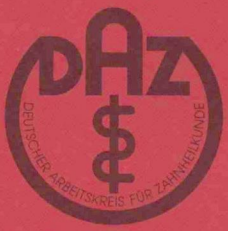


forum

Herausgegeben vom Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde

NR. 5 · DEZEMBER 1983

Sie lesen u. a.

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

Inhalt

Einschüchterung der Kollegen in Niedersachsen

Haben Sie heute schon die Fassung verloren?
Ich schon, oder vielmehr beinahe, nämlich als mir das Niedersächsische Zahnärzteblatt 12/83 auf den Schreibtisch flatterte. Dort war unter dem Titel "Zur Unterstützung öffentlicher Aufrufe durch Zahnärzte" eine Stellungnahme des Vorstandes der Zahnärztekammer Niedersachsens (ZKN) abgedruckt, nach der Zahnärzte es zu unterlassen hätten mit Namen und Berufsbezeichnung Aufrufe gegen die Stationierung neuer Raketen in der Bundesrepublik zu unterzeichnen.
Mit dieser Stellungnahme hat die ZKN wiederum bewiesen, daß sie keine Gelegenheit zu versäumen beabsichtigt, in Fettnäpfchen zu treten, und daß sie auch weiterhin darangeht, mit Akribie und kurzsichtigen, vordergründigen Argumentationen pfeilgerade am Kernproblem einer Sache vorbeizudenken.
Vergleichbar mit dem schwachen Reflektionsvermögen verschiedener Ärztekammern, die ihren Mitgliedern Ausbildungslehrgänge in Sachen Katastrophenmedizin verordnen wollten, versucht die ZKN nun quasi den bayerischen Maulkorberlaß nach Niedersachsen zu importieren, ein wahrlich groteskes Unterfangen!
In der FRANKFURTER RUNDSCHAU vom 21.12.1983 ist zu lesen: "Sie sind da (die Raketen): gegen den Mehrheitswillen der Bevölkerung, nach dem Willen der parlamentarischen Mehrheit ... Nach der Debatte kürzlich im Bundestag, als es mehr um die Treue zur Nato und um das Worthalten den USA gegenüber als um die Gemeingefährlichkeit der neuen Raketensysteme ging, steigerte sich meine Befürchtung zur Angst: Es sind Stümper, die uns derzeit regieren. Überfordert von der Misere der Alltagspolitik retten sie sich in einen Mehrheitsbeschluß, der die Verantwortung über Tod oder Leben dem Großverbündeten zuweist und uns entmündigt."
Man muß natürlich mit Günter Grass nicht einer Meinung sein, aber das Entmündigungsritual, mit dieser Entscheidung im Bundestag eingeleitet, wird augenscheinlich nun fortgesetzt von einer anpassungsfreudigen Zahnärztekammer Niedersachsen nach dem Motto: "Nur nicht auffallen, nicht anecken, besser mitschwimmen!"
Dabei ist sich die Zahnärztekammer sehr wohl wenigstens ansatzweise der ethischen Ver-

pflichtung ihrer Berufsordnung bewußt, nämlich, daß "der Zahnarzt sein ärztliches Wissen und Können für seine Mitmenschen einsetzen soll, um deren Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen und deren Leiden zu mildern." Leider wird aber vergessen, daß wir Zahnärzte gegen unser ethisches Empfinden handeln würden, wenn wir unser Wissen um die Gefährlichkeit der Atomwaffen und die Unmöglichkeit einer Hilfeleistung im Falle eines atomaren Holocaust verschweigen würden. Wir müssen vielmehr sehr deutlich zum Ausdruck bringen, daß wir einer aggressiven, menschenverachtenden Politik, einer "Vorwärtsverteidigung", um in der Orwell'schen Neusprache zu bleiben, nicht das Wort reden. Indem die Unterzeichner der betreffenden Artikel Namen und Beruf angegeben haben, treten sie öffentlich für ihre Meinung ein. Diese Meinung muß aufgrund der Vorbildung, die die Zahnmediziner haben, als qualifiziert betrachtet werden. Anders ausgedrückt: Zahnärzte können die physikalisch-biologischen Auswirkungen des Raketenspiels, das da abläuft nach der Devise "haust Du mir eins, hau ich Dir zwei" besser beurteilen als ein friedfertiger Laie, dem logischerweise die naturwissenschaftlichen Zusammenhänge weniger vertraut sein müssen.

Die verkappte Drohung der ZKN indes (Punkt 6 ihrer Ausführung), die Unterschrift unter solche Aufrufe mit der vollen Berufsbezeichnung könnte womöglich als Maßnahme einer unzulässigen Werbung (für die Praxis?) gewertet werden, pervertiert das Anliegen der Unterzeichner derart, daß eine Diskussion darüber von meiner Seite aus entfällt. Die Zahnärztekammer Niedersachsen bringt es mit diesem zu Papier gebrachten Gedanken fertig nach dem teutonischen Rundschlag-Prinzip das ganze Geschirr im Porzellanladen auf einmal zu zerdeppern. Vielleicht ist es der ZKN bisher entgangen, daß es eine IPPNW gibt, der sich allein in Deutschland/West tausende von Medizinern und Zahnmedizinern aktiv angeschlossen haben, und das nicht zu Propagandazwekken.

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

PS.: Ich selbst habe als Mitglied der Friedensbewegung mehrere derartige Aufrufe unterschrieben.

Gruppenprophylaxe in Bayern – ein Trauerspiel

Eine erfreuliche Mitteilung für alle Kinder und Jugendlichen in bayerischen Kindergärten und Schulen:
Die zahnmedizinische Prophylaxe in Kindergärten und Schulen kommt! - Im Jahr 2000.
Es ist Erstaunliches zu berichten: Anfang 1984 soll nun nach zweijähriger Beratungszeit die sog. Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahngesundheitspflege mit einem Festakt unter der Teilnahme höchster standespolitischer und politischer Persönlichkeiten endgültig ins Leben gerufen werden. Es ist immer wieder verblüffend mit welcher Geschwindigkeit und Effizienz die verantwortlichen zahnärztlichen Körperschaften, die bayerischen Krankenkassenverbände und nicht zuletzt das Bayer. Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung das wirklich wichtige Thema der Verbesserung der Jugendzahngesundheit in Bayern angehen.
Auf eine mündliche Anfrage des Herrn Abgeordneten Eduard Osswald (CSU) an den Herrn Staatsminister Dr. Fritz Pirkl "Welche Ergebnisse die vom Arbeitsministerium eingerichtete Arbeitsgruppe zur fachlichen Neuorientierung der Jugendzahngesundheitspflege bisher erbracht hat und inwieweit den Zielsetzungen des Landtagsbeschlusses vom 22.07.1982, betreffend zahnmedizinische Vorbeugemaßnahmen in Kindergärten und Schulen, Rechnung getragen worden ist", antwortet der Herr Staatsminister u. a., daß die in seinem Haus eingerichtete Arbeitsgruppe daran arbeitet die Prävention zum Hauptpfeiler der zukünftigen Jugendzahngesundheitspflege aufzubauen und die generellen zahnärztlichen Untersuchungen des bisherigen Systems zu verlassen. Dies ist die Antwort eines Bayerischen Staatsministers auf einen Landtagsbeschluß, der eineinhalb Jahre zurückliegt. Der Minister wäre gut beraten, wenn er die Arbeitsgruppe bis auf weiteres in Urlaub schicken würde.
Weiter führt der Minister aus, daß bei den Beratungen der Arbeitsgruppe über die Durchführung dieser generellen zahnärztlichen Prophylaxe in Kindergärten überraschend erhebliche Probleme zutage traten.
Weiter teilt er dem Landtagsabgeordneten Osswald mit: "Wir versuchen derzeit, in intensiven Gesprächen mit den Kindergartenvertretern die Bedenken auszuräumen."
Das sind also die Ergebnisse einer ministeriellen Arbeitsgruppe nach eineinhalbjähriger Tätigkeit.
Auch auf seiten der Kranken-

kassen muß festgestellt werden, daß die Krankenkassenverbände in Bayern wieder einmal, wie so oft, nicht im Interesse ihrer Versicherten und in diesem Fall ganz speziell nicht im Interesse der versicherten Kinder und Jugendlichen handeln.

Das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen hat im Juli 1979 seinen Bericht zur zahnmedizinischen Prophylaxe vorgelegt. Darin ist alles enthalten was zu einer sinnvollen Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen notwendig ist. Da fragt man sich, aus welchen Gründen wohl immer noch jahrelange Materialsammlungen, Besprechungen, Diskussionen und Streitereien zwischen Krankenkassenverbänden und den zahnärztlichen Körperschaften notwendig sind. Da streiten sich die bayerischen Ortskrankenkassen mit den Zahnärzten, ob sie auf ihre Zahnputzbecher das AOK-Emblem drucken dürfen oder nicht. Da gibt sich ein Bayerischer Staatsminister prophylaxebewußt, obwohl er vor nicht allzu langer Zeit im Landesgesundheitsrat gemeinsam mit den Krankenkassenverbänden ein Bayerisches Jugendzahnpflegegesetz abgelehnt hat.

Da streitet sich der Kammervorstand der Bayer. Landeszahnärztekammer darum, ob die Aufwandsentschädigung für den Referenten für Jugendzahnpflege von DM 800,-- auf DM 1.200,-- erhöht werden soll. Es muß schon was rausspringen bei der Prophylaxe, zumindest für die Referenten.

