

Nr. 46

13. Jahrgang
3. Quartal 1994

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

DAZ **FORUM**

**Außer Spesen...?
Zum Austritt des DAZ
aus der IGZ**

**Dialog-Konzept
Zahnheilkunde 2000**

**Subgingivales Scaling
mit Ultraschall**

**Brauchen wir in
Deutschland die DH?**



Deutscher
Arbeitskreis
für
Zahnheilkunde

**Sonderthema
Parodontologie**



Dental Museum

Digitalisat der Bibliotheca Dentaria

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

Dentalmuseum

Im Park 9b

04680 Zschadraß

Wir machen den Weg frei



 **Volksbanken Raiffeisenbanken**

Editorial: „Dies ist die Stunde der KZVen“	163
2. Jahrestagung des DAZ in Köln	165
Außer Spesen	169
Dialog-Konzept Zahnheilkunde 2000	172
Serie: Abgezockt – wie hemmungslose „Kollegen“ den Berufsstand in Mißkredit bringen (3. Teil)	174
Zahnmediziner fordern stärkere Aufklärung über zahnfreundliche Süßigkeiten	176
Subgingivales Scaling mit Ultraschall	179
Die Neuordnung der Helferinnenfortbildung in Baden-Württemberg	189
Die Dentalhygienikerin aus der Sicht des DDHV	193
Brauchen wir in Deutschland die DH?	197
Gedanken zum 125jährigen Dienstjubiläum der ersten deutschen Zahnärztin	213
Buchbesprechungen	221
Verbandsnachrichten	227
Impressum	234

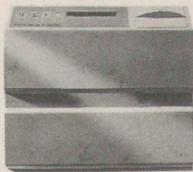




Heute

stellen wir Ihnen vor, wie Sie die Infektionsgefahr bei der Zahnbehandlung schnell und schonend meistern.

Wenn es um sicheren Infektionsschutz bei jedem Eingriff geht, sollten Sie den Instrumenten-Autoklave STERImaster unbedingt kennenlernen. Er sterilisiert zuverlässig in nur 6 min. Er hat eine automatisch öffnende Druckkammer für die sofortige Trocknung der Instrumente. Er ist leicht zu bedienen.



Er sieht wirklich gut aus und ist leicht zu bedienen. Und: Er ist von KaVo.



FÜR ZAHNÄRZTE, DIE DAS BESTE WOLLEN
KaVo. D-88396 Biberach

Editorial

Dies ist die Stunde der KZVen

Je deutlicher die allmähliche Aufarbeitung der GSG-Folgen das Versagen unserer Standesführung darlegt, desto peinlicher wird die Kolportage der neuen Dolchstoßlegende: Nicht die Korb-Protagonisten und Total-Verweigerer haben den Zahnärzten die Aufsichtsbehörden ins Haus geholt und nicht die Verweigerer der Qualitätssicherungs-Diskussion haben die gesetzlich verordnete Gewährleistung heraufbeschworen, sondern IGZ, DAZ und VDZM als Verräter in den eigenen Reihen. Und jetzt schließen, den Standesmedien zufolge, dieselben „ideologisch verblendeten“ Bösewichte noch aus purem Eigennutz und zum Schaden der Kollegen mit den Krankenkassen Einzelverträge an den KZVen vorbei ab!

Die Szene erinnert an die nach dem 1. Weltkrieg gängige Geschichtsinterpretation, derzufolge nicht die Reichsregierung für den verlorenen Krieg verantwortlich gemacht wurde, sondern die „den Wehrwillen zersetzende Heimatfront“.

Man verzeihe mir das Beispiel, aber empfinden nicht viele Kollegen nach dem GSG-Desaster Frustration und die Gewißheit, daß ihnen tiefes Unrecht widerfahren ist? Hilft es aber, diese Emotionen zu schüren? Ist es verantwortlich, sein politisches Süppchen darauf zu kochen? Ist als Antwort darauf das Aufkündigen jeglicher Solidarität unter den Kollegen und der „Kamikazeflug als Auftrag der KZVen“ (Gutmann) auch nur im Ansatz richtungweisend?

Grundsätzlich haben die Zahnärzte, individuelle Freiberufler von Natur aus und gering an Zahl, nur dann eine Chance, wenn sie sich stark organisieren und mit einer Stimme sprechen. Der FVDZ hat es, bei aller konzeptionellen Schwäche, in den letzten Jahren geschafft; fast alle Berufsvertretungen zu majorisieren - er hat seine Kräfte jedoch in personellen Querelen verschlissen und die tatsächlichen Probleme zahnärztlicher Berufsausübung weitgehend ausgeklammert. So stand er bei den GSG-Beratungen mit leeren Händen vor Seehofer und weiß auch jetzt auf die vielfältigen Anforderungen nur eine Antwort: Grund- und Wahlleistungen mit Kostenerstattung. Gewogen und zu leicht befunden.

Inzwischen dämmert es selbst den Hardlinern: Die freiwillige Preisgabe von Wahlleistungen (d.h. von Positionen, die heute Bestandteil des BEMA sind), eröffnet ein Einkaufsmodell ungekannten Ausmaßes. Denn die Kassen werden angesichts der drohenden Mitgliederfluktuation ihren Versicherten nicht erklären können und wollen, daß bestimmte, bisher selbstverständliche Formen von Zahnersatz nicht mehr von ihnen bezuschußt werden. Also werden die Kassen sich an Zahnärzte(-gruppen) wenden, die bereit sind, Sonderverträge zu schließen. Wer auf diese Kollegen den ersten Stein wirft, gehe in sich, um zu prüfen, ob er frei von Schuld ist.

Wenn sich die Angststarre der Standesführung und ihrer sie beratenden Geschäfts-

führer vor den Einkaufsmodellen nicht bald löst, sitzen die KZV-Verantwortlichen wie Ritter in mittelalterlichen Festungen auf den Bergspitzen und verwalten hinter dicken Mauern eine Macht, die keine mehr ist, weil sich das wirkliche Leben draußen im Lande in den Praxen an ihnen vorbei abspielt. Abserviert haben sie sich selbst in den letzten 15 Jahren, als sie, mit aller Machtfülle ausgestattet, ihre Pflichten und Rechte (von abweichlerischen Ausnahmen abgesehen) nicht ausgefüllt haben. Sie stehen vor einer neuen Bewährungsprobe: Eingeschnürt durch das Gesetz, an der kurzen Leine gehalten von der Aufsichtsbehörde, müssen sie nun dafür sorgen, daß ihnen die Schäfchen, sprich: die ihrer Obhut anheimgestellten Kollegen, nicht davonlaufen und lukrative Einzelverträge mit den Kassen abschließen. Da sind Mut, Phantasie und Gestaltungswille gefragt - kein Wunder also, daß sich viele, besonders die radikalen Kamikaze-Korb-Kollektivsuizid-Propheten, da schwertun. Dabei haben sich die Bedingungen nach innen und nach außen verändert. Nach innen, weil viele Kollgen fachlich und politisch immer selbstbewußter werden und sich von der alten Tante KZV nicht mehr alles gefallen lassen. Und nach außen, weil - über alle Parteien hinweg - Sozial- und Gesundheitspolitiker die (zahn-)ärztlichen Vertreter als Papiertiger entlarvt haben und hinter ihrem Flaggschiff Seehofer mit ihnen umspringen, daß ihnen schwindelig wird.

Wenn die juristisch und politisch unerfahrenen Zahnärzte in ihren Einzelpraxen

nicht unter die Räder der Krankenkassen kommen sollen, gehört es ab sofort zur Fürsorgepflicht der KZVen gegenüber ihren Mitgliedern, alle Möglichkeiten der Honorarerschöpfung auszuloten. Dazu gehören auch Verträge mit den Kassen nach 135/4 (höheres Honorar bei Nichtabrechnung von Wiederholungsleistungen in einem bestimmten Zeitraum, was nichts mit Garantie oder Werkvertrag zu tun hat). In Zeiten wachsenden Konkurrenzdrucks untereinander steigt die Bereitschaft der Kassen, Zuschläge zu zahlen und sich durch Spezialverträge Marktvorteile zu verschaffen; nicht-budgetierte Mittel hierfür sind vorhanden. Es gibt bereits KZVen, in denen Gespräche über solche Verträge geführt werden, deren Hände aber noch durch die Klage der KZBV gegen den IKK-Bundesverband gebunden sind. Wer als Standesvertreter auf diese Einnahmequelle für die Kollegen leichtfertig verzichtet, muß sich nun selbst fragen lassen, ob er nicht wegen ideologischer Verblendung seinen Hut nehmen sollte. Wir haben Leistungen anzubieten, nach denen große Nachfrage besteht, und werden gezwungen, sie unter Preis zu erbringen. Dieser Irrsinn ist hausgemacht.

Die KZVen sind gefordert, zur Wahrung der Interessen ihrer Mitglieder neue Wege zu gehen - oder sie sind in spätestens drei Jahren ihren Sicherstellungsauftrag los. Dann wäre das Feld frei für die Hemdsärmelaufkrempler und die Verkäufer von Zahnheilkunde en gros und en detail.

Oder ist das das eigentliche Ziel?

Dr. Roland Ernst, DAZ-Vorsitzender

Programm der Jahrestagung 1994 des DAZ in Köln

Fr., 28.10.'94

ab 20.00 Uhr

Informeller Auftakt

Get Together – Treffen zum Kennenlernen und Wiedersehen
im Restaurant des Hotel Consul
Roter Salon, Belfortstr. 9, 50668 Köln
Tel. 0221/7721-0, Fax 0221/7721-259

Fortbildungsveranstaltung

Sa., 29.10.'94

9.30–18.00 Uhr

„Aktuelles aus der Endodontie“

mit Prof. Dr. Claus Löst

Teilnahmegebühr: 150 DM, Studenten frei
Fortbildungsveranstaltung im: Maritim Hotel Köln
Saal 16, Heumarkt 20, 50667 Köln
Tel. 0221/2027-0, Fax 0221/2027-826
(an der Deutzer Brücke, unmittelbar am Rhein gelegen)

9.30 Uhr

Eröffnung der Tagung und Begrüßung von Mitgliedern und Gästen durch den 1. Vorsitzenden des DAZ, Dr. Roland Ernst

9.45 Uhr

Teil 1 des Referates von Prof. Dr. Claus Löst, Universität Tübingen, zum Thema „Aktuelles aus der Endodontie“

Der Diavortrag ist in mehrere Abschnitte gegliedert, nach denen jeweils eine ausführliche Diskussion mit den Teilnehmern möglich ist. Zwischendurch ist eine Kaffeepause und der Besuch von Ausstellungsständen vorgesehen.

13.00 Uhr

Mittagspause

Es besteht Gelegenheit zur Einnahme eines Mittagessens im Maritim Hotel oder in einem der zahlreichen umliegenden Speiselokale.

14.30 Uhr

Teil 2 des Referates von Prof. Dr. Claus Löst, Universität Tübingen, zum Thema „Aktuelles aus der Endodontie“

Wie am Vormittag gibt es mehrere Vortrags- und Diskussionsabschnitte. Eine Pause mit Getränkeangeboten und der Möglichkeit, Ausstellungsstände zu besuchen, ist eingeplant.

18.00 Uhr

Ende der Fortbildungsveranstaltung

ab 20.00 Uhr

Gemütliches Beisammensein und Abendessen

in mittelalterlichen Gewölben im Weinkrüger
Restaurant Am Alten Rathaus, Marsplatz 1–5,
50667 Köln, Tel. 0221/257654

So., 30.10.'94 DAZ-Mitgliederversammlung 1994

9.00–13.00 Uhr

DAZ-Mitgliederversammlung (MV)

im Maritim Hotel Köln, Saal 17, Heumarkt 20,
50667 Köln, Tel. 0221/2027-0, Fax 0221/2027-826

9.00 Uhr

Eröffnung der Veranstaltung

In einem ausführlichen Bericht will der DAZ-Vorstand die Entwicklung der zurückliegenden Monate, die Perspektiven des Verbandes und der zahnärztlichen Standespolitik beschreiben und damit den Einstieg bieten in eine umfassende Diskussion mit den Mitgliedern. Sie soll der Standortbestimmung des Verbandes dienen sowie der Meinungsbildung über wichtige aktuelle Fragen wie Degression, Gewährleistung, Qualitätssicherung usw.

Im Anschluß folgen Berichte aus verschiedenen Arbeitsbereichen des DAZ, die Behandlung von Anträgen (mindestens eine Woche vor der MV beim Vorstand einzureichen) sowie die vereinsrechtlichen Formalia.

Die Tagesordnung wird den Mitgliedern fristgerecht mit der Einladung zugesandt.

13.00 Uhr

Voraussichtliches Ende der Jahrestagung 1994

Auf Wunsch können ein gemeinsames Mittagessen und touristische Aktivitäten angeschlossen werden.

Anmeldung

Technische Hinweise:

Alle Teilnehmer sind gebeten, sich schriftlich bei der DAZ-Geschäftsstelle, Belfortstr. 9, 50668 Köln, Fax 0221/7391239, anzumelden. Die Teilnahme kann sich auch nur auf einzelne Abschnitte der Tagung (Fortbildungsveranstaltung oder Mitgliederversammlung) beziehen. Mit der Anmeldebestätigung erhalten Sie auf Wunsch einen Stadtplanauszug mit Angabe der einzelnen Veranstaltungs- und Trefforte.

Gebühr für die
Fortbildung
am 29.10.'94

150.- DM für berufstätige Zahnärzte/innen, für Studenten/innen beitragsfrei.

Der Beitrag sollte vorab überwiesen werden auf Konto Nr. 0003000869 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Köln, BLZ 37060615; er kann aber auch vor Beginn der Fortbildungsveranstaltung entrichtet werden.

**Mitglieder-
versammlung**

Vorschläge zur Tagesordnung und Anträge sollten baldmöglichst der Geschäftsstelle mitgeteilt werden; regulärer Antragsschluß ist lt. Satzung 1 Woche vor der MV.

Vorbereitungsunterlagen zur MV können zwei Wochen vorher bei der Geschäftsstelle angefordert werden. Die Teilnahme ist kostenlos.

Übernachtungen

Der DAZ hat in mehreren Hotels Zimmer (Einzelzimmer = EZ und Doppelzimmer = DZ) reserviert, die von den Teilnehmern individuell gebucht werden können (Reservierung bis 14.9.1994 im Maritim, ansonsten bis 14.10.1994). Geben Sie das Stichwort „DAZ“ an, damit Sie in den Genuß der vereinbarten Preisnachlässe kommen.

- Maritim Hotel Köln, Heumarkt 20, 50667 Köln
Tel. 0221/2027-0, Fax 0221/2027-826
EZ = 229.- DM, DZ = 286.- DM, jew. inkl. Frühstück, Schwimmbad, Sauna.
- Hotel Consul, Belfortstr. 9, 50668 Köln
Tel. 0221/7721-0, Fax 0221/7721-259
EZ = 140.- DM, DZ = 160.- DM, jew. inkl. Frühstück.
- Hotel Mira, Friesenstr. 33, 50670 Köln
Tel. 0221/2577082, Fax 0221/2577066
EZ = 95.- DM, DZ = 130.- DM, jew. inkl. Frühstück.

Rückfragen

DAZ-Geschäftsstelle Köln, DAZ im NAV-Virchowbund,
Geschäftsführerin: Irmgard Berger-Orsag, Belfortstr. 9,
50668 Köln, Tel. 0221/973005-45, Fax 0221/7391239

**Fortbildungsveranstaltung des
Bundesverbandes der Zahnärzte im Öffentlichen
Gesundheitsdienst (BZÖG), Landesstelle Brandenburg
und des**

Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde im NAV-Virchowbund (DAZ)

am 28. September 1994 von 10.00 bis 16.00 Uhr
im Gesundheitsamt der Stadt Brandenburg
Neuendorfer Str. 90

Themen:

1. Erfassung und Betreuung von Kariesrisikokindern in der Gruppenprophylaxe
Referent: Dr. Stefan Zimmer, Zentrum für Zahnmedizin an der Charité Berlin
2. Das brandenburgische Gesundheitsdienstgesetz und seine Umsetzung
Referentin: Dr. Gudrun Rojas, Landesstellenleiterin des BZÖG Brandenburg

Alle Interessierten sind herzlich eingeladen! Die Teilnahme ist kostenlos!

JETZT STERIL
ULTRAFEINE EINMAL-
INSTRUMENTE ISO 006-010

ZUR SOFORTIGEN ANWENDUNG, DAMIT SIE ZEIT UND AUFWAND SPAREN!



STERIL

OHNE AUFPREIS:

- Art. 353 K-Bohrer CC Cord® 006-010
- Art. 363 K-Feilen CC Cord® 006-010
- Art. 373 Hedström Feilen CC Cord® 008-010

VEREINIGTE DENTALWERKE

ANTAEOS - BEUTELROCK - ZIPPERER

Zdarsky Ehrler GmbH & Co. KG

P.O. Box 701949 81319 München/Germany

Tel. ...49/089 - 7232011-13 Fax 089-7233942



Außer Spesen ...?

Die Mitgliedschaft des DAZ in der IGZ ist abrupt beendet worden. Hintergründe eines mißglückten Versuchs

K. Müller

Auf einer außerordentlichen Hauptversammlung im Juni hat sich die IGZ neu formiert. Berlins Unabhängige Zahnärzte, NAV-Virchowbund und wir sind nicht mehr dabei, neue Verbände sind derzeit (Mitte Juli) noch nicht eingetreten. Der DAZ war durch mich im Vorstand der IGZ vertreten, und deshalb will ich auch über die Vorgänge berichten.

Auslöser für die Veränderungen war der Rücktritt des Gründungsvorsitzenden der IGZ, Christian Bolstorff. Durch seinen Einsatz war die IGZ entstanden, sein Unwillen, die ‚Korb‘-Mentalität mitzutragen, war die Triebfeder für seine Tätigkeit. Bolstorff gehört zu den Menschen, deren Überzeugungen und soziales Verantwortungsgefühl sie zur Übernahme von Verantwortung treiben, wenn sie ihre politische Linie in den gegebenen Verhältnissen nicht wiederfinden. Dies würde ihn eigentlich zum typischen DAZ'ler machen. Das, was Roland Ernst als den notwendigen Schritt von der Gesinnungs- zur Verantwortungsethik einfordert, ist bei ihm überzeugend entwickelt. Mancher Standespolitiker könnte sich davon eine Scheibe abschneiden.

Dieser Kollege stand nun einer Vereinigung vor, deren Plattform nicht viel mehr ist, als eine Ablehnung bestimmter Verhaltensweisen des FVDZ. Nach weiteren Inhalten, die über das Credo hinausgehen, daß Zahnheilkunde in Deutschland nur möglich ist, wenn die Zahnärzteschaft soziale Verpflich-

tungen mittragen will, wurde in der IGZ nur halbherzig – und bislang ohne Ergebnis – gefahndet. Bolstorff erkannte bald, daß mehr aus der IGZ nur mühsam herauszuholen war, erfüllte seine Pflicht bis über den Verdruß hinaus, drohte immer wieder mit Konsequenzen und ging schließlich.

In seine Amtszeit fielen dann auch noch die bedrohlichen Entwicklungen, die von Bonn ausgingen. Nachdem der FVDZ sich komplett-, und die KZBV weitgehend als Gesprächspartner für Seehofer desavouiert hatten, entstand ein Vakuum, in das jene Gruppen gezogen wurden, denen Anstand, Realitätssinn und soziale Verantwortung keine Fremdwörter sind. Gleichzeitig waren dies aber Gruppen, denen das institutionalisierte Mißtrauen gegenüber dem ‚Feind‘ fehlte. Das Ergebnis ist bekannt: Seehofer bediente sich aus der Ideensammlung seiner neuen Gesprächs-, (nicht Verhandlungs-) partner und tat ansonsten, was er für richtig hielt. Heute wird landauf, landab gerne kolportiert, daß Budgetierung, Degression und Gewährleistung nur den Einflüsterungen von IGZ, DAZ und VDZM zu verdanken seien. Wahr ist – *ceterum censeo* – daß unsere Forderung an den Gesundheitsminister darin bestand, eine gewaltige globale Absenkung des Punktwertes durch eine differenzierte (den degressiven Punktwert) zu ersetzen. Zu diesem Zeitpunkt war der Dekkel bereits beschlossene Sache und die sogenannte Gewährleistung eine Sprechblase im ‚think-tank‘ des VDZM.

Was wird nun heute ein regionaler Zahnärzterverband nach dieser gelungenen und gebetsmühlenhaft von DZW und FVDZ wiederholten Schulduweisung tun, wenn er bei Wahlen antreten will? Richtig – er wird zusehen, daß er aus der Schußlinie kommt.

Wie macht man das? Nun ja – wenn einer von den Sündenböcken schon freiwillig geht, kann man ja hoffen, daß möglichst viel aliquid an ihm haeret. Ehrevoller Abschied sowie so, man selber weiß ja schließlich, daß es Verleumdungen sind, die er da in den politischen Austrag mitnimmt.

Bleibt noch die Frage, ob das reicht, um wieder politische Handlungsfreiheit zu gewinnen. Kollege Arenz, von Anfang an stellvertretender Vorsitzender der IGZ, hat sich die Antwort darauf gewiß nicht leicht gemacht. Außer ihm war niemand bereit, Bolstorffs Nachfolge zu übernehmen. Wir – der DAZ – wissen natürlich, daß der Dreck, mit dem man den DAZ beworfen hat und – wider besseres Wissen – weiter bewirft, die IGZ erstickt hätte, wenn wir den Vorsitz übernehmen hätten wollen.

Arenz' Konsequenz war zunächst überraschend, aber glasklar: Wenn die IGZ den Rücktritt von Bolstorff überwinden will, muß noch ein Sündenbock geopfert werden. Es gehört ein wenig Courage und Kalkül dazu, so etwas nicht nur zu denken, sondern auch zu vollziehen. Arenz hat sich getraut und

seine Kandidatur nur für den Fall erklärt daß der DAZ nicht mehr in der IGZ ist. In der Versammlung wurde deutlich, daß die meisten anderen Verbände mit dieser Forderung leben können – was blieb ihnen denn auch übrig?

Uns blieb nur, die IGZ platzen zu lassen oder auszutreten. Auf die goldene Brücke, die Arenz uns bauen wollte, sind wir allerdings nicht getreten: Wir sollten einsehen, daß wir in sein Konzept der IGZ als Dachverband ausschließlich regionaler Verbände nicht passen und daß es auch für unsere Eigenständigkeit besser wäre, wenn wir die IGZ verlassen würden.

Wir waren aber der IGZ beigetreten, weil wir hofften, tragfähige gemeinsame Inhalte zu entwickeln. Mit solchen Inhalten war es aber in der IGZ weitgehend fehlangeige. Wenn sie eingebracht wurden, kamen sie nicht von den beteiligten Verbänden, sondern von Personen (im wesentlichen Bolstorff) und vom DAZ. Diese Inhalte und nichts anderes sind der Scheidungsgrund!

In Zukunft werden wir versuchen, mit der IGZ Konsens über Inhalte zu finden, wie mit anderen Gruppen auch – ob der IGZ als Wahlverein fortune beschieden ist, wird sich zeigen.

Kai Müller
Hauptstraße 26
82229 Seefeld

Assistentenstelle im Raum Koblenz-Trier-Mainz gesucht!

von Michael Coenen, Markustr. 8, 531 29 Bonn, Tel. 0228/236731

Assistentenstelle gesucht !

von Thomas Frank, ab Sommer 1994, Kontakt: Gerhard Frank, Hedwigstr. 10, 93049 Regensburg, Tel. 0941/25205

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. Lieb...

D

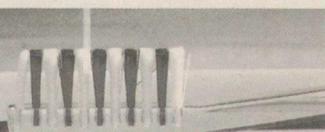


Wirksames
Adjuvans
schützt Zähne
und
Zahnfleisch
durch Amin-
und Natrium-
fluoride,
Kamille,
Panthenol u.a.

AJONA[®]

amin-o-med

Fluorid-Kamillen-
Zahncreme



„Dialog-Konzept Zahnheilkunde 2000“ ein Konzept oder das Konzept?

Im Juni 1994 stellten die Landes Zahnärztekammer, die vier KZVen und der „Freie Verband“ Baden-Württemberg ihr „Dialog-Konzept Zahnheilkunde 2000“ der Öffentlichkeit vor. Interessierte Leser können das Papier über die DAZ-Geschäftsstelle in Köln anfordern. Nachfolgend eine kurze Einschätzung des Baden-Württembergischen Konzeptes durch DAZ-Vorstandsmitglied Wolfram Kolossa.

Bemerkenswert sind Äußerungen aus dem Ländle, weil sowohl der Präsident der Bundeszahnärztekammer als auch der stellvertretende KZBV-Bundsvorsitzende als auch einige der schärfsten und bestorganisierten „Korb“-Protagonisten aus diesem Bundesland stammen.

Begrüßenswert sind die erklärten „Grundlagen dieses Konzeptes“:

- „Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung,
- Erhalt der Therapiefreiheit
- Wiedererlangung einer echten Selbstverwaltung“.

