung bezog sich auf ein nichtschäumendes Granulat, wie es in Geschirrspülautomaten verwendet wird. Zahnärzte, die seinen Vorgaben gefolgt sind, haben positive Ergebnisse erzielt. Andere, die die Empfehlung falsch in-

terpretiert und ein schäumendes Mittel verwendet haben, bekamen massive Schwierigkeiten mit der Absauganlage und waren der Häme der Hersteller der herkömmlichen Mittel ausgesetzt. Der Vorteil des nichtschäumenden Geschirrspülgranulates liegt darin, daß es sich im Wasser relativ schwer auflöst, jedoch über eine gute Reinigungswirkung verfügt. Wird nun eine Lösung mit un- oder nur angelösten Partikeln abgesaugt, sorgt die Flüssigkeit für ein Auflösen bestehender Beläge, wobei die festen Partikel zusätzlich eine mechanische Reinigung der inneren Rohroberflächen bewirken. Diesen Umstand hat sich ein Lieferant zunutze gemacht, indem er ein pulverförmiges Pflegemittel speziell für zahnärztliche Absauganlagen mit recht zufriedenstellender Reinigungswirkung auf die Absaugleitung anbietet. Inwiefern saubere Leitungen einer zusätzlichen Desinfektion bedürfen, mag der weiteren Diskussion überlassen bleiben. Allein durch die Anwendung der pulverförmigen Mittel lassen sich Ablagerungen in den Rohrleitungen weitgehend verhindern. Darüber hinaus haben findige Zahnärzte Reinigungsmittel, die an sich für andere Anwendungen (z.B.: Leitungssysteme in Brauereien, Schläuche für Dialysegeräte, milchführende Leitungen in landwirtschaftlichen Betrieben usw.) gedacht waren, entdeckt, die sie mit Erfolg zur Pflege und Reinigung ihrer Absauganlage benutzen.

Eine ganz andere Methode zur Verhinderung von Ablagerungen in den

Vakuundleitungen besteht darin, die Wassermenge zu erhöhen und die Transportgeschwindigkeit zu steigern, indem die Speischalen an die Absaugleitung adaptiert werden. Dabei gilt es, die Geräusentwicklung über die Speischale beim Absaugen zu vermindern. Seit einiger Zeit sind Speischalenschlußventile auf dem Markt, die diese Voraussetzung erfüllen.

Wenn man diese Techniken berücksichtigt, läßt sich eine zentrale Separation ohne Ablagerungen erreichen, egal, ob die Vakuundleitungen nun in den Keller unter der Praxis geführt werden oder ob alle Geräte sich auf derselben Etage befinden.

Dem aufmerksamen Leser wird klar geworden sein, daß, wenn ein zentrales Luft/Wasserseparierelement vorhanden ist und die Speischalen an die Absaugleitung adaptiert sind, damit auch alle amalgambelasteten Abwasserströme der gesamten Praxis an einem zentralen Punkt, nämlich am Auslauf des Luft-/Wasserseparierelementes, zusammengefaßt werden. Dadurch wird der Einsatz nur eines Amalgamabscheiders für die gesamte Praxis möglich, wobei darauf zu achten ist, daß die Durchflußkapazität des Abscheiders auf die tatsächlich anfallende Wassermenge abgestimmt ist oder geeignete Maßnahmen zur Zuflußbegrenzung getroffen werden.

Zusammenfassend lassen sich die Vorteile von zentralen Techniken der Luft-Wasserseparierung mit oder ohne inte-

grierte Amalgamabscheidung gegenüber Einzelplatzlösungen folgendermaßen beschreiben:

- Zentrale Separiertechniken sind entgegen häufig gemachten Angaben hygienisch besser beherrschbar.
- Durch die Möglichkeit robuster Bauweisen sind sie technisch zuverlässiger.
- Bei Praxisneueinrichtungen sind sie, verglichen mit Einzelplatzlösungen, in der Regel erheblich preiswerter.
- Laufende Kosten durch den mittlerweile üblichen regelmäßigen Reparaturaustausch entfallen.
- Es ist nur noch *ein* Amalgamabscheider pro Praxis erforderlich, wenn nicht ohnehin schon im zentralen System integriert.

In bestehenden Zahnarztpraxen sind in den Behandlungseinheiten zum größten Teil schon Separierautomatiken vorhanden. Darüber hinaus haben sich die meisten Hersteller von Behandlungseinheiten entschlossen, Amalgamabscheider, meistens mit integrierter Luft-/Wasserseparierung, in die Geräte einzubauen. Von vielen Dental-Depots wird darauf gedrängt, alte Einheiten einzeln nachzurüsten. Ist damit der Zug für zentrale Separationslösungen bereits abgefahren? Deutlich: Nein!

Wenn die Separierautomatiken wieder einmal Ärger bereiten, ist es Zeit, über eine zentrale Lösung nachzudenken. Besser ein Ende mit Schrecken, als ein Schrecken ohne Ende. Wenn mit Ver-

weis auf die Verordnung zum Betrieb von Amalgamabscheidern versucht wird, für jede Behandlungseinheit einen Amalgamabscheider zu verkaufen, sollte, auch wenn aufgrund der in der Praxis vorliegenden Gegebenheiten die Installation mehrerer Amalgamabscheider notwendig erscheint, bedacht werden, daß oft eine zentrale Luft-/Wasserseparierung mit nur *einem* Amalgamabscheider neben technischen auch preisliche Vorteile bietet. Es ist ratsam, die Angebote für Einzelplatzgeräte sehr kritisch zu prüfen.

Selbst wenn schon Einzelplatz-Amalgamabscheider installiert sind, wird sich über kurz oder lang die Frage stellen, ob es nicht günstiger ist, erneut zu investieren und ein zentrales System installieren zu lassen, oder fortlaufend die Kosten für störanfällige Einzelplatzgeräte aufzubringen. Bekanntlich müssen Amalgamabscheider per Gesetz mindestens alle 5 Jahre durch einen Sach-

verständigen geprüft werden. Die Prüfgebühren fallen pro Abscheider an. Zu den Prüfgebühren sind die Kosten für den zu erwartenden Reparaturaustausch von Abscheidern oder Abscheiderkomponenten hinzuaddieren. Spätestens jetzt läßt sich mit einem wahrscheinlich geringeren Kostenaufwand, als er für Prüfungen und Austausch anfällt, eine Zentralisierung durchführen. Gerade in der heutigen Zeit, in der Zahnärzte unter verschärften ökonomischen Bedingungen ihre Praxis führen müssen, gilt es darauf zu achten, daß bei dem Bemühen um das Wahre fundamentaler Interessen der Zahnmedizin nicht durch eine im Augenblick „unbewachte Hintertür“ ein fortwährendes Ärgernis Eingang findet.

Jochen Slaby
Zur Rosenau 7
6258 Runkel 3
(Anfragen an den Verfasser
bitte nur schriftlich)

Zahnärztin in kleinem Ort ca. 50 km südlich München, Nähe Tegernsee, möchte aus Altersgründen ihre Praxis abgeben. Es handelt sich um eine kleine Praxis (1 Stuhl), in der sich aber durchaus ein interessanter Umsatz realisieren läßt.

Anfragen an den Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchowbund, z.H. Irmgard Berger, Belfortstr. 9, 5000 Köln 1, Tel. 0221/973005-45.

Praxis zur Übernahme gesucht!

Wer von einer Zahnarztpraxis weiß, deren Inhaber verkaufen möchte, möge sich bitte in Verbindung setzen mit: Herr von Loh, Drususallee 64, 4040 Neuss, Tel.: 02131/271798, Fax.: 02131 / 275897

Ein Internist ist ein Arzt, der einen
Leberkranken auf Herz und Nieren prüft
Werner Mitsch

Amalgamabscheider

Falsch und Richtig

Sehr verehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor!

Eine große Schar eifriger Verkäufer zieht zur Zeit alle Register, um den Zahnärzten, die ja zum Kauf verpflichtet sind, dezentrale Einzelplatz-Amalgamabscheider (Zentrifugen) zu verkaufen. Sie tun dies, obwohl sie wissen, daß es einen besseren und billigeren Weg gibt.

Falsch: Zentrale Abscheidung ist nur bei einem Gefälle der Rohre möglich.

Richtig: Wenn die Saugleitungen benutzt werden, ist kein Gefälle erforderlich; es darf sogar sanft bergan verlaufen. Sollen die Abflüsse der Einheiten vakuumfrei in den Abscheider geleitet werden, beträgt das vorgeschriebene Mindestgefälle nur 2%.

Falsch: Die Länge der Rohrleitungen von den Einheiten zum Abscheider darf 6m nicht überschreiten.

Richtig: Es gibt zur Länge der Rohre im Hause der Praxis keine gültigen Beschränkungen.

Falsch: Zentrale Abscheidung erfordert viel Platz, ein Keller muß vorhanden sein.

Richtig: Der Sedas 4 benötigt eine freie Wandfläche von 180cm Höhe und 100cm Breite bei einer Einbautiefe von 15cm. Kelleraufstellung ist von Vorteil, doch ist ebenerdige Aufstellung auch oft möglich.

Falsch: Nur wo bisher eine Feuchtabsaugung bestand, ist zentrale Abscheidung möglich.

Richtig: In den meisten Praxen mit Trockenabsaugung sind die Rohre zur Aufnahme einer Feuchtabsaugung geeignet. Hinter dem Abscheider, der auch separiert, können alle bekannten Vakuumerzeuger verwandt werden.

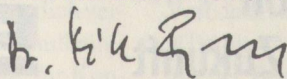
Falsch: Die Einleitung der Speischaalen in das Saugsystem ist ein ungelöstes Problem.

Richtig: Der Einbau eines tauglichen Saugstromventils (Platzwähler) ist jedem Dentaltechniker, der guten Willens ist, leicht möglich. Es gibt eine Vielzahl tauglicher Platzwähler, die von den Herstellern der Einheiten auch serienmäßig verwandt werden: Dürr, Cattani, Depla, Slaby. Wenn kein kooperationswilliges Depot gefunden wird, kann ich überregional praktische Hilfe vermitteln.

Falsch: Mehr High-Tech erleichtert den zahnärztlichen Alltag.

Richtig: Einfache Prinzipien schaffen Unabhängigkeit und Sicherheit.

Ich empfehle Ihnen meinen Sedas 4,
weil er ein langes Zahnarztleben keinen Ärger machen wird.



(Dr. Till Ropers)

Dental-Geräte-Technik Dr. Till Ropers GmbH

Alter Marktplatz 4 2162 Steinkirchen Tel. 04142 / 4377

Kostendämpfung leicht gemacht

Wir zeigen Ihnen den Weg

Corona Dental

Zahntechnisches Labor

Corona-Dental GmbH

Berg-am-Laim-Straße 64
8000 München 80

Telefon (089) 4 31 30 08/09

Telefax (089) 4 31 27 79

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

SAE

Kinderzahnheilkundetagung in Göttingen

Die Trennung bleibt - DGZMK Präsidium verhindert Ost-West-Zusammenschluß

Die gemeinsame Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der DGZMK und der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde, dem ehemaligen Kinderstomatologenverband der DDR, hat in Wahrheit nur ein weiteres Mal die Trennwände zwischen Ost und West bestätigt. Nach wie vor und trotz stundenlanger Debatten über Regularien und Stimmungen in der Arbeitsgemeinschaft weigerte sich die vollzählig erschienene DGZMK-Spitze, einer wie auch immer gearteten Vereinigung beider Gruppierungen zuzustimmen. Das Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bestand vielmehr erneut darauf, daß die Ost-Kollegen zuerst ihren Verband aufzulösen hätten, um dann einzeln die Mitgliedschaft in der DGZMK zu beantragen und der Arbeitsgemeinschaft Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe beizutreten. Hintergrund dieser auf den ersten Blick völlig unverständlichen Starre ist ganz offensichtlich die Furcht der DGZMK, ein starker Ost-West-Verband könne zuviel Einfluß auf die Bundesregierung bei der geplanten Hochschulreform gewinnen. Bekanntlich verweigern einflußreiche Hochschullehrer die Aufteilung der Lehrstühle für Kon-

servierende Zahnheilkunde in die eigenständigen Bereiche Parodontologie Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe, eine Aufteilung, die angesichts der zunehmenden Bedeutung dieser Gebiete eigentlich überfällig wäre. Der Unmut derjenigen Kollegen, die sich ernsthaft für die Intensivierung und den Ausbau der Kinderzahnheilkunde und der Prophylaxe in Deutschland einsetzen, war angesichts dieses Taktierens der DGZMK verständlich. Sie sind es leid, sich seit fast 2 Jahren fast nur noch über Satzungen, Regularien und Intrigen auseinanderzusetzen zu müssen, statt über die weiß Gott wichtigeren Fragen nach Inhalt und Ausgestaltung dieser Fachbereiche im zahnärztlichen Studium zu diskutieren.

Um trotz dieser Hindernisse mit den Ostkollegen enger zusammenzuarbeiten und vor allem, um ein Zeichen der Solidarität zu setzen, haben sich gerade unter dem Eindruck der Göttinger Tagung viele Westkollegen entschlossen, Mitglieder in der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde zu werden, ein Schritt, den bereits vor zwei Jahren Prof. Wetzel, Gießen, vollzogen hat. Er wurde jetzt als neuer Vorsitzender dieses Verbandes vorgeschlagen und verknüpfte bereits in Göttingen seine Kandidatur mit der Bedingung, nach der Wahl des

neuen Vorstandes einen Assoziationsantrag bei der DGZMK zu stellen.

Alle Kolleginnen und Kollegen, denen der Ausbau der Bereiche Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in Lehre und Praxis ein wichtiges Anliegen ist, sollten die Bemühungen der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde durch eine Mitgliedschaft unterstützen -

der bescheidene Jahresbeitrag von DM 40.- kann den Entschluß dazu nur erleichtern. Antragsformulare können angefordert werden bei der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde, Fetscherstr. 74, 0-8019 Dresden.

Dr. Hanns-W. Hey
Lindenschmitstraße 44
8000 München 70

Patienten Newsletter

Jeder Zahnarzt kennt das Problem: Eine Behandlung dauert länger als geplant. Die Patienten sitzen ungeduldig im Wartezimmer und wenn sie endlich an der Reihe sind, fehlt häufig die Zeit für die erforderliche und auch vom Gesetz vorgeschriebene Aufklärung über ihre Behandlung.

Deshalb publiziert der Phillip Verlag in München einen individualisierten Patienten-Newsletter. Dieser Newsletter kann zwar bestimmt nicht das individuelle Aufklärungsgespräch zwischen Patienten und Zahnarzt ersetzen, er soll vielmehr dem Patienten schon im Vorfeld Fragen beantworten oder auch eröffnen.

Was bedeutet individualisierter Patienten-Newsletter? Dieser Newsletter wird individuell für die Patienten einer bestimmten Praxis zusammengestellt. Der Zahnarzt hat die Möglichkeit, ein eigenes Editorial an seine Patienten weiterzureichen (z.B. über Veränderungen innerhalb der Praxis, Personal u.a.) oder das vom Verlag vorgeschlagene

Editorial direkt zu übernehmen. Am Ende des Editorials unterschreibt der Zahnarzt persönlich; auch sein Bild befindet sich auf der 1. Seite.

Da der Newsletter kein Werbemedium sein kann und sein darf, werden die Patienten aufgefordert, dem Zahnarzt mitzuteilen, ob sie diesen Newsletter wünschen.

In den letzten Jahren gab es in der Zahnmedizin großartige Neuentwicklungen und interessante neue Erkenntnisse. Mit diesem Newsletter wollen wir Zahnärzte nicht nur unsere Patienten über diese Entwicklungen informieren und dadurch neue Techniken anbieten, wir wollen unseren Patienten auch zeigen, daß wir uns um sie kümmern. Deshalb hoffen die Herausgeber, daß dies als ein Akt positiver Public Relation für den Beruf des Zahnarztes und den Stand der Zahnmedizin angesehen wird, und nicht als unlauterer Wettbewerb.

Anfragen bei: Phillip Verlag GmbH,
Maximilianstraße 52,
8000 München 22,
Tel.: 089/29 54 19, Fax: 089/22 22 68

Zur Häufigkeit, Ausprägung und Lokalisation von Schmelzbildungsstörungen

G. Gräßler, G. Hetzer u. Th. Fuhrmann

Eines der interessantesten Referate bei der diesjährigen Gemeinschaftstagung der Arbeitsgemeinschaft Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der DGZMK und der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde am 13. und 14.11.92 in Göttingen war der nachfolgend wiedergegebene Beitrag über Schmelzbildungsstörungen.

Zusammenfassung

In der Stadt Dresden wurden bei 19 % von 645 untersuchten 7- bis 13jährigen (Geburtsjahrgänge 1979–1984) Schmelzbildungsstörungen beobachtet. Der Fluoridgehalt des örtlichen Trinkwassers betrug 0,26–0,33 ppm. Die Kinder waren während des Vorschulalters in eine Tablettenfluoridierung einbezogen. Fluoridierte Zahnpasten waren seinerzeit in dieser Region wenig verbreitet.

Nach dem DDE-Index fanden sich bei 83% der betroffenen Zähne weiße oder cremefarbene, bei 9% gelb-braune Opazitäten. Zu 8% bestanden Defekte in der Zahnkronenmorphologie. Kinder mit und ohne Schmelzbildungsstörungen zeigten keine signifikanten Unterschiede im Kariesbefall. Anamnestiche Erhebungen bei 65 der betroffenen Kinder ergaben nur in 20 Fällen Anhaltspunkte für eine systemische Störung der Zahnentwicklung.

Methodik

Berichte über eine zunehmende Häufigkeit von Schmelzbildungsstörungen⁵ sowie dementsprechende eigene klinische Beobachtungen hatten uns im Jahre 1991 veranlaßt, das Vorkommen von Strukturanomalien des Schmelzes im Rahmen zahnärztlicher Reihenuntersuchungen mit zu erfassen.

Zu den Untersuchungen wurden 645 7- bis 13jährige Kinder aus zwei Dresdner Schulen herangezogen. Nahezu alle diese Kinder waren während des Vorschulalters in eine Tablettenfluoridierung einbezogen. Fluoridhaltige Zahnpasten waren seinerzeit in Ostdeutschland wenig verbreitet. Ihr Marktanteil betrug etwa 10%. Der Fluorid-Gehalt des Dresdner Trinkwassers liegt - je nach Zuordnung zu einem der 5 Wasserwerke - zwischen 0,26 und 0,33 ppm.

Die Befunderhebung erfolgte bei ausreichender Beleuchtung und nach Reinigung und Trocknung der Zahnober-

fläche. Zwei Untersucher waren zuvor in Pilotstudien trainiert und aufeinander abgestimmt worden.

Die Befunde wurden in Anlehnung an den Index of developmental defects of dental enamel (DDE-Index) registriert¹. Danach werden alle Schmelzbildungsstörungen nach deskriptiven Kriterien, wie Ausprägung, Anzahl, Begrenzung

und Lokalisation klassifiziert (Abb. 1). Die *Opazität* wird als *qualitativer Defekt* definiert. Die entsprechenden Schmelzareale sind verfärbt. Unter dem Begriff *Hypoplasie* werden alle *quantitativen Defekte* (Grübchen, Rillen) zusammengefaßt. Alle Befunde werden mit Zahlen und Buchstaben kodiert und können danach rechenstechnisch verarbeitet werden.

Typ		Anzahl / Begrenzung		Lokalisation	
	Code		Code		Code
Opazität:				vestibulär	
weiß / cremefarben	1	einzel	1	gingivale Hälfte	1
gelb / braun	2	multipl	2	inzisale Hälfte	2
Hypoplasie		diffus:		gingival u. inzisal	3
Grübchen	3	feine weiße		okklusal	4
Rillen / horizontal	4	Linien	3	Höckerspitzen	5
Rillen / vertikal	5	diffus:		gesamte Oberfläche	6
fehlender Schmelz	6	Flecken	4	andere Kombinationen	7
verfärbter Schmelz					
ohne Opazitäten	7				
andere Defekte	8				

Abb. 1: Kriterien des DDE-Index (Index of developmental defects of dental enamel, FDI 1981)

Ergebnisse und Diskussion

1. Von 645 untersuchten Kindern wiesen 125 (19 %) an insgesamt 575 Zähnen Strukturanomalien unterschiedlichen Ausmaßes auf. Dieser Wert von 19 % liegt beim Vergleich mit einschlägigen Literaturrecherchen im unteren Prävalenzbereich. Die meisten Autoren geben unter vergleichbaren Fluoridkonzentrationen im örtlichen Trinkwasser eine Häufigkeit zwischen 20 und 40% an^{2, 3, 4}. Außerdem ist bei diesen Angaben das Alter der Probanden zu

berücksichtigen. So waren bei unseren Probanden nur die ersten bleibenden Molaren nahezu vollzählig bei allen Kindern durchgebrochen, während ein Teil der übrigen Zahngruppen noch nicht beurteilbar war. Zusätzlich wurden Strukturanomalien an Milchmolaren mit erfaßt. Darüber hinaus können mit zunehmendem Alter der Probanden oberflächlich gelegene Schmelzanomalien durch Abrasion verschwinden oder durch Füllungen an den betreffenden Zahnflächen nicht mehr beurteilt werden.

2. Nach den Kriterien des DDE-Index fanden sich an den 575 Zähnen mit Schmelzbildungsstörungen zum überwiegenden Anteil (83%) weiße oder cremefarbene Opazitäten (Flecken oder Linien), zu 9% gelb-braune Verfärbungen. Bei 27 Zähnen (5%) bestanden Hypoplasien (Defekte in der Kronenmorphologie) und 16 weitere hypo-

plastische Zähne (3%) waren bereits gefüllt.

Feine weiße Linien, die dem Verlauf der Perikymatien folgen, kamen weit- aus häufiger vor als einzelne oder multiple scharf begrenzte Flecken.

Die meisten Defekte waren vestibulär lokalisiert (Abb. 2).

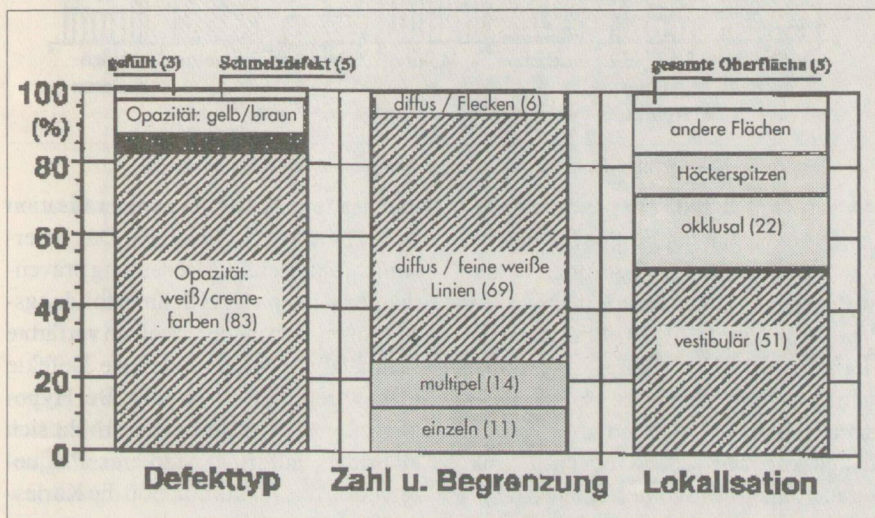


Abb. 2: Klassifizierung von Schmelzbildungsstörungen an 575 Zähnen bei 7- bis 13jährigen (DDE-Index)

3. Die zahngruppenbezogene Zuordnung der insgesamt 575 Schmelzbildungsstörungen ergab an 503 bleibenden Zähnen (= 31% der bei den betroffenen Kindern durchgebrochenen bleibenden Zähne) und an 40 Milchzähnen jeweils auf homologe Zahngruppen symmetrisch verteilte Schmelzbildungs-

störungen sowie 32 einzelne Schmelzimperfectionen an Schneidezähnen (Abb. 3). Die Schmelzbildungsstörungen verteilen sich nicht gleichmäßig auf alle Zahngruppen. Der größte Anteil entfällt auf die Schneidezähne, an zweiter Stelle rangieren die ersten Molaren, danach die übrigen Zahngruppen.