Da wird mit einem großen Presserummel und mit Einladungen vom Regierungspräsidenten bis zum Weihbischof in Regensburg ein sog. "Arbeitskreis gesundes Kauorgan" gegründet und dies mit ausführlicher Berichterstattung und Photos von den angereisten Prophylaxespezialisten und herausragenden bayerischen Standespolitikern im Bayerischen Zahnärzteblatt dokumentiert. Schon vierundzwanzig Stunden später stellt man durch einen Anruf bei der AOK Regensburg fest, daß dieser Arbeitskreis "Gesundes Kauorgan" gar nicht gegründet worden ist. Da werden in Presseveröffentlichungen regionaler Tageszeitungen Hoffnungen geweckt, nicht zuletzt auch bei den Eltern, daß es mit der Kindergarten- und Schulprophylaxe endlich vorwärts geht und hinterher wird festgestellt, daß dies alles nur eine "Ente" war. Mit solchen Aktionen ist die Einführung kollektiver Prophylaxemaßnahmen nicht zu erreichen.

Die Prophylaxebemühungen in Kindergärten und Schulen werden schon seit längerer Zeit, nicht zuletzt von den Studiengruppen des DAZ in Regensburg und München, unterstützt und vorangetrieben. Obwohl in Regensburg immer noch regelmäßig Besuche von Studiengruppenmitgliedern in Kindergärten durchgeführt werden, lehnt es die Bayer. Landeszahnärztekammer konsequent ab, diese Kollegen zu unterstützen bzw. sie in ein Gesamtkonzept zu integrieren.

Bei der Betrachtung dieses Trauerspiels, das ja nun schon seit Jahren andauert, kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, daß manche zahnärzt-

liche Kollegen in Bayern die Prophylaxe ohne Rücksicht auf die wirkliche Problematik dazu benützen ihrer überzogenen Selbstdarstellung zu frönen und sich standespolitisch zu profilieren.
Hierbei scheint es unter dem Eindruck sinkender Praxisumsätze nicht zuletzt auch um ganz handfeste finanzielle Interessen der Kollegen zu gehen. Da wird auch nicht mehr davor zurückgeschreckt Referentengebühren für Fortbildungsveranstaltungen zu kassieren, obwohl der Referent zur gleichen Zeit an übergeordneten "verbandspolitischen Vorstandssitzungen" teilnimmt.
Die offiziellen Bemühungen der zahnärztlichen Standesorganisationen die Prophylaxemaßnahmen in Kindergärten und Schulen durchzuführen, haben sich zunehmend im Kompetenzwirrwarr profilneurotischer Pseudostandespolitiker verstrickt. Aus diesem Wirrwarr wird es auch trotz eines sicher perfekt organisierten Festaktes zur Gründung der sog. "Landesarbeitsgemeinschaft" kein Entrinnen geben.
Die Dummen sind, wie immer, die Versicherten, in diesem Fall die schwächste Gruppe der Versicherten, nämlich die Kinder und Jugendlichen. Das bisherige Verhalten der zahnärztlichen Standesorganisationen im gesamten Bundesgebiet und auch das Verhalten der Krankenkassenverbände ist verantwortungslos, denn zur Durchführung einer sinnvollen Prophylaxe in Kindergärten und Schulen bedarf es keiner Arbeitsgruppen, keiner Arbeitsgemeinschaften, keiner zahnärztlichen Prophylaxespezialisten, keiner Festakte, keiner ministeriellen Arbeitsgruppen, keiner "Arbeitsgemeinschaft gesundes Kauorgan", sondern es bedarf des Einsatzes aller bayerischen Kollegen vor Ort im Kindergarten und in der Schule, um den Beweis zu erbringen, daß dieser Berufsstand fachlich und moralisch noch in der Lage ist, seine Sozialverpflichtung unter Beweis zu stellen.

* * * * * * * * * * * * * * *

Das nächste DAZ-FORUM erscheint voraussichtlich im April 1984

* * * * * * * * * * * * * * *

"Aus der Tatsache, daß die Wirkungen der Salizylate seit über 100 Jahren therapeutisch genutzt werden, man für die Entdeckung ihrer ulzerogenen Wirkung 50 Jahre, für die Hepatotoxizität 70 Jahre und für ihre schwangerschaftskomplizierende Wirkung 80 Jahre benötigte, ist ableitbar, daß unter Praxisbedingungen hinsichtlich der therapeutischen Sicherheit nur auf lang eingeführte Substanzen mit weitgehend bekanntem Nebenwirkungsspektrum zurückgegriffen werden sollte."

"Zu den lang eingeführten Substanzen gehören Paracetamol (u.a. Ben-u-ron), Acetylsalicylsäure (u.a. Aspirin) und Metamizol (u.a. Novalgin). Alle drei Substanzen sind potente Analgetika. Sie können die Mehrzahl der akuten und chronischen Schmerzzustände ausreichend beeinflussen."

"Die analgetische Wirksamkeit der Substanzen ist praktisch gleichwertig."

"Paracetamol wirkt analgetisch, antipyretisch und in therapeutischen Dosen kaum antiphlogistisch ...

Die analgetische Wirkkonzentration ist 0,6 - 1,0 g / 70 kg Körpergewicht. Paracetamol wird schnell resorbiert. Der Wirkungseintritt erfolgt nach ungefähr 20 Minuten.

Paracetamol ist, frei von unerwünschten Wirkungen, wenn die max. Tagesdosis (4,0 g / 70 kg) nicht überschritten wird, und wenn von der Applikation alle Patienten ausgenommen werden, die allergisch gegenüber Paracetamol oder intolerant gegen Zyklooxigenase-Hemmstoffe sind oder eine schwere Leberfunktionsstörung haben."

"Acetylsalicylsäure hat zwischen 0,6 - 1,0 g ihr analgetisch-antipyretisches Wirkmaximum. Kontraindikationen sind Hämophilien, Hypoprothrombinämien, Gabe vor operativen Eingriffen, Schwangere acht Wochen vor der Geburt wegen verstärkter Blutungsgefahr für Mutter und Kind. Die Gabe von Acetylsalicylsäure gilt als kontraindiziert bei Alkoholkranken und bei Patienten mit Magen-Darm-Ulzera."

"Metamizol wirkt in einer Dosis von 0,75 - 1,0 g / 70 kg analgetisch, antipyretisch und spasmolytisch. Metamizol ist belastet durch das Auftreten allergischer Reaktionen, die sich in Form einer Agranulozytose oder Schockreaktionen manifestieren können. Metamizol darf nur noch angewendet werden bei schweren Schmerzzuständen wie Gallen- oder Nierensteinkoliken, schweren akuten Schmerzzuständen, schweren Fieberzuständen, bei denen andere Maßnahmen nicht helfen, und Tumorschmerzen. Bis zur Klärung der Agranulozytoseinzidenz sollte auf Metamizol als Analgetikum in der zahnärztlichen Praxis verzichtet werden."

"Verwerflich sind Kombinationen von Analgetika mit Barbituraten und Coffein (z.B. Fortalidon, Dolviran). Die Behauptung, daß die Vitamine B_1, B_6 und B_{12} einen analgetischen oder sonst einen über die Substition bei echtem Vitaminmangel hinausgehenden pharmakologischen Effekt hätten, ist unzutreffend."

Fortsetzung s. S. 11

Die zwei Seiten einer Medaille

Rechtzeitig zu seiner Verabschiedung aus dem Vorstand der Bayerischen Zahnärztekammer hatte deren damaliger Vizepräsident, Kollege Winter, noch eine Idee. Er "gab die Anregung" (BZB 9/83, S. 27, 41) doch eine "Verdienstmedaille der Bayer. Zahnärzte" zu schaffen und hielt auch gleich "Ausschau nach einem geeigneten Künstler". "Man fand ihn" schließlich, wie Herr Kollege Winter bescheiden berichtet, im Münchener Bildhauer Franz Mikorey.

In der Tat hat Prof. Mikorey eine schöne Medaille geschaffen, die es "in Gold und Silber", dazu als Anstecknadel gibt.

Noch ohne über die Notwendigkeit, Sinn, Nutzen, Kosten und einen eventuellen Mißbrauch urteilen zu wollen, sei jedoch eine spezielle Würdigung dieser kleinbürgerlich-bayerischen Posse erlaubt.

Nicht nur Medaillen, sondern auch deren Verleihungen haben in der Regel zwei Seiten. Die eine ist in diesem Fall besonders delikat, handelt es sich doch beim Empfänger (neben dem hochverdienten Kollegen Dr. Neuhauser, Kempten) just um den "Initiator der Medaille", wie im Bayer. Zahnärzteblatt 9/83 ohne die geringste Hemmschwelle berichtet wird. Dieses pausbäckige Selbstbewußtsein unserer Standesführung ist ja nun kein neuer Wesenszug, daß aber Schmeicheleien innerhalb der Vorstandschaft durch hausgemachte Orden institutionalisiert werden, ist eine neue Art der Selbstbestätigung.

Nicht nur selbstverständlich generelle und ständige Verdienste, sondern auch der den Zahnärzten ja nicht fremde Trieb der Eitelkeit bergen die Gefahr einer Auszeichnungsinflation in sich: Anstecknadel für jeden, der als aktive Systemstütze aufgefallen ist.

Da es sie nun gibt, die Medaille zum Einschmelzen zu schön und zu schade ist, können wir nur hoffen und appellieren, daß mit dieser Auszeichnung höchst sparsam verfahren wird. "Dank und Anerkennung", so die Inschrift der Rückseite, gebührt sicher manchem, in der Regel auch einem scheidenden Vizepräsidenten. Ob es aber einer Medaille bedarf, ist mit größter Zurückhaltung zu entscheiden.

Einige Umstände dieser ersten Verleihung sind peinlich und ärgerlich. Dabei hätte "man" sich nur ein wenig an den Tugenden Prof. Mikoreys zu

orientieren brauchen, die wiederum von Kollegen Winter im gleichen Heft gewürdigt werden: "Arbeit im Verborgenen", "... sich leisten können, die Zeit an sich vorbeigehen zu lassen", Bescheidenheit, Bindung, Freiheit. Das ist Größe!