Allerdings wird auch die „Stärkung der Eigenverantwortung und der Selbstbestimmung des Patienten“ beschworen. Dahinter verbirgt sich die (altbekannte) Forderung nach einer Grundversorgung, die neben einer lebenslangen Prophylaxe (!) den Erhalt der Kaufkraft sichern, und einer Zusatzversorgung, die „den individuellen Wünschen und der persönlichen Situation des Patienten Rechnung“ tragen soll. Die Grundversorgung soll mit wesentlich weniger Eigenbeteiligung versehen werden als heute. Weitere Maßnahmen (inclusive zu erwartender „Innovationen“) hofft man nach GOZ abdingen zu können, ohne daß der Patient seinen Anspruch auf einen Festzuschuß verliert. Kostenerstattung soll der Zahlungsweg sein.

„Qualitätssicherung ist eine unabdingbare Maßnahme“ – Auf eine solche eindeutige Aussage haben wir im DAZ lange gewartet! Allerdings sollten damit nicht nur Struktur- und Prozeßqualität gemeint sein. Präzise werden Handlungsfelder von Kammern und KZVen beschrieben, die zumindest im Bereich der KZV Tübingen mit einem hervorragenden Begutachtungs- und Beratungsverfahren schon heute glaubwürdig und effektiv eingeführt sind.

Trotzdem lenkt man von der Qualitätssicherung als ureigenster Aufgabe der Zahnärzteschaft ab, indem festgestellt wird, daß „sich auch die Qualitätssicherung in einem politischen Rahmen bewegt, der durch die Gesetzgebung bestimmt“ wird.

„Die Fort- und Weiterbildung besitzt hohen Stellenwert ...auch für das Assistenzpersonal“ – dem kann man nur zustimmen.

Interessant ist das „Zweitmeinungsmodell“: Es sollen Beraterzahnärzte von der ZÄK benannt werden, die allen beratungssuchenden Patienten (insbesondere bei Zusatzversorgungen) für eine „patientennahe Beratung“ zur Verfügung stehen.

„Gewährleistung“ nach 135 Abs. 4 SGB V wird abgelehnt, man sieht das Dienstleistungsrecht gefährdet und hält eine Haftung nach BGB für ausreichend.

Mit dem „Dialog-Konzept Zahnheilkunde 2000“ soll Bereitschaft signalisiert werden, „zusammen mit allen Beteiligten konstruktiv an der Stärkung des Gesundheitswesens und der Weiterentwicklung der Krankenversicherung mitzuarbeiten“.

Fazit:

Deutlich hat man aus dem gescheiterten Ausstiegsszenario gelernt und sucht jetzt den Wiedereinstieg in die Entscheidungsprozesse, die die GKV weiterentwickeln.

Dabei werden neben altbekannten Illusionen (z.B. Abdingung nach GOZ) erstmalig und in aller Deutlichkeit prophylaktische und qualitätssichernde Maßnahmen beschrieben und gefordert, die Ansätze zu einer wahrhaften Weiterentwicklung unseres zahnmedizinischen Gesundheitssystems sein können. Warum erst jetzt?

Das vorliegende Konzept ist ein Schritt in die richtige Richtung, wie schon lange von uns erhofft - aber zur Perfektion müssen weitere Schritte folgen. Der DAZ wird dabei sein.

Wolfram Kolossa

Stellvertretender DAZ-Vorsitzender
Bahnhofstr. 43, 24217 Schönberg/Holst.
Tel. 04344/9020, Fax 04344/3349

Assistentenstelle

in Kölner Zahnarztpraxis gesucht!

Engagierte Zahnärztin, 26 Jahre, westdt. Examen, 8 Monate Berufserfahrung, sucht Vorbereitungsassistentenstelle in qualitätsorientiertem Praxisteam ab sofort.

Tel. 02161/23037

Dr. Helmut Diewald

DENTAL-DEPOT

Das preisgünstige Depot für qualitätsorientierte Zahnärztinnen und -ärzte!

Pa-Instrumente führender deutscher und internationaler Hersteller

Alles, was Sie zum Schärfen von Pa-Instrumenten brauchen
Chirurgie-Instrumentarium
Röntgen-Zubehör
Hilfsmittel zur Vorbereitung des Sulcus für die Abformung

Alle Artikel in eigener Praxis erprobt !!

**Anruf oder Fax genügt:
Ich mache Ihnen ein Angebot!**

Donaustauer Straße 25
93059 Regensburg
Telefon (09 41) 4 18 64
Telefax (09 41) 4 18 27

Abgezockt

C. Nielsen, H.-W. Hey

Mit zwei weiteren Beispielen extensiven Liquidationsgebarens setzen wir die im *forum* 44 begonnene Serie fort. Es geht dabei nicht um fachliche Besserwisserei. Es geht um das Aufdecken von Praktiken, die alle Kollegen in Mißkredit bringen. Wir wehren uns dagegen, daß einige Zahnärzte Patienten und Versicherungen ausnehmen und dies mit dem Deckmantel „Fortschritt“, „Therapiefreiheit“ oder „Qualität“ kaschieren.

Fall 5: „Vorbehandlung“ für DM 24.206,62

Kollegen mit Erfahrung und Augenmaß befällt immer wieder eine gewisse Fassungslosigkeit, wenn sie erfahren, wie andere die GOZ bzw. die Situation ihrer Patienten raffiniert und profitabel ausreizen. Ein Beispiel dafür bietet die Liquidation des Müncher Zahnarztes Dr. M. H. vom 7.1.94 über DM 24.206,62.

Dessen Patient G. H., 48 J., hat am 28.10.93 noch 12 verblockte Zähne, die ausnahmslos beherdet und so „extrem gelockert“ sind, daß die 6 Planungsmodelle deshalb (!) mit dem 3,5-fachen Satz GOZ berechnet werden (=DM 300,30 + DM 117,- Labor + DM 60,- Alginat).

Nach „Untersuchung“, OPG, 18 Einzelaufnahmen, „Implantatanalyse“, PAR- und Funktionsstatus (alles 3,5 fache GOZ) steht endlich fest, daß kein Zahn erhaltungsfähig ist (=DM 804,10). Drei Heil- und Kostenpläne (DM 100,20) zielen auf Totalprothesen ab.

Am 14. und 15.12.94 werden mit 4 Leitungs- und 82 Infiltrationsanaesthesien (=DM 1353,56 + DM 77,- für Anaestheticum) alle 12 Zähne entfernt und dies durch allerlei hier zweifelhaften Schnickschnack ergänzt: „Totale Mundbodenplastik mit

Freilegung des N. mentalis“ (DM 847,-), „Knochenspanentnahme“ (DM 249,09), „Operative Behandlung einer Blutung“ (DM 53,90), „Implatation von Knochen“ (DM 569,02), „Operativer Aufbau des Alveolarfortsatzes“ (DM 330,-), „Fibromatose-Operation“ (DM 151,80), div. Augmentationspraktiken“ (DM 4774,- plus DM 3520,- für GORE TEX-Folie, DM 270,- für Membrannägel). Ominöse „Hilfsvor. am Ober- und Unterkiefer“ schlagen mit DM 1239,70 zu Buche. Alles muß eine abenteuerliche Aktion gewesen sein, nach dem Motto: „Hinter uns steht nur der Herrgott!“

Die Nähte werden, wie sich das für große Chirurgen gehört, neben der zahnärztlichen Nachbehandlung Pos. 330 GOZ auch noch mit der GOÄ-Ziffer 2007 kombiniert, macht DM 208,91. Parallel dazu werden Kosten für FAM/FTM (DM 1978,90), „Parodontologische Leistungen“ an zahnlosen Kiefern in Höhe von DM 1255,10 und „Verbrauchsmaterial“ für DM 4317,50 in Rechnung gestellt. So hat die Überführung in den zahnlosen Zustand die Kleinigkeit von 18.042,61 bewirkt. Kann man es der PKV verdenken, daß sie diese Kosten nicht erstatten will?

Gleichzeitig mit den chirurgischen Eingriffen erfolgte erneut „Funktionsdiagnostik“ (DM 959,20), z.T. zum 6-fachen Satz GOZ (Begründung: „Erschwernis durch Hyperaktivität der Protraktoren“, „erhöhter Zeit-

aufwand durch paraokklusale Registrierung“) und die Eingliederung von OK-UK-Immediat-Totalprothesen: Steigerungssatz 4,5 mit der Begründung: „starke Knochenresorption“. Eine „Diagnose am Modell“ bringt noch einmal DM 50,60. „Kleinvieh macht auch Mist!“ – was sich zu einem vorläufigen Endbetrag der prothetischen Kosten von DM 6164,01 aufhäuft.

Mit dem Patienten wird vereinbart, daß nach dieser „Vorbehandlung“ die „richtige Behandlung mit Implantaten“ im Sommer '94 in Angriff genommen werden soll. Wenn nicht Gutachter der Kammer oder der PKV der hier praktizierten Honorarphantasie rechtzeitig Grenzen setzen, darf man auf die neue Liquidation gespannt sein.

Fall 6: Vom Regen in die Traufe? Programmierter Mißerfolg für 38.000,- DM

Schon die erste Behandlung 1990 von Herrn T. aus Helmstedt für 12.800,- DM war mit einer schlechten Prognose belastet. Herr Dr. L. hatte das parodontal stark geschädigte Lückengebiss ohne jede vorausgehende oder wenigstens begleitende Parodontaltherapie mit 10 Einzelkronen und drei Brücken versorgt. Wie schon damals zu befürchten, waren dann auch 1993 mindestens 6 Zähne extraktionsreif (15, 16, 17, 28, 46, 47) – allesamt hochgradig gelockert mit durchweg mehr als 10mm tiefen Taschen und jeweils komplettem Knochenabbau.

Herr T. konsultiert nun Frau Dr. K., die diese Zähne beläßt und zwei jeweils 15-gliedrige Brücken, „Ohr-zu-Ohr-Verblockungen“ von 17–28 und 38–47 eingliedert. Wie lange die kaum noch verankerten, durch die Verblockung nur scheinbar

festen Zähne noch halten, ist die Frage. Individualprophylaktische Maßnahmen oder andere Schritte einer kontinuierlichen Nachbetreuung unterbleiben.

Bemerkenswert erscheint außerdem, daß 6 Zähne nachträglich endodontisch behandelt werden müssen. Für die ganze Behandlung werden 218 Anaesthesien berechnet, 15 allein in einer Sitzung für zwei benachbarte Zähne (46, 47).

Frau Dr. K. berechnet insgesamt 38.212,98 DM. Die private Krankenversicherung verweigert die Erstattung, weil sie befürchtet, daß diese Behandlung genauso für die Katz ist wie die erste für 12.800,-DM. Die zuständige Zahnärztekammer wird um ein Gutachten gebeten. Man kann nur hoffen, daß diese Stellungnahme den Prinzipien einer sorgfältigen Diagnostik, Prognoseabschätzung und Indikationsstellung wieder Geltung verschafft.

Dr. Chr. Nielsen, Dr. H.-W. Hey
Lindenschmitzstr. 44, 81371 München

Karies teuerste Einzelerkrankung

Die jüngst vom Bundesgesundheitsministerium vorgestellte Studie über „Ernährungsbedingte Krankheiten und ihre Kosten“ brachte es an den Tag. Die Karies ist die häufigste und mit 20,2 Milliarden DM verursachten Kosten zugleich auch die teuerste Einzelerkrankung der Deutschen

Diese Häufigkeit ist umso bedenklicher, als sich in kaum einem anderen medizinischen Fachgebiet Krankheiten so sicher verhindern lassen wie in der Zahnmedizin. Daß Vorbeugung möglich ist, beweisen Zahlen: Im Zeitraum von 1980 bis 1990 ist es gelungen, mit etwa 25% geringeren Kosten eine Verbesserung der Zahngesundheit um 30 bis 50% zu erreichen.

Quelle: IFK Groß-Gerau

Zahnmediziner fordern stärkere Aufklärung über zahnfreundliche Süßigkeiten

Deutschland ist im Absatz der „Zahnmännchen-Produkte“ weltweit führend

Weltweit steht die Bundesrepublik beim Verkauf von Süßigkeiten mit dem „Zahnmännchen mit Schirm“ an erster Stelle. Knapp 8.000 Tonnen dieser Produkte wurden 1993 verkauft, der Absatz stagniert allerdings zum erstenmal seit Jahren. Deshalb schlagen Zahnmediziner Alarm.

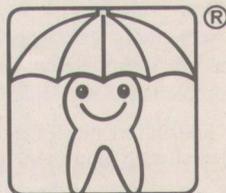
Professor Jean-François Roulet vom Zentrum für Zahnmedizin an der Berliner Charité fordert von seinen Kollegen mehr Aufklärung über zahnfreundliche Produkte: „Der Hinweis auf das Zahnmännchen mit Schirm gehört zur Prophylaxe“. Er erinnert daran, daß das Logo der Aktion zahnfreundlich e. V. nur auf solchen Produkten zu finden ist, die sich einem wissenschaftlichen Test unterzogen haben. Als zahnfreundlich werden nur Produkte eingestuft, die keinen pH-Abfall unter 5,7, also keinen kariogenen Säureschub verursachen. „Enthalten Süßwaren keinen Zucker, sondern Zuckeraustauschstoffe wie die Zahnmännchen-Produkte“, so Roulet, „entstehen keine oder nur sehr wenig Säuren und somit auch keine Karies.“

Das „Zahnmännchen“ sagt wesentlich mehr über die Zahnfreundlichkeit aus als die Begriffe „zuckerfrei“ und „ohne Zucker“. Denn nach deutschem Recht zählt nur Saccharose (Rohrzucker) als Zucker. Zahnschädigend sind jedoch alle Zucker im chemischen Sinne, also auch Fructose (Fruchtzucker), Glucose (Traubenzucker), Lactose (Milchzucker) und andere Einfach- und Doppelzucker, und das bereits in Konzentrationen ab 1%. Sogar Stärke ist, vor allem wenn sie vorher erhitzt wurde, in der Lage, den pH-Wert im Zahnbelag zu senken und somit Karies zu verursachen. Darüberhinaus werden einige Süßigkeiten mit Säuren wie Ascorbin- oder

Zitronensäure angereichert. Diese verursachen zwar keine Karies, können jedoch erosiv wirken und auf diesem Wege die Zahnhartsubstanz schädigen. Ist die erosive Wirkung saurer Bonbons aus zahnmedizinischer Sicht nicht mehr akzeptabel, so wird das „Zahnmännchen“-Signet verweigert.

Mittlerweile kennen laut repräsentativer Meinungsumfrage knapp 42% der deutschen Bevölkerung das „Zahnmännchen“. Von mehr als 120 Produkten lacht dem Verbraucher der Zahn entgegen. Nicht nur Bonbons und Kaugummis sind damit ausgezeichnet, auch Marzipan mit Schokolade gibt es als zahnfreundliche Variante zu kaufen.

Roulet sieht in den zahnfreundlichen Produkten eine wichtige Alternative zu den herkömmlichen „Zwischendurch-Naschereien“. „Das Zahnmännchen trägt zur Kariesprophylaxe bei. Allerdings sollte die Zahnärzteschaft noch stärker als bisher auf das Logo hinweisen, um ihren zahnbewußten Patienten den richtigen Weg zu zeigen.“ Eine Produktliste aller mit dem Signet „zahnfreundlich“ ausgezeichneten Produkte sowie weitere Informationsmaterialien können kostenlos bezogen werden bei: Aktion zahnfreundlich e. V., Feldbergstr. 40, 64293 Darmstadt

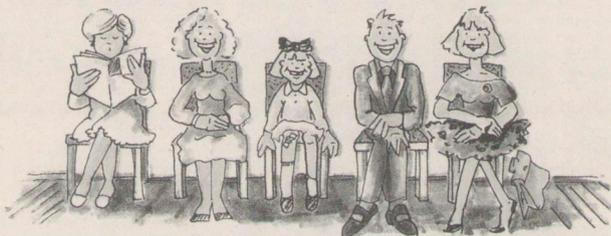


Mit diesem Signet ausgezeichnete Süßigkeiten verursachen garantiert keine Karies- und sie schmecken.

Zymafluor[®] gegen Angst vorm Zahnarzt: Geben Sie's Ihren Patienten schriftlich!

Mit Zymafluor verordnen Sie ein effizientes und bewährtes Prophylaktikum gegen Karies. Durch seine unterschiedlichen Wirkstoff-Konzentrationen ermöglicht Zymafluor eine individuelle Fluorid-Dosierung in optimaler Menge und fördert so die lebenslange Gesundheit der Zähne.

Auch über das Alter der 2. Dentitionsphase hinaus ist Zymafluor für Jugendliche und Erwachsene zur Karies-Reduktion erforderlich.



Zymafluor: Weniger Angst vor Karies – und daher weniger
Angst vorm Zahnarzt!

Zymafluor[®]
gegen Karies
Vorbeugung ein Leben lang



Zymafluor[®] 0,25 mg; 0,5 mg; 0,75 mg; 1 mg (Wirkstoff: Natriumfluorid). **Zusammensetzung:** Zymafluor 0,25 mg: 1 Tbl. enthält 0,553 mg NaF (entspr. 0,25 mg Fluorid). *Hilfsst.:* Poly(1-vinyl-2-pyrrolidon) vernetzt, Magnesiumstearat. Zymafluor 0,5 mg: 1 Tbl. enthält 1,105 mg NaF (entspr. 0,50 mg Fluorid). *Hilfsst.:* Magnesiumstearat, Aromastoff, Farbstoffe E 171 und E 172. Zymafluor 0,75 mg: 1 Tbl. enthält 1,658 mg NaF (entspr. 0,75 mg Fluorid). *Hilfsstoffe:* wie Zymafluor 0,5 mg. Zymafluor 1 mg: 1 Tbl. enthält 2,211 mg NaF (entspr. 1 mg Fluorid). *Hilfsst.:* Magnesiumstearat, Aromastoff, Farbstoff E 172. **Indikationen:** Zur Kariesprophylaxe. **Kontraindikationen:** Keine, soweit die Fluoridkonzentration des Trinkwassers bestimmte Grenzen in Abhängigkeit vom Lebensalter nicht überschreitet. Überempfindlichkeit gegenüber NaF. **Nebenwirkungen:** Bei Überschreitung der empfohlenen Fluoridzufuhr in den ersten 6-8 Lj. kann sich eine Zahnfluorose mit Schmelzflecken und Störungen des Knochenaufbaus entwickeln. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Die gleichzeitige Zufuhr von Calcium-, Magnesium- und Aluminiumverbindungen sowie Milch und Milchprodukten vermindert die Resorption von Fluorid. **Dosierung siehe Gebrauchs- oder Fachinfo.** **Handelsformen und Preise:** Zymafluor 0,25 mg: 250 Tbl./N3 DM 9,28. Zymafluor 0,5 mg: 250 Tbl./N3 DM 10,99. Zymafluor 0,75 mg: 250 Tbl./N3 DM 12,77. Zymafluor 1 mg: 250 Tbl./N3 DM 14,78. Stand: 5/94

■ Zyma GmbH München

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 · 80336 München
Telefon 089/551800-0

Subgingivales Scaling mit Ultraschall

**Vergessen Sie, was Sie auf der Uni gelernt haben.
Der Ultraschall – Scaler (nicht die Kürette) ist Ihre
potenteste Waffe gegen Parodontalerkrankungen**

L. Burnett

Ein so provokativer, aber für den Praktiker interessanter und anregender Beitrag, kann natürlich nicht ohne Kommentar veröffentlicht werden. Interessant ist dieser Artikel, da er in den Kernpunkten die aktuelle Lehre im Fach Parodontologie widerspiegelt, deren zentrale Forderung die Schaffung einer biologisch akzeptablen Wurzeloberfläche ist. Dies wird durch die Entfernung von bakteriellen Belägen und Endotoxinen erzielt. Die frühere Fixierung der Parodontologen und auch Dentalhygienikerinnen auf den Zahnstein als das *corpus delicti*, das dem Patienten immer wieder unter die Augen gehalten wird, ist wissenschaftlich nicht haltbar. Man sollte jedoch nicht in das andere Extrem verfallen und den Zahnstein als raue Oberfläche unterbewerten. Untersuchungen zeigen eindeutig, daß auch subgingival die rauen Oberflächen schneller von Bakterien wiederbesiedelt werden als glatte Flächen. Die Kunst des heutigen Parodontologen ist es, soviel Zahnstein wie möglich zu entfernen, ohne dabei die Zahnhartsubstanz aufzurauen oder unnötig abzutragen. Wurzeloberflächen ohne Zahnstein sollen nur geglättet werden, um die darauf klebenden Endotoxine abzulösen und durch die Oberflächenglättung die Plaqueneubildung zu erschweren. Diese Maßnahmen sind sowohl mit *geeigneten* Handinstrumenten als auch *geeigneten* maschinellen Methoden durchzuführen. Beide Vorgehensweisen haben ihre spezifischen Probleme. Um mit Handinstrumenten perfekt zu sein, ist langes Training und das Arbeiten mit frisch geschliffenen

Küretten notwendig. Der Faktor Mensch ist hierbei das limitierende Element. Bei maschineller Bearbeitung mit dem Ultraschallgerät liegt die Problematik eher auf der Geräteseite, da bei Kenntnis der physikalischen Prinzipien die Anwendung, wie die Erfahrung in den Studentenkursen zeigt, leichter zu erlernen ist. Das Hauptproblem der Ultraschallinstrumente sind die großen Unterschiede zwischen baugleichen Handstücken und Arbeitsspitzen hinsichtlich der vorhandenen Schwingungsamplitude unter Belastung. Die richtige Intensitätseinstellung muß praktisch für jede Kombination von Handstück und Arbeitsspitze individuell „erfüllt“ werden, da die Amplitude nicht durch Messung zu bestimmen ist. Die Streuung ist je nach Alter und pfleglichem Umgang mit den Instrumenten sehr groß. Ein weiteres Problem ist, daß viel Arbeitsspitzen durch ihre falsche Gestaltung und mangelnde Wasserkühlung nicht zum subgingivalen Gebrauch geeignet sind. Zusammenfassend läßt sich sagen, daß beide Instrumente ihre Berechtigung haben. Für den Erfolg der PAR-Behandlung ist jedoch das regelmäßige Recall mit entsprechender lokaler Rezidivbehandlung wichtiger und diese kann häufig sehr schonend mit Carbonfiber-Küretten durchgeführt werden.

Dr. Peter Purucker
Abteilung Parodontologie und Synoptische
Zahnmedizin; Zentrum für Zahnmedizin
Humboldt Universität zu Berlin
Föhrer Str. 15, 13353 Berlin

Über den Autor Larry Burnett: Studium am Medical College der Virginia School of Dentistry, Vorträge und Kurse über konservative Parodontaltherapie in USA und Kanada. Er leitet praktische Kurse, die vom Perio-Institut gesponsort werden und lehrt heute orale Mikrobiologie an einer Schule für Dental-Hygiene. Es gibt einen Video-Kurs von ihm bei der 'Academy of General Dentistry'.

In der Behandlung parodontaler Erkrankungen spielen sich massive Veränderungen ab... ein tiefgehender Umschwung in der Auffassung wird zu völlig veränderten Behandlungsweisen führen und einen dramatischen Rückgang der Parodontalchirurgie mit sich bringen.

Ich lehre Parodontaltherapie für Dentalhygieniker und Zahnärzte. Vor drei Jahren befaßten sich meine Kurse hauptsächlich mit der traditionellen Handinstrumentation. (Welche Kürette wird gewählt? Wie hält man sie richtig? Wie hält man iatrogene Schäden an Zahn und Gewebe möglichst gering?)

Heute lehre ich weiterhin Handinstrumentation, aber nur noch als zusätzliche Maßnahme zum Ultraschall-Scaling. In meiner Praxis, in meinen Kursen und zunehmend in den Zahnarztpraxen in meinem Land ist die Anwendung des Ultraschalls, zusammen mit antimikrobieller Therapie zum Kern einer neuen Vorgehensweise in der Parodontologie geworden.

Den Ultraschall-Scaler gibt es seit ungefähr 30 Jahren. In den meisten Praxen wird er (wenn überhaupt) zur groben Entfernung supragingivalen Zahnsteins verwendet. Das ist eine Schande. Denn neue Forschungen zeigen, daß der schlichte Ultraschall-Scaler unsere potenteste Waffe gegen parodontale Erkrankungen sein könnte.

Doch zunächst müßten wir manches 'entlernen', was wir über Ultraschall-Scaling wissen.

Orale Hygiene ist nicht länger die Kunst der Zahnsteinentfernung.

Noch in den sechziger Jahren glaubten wir, daß parodontale Erkrankungen primär auf die Irritation durch raue Ablagerungen von Zahnstein zurückzuführen seien.

Das war falsch.

Parodontale Erkrankungen werden durch Pathogene verursacht. Durch „Viecher“ (bugs). Sie werden nicht durch Zahnstein... oder Taschen... oder Knochendefekte hervorgerufen. Wenn Sie sich auf diese Viecher konzentrieren, könne Sie oft eine schwere Parodontitis ohne Extraktionen oder operative Maßnahmen zum Stehen bringen. Wenn Sie die Viecher ignorieren, wird Chirurgie in der Regel nicht helfen... zumindest nicht auf lange Sicht.

Wenn Sie die Plaque aus einem gesunden Mund unter einem Phasenkontrastmikroskop untersuchen, sehen Sie fast immer Bakterien. Das ist natürlich.