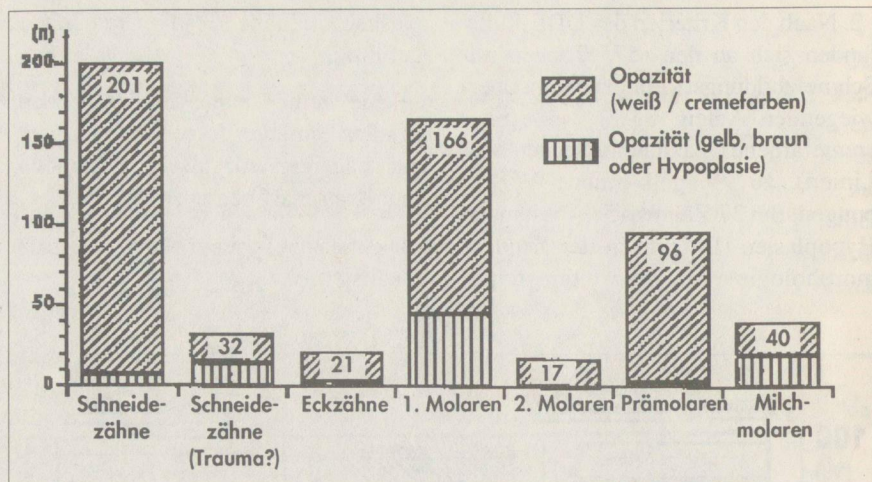


Abb. 3: Verteilung der Schmelzbildungsstörungen (n: 575) auf einzelne Zahngruppen)

4. Im Kariesbefall ergaben sich zwischen der Probandengruppe mit und der ohne Schmelzbildungsstörungen keine wesentlichen Unterschiede (Tab. 1). Der Vergleich der DMF/S Mittelwerte innerhalb einzelner Jahrganggruppen wird allerdings durch die kleinen Probandenzahlen beeinträchtigt. Insgesamt hatten jedoch 58% der Kinder mit Strukturanomalien des Schmelzes einen DMF/S-Wert, der unter dem Durchschnittswert der betreffenden Altersgruppe lag. Der Kariesbefall im Milchgebiss war bei 65% der 7- bis 10jährigen mit Schmelzbildungsstörungen niedriger als der jeweilige altersspezifische Wert.

Zähne mit Schmelzimperfectionen sind also nicht zwangsläufig in erhöhtem Maße kariesgefährdet. Die Erklärung dafür geben mikromorphologische Befunde, insbesondere zahlreiche Poren, die die Fluoridaufnahme und damit die Remi-

neralisation und Reifungsmineralisation des Schmelzes begünstigen. Das unterstreicht einerseits die Bedeutung präventiver Maßnahmen bei Schmelzbildungsstörungen. Zum anderen sollten verfärbte Schmelzbereiche und kleinste Defekte nicht voreilig gefüllt werden. Bei Hypoplasien größeren Umfanges erhöht sich allerdings aufgrund stärkerer Plaque-retention und -akkumulation die Kariesgefährdung.

5. Bei 65 von 125 Kindern konnte über die Eltern eine Anamnese erhoben werden. Sie umfaßte Fragen nach Schwangerschaftsverlauf, Geburtstermin, Ernährungsweise, Erkrankungen im Säuglings- und Kleinkindalter, Traumen, Einnahme von Medikamenten, systemischer und lokaler Fluoriddarreichung. Die Befragungsergebnisse waren eher dürftig: Zunächst lagen in keinem Fall Hinweise für eine erblich bedingte Strukturanomalie vor.

Alter	ohne Schmelzbildungsstörungen			mit		
	n	DMF/S	df/t	n	DMF/S	df/t
7	86	0,2	1,7	36	0,5	1,3
8	84	0,7	2,2	23	2,1	1,9
9	95	1,6	2,3	23	1,9	2,0
10	71	1,9	1,6	15	2,7	0,7
11	71	2,9	-	11	2,1	-
12	76	3,5	-	11	2,6	-
13	37	4,6	-	6	1,7	-
7-13j.	520	1,8	1,9 (7-10j.)	125	1,7	1,5 (7-10j.)

Tab. 1: Kariesbefall (DMF/S; df/t) bei 7-13jährigen (n: 645) ohne bzw. mit Schmelzbildungsstörungen

malie vor. Die Fluoridzufuhr (Tablettenfluoridierung) entsprach in allen Fällen geltenden Empfehlungen. Zur Verwendung fluoridhaltiger Zahnpasten konnten die Eltern aus schon genannten Gründen keine genauen Angaben machen. Überwachtes Zähnebürsten mit Fluorid-Gelee erfolgte üblicherweise ein- bis zweiwöchentlich in den Kindergärten ab viertem Lebensjahr der Kinder.

Bei 20 Kindern ergaben sich aus der Anamnese mögliche Anhaltspunkte für eine systemische Störung der Schmelzbildung durch Allgemeinerkrankungen wie:

- Gedeihstörungen aufgrund chronischer Infekte der oberen Luftwege,
- Ernährungsstörungen,
- chronische Nierenerkrankungen;
- 5 Kinder waren Frühgeburten.

Nur in 5 Fällen konnten sich die Eltern an ein Milchzahntrauma erinnern, obwohl Art und Lokalisation der jeweiligen Schmelzbildungsstörung häufiger auf einen solchen Zusammenhang hinwiesen. In fast allen Fällen hatten die betroffenen Kinder bzw. deren Eltern die Schmelzbildungsstörung nicht bemerkt und wurden erst durch unsere Untersuchung darauf hingewiesen. Eine subjektiv empfundene ästhetische

Beeinträchtigung lag also nur ausnahmsweise vor.

Schlußfolgerungen

1. Schmelzbildungsstörungen kommen relativ häufig vor, ohne daß eine ursachenorientierte Differenzierung möglich ist. Für die meisten Struktur-anomalien des Schmelzes gibt es aufgrund des klinischen Befundes und der Anamnese keine eindeutige Erklärung und damit auch keine Vorbeugungsmöglichkeit.
2. Einzelbeobachtungen in der zahnärztlichen Sprechstunde und bei Reihenuntersuchungen lassen mitunter den Eindruck einer Häufigkeitszunahme von Schmelzbildungsstörungen entstehen.

Vor dem Hintergrund eines sich abzeichnenden Kariesrückganges bei der jugendlichen Population imponieren während der Reihenuntersuchung nicht mehr die Caries profunda-Fälle der Sechsjahrmolaren, sondern deren Struktur-anomalien. In der vorliegenden Studie konnte der Eindruck einer Häufigkeitszunahme von Schmelzbildungsstörungen nicht bestätigt werden.

Literatur

¹ *FDI*: An epidemiological index of developmental defects of dental enamel (DDE Index). FDI Technical Report No 15 (1982).

² *Kröncke, A.*: Schmelzflecken unter den Bedingungen fluoridreicher und fluoridarmer Trinkwässer. Dtsch Zahnärztl Z 34, 714 (1979).

³ *Schroeder, H.E.*: Pathobiologie oraler Strukturen. Karger, Basel 1991, S. 36.

⁴ *Treide, A.*: Struktur-anomalien und ihre Bedeutung für die Betreuungskonzeption bei Kindern und Jugendlichen. Stomatol DDR 35, 486 (1985).

⁵ *Wetzel, W.-E., Reckel, U.*: Fehlstrukturierte Sechsjahrmolaren nehmen zu - eine Umfrage. Zahnärztl Mitt 81, 650 (1991).

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. G. Hetzer

*Poliklinik für Kinderzahnheilkunde
der Medizinischen Akademie Dresden
Fetscherstraße 74, 0-8019 Dresden*

Summary

In 19 per cent of 645 examined 7-13-year-old-school-children of Dresden (1979 - 84 age-group) have been observed enamel formation defects. Fluoride concentration in local drinking water was 0,26 - 0,33 ppm. During preschool age the children have got fluoride tablets application. Fluoride toothpastes have been not very common in this region at that time.

According to the DDE Index 83 per cent of the affected teeth showed white or cream-coloured and 9 per cent yellow/brown opacities; 8 per cent were external defects. In children with and without enamel formation defects occurred no significant differences in caries-prevalence. Anamnestic investigations in 65 of the affected children showed only in 20 cases signs of a systemic disorder of dental development.

Salz mit Jod und Fluor jetzt aus Deutschland

Vorbeugung gegen Schilddrüsenkrankheiten und Karies - ein neues Salz macht's möglich

Am Ursprungsort der bayerischen Sole- und Salzgewinnung, den Salinen in Bad Reichenhall, wurde jetzt offiziell die Produktion des ersten in Deutschland hergestellten Jodsalzes mit Fluor aufgenommen, das mit Beginn des neuen Jahres im Lebensmittelhandel angeboten wird. Damit steht nunmehr auch deutschen Verbrauchern ein Salz zur Verfügung, das zur Vermeidung von jodmangelbedingten Schilddrüsenkrankheiten ebenso geeignet ist wie zur Vorbeugung gegen Zahnkaries.

Das neue Kombinationssalz enthält entsprechend den Empfehlungen der dafür zuständigen Fachorganisationen 250 mg Fluorid und 15 bis 25 mg Jodat pro Kilogramm Salz und entspricht damit auch den Vorschriften der deutschen Jodsalzverordnung.

Das bisher im Handel befindliche Jodsalz mit Fluor, das in Frankreich hergestellt wurde und in Deutschland nur vertrieben werden durfte, hatte hinsichtlich des Jodgehaltes keine optimale Zusammensetzung. Es wird deshalb mit der Einführung des neuen Salzes aus deutscher Produktion vom Markt genommen.

Die Herstellung von Speisesalz mit Fluor in Deutschland wurde erst durch eine vom Bundesgesundheitsministerium erteilte Ausnahmegenehmigung möglich, um die sich Fachorganisationen wie der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde seit langem bemühten.

Über den Konsum von Salz mit Jod und Fluor besteht für den Verbraucher die Möglichkeit, auf freiwilliger Basis die in Teilen Europas naturbedingten Defizite an den beiden wichtigen Spurenelementen in der Nahrung auszugleichen und damit jodmangelbedingte Schilddrüsenkrankheiten und Zahnkaries weitgehendst zu vermeiden. Durch die Vorbeugung gegen diese Krankheit können auch unnötige Ausgaben im Gesundheitswesen vermieden werden, denn die nach wie vor hohen Kropf- und Kariesaufkommen werden dadurch drastisch reduziert, wie Beispiele aus der Schweiz und Frankreich zeigen. Jodsalz mit Fluor sollte deshalb in allen Haushalten ausschließlich verwendet werden.

Die Kariesprophylaxe mit Fluoriden wird - wie Dr. Hanns-W. Hey vom Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde,

bei einer Presse-Präsentation in Bad Reichenhall, referierte, weltweit seit mehr als 50 Jahren mit großem Erfolg betrieben. Fluoridiertes Speisesalz nimmt dabei eine Schlüsselrolle ein, weil es sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen wirksam gegen Karies und Zahnfleischentzündungen vorbeugt und durch Förderung der Remineralisierung des Zahnschmelzes zur Ausheilung bereits bestehender Kariesschäden beiträgt. Dadurch wird eine regelmäßige Einnahme von Fluoridtabletten überflüssig, die in der Praxis ohnehin nur schwer durchführbar ist.

Mit dem neuen Salz erwarten Experten aber auch eine weitere Verbesserung

der Jodversorgung, die in Deutschland ebenfalls noch nicht optimal ist. Unter Jodmangel und Schilddrüsenkrankheiten leiden in Deutschland weit mehr als 12 Millionen Menschen. Die Kosten, die für die Diagnose und Behandlung von Schilddrüsenkrankheiten entstehen, belasten das Gesundheitswesen jährlich mit rund zwei Milliarden Mark. Diese Kosten wären ebenso wie die rund 16 Milliarden Mark, die jährlich für die Behandlung von Zahnschäden ausgegeben werden müssen, zu einem großen Teil vermeidbar, wenn jedermann ausreichend Jod und Fluorid mit der Nahrung zu sich nehmen würde.

-IfK-

IHR PARTNER FÜR PROFESSIONELLE PROPHYLAXE

PROFIMED

Postfach 100540 · 8200 Rosenheim
Tel.: 08031/14049 · Fax: /14993

PARO
DIE KOMBINIERBARE
„IP“-ZAHNBÜRSTE

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

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

DIE KOMBINIERBARE
„IP“-ZAHNBÜRSTE

1. Deutscher Kongreß für Präventive Zahnheilkunde

Bonn, Oktober 1992

Abschlußbericht von Prof. Dr. Einwag

Es war sicherlich kein Zufall, daß die Bundeshauptstadt Bonn zum Austragungsort des Deutschen Kongresses für Präventive Zahnheilkunde ausersehen wurde.

Mitten hinein in die Hektik eines sich definitiv abzeichnenden GSG '93 wurde von den Veranstaltern - dem Zahnärztlichen Fortbildungszentrum Stuttgart und der Parodontologie-Universität Nijmegen - die zahnmedizinische Prävention unter dem Generalthema: „Angewandte Prävention - eine Herausforderung an das gesamte Praxisteam“ in den gesundheitspolitischen Mittelpunkt gerückt.

Mit fast 400 Teilnehmern aus dem gesamten Bundesgebiet war der Kongreß - „vor Jahren noch undenkbar“ - ein voller Erfolg und damit auch seine öffentliche Anerkennung beachtlich.

Bundesminister Horst Seehofer übernahm die Schirmherrschaft und stellte in seinem Grußwort unmißverständlich fest: „Die Zukunft der Zahnheilkunde liegt in der Prävention und Zahnerhaltung.“

Hochzufrieden waren deshalb auch die Initiatoren - Prof. Dr. Johannes Einwag, Stuttgart, und Prof. Dr. Heinz H. Renggli, Nijmegen, sowie die *blend-a-med* For-

schung, Mainz, die als Sponsor und Organisator fungierte.

Als Fazit kann man feststellen, daß der Kongreß sein Ziel erreicht hat: die Lücke zwischen Theorie und Praxis zu verringern und die Teilnehmer zu motivieren und in die Lage zu versetzen, ihr Wissen in „angewandte Prävention“ umzuwandeln. Entsprechend begeistert äußerten sich die Kongreßteilnehmer. Insbesondere wurde positiv vermerkt, daß abweichend von der üblichen Kongreßatmosphäre (= Hörsaalfortbildung) durch den Besuch von Seminaren die Gelegenheit geboten wurde, im hautnahen Kontakt und direkten Dialog mit international renommierten Referenten aktuelles Wissen abzufragen.

„Rund“ ging es bei der Podiumsdiskussion „Zur Bedeutung der Prophylaxe in unserem Staat - wer hat versagt?“. Zahnärzte aus der freien Praxis, Wissenschaftler, Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums und der Kostenträger lieferten sich einen fairen Schlagabtausch, dessen Essenz war: „Viele haben versagt!“. Damit waren sowohl die Hochschulen im Rahmen der zahnärztlichen Ausbildung angesprochen als auch der Staat im Rahmen der Gesetzgebung, die Kostenträger im Rahmen der

Honorierung und (angeblich) die Zahnärzte, deren Prophylaxekatalog „nicht finanzierbar“ war.

Daß dies nun anders wird, davon ist vor allem das Bundesgesundheitsministerium überzeugt. Aktuell waren deshalb auch die Berichterstattungen über den Ausbau der Prophylaxemöglichkeiten innerhalb der §§ 21 (Gruppenprophylaxe) und 22 (Individualprophylaxe) durch das bevorstehende GSG.

Neue Schwerpunkte dabei sind im Rahmen der Gruppenprophylaxe die Reihenuntersuchung, die auch in der freien Praxis durchgeführt werden kann, die jährliche Erstellung eines Zahnstatus' sowie die Schaffung von Risikoprogrammen für Kinder mit hoher Kariesfrequenz.

Die Individualprophylaxe wird auf das 6. Lebensjahr ausgedehnt. Hinzu kommt die Fissurenversiegelung der Molaren, die im Alter von 6 Jahren (Sechsjahrmolar) und im Alter von 12 Jahren (Zwölfjahrmolar) durchbrechen; Lei-

stungen also, die in den Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden.

Allerdings waren die zahnärztlichen Vertreter an der Podiumsdiskussion der Auffassung, daß diese Schritte als „halbherzig“ anzusehen sind, zumal die Frage der Honorierung als ungenügend bezeichnet werden muß. Als geradezu absurd wird angesehen, daß Prophylaxemaßnahmen unter die Deckelung der Gesamtvergütung fallen sollen.

Erst dann, wenn Gesetzgeber und Kostenträger erkennen, daß auch die Prophylaxe ihren Preis hat, wird sie nicht mehr ein „Stiefkind“ der Zahnheilkunde bleiben und ihr die gewünschte Zukunft gehören. Aufgrund des großen Zuspruchs wird der Deutsche Kongreß für Präventive Zahnheilkunde zukünftig in jährlichem Turnus fortgesetzt. Aufgrund der idealen Standortbedingungen wurde auch für das nächste Jahr Bonn als Tagungsort vorgeschlagen.

„Meine Erfahrungszeit als Praxisvertreter sagt mir leider, daß der Zahnarzt „gut“ ist, der gute Witze erzählt. Die Macht der fachlich anspruchlosen Mehrheit verlangt, damit die normale Praxis sich trägt, eine Zahnmedizin, für die mir meine Zeit zu schade ist. Die Vielabrechner, die ich erlebt habe, haben ja einen gigantischen Zulauf, weil sie als joviale „Zahnkasper“ und nicht als Spitzenzahnärzte auftreten. Währenddessen

sitzt die Alternativpraxis gleich im Nachbarhaus, und der Kollege dort hat kaum zu tun. Daraus könnte man den Schluß ziehen, daß es wichtiger ist, Anleitungen zum erfolgreichen Komiker zu kaufen und einen Kurs eher für Zauberkästen zu belegen als für Axiographie. Fachliches Können scheint mir dagegen kein so klares Erfolgsrezept zu sein.“

Dr. Adolf F. Rinne
im Phillip-Journal 12/92

Premium

Das Sicherheitshalteelement als Premiumzubehör



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

ZAHNTECHNIK
scharl

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

**SCHMID
UND
PAULA**



**DENTAL
LABOR**

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

... weil Qualität auf Dauer billiger ist!

Die drei Ebenen der Prävention

St. Zimmer

Heilung ist nur mit Prophylaxe möglich

Die zahnmedizinische Prophylaxe verfolgt neben der Prävention im klassischen Sinne, also der Verhinderung von Krankheit, auch das Ziel, einen Zustand nach erfolgter Sanierung zu stabilisieren und ein Rezidiv zu verhindern. Damit wird der Erkenntnis Rechnung getragen, daß die alleinige Therapie im engeren Sinne auf Dauer keine gesunden Verhältnisse schaffen und erhalten kann. Dies, und damit eine Heilung der Krankheiten Karies und Parodontitis, ist nur durch Prophylaxe möglich.

Um diese Ziele zu erreichen, gibt es grundsätzlich zwei Ansatzpunkte. Der erste heißt Bekämpfung ätiologischer Faktoren und der zweite Stärkung der Wirtsabwehr. Der ätiologische Faktor Nummer eins für Karies und Parodontopathien ist die Plaque. Deshalb bedeutet Prophylaxe in erster Linie Plaquekontrolle. Für die Erkrankungen des Zahnhalteapparates ist dies, von einigen wenigen Ausnahmen abgesehen, auch zugleich die einzige Möglichkeit der Prävention.

Anders sieht es bei der Karies aus. Hier bietet sich neben der Plaquebekämpfung noch die Möglichkeit der Stärkung der Wirtsabwehr durch Fluoride.

Organisationsformen der Prophylaxe

Um ihrer Aufgabe gerecht werden zu können, braucht die Prophylaxe verschiedene Organisationsformen. Diese spiegeln unterschiedliche Bedürfnisse, sprich Risiken, wider, aber auch unterschiedliche Möglichkeiten, Prophylaxe praktisch umzusetzen.

Der organisatorische Aufbau der Prävention ist mit einer Pyramide vergleichbar und spricht entweder die Bevölkerung als ganzes (Pyramidenbasis), bestimmte Segmente (Mittelteil) oder das Individuum (Spitze) an. Folglich heißen die verschiedenen Ebenen der Prävention Kollektiv-, Gruppen- und Individualprophylaxe.

Kollektivprophylaxe

Die kollektive Prävention richtet sich an alle Mitglieder eines Staatsgebildes. Sie existiert allein in Form von Fluoridprophylaxe und beugt deshalb nur der Karies vor. Kollektive Prophylaxe arbeitet nach dem Gießkannenprinzip und betreut damit jeden, unabhängig von persönlichen Risikofaktoren, mit den gleichen Maßnahmen. Sie ist also extrem undifferenziert, was allerdings angesichts einer Kariesmorbidität von 99 % in Deutschland (6, 11) so falsch nicht ist, denn jeder, der Karies hat, braucht auch Prophylaxe.

Die älteste Form der Kollektivprophylaxe ist die Trinkwasserfluoridierung, die auf den Erkenntnissen von DEAN aus den Jahren 1938 bis 42 fußt. Der Amerikaner stellte damals erstmals fest, daß ein Zusammenhang zwischen natürlichem Fluoridgehalt des Trinkwassers und dem Auftreten von Karies besteht (3, 4).

In den USA trinken etwa 110 Millionen Menschen fluoridiertes Trinkwasser und weitere 10 Millionen natürlich fluoridreiches Wasser mit einem Gehalt zwischen 0,8 und 2,5 ppm F⁻ (8). In Europa dagegen hat die Trinkwasserfluoridierung nie recht Fuß fassen können. Es gibt sie nur im Schweizer Kanton Basel und in Irland. In Deutschland funktionierte eine Trinkwasserfluoridierung bisher nur in Chemnitz von 1959 bis zur Wiedervereinigung.

Die Alternative zur Fluoridierung des Trinkwassers ist die Salzfluoridierung, die im Vergleich zur erstgenannten gewisse Vorteile, aber auch Nachteile aufweist.