Es gibt Verdienste, die verlieren, wenn sie ausgezeichnet werden - und es gibt Auszeichnungen, die sehr gewinnen würden, wenn sie verdient wären."
Charlie Chaplin

Dr. Christian Nielsen
Lindenschmitstr. 44
8000 München 70

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

"Lösungen von Lokalanaesthetika sollen unter Praxisbedingungen ausschließlich in Einmalampullen zur Anwendung kommen."
"Ziel ist, soviel wie nötig, aber so wenig wie möglich an vasokonstriktorisch wirksamen Substanzen zu applizieren."
"Es gibt überhaupt keinen Grund, höhere Adrenalin-Konzentrationen als max. 1 : 100.000 in der zahnärztlichen Praxis zu verwenden."
"Noradrenalin-Zusätze von 1 : 25.000 enthalten in Nor-Anaestol, Scandicain N, Scandicain N 3, Meaverin N, Xylestesin, Xylestesin - F forte, induzieren immer kardiovaskuläre Effekte. Dies systemischen Veränderungen können bei kardiovaskulär Kranken zu lebensbedrohlichen Zwischenfällen führen, z.B. bei Hypertonikern zu intrazerebralen Blutungen, bei Patienten mit eingeschränkter Koronarreserve zum Infarkt, bei Patienten mit Gefäßaneurysmen zu deren Ruptur und bei Patienten mit bradykarden Rhythmusstörungen zum AV-Block. Eine versehentlich intravasale Applikation kann - je nach Empfindlichkeit - beim kardiovaskulär Gesunden zu starken Hinterhauptschmerzen verbunden mit Todesangst und Vernichtungsgefühl führen. Diese Kopfschmerzen können Wochen, ja Monate anhalten. In diesem Zusammenhang sind auch die Untersuchungen von Wörner von klinischer Bedeutung, der bei einer vergleichenden Studie zwischen Ultracain mit Adrenalin 1 : 100.000 und Ultracain mit Noradrenalin 1 : 25.000 nachwies, daß die Quote der Nebenwirkungen nach Noradrenalin 9mal höher lag. Damit zeigt sich, daß die weit verbreitete Auffassung, ein Lokalanaesthetikum mit Noradrenalinzusatz 1 : 25.000 sei wegen der geringen Nebenwirkungen für die Bedürfnisse der täglichen Praxis Mittel der Wahl, falsch ist. Es gibt kein Argument, das für die Verordnung von Noradrenalin als vasokonstriktorischem Zusatz spricht."

ZM Nr. 19/1983, S. 2086-2096

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

- INFORMATIONEN - INFORMATIONEN - INFORMATIONEN - INFORMATIONEN -

"Keines der Mischpräparate erfüllt die Voraussetzungen, die an ein Kombinationspräparat gestellt werden. Die therapeutische Sicherheit bei der Applikation von Analgetika wäre größer, wenn diese Substanzen ausschließlich als Monosubstanzen verordnet würden. Die analgetischen Mischpräparate sind pharmakologisch sinnlos, toxikologisch bedenklich und darüber hinaus nahezu 50 % teurer als die Monopräparate."

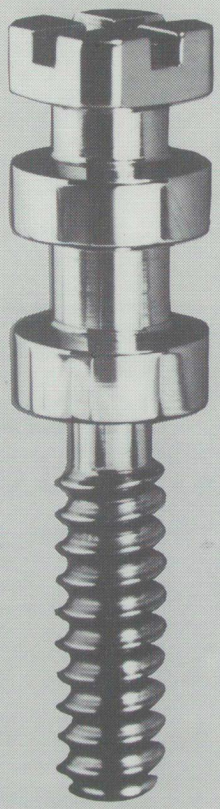
ZM Nr. 19/1983, S. 2086-2096

- INFORMATIONEN - INFORMATIONEN - INFORMATIONEN - INFORMATIONEN -

Druckfehlerberichtigung:

In dem Beitrag im FORUM 4 "Verdummung durch Trinkwasserfluoridierung" muß es auf S. 39 heißen:

... worden, trifft nicht zu (Schreiben von Dr. Bock, Pittsburgh)



Das Erarbeiten von wissenschaftlichen Grundlagen, das Umsetzen dieser Grundlagen in einer interdisziplinären Zusammenarbeit unter Berücksichtigung aller biomechanischen Aspekte führt zum ausgereiften Produkt, das eine effiziente Therapie ermöglicht.

Aufbauschrauben aus Syntacoben®

nach Prof. J. Wirz, Basel

Hersteller: Institut Straumann AG, CH-4437 Waldenburg
Vertrieb: Straumann GmbH, D-7801 Umkirch

Die 70 Millionen DM Fehlinvestition

Am Mittwoch, den 21. Dezember 1983 wurde mit einem Festakt die "schönste Zahnklinik der Bundesrepublik" eingeweiht, so der Universitätspräsident Prof. Dr. Hans Bungert. Sie ist schon ein Prachtstück die neue Universitätszahnklinik in Regensburg und selten dazu. Es ist die einzige Universitätszahnklinik in der Bundesrepublik und in Europa, die nicht an ein Universitätszahnklinikum angebunden ist. Es ist die einzige Universitätszahnklinik in Deutschland und Europa, bei der die Ausbildung in den klinischen Semestern hinsichtlich der allgemeinmedizinischen Fächer nicht in Regensburg stattfinden kann. Es ist die einzige Universitätszahnklinik in Deutschland, die auf dem Gebiet der Kieferchirurgie über keine Betten verfügt. Ein seltener Fall und schwierig zu kurieren. Dazu Prof. Maier, der Bayer. Kultusminister: "Die Bayer. Staatsregierung geht davon aus, daß der zweite Bauabschnitt des Klinikums im Rahmen der neuen Finanzplanansätze der Bundesregierung noch mitfinanziert werden kann." Und: "Ein Baubeginn Anfang 1986 scheint realistisch."
Vage Auskünfte. Der bayer. Minister und die bayer. Staatsregierung wollen sich in dieser Angelegenheit schon seit mehr als zehn Jahren nicht festlegen. Selbst mit einem Baubeginn 1986 dürfte der sog. zweite Bauabschnitt des Klinikums frühestens 1990 fertig sein - ein interessanter Aspekt für die Studierenden an dieser Klinik. Unter diesem zweiten Bauabschnitt (der erste Bauabschnitt ist die Universitätszahnklinik) verstehen die Ministerialbeamten und Minister einen 400-Betten-Trakt, der die Fächer Innere Medizin, Chirurgie, Augenheilkunde, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Dermatologie und Neurochirurgie enthalten soll. Also auch 1990 oder 1992 noch lange kein Vollklinikum, sondern ein weiterer Teilabschnitt, der ganz so aussieht, als wolle man sich mit diesem Teilabschnitt dann auch endgültig für Regensburg zufriedengeben und das ganze auf den Kopfbereich konzentrieren (Kopfklinik). Seit über zehn Jahren geht nun schon dieses Trauerspiel, wobei zynischerweise für den zweiten Bauabschnitt die medizinischen Fachrichtungen, welche für die Versorgung der Oberpfälzer Bevölkerung besonders wichtig wären, nämlich die Fachrichtungen Kinderheilkunde und Gynäkologie in weite Ferne gerückt sind.
Aber um die Sicherstellung der

Versorgung darf es ja nach Meinung der Politiker und Ministerialbeamten bei einem Klinikum gar nicht gehen. Es soll eine Ausbildungsstätte werden. Eigentlich müßte es sich inzwischen auch nach München und nach Bonn herumgesprochen haben, daß wir in Deutschland zuviele Ärzte zu schlecht ausbilden. Wir haben keinen Mangel mehr an Ärzten und auch keinen Mangel mehr an Zahnärzten, sondern wir haben für unsere Bevölkerung einen Mangel an gut ausgebildeten Ärzten und Zahnärzten. Aber die Probleme der Bevölkerung in der Oberpfalz sind untergeordnet. Die Planung und die Durchführung des Klinikums sind nicht an den medizinischen Bedürfnissen der Bevölkerung orientiert. Da hat Herr Prof. Dr. Maier schon ganz andere Orientierungsdaten. Mit maximal 85 Studienplätzen pro Jahr werde in Bayern die zahnmedizinische Ausbildungskapazität um 30 % erhöht. Wozu eine Erhöhung der Ausbildungskapazität in Bayern, wenn die bayerische Bevölkerung flächendeckend mit Zahnärzten versorgt ist? Wenn schon, dann müßte durch die Zahnklinik in Regensburg nicht eine Erhöhung der Kapazität stattfinden, sondern die überlasteten Ausbildungsstätten für Zahnärzte in München, Erlangen und Würzburg müßten spürbar entlastet werden, um ein qualifiziertes Studium und eine qualifizierte Ausbildung zu gewährleisten. Der Kultusminister wäre gut beraten einmal die Zahnklinik in Würzburg zu besuchen, wo sich noch immer sechs Studenten in der Prothetikausbildung um einen Stuhl raufen müssen. Die Ausbildung des zahnärztlichen Nachwuchses hat in ganz Deutschland einen Tiefststand erreicht. Dies ist auch die Meinung einer großen Anzahl von Universitätsprofessoren. Hier gilt es Entlastung zu schaffen, um eine sinnvolle Ausbildung zu gewährleisten und nicht Kapazitäten zu erhöhen, die niemand braucht. Ein weiterer einprägsamer Satz des Prof. Maier war dieser: "Es wäre zu wünschen, daß die Leistungen des Steuerzahlers durch besonders erfolgreiche Forschungstätigkeit belohnt werden." Was mag sich der Herr Kultusminister wohl dabei gedacht haben als er diesen Satz aussprach? Es sollte auch ihm inzwischen bekannt sein, daß nicht mehr allzuviel geforscht werden muß auf dem Gebiet der Zahnheilkunde. Es ist inzwischen seit zwanzig Jahren bekannt wie die Volksseuchen Karies und Parodontalerkrankungen wirkungsvoll bekämpft werden können. Mit einem Bruchteil des Betrages, den diese Zahnklinik verschlungen hat, hätte man in Bayern sinnvolle Kollektivprophylaxe in Kindergärten und Schulen betreiben können. Da muß nichts mehr geforscht werden, auf diesem Gebiet muß nur noch gehandelt werden und zwar einmal in die richtige Richtung. Da wird dann auch noch von einem vorhandenen Forschungsdefizit auf zahnmedizinischem Gebiet in der Bundesrepublik gesprochen. Dies mag schon zutreffen, aber für unsere Bevölkerung ist es nicht so wichtig wie hoch das Forschungsdefizit auf dem Gebiet der Zahnheil-