Aber ab einem bestimmten Punkt können bestimmte Bakterientypen eine kritische Masse erreichen und in sehr zerstörerischer Weise zu wirken beginnen.

Wenn Sie die Plaque aus einer entzündeten Tasche untersuchen, sehen Sie normalerweise wesentlich mehr bewegliche Pathogene. Hier ist die Balance zwischen Mikroflora und dem Immunsystem des Patienten gestört und die Mikroflora ist im Vorteil.

Wenn Sie die Pathogene zerstören oder ihre Zahl unter eine kritische Zahl bringen,

bekommt das Immunsystem oft wieder die Oberhand... Die Progression der Erkrankung wird angehalten. Der Knochen hört auf, sich zurückzuziehen. Die Taschen bluten nicht mehr beim Sondieren. Und das Gewebe erlangt wieder sein rosafarbenes festes gesundes Aussehen.

Den Zahnstein in die rechte Perspektive bringen

Jeder akzeptiert heute die bakterielle Ursache parodontaler Erkrankungen.

Trotzdem behandeln viele Praxen ihre Patienten so, als ob der Zahnstein der Hauptfeind wäre. Für manche ist die Zahnsteinentfernung nahezu zur Besessenheit geworden. In ihrem Bemühen, glatte Wurzeln zu erzielen, reißen sie im Ligament herum und schaben heftig Zahnschubstanz ab, wobei sie zahllose Fälle von Überempfindlichkeit erzeugen.

Mißverstehen Sie mich nicht. Ich will die wohlmeinenden Versuche, subgingivales Konkrement zu entfernen, nicht entmutigen. Konkrement bietet den wahren Missetätern Unterschlupf und trägt auf diese Weise zum Fortschreiten der Krankheit bei. Aber es ist nur einer von vielen beitragenden Faktoren. Tatsache ist, daß parodontale Gesundheit keine konkrementfreien Wurzeln erfordert.

Das ist ein Glück, denn es ist praktisch unmöglich, konkrementfreie Wurzeln zustande zu bringen.

Die neue Rolle des Ultraschalls in der Parodontaltherapie

Ultraschallscaler wurden in einer Zeit entwickelt, als der Zahnstein als Feind Nummer eins betrachtet wurde. Im Krieg gegen die Konkremente wirkten die frühen Ultraschallscaler wie eine Panzerfaust - wirksam aber ungenau.

Experten warnten davor, die Geräte beim Routine-Recall einzusetzen, wenn die Pati-

enten keine massenhaften supragingivalen Ablagerungen hatten.

Die Dinge haben sich in den zurückliegenden wenigen Jahren dramatisch gewandelt. Neue, superdünne Arbeitsspitzen stehen nun zur Verfügung, die in tiefe Taschen und enge Furkationen passen, wo eine Standard-Kürette nicht hingelangt. Einige Hersteller entwickeln heute Geräte mit einem wesentlich größeren Energiespektrum, so daß auch bei den sanfteren Einstellungen, die für den subgingivalen Einsatz benötigt werden, Kavitation erreicht werden kann.

Meiner Meinung nach (und der einer Anzahl von Forschern im Bereich der Parodontalbehandlung)^{1,2,3,4} sind Ultraschallscaler heute für das Debridement im subgingivalen Bereich vorzuziehen. Forschungsergebnisse zeigen, daß subgingivales Ultraschallscaling nicht nur die harten Auflagerungen ebenso gut entfernt (vielleicht sogar besser!), wie traditionelle Handinstrumente. Daneben tötet es aber auch Bakterien ab und verringert die Menge der Endotoxine verringert.

Bakterien in Fetzen reißen

Das Wasser, das durch die Spitze eines Ultraschallinstrumentes fließt, kühlt nicht nur die Arbeitsspitze... es zerstört tatsächlich Bakterien.

Früher in den 70ern stellten Forscher fest, daß die Wirksamkeit eines Ultraschallscalers deutlich abfiel, wenn der Wasserzufluß unterbrochen wurde. Sie nahmen an, daß dies auf den Spüleffekt des Wassers zurückzuführen sei. Die vibrierende Spitze lockerte die Plaque... das Wasser wusch sie weg. So, als ob man einen Handscaler und einen Water-Pik gleichzeitig benutzen würde.⁵

Vor einigen Jahren untersuchte ein Forscherteam die Fläche, die gereinigt wurde, wenn eine Ultraschallspitze einfach den

Zahn berührte. Zunächst verwendeten sie den Scaler ohne und dann mit Wasser.

In jedem Fall... gleichgültig, welche Art von Spitze verwendet wurde und in welchem Winkel sie den Zahn berührte, nahm die plaquefreie Fläche um 500% bis 800% zu, wenn das Wasser angestellt war.⁶

Die trockene Spitze beseitigte die Plaque nur, wo sie tatsächlich den Zahn berührte. Aber die wassergekühlte Spitze mußte die Plaque nicht einmal berühren, um sie zu zerstören... sogar Flächen, die einen halben Millimeter entfernt waren, wurden vollständig von Plaque befreit.

„Waschen“ mit Ultraschall zerstört Plaque weit über die Fläche hinaus, die die Arbeitsspitze erreicht.

Die Energie, die durch den Wasserspray vermittelt wird, wirkt in Ihrem Praxis-Ultraschallgerät genauso. Die hochfrequenten Schwingungen der Spitze erzeugen Kavitationsblasen. Wenn der energiereiche Spray aus dem Handstück die Zahnoberfläche erreicht fallen diese Blasen zusammen (sie „implodieren“) und setzen kurze Energiestöße frei. Die Energie in jeder einzelnen Blase ist zu vernachlässigen, aber der Effekt von Millionen solcher Kavitationsblasen **sprengt** förmlich die Plaque von der Oberfläche und zerreißt dabei die bakterielle Zellmembran.

Na und?

Ich will sagen, daß Sie immer den Wasserspray mit Ihrem Scaler benutzen sollten. Ich will sagen, daß Sie die Plaque nicht wirklich mit der Spitze berühren müssen, um sie zu zerstören.

Daraus ergeben sich einige schwerwiegende Schlüsse für das subgingivale Scaling, wo Sie ja so oft versuchen, die Plaque von Oberflächen herunter zu bekommen, die schwer zu erreichen sind, und die Sie eigent-

lich nicht einmal auf einer Röntgenaufnahme sehen können.

Nehmen Sie als Beispiel eine freiliegende Furkation: Forschungsergebnisse zeigen, daß mehr als die Hälfte davon (58%) schmaler sind, als die zierlichste Kürette.⁷

Wie wollen Sie nun eine Oberfläche manuell depurieren, wenn Sie nicht einmal ein Handinstrument hineinbekommen (geschweige denn, das Arbeitssende im richtigen Winkel ansetzen können)? Die Antwort heißt einfach: Sie benutzen kein Handinstrument. Sie benutzen Ihr Ultraschallgerät mit einer „Perio“-Spitze. Die gleitet in die Furkation und die Energie des Ultraschalls zerstört die Plaque.

Vergessen Sie, was Sie in der Schule über Ultraschall und subgingivale Konkremente gelernt haben!

Machen Sie sich nichts vor. Egal, wie gut Sie mit einer Gracey-Kürette sind, Sie entfernen nicht alle subgingivalen Konkremente. Eine neue Studie hat gefunden, daß mehr als die Hälfte (57%) der Wurzeloberflächen, die gründlichst mit Handinstrumenten abgeschabt worden waren, noch Reste von Konkrement aufwiesen.⁸

Der Glaube, daß Handinstrumente effektiver sind als Ultraschallscaling, ist ein Mythos.

Er wurzelt wahrscheinlich in unserer puristischen Arbeitsethik. Wie könnte auch etwas so einfaches wie Scaling mit Ultraschall tatsächlich ausreichen? Es gibt eine unausgesprochene Überzeugung, daß **wahre Dentalhygienikerinnen** tatsächlich am Ende eines Arbeitstages mit tauben Fingern und schmerzenden Armen nach Hause gehen. „Cavitron-Queen“ wird gemeinhin nicht als Kompliment verstanden.

Aber die Wahrheit ist, daß mit einer dünnen Arbeitsspitze, die leicht in die Tasche

gleitet, die Konkremente ebenso einfach mit Ultraschall verschwinden wie mit dem Handinstrument. Und das ist nicht nur die Meinung eines einzelnen - es gibt eine Bibliothek voller Dokumentation, die diese Behauptung stützt.^{9,10,11}

Ich habe Zugang zu ‚Medline‘, einer medizinischen Datenbank, die mir Überblick über tausende wissenschaftlicher Veröffentlichungen in hunderten von Zeitschriften verschafft. Seit 1980 hat jede veröffentlichte Untersuchung, die Handinstrumentierung mit Ultraschall verglichen hat, gefunden, daß es keinen Unterschied in der Effektivität gibt... oder daß der Ultraschall leicht vorne liegt. Und, wie gesagt, bei der Bearbeitung von Furkationen der Klassen II und III ist sowie so alles klar.

Ultraschall - sanfter zum parodontalen Weichgewebe

Je tiefer die Konkremente sitzen, desto schwieriger sind sie mit der Kürette zu entfernen und desto größer ist die Gefahr einer Weichteilschädigung.

Handinstrumentierung ist kein Problem, wenn Sie nur 2 oder 3 mm in eine 5 mm-Tasche gehen. Aber was tun Sie, wenn Sie Konkremente angehen, 4 mm tief, oder (schlimmer noch!) im Taschenfundus sitzen? Nachdem Taschen unten enger werden, wird der Platz für Ihr Instrument umso geringer, je tiefer Sie kommen. Da unten steigt das Risiko der Verletzung des Sulkusepithels.

Es ist unmöglich, mit einem Handinstrument Konkrement aus dem Taschenfundus zu befördern, ohne das parodontale Attachment zu beschädigen. Es geht nicht! Das liegt daran, daß Sie mit der Kürette apikal des Konkrements ansetzen müssen.

Ein Ultraschallinstrument zerbricht das Konkrement durch hochfrequente Schwingungen. Sie wenden niemals Druck an. Nur

ein leichtes Stoßen am koronalen Ende reicht normalerweise völlig aus, um selbst zähe alte Ablagerungen aufzulösen.

Im Gegensatz zur Kürette, die von unten nach oben arbeitet, kommt eine Ultraschallspitze von oben. Die Wahrscheinlichkeit der Gewebsschädigung wird geringer.

Eine Anzahl von Untersuchungen hat bestätigt, daß Ultraschallscaling sanft mit dem Gewebe umgeht.^{12,13}

Nach parodontalchirurgischen Eingriffen scheint die Heilung rascher zu erfolgen, wenn mit Ultraschall statt mit dem Handscaler gearbeitet wurde.^{14,15}

Sollen die Wurzeln nach Ultraschallanwendung geglättet werden?

Traditionsgemäß haben wir die Wurzeln aus zwei Gründen geglättet:

1. Um Toxine zu entfernen und
2. eine glatte, glasartige Oberfläche zu schaffen.

Es war Allgemeinwissen, daß das Zement bakterielle Endotoxine wie ein Schwamm aufsaugt. Daraus folgte, daß der einzige Weg, einem erkrankten Parodont die Gesundheit zurückzugeben, darin bestand, das giftige Reservoir wegzukratzen. Das Zement waren die Tonsillen des Alveolarfortsatzes.¹⁶

Dieses ‚Allgemeinwissen‘ war schlicht falsch.¹⁷

Wir wissen jetzt, daß Toxine das Zement nur oberflächlich betreffen. Eine Anzahl von Arbeiten hat gezeigt, daß sie einfach durch die Kavitationswirkung einer Ultraschallspitze verdünnt und fortgespült werden (Tatsächlich kann Wurzelglättung die Komplikationen wegen der Endotoxine vermehren. Das Glätten schabt das schützende Zement ab, legt Dentintubuli frei und verringert die Stärke des Dentins. Dies kann die Gefahr erhöhen, daß Bakterien und ihre Toxine die Pulpa irritieren.).

Der zweite Grund für die Wurzelglättung war richtig... aber nur teilweise. Zement hat eine unregelmäßige Kontur. Nachdem Plaque rauhe Oberflächen bevorzugt, glaubten wir, daß wir ihr mit glatten Flächen eine gückliche Heimstatt vorenthalten könnten.

Ich habe Mengen keramischer Kronen mit Plaque bedeckt gesehen. Gibt es etwas ‚glasähnlicheres‘ als keramische Kronen? Offensichtlich heftet Plaque sich auch an glatten Oberflächen an. Wir wissen weiter, daß Ultraschallreinigung die Plaque von rauhen wie von glatten Oberflächen pustet.

Wenn also eine glatte Oberfläche auch etwas hygienischer sein mag, sind doch die hunderttausende von Fällen mit Überempfindlichkeit nicht gerechtfertigt, die wir in den vergangenen Jahrzehnten mit unserer Leidenschaft für glasartige Wurzeloberflächen erzeugt haben.

Wenn ich auch oft eine Kürette als Sonde nach dem Ultraschallscaling verwende, glätte ich keine Wurzeln mehr, um glasähnliche Oberflächen zu erhalten. Meiner Ansicht nach kann dieses rigorose Vorgehen Übertherapie sein.

Subgingivales Konkrement... ein ander Ding

Je nach Patient kann sich supragingivaler Zahnstein innerhalb von Tagen bilden.

Aber subgingivales Konkrement läßt sich wesentlich mehr Zeit. Obwohl ich noch keine Arbeit gesehen habe, die sich mit der Geschwindigkeit der Konkrementbildung befaßt, benötigen Konkreme nach meiner Erfahrung sieben Monate, bis sie auf dem Röntgenbild sichtbar werden.

Diese niedrige Bildungsgeschwindigkeit hat bedeutsame Folgen für Prophylaxeprogramme.

Erstens heißt das, daß Patienten (wenn Sie die Wurzeloberflächen einigmaßen von

Konkrement befreit haben) bei einem normalen 3- bis 6-Monate-Recall hauptsächlich zur Plaque-Entfernung kommen... nicht zur Konkremententfernung. Der Patient sitzt nicht zur Konkremententfernung, zum Abkratzen der Wurzeln in Ihrem Stuhl... sondern um die Viecher von Ihnen umbringen zu lassen!

Natürlich mögen Sie ein paar alte Konkreme finden, die Sie bei der letzten Sitzung übersehen haben. Aber bei jedem Recall sollten Sie weniger davon finden... weil neue Konkreme keine Zeit zum Entstehen gehabt haben.

Dies führt auch zu einer höheren Effektivität der Recall-Sitzungen. Parodontale Erkrankungen sind episodisch und spezifisch. Wenn Sie Ihre Zeit nicht damit verschwenden, nicht existierende Konkreme zu entfernen, können Sie mehr Zeit darauf verwenden, sich nach Stellen umzusehen, bei denen ein Rezidiv oder eine Reinfektion aufgetreten ist.

Gute parodontale Vorsorge ist viel mehr als einfach alle drei Monate die Zähne abzukratzen. Sie ist ein fortdauernder Prozeß, der andauernde Diagnose, Prävention und Behandlung einschließt. Er umfaßt die Entfernung subgingivaler Plaque zur Rezidivprophylaxe ebenso wie die Entdeckung und Behandlung kleiner Entzündungen an bestimmten Stellen. Meines Erachtens ist die Recall-Sitzung der wichtigste Teil der Parodontalbehandlung.

Ultraschall und das parodontale Vorsorgeprogramm

Ultraschall-Scaling unter Verwendung der dünnen, sondenartigen Spitzen macht die Recall-Sitzung leichter und effektiver.

Mein Hauptinstrument ist dabei ein Ultraschallscaler mit mehreren dünnen Perio-Spitzen, die tief in Taschen und Furkationen

gleiten (Traditionelle Spitzen sind viel zu dick dafür.)

Ich stelle die Intensität sehr niedrig ein, weil das alles ist, was man braucht, um Toxine wegzuwaschen und bakterielle Zellwände zu zerstören. Dann fahre ich leicht über alle Wurzeloberflächen. Bei der schwachen Einstellung entsteht nicht viel Hitze, deshalb braucht man keine Anästhesie. Wenn ich lokale Blutungen sehe, schaue ich genauer hin, um nach verbliebenem Konkrement zu suchen. Finde ich welches, stelle ich das Gerät stärker oder wechsele zur Handkürette.

In ernsten Fällen, besonders bei immungeschwächten Patienten, kombiniere ich Ultraschallscaling mit antimikrobiellen Mitteln ... aber dies ist, wegen des begrenzten Raumes, das Thema für einen weiteren, besonderen Bericht.

Unter dem Strich

In zu vielen Praxen besteht ‚Parodontalbehandlung‘ hauptsächlich aus dem Abkratzen von Wurzeln mit wohlsortierten scharfen Instrumenten. Die Behandlung beruht auf der Fehlkonzeption, daß die Konkreme der große Feind im Krieg gegen Gingivitis und Parodontitis sind. In un-

serer besessenen Fixierung auf Konkrement vergessen wir, daß der wahre Feind die Bakterien sind.

Neue Forschung hat gezeigt, daß konkrementfreie Wurzeln nicht nötig sind für parodontale Gesundheit, und daß sie in der Tat nicht zu erreichen sind.

Spannende neue Entwicklungen von Ultraschallscalern und Arbeitsspitzen haben die Anwendung von Ultraschall zur Basis einer modernen, konservativen Herangehensweise in der Parodontaltherapie gemacht.

Ultraschallreinigung ist...

1. Hocheffektiv bei der Beseitigung von Plaque und Toxinen, den Ursachen für parodontale Erkrankungen.
2. Schneller und mindestens so wirksam wie die Anwendung von Handinstrumenten bei der Konkremententfernung.
3. Sanfter zu den Weichgeweben als Handscaling.
4. Angenehmer für die Patienten.
5. Und bedeutend weniger anstrengend für Zahnarzt oder DH.

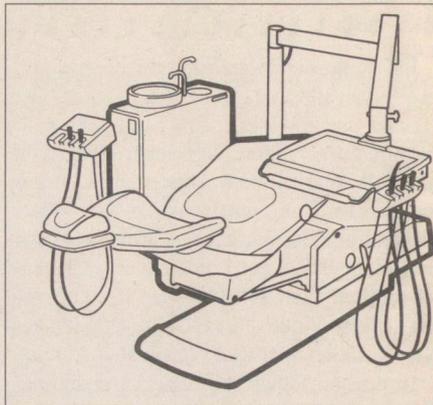
Wenn Sie Ihren Ultraschallscaler nur als Zusatz zum Handinstrument verwenden ... machen Sie es verkehrt.

¹ WOODHALL: (unveröffentl. Manuskript)
² HOU GL, TSAI CC: Clinical observations of the effects of nonsurgical periodontal therapy on human periodontal disease. II Ultrasonic scaling and rootplaning for 6 months. Kao Hsiung I Ko Hsueh Tsa Chih. 5(2): 72–88, Feb 1989.
³ BADERSTEN A, et al.: Effect of nonsurgical periodontal therapy. I. Moderately advanced periodontitis. J Clin Periodontol, 8(1): 57–72, Feb. 1981
⁴ THILO B, et al.: Ultrasonic and sonic scalers in periodontics. A review. Schweiz Monatsschr Zahnmed, 100(3): 269–73, 1990.

⁵ CLARK SM.: The ultrasonic dental unit – A guide for the clinical application of ultrasound in dentistry and dental plaque. J Periodontol, 40:621–629, 1969.
⁶ WALMSLEY AD, et al.: Dental plaque removal by cavitation activity during ultrasonic scaling. J Clin Periodontol, 15:9, 539–543, 1988
⁷ BOWER RC, et al.: Furcation morphology relative to periodontal treatment. Furcation entrance architecture. J Periodontol 50:23–27, 1979.
⁸ SHERMAN PR et al.: The effectiveness of subgingival scaling and root planing and ultrasonic instrumentation.

- J Periodontol, 60:441, 1989
- ⁹ GARNICK JJ, et al.: A scanning electron micrographical study of root surfaces and subgingival bacteria after hand and ultrasonic instrumentation. J Periodontol, 60:441, 1989
- ¹⁰ MOSKOW BS et al.: Cemental response to ultrasonic and instrumentation. J Amer Dent Assoc, 68:698, 1964
- ¹¹ STANDHE FW, et al.: J Periodontol 32:312-314, 1961
- ¹² BHASKAR SN, et al.: Gingival healing after hand and ultrasonic scaling - biochemical and histological analysis. J Periodontol 43:31, 1972
- ¹³ ZACH: The histology of the response to ultrasonic curettage. J Dent Res, 40:751, 1961
- ¹⁴ WALSH TF, et al.: A comparison of postsurgical healing following debridement by ultrasonic or hand instrumentation. J Periodontol, 49:201, 1978
- ¹⁵ FRISCH J. et al.: effect of ultrasonic instrumentation on human gingival connective tissue. Periodontics, 5: 123, 1967
- ¹⁶ CHASE R.: Subgingival curettage in periodontal therapy. J Periodontol, 45:107-109, 1974
- ¹⁷ NYMAN S. et al.: Role of „diseased“ root cementum in healing following treatment of periodontal disease. J Clin Periodontol, 15:464-468, 1988

Prophylaxe - Arbeitsplatz U 1305



Der leicht bewegliche Instrumententisch kann mit max. 3 Handstückschläuchen bestückt werden, die platzsparend und griffgünstig angeordnet sind. Die Bestückung ist frei wählbar. Deshalb kann der Arbeitsplatz entsprechend den jeweiligen Anforderungen bestellt und multifunktional eingesetzt werden. Ein idealer Platz auch für das kleine 3. Zimmer, qualitativ hochwertig und dabei preisgünstig.

Gängige Ausstattungsvarianten



Speifontäne
(max. 4 Köcher)



Traytisch
(max. 3 Köcher)

- S = Mehrfunktionspritze
- G = Großer Saugschlauch
- K = Kleiner Saugschlauch
- T = Turbineneinrichtung
- RT* = Turbineneinrichtung regelbar
- M = Micro - Motor
- Z = Zahnsteinentferner piezoelektrisch
- P = Pulverstrahlgerät

- | | | |
|---------------|---|-----------|
| G / K | ① | S / RT* |
| G / K | ② | S / M / Z |
| S / G / K | ③ | S / M / Z |
| G / K / Z | ④ | S / T / M |
| G / K / Z / P | ⑤ | S / M / T |

* = es können über eine Schnellkupplung wahlweise Turbine, luftbetriebener Micromotor sowie luftbetriebenes ZEG - Handstück aufgesteckt werden

ULTRADENT

Coupon

Bitte schicken Sie mir die komplette Prospektmappe



Name _____
Telefon _____
Straße _____
PLZ/Ort _____

Ultradent, Kutzner & Ostner
Stahlgruberring 26, D-81829 München
Tel. 089/420992-70, Fax 089/420992-50

U 1305-5-93

KOMET: BEHANDELN UND AUFBEWAHREN MIT SYSTEM.

Behandlungsständer für die transdentale Fixation mit dem »Erlanger TDF-System«



- Aluminium, eloxiert
- sterilisierbar, recyclebar
- bestückbar mit dem kompletten Instrumentarium des TDF-Systems
- Symboldruck = Behandlungsablauf ist dargestellt
- Boxendeckel mit Systembenennung und Systemsymbol bedruckt

TDF-System
Transdentales-
Fixations-System.

**Behandlungsständer
und Steribox**
(ohne Instrumentarium)

Order Nr. **4230**

FORSCHUNG · ENTWICKLUNG · BERATUNG

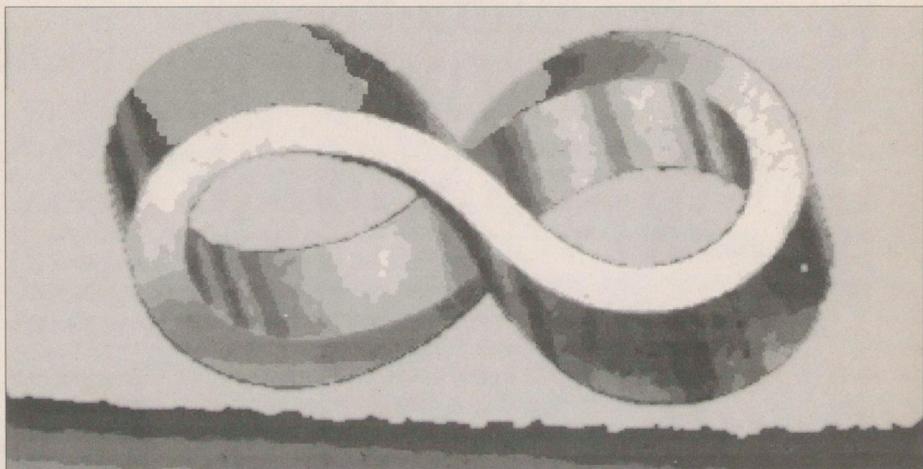


PRÄZISION

DEN WERT MANCHER DINGE
LERNT MAN ERST MIT DER ZEIT
SCHÄTZEN —

UNABHÄNGIGKEIT ZU BESONDERS
INTERESSANTEN BEDINGUNGEN
FÜR MITGLIEDER DES DAZ
IM GRUPPENVERSICHERUNGS-
VERTRAG

UNABHÄNGIGKEIT



Eine private Krankenversicherung der CENTRAL macht unabhängig. Sie ermöglicht freie Entscheidungen, wenn es um etwas sehr wichtiges geht: um Ihre Gesundheit. Selbstbestimmung und Leben nach eigenem Anspruch als Maxime. Auch dafür steht die CENTRAL. Mit hochwertigen Leistungen, die jedem individuellen Anspruch gerecht werden. Und einem kompetenten Service, der da ist, wenn man ihn braucht.