Vorteile sind die geringere Umweltbelastung, niedrigere Kosten und die Freiwilligkeit der Verwendung, Nachteile die Abhängigkeit von der Compliance der Rezipienten und der derzeit in Deutschland noch fehlende „Vollausbau“. Damit ist die Beschränkung der Fluoridierung auf das Haushaltssalz gemeint, wogegen das sogenannte Sacksalz, das von Bäckern, Metzgern sowie den Herstellern von Fertiggerichten und

-würzen verarbeitet wird, nicht fluoridiert ist. Das Haushaltssalz trägt jedoch nur etwa 2 g zu unserer täglichen Salzaufnahme von insgesamt ca. 10 g bei (7). Da die dem Salz zugegebene Menge von 250 mg Fluorid/kg sich an dem Schweizer Vorbild orientiert, wo allerdings auch das Bäckersalz fluoridiert ist, ist in Deutschland - verglichen mit dem, was möglich wäre - derzeit keine optimale kariespräventive Wirkung zu erwarten. Deshalb muß es im Bereich der Kollektivprophylaxe unser wichtigstes Ziel sein, möglichst schnell den Vollausbau beim fluoridierten Salz zu erreichen oder die dem Speisesalz zugegebene Menge entsprechend zu erhöhen. Bei der großen therapeutischen Breite (= Abstand zwischen therapeutisch wirksamer und letaler Dosis), die Fluorid im Speisesalz hat, wäre auch die letztgenannte Möglichkeit aus zahnmedizinischer Sicht ohne weiteres möglich.

Ergänzend sei darauf hingewiesen, daß auch die fluoridhaltigen Zahnpasten wegen ihrer weiten Verbreitung als Element der Kollektivprophylaxe angesehen werden. Sie haben im wesentlichen den Kariesrückgang bewirkt, der in den letzten zwei Jahrzehnten in allen industrialisierten Staaten zu beobachten war (9).

Gruppenprophylaxe

Die zweite Ebene der Prävention ist die Gruppenprophylaxe. Sie richtet sich an Schulen und Kindergärten. Ausübende sind die Zahnärztlichen Dienste des

Öffentlichen Gesundheitsdienstes, die Landesarbeitsgemeinschaften zur Verhütung von Zahnkrankheiten (LAGs) und Patenschaftszahnärzte.

Nach Artikel 70 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland fällt die Jugendzahnpflege und damit die Gruppenprophylaxe in die Gesetzgebungshoheit der Länder. Als Folge davon wird sie von Land zu Land mit unterschiedlicher Intensität wahrgenommen. Zum Teil gilt noch das „Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ aus dem Jahre 1934, das durch Richtlinien und Erlasse der Länder näher geregelt wird (5). Um eine bundesweit effektive Jugendzahnpflege zu ermöglichen, ist die Verabschiedung eines Bundes-Jugendzahnheilkunde-Gesetzes erforderlich. Darüber hinaus muß über Ländergesetzgebung das Thema „Zahngesundheitserziehung“ Eingang in die Lehrpläne zumindest der Grundschulen finden.

Ein erster Schritt in diese Richtung wurde mit der Verabschiedung des § 21 des Sozialgesetzbuches (SGB) Teil V getan. Dieser Paragraph verpflichtet die Verantwortlichen auf Länderebene zum gemeinsamen Handeln und gibt einen Rahmen vor, der für Kinder bis zur Vollendung des zwölften Lebensjahres Maßnahmen zur Mundhygiene, Ernährungsberatung und Fluoridierung vorsieht. Krankenkassen, Zahnärzteschaft und die für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen wurden dadurch verpflichtet, Rahmenverein-

barungen abzuschließen (13). Zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrages wurden Landesarbeitsgemeinschaften (LAGs) gegründet. Diese Landesarbeitsgemeinschaften sollen die Lücken schließen, die im bisherigen System vorhanden waren, weil der Öffentliche Gesundheitsdienst vor allem aus Personalmangel bundesweit nicht mehr flächendeckend funktioniert und das „Obleute-“ oder „Patenschaftskonzept“ die Defizite nur unzureichend beheben konnte.

Sicherlich ist dieser Versuch, durch eine bundeseinheitliche Regelung eine flächendeckende Gruppenprophylaxe zu etablieren, begrüßenswert, aber es stellt sich die Frage, ob es nicht klüger gewesen wäre, stattdessen den Öffentlichen Gesundheitsdienst auszubauen, denn es ist allemal besser, Kräfte zu bündeln als zu spalten. Mit der Bildung der Landesarbeitsgemeinschaften ist nämlich neben Obleuten und Zahnärztlichen Diensten eine dritte Institution geschaffen worden, die in die Gruppenprophylaxe eingreift und mit der eine Koordination stattfinden muß. Da sich nur durch die Gründung von Landesarbeitsgemeinschaften die Zahl der in der Kinder- und Jugendzahnpflege engagierten Zahnärzte wahrscheinlich nicht erhöhen wird, kommt auf die bis jetzt schon aktiven nur noch mehr Gremienarbeit zu, was die Effizienz ihrer Arbeit nicht unbedingt fördern dürfte. Eine Bündelung der Kräfte im Öffentlichen Gesundheitsdienst könnte die Lösung des Dilemmas

sein, wobei dann allerdings ein effizientes Arbeiten sichergestellt werden müßte, was heute nur da gegeben ist, wo engagierte Leute an der richtigen Stelle sitzen.

Bei alledem dürfen die Ziele der Gruppenprophylaxe nicht in den Hintergrund treten. Da Zähne während ihres Durchbruches und in den ersten Jahren danach einem besonders hohen Kariesrisiko ausgesetzt sind, ist in der Kariesprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen eine hohe Effizienz möglich. Das zahnmedizinische Instrumentarium für diese Prophylaxe ist bekannt und erprobt. Es heißt „Motivation und Instruktion zur häuslichen Mundhygiene, Ernährungsberatung, Fluoridierung (systemisch - in Abstimmung mit Kollektivprophylaxe - und lokal) und überwachtes Zähneputzen“. Daneben müssen im Rahmen der Gruppenprophylaxe Karies-Risiko-Kinder erkannt und einer Intensivprophylaxe zugeführt werden.

Individualprophylaxe

Mit dem Stichwort „Intensivprophylaxe“ ist der Übergang zur dritten Ebene der Prävention vollzogen und damit auch gleichzeitig eine ihrer Indikationen genannt. Die Rede ist von der Individualprophylaxe, die im Bereich der Kinder- und Jugendzahnpflege die Aufgabe hat, Karies-Risiko-Kinder zu betreuen.

Im Erwachsenen-Bereich ersetzt sie dagegen die Gruppenprophylaxe vollständig. Dies hat Gründe sowohl sozio-

logischer als auch medizinischer Natur.

Im Erwachsenenalter existieren keine Gruppenstrukturen mehr, die für einen zahnmedizinisch-prophylaktischen Ansatz geeignet wären. Darüber hinaus spielt bei Erwachsenen Individualität eine dominante Rolle und es wird somit auch im zahnmedizinischen Bereich eine individuelle Zuwendung erwartet.

Diese individuelle Zuwendung wird für Erwachsene auch durch medizinische Gegebenheiten gefordert. Mit zunehmendem Alter tritt nämlich die Karies mehr und mehr in den Hintergrund und parodontale Erkrankungen nehmen an Gewicht zu. Bei Kindern und Jugendlichen bedeutet Prophylaxe noch fast ausschließlich Kariesvorbeugung. Eine Ausnahme bildet dort lediglich die sehr selten auftretende juvenile Parodontitis (LJP).

Nach heutigem Kenntnisstand kann aber eine wirksame Prävention parodontaler Erkrankungen nur im Rahmen der Individualprophylaxe erfolgen.

Jeder Erwachsene und jedes Kind mit einem erhöhten Risiko - darunter ist z.B. auch eine kieferorthopädische Behandlung zu verstehen - braucht Individualprophylaxe, allerdings in unterschiedlichem Ausmaß. Wieviel Prophylaxe jemand braucht, muß individuell auf der Basis von Mundhygienestaten und mikrobiologischen Tests festgestellt werden.

Aus wirtschaftlichen Erwägungen ist es nicht sinnvoll, daß die Individual-

prophylaxe-Sitzungen von einem Zahnarzt abgehalten werden. Er ist außerdem für eine solche Tätigkeit überqualifiziert. Deshalb braucht man zahnmedizinisches Fachpersonal. Das Prophylaxe-Seminar der Zahnärztekammer Berlin bildet zu diesem Zweck berufsbegleitend pro Jahr 80 erfahrene Zahnärzthelferinnen zu Prophylaxeassistentinnen fort.

Aus den bisherigen Ausführungen ergibt sich folgende Definition: „Individualprophylaxe ist das bedarfsorientierte Bemühen einer zahnmedizinischen Fachkraft um den einzelnen Patienten mit dem Ziel, pathogene Faktoren auszuschalten und die Wirtsabwehr zu stärken.“

Die Erbringung der Individualprophylaxe im supragingivalen Bereich durch qualifiziertes nichtzahnärztliches Fachpersonal ist nach geltender Rechtsprechung und dem bundesweiten Konsenspapier der Zahnärztekammern vom 4.7.1991 zulässig, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind: Die delegierte Leistung muß auf Anordnung, unter ständiger Aufsicht (d.h. Anwesenheit in der Praxis) und Verantwortung durch den Zahnarzt erfolgen (15).

Bevor mit der Motivation und Instruktion zur häuslichen Mundhygiene begonnen werden kann und erst recht vor Beginn einer Therapie, muß im Rahmen einer Hygienephase die Mundhygienefähigkeit des Patienten sichergestellt werden. Dies bedeutet, daß der Patient in einen Zustand versetzt wird, der es

ihm ermöglicht, die Verantwortung für eine optimale häusliche Zahnpflege zu übernehmen. Alles, was lokal die Mundhygiene behindern könnte, muß korrigiert werden. Dies beinhaltet das Entfernen von Zahnstein und überstehenden Füllungs- und Kronenrändern, die approximale Konturierung von Füllungen, um den Gebrauch von Zahnseide zu ermöglichen, den provisorischen Verschlussoffener kariöser Läsionen und die Extraktion nicht erhaltungswürdiger Zähne. Erst nach diesen Vorleistungen, die vom Zahnarzt zu erbringen sind, kann ein Patient die Verantwortung für seine Zahnpflege selber übernehmen, denn es ist unsinnig und letztlich für beide Seiten frustrierend, Mundhygiene zu instruieren, wenn sie wegen unerreichbarer Nischen oder verblockter Zahnzwischenräume nicht umgesetzt werden kann.

Wenn diese Vorbedingungen erfüllt sind, kann mit der Individualprophylaxe im engeren Sinne (eigentlich ist der Einstieg mit Schaffung der Mundhygienefähigkeit schon gemacht) begonnen werden.

In der allerersten Prophylaxesitzung erfolgt zunächst eine kurze Ernährungsberatung mit dem Ziel, allgemein den Zusammenhang zwischen Zucker und Karies deutlich werden zu lassen und im speziellen die Frequenz süßer Zwischenmahlzeiten zu reduzieren. Eine grundlegende Änderung der Ernährungsgewohnheiten wird nicht angestrebt. In allen folgenden Sitzungen wird nur noch

dann auf die Ernährung eingegangen, wenn die Ergebnisse der Speicheltests auf eine besonders kohlenhydratreiche Ernährung schließen lassen, oder wenn der Patient den Wunsch nach einer Beratung äußert.

Anschließend erfolgt die Aufnahme von Hygienestaten (z.B. Papillen-Blutungs-Index PBI und Approximal-Plaque-Index API) zur Beurteilung von Plaquebesiedelung und Gingivitis. Danach werden Speicheltests durchgeführt, um die Kolonisation der Mundhöhle mit den Karies-Leitbakterien *Streptococcus mutans* und *Lactobacillus* festzustellen. Die erhobenen Befunde sind für die Einschätzung des individuellen Erkrankungsrisikos wichtig.

Nach Erhebung der Risiko-Parameter erfolgt eine Motivation und Instruktion zur häuslichen Mundhygiene, wobei die Hygienestaten als Motivationshilfen benutzt werden und dem Patienten per Handspiegel in seinem eigenen Munde die Problemzonen aufgezeigt werden. Diese Art der Motivation hat mehr Überzeugungskraft als die Demonstration an einem konfektionierten Modell, mit dem sich ein Patient kaum identifizieren möchte oder kann.

In der ersten Sitzung ist es sinnvoll, eine angemessene Zahnbürsten-Putztechnik (z.B. STILLMAN modifiziert nach BASS) zu instruieren und erst wenn diese korrekt umgesetzt wird, in einer weiteren Sitzung Hilfsmittel zur Approximalraumhygiene zu empfehlen

(je nach Gegebenheit Zahnseide, Approximalraumbürste oder Zahnhölzer). Damit soll vermieden werden, daß der Patient am Anfang überfordert und dadurch abgeschreckt wird.

Nach der Anleitung zur häuslichen Mundhygiene wird die Prophylaxesitzung mit einer professionellen Zahnreinigung fortgesetzt. Diese beginnt bei PAR-Patienten mit dem Scaling aller Approximalräume. Anschließend werden die Glattflächen mit Gummikelchen und die Okklusalfächen mit rotierenden Bürstchen und einer fluoridhaltigen Polierpaste gereinigt.

Dann werden die Approximalräume je nach Gegebenheit mit Approximalraumbürstchen oder Zahnseide gereinigt.

Wenn die professionelle Zahnreinigung abgeschlossen ist, erfolgt die Vorstellung des Patienten beim Zahnarzt, der ggf. Problemzonen nachbearbeitet und zusammen mit der Prophylaxeassistentin den nächsten Termin festlegt. Eventuell erfolgt die Festlegung des nächsten Prophylaxetermines aber erst nach Auswertung der Speicheltests.

Zum Abschluß jeder Prophylaxesitzung erfolgt die Fluoridierung von Kariesprädispositionsstellen mit einem Lack (z.B. Fluor-protector).

Bedarfsorientierte Prophylaxe

Das Konzept der bedarfsorientierten Individualprophylaxe verfolgt das Ziel,

jedem Menschen soviel an Unterstützung zu geben, wie er nötig hat. Wer also ein niedriges Risiko hat, weil er seine Zähne selber optimal pflegen kann, braucht wenig Individualprophylaxe, wer dagegen ein hohes Risiko hat, braucht mehr davon. Üblicherweise bewegen sich die Recallzeiträume zwischen drei und sechs Monaten.

Studien von AXELSSON und LINDHE (1) sowie der Arbeitsgruppe um RAMFJORD und MORRISON (10, 12) haben gezeigt, daß mit dieser Form der Individualprophylaxe Karies und Parodontitis verhindert bzw. gestoppt werden können.

Das Konzept der Prävention von Karies und Parodontitis durch Plaque-entfernung ist nichts Neues, denn der ätiologische Zusammenhang ist schon lange bekannt. Relativ neu ist allerdings die Herangehensweise, unter Einsatz von speziell fortgebildetem Prophylaxepersonal professionelle Betreuung in der Praxis des niedergelassenen Zahnarztes anzubieten. Dieser Ansatz beruht nicht zuletzt auf der Erkenntnis, daß man sich als Zahnarzt nicht mit dem an den Patienten gerichteten Hinweis auf eine schlechte Mundhygiene aus der Verantwortung stehlen kann. Kinder, alte Menschen und Behinderte, aber auch „ganz normale“ Erwachsene sind sehr oft einfach überfordert mit dem Anspruch, ihre Zähne perfekt belagfrei zu halten. Für Patienten mit einer fortgeschrittenen Parodontitis, deren Zähne aufgrund freiliegender Wurzeloberflächen und

Furkationen eine der Reinigung kaum zugängliche Oberflächenmorphologie aufweisen, trifft das umso mehr zu.

Angesichts dieser Erkenntnis können wir es ethisch nicht vertreten, Menschen mit hohem oralen Erkrankungsrisiko unter dem lapidaren Hinweis auf ihre schlechte Mundhygiene ihrem Schicksal und schlechten Gewissen zu überlassen. Wir können bei solchem Handeln kein gutes Gewissen mehr haben, sobald wir wissen, daß Mundgesundheit durch Individualprophylaxe jedem vermittelt werden kann.

Zum Abschluß sei noch vermerkt, daß Individualprophylaxe in der freien Praxis auch vom ökonomischen Standpunkt gesehen kein Zuschußgeschäft ist, sondern durchaus gewinnbringend organisiert werden kann. Untersuchungen in den USA haben an den Tag gebracht, daß trotz zunehmender Mundgesundheit und sinkendem Kariesbefall mehr Menschen ihren Zahnarzt aufgesucht haben und daß die Zahnarteinnahmen überproportional gestiegen sind (2, 14).

Literatur

1. Axelsson, P, Lindhe, J: Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. Results after 6 years. J Clin Periodontol 8, 239-248 (1981).
2. Beazoglu, TJ, Guay, AH, Heffley, DR: The economic health of dentistry: past present and future. J Am Dent Assoc 119, 117-121 (1989).

3. *Dean, HT*: Endemic fluorosis and its relation to dental caries. *Publ Health Rep* 53, 1443-1452 (1938).
4. *Dean, HT*; *Arnold, FA*, *Elvove, E*: Domestic water and dental caries, V. Additional studies on the relation of fluoride domestic waters to dental caries experience in 4,425 white children aged 12-14 years, of 13 cities in 4 states. *Publ Health Rep* 57, 1155-1179 (1942).
5. *Dohnke-Hohrmann, S*: Die Zahn-
gesundheit unsrer Kinder - Opfer
förderalistischer Vielfalt? *Forum* 11,
219-223 (1992).
6. *Dünninger, P*, *Pieper, K*: Ergebnisse
zur Prävalenz von Karies und
Dentalfuriose. In: Institut der Deut-
schen Zahnärzte (Hrsg.): Mund-
gesundheitszustand und -verhalten in
der Bundesrepublik Deutschland.
Deutscher Ärzte-Verlag Köln 1991.
7. *Hetzer, G*: Ergänzende Stellungnah-
me zur Anwendung von Fluoriden.
Forum 11, 239-241 (1992).
8. *König, KG*: Karies und Parodon-
topathien. Thieme-Verlag Stuttgart
1987.
9. *Marthaler, TM*: Changes in the
prevalence of dental caries: how much
can be attributed to changes in diet?
Caries Res 24 (suppl 1), 3-15 (1990).
10. *Morrison, EC*, *Ramfjord, SP*, *Burgett,*
FG, *Nissle RR*, *Shick, RA*: The
significance of gingivitis during the
maintenance phase of periodontal
treatment. *J Periodontol* 53, 31-34
(1982).
11. *Naujocks, R*: Epidemiologie der
Zahnkaries in der Bundesrepublik
Deutschland. *Dtsch Zahnärztl Z* 42,
16-19 (1987).
12. *Ramfjord, SP*, *Morrison, EC*, *Burgett,*
FG, *Nissle RR*, *Shick, RA*, *Zann, GJ*,
Knowles, JW: Oral hygiene and
maintenance of periodontal support.
J Periodontol 53, 26-30 (1982).
13. Sozialgesetzbuch der Bundesrepu-
blik Deutschland, Abschnitt V.
Bundesgesetzblatt I, 2477 (1988).
14. *Waldmann, HB*: Dentistry in the
USA: a lesson in survival. *J Dent* 17,
124-131 (1989).
15. *Zahnärztekammer Berlin*: Grundsät-
ze zum Helferinnen-Tätigkeits-
rahmen. *Mitteilungsblatt Berliner*
Zahnärzte 38, 8, 22-24 (1991).

Dr. Stefan Zimmer

Prophylaxereferent des DAZ

Führer Str. 15

1000 Berlin 65

•••••
• **Terminvormerkung** •
•

• Die DAZ-Mitgliederversammlung •
• 1993 findet am Dienstag, 15. Juni, •
• um 10 Uhr, in Mainz statt. •
•••••

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

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

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

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

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



CENTRAL

KRANKENVERSICHERUNG AG

Hansaring 40-50 · 5000 Köln 1

Alte Menschen sollen besser essen Fehlernährung geriatrischer Patienten ist häufig

Ein großer Teil der über 75-jährigen Menschen in der Bundesrepublik Deutschland ist fehlernährt. Viele von ihnen werden deshalb häufiger krank. Das ist, auf eine Kurzformel gebracht, das wichtigste Ergebnis der Bethanien-Ernährungsstudie (BEST), die am Bethanien Krankenhaus Heidelberg mit rund 1,2 Millionen Mark durch den Bundesminister für Forschung und Technologie unterstützt wurde.

Alte Menschen, insbesondere Hochbetagte und Patienten, gelten als Risikogruppe für Mangelernährung. Über den Ernährungszustand dieser Bevölkerungsgruppe standen bisher nur unzureichende Daten und Informationen zur Verfügung. In der Bethanien-Ernährungsstudie sollten daher Formen und Häufigkeit von Fehlernährung bei geriatrischen Patienten untersucht, mögliche Ursachen identifiziert und in einem prospektiven Studienteil über 18 Monate die prognostische Bedeutung von Fehlernährung sowie Maßnahmen zur Abhilfe ermittelt werden.

Der Ernährungszustand von 300 über 75-jährigen geriatrischen Patienten wurde bei Aufnahme ins Krankenhaus und 18 Monate nach der Entlassung mit Hilfe von diätetischen, klinischen, anthropometrischen, biochemischen und immunologischen Methoden bestimmt.

Bei mehr als zwei Drittel der Patienten waren Hinweise für Mangelernährung vorhanden. Das betraf vor allem die Mineralstoffe Calcium, Kalium und Magnesium und nahezu alle Vitamine mit einer mittleren Zufuhr von jeweils nur etwa 60 % der empfohlenen Tagesmenge. Auch die Ballaststoffaufnahme

ist mit weniger als 50 % der Empfehlung unbefriedigend. Zurückzuführen ist dieses Ungleichgewicht zum Teil darauf, daß ein großer Teil der untersuchten Patienten zu selten Milch- und Vollkornprodukte zu sich nimmt. Am häufigsten traten Probleme bei denjenigen auf, die Schwierigkeiten beim Schneiden, Kauen und Schlucken hatten. Aber auch geistig verwirrte Patienten zeigten häufiger Zeichen der Mangel- und Fehlernährung.

Auch die Häufigkeit der erneuten Krankenseinweisung nahm mit dem reduzierten Ernährungszustand zu. Patienten in gutem Ernährungszustand mußten in den folgenden 30 Monaten für durchschnittlich 33,9 Tage ins Krankenhaus, während ihre schlechter ernährten Altersgenossen dort rund dreizehn Tage länger verbringen mußten. Diesen Ergebnissen zufolge bedürfen Ernährung und Ernährungszustand geriatrischer Patienten intensiver Aufmerksamkeit und Beratung, damit Fehl- und Unterernährung erkannt und vermieden werden.

Quelle:
Gesundheits-Forschungsdienst
August 1992, Nr. 3/92

Neu: elmex-Forschung führt elmex Sensitive Plus ein

Zahnpasta zum Schutz und zur schonenden Pflege von überempfindlichen, freiliegenden Zahnhälsen

Lörrach, den 6. Januar 1993 (OMH) - Fast 20 Prozent der erwachsenen Bevölkerung leiden an überempfindlichen Zahnhälsen. Ursache dafür ist die Freilegung von Dentinoberflächen durch zurückweichendes Zahnfleisch, was meist auf eine Parodontitis oder falsche Zahnputztechnik zurückzuführen ist.

Die elmex-Forschung hat jetzt die neue Zahnpasta „elmex Sensitive Plus“ auf den Markt gebracht, die speziell zur schonenden Pflege und zum Schutz freiliegender, überempfindlicher Zahnhälsen entwickelt wurde. Aus einer neuartigen Kombination aus Silika und mikronisiertem Polyethylen als Putzkörper resultiert eine extrem niedrige Abrasivität der Zahnpasta (RDA-Wert 30), wodurch eine optimale Schonung des durch Abrieb gefährdeten Dentins beim Zähneputzen ermöglicht wird.