kunde ist, für unsere Bevölkerung ist es wichtig, daß sie die Möglichkeit erhält in einem ernsten Krankheitsfall, z.B. einer Herzerkrankung nicht auf eine Operation lange warten zu müssen, wobei noch jedes Jahr mehr als hundert Patienten in Deutschland sterben, weil sie nicht rechtzeitig an einem der überlasteten Herzzentren zur Behandlung und zur Operation zugelassen werden. Zu einem Zeitpunkt, wo massive Einschnitte ins soziale Netz geplant und durchgeführt werden, wo die Rehabilitation Behinderter erschwert oder gar verhindert wird, wird mit Steuergeldern eine unsinnige Klinik gebaut, die auf dem Gebiet, wo ein Bedarf vorhanden wäre, nämlich auf dem Gebiet der Kieferchirurgie, gar nicht arbeitsfähig ist. Da wird allen Ernstes erwogen in einer völlig ungeeigneten Kinderklinik, welche zwanzig Minuten Fahrzeit von der Zahnklinik entfernt liegt, Betten zu aktivieren, eine Zumutung für jeden kieferchirurgischen Patienten und eine Gefährdung seines Lebens obendrein, wenn er nach der Operation in der Universitätszahnklinik erst einmal zwanzig Minuten oder länger durch den Verkehr gefahren werden muß. Da werden Projektionen aufgestellt, die sich nie realisieren lassen werden, gar mit einer Vorstellung von 40.000 Behandlungen im Jahr bei rund 10.000 Neuaufnahmen. Dies wäre nur realisierbar, wenn alle Regensburger Zahnärzte möglichst schon im Jahre 1984 die Arbeit einstellen würden. Schon jetzt leiden alle Universitätszahnkliniken unter einem eklatanten Mangel an Patienten. Es ist kein Ausnahmefall, daß Zahnärzte ihre Approbation erhalten ohne jemals einen Zahn gezogen oder auch ein Kind behandelt zu haben. Diese Zahnklinik ist der unsinnigste Klinikbau, der in den letzten zwanzig Jahren in Deutschland durchgeführt worden ist. Es besteht kein Bedarf hinsichtlich der Versorgung, es besteht kein Bedarf an der Erhöhung der Ausbildungskapazität und dort wo ein Bedarf besteht, nämlich im Bereich der Kieferchirurgie, kann dieser Bedarf in den nächsten sechs Jahren gar nicht gedeckt werden. Was die Bevölkerung in der Oberpfalz gebraucht hätte, das wäre eine sinnvolle und ausreichende Versorgung der Kinder, die zur Zeit nicht gewährleistet ist und eine Verbesserung der Versorgung auf dem Gebiet der Gynäkologie, der Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde und der Chirurgie. All diese Maßnahmen hätten, wären sie in die bestehenden Krankenhäuser integriert worden, nur einen Bruchteil von 70 Millionen gekostet, die diese Fehlinvestition Universitätszahnklinik Regensburg verschlungen hat. Dann wären auch noch, wie bereits ausgeführt, ein paar Millionen dafür übriggeblieben, die Durchseuchung der Bevölkerung in Bayern mit Zahnkaries und Parodontalerkrankungen wesentlich zu vermindern.

Dr. Gerd Ebenbeck
Sedanstr. 18
8400 Regensburg

Nachschlag

Sie erinnern sich: am 6.11.82 fand im Zahnärztehaus München eine Veranstaltung des DAZ zum Thema Prophylaxe statt, bei der unter anderen auch ein Vertreter des Landesverbandes der Ortskrankenkassen in Bayern (LdO) über die Prophylaxe-Vorstellungen der RVO-Krankenkassen referieren sollte. Die feste Zusage des LdO wurde jedoch kurz vor der Veranstaltung von Verbandsdirektor Sitzmann widerrufen, angeblich wegen der kritischen Ausführungen des DAZ-Vorsitzenden Dr. Ebenbeck in dem Beitrag "Kostendämpfung bayerisch" des Forum Nr. 2.

Unser Verdacht, diese Absage sei nicht eine Entscheidung des Ortskrankenkassenverbandes, sondern auf Bestreben der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayern zustande gekommen, wurde seither mehrfach von Herrn Sitzmann dementiert: die KZVB habe damit nichts zu tun, der LdO ließe sich nicht von anderen sagen, was er zu tun habe - offenbar doch: bei der Vertreterversammlung der KZVB am 12. und 13.11.83 in München präsentierte stolz der Kammervizepräsident Dr. König, Augsburg eben jenes Schreiben, in dem Sitzmann seine Absage dem DAZ mitteilte (und sich wohl auch verpflichtet fühlte, dies der KZVB in Kopie zur Kenntnis zu bringen).

Kollege König: "Wie Sie alle wissen, war in diesem schönen Haus auch der DAZ mit einer Prophylaxe-Tagung. Zu unser aller Erstaunen hatte auch der Landesverband der Ortskrankenkassen Bayerns seine Zusage für ein Referat ... gegeben. Ich muß sagen, es ist unserem Kollegen Müller ... gelungen, daß der Vorstand im LdO seinen Referenten zurückgepfiffen hat." Und König weiter: "Wir sollten uns in Zukunft auch - es ist ganz gleich, welcher Verband das ist oder welcher Kegelverein von 6, 7, 20 oder 30 Zahnärzten das ist - vorbehalten, daß wir sagen: wir wollen in unserem Haus, das die überwiegende Mehrheit trägt, die Leute haben, die in unsere Richtung ziehen und die unsere Gedanken tragen" - das Protokoll vermerkt den Beifall des Auditoriums.

So ist das also - im Zahnärztehaus, das selbstverständlich nicht von einer "überwiegenden Mehrheit", sondern von allen bayerischen Zahnärzten getragen und bezahlt wurde und unterhalten wird, wünscht man unter sich zu bleiben; geduldet ist nur, wer gleicher Meinung ist wie Kollege König. Er war es übrigens auch, der den DAZ als "Trittbrettfahrer der zahnärztlichen Akademie" qualifizierte, weil wir es wagten, in diesem "schönen"

Haus auch unsere Fortbildungsveranstaltungen durchzuführen - gegen Zahlung einer nicht unerheblichen Miete versteht sich.

Gerade ein Kammermitglied sollte wissen, daß das Zahnärztehaus einen öffentlichen Status hat, weil seine Besitzer "öffentlich-rechtliche" Funktionen wahrzunehmen haben. Daher irrt Herr König, wenn er meint, dieses Haus nach Clubmanier nur bestimmten Zahnärzten je nach privat-politischem Gutdünken öffnen oder verwehren zu können. Wir werden solch königliche Amtsführung mit Aufmerksamkeit verfolgen und sind gespannt, ob seine Kollegen im Zahnärztehaus Anstalten machen werden, ihm gelegentlich seine Grenzen (vielleicht auch ein paar demokratische Spielregeln?) aufzuzeigen.

Oder ist im Gegenteil schon bald die nächste Ordensverleihung zu befürchten (s. S. 9)? - für "besondere Verdienste" um die Meinungseinfalt des Standes und die Reinhaltung des Zahnärztehauses? Solange ein "Vize" von Arroganz statt Toleranz beherrscht ist, solange sich Amtsträger in narzistischer Weise in der "Chefetage ihres schönen Hauses" sonnen und solange so verdächtig oft einstimmige Beschlüsse gefaßt werden, solange halten wir es für geradezu unsere Pflicht, die "unruhigen Geister" zu bleiben, für die uns Kammerpräsident Dr. Pillwein hält.

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

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

"Verständnis kann man, wie Dr. Pillwein sagte, für die "unruhigen Geister" aufbringen, wenn sie sich über schlecht ausgeübte Zahnheilkunde entrüsten, wenn sie "auf Teufel komm raus" reformieren möchten, ohne indes auf die Menschen und ihre individuellen Schwächen einzugehen. Bedauerlich sei aber, daß ein nicht unbeträchtlicher Teil dieser jungen Zahnärzte-Kollegen in ihrem Beruf einen Job, wie es ihrer viele gäbe, sähen. Diese Generation werde die Zukunft des Berufsstandes ausmachen. Sie müsse sich durchringen zu der Umorientierung im zahnärztlichen Handeln selbst: von der Spätbehandlung, der Defektversorgung, hin zur vorbeugenden Zahnheilkunde ..."