– Die gleiche Maxime –
– Das gleiche leistungsstarke Tarifwerk –
kombiniert mit „handfesten“ Vorteilen des Gruppenversicherungsvertrags wie zum Beispiel:

- günstiger Beitrag
- Erlaß aller Wartezeiten
- Mitversicherungsmöglichkeit für Familienangehörige.

Nutzen Sie diese Möglichkeit!

Auch bereits CENTRAL-Versicherte können ihren Vertrag nachträglich ohne große Formalitäten umstellen!

Wenn Sie weitere Informationen über unser Leistungsangebot wünschen, schreiben Sie uns.

CENTRAL
KRANKENVERSICHERUNG AG

 Aachener und Münchener Gruppe

CENTRAL Krankenversicherung AG
Abt. MV/ZV, Tel. 0221 / 1636-2452
50670 Köln, Hansaring 40-50

Die Neuordnung der Helferinnenfortbildung in Baden-Württemberg

J. Einwag

I. Allgemeines

Veränderte Rahmenbedingungen erfordern eine Anpassung vorhandener Berufsbilder. Diese Erkenntnis gilt für alle Berufe und ist keine Besonderheit des zahnärztlichen Berufsstandes. Das Ausmaß und die Geschwindigkeit der Änderung der Rahmenbedingungen im Bereich der Heilberufe, sowohl was die fachlichen wie auch die strukturellen Komponenten angeht, ist jedoch mit Sicherheit eine Besonderheit und verdient daher spezielle Aufmerksamkeit:

Fachliche Neuerungen

Eine Schwerpunktverlagerung von der kurativen hin zur präventiven Zahnheilkunde ist unübersehbar. Sie hat ihre Begründung in der Erkenntnis:

Karies und „Parodontose“, die am weitesten verbreiteten Erkrankungen der Zähne und des Zahnhalteapparates sind vermeidbar!

Die *theoretischen Voraussetzungen* hierfür sind seit langem bekannt und formuliert als die klassischen Säulen der Prophylaxe:

1. Zahngesunde Ernährung
2. Effiziente Mundhygiene
3. Regelmäßige Fluoridanwendung
4. Fissurenversiegelung

In der *Praxis* ergeben sich jedoch bei der Umsetzung entsprechender Vorschläge mitunter erhebliche Probleme. Mit Ausnahme der Fissurenversiegelung und der sogenannten „professionellen Zahnreinigung“ ist die Qualität der erstgenannten Maßnahmen – und somit deren Auswirkungen auf den

Mundgesundheitszustand – entscheidend abhängig von der Mitarbeit der Patienten, d.h. einer möglichst perfekten häuslichen Prophylaxe. Aus diesem Grund werden *Karies und Parodontalerkrankungen* auch als *verhaltensbedingte Erkrankungen* bezeichnet. Ohne Korrektur des Faktors „Mensch“ bzw. seines zahnschädigenden Verhaltens, ist keine dauerhafte Verbesserung der individuellen Mundgesundheit zu erzielen.

Der Anstoß zur Verhaltensänderung erfolgt dabei erfahrungsgemäß entweder über Vorbilder (Eltern/Erzieher) oder *qualifizierte Mitarbeiter* im Rahmen der Gruppen- bzw. Individualprophylaxe. Die Voraussetzungen für eine entsprechende fachliche Qualifikation sind bis zum heutigen Tag im Rahmenstoffplan der Ausbildung zur Zahnarzhelferin nicht enthalten. Um die berechtigte Nachfrage der Bevölkerung nach entsprechenden Leistungen zu erfüllen, mußten daher über die zuständigen Zahnärztekammern Fortbildungsmöglichkeiten geschaffen werden.

Baden-Württemberg hat sich in diesem Zusammenhang für ein *Stufenmodell der Fortbildung* entschieden. Die aktuellen Bezeichnungen für die auf dem Gebiet der Prophylaxe fortgebildeten Mitarbeiter lauten: *Zahnarzhelferin (Prophylaxe)*, *Zahnmedizinische Fachhelferin* und *Dentalhygienikerin*.

Strukturelle Neuerungen

Die zunehmende Komplexität der Arbeitsabläufe in einer modernen zahnärztlichen

Praxis führt notgedrungen zu Spezialisierungen sowohl im Assistenzbereich am Patientenstuhl als auch in der Verwaltung.

Keiner kann mehr alles überblicken, die Spezialistin / der Spezialist sind gefragt!

Die Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg hat sich in diesem Zusammenhang dafür entschieden, *Aufstiegsfortbildungen zu den Themenbereichen „Herstellung von Situationsabformungen und Provisorien“, „Hilfestellungen bei der kieferorthopädischen Behandlung“ und „Praxisverwaltung“* anzubieten.

Auf diese Weise wird zum einen den notwendigen Entwicklungen im Hinblick auf eine zeitgemäße Patientenversorgung Rechnung getragen, zum anderen den Zahnarzhelferinnen eine Möglichkeit geboten, sich durch Fortbildung weiterzuqualifizieren!

II. Inhalte und Struktur der neuen Fortbildungsregelung

Die Grundstrukturen der zu Beginn des Jahres 1994 in Kraft getretenen Fortbildungsordnung sowie deren Inhalte sind aus der Abbildung 1 ersichtlich.

Wie bereits angedeutet, handelt es sich um eine *Aufstiegsfortbildung, die nach dem Baukastensystem absolviert werden kann.* Die Fortbildung zu den Themenbereichen „Gruppen- und Individualprophylaxe“, „Herstellung von Situationsabformungen und Provisorien“ sowie „Hilfestellung bei der kieferorthopädischen Behandlung“ können hierbei sowohl *institutionell* als auch in Fortbildungspraxen durchgeführt werden.

Die Kurse „Praxisverwaltung“ sowie die Fortbildung zur Dentalhygienikerin erfolgen *ausschließlich institutionell in einem der kammereigenen Fortbildungsinstitute.*

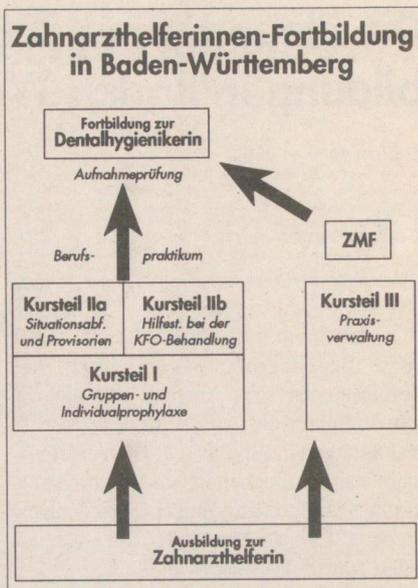


Abb. 1

III. Zusammenfassung

Mit der Neuordnung der Helferinnenfortbildung in Baden-Württemberg werden strukturelle Defizite (auf dem Personalsektor) bei der Umsetzung neuer fachlicher Erkenntnisse beseitigt.

Dies geschieht teilweise im Vorgriff auf größere Umorientierungen im Bereich der Gesundheitspolitik, die eine verstärkte Hinwendung zur Präventiven Zahnheilkunde bewirken sollen.

Neben den positiven Konsequenzen für die Zahngesundheit der Bevölkerung erwächst gleichzeitig ein attraktiveres Berufsbild für die Zahnarzhelferin.

Prof. Dr. J. Einwag
Herdweg 50, 70174 Stuttgart

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 23-25
80337 München
Tel. 089/539850

Kumpfmühler Straße 65
93051 Regensburg
Tel. 0941/97198

Siemens
Dental-Depot
Ihr Partner

Die Natur ist Vorbild

Baustein für die Zähne



Tag für Tag Bad Reichenhaller Jodsalz mit Fluor anstelle des normalen Salzes.

Fluorid härtet den Zahnschmelz und ist daher wichtig für die Zähne.

Jod ist für die tägliche Ernährung genauso wichtig wie Vitamine.

Das Salz der Alpen, die Geschmackskraft der Natur.

Die Dentalhygienikerin (DH) aus der Sicht des Deutschen DentalhygienikerInnen Verbandes (DDHV)

Margaret Schilz-Klotz

Einleitung

Der Deutsche DentalhygienikerInnenverband (DDHV) wurde 1990 als Zusammenschluß der im Ausland ausgebildeten und in Deutschland tätigen DHs gegründet, um den Berufsstand zu vertreten und bei Zahnärzten und Patienten in Deutschland bekannt zu machen.

Das GSG vom 1.1.1993 stellt wegen nicht ausreichender Abdeckung speziell der Teilgebiete Prophylaxe und Parodontaltherapie ausdrücklich die vermehrte Delegierbarkeit definierter Leistungen fest. Dabei werden lediglich verschiedene Berufsgruppen ohne Definition ihrer konkreten Ausbildung genannt. Wie Herr Minister Seehofer dem DDHV in einem Schreiben vom 18.6.93 erläuterte, wurde speziell die DentalhygienikerIn deswegen aufgenommen, weil sich dieses Berufsbild „in ausländischen Gesundheitssystemen bei der präventiven zahnmedizinischen Versorgung der Bevölkerung bewährt“ hat.

Daß auch in Deutschland ein aktueller Bedarf für DentalhygienikerInnen besteht, läßt sich allein schon an der großen Zahl von Zahnärzten ablesen, die mit der Bitte um Hilfe bei der Suche nach einer DH an den DDHV herantreten. Dabei fallen immer wieder Sätze wie: „Ich würde gerne eine DH anstellen, wenn ich nur eine finden könnte“ oder „Ich suche ein DH, aber sie muß gut sein.“

Dies bringt uns zu der Frage

Was ist eine DH?

Obwohl der Berufsstand eine akademische und praktische Tradition von mittlerweile 80 Jahren hat (1913 wurde in den USA die erste DH-Schule eröffnet, 1924 das Berufsbild in Norwegen als erstem europäischen Land etabliert), herrscht in Deutschland auch unter vielen Zahnärzten noch erhebliche Unklarheit darüber, was sich hinter der Berufsbezeichnung DentalhygienikerIn eigentlich verbirgt.

Die Internationale DentalhygienikerInnen-Föderation (IFDH), die weltweit ca. 70.000 DHs aus 16 Ländern vertritt, definiert eine DH wie folgt:

„Eine Dentalhygienikerin ist eine im Gesundheitswesen tätige Fachkraft mit einem Abschluß einer anerkannten Schule für Dentalhygiene. Sie ist bestrebt, durch klinische Tätigkeit, Erziehung, beratende Planung und Befunderhebung orale Erkrankungen zu verhindern, sie behandelt bestehende Erkrankungen und unterstützt Patienten in der Erhaltung einer optimalen oralen Gesundheit. DentalhygienikerInnen sind speziell ausgebildete Fachkräfte, deren vorrangiges Anliegen in der Förderung der totalen Gesundheit durch die Verhütung von Erkrankungen besteht“.

Die praktische Berufsausübung der DentalhygienikerIn in den Mitgliedsländern der IFDH konzentriert sich im wesentlichen auf klinische Tätigkeit und die Erziehung zur oralen Gesundheit; mit landestypischen Va-

riationen sind mehr als 90% der DentalhygienikerInnen in der klinischen Praxis tätig. Die traditionellen Aufgaben, die im wesentlichen in allen Ländern gleichermaßen vom Zahnarzt an die DentalhygienikerIn delegiert werden, sind die Entfernung harter und weicher Konkremente, sowohl supra- als auch subgingival, mit Scaling, Politur und Wurzelglättung, sowie Beratung des Patienten in individueller Oralhygiene und Ernährungsfragen ⁽¹⁾.

DH-Ausbildung nach internationalem Standard

In einer von der IFDH durchgeführten Studie wurde festgelegt, daß die Ausbildung zur DentalhygienikerIn nach internationalem Standard typischerweise zwei Jahre dauert, mit einer mindestens der mittleren Reife entsprechenden Schulbildung als Voraussetzung. In allen Ländern sind die Programme vollvershult und darüber hinaus häufig mit universitären Einrichtungen verbunden ⁽²⁾.

Bei einem Vergleich der verschiedenen Ausbildungsprogramme ermittelte das Ausbildungskomitee des DDHV, daß dies in der Regel einem Umfang von 2.000 Stunden Theorie und praktischem Training für eine DH-Studentin entspricht. Auch dort, wo der Abschluß einer Helferinnenausbildung vorausgesetzt bzw. anerkannt wird, wird dieses Kursprogramm nicht gekürzt! Im Vergleich zur deutschen Prophylaxe-Assistentin (PA) bzw. zur Zahnmedizinischen Fachhelferin (ZMF) zeigt sich, daß die DH eindeutig wesentlich profunder ausgebildet ist ⁽³⁾.

DH-Ausbildungsprogramm für Deutschland

Es sei an dieser Stelle erwähnt, daß die Aufnahme des DDHV als Mitglied in die IFDH 1992 nur deshalb erfolgte, weil alle DDHV-Mitglieder ihre DH-Ausbildung in

Ländern erhalten haben, die bereits Mitglied der IFDH sind. Der DDHV hält deshalb auch notwendigerweise eine DH-Ausbildung für Deutschland, die den Mindestanforderungen des IFDH-Standards entspricht, für den einzig vernünftigen Weg. Das DDHV-Ausbildungskomitee hat sich bemüht, einen Vorschlag für ein Ausbildungsprogramm nach internationalem Standard für Deutschland zu erarbeiten, das den Bedürfnissen der Deutschen Zahnmedizin sowie der Struktur des Gesundheitswesens in Deutschland Rechnung trägt. Was in der Struktur der Zahnmedizin in Deutschland fehlt, ist ein echter paramedizinischer Assistenz-Beruf. Die DentalhygienikerIn nach internationalem Standard entspricht noch am ehesten der medizinisch-technischen bzw. radiologisch-technischen Assistentin (MTA/RTA) im medizinischen Bereich und nur eine solche DentalhygienikerIn könnte bestehende strukturelle Defizite beseitigen, wie die ca. 100 zahnärztlichen Praxen in Deutschland, die eine im Ausland diplomierte DentalhygienikerIn beschäftigen, bestätigen können.

Vorschlag des DDHV für eine DH-Ausbildung in Deutschland:

Eingangsvoraussetzung:

Abgeschlossene Ausbildung zur ZMA, PA;ZMF oder

mittlere Reife bzw. besser Fachabitur
zusätzlich bestandene Aufnahmeprüfung

In einer Zeit der Flexibilisierung der Arbeitswelt ist eine duale Einstiegsmöglichkeit anzustreben.

Ausbildungsdauer:

2 Jahre, 4 Semester mit je 16 Wochen, ca. 2.000 Stunden, Verhältnis Theorie zu Praxis ca. 1:1

Ausbildungsort:

an Universität angegliedertes DH-Institut,

Teilnahme an Vorlesungen, Mitbenutzung der Kursräume

Behindertenbehandlung,
Geriatric, DH-Instruktorin

Lehrpersonal:

Hochschullehrer
Parodontologen,
qualifizierte Zahnärzte,
DH-Instruktorinnen

Ein hoher Ausbildungsstandard in Theorie und betreutem Training an Phantom und Patient sind unumgänglich, um verantwortungsvoll subgingival arbeiten zu können und eine regelmäßige, sorgfältige Reevaluation des Parodontalzustandes während des Recalls durchzuführen.

Mögliche Erweiterung:

Erweiterung auf drei Jahre;
Psychologie,

An dieser Stelle kann nicht unerwähnt bleiben, daß in allen europäischen IFDH-Mitgliedsländern bereits Bestrebungen im Gange sind, die DH-Ausbildung generell auf 3 Jahre zu erweitern (in den Niederlanden schon heute, in der Schweiz ab Herbst 1994). Dies ist unter anderem im Zusammenhang mit den EU-Richtlinien über die Anerkennung mindestens dreijähriger post-sekundärer Ausbildungsgänge von Bedeutung.

Im folgenden ein Entwurf eines Curriculums für eine DH-Ausbildung nach internationalem Standard, der in Deutschland realisierbar scheint.

Curriculum:

Gesamtstundenzahl

Grundlagenfächer

· Anatomie, Physiologie, allg. Histologie	80
· Allgemeine Pathologie	16
· Chemie/Biochemie	32 mit Zahnmed.-Vorl.
· Mikrobiologie	32
· orale Histologie	16
· Präventivmedizin, Sozialhygiene	32

Hauptfächer

· Ernährungslehre	32
· Gesamtzahnheilkunde	96
· orale Pathologie	32
· orale Präventivmedizin	80
· Parodontologie	80 mit Zahnmed.-Vorl.
· Röntgen/Strahlenschutz	16 mit Zahnmed.-Vorl.

Nebenfächer

· Berufskunde	16
· Dermatologie	32
· Fachenglisch	16
· Pharmakologie	32
· Psychologie, Pädagogik	48

<i>Kurse</i>	
· Rhetorik	16
· Einführung in das Lesen wissenschaftlicher Arbeiten	16
· Praxis-EDV, mediz. Statistik	32
· Photographie	16
· Instrumenten-/Apparatekunde	16
· Morphologie	32
· orale Hygiene	96
· Röntgentechnik	32
· Zwischenfälle in der Praxis	16
· Forensische Zahnheilkunde	16
· Seminare	32
· Kolloquia	80
<i>Praktische Ausbildung</i>	
· Vorklinik	64
· Klinik	320
· Praktikum 1 (im Semester)	400
· Praktikum 2 (in den Semesterferien in qualifizierter Praxis)	144
Insgesamt	1088 Stunden Theorie 928 Stunden Praxis
zusammen	2016 Stunden

Zusammenfassung

Eine adäquate Grundlage für den Einsatz in der parodontalen Begleittherapie ist notwendig. Die internationale Standardausbildung der DH qualifiziert sie, dieser Aufgabe gerecht zu werden. Nur eine solchermaßen fundierte Ausbildung kann für den Zahnarzt in Deutschland sicherstellen, daß bei einer verantwortungsvollen Delegation die Qualität gewährleistet ist.

*Margaret Schilz-Klotz RDH BS
DDHV-Vorstandsmitglied
IFDH-Repräsentantin Deutschland
Raiffeisenstr. 17B, 91080 Uttenreuth*

Literatur

- (1) SCHILZ-KLOTZ M.:
Die Internationale DentalhygienikerInnen-Föderation.
Parodontologie 1994, 5: 159-163
- (2) JOHNSON P. VAN LIERDE L.:
International Profile of Dental Hygiene.
IFDH 1992
- (3) ROULET-MEHRENS T., ROULET F.:
Die DH in Deutschland- Analyse und Perspektiven I und II.
Quintessenz 1993, 44: 553-562 und 715-724

Brauchen wir in Deutschland die DH?

J.-F. Roulet, S. Zimmer

Sind die Zähne der Deutschen gesund?

Der Gesundheitszustand ganzer Bevölkerungsgruppen wird am besten mit epidemiologischen Daten beschrieben. Diese sagen wenig über den Zustand eines einzelnen, aber viel über die Gesamtbevölkerung aus. Bei geeigneter Stichprobenauswahl sind solche Daten als repräsentativ für die ganze Bevölkerung anzusehen. Zur Beurteilung der Zahngesundheit muß man sowohl Daten über die Karieserfahrung als auch Daten über den Zustand des Parodontes ermitteln.

Karies

Das aktuelle Niveau der dentalen Prophylaxe spiegelt sich recht gut in der Karieserfahrung von Jugendlichen wieder. In Berlin stellte BUTROS 1987 fest, daß 12jährige einen DMFT von 5,6 hatten⁽⁷⁾, während die IDZ-Studie 1991 für diese Altersgruppe in den alten Bundesländer einen DMFT von 4,1 errechnet (die Daten wurden aufgrund der Untersuchungsergebnisse von 13/14- sowie 8/9jährigen linear interpoliert)^(8,9). In den neuen Bundesländern ist die Situation ähnlich: Dort liegt der interpolierte DMFT für 12jährige bei 3,3. Dem sind Daten aus „prophylaxeaktiven“ Ländern gegenüberzustellen: 1988 wiesen Schweizer 12jährige einen DMFT von 2,3 auf⁽⁹⁾; in Värmland (Schweden), wo seit Jahren eine durch Individualprophylaxe geprägte Zahngesundheitsvorsorge betrieben wird, liegt der DMFT der 12jährigen sogar bei nur 1⁽⁵⁾.

Parodontopathien

Wie bei der Karies, spielt die Plaque auch bei der Parodontitis als ätiologischer Faktor

eine wesentliche Rolle. Hier konnte REICH 1991⁽²⁵⁾ für die alten Bundesländer zeigen, daß quer durch alle untersuchten Altersgruppen ein Plaquebefall von 40% vorhanden war. In den Neuen Bundesländern waren die Werte bei den Kindern nahezu identisch, bei den Erwachsenen lagen sie durchschnittlich bei etwa 35%. Wenn man darüberhinaus den Zahnsteinbefall bei Erwachsenen von 80% in den Alten und 76% in den Neuen Bundesländern^(20,25) in Betracht zieht, so ergibt sich ein deutlicher Bedarf an Prophylaxe, da bekannt ist, daß Zahnstein als zusätzliche Plaqueretentionsstelle wirkt. Dieser Bedarf läßt sich anhand des CPITN (Community Periodontal Index of Treatment Needs)⁽²⁾ etwas konkretisieren. Mit seiner Hilfe wird eine Schätzung des parodontalen Behandlungsbedarfes vorgenommen. CPITN 0 bedeutet parodontale Gesundheit, bei CPITN 1 genügt zur Behandlung eine Mundhygieneinstruktion, CPITN 2 oder 3 bedeutet, daß neben der Mundhygieneinstruktion auch eine Zahnsteinentfernung erforderlich ist. Patienten, die einen CPITN 4 aufweisen, müssen einer umfangreichen Parodontaltherapie zugeführt werden. Die Daten von REICH^(20,25) belegen deutlich einen hohen CPITN-Wert für die deutsche Bevölkerung (Tab. 1). HOHLFELD sowie HOHLFELD und BERNIMOULIN fanden in einer repräsentativen Berliner Stichprobe bei 45–54jährigen sogar noch höhere Werte^(11,12).

Nimmt man die Daten von REICH^(20,25) und appliziert sie in einer groben Vereinfachung auf die Bevölkerung von Deutschland (Gewichtung der Altersgruppen unter Annahme einer gleichmäßigen Verteilung der

Die REVOLUTION für das Aufschleifen Ihrer PA-Instrumente

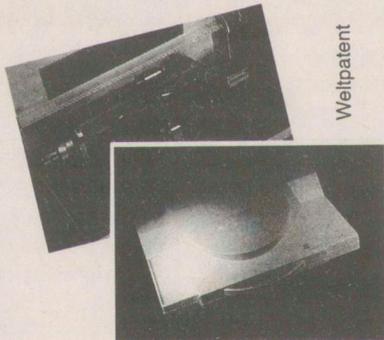
ERGOSHARP

Vollautomatisches Schleifen
von Scalern und Küretten.

ERGOSHARP verändert nicht
die Instrumentenform,
ein Scaler bleibt ein Scaler
eine Kürette bleibt eine Kürette.

ERGOSHARP gibt Ihren
Instrumenten eine hohe Stand-
zeit.

ERGOSHARP ist einfach zu be-
dienen. Nach kurzer Einweisung
kann selbst fachfremdes Perso-
nal den ERGOSHARP fehlerfrei
bedienen. Alle Abläufe werden
elektronisch geregelt.



Weitere Informationen von:

Hegen Dentale Technologie

Lentinger Straße 25, 85092 Kösching

Tel. 0 84 56/70 15 Fax: 81 39

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
85092 Kösching

Telefon: 0 84 56 / 70 15

Telefax: 0 84 56 / 81 39

Altersgruppe	Alte Bundesländer			Neue Bundesländer		
	Plaques %	Zahnst. %	CPITN (Mittelw.)	Plaques %	Zahnst. %	CPITN (Mittelw.)
8/9 Jahre	38	12	0,4	39	1	0,6
13/14 Jahre	34	29	0,7	35	10	0,7
35-44 Jahre	37	81	1,7	32	76	2,1
45-54 Jahre	45	80	2,0	36	76	2,3
35-54 Jahre	41	80	1,9	34	76	2,2

Tab. 1: Mundgesundheitszustand verschiedener Altersgruppen in Deutschland
(Quelle IDZ 1991 und 1993)

Altersgruppen), so läßt sich folgendes er rechnen: Von den rund 62 Millionen 15-65jährigen Deutschen (Statistisches Bundesamt 1989) sind ca. 3,5 Millionen als parodontal gesund einzustufen. Etwa 10 Millionen benötigen eine Mundhygieneinstruktion, rund 38 Millionen müßten einer systematischen Prophylaxe zugeführt werden, während 10 Millionen einer komplexen Parodontaltherapie bedürfen. PLAGMANN⁽²³⁾ hat Daten einer epidemiologischen Untersuchung der Hamburger Bevölkerung (1) verwendet, um eine Einschätzung der Krankheitsverteilung in Deutschland (Alte Bundesländer) vorzunehmen. Er kommt für die

15-65jährigen zu folgender Verteilung: CPITN0: 1,4 Millionen, CPITN 1: 4,2 Millionen, CPITN 2+3: 35,7 Millionen, CPITN 4: 8 Millionen.