In Verbindung mit dem Wirkstoff Aminfluorid, der in einer Konzentration von 0,14 Prozent enthalten ist, bildet sich eine Art Schutzfilm um den Zahn, der ihn vor taktilen, thermischen (heiß/

kalt) und chemischen (süß/sauer) Reizen abschirmt. Gleichzeitig wird ein wirksamer Schutz vor Zahnhals- und Wurzelkaries aufgebaut.

Die kleinen Tubuli, die direkt zur Pulpa, dem schmerzempfindlichen Zahnmark führen, werden durch diesen Schutzfilm verschlossen. Die Schmerzempfindlichkeit sinkt bereits nach wenigen Wochen - es erfolgt eine Art Selbstheilung.

Durch die besonders milden, niedrig dosierten Putzkörper (nur 20 Prozent Gesamtanteil; in „normalen“ Zahnpasten 40 bis 50 Prozent), die Bildung eines Schutzfilms zur Abwehr unangenehmer Reizempfindungen und dem wirksamen Schutz vor Karies, bietet die neue Zahnpasta „elmex Sensitive Plus“ ein optimales Pflege- und Wirksystem bei freiliegenden, sensiblen Zahnhälsen, die gerade in der zweiten Lebenshälfte immer häufiger zu Problemen führen.

Kontakt:

Inge Boscheinen, Wybert GmbH
Tel.: 07821 / 4027-94

Überzeugend in Qualität und Wirkung.

Die medizinische Zahncreme

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

Klinisch erprobt am Zahnärztlichen Institut der Universität Zürich.

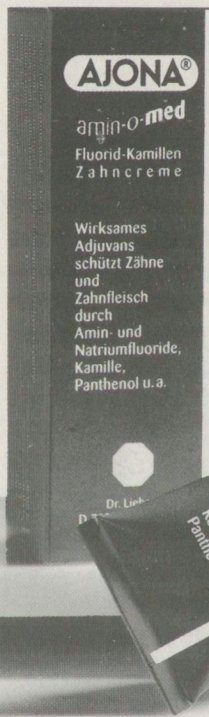
Bewährte Wirkstoffkombination

Aktuelle Erkenntnisse aus Wissenschaft und Natur vereint in AJONA amin-o-med ergeben ein hervorragendes Wirkungsspektrum: ■ stark kariesprotektiv ■ reduziert Glattflächen- und Dentinfissurenkaries ■ fördert Remineralisation ■ hemmt Plaque- und Zahnsteinbildung ■ hoher Keratinisationsindex

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

Fortschrittliche Deklaration

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



Wirksames Adjuvans schützt Zähne und Zahnfleisch durch Amin- und Natriumfluoride, Kamille, Panthenol u. a.

Dr. Lie...

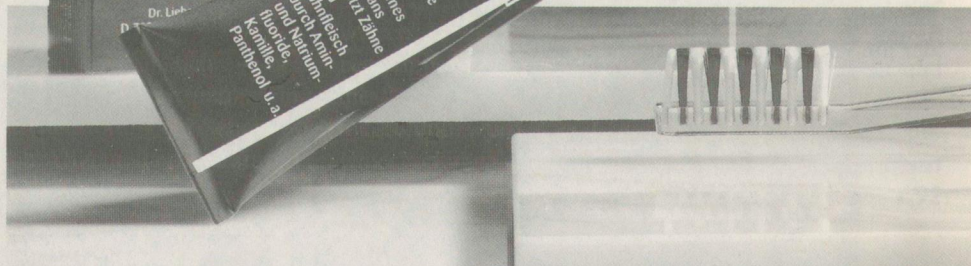
P...

Wirksames Adjuvans schützt Zähne und Zahnfleisch durch Amin- und Natriumfluoride, Kamille, Panthenol u. a.

AJONA®

amin-o-med

Fluorid-Kamillen-Zahncreme



Dr. Liebe Nachf. D-7022 Leinfelden, Postfach 10 02 28, Telefon 07 11/75 26 26, Telefax 07 11/75 66 66.

Per Axelsson zu Gast in Berlin

C. R. Barthel

Im Rahmen des FDI-Kongresses im September 1992 war Professor Axelsson aus Göteborg, Schweden, in Berlin zu Gast. Für einen kleinen Personenkreis von ca. 10 Prophylaxe-Interessierten konnte er zu einem einstündigen Vortrag über Prophylaxe-Konzepte in Schweden gewonnen werden. Der Vortrag fand im Rahmen eines gemeinsamen Abendessens statt, so daß ausreichend Gelegenheit geboten war, dem Prophylaxeforscher in privater Atmosphäre Fragen zu stellen. Zu den weiteren Gästen zählten Frau Dr. Dohnke-Hohmann, die Bundesvorsitzende der Vereinigung der Zahnärzte im ÖGD, Professor Roulet, der Dekan des Fachbereiches ZMK der FU Berlin, Vertreter des Berliner Prophylaxeseminars und neben anderen auch einige DAZler.

Per Axelsson ist einer der Wegbereiter der modernen Individualprophylaxe. Mit seinen bereits 1971 begonnenen Studien zur bedarfsorientierten Prophylaxe konnte er zeigen, daß damit ein Karieszuwachs gestoppt und ein Attachmentverlust völlig verhindert werden kann.

In seinem Vortrag machte Axelsson zunächst einmal betroffen, indem er auf einer Weltkarte zeigte, daß die Bundesrepublik Deutschland zusammen mit Japan unter den Industrieländern, die das meiste Geld für ihr Gesundheitssystem

ausgeben, bezüglich der Kariesprävalenz am schlechtesten dastehen.

In der Provinz Värmland, dem Haupttätigkeitsgebiet von Professor Axelsson, gibt es spezielle Prophylaxeprogramme für die Gruppe der Schwangeren, für Säuglinge und Kleinkinder (0–3 Jahre), für Vorschulkinder (3–6 Jahre), Schulkinder und Jugendliche (6–19 Jahre), wobei in Schweden generell alle Kinder und Jugendlichen bis zum 20. Lebensjahr kostenlos vom staatlichen Gesundheitssystem versorgt werden. Das gilt auch für die Prophylaxe. Bei den Erwachsenen ist das Verhältnis von staatlicher Versorgung zu Privatpraxis 30:70.

Die jeweiligen Prophylaxeprogramme versuchen Karies-Hochrisikopatienten herauszufinden, die in ein engmaschigeres Recallsystem eingebunden werden sollen als die anderen Patienten. Die Bestimmung dieser Risikopatienten geschieht mit Hilfe des von Axelsson entwickelten Plaque-Formation-Rate-Index (PFRI), bei dem 24 Stunden nach einer professionellen Zahnreinigung (= Plaquefreiheit) die Zähne angefärbt werden und der Plaquezuwachs bestimmt wird. Innerhalb dieser 24 Stunden dürfen die Zähne nicht geputzt werden. In Kombination mit mikrobiologischen Tests ist die Menge des Plaquezuwachses innerhalb von 24 Stunden

ein treffsicherer Indikator zur Bestimmung von Hochrisikopatienten.

Mit diesem Konzept konnte erreicht werden, daß 1985 in der Provinz Värmland die zwölfjährigen im Schnitt nur 2,5 defekte Zähne hatten, 1987 waren es nur noch 1,5. Für Gesamtschweden lag die Zahl 1985 etwas höher, nämlich bei 3,5. Interessant ist die zeitliche und personelle Verteilung der Prophylaxe-Maßnahmen: Pro Individuum und Jahr werden im Schnitt 30-40 Minuten für prophylaktische Maßnahmen aufgewendet, wobei die Prophylaxe-Assistentinnen 70 %, die Dentalhygienikerin 20 % und der Zahnarzt 10 % der Betreuung übernehmen. Insgesamt läßt sich trotz steigenden Zuckerkonsumes eine frappierende Reduktion des Kariesbefalles verzeichnen.

Professor Axelsson arbeitet ferner seit einiger Zeit an einem Konzept der Selbstüberwachung der Patienten durch regelmäßiges Einfärben der Zähne („self-care-model“), es laufen diesbezüglich mehrere Studien, eine unter anderem an einer deutschen Schule in Südamerika.

Einige Punkte aus Professor Axelssons Vortrag wurden anschließend kontrovers diskutiert. So ist man in Schweden inzwischen davon abgerückt, von Geburt bis zum dritten Lebensjahr eine Tablettenfluoridierung vorzunehmen, da eine interne Fluoridierung bei der Schmelzreifung der noch nicht durchgebrochenen Zähne im Vergleich zur lokalen Fluoridierung von Zähnen, die in der

Mundhöhle stehen, zu vernachlässigen ist. Dieser Ansatz mag für Schweden richtig sein, weil dort durch das ausgebaute Prophylaxenetz eine sehr gute Plaquekontrolle besteht. In Deutschland mit seiner hohen Kariesprävalenz ist jedoch auf eine Basisfluoridierung in Form von Fluoridtabletten bzw. fluoridiertem Salz nicht zu verzichten.

Inzwischen werden in Schweden präventive Ansätze diskutiert, die eine Übertragung des *Streptococcus mutans* von den Eltern auf das Kind unterbinden sollen. Man spricht in diesem Zusammenhang von einer Primär-Primär-Prävention.

Ein weiterer Anlaß für Diskussionen war ein neues Konzept der prophylaktischen Fissurenversiegelungen. Das Material der Wahl ist nicht mehr Komposit in Kombination mit der Schmelz-Ätz-Technik, sondern Glasionomerzement. Nach Axelsson ist bei der Applikation von Komposit zum Teil mit Sekundärkaries zu rechnen, wohingegen Glasionomerzement durch seine Fluoridabgabe eher präventiv wirksam ist. Zudem ist er als Fluoridionen-Pumpe anzusehen. Nach Abgabe des im Material vorhandenen Fluorids können bei einer externen Fluoridierung wieder Ionen absorbiert werden, wodurch sozusagen der leere Fluoridspeicher wieder gefüllt wird. Der Nachteil der relativ kurzen Verweildauer von Glasionomerzementen in den Fissuren ist nach Axelsson zu vernachlässigen. Die gefährlichste Zeit für die Entstehung einer Fissurenkaries

ist nämlich während und unmittelbar nach dem Zahndurchbruch, da hier die Zähne nicht in Kontakt zum Antagonisten stehen und es dadurch zu einer erhöhten Plaqueakkumulation auf der Kaufläche kommt. Nach vollständigem Durchbruch ist das Risiko einer Fissurenkaries wesentlich geringer. Das heißt, die prophylaktische Fissurenversiegelung muß nur den Zahndurchbruch überdauern und es macht nicht allzuviel, wenn die Füllung anschließend verlorenght.

Im weiteren Verlauf seines Vortrages ging Axelsson darauf ein, daß eine im Rahmen der Individualprophylaxe stattfindende Kürettage nur beim allerersten Mal mit einem scharfen Instrument durchgeführt werden sollte. Bei diesem Prozeß wird nicht nur Zahnstein entfernt, sondern auch die obersten Wurzel-schichten. Wird dies regelmäßig wiederholt, so kann es auf Dauer zu erheblichen Substanzverlusten kommen. Finden nach der Erstbehandlung Recall-sitzungen statt, so soll hier nur eine Glättung der subgingivalen Hartschicht durchgeführt werden, egal, ob es sich um Wurzeloberfläche oder Zahnstein handelt. Tatsächlich ist ja Zahnstein auch hauptsächlich wegen seiner Rauigkeit gefährlich, die der Plaque eine optimale

Retentionsmöglichkeit bietet. In diesem Zusammenhang stellte Axelsson ein von ihm entwickeltes maschinelles Gerät zur Wurzelglättung vor, den „Periotor“. Es handelt sich dabei um diverse Ansätze, die in ein Winkelstück eingesetzt werden, das einen ähnlichen Bewegungsablauf wie das „EVA-System“ hat. Diese Ansätze gibt es für Furkationsbereiche und für verschiedene andere Wurzeloberflächen.

Insgesamt war der Vortrag von Professor Axelsson ein anregender Denkanstoß, wobei hier leider gesagt werden muß, daß wir in Deutschland noch meilenweit von den schwedischen Zahngesundheitsverhältnissen entfernt sind und erst recht von denjenigen in Värmland, wo Professor Axelsson bereits für 1994 Kariesfreiheit für alle zwölfjährigen voraussagt. Dies ist als beeindruckender Erfolg seiner Arbeit zu werten, wenn man bedenkt, daß dort noch 1964 jedes zwölfjährige Kind durchschnittlich 40 kariöse Läsionen hatte.

*Dr. Claudia Roxana Barthel
Abteilung für Zahnerhaltung
Zahnklinik Nord der FU Berlin
Föhler Straße 15,
1000 Berlin 65*

Der medizinische Schutz

für das
Zahnfleisch

für die
Zähne



Spezialisten bieten wirksamen Schutz

Produkte aus der elmex Forschung

Die „Zahnwaschanlage“ im Badezimmer

Kommentar zu dem Beitrag „Das Plaque-Control Center im
Badezimmer“ im Forum Nr. 39, Seite 357

St. Zimmer

Eine typisch menschliche Eigenschaft besteht darin, solche Versprechungen bevorzugt zu glauben, die einem besonders gut „in den Kram“ passen. Deshalb fällt die Werbung für sogenannte Mundhygienecenter meist auf besonders fruchtbaren Boden, weil sie dem Verbraucher eine perfekte und dabei einfache Zahnpflege suggeriert.

In der Realität zeigt sich aber, wie so oft, wenn der Wunsch der Vater eines Gedankens war, daß sich die Hoffnungen gar nicht oder nur bedingt erfüllen.

Ich möchte den *Forum*-Beitrag zum Plak-Control Center als Aufhänger benutzen, um die Erwartungen an die „Waschmaschine für den Mund“ zu relativieren.

Besonders problematisch sind Mundduschen zu bewerten, da sie zwar dem Benutzer ein Gefühl von Sauberkeit und Frische vermitteln und auch wirklich zwischen den Zähnen hängende Speisereste gut herauspülen, aber eben nur eine vordergründige Sauberkeit erzeugen, weil sie nicht imstande sind, Plaque zu entfernen. Die Plaque birgt jedoch das eigentliche Gefahrenpotential. Ka-

ries und Parodontitis können nur bei ihrem Vorhandensein entstehen.

Fazit: Der Benutzer hat nach dem Gebrauch der Munddusche das Gefühl sauberer Zähne, was objektiv nicht stimmt.

Was bleibt, ist die oft gepriesene „Massagewirkung“ für das Zahnfleisch, an die zwar jeder glaubt, aber kaum einer weiß, was damit überhaupt bewirkt werden soll. Um dieses Mysterium etwas aufzuhellen: Hinter der Massagewirkung verbirgt sich die Vorstellung, daß sie eine Verbesserung der Blutzirkulation bewirkt, wodurch wiederum saure Stoffwechselprodukte und Toxine aus dem Gewebe ausgeschwemmt werden sollen. Und in der Tat läßt sich bei einer Zahnfleischmassage dieser Effekt beobachten. Er klingt allerdings unmittelbar nach Beendigung der Massage wieder ab und hat daher einen auf wenige Minuten beschränkten Effekt. Wenn die Plaque nicht entfernt wird, haben sich die ursprünglichen Gewebeverhältnisse sehr schnell wieder eingestellt. Eine Zahnfleischmassage kann daher nicht als wirksames Instrument zur Bekämpfung einer Gingivitis und erst recht nicht zur Selbstbehandlung einer Parodontitis

angesehen werden. Mundduschen werden jedoch gerne von Patienten zum Ausspülen parodontaler Taschen eingesetzt. Davor ist zu warnen, denn durch den Wasserstrahl können u. U. Speisereste oder Bakterien in die Taschen gespült werden, was wiederum zu einer Abszeßbildung führen kann. Wenn überhaupt, dürfen Mundduschen zum Spülen von parodontalen Taschen nur nach Indikation und Instruktion durch einen Zahnarzt eingesetzt werden.

Soviel zur Realität der Mundduschen, die von den Werbeversprechungen nur sehr wenig übrig läßt. Etwas besser sieht es bei den elektrischen Zahnbürsten aus.

Diese können sehr wohl eine vernünftige Unterstützung bei der häuslichen Mundhygiene darstellen. Die heutzutage beim parodontal gesunden Patienten favorisierte BASS-Technik stellt nämlich nicht zu unterschätzende Anforderungen an die Feinmotorik des Anwenders. Sie hat nur dann eine optimale Reinigungswirkung bei gleichzeitiger Minimierung des Risikos der Bildung von Putzdefekten, wenn die Borstenden der Zahnbürste „auf der Stelle rüttelnde“ Bewegungen ausführen. Viele Anwender verkrampfen jedoch im Ringen um eine optimale Putztechnik, was häufig die Bewegungsamplitude und den Anpreßdruck größer als erwünscht werden läßt. Damit sind Putzdefekte vorprogrammiert. Erfahrungen aus Schweden, wo die BASS-Technik nahezu flächendeckend praktiziert wird, belegen diese Mechanismen.

Die meisten elektrischen Zahnbürsten haben den Vorteil, die „Feinmechanik“ des Zähneputzens zu übernehmen. Sie sind daher grundsätzlich für jeden, der das Gefühl hat, mit der BASS-Technik nicht zurecht zu kommen, empfehlenswert. Natürlich sind nicht alle elektrischen Zahnbürsten gleich und es kommt darauf an, die richtige auszuwählen. Als Entscheidungshilfe dazu wird voraussichtlich im nächsten *Forum* eine Besprechung und Bewertung der wichtigsten Modelle erfolgen.

Mit einem Problem sind jedoch alle elektrischen Zahnbürsten behaftet. Dabei geht es wiederum um Suggestion. Dem technikgläubigen Menschen wird nämlich leicht der Eindruck vermittelt, man brauche eine elektrische Zahnbürste nur in den Mund zu stecken und den „Rest“ könne sie allein erledigen. Genau dieser Eindruck täuscht jedoch. Wie bei der konventionellen, so ist es auch bei der maschinellen Zahnbürste wichtig, sie richtig an jeder zu putzenden Zahnoberfläche in Position zu bringen: im 45° Winkel und mit den Borstenden im gingivalen Sulcus. Nur wenn man diesen Rat befolgt und sich obendrein für das richtige Modell entschieden hat, kann eine elektrische Zahnbürste ein sinnvolles Instrument zur Verbesserung der häuslichen Oralprophylaxe sein.

Dr. Stefan Zimmer
DAZ-Prophylaxereferent
Föhler Str. 15
1000 Berlin 65

Psychologie und Psychosomatik in der Zahnheilkunde - Teil I

K. Krüztmann

Das Thema dieses Beitrags scheint den üblichen Rahmen der Zahnheilkunde, so wie wir alle sie gelernt haben, zu überschreiten. Im Studium gibt es heute noch keine spezielle Veranstaltung über dieses Thema (bzw. wird gerade abgeschafft - neue Bundesländer!). Trotzdem tauchen in immer kürzeren Abständen auch in unserer Fachpresse Artikel zu diesen Themenbereichen auf. „Die schwierige Arzt-Patient-Beziehung“, „Der einfache Patient - kein Problemfall?“, „Projektion von Angst auf das Mundorgan“, „Gesprächsführung in der Zahnarztpraxis“, oder auch „die psychogene Prothesenunverträglichkeit“, so und ähnlich lauten die Überschriften der Artikel, die wir lesen sollen. Zusätzlich finden sich Berichte über diverse Tagungen zahlreicher zahnärztlicher Vereinigungen, die sich dem Thema widmen. VIII. Psychosomatisches Symposium der BLZK, 5. Jahrestagung des Arbeitskreises „Psychologie und Psychosomatik“ in der DGZMK, 2. Symposium „Psychosomatisches Denken in der Zahnmedizin“ der Charité, etc. Selbst in der wöchentlichen „Bildzeitung“ für Zahnärzte (DZW) finden sich Berichte und Artikelserien.

Als normaler, sich mit dem täglichen Allerlei abplagender, von „kosten-

dämpfenden“ Reformern gebeutelter, zahnärztlicher Praktiker könnte man fast auf den Gedanken kommen, daß sich arbeitslose Psychologen und profilierungssüchtige Kollegen geradezu geheimbündlerisch zusammengetan hätten, um sich auf unsere Kosten zu profilieren oder ein lukratives Betätigungsfeld zu verschaffen.

Ist dem wirklich so? Auf die eine oder andere Art hat doch jeder von uns täglich mit der Thematik zu tun. Wir achten nur meistens nicht darauf, weil wir es uns nicht oder zu wenig bewußt machen.

Ich bin mir sicher, daß jeder von Ihnen eigene, ganz unterschiedliche Erfahrungen mit der Psychologie oder Psychosomatik des Patienten (aber auch der eigenen..) hat. Sicherlich haben Sie sich darüber schon Ihre Gedanken gemacht und vielleicht auch eigene, kleine Theorien entwickelt (vorzugsweise über die Psyche der Patienten). Selbst wenn Sie zu dem Ergebnis gekommen sind, daß „das dummes Zeug sei, Psychologengeschwätz“, haben Sie sich bereits damit beschäftigt.

„Taschenspielertricks“ werden Sie jetzt vielleicht denken. Warten Sie es ab und lesen Sie weiter.

Ich möchte versuchen, Ihnen die weitere Beschäftigung mit dem Thema schmackhaft zu machen und den Einstieg zu erleichtern.

Beginnen werde ich mit

1. zwei kleinen Geschichten,
 2. es folgt eine Betrachtung über mögliche Gründe dafür, daß die Psychosomatik erst jetzt verstärkt ins Blickfeld der Zahnmedizin kommt;
- dann werde ich
3. Zusammenhänge zwischen Zähnen und psychischen Zuständen oder Verhaltensweisen aufzeigen,
- als viertes möchte ich
4. die Möglichkeiten und Grenzen psychotherapeutisch/psychosomatischen Handelns in einer zahnärztlichen Praxis erörtern.

Zurück zu den Geschichten:

Die erste Geschichte ist ein Bericht von dem Kollegen Hermann Strobel, selber zwanzig Jahre Zahnarzt, dann Psychoanalytiker (aus seinem empfehlenswerten Buch „Das Zahnweh, subjektiv genommen...“ Walter Verlag, Freiburg i.B.):

Ein Fall von psychosomatischen Zahnschmerzen

Bei dem Patienten handelt es sich um einen 46jährigen Prokuristen, Vater eines Sohnes, dessen Frau an Multipler Sklerose litt. Zur nicht großen Freude meldete er sich dreimal hintereinander sonntags als Notfall wegen heftiger Zahnschmerzen am Zahn 24.

Es fand sich keinerlei Möglichkeit, die Ursache der Beschwerden zu erklären und entsprechend zahnärztlich zu behandeln. Der Patient ging jedesmal ohne Behandlung wieder von dannen. Hilflös riet ich ihm, bei einem HNO-Arzt seine Kieferhöhlen röntgen zu lassen.

Als er am folgenden Sonntag wieder als Notfall kam und dies nicht getan hatte, wurde ich deutlich ungeduldig. Dem Mann schien die Sache selber peinlich zu sein, zumal er mit Sicherheit angab, die Schmerzen träten niemals während der Woche auf. Es handelte sich also um einen reinen „Sonntagschmerz“.

Irgend etwas Wesentliches mußte seine Sonntage anders machen als seine Wochentage, etwas, das belastet, verstimmt oder sonst was.

Ich gab mir einen Ruck und begann zunächst mit der Frage nach auffällig anderen Getränken oder Speisen, die er in der Woche sonst nicht einnähme. Am Wochenende kochte er selber eine spezielle Kost, schon seiner kranken Frau wegen, aber es sei eigentlich recht gut.