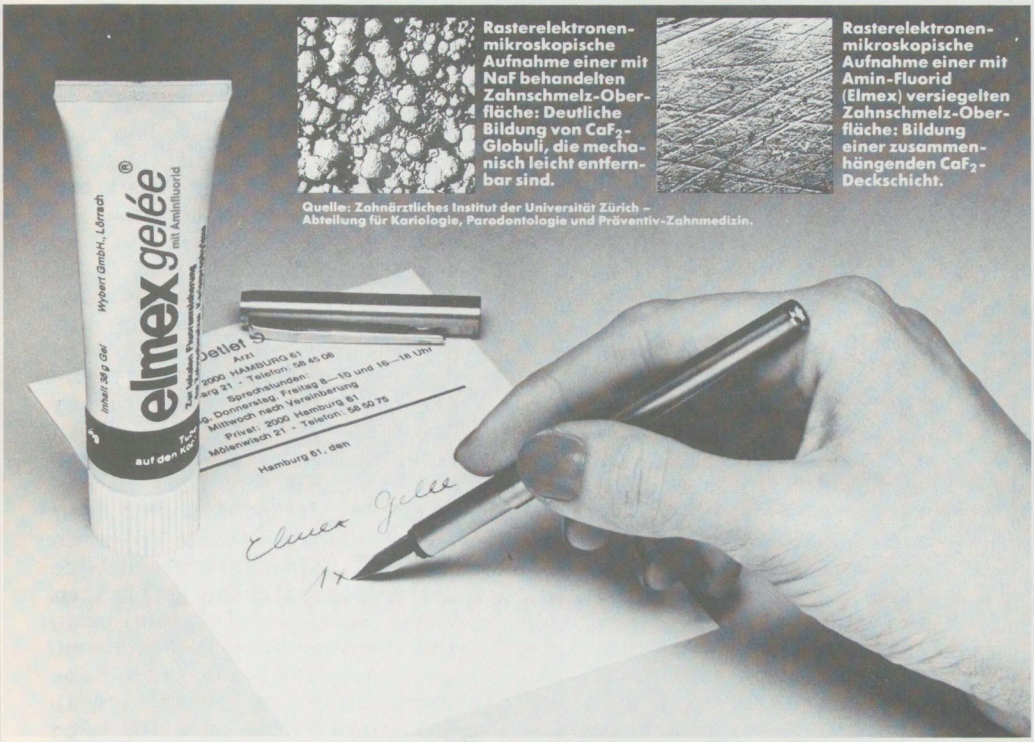
BZB 11/83, S. 34

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

Eine Mißgeburt nach viel Leerlauf

Seit mehreren Jahren hält nun die Auseinandersetzung um die Assistentenrichtlinien innerhalb der Kassenzahnärzte in Bayern an. Da wurden von der Vertreterversammlung vor einem Jahr Richtlinien hinsichtlich der Genehmigungspraxis für zahnärztliche Assistenten beschlossen, die wohl inzwischen von jedem verantwortungsvollen Standespolitiker als unsinnig anerkannt werden mußten. Nichtsdestoweniger hat die Vertreterversammlung der kassenzahnärztlichen Versorgung Ende 1983 an der Grundlinie dieser ursprünglichen Entscheidungen festgehalten, wenn auch mit einigen Modifikationen. Nochmals wurde, wie bereits schon vor einem Jahr, die Übergangszeit verlängert und die Umsatzgröße, ab der es einem bayerischen Kassenzahnarzt verwehrt werden soll, einen Ausbildungsassistenten zu beschäftigen, wurde auf das 2,5-fache des Durchschnittsumsatzes der bayerischen Kassenzahnärzte festgelegt. Das wäre eigentlich alles gar nicht so schlimm, denn inzwischen gibt es nur noch ganz wenige bayerische Kassenzahnärzte, die über den 2,5-fachen Umsatz des Durchschnittes gelangen. Schlimm und kostenintensiv waren die Prozeduren, die mit der Auseinandersetzung um diese Richtlinien verbunden gewesen sind. Da wurde eine Arbeitsgruppe installiert, die mehr oder weniger kompetent mehrfach über Sinn und Unsinn dieser Richtlinien diskutierte und Empfehlungen gegeben hat. Da wurde der Justiziar der KZVB mit umfangreichen Schriftwechseln beauftragt, die wohl im letzten Jahr einen nicht unerheblichen Teil seiner Arbeitszeit verbraucht haben dürften. Da wurde einer ganzen Anzahl bayerischer Zahnärzte ein Widerspruchsverfahren aufgezwungen, ohne daß darauf Rücksicht genommen worden ist, daß die administrative Tätigkeit des Zahnarztes Jahr für Jahr einen größeren und zeitraubenderen Anteil an seiner Praxistätigkeit ausmacht. Da mußten nicht wenige Zahnärzte Rechtsanwälte bemühen, um zu ihrem Recht zu gelangen einen Ausbildungsassistenten zu beschäftigen. Da wurden Gutachten erstellt, Einsprüche abgelehnt, Assi-

Wichtige Information für präventiv-medizinisch aktive Zahnärzte:



Rasterelektronenmikroskopische Aufnahme einer mit NaF behandelten Zahnschmelz-Oberfläche: Deutliche Bildung von CaF_2-Globuli, die mechanisch leicht entfernbar sind.

Rasterelektronenmikroskopische Aufnahme einer mit Amin-Fluorid (Elmex) versiegelten Zahnschmelz-Oberfläche: Bildung einer zusammenhängenden CaF_2-Deckschicht.

Quelle: Zahnärztliches Institut der Universität Zürich – Abteilung für Kariologie, Parodontologie und Präventiv-Zahnmedizin.

Wirksame Karies-Prophylaxe wird vom Zahnarzt verordnet

Elmex Gelée ist verschreibungspflichtig. Nur durch Ihr Rezept kann Ihr Patient zu einer wirksamen häuslich anwendbaren Karies-Prophylaxe kommen. Elmex Gelée enthält Amin-Fluoride, die ihre kariesprophylaktische Wirksamkeit weltweit unter Beweis gestellt haben.

Nur für Elmex Gelée konnte in Verbindung mit Elmex Zahnpasta ein Rückgang der Kariesanfälligkeit um 51% nachgewiesen werden.

Marthaler T. M., König K. G., Mühlemann H. R., Helv. odont. acta 14:67 (1970).

elmex® mineralisiert die Zähne mit Amin-Fluorid

Elmex-Forschung Wybert GmbH 7850 Lörrach

Zusammensetzung: 100 g Elmex Gelée enthalten 3,032 g Olaflur, 0,287 g Dectaflur, 2,210 g Natriumfluorid. **Indikation:** Zur lokalen Fluoranreicherung des Zahnschmelzes. **Gegenanzeigen:** Bei Überempfindlichkeit der Mundschleimhaut soll Elmex Gelée nicht angewendet werden, es sei denn, daß der Arzt es ausdrücklich gestattet. **Besondere Hinweise:** Nicht schlucken. Elmex Gelée nicht Kindern unter 4 Jahren verabreichen, um bei mangelnder Schulung im Zähneputzen das Hinunterschlucken zu vermeiden. Bei Kindern unter 8 Jahren ist elterliche Überwachung angezeigt. **Anwendungsweise:** Die Zähne 1 mal wöchentlich abends mit 1,5–2 cm Elmex Gelée ca. 2–3 Minuten einbürsten. **Darreichungsform und Preise:** Tube mit 38 g DM 12,70; Tube mit 215 g DM 33,30.

stentengenehmigungen dann schließlich doch erteilt und wieder zurückgezogen. Der Kassenzahnärztlichen Vereinigung und ihrem Justiziar wurde aber auch im letzten Jahr klar, daß diese Richtlinien auf juristisch schwachen Füßen stehen und die KZVB war eilfertig bemüht juristische Auseinandersetzungen vor den Sozialgerichten in dieser Frage tunlichst zu vermeiden. Auch die neue, entschärfte Richtlinie für die Genehmigungspraxis eines Ausbildungsassistenten ist rechtswidrig und dies ist auch der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns bewußt. Nichts ist mehr zu hören von den großen Sprüchen des Justiziars der KZVB, der einem Sozialgerichtsverfahren in dieser Angelegenheit gerade entgegenzufiebern schien.

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns ist gesetzlich verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, daß in Bayern ausreichend Stellen für Ausbildungsassistenten zur Verfügung stehen. Dies ist seit über einem Jahr nicht mehr der Fall. Eine ganze Reihe von Gründen, nicht zuletzt aber die sinkenden Umsätze der letzten beiden Jahre, haben viele Kassenzahnärzte in Bayern, die lange Jahre Assistenten beschäftigt haben, bewogen, in Zukunft keinen Ausbildungsassistenten mehr anzustellen. Dies hat dazu geführt, daß bereits jetzt eine ganze Reihe von Zahnärzten in Bayern keine Assistentenstelle mehr finden und die Kassenzahnärztliche Vereinigung ihrer Verpflichtung die Vorbereitungszeit zum Kassenzahnarzt sicherzustellen, nicht mehr nachkommen kann. In diesem Zusammenhang ist es immer wieder beruhigend festzustellen, wie sich standespolitisch tätige Kollegen in Bayern, so z.B. ein Mitglied des Vorstands der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns, über die von ihnen selbst geforderten Richtlinien hinwegsetzen. Es ist schon eine feine Sache, wenn man sich selbst kraft eigener Machtvollkommenheit einen Entlastungsassistenten genehmigen kann, auch wenn er Ausländer ist. Weniger fein ist es dann, gegen Ausländer auf jeder KZV-Versammlung zu polemisieren, sie jedoch als willige Arbeitskräfte gerne zu beschäftigen. Die Auseinandersetzung um die unsinnigen Richtlinien der Assistentengenehmigungspraxis haben eine ganze Menge Geld, das von den Mitgliedern der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayern stammt, gekostet und sie haben einer Unzahl bayerischer Zahnärzte unnötig eine Menge Ärger bereitet. Man darf gespannt sein, zu welcher Änderung der Richtlinien sich die Vertreterversammlung im Jahr 1984 durchringen wird.