Anhand solcher Daten haben ROULET-MEHRENS und ROULET⁽²⁶⁾ unter der Prämisse, daß die gesamte Bevölkerung zu parodontaler Gesundheit gebracht werden soll und dieses mit Individualprophylaxe erreicht werden kann, geschätzt, daß der stundenmäßige Aufwand für diese Serviceleistung höher ist als die geschätzte Arbeitsleistung der Zahnärzte für therapeutische Eingriffe. Diese Schätzung deckt sich größenordnungsmäßig mit jener von PLAGMANN⁽²³⁾.

Altersgruppe	Alte Länder					Neue Länder				
	CPITN									
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
8/9 Jahre	32	53	11	0	0	3	95	2	0	0
13/14 Jahre	18	53	14	12	1	2	90	6	1	0
35-44 Jahre	6	12	25	40	15	0	7	20	51	22
45-54 Jahre	3	8	19	45	19	0	4	20	41	29

Tab. 2: Maximalwert des CPITN in % der untersuchten Personen pro Altersklasse
(Quelle IDZ 1991 und 1993)

Daraus ergibt sich, daß die Zahnärzte rein zeitlich gar nicht in der Lage sind, diese Prophylaxeleistung zu erbringen. ROULET-MEHRENS und ROULET ⁽²⁶⁾ sehen daher einen akuten Bedarf an Prophylaxepersonal in Deutschland und haben die Ausbildung von solchem Personal auf allen Ausbildungsstufen gefordert.

Was kann Individualprophylaxe leisten?

Es ist mehrfach belegt, daß mit kollektiven und semikollektiven Prophylaxemaßnahmen eine ca. 50%ige Kariesreduktion erzielbar ist ⁽¹⁸⁾. Dieser Effekt ist vor allem der Wirkung von Fluorid zuzuschreiben. So konnte MARTHALER in einer Analyse epidemiologischer Daten aus 14 europäischen Staaten nachweisen, daß ein überall beobachteter Kariesrückgang in 12 Staaten ausschließlich durch den weitverbreiteten Gebrauch fluoridhaltiger Prophylaxepreparate, insbesondere in Form fluoridhaltiger Zahnpasten, erklärt werden konnte ⁽¹⁹⁾. Analysiert man aber epidemiologische Daten über den Kariesbefall bei Kindern, so läßt sich immer wieder feststellen, daß in den industrialisierten Ländern die Karies nicht alle Kinder gleichmäßig betrifft. Es gibt eine deutliche Polarisierung des Befalls. Wenige Individuen tragen den größten Teil zur Kariesprävalenz bei. Das gilt auch für Deutschland, wo z.B. ca. 30% der 8/9jährigen Kinder etwa 75% der Karies auf sich vereinigen. Diese Zahlen belegen, daß mit Kollektivprophylaxe nicht alle Individuen gleichmäßig vor Karies geschützt werden können. Für die Risikogruppen hat daher MARTHALER ⁽¹⁷⁾ schon früh eine Intensivprophylaxe gefordert, die für jedes Kind individuell angeboten werden muß.

Die karieshemmende Wirkung der Individualprophylaxe bei Kindern ist gut dokumen-

tiert. So konnten AXELSSON und LINDHE in einer Zweijahresstudie zeigen, daß sich der Karieszuwachs in einer Gruppe von 7-14jährigen Kindern gegenüber einer Kontrollgruppe um 95-98% reduzieren läßt. Während nach zwei Jahren die 101 Kinder der Testgruppe zusammen nur 19 neue kariöse Läsionen entwickelt hatten, waren es bei den 91 Kindern der Kontrollgruppe 575 (!) neue Läsionen ⁽³⁾.

Bei Erwachsenen ist in der Regel Primärkaries nicht mehr das vordringliche Problem. Füllungen werden vor allem als Ersatzfüllungen gelegt, wobei von Zahnärzten als wichtigster Grund für den Ersatz von Füllungen Sekundärkaries angegeben wird ^(13, 21). AXELSSON und LINDHE konnten in einer Studie zeigen, daß bei konsequenter Individualprophylaxe (4 Sitzungen pro Jahr) im Verlauf von 6 Jahren kaum neue Restaurationen erforderlich waren (0,2 Flächen), während Patienten in einer Kontrollgruppe, die nach der Sanierung lediglich 1x/Jahr zur Kontrolle ihren Zahnarzt aufgesucht hatten, im Mittel an 14 Flächen neue Füllungen erhalten hatten ⁽⁴⁾.

Als chronische, progressive Erkrankung führt Parodontitis zur Zerstörung des Zahnhalteapparates und zu Zahnverlust. LINDHE et al. ⁽¹⁵⁾ haben 64 schwedische Patienten mit mittelschwerer Parodontitis ohne Behandlung während 6 Jahren beobachtet. Pro Jahr hatten 1,9% aller Parodontien einen Attachmentverlust von mehr als 2 mm zu verzeichnen, während bei einer entsprechenden amerikanischen Patientengruppe mit schwerer Parodontitis die entsprechende Zahl bei 3,2% lag. BECKER et al. ⁽⁶⁾ untersuchten 30 Patienten mit Parodontalerkrankungen, die auf eine Therapie verzichtet hatten, im Mittel nach 3,7 Jahren und stellten einen mittleren jährlichen Zahnverlust von 0,61 Zähnen fest. Bei den untersuchten Patienten nahm

die Sondierungstiefe pro Zahn und Jahr von 0,24 mm auf 2,46 mm zu. In einer Studie von SUOMI et al. ⁽²⁸⁾ wurde bei einer Kontrollgruppe von Patienten, die von niedergelassenen Kollegen unter anderem auch prophylaktisch betreut wurden, ein jährlicher Attachmentverlust von 0,1 mm gemessen.

Die von der Individualprophylaxe ausgehende positive Wirkung auf das Parodont ist schon seit vielen Jahren bekannt. In der oben zitierten Studie von SUOMI et al. ⁽²⁸⁾ hatten die Patienten der Testgruppe, die 2–4mal/Jahr von einer Dentalhygienikerin betreut wurden, einen Attachmentverlust von nur 0,026 mm/Jahr, was etwa 1/4 des in der Kontrollgruppe beobachteten Attachmentverlustes entspricht.

RAMFJORD et al. ⁽²⁴⁾ zeigten in einer Studie, bei der 104 Patienten mit 2604 Zähnen nach Parodontaltherapie (geschlossene Kürettage oder Lappenoperation) während 7 Jahren nachuntersucht wurden, daß weniger als 0,17 Zähne/Jahr verlorengegangen waren. Alle Patienten wurden 4x/Jahr von einer Dentalhygienikerin behandelt. Es zeigte sich außerdem, daß das Attachmentniveau in den ersten 3 Jahren der Studie leicht zugenommen hatte, danach trat ein leichter Attachmentverlust ein. Er betrug nach 7 Jahren für approximale Parodontien ca. 0,1 mm. Auch die 8-Jahresergebnisse zeigten eine stabile Situation. Die initial erreichte Taschenreduktion blieb über den gesamten Zeitraum der Studie konstant, ebenso der Attachmentverlust (ca. 0,1 mm nach 8 Jahren) ⁽¹⁴⁾.

In einer großangelegten Studie haben AXELSSON und LINDHE 90 Patienten bezüglich Karies und Parodontopathien saniert. Danach wurde 1/3 der Patienten an die überweisenden niedergelassenen Kollegen zur weiteren Betreuung zurücküberwiesen, während 2/3 in der Universitätsklinik einem

strengen Recall in einem Abstand von 2–3 Monaten unterzogen wurden. Die Prophylaxesitzungen wurden von Dentalhygienikerinnen ausgeführt und beinhalteten nebst einer gründlichen supra- und subgingivalen Zahnreinigung sowie gegebenenfalls einer Wurzelglättung auch eine Remotivierung und erneute Mundhygieneüberprüfung und -instruktion. Die Resultate nach 3 und 6 Jahren zeigten eindeutig, daß in der Testgruppe mit der DH-Betreuung das gute Niveau der Mundhygiene, welches bei beiden Gruppen nach der Therapie erreicht worden war, gehalten werden konnte (kaum Gingivitis und Plaquebefall), während sich in der Kontrollgruppe ein signifikant schlechterer Mundhygieniezustand eingestellt hatte (Abb. 1). Die Folgen für die Sondierungstiefen und den Attachmentverlust liegen auf der Hand: Während in der Testgruppe das postoperative Resultat über 6 Jahre stabil gehalten werden konnte, verschlechterte sich der Gesundheitszustand bei der Kontrollgruppe signifikant (Abb. 2) ⁽⁴⁾.

Der positive Effekt regelmäßiger individualprophylaktischer Maßnahmen wird noch deutlicher, wenn die Langzeitstudie von LINDHE und NYMAN ⁽¹⁶⁾ betrachtet wird. Bei 75 Patienten mit schwerster Parodontitis wurde entgegen der damaligen Lehrmeinung, die in solchen Fällen eine erfolgreiche Behandlung verneinte, eine Parodontaltherapie durchgeführt. Anschließend wurden die Patienten einer strengen individualprophylaktischen Betreuung durch Dentalhygienikerinnen in Intervallen von 3–6 Monaten unterzogen. Trotz schwerster initialer Schäden konnten das Attachmentniveau und die Taschentiefe über den gesamten Beobachtungszeitraum von 14 Jahren konstant gehalten werden (Abb. 3). Im gesamten Zeitraum der Überwachung wurden von initial 1330 Zähnen nur 30 extrahiert, was 2,3% oder einer jährlichen Verlustrate von 0,16% ent-

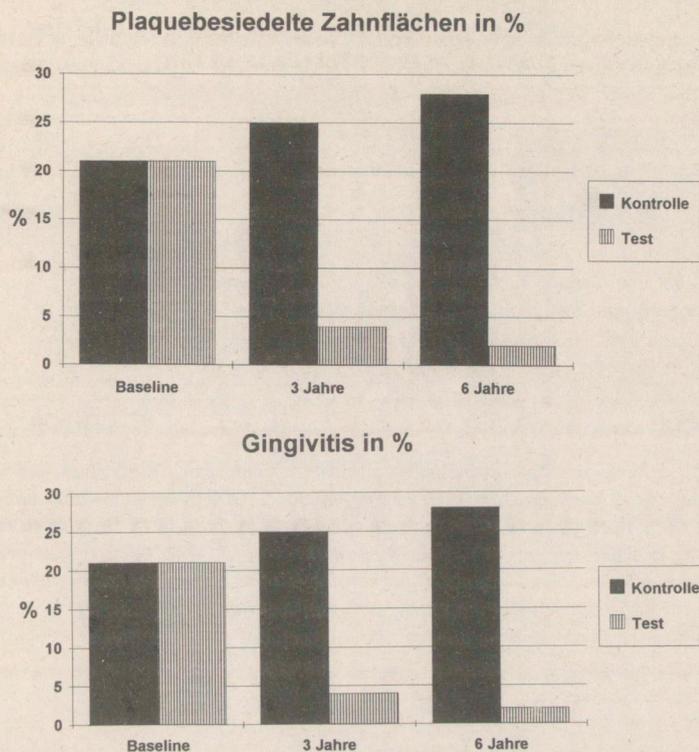


Abb. 1: Mittlerer Plaquebefall (oben) und Gingivitis (unten) in % befallene Flächen vor und nach der Parodontaltherapie sowie nach 3 und 6 Jahren postoperativ. Die Kontrollgruppe wurde durch niedergelassene Kollegen betreut, während die Testgruppe 4-6mal im Jahr durch Dentalhygienikerinnen individualprophylaktisch betreut wurde (nach AXELSSON und LINDHE 1981).

spricht. Aus parodontalen Gründen ging sogar nur die Hälfte der Zähne verloren, also 0,08% pro Jahr.

Die großen Erfolge, die in den oben zitierten Studien erzielt wurden, sind auf zwei Dinge zurückzuführen: Erstens erfolgte in regelmäßigen Abständen eine bestmögliche Belagentfernung im supra- und subgingivalen Bereich, so daß es erst nach einiger Zeit wieder zur Etablierung einer parodontalpathogenen mikrobiellen Flora kommen

konnte, zweitens wurde durch die permanente Betreuung der Patienten deren Zahnbeußtsein klar gesteigert, was sich in einer deutlich verbesserten häuslichen Mundhygiene äußerte (Abb. 1), mit allen positiven Folgen für die Zahngesundheit.

Diese beiden Effekte müssen wir Zahnärzte zur Kenntnis nehmen. Im Sinne der ärztlichen Verantwortung besteht die Verpflichtung, dieses Wissen zum Wohle unserer Patienten umzusetzen.

Veränderungen der Sondierungstiefen und des Attachmentniveaus in mm

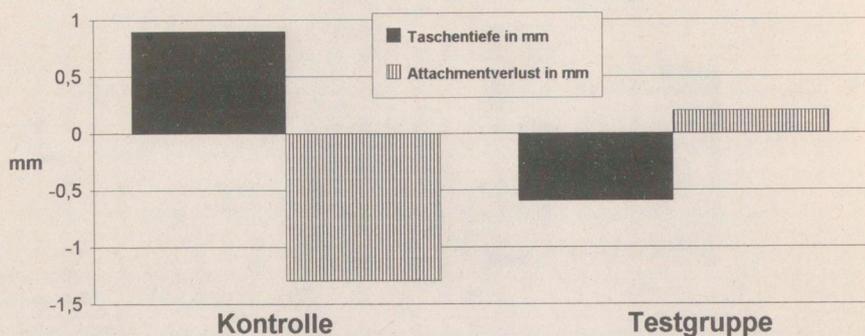


Abb. 2: Mittelwerte von Sondierungstiefen und Attachmentniveau (in mm) vor und nach der Parodontaltherapie sowie nach 3 und 6 Jahren postoperativ. Die Kontrollgruppe wurde durch niedergelassene Kollegen betreut, während die Testgruppe 4-6mal im Jahr durch Dentalhygienikerinnen individualprophylaktisch betreut wurde. In der Kontrollgruppe kam es in den 6 Jahren zu einer Zunahme der Sondierungstiefe von 0,9 mm und einem Attachmentverlust von 1,3 mm. In der Testgruppe waren im gleichen Zeitraum eine Abnahme der Sondierungstiefe um 0,6 mm und ein Attachmentgewinn von 0,2 mm nachweisbar (nach AXELSSON und LINDHE 1981).

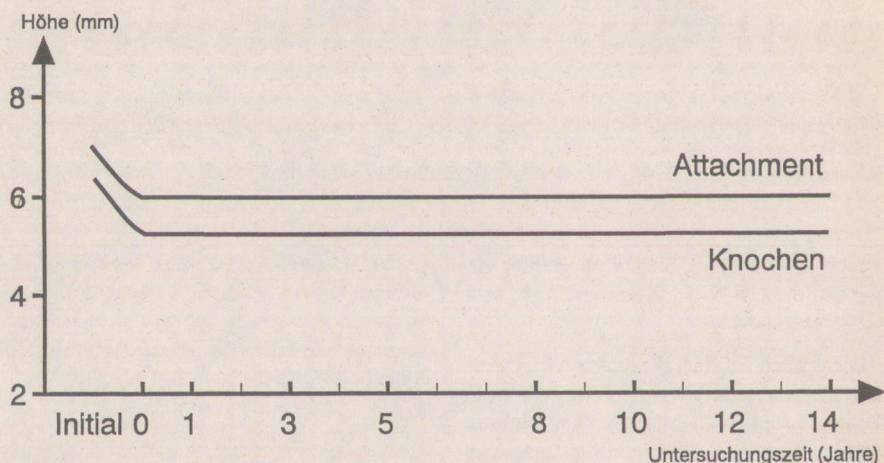


Abb. 3: Mit regelmäßiger individualprophylaktischer Betreuung bleiben sowohl Attachmentniveau als auch Knochenniveau selbst bei schwer parodontal erkrankten Patienten konstant (nach LINDHE und NYMANN 1984).

Wer soll in Deutschland Individualprophylaxe erbringen?

Aufgrund der im ersten Kapitel dargelegten epidemiologischen Situation ist die Forderung unrealistisch, daß Zahnärzte den „Prophylaxeservice“ für ihre Patienten alleine erbringen sollen. Die jetzige Zahnarztpopulation in Deutschland ist mit therapeutischen Maßnahmen weitestgehend ausgelastet. Somit müssen die Prophylaxeaufgaben, ähnlich wie es andernorts bereits seit Jahren praktiziert wird, an spezifisch geschultes Prophylaxepersonal delegiert werden. In Deutschland existiert diesbezüglich leider einiges an Begriffsverwirrung, daher ist es sinnvoll, kurz die einzelnen in Deutschland benutzten Bezeichnungen vorzustellen. Für detailliertere Darstellungen sei auf die Übersichtsarbeit von ROULET-MEHRENS und ROULET⁽²⁶⁾ verwiesen.

Prophylaxepersonal kann sich vom Beruf der Zahnärzthelferin ableiten. Die Bundeszahnärztekammer hat in ihrer Sitzung vom 11. November 1993 drei unterschiedliche Qualifikationsbezeichnungen verabschiedet:

1. ZMP:
Zahnmedizinische Prophylaxehelferin
2. ZMV:
Zahnmedizinische Verwaltungshelferin
3. ZMF: Zahnmedizinische Fachhelferin

Die ZMP orientiert sich an dem Konzept, das von der Zahnärztekammer Berlin entwickelt und im Intensivseminar für organisierte Individualprophylaxe in Berlin ausbildungsmäßig umgesetzt wurde⁽¹⁰⁾.

Die Zahnmedizinische Prophylaxehelferin wurde in Berlin mit dem Ziel geschaffen, dem Zahnarzt weitergebildetes Personal an die Hand zu geben, das für eine qualifizierte Arbeit auf dem Gebiet der Prophylaxe optimal ausgebildet ist. Diese Prophylaxetätigkeit

erfolgt auf Anordnung sowie unter Anleitung und Aufsicht des Zahnarztes⁽³⁰⁾. Ausbildung und Tätigkeitsbereich einer Prophylaxehelferin sind ausschließlich prophylaxeorientiert.

Die Schülerinnen des Prophylaxeseminars haben eine Helferinnenausbildung und 2 Jahre Berufserfahrung hinter sich. Die Weiterbildung erfolgt nebenberuflich. Der Kurs dauert bei 450 Unterrichtsstunden insgesamt 5 Monate. Von den 450 Stunden sind 240 Unterrichtseinheiten der Theorie und 110 der Praxis gewidmet. 84 Stunden dieses praktischen Teiles werden in „Unterrichtsblöcken“ abgehalten, in denen die Schülerinnen klassenweise jeweils mittwochs und donnerstags themenbezogen konzentrierte Übungen (Modellierübung, Speicheltests, Plaquemikroskopie, Diätanamnese, Schleifkurs, Erste-Hilfe-Kurs usw.) durchführen. Die restlichen 126 Stunden der praktischen Ausbildung finden in sogenannten Intensivblöcken statt. In diesen Intensivblöcken erfolgt der Unterricht wochenweise und ganztags in kleinen Gruppen zu 6 Schülerinnen. Hier werden vorwiegend die patientenbezogenen Tätigkeiten (Systematische Anwendung parodontaler Handinstrumente, professionelle Zahnreinigung im sichtbaren Bereich, Füllungspolitur, Erhebung von Indizes usw.) geübt. Dies wird zuerst am Phantomkopf, danach an Mitschülerinnen und später unter Überwachung am Patienten umgesetzt. Hierzu stehen 30 Termine à 1,5 Stunden (= 45 Stunden) reine Behandlungszeit am Patienten zur Verfügung.

Die ZMF - Ausbildung hat in Deutschland schon eine längere Tradition, die auf die Auseinandersetzung um die Einführung der Dentalhygienikerin in den späten 60er Jahren zurückgeht. Inzwischen wurde dieses Ausbildungskonzept, das ursprünglich das Ziel verfolgte, eine „Superhelferin“, die nebst

Prophylaxe vor allem das allgemeine Tätigkeitsfeld einer Zahnarthelferin besonders gut beherrschen sollte, zu schaffen, in Richtung Prophylaxe verändert. Eine ZMF heutiger Prägung ist schwerpunktmässig für Prophylaxeaufgaben ausgebildet.

Von den vielen verschiedenen Ausbildungsmodellen der Zahnärztekammern sei stellvertretend und repräsentativ das Hamburger dargestellt. Dort hat jede Schülerin eine Helferinnenausbildung hinter sich und muß 2 Jahre Berufserfahrung mitbringen. In der Helferinnenausbildung hatte sie 2 Jahre lang 13,5 Stunden Theorie und ca. 23,5 Stunden pro Woche in einer Praxis am Stuhl gearbeitet.

Die Schülerinnen werden an einem Ausbildungszentrum vollvershult in Theorie und Praxis ausgebildet. Diese Ausbildung dauert bei einer 38-Stunden-Woche rund 22 Wochen und umfaßt ca. 800 Stunden.

Von den 800 Stunden Ausbildung sind 488 prophylaxebezogen (Individual- und Gruppenprophylaxe). Der Unterricht gliedert sich in 240 Stunden Theorie und 248 Stunden praktischen Unterricht an der Schule sowie Praktika. Im theoretischen Teil werden u. a. folgende Inhalte vermittelt: Anatomie, Parodontologie, präventive Zahnmedizin, Ernährung, Pädagogik, Kariesrisikobestimmung. Im praktischen Unterricht und den Praktika ist die Entfernung harter und weicher Zahnbeläge auf den sichtbaren Bereich beschränkt. Die Auszubildenden arbeiten 40 Stunden am Phantomkopf und üben 10 Stunden an ihren Mitschülerinnen. Nach diesen Übungen werden 30 Patienten in je einstündigen Terminen behandelt. Zusätzlich stehen 15 Stunden für diverse praktische Übungen zur Verfügung. Die restlichen 312 Stunden beinhalten allgemeine zahnärztliche Fächer wie Assistenzkurs, Abrechnung,

Abformung bezahnter Kiefer, Modellherstellung, Herstellung von Provisorien usw.

Neben diesen bewährten Konzepten gibt es seit dem 11.12.93 das von der Landes-zahnärztekammer Baden-Württemberg ins Leben gerufene Modell der Aufstiegs-Fortbildung von Zahnarthelfer/innen zum/zur Dentalhygieniker/in (DH).

Um keine Begriffskonfusion zu schaffen, wird im folgenden die in diesem Modell ausgebildete DH als baden-württembergische Dentalhygienikerin (BW-DH) bezeichnet.

Der Stundenplan dieser Ausbildung beinhaltet ca. 370 Stunden Individual- und Gruppenprophylaxe, Parodontalprophylaxe und allgemeine zahnärztliche Prophylaxe. In 70 Stunden werden Psychologie und Rhetorik unterrichtet. Darin enthalten sind 16 Stunden, in denen die Schülerinnen in der Kontrolle und Überprüfung auszubildender und „fertiger“ Zahnarthelferinnen unterrichtet werden. 20 Stunden sind der Verwaltung und Abrechnung und 90 Stunden der Theorie der Präventivzahnmedizin und Parodontologie gewidmet.

Der praktische Teil der Fortbildung dauert ca. 240 Stunden, wobei aufgrund der Ausbildungsordnung nicht ersichtlich ist, wieviele Stunden die Schülerinnen am Phantom, gegenseitig und am Patienten üben werden. Die Ausbildungsordnung sieht vor, daß der praktische Teil unter Aufsicht und Anleitung „des“ Zahnarztes absolviert wird. Bis jetzt ist nicht klar, ob dieser Teil des Unterrichtes unter vollvershulten Bedingungen im Fortbildungsinstitut oder in der Praxis eines niedergelassenen Zahnarztes stattfindet.

Der Titel Dentalhygienikerin, der schon seit 1913 verwendet wird und eine internationale Bedeutung hat, wird bei diesem Modell fälschlicherweise benutzt. Dieses Ausbil-

dungskonzept entspricht nicht den Forderungen der International Federation of Dental Hygienists (IFDH) und des Verbandes Deutscher DentalhygienikerInnen (DDHV) und wird folglich von diesen Verbänden nicht anerkannt. Zudem lassen sich die von der LZfK Baden-Württemberg angestrebten Kenntnisse und Fertigkeiten für eine Dentalhygienikerin (BW-DH) auf keinen Fall in 500 Stunden, aufbauend auf eine Helferrinnen-Ausbildung, erreichen. Die Idee, in 80 Stunden auf einer ZMF-Ausbildung aufbauend auszubilden, erscheint noch fragwürdiger, zumal die ZMF-Ausbildung ein deutliches Manko an praktischer Ausbildung am Patienten hat.

Eine „echte“ DH-Ausbildung gibt es bisher in Deutschland nicht. Man muß sich daher bezüglich der Definition des Berufes und des Ausbildungsganges am Ausland orientieren.