Das gab mir die Gelegenheit, mich nach seiner Frau zu erkundigen.

Die Situation sei natürlich nicht einfach, sie sei eigentlich dauernd depressiv, manchmal sehr launisch und reizbar, sie kritisiere ihn ständig, besonders daß er abends oft so spät von der Arbeit aus der Stadt heimkomme. Aber dafür könne er ja schließlich nichts. Er habe eine große Abteilung zu leiten, und da werde es

eben oft recht spät. Dann habe er es natürlich nicht leicht, sagte ich. „Sie liegt einfach immer nur herum und nörgelt“, ergänzte er. Und dann müsse er samstags und sonntags noch selber kochen, da dann das Hausmädchen frei habe. Und man müsse ihr frei geben, weil man sie ja brauche, schon wegen des Sohnes, auf den ja jemand aufpassen müsse. Seine Frau sei so passiv und weinerlich. Der Sohn halte so schon genug aus mit seiner Mutter.

Als der Mann so sprach, hatte ich nicht unbedingt den Eindruck, er käme wegen des Zahnwehs. Seine Lage als Ehemann war einfühlbar schwierig, der Widerstand gegen seine kranke Frau war nicht zu übersehen. Unter solchen Umständen gäbe es ja auch nicht mehr viel von dem, was man ein Eheleben nennen könnte, meinte ich. Und dann ging ich einen riskanten Schritt weiter und sagte: „Das ist natürlich schwer, wenn man dann nicht wenigstens eine Freundin hat...“ Daraufhin fing der Mann an zu weinen. Er hatte eine Freundin. Sie war auch der wahre Grund, weshalb er während der Woche abends so spät heimkam. Aber nun wolle die Freundin ihn auch noch sonntags bei sich haben und verlangte von ihm kategorisch die Scheidung. Das war es also, was ihm verständlicherweise Zahnweh machte. Nachdem er sich mal so richtig ausgesprochen hatte, ist er von diesem Übel jedenfalls befreit gewesen, ich hatte meine Sonntagsruhe wieder und er noch seinen gesunden Zahn.

Abwegig? Warten Sie es ab, es hätte für den Herrn schlimmer kommen können.

Die zweite Geschichte wird von dem - leider verstorbenen - H. Müller-Fahlbusch berichtet (Pro und Contra, Hanser Verlag, München):

Die Zähne waren nicht schuld

Die 60jährige Frau B. klagt über unklare extraorale Beschwerden, insbesondere über Gelenksbeschwerden. Sie ist vom Hausarzt und Hauszahnarzt zum Internisten und Neurologen geschickt worden. Diese Ärzte fanden nichts. Ein Heilpraktiker hat jedoch gemeint, die Amalgamfüllungen in den Zähnen und die Goldkronen verträgen sich nicht miteinander. Alle Amalgamfüllungen wurden durch Goldinlays ersetzt. Ein Erfolg bezüglich der Beschwerden stellte sich nicht ein, da es sich um ein psychosomatisches Leiden handelte.

Frau B. wurde einem auf dem Gebiet des „Herdgeschehens bewanderten Zahnarzt“ überwiesen. Dieser schlug der Patientin die Extraktion von 14 (!) Zähnen vor. Die Patientin lehnte den Vorschlag ab (zu ihrem Glück) und wandte sich an die ZMK-Uniklinik in Münster. Den Originalbericht des betreffenden Zahnarztes brachte sie mit. Darin war u.a. zu lesen: „Die Röntgenuntersuchung ergab eine relativ massive Belastung des Gebisses“. Es wurde die Extraktion der Zähne 17, 13, 12, 23, 25, 26, 27, 37, 36, 34, 35, 45, 46, 47 vorgeschlagen. Außerdem sollten die „Leerkiefer-

strecken“ 18, 16, 24, 38, 35 und 48 „chirurgisch revidiert“ werden. Außerdem war zu lesen: „Die Decodermessung zeigt in den Kopf-Ableitungen Starren. Da auch die Rückströme alle fehlen, sollte hier neben anderen an eine geographische Standortbelastung gedacht werden. Ein versierter Rutengänger sollte die Schlafstätte überprüfen“.

Der Befund der Uniklinik: Die Patientin ist im Ober- und Unterkiefer mit feststehendem Zahnersatz versorgt. Klinisch und röntgenologisch besteht kein Anlaß, an der Erhaltungswürdigkeit aller Zähne zu zweifeln! Lediglich am Zahn 47 wurde eine leichte Hyperbalance gefunden. Wegen der das stomatognathe System weit überschreitenden Beschwerden wurde die Patientin in die Psychosomatik überwiesen. Psychopathologisch war eine larvierte Depression zu diagnostizieren, die nach einer Änderung in der Familienstruktur einsetzte.

Diese geschilderten Fälle sind keine Seltenheit. Müller-Fahlbusch berichtet, daß von 824 Patienten, die in die psychosomatische Medizin überwiesen worden sind (1981-83), bei 362 von ihnen wegen Beschwerden, die sich später als vorwiegend psychosomatisch bedingt erwiesen, Zahnextraktionen oder chirurgische Eingriffe ohne Erfolg durchgeführt worden sind.

Ich hoffe, daß Sie nach dem oben Gesagten etwas neugieriger sind und sich mit der Thematik dieses Artikels weiter

beschäftigen mögen. Wenn Sie bedenken, daß nach einigermaßen gesicherten Schätzungen ca. 40-60 % der Patienten einer Allgemeinarztpraxis eine psychosomatische Beteiligung ihrer Erkrankung zeigen, dann ist es eigentlich sonderbar, daß wir in unseren Praxen, die doch dasselbe Klientel haben, bisher so wenig damit zu tun bekommen haben sollen. Vielleicht erkennen wir diese möglichen Zusammenhänge auch nur nicht; oder wir ahnen welche, wissen aber nicht, wie wir damit umgehen können.

An dieser Stelle möchte ich ausdrücklich darauf hinweisen, daß uns unklare oder ungewöhnliche Beschwerden und dann der Gedanke, es könnte sich um einen psychosomatisch bedingten Schmerz handeln, nicht davon abhalten darf, zumindest eine saubere und ordentliche Diagnostik durchzuführen. Nur sollte diese, wenn wir nichts finden, nicht zu einer Polypragmasie führen, die darin besteht, irgend etwas zu tun, weil der Patient das ja von uns erwartet; zumindest nicht in den Ausmaßen, die dem Patienten eher Schaden zufügen können, wie in der obigen Geschichte deutlich zu lesen war.

Aber was ist eigentlich die Psychosomatik?

Die *Psychosomatik* ist die Lehre von der Bedeutung seelischer Vorgänge für die Entstehung und den Verlauf körperlicher Krankheiten.

Zum Schluß für heute möchte ich noch

drei wichtige **psychosomatische Einsichten und Erkenntnisse** benennen.

Körperliche Krankheiten stellen oft einen unbewußten Versuch dar, eine seelische Verletzung auszugleichen, einen inneren Verlust zu reparieren oder einen unbewußten Konflikt zu lösen!

Körperliches Leiden ist oft ein seelischer Selbstheilungsversuch!
(z.B. weil eventuell das körperliche

Leiden eine positivere Bewertung bekommt)

Niemand kann willentlich eine körperliche Symptomatik erzeugen!

(wie z.B. Migräne, Lähmungen, Lungenentzündung, Zahnschmerzen!)

Fortsetzung folgt.

Dr. Knut Krützmann
Wagmüller Str. 21
8000 München 22

FACKLER & WAGENBAUER

FACHBUCHHANDLUNGEN GMBH

**FACHBÜCHER - FORTBILDUNG ZUM
NACHSCHLAGEN!**

Fordern Sie unseren Katalog an!

LANDWEHRSTR.79 * D-8000 MÜNCHEN 2

Telefon 089/53 39 59 * Telefax 089/53 10 15

Gesunde Zähne



Jetzt Kassen-
erstattungsfähig!

Zymafluor[®]

Wirkstoff: Natriumfluorid


Dosierungstabelle

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

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

Zusammensetzung Zymafluor 0,25 mg; 1 Tablette enthält 0,553 mg Natriumfluorid (entsprechend 0,25 mg Fluorid). Zymafluor 0,5 mg; 1 Tablette enthält 1,105 mg Natriumfluorid (entsprechend 0,50 mg Fluorid). Zymafluor 0,75 mg; 1 Tablette enthält 1,658 mg Natriumfluorid (entsprechend 0,75 mg Fluorid). Zymafluor 1 mg; 1 Tablette enthält 2,211 mg Natriumfluorid (entsprechend 1 mg Fluorid). **Indikationen:** Zur Vorbeugung gegen Zahnkaries. **Kontraindikationen:** Keine, soweit die Fluoridkonzentration des Trinkwassers bestimmte Grenzen in Abhängigkeit vom Lebensalter nicht überschreitet. Überempfindlichkeit gegenüber Natriumfluorid. **Nebenwirkungen:** Wird eine höhere als die empfohlene Dosis über einen längeren Zeitraum eingenommen, kann es zu einer fleckigen Veränderung des Zahnschmelzes kommen. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Die gleichzeitige Zufuhr von Calcium-, Magnesium- und Aluminiumverbindungen wie auch die gleichzeitige Einnahme von Milch und Milchprodukten vermindert die Resorption von Fluorid.

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

 Zyma GmbH München

Auch der Zahnarzt steht unter Streß

Neue Studie zur Kinderbehandlung

Daß viele Kinder Angst vorm Zahnarzt haben, ist hinreichend bekannt. Daß aber ein ängstliches Kind auch für den Zahnarzt eine besondere Herausforderung bedeutet, machen sich nur wenige klar. Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) in Köln unterstützte deshalb eine Studie zu dem Thema „Die Beanspruchung des Zahnarztes bei der Kinderbehandlung unter besonderer Berücksichtigung des Angst-Aspektes“ (Dissertation von Robert Hans Kardung, FU Berlin 1990). Sie ergab, daß Zahnärzte bei Kinderbehandlung deutlich mehr Druck empfinden als bei der Therapie Erwachsener. Bei letzteren sind zwar die zahnmedizinisch-technischen Anforderungen höher, die eigentliche Behandlung verlangt höheres Geschick und spezielle Fachkenntnisse. Bei den kleinen Patienten sind die erforderlichen Handgriffe und Maßnahmen vergleichs-

weise einfacher, jedoch ist weitaus mehr psychologisches Einführungsvermögen gefordert und Geschick in der Vorbereitung von Behandlungsschritten und im Umgang mit Angst und Unruhe des Kindes, die - wie mit Hilfe physiologischer Parameter und durch Befragungen ermittelt wurde - beim Zahnarzt Streß auslösen können.

Für den DAZ heißt die einzige Konsequenz aus solchen Untersuchungen und eigenen ähnlichen Erfahrungen, daß Oralprophylaxe und Besuche beim Zahnarzt schon im Kleinstkindalter beginnen müssen. So können Kinder Vertrauen zu ihrem Zahnarzt aufbauen in Situationen, in denen ihnen nichts Unangenehmes und Angstauslösendes widerfährt (also **bevor** Bohrer, Spritze und Zange zum Einsatz kommen müssen), und so kann verhindert werden, daß Schäden überhaupt entstehen.

Öffentlichkeitsarbeit auf italienisch.

Eine besondere Form der Image-Werbung haben sich unlängst unsere italienischen Kollegen einfallen lassen. In ganzseitigen Anzeigen der Regionalteile bedeutender Zeitungen, z.B. im Corriere della sera, kündigten die unter ihrer Ortsbezeichnung namentlich aufgeführten Zahnärzte an, daß sie einen Monat lang, vom 1. Oktober bis zum 1. November, kostenlose Vorsorgeuntersuchungen durchführen wollten.

Unter der Überschrift Mese Delle Preventione dentale versprochen die in der Associazione Medici Dentisti Italiani organisierten Zahnärzte jeweils eine Gratis-Kontrolluntersuchung der Zähne und des Zahnfleisches.

Die am Schluß der Anzeigenseite vorhandene (dezente) Werbung einer weltbekannten Zahnpasta-Firma läßt vermuten, daß die Anzeige ganz oder zu erheblichen Teilen gesponsert wurde.

(1a)

Dental-
Depot
Hermann

FÄGER

Sup-Dent
GmbH

*Für Münchner
Unternehmen mit
Tradition!*

Testen Sie unsere Leistungsfähigkeit...

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

... wann immer Sie können!

Pettenkofferstraße 4 · 8000 München 2
Telefon 089/551800-0

Die Wurzel allen Übels

Mattis Manzel

Eine Wurzelbehandlung schildert hier aus einem ganz besonderen Blickwinkel Mattis Manzel, ein junger Schriftsteller, der in Schweden einige Semester Zahnmedizin studiert hat. Ähnlich den von ihm beschriebenen Phantasien eines Patienten gibt's sicher manche durchaus nicht-fachliche Regung auch auf Seiten des Behandlers oder der Behandlerin...

Georgia, Georgia – ich sank zurück in die einschläfernde Schräge der Kunstlederpolster und wartete – *the whole day through* – „Huuiiiii!“ pfiiff am Behandlungsstuhl links von mir eine Turbine, – *it's just an old song, keeps Georgia on my mind* –

Vor einer Woche hatten wir den Termin vereinbart, „Dienstag, 23.4., 11.00“ schrieb sie auf mein Kärtchen. Auf dem Heimweg war ich dann ins Schwärmen geraten: Was für ein Mund! Welch jungfräuliche Mäuseschrift! – *it's just an old song, keeps ...*

Aufrecht sitzend beantwortete ich ihre Fragen: „Der Kiefer war dick geschwollen.“ – „Der Eingriff? Moment. Das muß vor etwa zehn Tagen gewesen sein.“ – „Hier im Hause, ja. In der chirurgischen Abteilung.“ – „Penicilin, ja.“ – „Fieber auch.“ – „Nein, keine Unverträglichkeiten oder Allergien.“

G. Lindstad verschwieg dezent das über ihrer Brust angeheftete Namensschildchen. Gerda, überkam es mich, doch verwarf ich die abscheuliche Vorstellung sofort.

Sie werde die Wurzelkanäle meines Zahns aufbereiten, indem sie ihn von innen reinige und mit einem Mittel fülle, das die Bakterien abtöte, erklärte sie. Nach einer derart dramatischen Entzündung sei der Nerv des Zahns längst abgestorben, die Behandlung werde schmerzfrei sein. „Im vierten Studienjahr“, antwortete sie auf meine ungeschickte Frage. „Wir arbeiten bereits vollkommen selbständig“, fügte sie hinzu, ergriff demonstrativ Sonde und Spiegel, ich mußte den Kiefer aufsperrern, und unsere Konversation war fürs erste beendet.

Weißer Schuhe, weiße Hosen, ein weißer Kittel und auf diesem Sockel aus leinemem Marmor, vorgebeugt und versunken in den Aufbau meines Hartgewebes, die unbekannt zahnmedizinische Nofretete. Immerhin: wie ich mich in ihren, vertiefte auch sie sich in meinen Mund. In mir stieg der vage Verdacht auf, als sei das Interesse aneinander auf keiner Seite ausschließlich rein professioneller Art. Nur zu gern wäre ich dem auf den Grund gegangen, doch leider hatte sie mich mit Beginn der

Behandlung sprachlos gemacht. »Bitte den Mund offen lassen«, hieß sie mich weiterhin schweigen. Gertrud? Nein, besser nicht.

„Bitte die Augen schließen“ – komm, sprich es aus! Und dann beugst du dich ein Stück weiter vor und küßt mich. „Laß ab von dem abgefaulten Rebellen, Gitta! Er ist bei weitem das Schlechteste an mir!“ klagten meine mundtoten Gedanken zu ihr empor, doch sie blieb unbarmherzig und bohrte die Reste der alten Füllung aus dem Zahn heraus. Ich mußte mich zusammenehmen: nichts als Löcher. Regelmäßige, tausendfach durchlöchernde Platten bildeten die Decke des Behandlungsraums. Als gelte es, die Patienten an die Löcher in ihren Zähnen zu erinnern. Warum hat Michelangelo seine Deckenfresken nicht auch in Universitätszahnkliniken gemalt? Gabriële, um Himmels willen, küß' mich! Oder beiße mir wenigstens in die Nase.

Es half nichts. Ich mußte reisen:

Ich charterte einen Hubschrauber, der mich zu ihr brachte, sprang ab und schwebte am Fallschirm auf das winzige Schweißperlchen zu, das sich auf ihrer Nasenspitze gebildet hatte. Ich stieg an der Westwand ihres Nasenflügels hinab, setzte Fuß um Fuß von einer Sommersprosse in die andere, während meine Hände sich in den Poren ihrer Haut festklammerten. Noch bevor ich die weite Ebene ihrer Wange erreichte, galt es, eine Fältchenspalte zu überqueren, die sich schroff vor mir auftat. Ich durchwanderte ihre Wange. Unbarmher-

zig brannte mir die höher und höher steigende Behandlungslampe ins Gesicht. Nach schier endlosem Marsch erreichte ich einen Dschungel. Hier, im Schatten der Wimperreisen, fand ich Spuren von Kosmetika: Wimperntusche bedeckte den von Haarwurzeln durchzogenen Boden und blieb an meinen Stiefeln kleben. Ich bahnte mir einen Weg zwischen den Stämmen hindurch, bis – schimmerte dort nicht etwas? Und richtig! Wenig später trat ich aus dem Dickicht. Vor mir breitete sich ein riesiger Gletscher aus: ihr Augapfel. In seiner Mitte leuchtete der Schönste aller Seen, der phantastische, sagemumwobene *Lac d'Iris*, in dem noch nie ein Mensch gebadet hatte. Ich fällte einige Wimpern, zimmerte mir ein Floß und ließ mich auf einem der zarten Äderchen auf den See zutreiben. Es war eine gefährliche Fahrt voller Stromschnellen und Untiefen, doch welch ein Panorama tat sich vor mir auf: Hinter dem Wimperndschungel erkannte ich die wohlgeformte Silhouette ihrer Nase. Rechts davon, in weiter Ferne tiefrot leuchtend, lag das Massiv ihrer hoch aufgewölbten Oberlippe. Zur anderen Seite hin sah ich die langgedehnten Züge ihrer dunklen Augenbrauen. Dahinter erstreckte sich die Hochebene ihrer Stirn, zeitweilig glatt, dann wieder von Falten zerklüftet. Noch weiter entfernt, gleich hinter dem Haaransatz, begannen die dichten Wälder ihrer Locken.

Ich war fassungslos, als ich den See erreichte – so unbeschreiblich leuchtete das Blau, das mich umgab. Zwar hatte

ich von der Gefährlichkeit eines Lid-schlags gehört, nachdem ich jedoch einmal in die unergründliche Tiefe geblickt hatte, war ich zu keinem vernünftigen Gedanken mehr fähig. Nur einen Augenblick bevor ich mich zu meinem triumphalen Bad in die Fluten stürzen konnte, riß es mich mit ungeheurer Gewalt fort. Als ich wieder zu mir kam, lächelte sie und bat mich, ihr zu folgen: sie wolle eine Röntgenaufnahme von der Wurzel meines Zahns machen. Ich erhob mich und tappte benommen hinter ihr drein.

In der Kabine, auf dem X-mal bestrahlten Stuhl, war ich für einen Moment allein. Doch schon erschien ihr Gesicht im Bleiglasfensterchen – Schuß! – und zurück ging es auf den Behandlungsstuhl. Gracia, was mutest du mir zu?

Mit stecknadeldünnen Feilchen werde sie nun die Wurzelkanäle meines Zahns reinigen und erweitern, kündigte sie an. Allerdings ließe die Röntgenaufnahme erkennen, daß meine mesialen Wurzelkanäle ungewöhnlich stark gekrümmt seien. Die Behandlung werde daher etwas länger dauern. Gilberta, was immer mesial bedeuten mag, wenn es uns gemeinsame Zeit verbringen läßt, so will ich es gerne gutheißen. Wer weiß denn, ob wir uns je wiedersehen?

So wie sie im Moment stehe, käme sie nicht an den Wurzelkanal heran, erklärte sie, nachdem sie eine Weile lang erfolglos in meinem Zahn herumgestochert hatte. Also stellte sie sich hinter mich

und stützte ihren kühlen Unterarm auf meiner erhitzten Stirn ab. Ich sah ihr Gesicht direkt von unten. Nie habe ich einer Frau so tief in die Nase geblickt. Ihre Unterlippe hob sich, ein Zucken fuhr darüber, unter einer Reihe gesunder Zähne schob sich ihre Zunge einen Millimeter weit hervor. Sie fand den Kanal – Oh Gislaine –, sie stieß das Feilchen tief hinein in die faulige Masse toten Gewebes, das einst den Nerv meines Zahns gebildet hatte, hier begann sie zu feilen, hier war sie glücklich. *Gina more mio*, woher nur nimmst du diese odontologische Potenz?

Feilend erwiderte sie meinen Blick. Mich sah sie an – nicht länger meinen Zahn. Ich habe dir mißtraut, Gloria. Ich habe falsch von dir gedacht. Deine Mäuseschrift, die kleine Perle in deinem Ohrläppchen: ich habe alles vollkommen mißverstanden. Ich Narr hatte geglaubt, es sei nur mein Zahn, der dich interessiere. Bitte vergib mir. Dein sanftes Lächeln zeigt mir, daß ich im Unrecht war. Ja, ich werde Tickets für uns besorgen: Rio! Jawohl, Rio ist gut. Dein Dienst hier in der Klinik geht sicher nur bis vier – unten vor der gläsernen Eingangstür werden wir uns endlich in die Arme fallen –, und Standesämter müssen bis halb fünf geöffnet sein. Oder wir lassen uns im Flugzeug vom Kapitän trauen. Was? – Dann halt von einer der Stewardessen! – Nein? Wieso denn nicht? Sieh, auf Schiffen dürfen sogar zollfreie Waren verkauft werden. – Gesine, wirklich nicht? – Ja, ich verste-

he: erst das Studium. – Jaja, ich nehme mich zusammen. Michelangelo, warum hast du mich verlassen?

Aber vielleicht könnte ich sie zu einem Kaffee einladen? Vielleicht könnte ich vor der Klinik auf sie warten? Ich muß es ihr sagen: Gioconda, dein Mund! Gudrun, deine Wurzelfüllung! Ich werde sie immer bei mir tragen. Der Geruch sterilisierenden Nelkenöls verbindet uns. Gundula, mein Leben lang wird mir das Pfeifen einer Turbine, das gierige Schlürfen eines Speichelabsaugers dein Bild vor Augen zaubern.

»Mesial zwei stark gekrümmte Wurzelkanäle«, berichtete sie einem Professor, der von der Seite herantrat, ohne Zögern ein Feilchen ergriff und sich an mir verging. Sie hielt dem Grobian devot die Röntgenaufnahme vor die Augen, die er gelangweilt betrachtete, während er in stumpfer Routine in mir herumfeilte. Ob sie den zweiten distalen Kanal gefunden habe, fragte er, indem er sie über den Rand seiner Brille hinweg prüfend ansah. Hilflos starrte sie auf das Röntgenbild. Die Aufnahme zeige doch distal einen zweiten Wurzelkanal. Ob ihr das denn nicht aufgefallen sei? Um es vorwegzunehmen: dieser Mensch fand den Kanal auf Anhieb. Distal, so sollte ich begreifen, bedeutet „ein kleines Stückchen weiter hinten.« Er stieß das Messer tief hinein und mich durchfuhr ein Schmerz, so schön wie der Dinnergongschlag zu meiner eigenen Totenmahlzeit. „Dieser Kanal ist offenbar noch vital. Exstirpieren und aufbereiten«, befahl er

– und schon war er unterwegs zum nächsten Studenten, vermutlich, um dort einen Wechsel der Hydraulikflüssigkeit und ein Austausch des Handbremsseils anzuordnen. Angstschweiß platzregnete auf meine Stirn hinab.