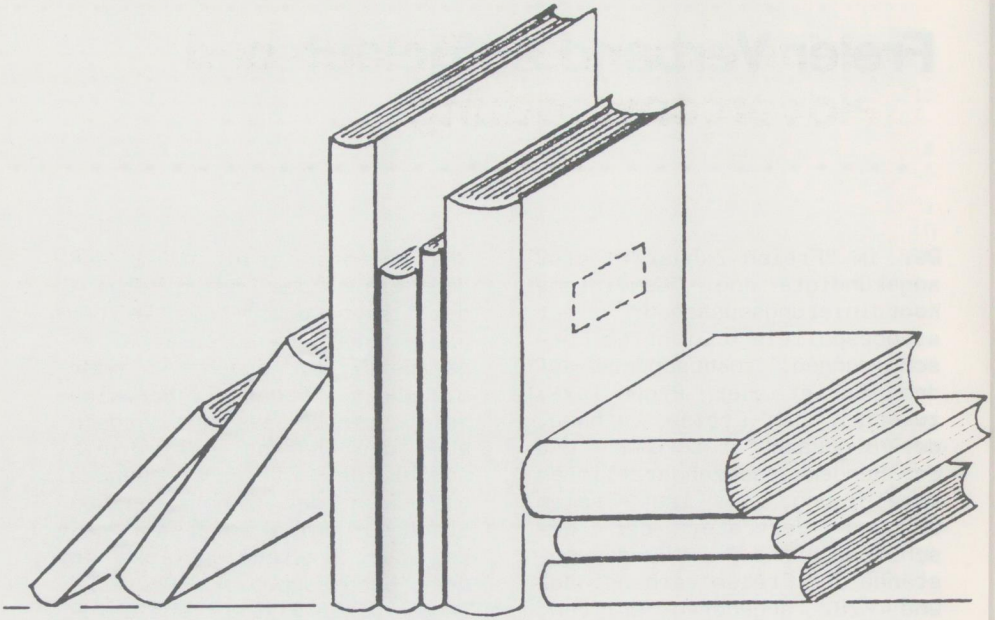
Dr. Gerd Ebenbeck
Sedanstr. 18
8400 Regensburg

Freier Verband aufgelaufen

Der im "Freien Zahnarzt" groß angekündigte sog. "Gemeinsame Koordinierungsausschuß" für standespolitisch wichtige Entscheidungen, insbesondere auf dem Gebiet der Prophylaxe, zwischen dem Freien Verband, der Bundeszahnärztekammer und der Bundeskassenzahnärztlichen Vereinigung, dem laut Freiem Verband Vertreter der geschäftsführenden Bundesvorstände vom Freien Verband, BdZ und KZBV angehören sollten, wird nicht ins Leben gerufen.
Der Freie Verband hatte in seinem Presseorgan angekündigt, daß dieser Koordinierungsausschuß vom Freien Verband "beschlossen worden sei".
Mit Schreiben vom 06. Dezember 1983 teilt der Verbandsdirektor des BdZ dem DAZ mit, daß die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung den Vorschlag abgelehnt hat.
"Der Vorschlag des Freien Verbandes steht für den BdZ nicht mehr zur Diskussion".
Diese Entscheidung der Bundes-KZV zeigt, daß sich die zahnärztlichen Körperschaften zu der Erkenntnis durchgerungen haben, daß es sich mit ihrem Selbstverständnis nicht vereinbaren läßt, daß ein privater Berufsverband gemeinsame Ausschüsse zwischen diesem privaten Berufsverband und den zahnärztlichen Körperschaften des öffentlichen Rechts beschließt.

Des weiteren zeigt dies, daß der Versuch des Freien Verbandes, sich quasi als dritte Säule neben den Körperschaften darzustellen, zunehmend mehr mißglückt. Bedauerlicherweise zeigt dieser Versuch jedoch auch die Konzeptionslosigkeit sowohl des Freien Verbandes als auch der zahnärztlichen Standesorganisationen auf dem Weg der Breitenprophylaxe in der Bundesrepublik Deutschland. Diese Konzeptionslosigkeit ist ein gesundheitspolitischer Skandal aller erster Ordnung. Bis auf einige in der Presse hochgespielte Einzelaktionen, wie z.B. in Regensburg, und die Gründung von sog. Landesarbeitsgemeinschaften, die bisher nichts weiter geleistet haben als Material zu sammeln, ist unter den Zahnärzten und den Standesorganisationen ein zunehmendes Desinteresse an der Breitenprophylaxe festzustellen. Dieses Desinteresse geht so weit, daß sogar Stimmen laut werden im Sinne der Erhaltung der zahnärztlichen Arbeitsmöglichkeiten die Prophylaxe in Kindergärten und Schulen nicht mehr weiter zu verfolgen.

Dr. Gerd Ebenbeck
Sedanstr. 18
8400 Regensburg



Verdummung der Kinder und Geldverschwendung

Mit Schreiben vom Dezember 1983 preisen der Präsident der Bayer. Landeszahnärztekammer, Herr Dr. Pillwein, und der Erste Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns, der Kollege Müller, den bayerischen Zahnärzten wieder einmal den "lustigen, farbenprächtigen Zahnputzkalender" an. Schon zum sechsten Mal wird dieses unsinnige Projekt aus Mitteln der Körperschaften finanziert. Die beiden Kollegen Pillwein und Müller scheinen wenig Erfahrung im Umgang und mit der Motivation von Kindern für Zahngesundheit zu haben, wenn sie der Meinung sind, daß derartige wirre, bunte Bilder den Geschmack von Kindern treffen und diese dann auch noch dazu anregen besser auf ihre Zähne acht zu geben. Völlig unverständlich wird es dann im zweiten Absatz des Schreibens, in dem die Kollegen Pillwein und Müller mitteilen, daß sie die Tatsache, daß dieser Kalender in immer mehr Bundesländern sowie in Luxemburg und Österreich verbreitet wird, zufriedenstellt, denn "jetzt ist bzw. wird zunehmend erreicht, was von Anfang an angestrebt wurde - den Kalender so weit wie möglich bekannt zu machen; nur so erzielt er die notwendige Breitenwirkung."
Man hat fast den Eindruck, die Kollegen Pillwein und Müller sind primär an der Verbreitung des Kalenders interessiert als an dem Effekt, den er erzielen soll. Der einzige Effekt, den dieser Kalender erzielt, liegt sicher darin, daß die Firma, die diesen Kalender druckt, ein ganz gutes Geschäft gemacht hat. Die Pressestelle der bayer. Zahnärzte scheute keine Kosten und Mühen sich bestätigen zu lassen wie eindrucksvoll und großartig der Zahnputzkalender ist. Zu diesem Zweck verschickte die Pressestelle im Jahr 1983 einen Fragebogen an die Direktoren von rund 2.900 Schulen in Bayern, die diesen Zahnputzkalender erhalten haben. 35 % der Direktoren haben geantwortet. Daraus ist zu schließen, daß für 65 % der Schuldirektoren, die auf den Fragebogen der Pressestelle nicht geantwortet haben, die Fragen ungeeignet schienen, beantwortet zu werden. Die Pressestelle der bayer. Zahnärzte stellte u.a. die ungemein sinnvolle Frage an die Direktoren: "Ob etwas schön oder weniger schön ist, ist eine individuelle Frage. Wie, glauben Sie, würden die Kinder in Ihrer Schule den Kalender bewerten?"
Wie soll eigentlich ein Schuldirektor, der sowieso meist sehr wenig mit den Schülern zu tun hat, da er im Regelfall nur noch sehr wenige Unter-

richtsstunden gibt, eine Frage beantworten, die eigentlich an die Kinder gerichtet werden müßte?
Die Schuldirektoren wurden dann sinnvollerweise auch noch gefragt, wie sie den Kalender selbst beurteilen.
Diese qualifizierten Fragestellungen der Pressestelle der bayer. Zahnärzte lassen den Schluß zu, daß die Verantwortlichen für den Zahnärztekalender ein ungemein großes Einfühlungsvermögen bei Kindern und Jugendlichen an den Tag legen.
Liebe Kollegen, machen wir den Kollegen Pillwein und Müller die Freude, schicken wir alle Ihnen den lustigen Zahnputzkalender zurück.

Dr. Gerd Ebenbeck
Sedanstr. 18
8400 Regensburg

* * * * *
* * * * * * *

Impressum

- Redaktion:
  Dr. J. Heidtkamp, Dr. W. Lell
- Anschrift der Redaktion:
  Dr. W. Lell, Hermann-Geib-Str. 59a, 8400 Regensburg
- Sämtliche Beiträge geben die Meinung der Verfasser wieder. Offizielle Stellungnahmen des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde werden als solche gekennzeichnet.
- Erscheinungsweise: Dreimal jährlich

Zahnmedizinische Prophylaxe aus der Sicht der Ortskrankenkassen

– Bestrebungen nach einem adäquaten Verhältnis von Kosten und Zahngesundheit durch Vorbeugung

Ausgangslage

Seit 1978 beschäftigt sich das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) intensiv mit zahnmedizinischer Prophylaxe. Ausgangspunkt für das Aufgreifen und das konsequente Weiterverfolgen dieses Themas war das eklatante Mißverhältnis zwischen Zahngesundheitszustand einerseits und Kosten für die zahnmedizinische Versorgung andererseits.

So wuchsen die Ausgaben für Zahnbehandlung und Prothetik laufend an und stiegen allein im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung von 2,5 Milliarden DM im Jahr 1970 auf über 14 Milliarden DM im Jahr 1981 (siehe Abbildungen).