Direkt aus dem Englischen übersetzt, ist eine DH „eine diplomierte, professionelle Hilfskraft, die sowohl eine Erzieherin in oraler Gesundheit ist, als auch klinisch tätig ist. Sie wendet präventive, erzieherische und therapeutische Methoden an, um die oralen Erkrankungen zu beherrschen“.

Die Tätigkeitsbereiche der DH sind:

- Prophylaxe mit Schwerpunkt auf der Initialbehandlung parodontal erkrankter Patienten
- Recall mit supra- und vor allem subgingivaler Zahnsteinentfernung
- Wurzelglättung
- Im Rahmen der orientierenden Befunderhebung Erhebung von Indizes, um die Gesundheit und/oder das Krankheitsbild des Patienten festzustellen.
- Motivierung und Mundhygieneinstruktion
- Ernährungsberatung
- Anfertigung von Röntgenbildern (nach Anweisung des Zahnarztes)

- Mundfotografie und Herstellung von Studienmodellen
- Fissurenversiegelung und Kariesrisikotests

Eine DH - Ausbildung wird in folgenden Ländern angeboten: Dänemark, England, Niederlande, Norwegen, Portugal, Schweden, Schweiz, Kanada, USA, Japan, Nigeria und Australien. Die Ausbildung dauert je nach lokalen Gegebenheiten, die sich mit den unterschiedlichen Unterrichtssystemen erklären lassen, 2–4 Jahre. Bei längeren Ausbildungszeiten werden in der Regel im ersten und zweiten Jahr Inhalte zur Verbesserung des Allgemeinwissens (Chemie, Biologie usw.) vermittelt.

Die Ausbildung in der Schweiz dauert zur Zeit 2 Jahre. Die Schülerinnen haben 927 Stunden Theorie und arbeiten 1079 Stunden in der Klinik. Gegenwärtig wird die DH-Ausbildung auf ein 3-Jahres-Curriculum verlängert, weil die Anerkennung des Berufsbildes durch das Rote Kreuz (Gleichstellung mit Krankenschwester oder MTA) eine 3jährige Ausbildung erfordert. Bisher war die DH in der Schweiz nur ein von der Schweizerischen Zahnärztesgesellschaft SSO anerkannter Beruf.

Am Beispiel der USA soll die klinische Ausbildung einer DH erklärt werden (Tab. 3). In den meisten Schulen werden schon im 1. Semester klinische Inhalte vermittelt. In dieser Zeit finden 8 Stunden Übungen pro Woche entweder am Phantommodell oder im Munde der Mitschülerinnen statt. Nachdem die Grundkenntnisse eingepreßt und trainiert sind, wird im 2. Semester klinisch gearbeitet. Während dieser Phase wird die wöchentliche Stundenzahl von 8 auf 9–12 erhöht. Grob gerechnet ergibt dies, daß im 1. Jahr jede Studierende ungefähr an 120 Terminen zu je einer Stunde am Patienten arbeitet.

1. Semester	
Vorlesungen	Semesterwochenstunden (SWS)
Grundlagen der instrumentellen Behandlung	5
Allg. med. Anamnese und Notfallkurs	2
Pharmakologie	3
Anatomie der Zähne und der Mundhöhle	2
Anatomie des Kopfes und Nackens	2
Orale Pathologie	3
Kurse/Praktika	
Techniken der Instrumentation am Phantom und gegenseitig	8
2. Semester	
Vorlesungen	
Klinische Propädeutik der DH-Tätigkeit 1	2
Orale Radiologie	2
Orale Histologie und Embryologie	2
Prävention der Zahn und Munderkrankungen	3
Kurse/Praktika	
Klinischer Kurs am Patienten 1	9
Radiologie-Kurs	3
3. Semester	
Vorlesungen	
Werkstoffkunde	2
Klinische Propädeutik der DH-Tätigkeit 2	2
Parodontologie 1	3
Kurse/Praktika	
Werkstoffkunde-Kurs	3
Klinischer Kurs am Patienten 2	15
4. Semester	
Vorlesungen	
Klinische Propädeutik der DH-Tätigkeit 3	1
Ethik, Rechtskunde und Praxis-Management	2
Parodontologie 2	2
Schmerzbe kämpfung	4
Öffentliches Gesundheitswesen	3
Kurse/Praktika	
Klinischer Kurs am Patienten 3	15
Individuelle Studien	1-3

Tab. 3: Musterstudiengang der Ausbildung zur DH in den USA am Beispiel des Phoenix Colleges

Im 2. Jahr wird die klinische Arbeitszeit auf 12–16 Stunden pro Woche erhöht. Dies ergibt nochmals ca. 360 Termine am Patienten, wobei das Patientengut in dieser Phase der Ausbildung mehrere schwer parodontal erkrankte Patienten umfassen muß.

Zusammenfassend ergibt sich, daß die Ausbildung zur DH etwa 2000 Stunden umfaßt, wovon 450–480 Stunden auf die praktische Ausbildung am Patienten entfallen.

Die Rolle der DH im bedarfsorientierten Prophylaxekonzept

Nicht jeder Patient benötigt eine „Maximal-Individualprophylaxe“ oder mit anderen Worten, die Individualprophylaxe muß risikoabhängig, also am individuellen Bedarf des Patienten orientiert, erfolgen. Bei der Einteilung der Patienten in Risikogruppen muß zwischen Karies- und Parodontitisrisiko unterschieden werden.

Bei der Karies lassen sich die Kinder, die unter geringem Risiko stehen, durch kollektive Maßnahmen oder Gruppenprophylaxe, wie sie durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst, die LAGs und Patenschaftszahnärzte betrieben wird, ausreichend betreuen. Hierzu sind zielgerichtet fortgebildete Helferinnen ausreichend qualifiziert. Für die Intensivprophylaxe müssen dagegen schon besser ausgebildete Fachkräfte zur Verfügung stehen, die ein breiteres Spektrum beherrschen. Hier muß detaillierte Ernährungsberatung/-Lenkung erfolgen, gepaart mit supragingivaler Belagsentfernung und Fluoridierung. Hier liegt sicherlich das ideale Einsatzgebiet der ZMP und ZMF.

Betrachtet man die Patienten aus parodontologischer Sicht, so wird schnell klar, daß hier eine Kollektivprophylaxe nicht möglich ist, da regelmäßige Plaquentfernungen erforderlich sind, was erfahrungsgemäß nur mittels Individualprophylaxe erzielt werden

kann. Patienten mit Gingivitis können durch professionelle Plaquentfernung und adäquate Mundhygieneunterweisung in den gesunden Zustand überführt werden. Auch hier ist ein weites Feld für die ZMP und ZMF, die bei ihrer Arbeit nur die kontrollierende Unterstützung des Zahnarztes benötigen.

Liegen aber parodontale Taschen vor, die eine subgingivale Belagsentfernung und Wurzelglättung im Sinne einer Parodontaltherapie erfordern, so läßt sich die Situation im allgemeinen nur durch adäquat ausgebildete Spezialisten in den Griff bekommen. Dieses sind der Zahnarzt und die ihm zur Seite stehende Dentalhygienikerin, die aufgrund ihrer Ausbildung in der Lage ist, dem Zahnarzt einige Routinearbeit abzunehmen. Die ZMP und ZMF sind für derartige Fälle nicht ausreichend ausgebildet.

Beim Einsatz am parodontal geschädigten Patienten verwischen die Begriffe Prophylaxe und Therapie, bzw. sie sind nicht voneinander zu trennen. Plaquebeseitigung und Wurzelglättung sind einerseits prophylaktische Massnahmen, die die Entstehung der Erkrankung verhindern, sie sind aber gleichzeitig auch therapeutische Maßnahmen bei Vorliegen einer Parodontitis.

Somit ergeben sich 3 klassische Einsatzgebiete für die Dentalhygienikerin:

- Initiale, nichtchirurgische Behandlungsphase in der Parodontaltherapie: Hier erfolgt eine möglichst umfassende tiefe Reinigung der Taschen und eine Wurzelglättung. In schweren Fällen ist erst danach eine saubere Beurteilung des Krankheitszustandes möglich⁽²²⁾. Die nachfolgende, durch den Zahnarzt zu erbringende parodontalchirurgische Therapie erfolgt zudem unter wesentlich günstigeren Bedingungen, da dann im weitestgehend entzündungsfreien Gewebe operiert werden kann. In Fällen von mittel-

schwerer Parodontitis können durch die Initialbehandlung derart günstige Bedingungen geschaffen werden, daß sich ein weitergehender parodontalchirurgischer Eingriff oft erübrigt.

Die Nachsorge von Patienten nach erfolgreicher Parodontaltherapie erfordert in allen Fällen, in denen eine strenge Taschenelimination nicht erzielt wurde, ein periodisches subgingivales Reinigen der Taschen, sowie ggf. eine erneute Wurzelglättung. Aufgrund ihrer Ausbildung ist die DH geradezu prädestiniert, den Zahnarzt von diesen Aufgaben zu entlasten (in der Regel hat er nicht die Zeit dazu). Die oben zitierten Studien^(4, 14, 16, 24) belegen eindeutig, daß nur mit regelmäßigem Recall der Erfolg einer Parodontaltherapie langfristig gesichert werden kann.

Die postoperative Nachsorge nach parodontalchirurgischen Eingriffen. In einer Studie von WESTFELDT et al.⁽²⁹⁾ konnte gezeigt werden, daß ein 14tägliches Recallprogramm, welches durch DHs in den ersten Monaten nach dem chirurgischen Eingriff durchgeführt wurde, zu 3mal weniger Parodontien mit mehr als 1 mm Attachmentverlust geführt hat als in einer Kontrollgruppe, bei der erst nach 3 Monaten eine Recallsitzung stattgefunden hatte. Auf Grund ihrer ausführlichen praktischen Ausbildung ist die DH besonders geeignet, um gerade diese schwierige Patientengruppe zu betreuen.

Da die DH-Ausbildung auch alle Lehrinhalte der ZMP und ZMF-Ausbildung umfasst, ist es klar, dass eine DH alle Aufgaben einer ZMP oder ZMF auch übernehmen kann. Im Sinne der bedarfsorientierten Prophylaxe wird sie dann allerdings ineffektiv eingesetzt und ist vermutlich auch zu teuer. Wir sollten in Deutschland nicht den Fehler, der im Ausland begangen wurde,

wiederholen und hochqualifizierte DHs grundsätzlich als „Prophylaxeerbringer“ in allen Fällen einsetzen. Die Erfahrungen im Ausland haben gezeigt, dass es dann zu einer erhöhten Ausstiegsrate aus dem Beruf kommt. Die Erfahrungen in der ZMP-Ausbildung haben außerdem bewiesen, daß die ZMP erfolgreich Aufgaben erledigen kann, die früher von einer DH übernommen werden mußten⁽²⁷⁾.

Schlußfolgerungen

Epidemiologische Daten belegen, daß in Deutschland viele Menschen an Parodontitis leiden. Die Behandlung dieser Erkrankung erfordert eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Zahnarzt und einer spezifisch ausgebildeten Fachkraft. Das Ausbildungscurriculum der DH ist daher spezifisch auf den Einsatz am parodontalerkrankten Patienten ausgerichtet. Daher sollte jeder in der Parodontaltherapie tätige Zahnarzt sinnvollerweise mit einer DH zusammenarbeiten. Somit läßt sich die im Titel gestellte Frage eindeutig mit JA beantworten. Dieses JA bedeutet aber in keiner Weise, daß damit den in Deutschland etablierten Prophylaxespezialistinnen ZMP und ZMF Konkurrenz gemacht werden soll. Die DH soll nur da eingesetzt werden, wo ihre wesentlich längere Ausbildung es rechtfertigt, nämlich in der Initialbehandlung und Nachsorge von (schwer)parodontalgeschädigten Patienten. Damit bleibt für die ZMP und ZMF ein weites, segensbringendes Tätigkeitsfeld, welches in Deutschland leider auf abschbare Zeit nicht genügend abgedeckt werden kann.

J.-F. Roulet, S. Zimmer
Abteilung für Zahnerhaltung
und Präventivzahnmedizin
Zentrum für Zahnmedizin
Charité, Medizinische Fakultät der
Humboldt-Universität zu Berlin

Literatur

Aus Gründen der Platzersparnis sind nur die wichtigsten Quellen aufgeführt. Das vollständige Literaturverzeichnis kann bei den Autoren angefordert werden.

3. AXELSSON P, LINDHE J:
The effect of a preventive programme on dental plaque, gingivitis and caries in schoolchildren. Results after one and two years.
J Clin Periodontol 1974; 1: 126-138.
4. AXELSSON P, LINDHE J:
Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. Results after 6 years.
J Clin Periodontol 1981; 8: 239-248.
10. FATH S:
Das „Intensivseminar für organisierte Individualprophylaxe“, Berlin-Ein Pilotprojekt stellt sich vor.
Parodontologie 1991; 1: 37-46.
14. KNOWLES JW, BURGETT FG, NISSE RR, SHICK RA, MORRISON EC, RAMFJORD SP:
Results of periodontal treatment related to pocket depth and attachment level. Eight years.
J Periodontol 1979; 50: 225-233.
16. LINDHE J, NYMAN S:
Long-term (14 year) maintenance of patients treated for advanced periodontal disease.
J Clin Periodontol 1984; 11: 504-514.
20. MICHEELIS W, BAUCH J:
Mundgesundheitszustand und -verhalten in Ostdeutschland. Deutscher Ärzte-Verlag Köln 1993.
22. MORRISON EC, RAMFJORD SP, HILL RW:
Short-term effects of initial, nonsurgical periodontal treatment (Hygiene phase).
J Clin Periodontol 1980; 7: 199-211.
24. RAMFJORD SP, KNOWLES JW, NISSE RR, SHICK RA, BURGETT FG:
Longitudinal study of periodontal therapy.
J Periodontol 1973; 44: 66-77.
25. REICH E:
Ergebnisse zur Prävalenz von Parodontopathien
In: Micheelis W, Bauch J (Hrsg.): Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse des nationalen IDZ-Survey 1989
Deutscher Ärzte-Verlag Köln 1991.
26. ROULET-MEHRENS T, ROULET J-F:
Die Dentalhygienikerin in Deutschland - Analyse und Perspektiven.
Quintessenz 1993; 44: 553-562 und 1993; 44: 715-724.
28. SUOMI JD, GREENE JC, VERMILLION JR, DOYLE J, CHANG JJ, LEATHERWOOD EC:
The effect of controlled oral hygiene procedures on the progression of periodontal disease in adults: results after third and after final year.
J Periodontol 1971; 42: 152-160.
29. WESTFELDT E, NYMAN S, SOCRANSKY S, LINDHE J:
Significance of frequency of professional tooth cleaning for healing following periodontal surgery.
J Clin Periodontol 1983; 10: 148-156.

Rezepte für Ärzte.

Sie wollen eine Praxis gründen, übernehmen oder modernisieren? Sie benötigen Geräte und Einrichtung? Kein Problem. Denn bei uns gibt es das richtige Rezept: einen Bera-

ter, der Ihnen alle Möglichkeiten unseres HYPO-Ärztendarlehens nach Ihren Wünschen individuell zusammenstellt. Kommen

Sie einfach zu unseren Sprechstunden.



Die HYPO. Eine Bank – ein Wort.

Gedanken zum 125jährigen Dienstjubiläum der ersten deutschen Zahnärztin

E. Hübner

Als Henriette Hirschfeld, geborene Pagelsen, im Oktober 1869 als 35jährige, in Berlin in der Behrenstraße 9 ihr Zahnatelier zur Behandlung von Frauen und Kindern eröffnete, hatte Deutschland seine erste Zahnärztin.

Sie war auch die erste Frau, die in Amerika Zahnheilkunde studiert hatte.

In einer Zeit, in der man fürsorglich annahm, daß das Studieren dem leichteren unsymmetrischeren Gehirn der Frauen nicht zuträglich sei, kann man sich sehr gut vorstellen, welche Schwierigkeiten sie zu überwinden hatte, um ihr Ziel zu erreichen.

Wissenschaftliche Erkenntnisse, wie die des Dr. phil. et med. Georg Buschan, einem anerkannten Anthropologen und Ethnologen, wurden im ärztlichen Vereinsblatt publiziert: „Das Weib ist der Verarbeitung der erforderlichen wissenschaftlichen Materie nicht gewachsen ... Es wird an Leib und Seele Schaden nehmen, und zwar nicht allein für die eigene Person, sondern auch für den zu erwartenden Nachwuchs, falls die weibliche Kollegin nicht lieber den Cölibat vorziehen sollte.“

Eine Zunahme der Entartung unseres so-wieso schon auf dem Wege des Decadenz befindlichen Volkes wird die unausbleibliche Folge sein.“

Es gehörten einmal sehr viel Mut und Willenskraft dazu, sich durchzusetzen; vor allem halfen ihr aber auch dabei aufgeschlosseneren Denkmodelle, als die hier zitierten, begünstigende Zufälle und der Einsatz von

Mitmenschen, die dieselbe Überzeugung wie sie hatten.

Keinerlei Unterstützung gaben damals die ärztlichen Standesvertretungen. Im Gegenteil, sie behinderten durch ihre Aussagen auf Ärztetagen und in medizinischen Zeitschriften noch die Aktivitäten der wenigen Frauen, die sich für ein Studium der Heilberufe interessierten.

Im Jahre 1894 kann man in der Zeitschrift „Die Frau“ in einer Laudatio zum 25jährigen Dienstjubiläum der Dr. H. Hirschfeld-Tiburtius lesen, daß es in Deutschland derzeit „30 wissenschaftlich gebildete praktizierende Zahnärztinnen gibt“.

1994 jährt sich dieser Jahrestag zum 125. Male. In Deutschland praktizieren z. ZT. 23.600 wissenschaftlich gebildete Zahnärztinnen. In den Alten Bundesländern sind es 33% und in den Neuen Bundesländern sogar 58% der Zahnärzteschaft.

Eine Entwicklung, die Henriette Hirschfeld-Tiburtius und den Ansichten ihrer Mitkämpferinnen und Mitkämpfer Recht gegeben hat, daß Frauen durchaus in der Lage sind, jeden Beruf, „für den Befähigung und Kräfte reichen“, auszuüben.

Nun hat es im vergangenen Jahr ein Bundesverwaltungsgerichtsurteil gegeben, das abgesehen von der Frage nach dem zeitgemäßen Stand der wissenschaftlichen Daten und der Anwendung von Präventivmaßnahmen wieder die Existenzfrage für die Zahnärztinnen stellt. Diesmal trifft es den gesamten weiblichen zahnärztlichen Nachwuchs im gebärfähigen Alter und nicht nur ihn, wenn man die Gedanken bis zu Ende denkt.

Noch einmal kurz zur Erinnerung: „Das Bundesverwaltungsgericht wies die Klage eines Zahnarztes gegen eine gewerbeaufsichtsamtliche Verfügung ab, in der dem Praxisinhaber aufgegeben wurde, eine bei ihm angestellte schwangere Zahnärztin nicht mehr mit kontaminationsverdächtigen Arbeiten zu beschäftigen und sie gegebenenfalls anderweitig in der Praxis einzusetzen (BVG 5c 42/89 veröffentlicht in ZM 84 Nr. 3).

Dieses frauenfeindliche Urteil hat, gelinde gesagt, Entsetzen ausgelöst und man kann annehmen, sofern es allen bekannt geworden ist, daß alle 23.600 Zahnärztinnen alarmiert sind. Aber auch die Standesorganisationen, z.B. BZÄK und der Zahnärztekammervorstand Berlin, in denen vorwiegend männliche Zahnärzte arbeiten, haben sich ablehnend und befremdet geäußert.

Mit diesem Auslöser wurde eine schon seit längerem geplante Konferenz der Zahnärztinnen umgehend für den 22.04.94 in Berlin einberufen.

Neben Tätigkeitsmöglichkeiten für Zahnärztinnen, Sozietätsformen für Zahnarzt-Praxen, Rentenfragen, Vertretung von Zahnärztinnen in berufspolitischen Gremien war dieses Gerichtsurteil mit dem drohenden Quasi-Berufsverbot der Haupttagesordnungspunkt. Die aus fast allen Kammerbereichen ange-reisten Zahnärztinnen diskutierten interessiert und engagiert. Als Ergebnis der Zusammenkunft wurde ein Arbeitsausschuß von 7 Zahnärztinnen gewählt, der sich die Bear-

beitung von konkreten Themen vornimmt und am 25.06.94 in Berlin das erste Mal zusammenkam. Darüber gibt es ein Protokoll. In diesem Ausschuß arbeitet Dr. Annette Bellmann (NAV-DAZ Vorstandsmitglied) mit und wenn Interesse an Informationen und Zuarbeit besteht, kann man sich an sie persönlich oder an die Geschäftsstelle in Köln wenden. Am 19. Oktober 1994 tagt in Berlin eine Koordinierungskonferenz zur Beschlußfassung, auf der die Anträge formuliert werden, die am 02.12./03.12.1994 in München auf der Delegiertenversammlung der BZÄK eingebracht werden sollen.

Die große Anzahl Frauen in unserem Beruf erfordert es geradezu, daß sich die Betroffenen um ihre ureigensten Probleme selbst kümmern. Es wäre ein Armutszeugnis für die Zahnärztinnen, von den Männern zu erwarten, Frauenprobleme zu artikulieren.

Allerdings sind sie im Beruf, im Alltag und in den standespolitischen Gremien auf deren Unterstützung angewiesen.

Somit ist zu hoffen, daß ein entsprechendes Engagement, Mitarbeit und praktikable Vorschläge anerkannt werden und erfolgreich sind.

Eine Kurzbiographie über Henriette Tiburtius-Hirschfeld erscheint im forum 47.

Dr. Eva Hübner
Chausseestr. 13., 10115 Berlin
für eventuelle Nachfragen
Tel: privat 2833663
dienstl. 2823638

Wir Zahnärzte sind für die Sozial- und Gesundheitspolitik mitverantwortlich.

Darum:



Präzision

im Detail



Zahntechnische Arbeiten von Scharl erfüllen höchste Qualitätsansprüche. Dabei erstreckt sich das Know-How unserer Techniker auf alle Spezialgebiete. Wählen Sie die Fachrichtung - wir sorgen für die fachgerechte Realisierung. Unser breites Leistungsspektrum steht zu Ihrer Verfügung.

Übrigens: Kompetenz kommt von Können, Qualität von Niveau.

ZAHNTECHNIK
Scharl

Zahntechnik Scharl · Kleinraigerling 66 · 92224 Amberg · Telefon 096 21 / 379-0

Der medizinische Schutz

für das
Zahnfleisch

für die
Zähne



Spezialisten bieten wirksamen Schutz

Produkte aus der elmex Forschung

25. September 1994 - Tag der Zahngesundheit

Wie in den vergangenen Jahren finden auch 1994 rund um den 25. September Aktionen zum Tag der Zahngesundheit statt. Machen Sie mit! Unterschiedliche Infomaterialien wurden bundesweit verschickt vom:

Verein für Zahnhygiene, Feldbergstr. 40, 64293 Darmstadt
Tel. 06151/894814, Fax 06151/895198.

Ganz Eilige können kurzfristig noch DAZ-Materialien zum Verteilen anfordern, und zwar zum einen von der

- DAZ-Informationsstelle für Kariesprophylaxe
Postfach 1352, 64503 Groß-Gerau, 06152/81466, Fax 06152/81788,
die verschiedene (z.T. neuerstellte) Infos zur Salzfluoridierung kostenlos in großen Stückzahlen abgibt,

sowie zum anderen von der

- DAZ-Geschäftsstelle im NAV-Virchowbund
Belfortstr. 9, 50668 Köln, Tel. 0221/973005-45, Fax 0221/7391239.
Hier erhalten Sie das Faltblatt „Liebe Eltern“ (für Zahnarztpraxen gegen 20 DM pro 100 Stück).

Neben den über das ganze Land verstreuten Aktivitäten gibt es eine **zentrale Auftaktveranstaltung** des Tages der Zahngesundheit mit Vertretern aus Politik, Zahnmedizin, verschiedenen Institutionen und Organisationen des Gesundheitswesens am

21.9.1994, 11 Uhr

im Kurhaus in Wiesbaden.

Leserbrief

Betr: Sterilisation von Hand- und Winkelstücken, DAZ-forum 45

Sehr geehrter Herr Dr. Happ, im Hause KaVO werden zur Zeit die technischen Voraussetzungen geschaffen, um ältere KaVo Geräte vor Baujahr 1989 auf eine einstellbare Rücksaugung umstellen zu können.

Eine entsprechende technische Information wird in diesen Tagen an alle Fach-

händler versandt. Grob gesagt, sind für diesen Umbau nur wenige Teile notwendig und können in ältere KaVO Einheiten mit einem minimalen Kostenaufwand durch den Fachhandels-Kundendienst bzw. KaVO Kundendienst ausgetauscht bzw. eingebaut werden. Dieser Umrüstsatz ist ab KW 32 lieferbar.

Mit freundlichen Grüßen

Kaltenbach & Voigt GmbH & Co.

Wußten Sie, daß...?