Da, als sie sich über den Instrumententisch beugte, um die Waffe zu wählen, – da, als sie sich zu mir umdrehte, als sie dastand in ihrem chlorkalkweißen Kittel und zögerte, als sie schluckte und meinen Zahn anvisierte, in der Hand den raummetallenen Dolch, mit dem mir zu Leibe zu rücken sie gute Gründe sah, – da, als mich wunderte, daß sich das Licht im Auge der antartzischen Dämonin so merkwürdig bricht: war das nicht eine halbe Träne, die sich dort sammelte? – da, als mir klar wurde, daß diese vermeintliche Träne nicht mir galt, sondern von den Dämpfen der antiseptischen Essenzen herrührte, mit denen sie mich zu erkalten suchte: oder war sie gar ein Trugbild, jene Träne, die doch hatte hinablaufen sollen, die sich mit dem winzigen Schweißperlchen auf ihrer Nasenspitze hatte vereinigen und hinabtropfen sollen, vorbei an meinen Frontzähnen, salzig-bitter, auf meine Zunge hinab? – da fiel mir auch das Ende zu dieser Geschichte ein:

Ich darf nicht für den nächsten Dienstag erneut in ihre Behandlung bestellt werden, etwa weil die Wurzel meines Zahns, bevor er endgültig repariert werden kann, ein zweites Mal gereinigt werden müsse. Diese Geschichte wird nicht damit ausgehen, daß ich, auf den

Lippen das Lied vom Anfang, weiter zu erraten versuche, für welchen Namen das G. wohl stehen mag. Die Story kann nicht damit enden, daß mir im Aufzug, mit jedem Stockwerk, das ich durchfahre, ein weiterer Name einfällt – 3.) Geneveva, 2.) Grete, 1.) Grace – bis mir, im Erdgeschoß angelangt, der Seufzer entfährt: „Georgia, ach wäre es nur schon wieder Dienstag!“ Nein! das wäre gegaukelt und gelogen.

Denn deine Antwort auf mein Warten vor der Glastür steht doch seit langem fest: Es kann keine gemeinsamen Nachmittage geben. So vieles ist dir wichtiger, ich weiß. So viel wahrhaft Ernsthaftes hast du zu erledigen. Da ist keine Zeit für gemeinsamen Kaffee und erst recht nicht für Eiskrem. Zunächst dürfe ich

doch sowieso nichts essen, würdest du argumentieren. Erst müsse das Innere meiner Füllung noch erhärten, würde es heißen. Überhaupt ist mein Inneres viel zu weich, dachte ich dann und ginge meines Wegs – wenn sich mir bis dahin ein Weg aufgetan haben sollte. Glaub mir, ich würde ihn gehen.

Mattis Manzel, Berlin

Wer Lust auf weitere Geschichten von Mattis Manzel hat, sei auf sein im April 1991 im Gatza-Verlag erschienenes Buch „Zwei Seemänner sitzen in Barcelona und essen einen Albatros“ verwiesen. „Die Wurzel allen Übels“ wird im Oktober 1992 in einem Piper-Taschenbuch mit dem Titel „Umarmungen“ veröffentlicht

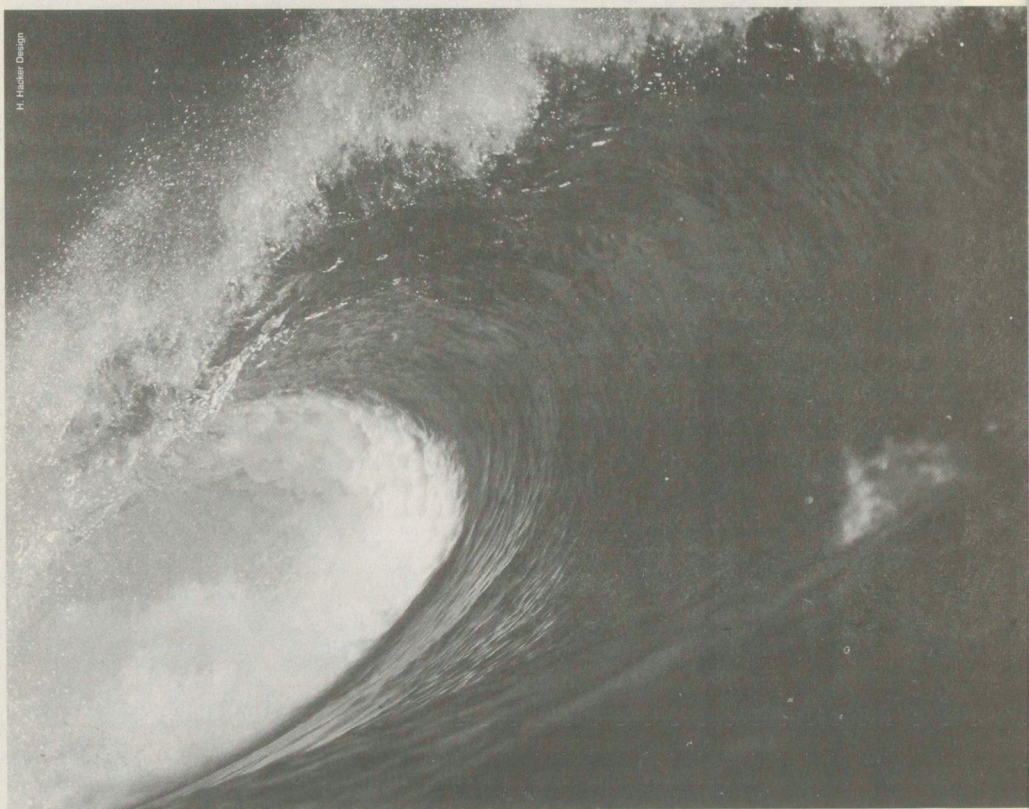
DIW: Zahnärzte verdienen das Dreifache

Berlin (Reuter) - Zahnärzte verdienen nach einer Analyse des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) zwar immer weniger, aber immer noch ein Mehrfaches des Durchschnittsbürgers. Verglichen mit dem statistischen Maß „Volkseinkommen je Erwerbstätiger“ habe das Einkommen niedergelassener Zahnärzte 1991 nach vorläufigen Berechnungen um das Dreifache, 1980 aber noch um das Fünffache über dem Durchschnittseinkommen gelegen, erklärte das DIW am Mittwoch in Berlin. Nach dem Gesundheitsreform-Gesetz sollen ihre Einkünfte reduziert werden. Je Praxisinhaber gerechnet,

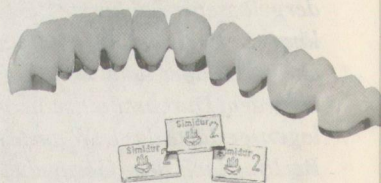
beliefen sich nach DIW-Angaben 1991 die Einnahmen auf rund 630 000 DM, das um Betriebsausgaben reduzierte unbesteuerbare Einkommen auf rund 200 000 DM. Knapp einem Drittel der Zahnärzte seien aber nur Einkommen unter 100 000 DM, rund der Hälfte von unter 165 000 DM verblieben. Nahezu ein Zehntel der Ärzte habe hingegen Einkünfte von über 400 000 DM erzielt. Die Zahl der Spitzenverdiener habe sich verringert. Zu berücksichtigen sei aber, daß Freiberufler hohe Beiträge zur Kranken- und Altersversorgung leisteten - 1987 rund 35 000 DM je Zahnarzt. Die 33 000 Zahnärzte hätten 1991 rund 21 Milliarden DM eingenommen, wovon brutto sieben Milliarden DM blieben. SZ 2.11.92

starke Perspektiven...

H. Hieser Design



*S*IMIDUR S 2 PALLADIUM-GOLD-AUFBRENNLEGIERUNG,
EIN PRODUKT, DAS ALLE VORAUSSETZUNGEN FÜR GRAZILE,
STATISCH FUNKTIONELLE KRONEN- UND BRÜCKENRESTAURATIONEN BIETET.
EIN STARKES STÜCK NATUR ALS BASIS IHRER ARBEIT.



Therapiefindung auf der Grundlage eines praxiserprobten Befundblattes

T. Weindler

Im Jahresbericht der Arbeitsgemeinschaft „Arbeitswissenschaft und Zahnheilkunde“ in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde 1982 wurde ein „Befundblatt zur Befunddokumentation und prothetischen Therapiefindung“ vorgestellt [Abb. 1]. Den Lesern des Forums sei dieses Befundblatt hier erneut vorgestellt. Seine besonderen Vorzüge sind bewiesene Praxistauglichkeit, sichere Dokumentation der relevanten Befundgrößen und Übersichtlichkeit bei der diagnostischen Auswertung

Jede ärztliche Maßnahme beruht auf einer gesicherten Diagnostik, die Behandlungsbedürftigkeit und Therapieziel feststellt.

Die Behandlungsbedürftigkeit des Patienten wird im Befund ausgedrückt, der aus forensischen Gründen dokumentiert werden muß. Darüber hinaus besteht eine vertragliche Verpflichtung zur Befunddokumentation.

Das prothetische Therapieziel wird nach einem Prozeß der Therapiefindung de-

finiert. In diesem Prozeß sind die dokumentierten Befunde auszuwerten und die Wünsche und Vorstellungen des Patienten einzubringen.

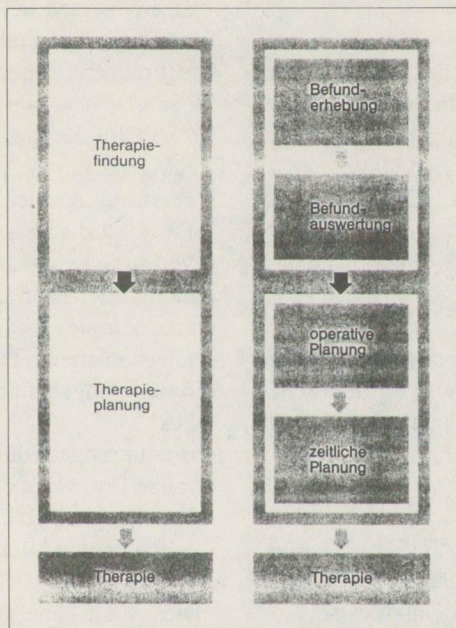


Abb. 1

Entgegen dem allgemeinen Sprachgebrauch ist die Therapiefindung von der Therapieplanung zu unterscheiden, die ein rein organisatorischer Vorgang ist [Abb. 1].

Zweck der Therapiefindung ist auch, Behandlungsalternativen aufzuzeigen. Die Notwendigkeit einer vom akuten Problem des Patienten abwei-

chenden Therapie ist festzustellen oder auszuschließen. Bei jeder prothetischen Restauration ist deshalb die Prognose aller Zähne abzuschätzen. Die Versorgung auch nur eines Zahnes mit einer Einzelkrone ist nicht möglich, ohne den gesamten Kauapparat beurteilt zu haben. Ferner ergeben sich Behandlungsalternativen aus der Anamnese des Patienten.

Um die o.g. Kriterien berücksichtigen zu können, ist in einem Formular zur Befunderfassung auch ein Abschnitt für die Anamnese vorzusehen. Dieser Abschnitt kann auch zur Dokumentation der Patientenwünsche herangezogen werden.

Befund

Um die prognostische Beurteilung der Zähne zu erleichtern, ist eine Schematisierung nach folgenden Kriterien hilfreich:

- Sind die betroffenen Zähne erhaltungsfähig?
- Sind die betroffenen Zähne erhaltungswürdig?

Der Befundbereich des Blattes ist geeignet, die zur Prognose erforderlichen Befundgrößen aufzunehmen, welche da sind:

- Kronenbefund,
- Lockerungsgrad,
- Vitalität,
- Papillenblutungsindex,
- Plaque Index nach Quigley,
- Furkationsbefall,

- Sondierungstiefe des marginalen Parodontes,
- Knochenabbau.

Kronenbefund

Der Kronenbefund ist in den Zeilen, die mit *Krone* bezeichnet sind, festzuhalten. Die im Krankenscheinschema üblichen Abkürzungen sind zur Planung von Zahnersatz ungenügend. Es müssen zumindest folgende Befunde festgehalten werden:

- Fehlender Zahn „f“,
- ersetzter Zahn „e“,
- falsch stehender Zahn „fs“,
- Caries „c“,
- Füllung „o“,
- zu erneuernde Füllung „co“,
- umfangreiche Füllung „u“,
- zu erneuernde, umfangreiche Füllung „cu“,
- zerstörte Krone, aber erhaltungsfähiger Zahn „w“,
- zerstörte Krone, nicht erhaltungsfähiger Zahn „z“,
- verfärbte Krone „v“,
- elongierter Zahn „el“,
- Ersatzkrone „k“,
- teleskopierende Ersatzkrone „t“,
- erneuerungsbedürftige Ersatzkrone „ck“,
- erneuerungsbedürftige teleskopierende Ersatzkrone „ct“,
- Brückenglied „b“,
- geschlossene Lücke „ („“.

Diese Liste kann selbstverständlich je nach Bedarf erweitert werden.

Lockerungsgrad

Der Lockerungsgrad kann in Skalen von 0 bis 3 oder von 0 bis 4 in der Zeile *LG* angegeben werden. Beide sind in der Literatur präsent.

Es ist bei der Beurteilung zu beachten, welche Skala angelegt wird.

Vitalität

Im Zusammenhang mit den u.g. Befunden des Parodontes ist zur Beurteilung der Erhaltungsfähigkeit die Vitalität von ausschlaggebender Bedeutung. Eine Sondierungstiefe bis ins apikale Wurzel-drittel ist bei vitalen Zähnen anders zu beurteilen als bei devitalen Zähnen.

Papillenblutungs- und Plaqueindex

Hier sind die vereinfachten Indices mit + für vorhandene Blutung und Plaque oder - für nicht vorhandene Blutung und Plaque vorgesehen. Differenziertere Angaben sind möglich. Für die Prognose eines Zahnersatzes ist der mundhygienische Zustand des Patienten von entscheidender Bedeutung. Mehr noch als die Plaque gibt die Papillenblutung Auskunft über die Mundhygiene des Patienten. Bei Erstbefunden sind die Angaben an den von Ramfjord angegebenen Zähnen ausreichend. Diese sind im Befundblatt mit einer fetten Linie gekennzeichnet.

Furkationsbefall

Der Furkationsbefund ist für jeden Furkationseingang gesondert zu erhe-

ben. Die dazu notwendigen Felder sind in der Zeile *Furk* des Befundblattes vorgesehen. Der Befund wird in vier Grade eingeteilt [Abb. 2]:

- 0: Furkation nicht sondierbar,
- 1: Furkationseingang sondierbar bis 3 mm,
- 2: Furkation mehr als 3 mm sondierbar, nicht durchgängig,
- 3: Furkation beidseitig durchgängig sondierbar.

Sondierungstiefe

Die Sondierungstiefe ist im Zahnschema einzuzeichnen, wie es auch beim Parodontalstatus üblich ist.

Knochenabbau

Der röntgenologisch festgestellte Knochenabbau wird ebenfalls in das Zahnschema eingetragen. Die Wurzeln sind durch horizontale Linien so eingeteilt, daß festgehalten werden kann, ob sich der Abbau im coronalen, mittleren oder apikalen Wurzel-drittel befindet.

Anamnese

Die Anamnese dient weniger der Rückschau auf die Krankheitsgeschichte, vielmehr soll dem Zahnarzt die Möglichkeit gegeben werden, die Gründe des Patienten für die Konsultation festzuhalten.

Die Angaben des Patienten werden in sieben Feldern angekreuzt, für nicht vorgesehene Eintragungen sind freie Felder vorgesehen. Die Antworten geben wichtige Hinweise auf die Probleme.

matik, wie sie sich dem Patienten darstellt. Nur unter deren Berücksichtigung kann eine Behandlung erfolgen, die den aktuellen Wunsch des Patienten auch erfüllt.

Die Einstellung zu Zahnersatz und die Bedeutung, die der Patient seinen Zähnen beimißt, sind für den Behandlungserfolg bedeutsam. Kostspieliger Zahnersatz und aufwendige Therapie bleiben erfolglos, wenn die Bedeutung der Zähne nicht erkannt oder nicht empfunden wird.

Bei der anamnestischen Befragung sollte sich der Zahnarzt dieser Problematik zumindest insofern nähern, daß er

die Akzeptanz von herausnehmbarem Zahnersatz und die Bedeutung der Zähne für den Patienten festhält.

Die Einstellung zu herausnehmbarem Zahnersatz läßt sich in drei Graden angeben:

- Herausnehmbarer Zahnersatz wird
- (0) ohne Widerstand angenommen,
 - (1) toleriert oder
 - (2) total abgelehnt.

Die Bedeutung, die den Zähnen beigegeben wird, kann in vier Stufen angegeben werden:

Die Zähne haben für das Selbstwertgefühl des Patienten

Das Diagramm zeigt fünf nummerierte Schemata zur zahnbezogenen Dokumentation:

- 1. Schema zur zahnbezogenen Dokumentation verschiedener Einzelbefunde:** Ein 12-spaltiges Gitter mit den Spaltenüberschriften: Furk, PIQ, PBI, VII, LG, Krone. Die Spalten sind von links nach rechts und von oben nach unten beschriftet.
- 2. Zahnschema zur Aufnahme der Sondierungstiefe des marginalen Parodontiums:** Ein Zahnschema mit 12 Zähnen pro Seite. Die obere Seite ist als 'rechts' und die untere als 'links' beschriftet. Die Spalten sind als 'OK' (oben) und 'LK' (unten) markiert.
- 3. Schema zur Dokumentation der Sichtbarkeit der Zähne:** Ein 12-spaltiges Gitter mit den Spaltenüberschriften: Krone, LG, VII, PBI, PIQ, Furk. Die Spalten sind von links nach rechts und von oben nach unten beschriftet.
- 4. Anamneseschema für den Behandlungswunsch:** Ein Formular mit den folgenden Feldern:

Sichtbarkeit				
SO	SOG	SOA		
SU	SUG	SUA		
LO	LOG	LOA	LOS	
LU	LUG	LUA	LUS	
Anamnese				
Routineuntersuchung	Gutachter			
Parodontale Ereignisse				
Karies Symptome				
Ästhetische Korrekturen				
Psychische Faktoren				
Einschränkung der Kaufunktion				
Mängel am Zahnersatz				
Wertigkeit der Zähne				
Bedeutung der Zähne	0	1	2	3
Herausnehmbarer Zahnersatz	0	1	2	
- 5. Anamneseschema für die Wertigkeit der Zähne:** Ein Gitter mit den Spaltenüberschriften: Krone, LG, VII, PBI, PIQ, Furk. Die Spalten sind von links nach rechts und von oben nach unten beschriftet.

Abb. 2

- (0) gar keine,
- (1) gleichgültige,
- (2) große oder
- (3) sehr wichtige Bedeutung.

Sichtbarkeit der Zähne

Die Sichtbarkeit ist im Grunde eine Befundgröße. Im Zusammenhang mit dem Behandlungswunsch kann sie Hinweise auf die technische Ausführung des Zahnersatzes geben.

Hat man die Wahl zwischen einem herausnehmbaren und einem fest-sitzenden Zahnersatz, ist die Sichtbarkeit von ausschlaggebender Bedeutung.

Es sind folgende Angaben möglich:

- SO: Beim Sprechen sind die OK-Zähne sichtbar.
- SOG: Beim Sprechen sind die OK-Zähne und die Gingiva sichtbar.
- SOA: Beim Sprechen sind die OK-Zähne u. d. Alveolarfortsatz sichtbar.
- LO: Beim Lachen sind die OK-Zähne sichtbar.
- LOG: Beim Lachen sind die OK-Zähne und die Gingiva sichtbar.
- LOA: Beim Lachen sind die OK-Zähne und der Alveolarfortsatz sichtbar.
- LOS: Beim Lachen sind die OK-Zähne und die Seitenzähne sichtbar.

Die Sichtbarkeit der UK-Zähne wird ebenso dokumentiert. An Stelle des O

© Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe

Furk			Furk
PIQ			PIQ
PBI			PBI
VII			VII
LG			LG
Krone			Krone

Krone			Krone
LG			LG
VII			VII
PBI			PBI
PIQ			PIQ
Furk			Furk

Anamnese		Wertigkeit der Zähne			Sichtbarkeit		
Routineuntersuchung	Gefächter	Bedeutung der Zähne			SO	SOG	SOA
Parodontale Ereignisse		Herausnehmbarer Zahnersatz			SU	SUG	SUA
Kariessymptome		Name					
Aesthetische Korrekturen					LO	LOG	LOA
Psychische Faktoren					LU	LUG	LUA
Einschränkung der Kaufunktion					LUS		
Mängel am Zahnersatz							

Abb. 3

steht die Bezeichnung U für Unterkiefer.

Voraussetzung der sicheren Therapiefindung

Das vorgestellte Befundblatt wird seit zehn Jahren in der Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe mit gutem Erfolg eingesetzt. Zahlreiche niedergelassene Kollegen verwenden ebenfalls dieses Blatt in ihren Praxen. Die Vorzüge sind leichte Handhabung, schnelle Befunderhebung und sichere Dokumentation. Der geübte Zahnarzt benötigt mit diesem Hilfsmittel nur unwesentlich mehr Zeit zur Befundung als mit einem weniger sorgfältig, aber unsystematisch erfaßten Befund. Das Risiko, entscheidende Befunde zu übersehen, wird durch eine selbst auferlegte Systematik erheblich gemindert.

Die sichere Therapiefindung setzt allerdings voraus, daß sie in einem gesonderten zeitlichen Rahmen erfolgt. Die alltägliche Praxisroutine erlaubt keine Freiräume für die überlegte Beurteilung von Befund und Anamnese. Patienten reagieren mit Sicherheit positiv auf den Hinweis, daß deren besonders gelagerter Fall der eingehenderen therapeutischen Überlegung bedarf.

Schlußbemerkung

Es seien mir noch verschiedene Bemerkungen erlaubt, die mir im Zusammenhang mit der prothetischen Planung auf dem Herzen liegen.

Den Zahnärzten wurde vor nicht allzu

langer Zeit die Berechenbarkeit der Behandlungsplanung gestrichen. Ich denke, daß meine Ausführungen deutlich machen, daß die Erstellung eines HKP nicht einfach nur aus der Tipparbeit der Verwaltungshelferin besteht. Soll die Berechenbarkeit der HKP-Erstellung wieder eingeführt werden, ist aber o.g. Vorgehen in den Praxen auch tatsächlich zu leisten. In der Kieferorthopädischen Behandlung wird auch der kleinste Behandlungsschritt durch eine entsprechende Planung vorbereitet. Es ist völlig unverständlich, weshalb von zahnärztlicher Seite keine entsprechende Initiative erfolgt.