Demgegenüber ist der Zahngesundheitszustand der bundesdeutschen Bevölkerung erschreckend schlecht: epidemilogischen Untersuchungen zufolge haben nur noch 0,15 % der untersuchten Bundesbürger zwischen 15 und 65 Jahren ein naturgesundes Gebiß. (1) Bei einem Vergleich westlicher Industrienationen (2) wiesen 1976 Jugendliche der Bundesrepublik Deutschland den höchsten Anteil an unversorgten kariösen Zähnen auf. Bereits bei Kindern sind Zahnschäden die häufigste Krankheit. Eine 1980 veröffentlichte Untersuchung bei sieben- bis achtjährigen Schulkindern zeigte, daß nur 17 % der siebenjährigen und nur 7 % der achtjährigen keinen Kariesbefall an den bleibenden Zähnen aufwiesen, wobei die bleibenden Zähne in diesen Altersgruppen noch nicht länger als zwei bzw. drei Jahre dem Mundmilieu ausgesetzt waren. (3) Nach einer Untersuchung aus dem Jahre 1978 an Kindergartenkindern einer Großstadt hatten bereits Dreijährige im Durchschnitt zumeist fünf unversorgte kariöse Milchzahndefekte. (4)

Nahezu die Hälfte aller kieferorthopädischen Behandlungen gehen einer anderen Studie zufolge auf Zahn- und Gebißfehlstellungen zurück, die durch kariöse Zähne und dadurch bedingten vorzeitigen Verlust der Milchzähne entstanden sind. (5)

Daneben schätzen Experten, daß etwa 70 - 80 % der Bevölkerung an Parodontitis leiden. Zahnfleischentzündungen, d.h. Parodontitis im Anfangsstadium, sind schon bei mehr als der Hälfte aller Schulkinder zu finden.

Diese Diskrepanz war Anlaß genug, nach Wegen zu suchen, den Zahngesundheitszustand der Bevölkerung und die enormen Ausgaben für zahnmedizinische Versorgung in ein angemessenes Verhältnis zu bringen. Der Gedanke an Vorbeugung, für die geltend gemacht wird, daß sie nicht nur besser, sondern auch billiger ist als heilen, lag nahe. Von daher beauftragte das WIdO eine unabhängige Kommission, der namhafte Zahnmediziner und Ernährungswissenschaftler aus dem In- und Ausland angehörten, die Möglichkeiten und Voraussetzungen wirksamer zahnmedizinischer Prophylaxe einmal zu untersuchen.

Wissenschaftliche Grundlagen

In ihrem Bericht (6) kam die Kommission zu Ergebnissen, die das Engagement für eine konsequente Umsetzung der wissenschaftlichen Erkenntnisse geradezu herausforderten.

So machte die Kommission deutlich, daß Karies und Parodontitis weder vererbt werden, noch durch Vitamin und Mineralstoffmangel entstehen, noch schicksalsbedingt sind, sondern als Folge falscher Verhaltensweisen auftreten.

Nach dem gesicherten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis gibt es wirksame Möglichkeiten der Vorbeugung, die praktizierbar sind, keine gesundheitsschädigenden Nebenwirkungen aufweisen und zum Teil als außerordentlich kostengünstig angesehen werden können. Bei optimalen Bedingungen können Karies und Parodontitis vollständig verhütet bzw. abgestoppt werden.

Für die geringe Verbreitung wirksamer Vorbeugemaßnahmen machte die Kommission u.a. unzureichende Information, Motivation und Instruktion der gesamten Bevölkerung, Personal- und Zeitmangel im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung und unzureichende Ausbildung bei Lehrern und Erziehern verantwortlich.

Als Resultat ihrer Beratungen gab die Kommission sachliche und institutionell organisatorische Empfehlungen, die als Grundsätze wirksamer zahnmedizinischer Prophylaxe zu werten sind, und die die Basis aller Bemühungen der Ortskrankenkassen in diesem Bereich darstellen.

So sollten Maßnahmen zur Vorbeugung von Zahnkrankheiten immer eine Kombination von

drei Ansatzpunkten umfassen, nämlich
1. eine ausreichende Fluoridzufuhr zur Resistenzerhöhung
2. richtige Mundhygiene zur Plaqueentfernung und
3. zweckmäßige Ernährungsgewohnheiten zur Substratbeschränkung.

Der Begriff Trias, mit dem diese Maßnahmenkombination belegt ist, steht für die Unverzichtbarkeit eines jeden der drei Bereiche.

Zum zweiten sollte zahnmedizinische Prophylaxe stets Maßnahmen der individuellen sowie der kollektiven Prophylaxe umfassen. Zu den Maßnahmen der individuellen Prophylaxe zählen in erster Linie die zahnmedizinische Betreuung und Versorgung durch den Zahnarzt und qualifizierte Mitarbeiter. Besondere Möglichkeiten zur Verhaltensbeeinflussung stehen dem Zahnarzt in der Praxis jedoch i.d.R. nicht zur Verfügung. Da die mundhygienischen Verhaltensweisen und Ernährungsgewohnheiten nur sehr schwierig und langsam beeinflußt werden können, führen permanente gesundheitserzieherische Maßnahmen bei Kindern am ehesten zu gewünschten Verhaltensänderungen. Hier sind nach Meinung der Wissenschaft Kindergärten und Schulen die prädestinierten Institutionen, da sie eine gute Breitenwirkung und Regelmäßigkeit der Gesundheitserziehung garantieren, das Lernen im Kontakt mit anderen Kindern ermöglichen und damit einen entsprechenden Imitationsreiz geben; außerdem haben die Erzieher kraft ihres Amtes die Rolle eines Meinungsführers und verfügen über die notwendigen Sanktionsmechanismen.

Um über die Gruppenprophylaxe möglichst vielen Kindern die Chance zu geben, die nötigen Kenntnisse und die erforderliche Motivation für zahngesundes Verhalten zu erwerben, müssen alle verantwortlichen Institutionen zusammenwirken. Schon die Kommission machte deutlich, daß Prophylaxe eine Aufgabe ist, die nur durch das Zusammenwirken vieler Institutionen wirksam erfüllt werden kann. Zahngesundheit muß zu einem gesellschaftlich anerkannten Wert und Vorbeugung zu einem von der gesamten Gesellschaft mitgetragenen Ziel werden.

Konsequentes Umsetzen der Forderungen der Wissenschaft

Das WIdO sah nun sowohl aus medizinischen als auch aus ökonomischen Gründen eine wichtige Aufgabe darin, zu einer forcierten Umsetzung der wissenschaftlichen Erkenntnisse und Empfehlungen über erfolgversprechende Vorbeugung beizutragen, indem es sich bemühte, den Ortskrankenkassen Orientierungshilfen für abgesicherte Aktivitäten an die Hand zu geben. Dabei wurden nicht nur unzählige internationale Studien herangezogen, sondern auch praktische Erkenntnisse aus dem eigenen Land und aus den Nachbarländern mit berücksichtigt.

In diesem Zusammenhang informierten sich Vertreter der

Ortskrankenkassen vor allem über die Erfahrungen, die seit zwei Generationen in der Schweiz mit beispielhaft laufenden Zahnprophylaxeprogrammen gesammelt wurden.

Im Rahmen insgesamt dreier Exkursionen nach Basel und Zürich konnten Vorstand und Geschäftsführung des BdO, Mitglieder der Verwaltung und Selbstverwaltung der Ortskrankenkassen und ihrer Landesverbände, Vertreter anderer Kassenarten sowie Vertreter der mit dem Problem befaßten Ministerien mit erfahrenen Fachleuten ausführlich diskutieren und die vorgestellten Schweizer Programme u.a. daraufhin überprüfen, inwieweit sie auf bundesdeutsche Verhältnisse übertragbar sind.

Mit besonderer Sorgfalt machten sich die Ortskrankenkassen über die Wirkungsweise, die kariesprophylaktische Wirksamkeit und die gesundheitliche Unbedenklichkeit der wissenschaftlich empfohlenen Fluoridmaßnahmen sachkundig, deren Stellenwert das Schweizer Modell unmißverständlich deutlich gemacht hat.

Zieht man heute Bilanz, inwieweit die Ortskrankenkassen den Prophylaxegedanken und die Empfehlungen der Wissenschaft seit der Veröffentlichung des Kommissionsberichts aufgegriffen und realisiert haben, so zeigt sich, daß die Ortskrankenkassen durchaus die Rolle eines Promotors der Zahnprophylaxe übernommen haben. Zwei Diskussionsforen im Frühjahr 1983, an denen rund 200 Vertreter von über 100 aktiven und interessierten Ortskrankenkassen sowie allen Landesverbänden teilnahmen, konnten dies eindrucksvoll bestätigen. Einige dieser Ortskrankenkassen hatten ihre Kooperationspartner, insbesondere Jugendzahnärzte und niedergelassene Zahnärzte, zu den Veranstaltungen mitgebracht, um die Kooperationsbereitschaft auf beiden Seiten einmal augenfällig zu demonstrieren.

Im Rahmen beider Diskussionsforen wurde deutlich, daß eine Reihe von Ortskrankenkassen seit vielen Jahren meist in Zusammenarbeit mit Jugendzahnärzten Pionierarbeit in der Prophylaxe geleistet haben. Andere Kassen haben in der letzten Zeit Aktivitäten entfaltet und ihr Engagement im Bereich der Prophylaxe zunehmend verstärkt. In vielen Regionen der Bundesrepublik bemühen sich heute Ortskrankenkassen entsprechend den Empfehlungen der WIdO-Kommission, gemeinsam mit Zahnärzten und Jugendzahnärzten, Erzieherinnen, Eltern und Lehrern um den Aufbau breitenwirksamer und kontrollierter Prophylaxeprogramme in Kindergärten und Schulen.

Wenngleich die Aktivitäten der Ortskrankenkassen heute sicher noch nicht immer so kontinuierlich erfolgen, wie dies wünschenswert wäre, so zeigen sie dennoch, daß bundesweit bei allen Ortskrankenkassen der Zahnprophylaxegedanke Eingang gefunden hat und weiterverfolgt wird.