...der Zuckerkonsum in der DDR im Jahre 1985 mit einem Pro-Kopf-Verbrauch von 39,4 kg um fast 6 Kilo über dem der alten Bundesrepublik lag, wo nur 33,8 kg verzehrt wurden? Dieser Unterschied war allein auf den höheren Verzehr von Süßigkeiten und gesüßten Getränken zurückzuführen, wovon in der DDR 25 kg pro Kopf und Jahr verbraucht wurden und in der alten Bundesrepublik nur 19,1 kg. Nach der Wende hat sich dieser Unterschied bis 1990 sogar noch etwas vergrößert.

...der Anteil fluoridhaltiger Zahnpasten am Gesamtverbrauch in der DDR 1985 bei nur 15% lag, wogegen er in der alten Bundesrepublik 90% betrug?

...im Jahre 1985 in der DDR immerhin 20% der Bevölkerung fluoridiertes Trinkwasser tranken und immerhin 20% der Kinder bis 6

Jahre regelmäßig Fluorid-Tabletten erhielten? In der alten Bundesrepublik erhielten nur 5% dieser Altersgruppe Fluoridtabletten - mit fallender Tendenz.

...trotz der in der Vergangenheit insgesamt ungünstigeren Rahmenbedingungen (höherer Zuckerverbrauch, insgesamt schlechtere Versorgung der Bevölkerung mit Fluorid) die Zahngesundheit bezüglich Karies in den Neuen Bundesländern in allen Altersstufen besser ist als in den Alten Bundesländern? z.B. liegt der durchschnittliche DMFT bei 13/14jährigen Kindern in den Alten Ländern bei 5,1 und den Neuen nur bei 4,3. Die bessere Zahngesundheit in den Neuen Ländern dürfte vor allem der guten Prophylaxearbeit der Kinderstomatologen zu verdanken sein.

...Karies nach einer vom Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegebenen Studie die häufigste und mit jährlich 20,2 Milliarden DM verursachten Kosten zugleich auch die teuerste Einzelerkrankung der Deutschen ist?

Besuchen Sie unsere monatlichen

Studientreffen!

Wir bieten:

praxisorientierte Fortbildung
standespolitische Information
und das kollegiale Gespräch

Wenn Sie Ihre Praxis entrümpeln...

Zusammen mit einigen Kollegen aus der Oberpfalz versuche ich, in der vom Bürgerkrieg schwer gezeichneten Stadt Mostar eine funktionstüchtige Zahnstation aufzubauen. Die Schäden des Krieges sind so enorm, daß für 100.000 Einwohner keine funktionstüchtige Behandlungseinheit zur Verfügung steht.

Sie können uns helfen!

Füllungsmaterialien, die Sie nicht mehr verwenden, Medikamente, bei denen das Verfallsdatum überschritten ist, zahnärztliches Instrumentarium jeder Art, bei dem vielleicht ein bißchen Chrom abgeplatzt ist oder das etwas verbogen ist und unseren starken Anforderungen nicht mehr ganz genügt, Hand- und Winkelstücke, deren Reparatur sich nicht mehr lohnt, Diamanten und Bohrer, deren Form Ihnen nicht mehr gefällt usw. usw. Bevor Sie all diese Dinge wegwerfen oder noch ein paar Jahre in irgendwelche Schubladen vergammeln lassen, senden Sie sie bitte an:

Dr. Helmut Diewald, Donaustauer Straße 25, 93059 Regensburg

zum Aufbau einer Zahnstation in Mostar. Die Hilfsaktion findet in Absprache mit Herrn Koschnik statt. Die Schirmherrschaft hat Frau Dr. Hamm-Brücher übernommen.



Neu

Paro[®]
BRUSH-STICKS

direkter Durchgang
unter Zahnbrücken

PARO Brush-Stick:

Ein samtartig beflorter Kunststoff-Keil sorgt für schonende Zahnzwischenraum-Pflege, vermindert Plaquebildung und Mundgeruch!

Die dünne Basis von **PARO Brush-Stick** ermöglicht den Zugang zu praktisch allen Zahnzwischenräumen. Die pinselartige Oberfläche entfernt sorgfältig die bakteriellen Zahnbeläge. **PARO Brush-Stick** ist so einfach in der Handhabung wie ein Zahnholz.

PROFIMED GmbH
PF 1005 40 · 83005 Rosenheim · Telefon 080 31/7 1017 · Fax -/72 508

Informationsstelle für Kariesprophylaxe Neue Informationsblätter zur Kariesprophylaxe mit Fluoriden

Mit einer aktualisierten Indikationskarte und einem neuen Patienten- bzw. Eltern-Info gibt die Informationsstelle für Kariesprophylaxe des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde konkrete Hinweise und Empfehlungen zur Kariesprophylaxe mit Fluoriden. Sie reagiert damit auf die immer stärkere Verbreitung von fluoridiertem Speisesalz, das eine gute Alternative zur Kariesprophylaxe mit Fluoridtabletten ist.

Die Indikationskarte „Empfehlungen zur Kariesprophylaxe mit Fluoriden“ wurde in Zusammenarbeit mit der Landes Zahnärztekammer Hessen herausgegeben und richtet sich an Zahnärzte, Prophylaxeassistentinnen und zahnmedizinische Fachhelferinnen. Mit dieser Indikationskarte liegen die von

Expertengremien erarbeiteten Empfehlungen zur Kariesprophylaxe in Kurzform vor und sind damit dem genannten Personenkreis bei der Beratung der Patienten stets verfügbar.

Bei den Eltern-Infos „Fluoride für gesunde Zähne“ handelt es sich um einen Handzettel für Patienten, mit dem Patienten/Verbrauchern praxisorientierte Hilfestellung bei der Anwendung von Fluoriden zur Kariesvorbeugung gegeben wird.

Die Indikationskarte für die Zahnarztpraxis und der Patienten-Handzettel „Eltern-Infos“ (letztere als Block mit je 50 Blatt) können kostenlos angefordert werden bei der Informationsstelle für Kariesprophylaxe, Postfach 1352, 64503 Groß-Gerau. IfK

DAZ-Ratssitzung in München 9.-11.9.1994

Sie sind herzlich eingeladen zu einem DAZ-Wochenende mit Fortbildung, berufs- und verbandspolitischer Diskussion und Zeit zum kollegialen Austausch

vom 9. bis 11. September 1994

in München, Hotel Edelweiß

Menzingerstr. 103, 80997 München,
Tel. 089/8111001, Fax 089/8115742.

Bei der Fortbildung geht es um das Thema

„Machen Sie den Mund auf! -

Praxisorientierte Kommunikation für Zahnärzte“;

Referentin ist die Münchner Psycholinguistin Barbara Greese.

Das ausführliche Programm erhalten Sie über die Kölner DAZ-Geschäftsstelle, Belfortstr. 9, 50668 Köln, Tel. 0221/973005-45, Fax 0221/7391239.



Buchbesprechungen

Ausbildungsberuf Zahnarzthelferin

Rolf Pannewig

3 Bände, 617 S., ISBN 3-87652-266-8, Quintessenz-Verlag Berlin 1994, DM 124,-

Die moderne Praxis hat nur noch wenig mit dem traditionellen Bild zahnärztlicher Berufsausübung zu tun. Technischer, methodischer und kommunikativer Fortschritt ist auch unter schwierigen Rahmenbedingungen realisiert worden. An diesem Wandel hat das Berufsbild der Zahnarzthelferin/Zahnmedizinischen Assistentin vollen Anteil. Ihre Aus- und Fortbildung ist heute ein komplexer und anspruchsvoller Prozess.

In der Reihe verschiedener Bücher für den Ausbildungsberuf Zahnarzthelferin ist das dreibändige „Lehr- und Lernbuch für Schule und Praxis“ von Rolf Pannewig wert, besonders empfohlen zu werden. Konzentriert, aber doch in erforderlicher Ausführlichkeit, unterstützt durch zahlreiche Abbildungen werden

„Basiswissen“ (Bd. 1), „Theoretische Grundlagen“ (Bd. 2) und die „Arbeitsgebiete“ (Bd. 3) von Prophylaxe bis Verwaltungsarbeiten dargestellt. Die Systematik orientiert sich am Rahmenplan, eignet sich aber auch hervorragend zur praxisinternen Aus- und Fortbildung unserer Mitarbeiterinnen. Ein umfangreiches Stichwortregister und Fremdwortverzeichnis erleichtern die Handhabung.

Die robusten Paperbacks – auch einzeln erhältlich – haben sich in der Praxis schnell als griffbereite Nachschlagewerke bewährt. Auch das Herauskopieren für Checklisten, Abkürzungsverzeichnisse, Hygienepläne u.v.a. hat sich als praktische Hilfe erwiesen.

Gesamteindruck: Uneingeschränkt empfehlenswert, praxisnah, preiswert!

Antworten zum Berichtsheft für den Ausbildungsberuf Zahnarzthelfer/Zahnarzthelferin

Thomas Einfeldt

126 S., ISBN 3-87652-371-0, Quintessenz-Verlag Berlin 1994, DM 19,80

Als Ergänzung zu Panewigs „Lernbuch“ soll die Broschüre von Thomas Einfeldt vorgestellt werden. Das Buch bietet für Ausbilder wie für Auszubildende knapp und ausreichend formulierte Lösungen zu den 99 Aufgaben, die laut Ausbildungsverordnung (1989) in einem Berichtsheft gelöst werden müssen. Dabei gilt das Berichtsheft als Nachweis der kontinuierlichen Praxisausbildung.

Als Ausbilder übernimmt man bei Abschluß des Ausbildungsvertrages die Verpflichtung, dem Auszubildenden alle gesetzlich vorge-

schriebenen Themen des Ausbildungsrahmenplans nahezubringen. Das Buch erleichtert die Berichtsheftführung und die effektive Vorbereitung unserer Lehrlinge auf die Abschlußprüfung in den Fächern: Zahnmedizin, Abrechnung und Verwaltung, Wirtschafts- und Sozialkunde, Praktische Übungen.

Wer ausbildet, wird dieses Büchlein für DM 19,80 als hilfreiche Orientierung im Wust von Ausbildungsanforderungen empfinden.

c.n.

„Der Welt- Gesundheitsatlas“

Judith Mackay

35 doppelseitige 4-farbige Weltkarten, Großbroschur,
128 Seiten, ISBN 3-8012-0195-3, DM 29,80

Ein hochinteressantes Buch! Dieses neuartige Nachschlagewerk wurde auf der Basis von über 20.000 Statistiken in Zusammenarbeit mit der WHO erstellt. Die 35 doppelseitigen, vierfarbigen Weltkarten veranschaulichen die unterschiedlichen Einstellungen zu Bevölkerungswachstum und Geburtenregelung, Fruchtbarkeit und Lebenserwartung. Sie informieren über Ursachen und Ausbreitung der meistverbreiteten Wohlstandserkrankungen (Herzkrankungen und Krebs) und Mangelkrankungen, die durch Armut und Unterernährung ausgelöst werden. Sie befassen sich mit Seuchen wie Tuberkulose, Malaria, Lepra und AIDS. Sie zeigen, wie

unterschiedlich die einzelnen Regierungen die Gesundheit ihrer Bürger fördern und durch Vorbeugung und Forschung unterstützen.

Der Welt-Gesundheitsatlas liefert mit seinen aktuellen anschaulichen Karten überzeugende Einsichten in die Probleme der weltweiten Gesundheitsversorgung. Deren Voraussetzungen haben sich zwar stark gebessert, aber für Millionen von Menschen ist derzeit nicht einmal die Basisversorgung sichergestellt.

Ein Buch, daß ich nur jedem empfehlen kann.

c.w.

„Praxisorganisation professionell“

Hans H. K. Jäger

304 S., Quintessenz Verlag, 78,- DM

Ein hilfreiches Buch, nicht nur für Praxisgründer. Auch der erfahrene Kollege findet eine Fülle von Tips und Anregungen zur Verbesserung der Praxisführung. Die Vorschläge reichen von der zeitlichen Organisation, dem Praxisablauf, der Definition des

Leistungsangebotes, der Personalorganisation und Entwicklung bis zum Arbeitsschutz. Ziel ist es, das individuelle Praxisimage herauszustellen und die Patienten an „ihre“ Praxis zu binden.

c.w.

Gerontoprothetik

Prof. Dr. Reinhard Marxkors

128 Seiten, Hardcover, ISBN 3-87652-857-7, Quintessenz Verlag, Berlin, '94 DM 128,-

„Wie soll ich das denn abrechnen!?“ Diese Frage hat schon manche Fortbildungsveranstaltung, manche hochinteressante Fachdiskussion vom Pfad des Idealen und Wünschenswerten abgebracht, hinein in die Niederungen der Kassenpraxis und ihrer Reglementierungen. An dieser Elle gemessen, wirft die Umsetzung des von Marxkors

beschriebenen erhebliche Probleme auf.

Aber zum Inhalt: Wer von uns war noch nie frustriert, wenn der ältere Patient, dem wir neuen Zahnersatz eingegliedert haben, diesen nicht wie wir als großen Gewinn betrachten konnte, sondern vielmehr der Meinung war, daß „die alten Zähne doch viel besser funktionieren“ hätten?

Marxkors macht zu Beginn seines Buches klar, daß hier keineswegs Bösartigkeit, auch nicht mangelnder Wille zur Adaption im Spiel ist, sondern verlorenegegangene Fähigkeit zur Anpassung an den neuen ungewohnten Fremdkörper im Mund.

Ausgehend von dieser Erkenntnis, daß die Lern- und Anpassungsfähigkeit der oralen Strukturen mit zunehmendem Alter abnimmt, beschreibt der Autor Wege, das Ausmaß der dem Patienten jeweils zugemuteten Veränderung dieser reduzierten Adaptationsfähigkeit entsprechend zu verringern.

Das Grundprinzip besteht stets darin, den alten, zwar zahnmedizinisch-objektiv unbrauchbaren, subjektiv jedoch durch jahrelange Gewöhnung und sukzessive Anpassung geradezu akrobatisch beherrschten Zahnersatz nicht plötzlich dem Patienten wegzunehmen. Stattdessen wird der Ersatz entweder schrittweise umgebaut, bis schließlich alle seine Elemente neu sind, oder die dem Patienten vertrauten Konturen und Funktions-

muster werden weitestgehend naturgetreu kopiert, um möglichst wenig Fremdkörpergefühl aufkommen zu lassen.

Neben detailliert beschriebenen klinischen Behandlungsabläufen finden sich Abschnitte über Schleimhautveränderungen, Prothesenhygiene, Mundtrockenheit sowie psychosomatische/psychiatrische/psychagogische Aspekte. Außerdem fallen natürlich noch ein paar kleine Kniffe mit ab, die man immer gebrauchen kann.

Ein Blick in das Sachwortregister beweist leider einmal mehr, wie schwierig es offenbar ist, ein solches zu einem brauchbaren Hilfsmittel zu machen (oder für wie unwichtig dies gehalten wird).

Trotz dieser Einschränkung: Wer bei der prophetischen Versorgung der älteren Patienten (und deren Zahl nimmt rapide zu!) noch Lernbedarf verspürt, wird in diesem Buch wertvolle Anregungen finden. Und: Bema-Konformität (s.o.) kann ja schließlich nicht alleiniger Maßstab des Handelns sein.

Thomas Murphy

Fachkunde für Zahnarthelferinnen

384 S., ISBN 3-464-45100-3, Best.-Nr. 451003, Preis 39,80 DM,
Arbeitsheft 120 S., ISBN 3-464-45101-1, Best.-Nr. 451011, Preis 14,80 DM,
Cornelsen-Verlag Berlin 1993

Das neuerschienene Fachkundebuch für Zahnarthelferinnen vermittelt in 10 gut gegliederten Kapiteln in verständlicher Sprache das gesamte Spektrum des erforderlichen theoretischen Wissens. Zahlreiche Abbildungen, zumeist mehrfarbig, erleichtern das Verständnis des Stoffes wesentlich. Wichtige Definitionen, Erklärungen und Zusammenfassungen sind als Text-Inserts hervorgehoben. Wenn zum Verständnis eines Stoffes naturwissenschaftliche Grundkenntnisse erforderlich sind, so werden diese in Form

kleiner, meist halbseitiger Exkurse aufgefrischt (z.B. Exkurs Optik beim Kapitel Photopolymerisation von Kompositen). Dadurch entfällt das lästige Nachschlagen in Physik- und Chemielehrbüchern, wenn man mal nicht alle Grundlagen parat hat.

Sehr gut ist die Idee, durch ein entsprechendes Symbol solche Informationen zu kennzeichnen, die einen unmittelbaren Bezug zur täglichen Praxis haben.

Leider wurde davon viel zu selten Gebrauch gemacht.

Zunächst wird ein knapper Überblick über den deutschen Sozialstaat gegeben. Dadurch ist es möglich, sein eigenes Tun in einer Zahnarztpraxis im Gesamtzusammenhang zu sehen damit besser zu verstehen. Ein solches Kapitel würde auch zahnärztlichen Lehrbüchern gut anstehen. Anschließend wird die Zahnarztpraxis mit ihren organisatorischen und instrumentellen Anforderungen beleuchtet und dabei auch Grundlagen der Kommunikation vermittelt.

Die Kapitel Anatomie und Physiologie sowie Pathologie, die sozusagen das „Kernstück“ des Lehrbuches bilden, vermitteln in leicht konsumierbarer Form praxisrelevantes medizinisches Wissen, ohne sich dabei zu sehr in nutzlosen Einzelheiten zu verlieren. Das gilt übrigens auch für die restlichen Kapitel Hygiene, Werkstoffe, Zahnheilkunde, Arzneimittel, Röntgendiagnostik und Hilfeleistungen bei Zwischenfällen.

Etwas zu kurz kommt die Ergonomie, die zudem auf zwei Kapitel verteilt ist. Insbe-

sondere vermissen wir eine ausführlichere Darstellung der Grifftechniken bei der Übergabe von Instrumenten zwischen Zahnarzt und HelferIn während der Behandlung sowie modernere Konzepte bei Absaug- und Halte-technik (Stichworte: „four-handed-dentistry“ und „washed-field-technique“).

Trotz kleinerer Schwächen, die bei einer Erstauflage nie vermeidbar sind, ist das Lehrbuch als sehr gelungen anzusehen, weil es nicht nur den für die Ausbildung zur Zahnarzt-helferin erforderlichen Stoff vollständig, sondern, was viel wichtiger ist, in verständlicher und interessanter Form vermittelt. Der Preis von 39,80 DM zzgl. 14,80 DM für das Arbeitsheft ist angesichts des Hardcover-Einbandes und der zahlreichen farbigen Abbildungen sehr günstig.

Es ist zu hoffen, daß dieses Buch an möglichst vielen Schulen zum Standardwerk avanciert.

Sabine Witzke, Prophylaxehelferin
Dr. Stefan Zimmer



*Geben Sie Ihre
Anzeigen immer
rechtzeitig auf!*

*Anzeigenschluß für
die nächste Ausgabe:*

7.11.1994

Erhalt der
Einzelleistungsvergütung
vernünftige Therapiefreiheit,
Integration der
Qualitätssicherung

Darum:



INNOVATIV HOCHWERTIG LANGLEBIG

Bei *Hu-Friedy* ist jeder bemüht, Sie mit den besten zahntechnischen Instrumenten zu beliefern. Der Leitgedanke dieser Firma heißt einfach ausgedrückt: Qualität ohne Kompromiß.

Seit mehr als 80 Jahren wurden die Techniken immer wieder verbessert, neue Designs entwickelt, neue Arbeitsmethoden untersucht, um den höchsten Stand der Technik zu gewährleisten - um stets Instrumente bester Qualität zu liefern.

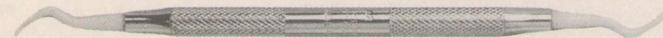
Die Auswahl ist enorm, mit fast 3000 Instrumenten kann *Hu-Friedy* schnell Ihren Anforderungen gerecht werden. ... und daß *Hu-Friedy* immer einen Schritt voraus ist, sehen Sie an den beiden neuesten Entwicklungen aus diesem Hause:

IMPLACARE,

ein Instrument mit Spezialkunststoffspitzen (ohne Füllstoffe) zum Entfernen von Zahnbelag und Zahnstein am Implantat, ohne die Titanoberfläche zu beschädigen.

ACCU-PLACER,

die Umsetzung einer neuartigen Idee zum akkuraten Placieren von Inlays, Onlays, Veneers, Kronen etc.



In USA und Kanada haben 95 % der Universitäten und Institute *Hu-Friedy*-Instrumente für die Ausrüstung ihrer Studenten ausgewählt und die Beliebtheit wächst weiter weltweit, denn man weiß, auf *Hu-Friedy* kann man sich verlassen.

Vertrauen auch Sie dem großen Erfahrungsschatz und entscheiden Sie sich für *Hu-Friedy*-Qualität, um damit beste Arbeitsergebnisse erzielen zu können. Ihre Patienten werden es Ihnen danken.



Hu-Friedy®
ERÖFFNET NEUE PERSPEKTIVEN

Postfach 1380, D-69171 Leimen, Tel. 0 62 24 - 97 00-0, Fax 0 62 24 - 97 00-97

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

**SCHMID
UND
PAULA**



**DENTAL
LABOR**

Schmid und Paula · Bruderwöhrdstr. 10
93055 Regensburg · Tel. 0941/791521

... weil Qualität auf Dauer billiger ist!

Wir reden miteinander! ... nicht mehr, aber auch nicht weniger.“

(Zitat von Dr. Fritz-Josef Willmes, Präsident der BZÄK aus ZM 14/1994)

Da die regen DAZ-Aktivitäten der letzten Monate nur z.T. ihren Niederschlag in diesem *forum* finden, versucht nachfolgend die Geschäftsführerin, einen Überblick über Themen und Termine zu geben.

Wichtiges Thema für den DAZ: das Reformkonzept des Sachverständigenrates

Statt Frühjahrsmüdigkeit oder GSG-Verdruß war in diesem Jahr im DAZ eher frischer Schwung zu spüren. Der Mai startete mit einer 2-Tagesveranstaltung in Frankfurt, vorbereitet und durchgeführt zusammen mit der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM), mit gemischtem Programm aus erstklassiger Fortbildung zum Thema „Funktionsanalyse“ (Referent Privat-Dozent Dr. A. Bumann, Kiel) und intensiver gesundheits- und berufspolitischer Auseinandersetzung. Referent und Gesprächspartner zum Thema „Zahnmedizin 2000“ war Prof. Dr. Günther Neubauer, München, Mitglied des Sachverständigenrates der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen, der die (zuvor in Form eines Zwischengutachtens veröffentlichten) Grundgedanken seines Gremiums vortrug und flexibel auf speziell die Zahnmedizin betreffende Fragen einging. Mehr Marktwirtschaft und Wettbewerb im Gesundheitswesen, mehr Eigenverantwortung der Patienten sind Kernvorstellungen des Sachverständigenrates – als Instrumente zur Umsetzung solcher Ziele werden u.a. die in Zahnärztekreisen heiß diskutierten Optionen Grund- und Wahlleistungen sowie Einkaufsmodell der Krankenkassen / Einzelverträge zwischen Kassen und Leistungserbringern

vorgeschlagen. Weiterführende Infoangebote hierzu am Ende dieses Beitrags.

Eine neue Entwicklung: Gespräche statt Ausgrenzung

Für den DAZ-Vorsitzenden Dr. Ernst schloß sich nahtlos an die Frankfurter Tagung ein Termin in z.T. ähnlicher Besetzung mit ähnlichem Thema an. Als Podiumsgast beim Jubiläumfest der Baden Württembergischen Organisation Z.A.P.F. (= Zahnärztlicher Arbeitskreis für Praxisführung und Fortbildung) konnte er inmitten von Freiverbandsgrößen und Körperschaftsfunktionären die Reformvorstellungen des DAZ darlegen und wurde nicht wie bisher oft als Vertreter einer linken Splittergruppe abgetan, sondern sowohl in der Situation selbst als auch später in den Pressedarstellungen als ernst zu nehmender Gesprächspartner gewürdigt.

Anfang Juni setzte sich in Köln der Dialog über die jahrelang bestehenden Gräben fort. Dr. Willmes, Präsident der Bundeszahnärztekammer, hatte FVDZ, KZBV, DAZ, IGZ und VDZM zum „Gesprächskreis Zahnärzte“ geladen. In konstruktiver Atmosphäre wurden Meinungen ausgetauscht - bei Drucklegung dieses Heftes wird bereits die zweite Gesprächsrunde zu den Themen Prophylaxe u. Qualitätssicherung stattgefunden haben.

Als besonders fruchtbar erweist sich der Austausch mit Landespolitikern aus Baden

Württemberg. Ihr unter dem Titel „Dialog-Konzept Zahnheilkunde 2000“ veröffentlichtes Programm (vgl. Beitrag von W. Kolossa auf Seite 172) enthält manche vom DAZ seit Jahren erhobene Forderung; bei einem standespolitischen Frühschoppen im Juli in Stuttgart wurden – nach interessanten Kollegenkontakten beim Z.A.P.F.en am Vorabend – zwischen DAZ und örtlichen Kollegen (darunter Kammer-, KZV- und Freiverbands-Mandatsinhaber) Meinungen ausgetauscht, Gemeinsamkeiten gefunden und weitere (lokere) Kontakte ins Auge gefaßt.