Der Wegfall des Befundes beim chronologischen Krankenschein ist schlichtweg ein berufspolitischer Skandal. Wir werden ohne Begründungen für unser zahnärztliches Tun auch in Zukunft kein Verständnis für irgendwelche Forderungen unsererseits finden, weder bei Politikern, noch bei Krankenkassen, noch bei mündigen Patienten. Unsere Zukunft in dieser Gesellschaft hängt davon ab, ob wir die Notwendigkeit unserer Arbeit anhand gesicherter Kriterien deutlich machen können. Die Gesellschaft hat unseren freien Berufsstand letztlich geschaffen, sie kann ihn genauso wieder abschaffen. Die Zeichen sind deutlich, mit deren Deutung dauert es in unserer Standespolitik offensichtlich noch einige Zeit.

Eines jedenfalls steht fest: Von der weitverbreiteten Auffassung, daß ein

Patient, wenn er zu drei Zahnärzten geht und dort drei verschiedene Meinungen hört, hierin seine Freiheit der Arztwahl bestätigt sieht, werden auch wir Zahnärzte Abschied nehmen müssen. Der vielbeschworene mündige Patient legt auf fachgerechte und fundierte Befunderhebung, Diagnose und Therapie mit Sicherheit mehr Wert. Und eine freie Gesellschaft wird sich auch die Freiheit nehmen, die Indikationen unserer Leistungen zu hinterfragen.

Bei Fehldiagnose hat Arzt keinen Anspruch auf Honorar

Frankfurt/Main (dpa/Reuter) - Ein Arzt kann für eine falsche Diagnose und für eine daraufhin begonnene Behandlung kein Honorar verlangen. Dies entschied das Frankfurter Amtsgericht und wies damit die Klage eines Zahnarztes zurück. Eine Mitarbeiterin des Arztes hatte einem Patienten zur Entfernung eines Zahns und zur Einsetzung einer Interimsprothese geraten. Der beklagte Patient, der schon zuvor Mängel in der Behandlung vermutet hatte, ließ die Diagnose überprüfen und wechselte dann die Praxis. Der Zahn konnte von einem anderen Arzt gerettet werden. Trotzdem erhielt der Patient von dem ersten Zahnarzt eine Rechnung über 266 Markt für die Erstellung einer Interimsprothese. Dieser Anspruch ist nach Ansicht des Gerichts jedoch nicht begründet, da die nach einer Fehldiagnose hergestellte Prothese für den Patienten nutzlos sei. Außerdem, so die Urteilsbegründung, müsse ein Patient nur dann für eine

Literaturverzeichnis

- [1] *Heners, M.; Walther, K.*
Dokumentation und Planung zahnärztlicher Praxis; Quintessenz Verlags-GmbH 1983
- [2] *Lindhe, J.:* Textbook of Clinical Periodontology; Verlag Munksgaard Kopenhagen 1983

*Dr. Tilman Weindler
Pfleggasse 31
8360 Deggendorf*

abgebrochene Behandlung zahlen, wenn ihm der Arzt „keine Veranlassung für eine Kündigung“ gegeben habe. (Aktenzeichen: 32 C 581/91-19)

Massenaustritte aus dem Freien Verband

Wie aus gewöhnlich gut informierter Quelle zu erfahren ist, haben etwa 10 000 Kollegen dem Freien Verband Deutscher Zahnärzte den Rücken gekehrt und ihren Austritt vollzogen. Angeblich habe der FVDZ noch etwa 14 000 Mitglieder, das wären noch weniger als 30% der niedergelassenen Zahnärzte. Es sieht so aus, als ob inzwischen einem größeren Teil der Kollegenschaft klargeworden ist, daß man mit Ausstiegs-, Kosten- und Obstruktionsstrategien, mit starken Sprüchen und Schuldzuweisungen allein keine seriöse und vor allem erfolgreiche Politik betreiben kann.

Leserbriefe

Sehr geehrter Herr Kollege!

Vor zwei Jahren bin ich Mitglied des DAZ geworden, weil ich vor allen Dingen das undemokratische Vorgehen des Freien Verbandes mißbillige.

Ich mißbillige weiterhin die totale Verweigerungspolitik des Freien Verbandes in bezug auf die Gesundheitsreform und finde es gut, daß der DAZ verhandelt hat.

Leider wurden Sie von Herrn Seehofer total um den Finger gewickelt, was ich auch auf die mangelnde Professionalität der Verhandlungsführer, die ja hauptberuflich Zahnärzte sind, zurückführe.

Sie schreiben in Ihrem Wahlaufwurf: „DAZ erreicht wichtige Verbesserungen“.

Ich meine: Viel schlimmer hätte es kaum kommen können.

Wem nützt der degressive Punktwert?
- Den Kollegen, die immer sorgfältig gearbeitet haben, aber auch den Kollegen, die nicht sorgfältig gearbeitet haben, und durch ihren schlechten Ruf oder einfach, weil sie zu faul sind, nicht über die magische Grenze kommen.

Es gibt natürlich auch Kollegen, die viel arbeiten und Pfuscher machen. Es

gibt aber auch Kollegen, die viel arbeiten und keinen Pfuscher machen, zu denen ich mich zähle. Die sind doch die Gekniffenen.

Ich habe eine Landpraxis mit vielen AOK-Patienten, hohem KONS-Anteil, stehe meinen Patienten auch außerhalb der Praxiszeiten meistens zur Verfügung. Der Ausbildungsassistent, den ich jetzt eingestellt habe, wird mir nur zu 29 % berechnet. Das deckt noch nicht einmal die Kosten ab.

Was aber das Schlimmste ist: Degressiver Punktwert bedeutet enormen Bürokratismus und totale Überwachung der Praxen. Degressiver Punktwert führt zu unheimlichen Schiebereien. Es werden Strohmannen als Zahnärzte eingestellt werden.

Haben Sie das wirklich gewollt?

Ich hoffe auf baldige Antwort. Vielleicht kann dieser Brief auch einmal im Forum abgedruckt werden.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Kießler

Herrn Dr. Gerhard Kießler
Ihr Brief an Herrn Tödtmann

Sehr geehrter Herr Kollege Kießler,
erlauben Sie mir, daß ich Ihnen antworte, Herr Tödtmann ist krank, und Sie sollen nicht noch länger auf Antwort warten. Kritische Briefe sind uns dann besonders willkommen, wenn sie Raum

für einen Dialog eröffnen. Ich danke Ihnen darum für Ihren Beitrag.

Einige Ihrer Fragen sind bereits in den DAZ-Kontakten Nr. 28 beantwortet, die sich mit Ihrem Brief überschneiden haben. Ich lege sie Ihnen nochmals bei.

Die üblen Eingriffe des GSG in unsere Berufsfreiheit halte ich für die Reaktion der Politik auf unsere Geisterfahrer-Standespolitik. Die großen Zahnärzter-Organisationen haben es Herrn Seehofer sehr leicht gemacht, indem sie sich den Verhandlungen für Nachbesserungen verweigert haben. Die Eingriffe in unser Berufsrecht sind gezielte lex Bayern, Nordrhein und Niedersachsen.

Ihre Befürchtungen betreffend degenerativer Punktwerte teile ich nicht ganz. 350.000 GKV-Punkte bedeuten ca. 700.000,— DM Gesamtumsatz. Davon 25 % dürfte auch den Ausbildungsassistenten wirtschaftlich tragbar machen. Übrigens waren ursprünglich 15%

Assi-Zuschlag vorgesehen. Wir haben heftig und erfolgreich für die Erhöhung gekämpft - vor allem um der Anstellungschancen der jungen Kollegen willen.

Aber vor allem hat unser Vorschlag den Ersatz des 25 %-ZE-Abschlags im Visier gehabt. Daß das nicht völlig gelungen ist, war auch für uns eine schmerzliche Politik-Erfahrung. Vor allem stört uns, daß er nicht zeitlich befristet ist - auch dies wird bei einer Novellierung noch nachzubessern sein.

Dies wird nur möglich sein, wenn möglichst viele Kollegen solidarisch und konstruktiv ihre Interessen dem Gesetzgeber glaubhaft machen. Ich lade Sie herzlich ein, sich daran zu beteiligen; die Termine der nächsten DAZ-Veranstaltungen, vor allem die Ratssitzungen, erfahren Sie aus unseren Rundschreiben. Vielleicht sehen wir uns dort einmal.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen
Roland Ernst

Gesundheitsreformgesetz
- letzte Lesung 10. Dez. 1992

Sehr geehrter Herr Minister,

Sparmaßnahmen werden alle Gesundheitsanbieter - so auch die Zahnärzte - hinnehmen müssen. Letztlich eröffnet die gesamte Gesetzgebung auf dem zahnärztlichen Sektor verschiedene Möglichkeiten der Kostenreduzierung.

Offensichtliches Ziel Ihrer Bemühungen ist es, die Zahnersatzmenge in den Griff zu bekommen - deshalb der erste Vorschlag auf 20 % Honorarkürzung. Das hätte die Relation zu den allgemeinen BEMA-Leistungen (Kons./Chirurgie) richtiggestellt, insofern nur der Zeitfaktor berücksichtigt worden wäre.

Von zahnärztlicher Seite wurde leider immer nur die Rechnung für die Einzel-

krone aufgemacht. Diese stimmt! Die Einzelkrone stellt jedoch nicht die Regel dar. Das häufigere Praxisgeschehen ist eher, daß im gleichen Kiefer in gleicher Sitzung mehrere Zähne mit Kronen versorgt werden. Das führt zu einem Serieneffekt mit beträchtlichem Zeitgewinn. Für die Einzelkrone ist ein Zeitaufwand von ca. 1 Std. anzusetzen - für jede weitere Krone im gleichen Kiefer vielleicht nur 20 Minuten. Als angemessen hätte ich empfunden, die Einzelkronen honorarmäßig in der alten Höhe zu belassen und für jede weitere Krone im gleichen Kiefer (im Zeitraum von 12 Monaten??) gestaffelte Honorarabschläge durchzusetzen.

Als ungerecht empfinde ich den degressiven Punktwert. Gewisse zahnärztliche Kreise haben Sie mit der richtigen Zahlendimension versorgt, daß 25% der Kollegen 60% des KZV-Umsatzes kassieren. Verschwiegen hat man Ihnen dabei, wo diese „Vielabrechner“ zu suchen sind. Diese sind in erster Linie zu finden in unattraktiven Gegenden und schwach strukturierten Gebieten, wohin sich bisher gehobene Berufe nicht hingezogen fühlen: ehemaliges Zonenrandgebiet, bayer. Wald, Kreis Heinsberg, nördlicher Rand des Ruhrgebietes (Duisburg, Recklinghausen, Gelsenkirchen).

Zahnärzte, die in diesen unattraktiven Bereichen niedergelassen sind, werden geradezu erdrückt von Kassenpatienten. Ohne selbst KZV-Zahlen zu kennen, bin ich sicher, daß vom degressiven

Punktwert im Kreis Heinsberg jede zweite Praxis betroffen sein wird (ca. 1 Zahnarzt auf 2100 Einw.). Die Großstadtpraxen werden vom degressiven Punktwert bis auf wenige verschont (1 Zahnarzt auf 700-1400 Einw.). Darüber hinaus ist der potentielle Anteil der Privatpatienten in Citylagen der Großstädte höher als auf dem Land. Die Zahnärzte attraktiver Gegenden und der meisten Großstädte erfahren somit durch Ihr Gesetz eine Vorzugsbehandlung.

Das Gesetz treibt die Zahnärzte der ohnehin schlechter versorgten Regionen, die auch gleichzeitig als strukturschwach zu bezeichnen sind, in die Defensivmedizin, womit selbstredend auch die Patienten mitbestraft werden.

Der degressive Punktwert ist allenfalls zu vertreten für „Ausreißer“ - Vergleich aber nur auf regionaler Ebene. Sie könnten den KZV'en die Ermächtigung zu solchen differenzierten Maßnahmen erteilen.

Ihr Gesetz in der jetzigen Form verhindert nicht die Von Ohr- zu Ohr-Überkronungen, anders ausgedrückt „full-oral-rehabilitation“ zu Lasten der Solidargemeinschaft.

Man sollte sich auch vermehrt des „Honnefer-Modells“ erinnern, wonach „Bedürftigkeit und Würdigkeit“ gleichermaßen zu berücksichtigen sind.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Teeuwen



Buchbesprechungen

Gesichts- und Kopfschmerz - ein interdisziplinärer Überblick

Götz K. Siebert (Hrsg.):

496 S., 119 Abb., 49 Tab.,

Carl Hanser-Verlag, München 1992 DM 198,— ISBN 3-446-16243-7

In Deutschland gibt es Hunderttausende, wenn nicht Millionen Menschen mit chronischen Kopfschmerzen. Obwohl nach Schätzungen bei etwa einem Drittel dieser Patienten die Hauptursachen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich liegen, trauen sich nur sehr wenige Kollegen zu, den steinigen Weg der Diagnostik und Therapie bei dieser Klientel zu gehen. Kein Wunder also, daß es zahllose Patientenkarrieren gibt, die durch jahrelange ‚Drehtür‘-Konsultationen, einem mehr oder weniger erfolglosen ‚Doktor-shopping‘ bei allen denkbaren Disziplinen geprägt sind. Die so quälenden Kopfschmerzen werden schließlich so ‚normal‘ eingestuft wie der regelmäßige Konsum von (immer stärkeren) Analgetica.

Kopf- und Gesichtsschmerzen sind für viele Ärzte und Zahnärzte eine terra incognita, deren Erkundung von vornherein als aussichtslos eingeschätzt wird. Ist nicht bereits die Bemerkung ‚Migräne‘ für viele Zahnärzte ein (dankbar empfundenes) Signal, jede weitere Diagnostik dieser Beschwerden zu unterlassen? Dies auch noch mit gutem Gewissen, dafür ja nicht zuständig zu sein.

Daß das massenhafte Problem des Kopfschmerzes aber auch ein ebenso gravierendes Aus- und Weiterbildungsdefizit von Ärzten und Zahnärzten darstellt, ist nicht mehr

länger zu verdrängen. Um so mehr ist es zu begrüßen, daß der Berliner Prothetiker Prof. Siebert als Herausgeber dieses Lehrbuchs einen kompetenten interdisziplinären Überblick geschaffen hat. Damit müßte es gelingen, daß auch Zahnärzte mehr als bisher ihren Beitrag zur Schmerz-Diagnostik und -Therapie leisten können.

Dieses anspruchsvolle Werk ist von Ärzten, Zahnärzten und Psychologen geschrieben. Für die tägliche Praxis sind insbesondere die ausführlichen Kapitel über zahnärztlich-funktionell bedingte Kopfschmerzen, aber auch über die psychosomatischen und orthopädischen Aspekte besonders hilfreich. Dabei wird sehr bald klar, daß viele Untersuchungs- und Behandlungsabläufe nur interdisziplinär bewältigt werden können. Für die praktische Organisation solcher ‚fachärztlicher‘ Aufgaben gibt es eine Fülle guter Hinweise, die auch bei der Untersuchung und Beratung ‚unkomplizierter‘ Patienten eine neue Qualität bewirken können. Für die Differentialdiagnostik im Einzelfall bietet der Anhang eine Reihe von bewährten Befund- und Fragebögen sowie Schmerzprotokollen, die sich als Kopien zum gezielten Einsatz anbieten.

Die Einarbeitung in den hier vorgestellten Komplex ist sicher nicht einfach. Sie wird aber erleichtert durch ein klares Konzept und

gute systematische Übersichten, Fallbeschreibungen, Prognoseabschätzungen u.a. Schon umgesetzte Teilaspekte bewirken einen qualitativen Sprung unserer Unter-

suchungsgewohnheiten. Deshalb bewerte ich dieses Werk als wirkliche Bereicherung auf dem fast unüberschaubar gewordenen Markt an Fachliteratur.

c. n.

Individuell optimale Okklusion

Sigurd P. Ramfjord, Major M. Ash. jr.

525 S. 282 Abb., Quintessenz Verlag Berlin 1992, DM 320.— ISBN 3-87652-631-0

Wenn ein Werk erst nach 10 Jahren (herausragend) übersetzt wird, so ist das ein Zeichen dafür, daß hier - jenseits aller Modeströmungen - ein klassisches Lehrbuch herangereift ist. Es prägt die klinische Wirklichkeit und bietet eine sichere Basis für verantwortliche Diagnostik und Therapie.

Zunächst werden die Grundkenntnisse für das Verständnis einer individuell optimalen Okklusion vermittelt. Aufbau und Anwendung eines plausiblen und wissenschaftlich abgesicherten Okklusionskonzeptes ist unerläßlich für alle Maßnahmen im natürlichen und rekonstruierten Gebiß.

Ramfjord und Ash gehören zu den bekanntesten Forschern auf dem Gebiet der Physiologie der Okklusion und Therapie der Funktionsstörungen des stomatognathen Systems. Ihre langjährige Lehrtätigkeit und ihre klinische Erfahrung mit Funktionsstörungen spiegeln sich in diesem didaktisch gut aufgebauten Werk wider.

Im ersten Teil, der die Anatomie und Physiologie des Kausystems behandelt, werden vor allem die grundlegenden, bisher vernachlässigten Aspekte der Neurophysiologie dargestellt. Wieviel irrige Konzepte und Verfahren in der Zahnheilkunde hätten vermieden werden können, wenn der Okklusionslehre früher die Prinzipien der Neurophysiologie zugrundegelegt worden wären!

Der zweite Teil befaßt sich mit der Epidemiologie und Ätiologie der Funktions-

störungen im Kausystem. Dabei wird ein Schwergewicht auf Bruxismus und Parafunktionen gelegt. Eindrucksvoll werden das Kiefergelenk und das Muskeldysfunktionssyndrom diskutiert.

Der dritte Teil beschreibt die diagnostischen Aspekte. Wiederum erhalten okklusales Trauma und Bruxismus ein spezielles Augenmerk. Der vierte Teil schließlich gilt der Therapie der Funktionsstörungen. Das okklusale Einschleifen ist im Detail und gut verständlich dargestellt. Diese für den Praktiker so alltägliche Aufgabe nimmt einen zentralen Platz ein. Aber auch andere, restaurative, kieferorthopädische und Schienungs-Maßnahmen werden ausführlich genug behandelt.

Dieses Lehrbuch ist trotz, ja wegen seines 10-jährigen Vorlaufs in den USA hochaktuell. Eine umfassende Literaturdokumentation erhöht die Zuverlässigkeit aller Angaben und Empfehlungen. Die über 500 Seiten und fast 300 Abbildungen sollten Studierende und Praktiker nicht schrecken. Alles ist auch Kapitel- und Abschnitts-weise von Gewinn und sollte zum griffbereiten Inventar jeder fachlich ambitionierten Praxis gehören.

Die Aufmachung und Ausstattung ist von gewohnter Quintessenz Güte, der Preis deshalb angemessen und akzeptabel. Prädikat: Sehr empfehlenswert!

Dr. Christian Nielsen

Checklisten der Zahnmedizin

Niklaus Peter Lang

Georg Thieme Verlag 1988, 2. Auflage

213 Seiten, 129 meist zweifarbige Abbildungen in 205 Einzeldarstellungen

Eine Empfehlung nicht nur für Studenten und Assistenten, sondern auch für den Praktiker. Die Checklisten sind als Anregung, Rekapitulation, Selbstkontrolle gedacht und enthalten nebenbei viele nützliche Tips. Eine Art übersichtliche Gedächtnisstütze soll helfen, ein Behandlungskonzept systematisch zum Erfolg zu führen. Die therapeutischen Strategien orientieren sich hier an biologisch fundierten Prinzipien mit dem Ziel einer bestmöglichen Prophylaxe. Die Sanierung ist auf die subjektiven und individuellen Bedürfnisse des Patienten abgestimmt, um *seinen* Bedarf an Ästhetik und Kaukomfort zu erfüllen.

Das Buch ist in folgende Bereiche unterteilt:

- Gesundheitsfragebogen / Anamnese

- Befundaufnahme / Diagnose / Behandlungsplan
- Systemische Phase / Hygienephase / Korrektive Phase / Betreuungsphase.

Die korrektive Phase umfaßt hier die Gebiete PAR, Endodontie, KONS, Chirurgie, Prothetik, Okklusale Therapie. Die Darstellung geht im Fall wesentlicher Behandlungsschritte, welche bei Sanierungspatienten häufig vorkommen, über reine Checklisten hinaus. Diese Behandlungsabschnitte werden im Detail beschrieben und bildlich dargestellt.

Dieses preiswerte Taschenbuch sei allen Kollegen als Nachschlagewerk empfohlen.

c.w.

Nutzenorientierte Prävention mittels Risikodiagnostik Therapieempfehlungen

1. Konsenssymposium Tübingen 1991

Löst / Bratthall / Schlagenhauf

Quintessenz Verlag 1992, 207 Seiten, Zahlreiche Fotos und Abbildungen

Basierend auf dem Tübinger Symposium von 1991, nach dem dieses Buch betitelt ist, wird ein Überblick über die unterschiedlichen Betrachtungsansätze auf dem Gebiet der Kariesprävention gegeben. Internationale Fachleute präsentieren ihre Methodik zur Diagnose des Kariesrisikos und die darauf basierenden Therapiekonzepte. Hier wird dem Praktiker, der rein zeitlich kaum noch in der Lage sein dürfte, die umfangreiche Literatur auszuwerten, geschweige denn die unterschiedlichen Betrachtungsansätze zu evaluieren, in

komprimierter Form eine Orientierungsmöglichkeit gegeben. Der aktuelle Stand der Wissenschaft auf dem Gebiet der Speicheldiagnostika wird hier als wesentlicher Teil einer nutzenorientierten Prävention dargestellt. Anhand von Fallbeispielen wird der praktische Nutzen der Speicheldiagnostik sehr schön veranschaulicht. Insgesamt ein sehr interessantes und empfehlenswertes Buch für alle, die neue Diagnostika und Therapeutika zur Kariesprävention zum Wohle ihrer Patienten nutzen möchten. Dr. Claudia Wohlgemuth

Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie Ein Jahrbuch, begründet von Karl Schuchardt

Herausgeg. von Norbert Schwenzer; Band XXXVII, Therapie des Mundhöhlenkarzinoms

Das Thema Mundhöhlenkarzinom stand im Mittelpunkt der 41. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Es war die erste gesamtdeutsche Tagung. Die Ergebnisse dieser Tagung sind in diesem Band zusammengefaßt.

Fragen der Epidemiologie der Lippen- und Mundhöhlenmalignome stehen am Anfang der Vortragsreihe. Die Zahl der Lippenkarzinome ist dabei deutlich zurückgegangen. Bei den Mundhöhlenkarzinomen war eine Zunahme zu verzeichnen. Der Leser dieses Buches erfährt weiter, daß mit der Gründung des DÖSAK (Deutsch-österreichisch Schweizerischen Arbeitskreises) für Tumoren im Kiefer-Gesichtsbereich im Jahre 1969 wichtige Voraussetzungen für eine effiziente Krebsforschung geschaffen wurden.

Im weiteren sind in diesem Buch Vorträge über die Behandlungsstrategien bei der Malignombehandlung enthalten. Für fortgeschrittene Malignome stehen Kombinationsbehandlungen im Vordergrund, wie präoperative Radio-Chemotherapie und anschließende radikale Operation bzw. präoperative Kurzzeitvorbestrahlungen und anschließende

radikale Operation und postoperative Nachbestrahlung. Die Ergebnisse sind nach Angaben der Autoren durch eine Kombinationsbehandlung besser geworden. Die durchschnittliche Überlebensrate für Malignome der Mundhöhle ist aber dennoch schlecht und liegt bei 45–53%.

In der zweiten Hälfte des Buches werden Vorträge, die sich mit den Ergebnissen der radikalen Tumorchirurgie einschließlich Rekonstruktion über myocutane und mikrovasculär anastomosierte Lappen veröffentlicht.

Die Hoffnung, daß ultraradikales Operieren zu einer Verbesserung der Überlebensrate führt, hat sich leider nicht bestätigt. Es konnte aber eine Verbesserung der Lebensqualität durch die genannten Rekonstruktionsmaßnahmen für den einzelnen Patienten erreicht werden.

Im Buch wird der aktuelle Stand der Tumorchirurgie in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie dargestellt. Es wendet sich in erster Linie an den Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, den Zahnarzt und den HNO-Arzt.

Dr. Wilfried Kluck
Staugraben 6a, 2900 Oldenburg

„Gruppen- und Individualprophylaxe in der Zahnmedizin“

- Ein Handbuch für die prophylaktische Arbeit in Kindergarten, Schule und Zahnarztpraxis
IDZ-Materialienreihe Band 13, Deutscher Ärzte-Verl. Köln 1992, ISBN 3-7691-7828-9

Köln (info-Z) - 25.08.92 - Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) hat jetzt ein Handbuch für die prophylaktische Arbeit in Kindergarten, Schule und Zahnarztpraxis herausgegeben. Das Werk richtet sich an alle, die zahnmedizinische Prophylaxe an Patienten

erbringen. Da es sich vor allem mit der pädagogischen Umsetzung von fachlich-medizinischem Wissen beschäftigt, leistet das Handbuch einen wichtigen Beitrag zur Verbreitung und Verbesserung der zahnmedizinischen Vorsorge.

„Gruppen- und Individualprophylaxe in der Zahnmedizin“ vermittelt psychologisches Geschick und die nötige Sensibilität im Umgang mit Patienten, ohne jedoch „rezeptbuchartig“ vorzugehen. Vielmehr versorgt es das Prophylaxe-Team mit den entsprechenden Informationen, die es erlauben, flexibel, der jeweiligen Situation und Zielgruppe angepaßt, Prophylaxe durchzuführen. Es gibt nicht nur theoretische Hilfestellungen, sondern veranschaulicht dem Benutzer die Thematik mit praktischen, sehr konkreten Beispielen.

Das Handbuch wurde von mehreren Autoren verfaßt. Die Gesamtbearbeitung über-

nahmen Prof. Dr. N. Bartsch, Direktor der Akademie für Gesundheitsförderung in Löhn, und Dr. J. Bauch, Leiter des Referat 1 des Instituts der Deutschen Zahnärzte. Themen sind unter anderem die Konzepte von Gruppenprophylaxe und Individualprophylaxe, die drei Säulen der Prophylaxe - Mundhygiene, Ernährung, Fluoridierung -, didaktische Prinzipien, Alters- und Zielgruppenspezifische Hilfsmittel, Erziehungsschwierigkeiten - z.B. mit behinderten Kindern und Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko -, Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit verschiedenen Institutionen - z.B. Krankenkassen -, und weitergehende Informationsquellen.

Zahnärztliche Betreuung älterer Menschen

Holm-Pedersen, H. Løe

Deutscher Ärzte Verlag '92, 397 Seiten, DM 168.-

Denkt man daran, daß wir in Deutschland, wie in allen Industrieländern, keine Bevölkerungspyramide, sondern ein Bevölkerungswachstum in Form eines Pilzes haben, wird schnell der Stellenwert dieses Buches deutlich. Für den Zahnarzt ist besonders wichtig, daß immer mehr alte Menschen bis in höhere Altersstufen hinein noch ganz oder teilweise bezahnt sein werden. Sowohl der verbesserte Mundgesundheitsstatus des älteren Menschen als auch dessen gewachsene Ansprüche an seinen Zahnarzt und die Allgemeinerkrankungen des Alters verlangen von uns neue Behandlungsstrategien - immer komplexere zahnärztliche Maßnahmen werden erforderlich.

Die skandinavischen und amerikanischen Autoren vermitteln mit ihrer Gesamtbetrachtung das Basiswissen, das uns eine sichere,

verständnisvolle medizinische Versorgung des älteren Patienten ermöglicht - angefangen bei der Biologie des Alterns über psychologische Aspekte des Alterns bis hin zur Pathologie, Prävention und Therapie oraler Erkrankungen des älteren Menschen.

Orale Implantate, Totalprothetik, Kronen- und Brückenersatz sowie konservierend-chirurgische Eingriffe werden ebenso abgehandelt wie zahnärztliche Versorgungsprogramme für chronisch Kranke und an ihr Haus gebundene Patienten und Bewohner von Altersheimen.

Eine interessante, wichtige Lektüre für jeden Zahnarzt und seine Mitarbeiter, denn die geriatrische Therapie muß vom ganzen Praxisteam umgesetzt werden.

Silke Lange

Eine Fundgrube für alle Profis im Gesundheitswesen: Das Ärztebuch 1992 / 1993!

Auf circa 4.400 Seiten und etliche Kilo Gewicht pro Band muß man sich bei diesem Nachschlagewerk schon einstellen – dafür findet man aber auch, nach Fachgebieten, Teilgebieten und Zusatzbezeichnungen geordnet, mit Orts- und Namensregister, in dem zweiteiligen Band I alle niedergelassenen Ärzte, alle Zahnärzte sowie Kieferorthopäden und Oralchirurgen, Tierärzte und Vertreter der nicht-ärztlichen Heilberufe. Ein umfangreicher Bezugsquellenteil liefert Adressen für alle Produkte, die in Praxis, Klinik, Labor und Büro zum Einsatz kommen, sortiert nach Themen- und Produktbereichen, mit alphabetischem und numerischen Firmenregister. Damit nicht genug: in Band II werden die restlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens abgehandelt wie Kranken- und Kurhäuser, Ambulatorien, betriebsmedizinische Stellen und diagnostische Institute, Behinderten- und Rehabilitationseinrichtungen, Sondereinrichtungen wie Aids-Hilfe und andere Beratungsstellen, Entgiftungszentren, Blutbanken, Transplantationszentren usw. Eigene Abschnitte sind dem Bereich der Physiotherapie, Kur- und Heilbädern, Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten, Apotheken und Reformhäusern sowie dem Medizinhandwerk (hierunter erscheinen auch die zahntechnischen Labors) gewidmet. Umfangreiche Verzeichnisse zu Ausbildungseinrichtungen für Gesundheitsberufe, zu Kassen und Versicherungen, zu Behörden, Ämtern und Instituten der öffentlichen Gesundheits- und Sozialverwaltungen, zu Kammern, Kassenärztlichen- und Zahnärztlichen Vereinigungen, Verbänden und wissenschaftlichen

Zusammenschlüssen runden das Bild ab. In jedem Bereich des Nachschlagewerkes ist die Suche nach mehreren Kriterien möglich.

Das umfangreiche Kompendium, das wohl kaum eine Nische des Gesundheitswesens ausläßt, ist eine hilfreiche Quelle sowohl für jeden, der gezielt sucht, als auch für den, der sich erst mal über einen Bereich orientieren und einen Überblick über Strukturen und Institutionen gewinnen will. Das Adreßmaterial wird kontinuierlich überarbeitet und liefert einen vollständigen Überblick sowohl über die alten wie über die neuen Bundesländer; für Abonnenten gibt's einen Preisnachlaß von mehr als 100.-DM pro Gesamtausgabe. Bei der nächsten Auflage wäre neben den heute enthaltenen Telefonnummern angesichts der wachsenden Bedeutung des Kommunikationsmittels Telefax die Aufnahme auch der Fax-Nummern zu wünschen. Im übrigen wird vielleicht mancher Viel-Nutzer des Werkes an einer EDV-Version interessiert sein – angesichts der Miniaturisierung und Verbesserung der Speichermedien sicher kein großes Problem mehr.

Die aktuellen Preise: 178.- DM für Band I, Teil 1 und 2, 138 DM für Band II; Gesamtausgabe: 268.-DM; im Abo 155.- DM.

Bestelladresse:
Ärzte Buch Verlag GmbH
Bautzner Str. 59, Pf 25,
O-7024 Leipzig,
Tel: 0341/2323020,
Fax: 0341/2312088

(ib)

Sehr geehrte DAZ-Mitglieder,

mit Sicherheit fühlen Sie sich, wie andere Bürger auch, von der Flut der Informationen oft regelrecht erschlagen. Da hilft manchmal nichts anderes als der Weg vom Briefkasten direkt zum Altpapier-Container. Es gibt zuviel an Information - und zugleich auch wieder zuwenig. Angesichts begrenzter Ressourcen und angesichts der Fülle konkurrierender Informationsangebote kann es einem Verband wie dem DAZ nur unvollkommen gelingen, seine Mitglieder über das interne Geschehen auf dem Laufenden zu halten. Nicht jede Information kann an alle verschickt werden, und das, was wir verbreiten, wird nicht von jedem gelesen.

Dessen ungeachtet geht mein Bemühen als Geschäftsführerin dahin, Aktivitäten und Entwicklungen im DAZ für Sie transparent zu machen und Möglichkeiten der Stellungnahme und Beteiligung für alle offen zu halten. Darum - zum neuen Jahr - folgende neue/alte Vorschläge:

- Zusätzlich zum viermal jährlich erscheinenden DAZ-FORUM, das - wie dieses Mal - jeweils eine DAZ-interne Seite enthalten soll, bleibt ein von mir redigiertes, aktuelles Mitgliederinfo für alle nach Art der DAZ-KONTAKTE erhalten.
- Zahnärzte/innen, die aktiv im DAZ mitmischen möchten, werden in einen

weiteren Informationsverteiler einbezogen („Vorstandsverteiler“). Zusätzlich sind alle DAZ-Mitglieder, die Funktionen in zahnärztlichen Körperschaften (Kammern, KZV'en) wahrnehmen, aufgefordert, sich bei der Geschäftsstelle zu melden und sich in diesen Verteiler aufnehmen zu lassen.

- Jeder, der mehr wissen oder eigene Stellungnahmen einbringen möchte, sollte sich an Vorstand oder Geschäftsstelle wenden.
- Mehrmals im Jahr stattfindende Ratssitzungen, die Jahreshauptversammlung, Arbeitsgruppen- und Studiengruppentreffen bieten Raum für den Austausch von Meinungen und die Formulierung von Zielen und Strategien.

Damit Sie alle über wichtige Beschlüsse und Entwicklungen der letzten Monate informiert sind, wiederhole ich sie hier noch einmal:

* Bei den DAZ-Vorstandswahlen im Oktober gab es nur geringfügigen Wechsel. Der neue Vorstand besteht aus: Dr. Michael Fritz (1. Vorsitzender), den Stellvertretern Dr. Roland Ernst, Dr. Kai Müller, Dr. Annette Bellmann und dem Kassierer Dr. Karl Jürgen Bäumler.

* Die DAZ-Mitglieds-Jahresbeiträge wurden an die des NAV-Virchowbundes angeglichen und belaufen sich in 1993 auf: 360 DM für selbständige Zahnärzte in den alten Bundeslän-

dern, 180 DM für angestellte Zahnärzte in den alten Bundesländern, 180 DM für berufstätige Zahnärzte in den neuen Bundesländern, 12 DM für Zahnmedizin-Studenten und Arbeitslose. Bitte erteilen Sie uns eine Einzugsermächtigung; Beitragsrechnungen und Beitragseinzug sind für das Frühjahr vorgesehen.

* Aus Vertretern von DAZ und NAV-Virchowbund ist eine „Satzungs- und Struktur-Kommission“ gebildet worden, die am 6. März 1993 ein erstes Mal zusammentritt. Sie soll die organisatorischen und rechtlichen Voraussetzungen für die Integration des DAZ in den NAV-Virchowbund als für die Zahnärzte zuständige Gruppe schaffen. Während unser Partnerverband sich satzungsmäßig bereits auf den Zusammenschluß eingestellt hat, gilt es für den DAZ noch, die Satzung und die DAZ-interne Studiengruppenstruktur an die neue Situation anzupassen. Insbesondere ist die Frage zu klären, wie im Zuge dieser Veränderungen die wünschenswerte Angleichung der Rechte und Möglichkeiten der Mitglieder mit und ohne Studiengruppe (SG) erreicht werden kann.

* Zum Teil beziehen die Studiengruppen Geld aus der Bundeskasse, worüber sie nach Ende des Jahres eine Abrechnung vorlegen. Kassierer Dr. Bäumler liefert einen entsprechenden Kontenrahmen. Hinsichtlich der Reisekostenerstattung wurde eine Än-

derung beschlossen: Ratssitzungsteilnehmer aus SG's, die Mittel vom Bundes-DAZ beziehen, müssen sich wegen der Kostenerstattung an Ihre SG wenden. Bei Teilnahme von Vertretern von SG's, die keine Bundesmittel in Anspruch nehmen, erfolgt die Erstattung für maximal ein Mitglied pro SG über die DAZ-Bundesgeschäftsstelle in Köln.

* Mehrere Studiengruppen haben Ende 1992 eine Hauptversammlung durchgeführt und neue Funktionsträger gewählt. In Berlin konstituiert sich eine neue Gruppe. Diese und weitere Neuerungen/Veränderungen sind dem aktualisierten Informationsblatt „Who is Who im DAZ“, FORUM 40 beigelegt, zu entnehmen.

* Die DAZ-Jahreshauptversammlung (JHV) 1993 auf Bundesebene ist für den 8. bis 10.10.1993 angesetzt und soll im Kölner Raum stattfinden. Derzeit werden noch zwei Alternativen erwogen: eine JHV in Verbindung mit einem größeren Symposium zu Fragen der Weiterentwicklung qualitätsfördernder Regelungen im Rahmen des GSG und der Folgegesetze oder eine JHV, bestehend aus dem verbandsinternen Teil und einem Festvortrag. Der NAV-Virchowbund hält seine Bundeshauptversammlung mit öffentlicher Veranstaltung und Arbeitstagung in diesem Jahr in der Charité in Berlin ab, vom 12. bis 14.11.1993. Alle DAZ-Mitglieder sind herzlich eingeladen.

* Im GSG ist an verschiedenen Stellen die Möglichkeit eröffnet, daß zwischen Kassen und Körperschaften, einzelnen Zahnärzten oder Gruppen von Zahnärzten weitergehende Vereinbarungen getroffen werden (z.B. höhere Honorare bei höherer Gewährleistung). Im DAZ und in anderen Verbänden werden derzeit die Chancen und Risiken solcher zusätzlichen Verträge untersucht.

Zahnärztliche Berufspolitik wird 1993 nicht einfacher als im turbulenten Jahr 1992: bei der Umsetzung des GSG sind Unklarheiten und Konflikte zu erwarten; die nächste Reform muß bereits jetzt vorbereitet werden. Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die Zahnmedizin in der GKV und speziell der Zahnarzt als Freiberufler stehen am Scheidewege. In dieser Situation kann man sich nicht damit begnügen, kleine Schritte für den Augenblick

zu überlegen. Was nützt, ist strategische Planung, die Orientierung an der Frage: Wie soll Zahnheilkunde in Deutschland in den nächsten Jahrzehnten aussehen? Es geht um mehr als ein paar Mark in der Kasse, es geht um die Zukunft des zahnärztlichen Berufsstandes. „Handeln statt Verweigern!“ war das Motto der letzten Hauptversammlung unseres Partnerverbandes; es bleibt auch in 1993 aktuell. Für Sie als einzelne Mitglieder des Verbandes könnte es bedeuten, daß Sie mitmachen, daß Sie Ihre Vorschläge und Erfahrungen einbringen. Den gewünschten Spielraum für Ihre Arbeit werden Sie nur dann erhalten, wenn Sie sich an der Gestaltung der Rahmenbedingungen beteiligen!

Als Ihre Ansprechpartnerin stehe ich dabei zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Irmgard Berger, Geschäftsführerin

Eine bewährte Planungshilfe für den fortbildungsinteressierten Zahnarzt: Der DEMETER Kongreß-Kalender Zahnmedizin 1993. Auf rund 200 Seiten finden Sie Angaben über ca. 1 000 Kongresse und Tagungen, Veranstalter und zahnärztliche Organisation – national und international. Ihre Bestellung richten Sie bitte an:

DEMETER Verlag GmbH,
Postfach 16670, D-8032 Gräfelfing,
Tel: 089/852033, Fax: 8543347.
Preis: DM 18,-.
Bei Mehrfachbestellung Preisnachlaß.

GSG 1993 – keiner weiß nichts Genaues...

Noch herrscht weitgehend Unklarheit darüber, was das neue Gesundheitsstrukturgesetz (GSG 93) an konkreten Veränderungen für Zahnarzt und Patienten bringt. Oft hilft nur eines: selber nachlesen, sich selber ein Bild von den neuen Bestimmungen machen! Den rechtsverbindlichen GSG-Text finden Sie auf 69 Seiten im Bundesgesetzblatt I 92/59, zu erhalten über den Bundesanzeiger, Postfach 1320, 5300 Bonn 1, Tel: 0228/38208-0, Fax: 38208-36

DAZ forum

die Zeitschrift von Zahnärzten für Zahnärzte
Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde DAZ im Verband
der niedergelassenen Ärzte Deutschlands NAV-Virchowbund
ist der zweitgrößte zahnärztliche Berufsverband in Deutschland.
Das DAZ *forum* ist die Verbandszeitschrift des DAZ.

Impressum

- **Redaktion:**
Irmgard Berger, Dr. Hanns-W. Hey,
Silke Lange, Dr. Knut Krützmann,
Dr. Rainer Küchlin,
- **Anschrift der Redaktion:**
Redaktion DAZ *forum*,
NAV-Virchowbund-DAZ
Belfortstr. 9, 5000 Köln 1
Tel.: 0221/973 005-45 Fax: 0221/7 391 239
- Das DAZ *forum* erscheint viermal jährlich.
Auflage 2.400 Stück
- Das DAZ *forum* wird allen DAZ-Mitgliedern zugesandt. Auf Anfrage erhalten auch Nichtmitglieder das DAZ *forum*, soweit die Auflagenhöhe dies zuläßt.
- Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht immer der Meinung der Redaktion oder des DAZ.
- Nachdrucke mit Quellenangabe DAZ *forum* sind erlaubt, soweit dies mit den Autoren der Beiträge abgesprochen ist.
- Rezensionsexemplare neuer Bücher sind erwünscht, eine Besprechung kann aber nicht zugesichert werden.
- **Zuständig für Annoncen:**
Dr. Wolfgang Lell
Hermann-Geib-Str. 59a
8400 Regensburg
- Für eine **Anzeige** im DAZ *forum* senden Sie bitte eine Druckvorlage im DIN A5 oder DIN A4 Format an die Redaktion. Die Inserate erscheinen in der Zeitschrift schwarz-weiß.
- Für eine **Gestaltung** Ihres Inserates stehen wir gerne zur Verfügung. Wir entwerfen bei Bedarf Ihre Anzeige nach Ihren Angaben oder Skizzen.
- **Inseratpreise:**
Ganze Seite DIN A 5: DM 500.-
Halbe Seite: DM 300.-
- Beilagen im DAZ *forum* sind nur nach Rücksprache mit der Redaktion möglich.
- **Satz:**
GASSENHUBER desktop publishing
Obere Bachgasse 7, 8400 Regensburg
- **Druck:** Arnold
Kötztingerstr. 10
8400 Regensburg

Der DAZ stellt sich vor



Deutscher
Arbeitskreis für
Zahnheilkunde

Berufsverband

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

Kooperation mit dem NAV-Virchowbund

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

Studiengruppen

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

Informationen

Über die örtlichen Aktivitäten werden die Mitglieder durch regelmäßige Rundschreiben ihrer Studiengruppenvorsitzenden informiert. Überregional gibt der DAZ viermal jährlich die Zeitschrift „forum“ mit Fortbildungsberichten und Informationen zur Standes- und Berufspolitik sowie das monatliche Informationsblatt „Kontakte“ heraus.

Serviceleistungen

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

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

Standespolitik

Standespolitik muß sich aus der Kollegenschaft heraus entwickeln.

Der DAZ setzt sich ein für:

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

Qualität

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

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

Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe

Breitenwirksame Vorbeugungsmaßnahmen in Kindergärten und Schulen sind zwingend erforderlich.

Der DAZ fordert:

- bundesweit einheitliche Regelungen durch ein Jugendzahnpflegegesetz
- Ausbildung und Einsatz von Prophylaxepersonal
- finanzielle Anreize für Versicherte bei Inanspruchnahme regelmäßiger Kontrollen
- Zulassung eines deutschen Fluoridkochsalzes

Delegation

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

Prophylaxe und Hygieneaufklärung; Ernährungsberatung; Behandlungsassistenz

Zahnärztliche Ausbildung

Der DAZ fordert eine Reform des Zahnmedizinstudiums mit folgenden Veränderungen:

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



Bei Interesse an unserer Arbeit wenden Sie sich bitte an eine
der folgenden Studiengruppen-Geschäftsstellen:

- DAZ-Studiengruppe Berlin, Dr. Claudia Barthel, Klopstockstraße 18, W- 1000 Berlin 37
DAZ-Studiengruppe Chemnitz, Dr. Ralf Eisenbrandt, Markusstr. 8, O-9072 Chemnitz
DAZ-Studiengruppe Elbe-Weser, Dr. Frank Kopperschmidt, Bahnhofstraße 5, 2161 Fredenbeck
DAZ-Studiengruppe Freiburg, Dr. Jörg Krämer, Hauptstr. 215, 7819 Denzlingen
DAZ-Studiengruppe Hamburg, Dr. Thomas Murphy, Poppenbütteler Chaussee, 45 2000 Hamburg 65
DAZ-Studiengruppe Oberpfalz, Dr. Martin Ostermeier, Bernsteinstraße 1, 8419 Nittendorf
DAZ-Studiengruppe Oldenburg, Dr. Anke Brinkmann, Bachstraße 22, 2900 Oldenburg
DAZ-Studiengruppe München, Dr. Armin Maurer, Wöhlerstr. 20, 8000 München 60
DAZ-Studiengruppe Schleswig-Holstein, Wolfram Kolossa, Bahnhofstr. 43, 2306 Schönberg

oder an Irmgard Berger

Referat Zahnmedizin im NAV-Virchowbund-DAZ

Belfortstraße 9, 5000 Köln 1

Tel.: 02 21 / 973 005 - 45, Fax: 02 21 / 7 391 239

oder an das Pressereferat des DAZ

Lindenschmitstraße 44, 8000 München 70

Tel.: 089 / 7 250 246, Fax 089 / 7 250 107

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

Name, Vorname _____

Straße, Ort _____

Geb.-Datum _____ Geb.-Datum Ehefrau _____

Zahl der Kinder _____ Telefon _____



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den
Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchowbund

Name, Vorname _____

Straße, Ort _____

Tel. / Fax _____ Geb.-Datum _____

Ich bitte um Zusendung der Satzung und Beitragsordnung.

DAZ-Mindestjahresbeitrag für Mitglieder

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Stud./ cand. med. dent. | 12,- DM |
| <input type="checkbox"/> ZÄ/ZA, alte Bundesländer | 360,- DM |
| <input type="checkbox"/> angest. ZÄ/ZA, alte Bundesländer | 180,- DM |
| <input type="checkbox"/> ZÄ/ZA, neue Bundesländer | 180,- DM |

Datum, Unterschrift _____

Bitte
freimachen

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

Belfortstraße 9
5000 Köln 1

Bitte
freimachen

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

Belfortstraße 9
5000 Köln 1