Austritt aus der IGZ: Ende eines Experiments

Während so in verschiedenen Bereichen neue Kontakte entstehen und Barrieren abgebaut werden, ist an anderer Stelle die Distanz gewachsen: im Verhältnis zur IGZ (Interessengemeinschaft Zahnärztlicher Verbände in Deutschland). Nachdem der Gründungsvorsitzende dieses Dachverbandes, Dr. Bolstorff, der die programmatischen Ideen des DAZ und die standespolitische Erfahrung verschiedener regionaler Organisationen hatte miteinander verbinden wollen, zurücktrat, wollte die Mehrheit der IGZ-Verbände sich künftig als reiner Zusammenschluß regionaler Zahnärztesgruppen organisieren. Eine politisch-inhaltliche Begründung dieses Bestrebens oder eine kritische Auseinandersetzung mit den programmatischen Vorstellungen des DAZ blieben diese Verbände schuldig, so daß am 25.6.1994 der DAZ und der Landesverband Berlin – Brandenburg des NAV-Virchowbundes es vorzogen, ihren Austritt aus der IGZ zu erklären. Gleichzeitig verließen die Berliner Unabhängigen Zahnärzte (BUZ) den Dachverband (vgl. Beitrag von Dr. Müller auf Seite 169 und Hinweise am Ende dieses Textes).

Verbandsintern:

DAZ-Präsenz nicht nur in Köln

Wenngleich in den vergangenen Monaten der Austausch mit anderen zahnärztlichen Organisationen insbesondere den Vorstand ziemlich „auf Trab“ hielt, kamen auch die verbandsinternen Aktivitäten nicht zu kurz. In den Studiengruppen – auch in solchen, die einige Zeit pausiert hatten – gab es Treffen zu verschiedenen Fortbildungs- und standespolitischen Themen. Unter anderem wurde die durch Medienberichte ins Blickfeld der Öffentlichkeit gerückte Problematik der Übertragungsinstrumente aufgegriffen und z.B. Vorführttermine von Sterilisations-Geräten organisiert. Die letzte *forum*-Ausgabe mit einem Schwerpunktteil zu Schnellsterilisatoren löste einige Leserreaktionen aus; insbesondere meldeten sich Interessenten für eine Gerätesammelbestellung, die Anfang September über die Bühne gehen wird. Zugleich wurden – wie bei der Jahreshauptversammlung 1993 beschlossen – Treffen des DAZ-Vorstandes und DAZ-Rates an wechselnden Orten abgehalten, um damit den Mitgliedern vor Ort die Teilnahme an Diskussionen des Bundesverbandes zu erleichtern. In Stuttgart z.B. fand nach den Z.A.P.F.-Kontakten eine verbandsinterne Arbeitssitzung statt, an der auch Mitglieder aus dem Umkreis teilnahmen. Entsprechend werden Ende August eine Sitzung in Hamburg und am Wochenende 9.–11.9.1994 eine DAZ-Ratssitzung in München durchgeführt – insbesondere letztere ist als Angebot an alle interessierten Mitglieder gedacht (Detailinformationen siehe Seite 220).

Verbandliche Serviceleistungen und Veranstaltungen: Angebot an alle Mitglieder

Informations- und Serviceangebote unseres Verbandes und des NAV-Virchowbundes werden in zunehmendem Maße von den Mitgliedern genutzt; aber noch sind sie wahrscheinlich nicht jedem bekannt. Insofern hier noch mal der Hinweis: alle DAZler können die Möglichkeiten unseres Partnerverbandes ähnlich wie dessen eigene Mitglieder in Anspruch nehmen. Über die Zeitschrift „der niedergelassene arzt“ („nila“) erfahren Sie die Termine von Fortbildungsveranstaltungen und örtlichen NAV-Virchowbund-Treffen: Sie sind herzlich zur Teilnahme eingeladen. Der kostenlose Anzeigenservice steht Ihnen ebenso im *forum* wie im „nila“ zur Verfügung. Individuelle Beratung zu Fragen des Infektions- und Arbeitsschutzes, zur umweltgerechten Ausstattung Ihrer Praxis usw. leistet unser Réferat für Umwelt- und Arbeitsschutz. Zu Vertragsfragen, zu Problemen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen usw. berät Sie kostenlos und kompetent die Juristin des NAV-Virchowbundes. Zu einer Fülle weiterer, auch sehr spezieller, Fragen gibt es Experten in unserem Verband, erfahrene Kollegen, mit denen die Geschäftsstelle Sie auf Wunsch in Kontakt bringt. Berufs-„Verband“ hat etwas mit „Verbindung“ zu tun. Wir wollen Verbindungen schaffen, die unseren Mitgliedern weiterhelfen. Insbesondere die jungen Kollegen, die sich heute am Anfang ihres beruflichen Weges zahlreichen Schwierigkeiten gegenübersehen, sollten diese Möglichkeiten nutzen.

Zahnärztinnen melden sich zu Wort

Mehr Probleme bei der Berufsausübung als der Durchschnittszahnarzt hat – trotz aller Emanzipation – die Zahnärztin! Bei meiner

Tätigkeit für den DAZ habe ich gelegentlich von den Schwierigkeiten einzelner Zahnärztinnen erfahren (keine Teilzeitarbeitsmöglichkeit in erreichbarer Nähe, Führung einer eigenen Praxis kaum mit Familienpflichten vereinbar, Schwangerschaft während der Ausbildung usw.), jedoch kein gemeinsames Vorgehen der Frauen in diesem Beruf erlebt. Vielleicht hat es der hinzukommenden Ost-Zahnärztinnen, die zum einen recht zahlreich sind (in der DDR war Zahnmedizin ein weiblich dominierter Beruf) und die zum anderen durch den politischen und wirtschaftlichen Umbruch besondere Probleme haben, bedurft, um den Anfang zu gemeinsamen Aktivitäten zu machen. In Berlin fand im April auf Einladung der Bundeszahnärztekammer die erste bundesweite „Konferenz für Zahnärztinnen“ statt. Diskutiert wurden u.a.: die geringe Repräsentanz von Frauen in der zahnärztlichen Berufspolitik, die Altersversorgung von Zahnärztinnen, Veränderungen der Arbeitsbedingungen zwecks besserer Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Zulassungsbeschränkungen als besondere Härte für Frauen, Maßnahmen gegen das „Berufsverbot“ für Schwangere, Gleichstellung der stomatologischen Schwestern usw. Die Anwesenden verabschiedeten vier Resolutionen bzw. Anträge und setzen einen Arbeitsausschuß ein, der das nächste Treffen im Dezember 1994 vorbereiten soll. Vertreterinnen von DAZ und NAV-Virchowbund waren mit von der Partie bei der Berliner Konferenz und stehen als Ansprechpartnerinnen zur Verfügung. Infomaterial und Kontaktadressen verteilt die DAZ-Geschäftsstelle. Als Lektüre nicht nur für die Frauen unter den *forum*-Lesern legt die Redaktion Ihnen den Beitrag über Henriette Hirschfeld-Tiburcius, erste Zahnärztin in Deutschland, ans Herz (erscheint im *forum* 47).

Jahreshauptversammlung 1994: Ihre Teilnahme ist gefragt

Last but not least möchte ich als Geschäftsführerin Sie natürlich noch auf ein anderes Thema einstimmen: die diesjährige Jahreshauptversammlung (JHV). Sie soll Ihnen einen Tag lang hochkarätige fachliche Fortbildung liefern, ausgiebige verbandsinterne Diskussion bei der Mitgliederversammlung am Folgetag und zwischenzeitlich nach Bedarf kollegialen Austausch und gemütliches Beisammensein. Vorstand und Geschäftsführung wünschen sich zahlreiche Anmeldungen und Ihre aktive Beteiligung. Bei der Mitgliederversammlung (MV) brauchen wir in diesem Jahr keine zeitraubenden Satzungsdebatten und Wahlen einzuplanen – umso mehr Raum ist für inhaltliche Diskussion. Bringen Sie sich, Ihre Ideen, Vorschläge, Kritikpunkte ein! Der Satzung entsprechend sollen Anträge und Themen für die Tagesordnung mindestens eine Woche vorher beim Vorstand eingereicht werden. Auch wenn natürlich noch spontane Beiträge akzeptiert werden, sollten Sie Ihre Vorschläge nach Möglichkeit vorher schriftlich fassen und weitergeben – umso besser kann die Debatte vorbereitet werden. An alle, die Funktionen in Studiengruppen, Arbeitsgruppen, Referaten übernommen haben, ergeht die Bitte, mir so bald wie möglich in schriftlicher Form das zu übermitteln, was Ihnen aus der Arbeit seit der letzten JHV für die Kollegen berichtenswert erscheint, damit ich daraus eine Info-Sammlung für die JHV-Teilnehmer zusammenstellen kann.

JHV verschoben!

Am Schluß noch zwei Hinweise – mit der Bitte um Ihre Nachsicht. Wer die DAZ-Terminankündigungen regelmäßig verfolgt hat, wird bemerkt haben: die Jahreshauptversammlung ist um zwei Wochen auf einen späteren Termin verschoben worden. Verbindlich ist der in diesem *forum* und in der separat verteilten JHV-Einladung ausgedruckte Termin

28.-30.10.1994!

Wir mußten leider die ursprüngliche Planung korrigieren, weil an dem früheren Datum alle von uns ins Auge gefaßten Referenten bereits anderweitig verpflichtet waren.

Des weiteren haben Sie vielleicht während der Sommermonate gelegentlich umsonst bei der Geschäftsstelle angerufen oder bei schriftlichen Anfragen längere Reaktionszeiten erlebt. Dies lag zum einen an der Urlaubssituation, die sich in einer EIN-FRAU-Geschäftsstelle besonders massiv bemerkbar macht. Zum anderen aber kam ein – natürlich nicht eingeplanter – Unfall meinerseits mit mehrwöchiger Genesungszeit dazu. Inzwischen mußte sich wieder der Normalbetrieb eingependelt haben und der angesammelte Aktenberg abgebaut sein.

Am Ende bleibt mir noch der Wunsch, daß wir in diesem Jahr eine interessante und lebendige Jahreshauptversammlung auf die Beine stellen, und die Bitte an Sie, daß möglichst viele von Ihnen sich daran beteiligen!

*Mit freundlichen Grüßen
– auch im Namen des DAZ-Vorstandes –*

*Irmgard Berger-Orsag
DAZ-Geschäftsführerin*

Hinweise auf Infomaterialien, die bei der DAZ-Geschäftsstelle Köln oder direkt bei der jeweiligen Quelle angefordert werden können:

- „Wir reden miteinander!“, Beitrag von BZÄK-Präsident Dr. Fritz-Josef Willmes in den ZM 14/'94
- Kritische Stellungnahme zum Vortrag von Prof. Neubauer bei der DAZ-VDZM-Veranstaltung am 7.5.'94 aus „der artikulator“ 48/94: „Die Vision eines „Gesundheitsmarktes““ von Michael Friederichs
- „Dialog-Konzept Zahnheilkunde 2000“ der Landes Zahnärztekammer, der KZV'en und des FVDZ-Landesverbandes Baden-Württemberg
- DAZ-Presseerklärung zum IGZ-Austritt vom 30.6.'94
- Programm der DAZ-Ratssitzung in München, 9.-11.9.'94
- Materialien der 1. bundesweiten Konferenz von Zahnärztinnen in Berlin, 22.4.'94

Das Programm für Zahnärzte

CHREMA SOFT

DATENSYSTEME GMBH

Geschäftsstelle Nord

Linzer Straße 11

28359 Bremen

☎ 0421 - 20146-41

Fax 0421 - 20146-62

Geschäftsstelle West

Iltsisweg 7

53842 Troisdorf

☎ 02241 - 9528-44

Fax 02241 - 9528-88

Geschäftsstelle Süd

Ulmer Straße 6/3

89134 Blaustein

☎ 07304 - 2096/7

Fax 07304 - 2098

Geschäftsstelle Ost

Ruhlsdorfer Straße 103

14532 Stahnsdorf

☎ 03329 - 6353-0

Fax 03329 - 635329

Termine 1994

(Veranstaltungen des NAV = NAV-Virchowbundes kursiv)

- 3.9.'94 *Friedrichshafen: Landeshauptversammlung des NAV-Landesverbandes Baden-Württemberg mit Bodenseefahrt*
- 3.9.'94 *Kiel/Oslo-Kai: Landeshauptversammlung des NAV-Landesverbandes Schleswig-Holstein – an Bord der Fähre Kiel-Langeland
Thema u.a. „Die Entwicklung unseres Gesundheitswesens – ein Grund zur Solidarität aller Leistungserbringer“*
- 7.9.'94 *Brehna: Landeshauptversammlung des NAV-Landesverbandes Sachsen*
- 7.9.'94 20.00 Uhr, Berlin/NAV-Virchowbund-Geschäftsstelle:
Treffen der DAZ-NAV-Virchowbund-Studiengruppe Berlin/Brandenburg zwecks Vorbereitung der Kammerwahlen
- 10.9.'94 10.00 Uhr, Köln/Hotel Hyatt Regency:
Landeshauptversammlung des NAV-LV Nordrhein
- 9./10.9.'94 München/Hotel Edelweiß: **DAZ-Ratssitzung**
(9.9. abends Treffen im Biergarten im Menzinger Hof, 10.9. vormittags Fortbildungsvortrag zum Thema „**Machen Sie den Mund auf! Praxisorientierte Kommunikation für Zahnärzte**“, mittags Essen in der Pasinger Fabrik, nachmittags DAZ-Ratssitzung, am 11.9. auf Wunsch Stadtführung München o.ä.)
- 13.9.'94 20.00 Uhr, Hamburg/Haus der KV Hamburg:
Landeshauptversammlung des NAV-Landesverbandes Hamburg
- 14.9.'94 19.00 Uhr, Regensburg „Leerer Beutel“:
Treffen der DAZ-Studiengruppe Niederbayern/Oberpfalz zum Thema „Compomere: bereits Amalgamersatz? Dentinhaftung und andere Brennpunkte der aktuellen Forschung“ mit Referent Dr. K. Friedel, Universität Regensburg
- 14.9.'94 *Bad Salzuflen/Maritim-Hotel: Treffen der Bezirksgruppe Westfalen-Ost des NAV-LV Westfalen-Lippe, Themen u.a. Chipkarte, genossenschaftliche Einrichtungen in Nordrhein und Baden-Württemberg*
- 28.9.'94 10.00 Uhr, Stadt Brandenburg/Gesundheitsamt:
Gemeinsame Fortbildungstagung des DAZ mit dem Verband der Zahnärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), Themen u.a. „**Erfassung und Betreuung von Kariesrisikokindern in der Gruppenprophylaxe**“ (Referent: Dr. Zimmer), „Das neue brandenburgische ÖGD-Gesetz und seine Umsetzung“ u.a. - Infos über Tel. 03381/223648 (Dr. Gudrun Rojas).

- | | |
|---------------|--|
| 21.9.'94 | 11.00 Uhr, Wiesbaden/Kurhaus:
Auftaktveranstaltung zum Tag der Zahngesundheit 1994 |
| 25.9.'94 | Bundesweit: Tag der Zahngesundheit 1994 |
| 12.10.'94 | 19.00 Uhr, Regensburg „Leerer Beutel“:
Treffen der DAZ-Studiengruppe Niederbayern/Oberpfalz |
| 15.10.'94 | Berlin/Charité: Informationsschau „Die moderne Arztpraxis“
(Infos über Berliner NAV-Virchowbund-Geschäftsstelle,
Tel. 030/2826188) |
| 15.10.'94 | Weimar: Landeshauptversammlung des NAV-Landesverbandes
Thüringen |
| 21./22.10.'94 | Bad Wörrishofen: Landeshauptversammlung des NAV-Landesverbandes
Bayern |
| 22.10.'94 | Hannover: Landeshauptversammlung des NAV-Landesverbandes
Niedersachsen/Bremen |
| 28.-30.10.'94 | Köln/Maritim-Hotel: DAZ-Jahrestagung = Jahreshauptversammlung
mit Endodontie-Fortbildung, am 29.10.1994,
Mitgliederversammlung am 30.10.'94 |
| 9.11.'94 | 19.00 Uhr, Regensburg „Leerer Beutel“:
Treffen der DAZ-Studiengruppe Niederbayern/Oberpfalz |
| 25.-27.11.'94 | Köln: Bundeshauptversammlung des NAV (Infos: T. 0221/973005-0) |
| 7.12.'94 | 19.00 Uhr, Regensburg „Leerer Beutel“:
Treffen der DAZ-Studiengruppe Niederbayern/Oberpfalz |

DAZ forum

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

Impressum

- **Herausgeber:**
Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)
im NAV-Virchowbund,
Belfortstraße 9, 50668 Köln,
Tel. 0221/973005-45, Fax. 0221/7391239
- **Redaktion:**
Irmgard Berger-Orsag, Dr. Ulrich Happ,
Dr. H.-W. Hey, Silke Lange, Dr. Stefan Zimmer
Anschrift: Redaktion DAZ *forum*,
Belfortstraße 9, 50668 Köln
Tel. 0221/973005-45, Fax. 0221/7391239
- **Erscheinungsweise / Auflage**
DAZ *forum* erscheint viermal jährlich
Auflage: 2.000 Stück
- **Bezugsbedingungen**
DAZ *forum* ist im Abonnement erhältlich.
Jahresabonnement: 40.00 DM.
Für DAZ-Mitglieder ist das Abonnement im Mitgliedsbeitrag enthalten. Interessenten erhalten DAZ *forum* auf Anfrage, 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 mit den Autoren der Beiträge abgeprochen.
- Rezensionsexemplare neuer Bücher sind erwünscht, eine Besprechung kann aber nicht zugesichert werden.
- **Zuständig für Annoncen:**
Dr. Wolfgang Lell
Hermann-Geib-Str. 59a, 93053 Regensburg
Tel. 0941/90238, Fax. 0941/90359
- Für eine **Anzeige** im DAZ *forum* senden Sie bitte eine Druckvorlage an die Redaktion. Die Inserate erscheinen in der Zeitschrift schwarz-weiß.
- Für die **Gestaltung** Ihres Inserates stehen wir gerne zur Verfügung. Wir entwerfen bei Bedarf Ihre Anzeige nach Ihren Angaben oder Skizzen.
- **Inseratpreise:**
Auskünfte über Anzeigenformate und -preise, Platzierungsmöglichkeiten, Beilagen, Einkleber usw. gibt unsere Anzeigenpreisliste 6. Bitte anfordern bei Dr. Lell, Hermann-Geib-Str. 59a, 93053 Regensburg.
- **Satz:** Brack, Bruderwöhrdstraße 4
93055 Regensburg, Tel.: 09 41/79 20 43
- **Druck:** Druckerei Franz Arnold
Kötztingerstr. 10, 93057 Regensburg

Der DAZ stellt sich vor



Berufsverband

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

Kooperation mit dem NAV-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 Erörterung aktueller Berufsprobleme und standespolitischer Fragen werden im offenen kollegialen Gedankenaustausch Erfahrungen aus dem Praxisalltag diskutiert.

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 Informationsblatt „Kontakte“ heraus. Die DAZ-Mitglieder erhalten zudem die Zeitung „der niedergelassene arzt“ des NAV-Virchowbundes.

Hilfe für den Zahnarzt-Alltag

Für Studierende der Zahnmedizin vermittelt der DAZ Hospitationsmöglichkeiten, er bietet Beratung zur Assistentenausbildung und bei der Praxisneugründung, er leistet Unterstützung bei der Ausrichtung der Praxisarbeit nach Gesichtspunkten des Umwelt- und Arbeitsschutzes. In Verbindung mit dem NAV-Virchowbund offeriert er seinen Mitgliedern darüber hinaus eine Fülle von Informations- und Service-möglichkeiten. Näheres dazu bei der Geschäftsstelle in Köln.

Standespolitik

Standespolitik muß sich aus der Kollegenschaft heraus entwickeln und an der Praxis orientieren.

Der DAZ setzt sich ein für:

- eine vorurteilsfreie Diskussion der Berufsprobleme in den Medien der Körperschaften,
- die Entwicklung eines sozial ausgewogenen Systems von Vertrags- und Wahlleistungen innerhalb der GKV,
- die Überwindung des Mißtrauens zwischen Krankenkassen und Zahnärzten durch partnerschaftliche Zusammenarbeit,
- Aufgabe hektischer ad-hoc-Forderungen zugunsten langfristiger Perspektiven

Qualität

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

- vernünftige, an Qualität orientierte Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die 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 von Fluoridkochsalz in Backwaren, Konserven, Kantinenessen

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:

Berlin, Dr. Edeltraut Jakobczyk, Spremberger Straße 13, 12627 Berlin, Tel./Fax 030/9915108 o. 030/5612573

Chemnitz, Dr. Ralf Eisenbrandt, Markusstraße 8, 09130 Chemnitz, Tel. 0371/412228, Fax 0371/428686

Elbe-Weser, Dr. Frank Kopperschmidt, Bahnhofstraße 5, 21717 Fredenbeck, Tel. 04149/1066

Freiburg, Dr. Jörg Krämer, Hauptstraße 215, 79211 Denzlingen, Tel. 076666/2410

Hamburg, Thomas Murphy, Poppenbütteler-Chaussee 45, 22397 Hamburg, Tel. 040/6074151, Fax 6074152

Oberpfalz, Dr. Martin Ostermeier, Bernsteinstraße 1, 93152 Nittendorf, Tel. 09404/4455, Fax 09404/5290

Oldenburg, Dr. Rolf Tödtmann, Oldenburgerstraße 291, 26180 Rastede, Tel. 04402/928811, Fax 928831

München, Dr. Armin Maurer, Wöhlerstraße 20, 81247 München, Tel. 089/8111428, Fax 089/8117768

Schleswig-Holstein, Wolfram Kolossa, Bahnhofstraße 43, 24217 Schönberg, Tel. 04344/9020, Fax 04344/3349

oder an Irmgard Berger-Orsag

DAZ-Geschäftsstelle, DAZ im NAV-Virchowbund, Belfortstraße 9, 50668 Köln

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

oder an das Pressereferat des DAZ

Lindenschmitstraße 44, 81371 München, Tel. 089 / 7 250 246, Fax. 089 / 7 250 107

Anmeldung

Hiermit melde ich mich zur Fortbildungstagung am 29.10.1994 an.

Ich bin niedergel. Zahnarzt angestellter Zahnarzt Student

Ich bin DAZ-Mitglied NAV-Mitglied Nicht-Mitglied

Den Tagungsbeitrag von 150.-
 überweise ich
 zahle ich per Scheck
 zahle ich vor Ort

- Ich komme bereits am Freitagabend 28.10.'94 zum Treff im Hotel Consul
- Ich komme nur zur Fortbildungsveranstaltung mit Prof. Löst
- Ich möchte auch am Abendtreffen 29.10.'94 teilnehmen
- Ich komme zur DAZ-Mitgliederversammlung (MV) am 30.10.'94
- Ich habe einen Vorschlag/Antrag zur MV – siehe Anlage
- Ich bin kein DAZ-Mitglied und hätte gern allg. Infos über den DAZ

An den
**Deutschen Arbeitskreis
für Zahnheilkunde (DAZ)**

Belfortstraße 9
50668 Köln

Fax: 0221/7 39 12 39

Beitrittserklärung

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

Name, Vorname: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____

Geb.-Datum: _____

Ich bitte um Zusendung der Satzung und Beitragsordnung.

DAZ-Mindestjahresbeitrag für Mitglieder

- | | |
|---|----------|
| <input type="radio"/> Stud./cand. med. dent. | 12,- DM |
| <input type="radio"/> Assistenz ZÄ/ZA, alte Bundesländer | 120,- DM |
| <input type="radio"/> Assistenz ZÄ/ZA, neue Bundesländer | 90,- DM |
| <input type="radio"/> Niedergel. ZÄ/ZA, alte Bundesländer | 360,- DM |
| <input type="radio"/> Niedergel. ZÄ/ZA, neue Bundesländer | 180,- DM |
| <input type="radio"/> ZÄ/ZA im Ruhestand | 60,- DM |

An den
**Deutschen Arbeitskreis
für Zahnheilkunde (DAZ)**

Belfortstraße 9
50668 Köln

Datum, Unterschrift _____

Fax: 0221/7 39 12 39

Aktuelles aus der Endodontie

erfahren Sie von
Prof. Dr. Claus Löst

Universität Tübingen,
einem der führenden
Endodonten Deutschlands

am Samstag, dem 29.10.'94

bei einer Fortbildungsveranstaltung
im Rahmen der

**DAZ-Jahrestagung
in Köln vom 28. – 30.10.'94**

Zeit: 29.10.1994, 9.30 Uhr bis 18 Uhr
Ort: Maritim Hotel Köln, Heumarkt 20, 50667 Köln
Beitrag: 150.- DM für berufstätige Zahnärzte/innen,
für Studenten/innen beitragsfrei

Aus der Themenpalette:

Endodontische Diagnostik

Vitalerhaltung der Pulpa

Milchzahnendodontie

Wurzelkanalbehandlung:
mit Informationen u.a. zu
Aufbereitungstechniken,
maschinellen Aufbereitungshilfen,
Materialien und Medikamenten

Revision von Wurzelkanalbehandlungen

Postendodontische Versorgung

Chirurgische Endodontie

Das ausführliche Programm finden Sie auf den Seiten 165-167

Jetzt anmelden!
(Coupon auf der Rückseite)