Generell läßt sich für die Bundesrepublik Deutschland als positive Entwicklung vermerken, daß sich die Erkenntnisse und Empfehlungen der Wissenschaft auf breiter Ebene durchzusetzen beginnen.

Zum einen ist dies die Forderung nach einer regelmäßigen und ausreichenden Fluoridzufuhr, ohne die wirksame Kariesprophylaxe praktisch nicht möglich ist.

Während noch vor einigen Jahren dieser Appell der Wissenschaft trotz der in zahllosen epidemiologischen Studien nachgewiesenen Wirksamkeit und gesundheitlichen Unbedenklichkeit der Fluoride vielfach indifferent oder mit großer Zurückhaltung zur Kenntnis genommen wurde, kann heute keine Institution, die ernstgenommen werden will, eine Zahnprophylaxe ohne Fluoridmaßnahmen proklamieren.

Ebenso unbestritten ist, daß nur eine kontrollierte und kontinuierliche Durchführung der Zahnprophylaxe in Kindergärten und Schulen die notwendige Breitenwirkung erzielt. Hierfür ist eine Kooperation aller betroffenen und verantwortlichen Institutionen erforderlich. Die Notwendigkeit einer solchen Zusammenarbeit wird heute von diesen Institutionen ebenfalls anerkannt.

Kern solcher Kooperationsgemeinschaften - das war schon die Meinung der Kommission - sind Zahnärzte bzw. Jugendzahnärzte und Krankenkassen.

Notwendigkeit der sinnvollen Aufgabenteilung

Für viele Aufgaben ist die Fachkompetenz und die berufliche Autorität des Zahnarztes unabdingbar. Auch müssen für wirksame Eigenprophylaxe erst einmal geeignete Verhältnisse im Mund geschaffen werden: so müssen Füllungen poliert, überstehende Füllungs- und Kronenränder entfernt werden, Zahnstein beseitigt und vor allem Zahnschäden frühzeitig saniert werden. Von daher halten es die Ortskrankenkassen für eine wichtige Aufgabe, die Zielgruppen in Kindergärten und Schulen bzw. der Eltern zu motivieren, regelmäßig zum Zahnarzt zu gehen.

Auf der anderen Seite kann der Zahnarzt alleine mit seinem Praxispersonal nicht sicherstellen, daß die Maßnahmen vor Ort mit der erforderlichen Regelmäßigkeit und in der notwendigen Häufigkeit durchgeführt werden. Hier ist der Einsatz von geschultem Hilfspersonal unerläßlich. Allerdings sollten Hilfspersonen immer nur unter der Supervision eines Zahnarztes tätig werden.

Natürlich wäre der Zahnarzt zeitlich völlig überfordert, allein die umfangreichen organisatorischen Aufgaben permanent zu erfüllen. Die Ortskrankenkassen sind bereit, mit ihren ortsnahen Verwaltungsapparaten diese Aufgaben zu übernehmen. Zum Teil verfügen Ortskrankenkassen schon heute über Personal, z.B. Ernäh-

rungsberaterinnen, die nach einer entsprechenden Fortbildung hervorragend für Prophylaxemaßnahmen eingesetzt werden können. Auch mit der Bereitstellung von Sachmitteln, insbesondere von Fluoridpräparaten, tragen die Ortskrankenkassen zur wirksamen Vorbeugung bei. Informationsveranstaltungen für Eltern, Erzieher und Lehrer sowie die wichtige Öffentlichkeitsarbeit über Medien und Massenmedien sind Aufgaben, die die OKKn in Absprache mit Experten und Kooperationspartnern gut übernehmen können. Zusätzlich haben sie die Möglichkeit, eine besonders wichtige Zielgruppe mit Prophylaxeaktionen zu erreichen, die im Rahmen der Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen nicht berücksichtigt werden kann, nämlich Säuglinge ab Geburt und Kleinkinder bis zum Kindergartenalter bzw. deren Eltern. Kontaktpersonen sind werdende Mütter, die der AOK im Rahmen der Mutterschaftshilfe bekannt sind und die regelmäßig immer wieder persönlich angesprochen und zu Informationsveranstaltungen eingeladen werden können.

Notwendigkeit der überregionalen Strategie

So wichtig einerseits jede regionale Aktivität zur Zahnprophylaxe ist, so wichtig jeder einzelne Kindergarten ist, der dieses Ziel aktiv unterstützt - statistisch durchschlagende Ergebnisse hinsichtlich eines verbesserten Zahngesundheitszustandes und fühlbare Kostenreduktionen setzen flächendekkende erfolgreiche Vorbeugung voraus.

Daher hat es sich der Bundesverband der Ortskrankenkassen zur Aufgabe gemacht, alle Ortskrankenkassen für ein bundesweites Vorgehen vorzubereiten und mit der Aktion "Gesunde Zähne" diese Vorbereitungsphase Anfang des Jahres 1983 eingeleitet. Beispielsweise wurden organisatorische Hilfen für den Aufbau zielgruppenspezifischer Prophylaxeprogramme entwickelt und Marktlücken im Bereich der Informations- und Motivationsmedien gefüllt. Zwei von BdO und NDR/ORF in Auftrag gegebene Prophylaxefilme "Der gesunde Zahn" und "Auf zum Zahnarzt" wurden im März 1983 prämiert.

Mit großer Befriedigung können wir heute feststellen, daß bereits in verschiedenen Regionen nicht nur die inhaltlichen, sondern auch die organisatorischen Empfehlungen der Wissenschaft umgesetzt werden.

In verschiedenen Regionen der Bundesrepublik gibt es Beispiele für ein hervorragendes Funktionieren von Kooperationsgemeinschaften. Dort haben Ortskrankenkassen gemeinsam mit dem örtlichen Gesundheitsamt und dem Jugendzahnarzt oder gemeinsam mit der Kreiszahnärzteschaft und niedergelassenen Zahnärzten, manchmal auch gemeinsam mit anderen Kassenarten, die Schul- und Kindergartenträger, die Lehrer und Erzieherinnen und vor allem die Eltern der Kinder überzeugen können, daß ihr Angebot der zahnprophylak-

tischen Betreuung den Kindern eine gute Chance gibt, möglichst lange gesunde Zähne zu behalten.

Natürlich sind in einer kleinen administrativen Einheit wie z.B. dem Kreis Kooperationsgemeinschaften einfacher ins Leben zu rufen und die gemeinsamen Ziele und Aufgaben im persönlichen Kontakt leichter zu formulieren, als bundesweit einheitliche Rahmenempfehlungen für Inhalt und Organisationsform von Zahnprophylaxeprogrammen zu geben, die von allen Beteiligten akzeptiert werden können.

Wenn dennoch Bedarf nach gewissen Leitlinien bestand, in denen die Kooperationspartner auf Bundesebene ihre Übereinstimmung in den wesentlichen Kriterien effektiver Gruppenprophylaxe zum Ausdruck bringen, so deshalb, um vorhandenen regionalen Aktivitäten die notwendige Sicherheit zu geben, daß den bisherigen Bemühungen bzw. dem Bestreben, aus modellhaften Anfängen ein etabliertes Dauerprogramm zu gestalten, nichts entgegengesetzt werden wird.

Soll die Forderung nach Kontinuität erfüllt werden - und ohne Kontinuität gibt es keine effektive Vorbeugung - so muß von den maßgeblichen Verbänden verbindlich signalisiert werden, was nach übereinstimmender Meinung der Verantwortlichen künftig bundesweit gelten soll.

Ohne der Kooperationsgemeinschaft vor Ort den notwendigen Spielraum für die Gestaltung ihrer Prophylaxeaktivitäten zu nehmen, die oft nur unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten wirksam durchgeführt werden können, müssen diese Empfehlungen die wesentlichen Kriterien und Merkmale eines erfolgversprechenden Zahnprophylaxeprogramms verbindlich festlegen.

Vor diesem Hintergrund haben Repräsentanten des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte und des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen in zahlreichen Besprechungen versucht, einen beiderseits akzeptablen Weg des Zusammenwirkens von Ortskrankenkassen und niedergelassenen Zahnärzten zu finden und konnten im April 1983 eine gemeinsame Empfehlung zur zahnmedizinischen Prophylaxe verabschieden. Wesentlicher Kern dieser Empfehlung ist die beiderseitige Anerkennung der von der Wissenschaft erarbeiteten Prämissen breitenwirksamer Zahnprophylaxe und der praktischen Umsetzung der wissenschaftlichen Erkenntnisse. Auch die anderen Kassenarten akzeptieren die inhaltlichen und organisatorischen Empfehlungen der Wissenschaft.

Voraussetzungen für den Erfolg

Natürlich müssen sich alle Kooperationspartner darüber im klaren sein, daß zahnmedizinische Prophylaxe zunächst ein Kostenfaktor ist, der zwischen den Kooperationspartnern angemessen aufgeteilt werden muß. Kosteneinsparungen sind allenfalls mittel- und langfristig zu erwarten.

Um überhaupt langfristig zu einem ausgewogenen Verhältnis von Zahngesundheit einerseits und Kosten für die zahnmedizinische Behandlung andererseits zu kommen, müssen sich alle Betroffenen und Beteiligten auch in Zukunft unermüdlich bemühen, flächendeckend und breitenwirksam ein Prophylaxeprogramm zu etablieren, das den folgenden Prinzipien genügt:

1. Es müssen Prophylaxemaßnahmen als allen drei Bereichen der Trias zur Anwendung kommen. Hinzu kommen muß der regelmäßige Zahnarztbesuch.
2. Die Prophylaxemaßnahmen müssen regelmäßig und kontinuierlich durchgeführt werden.
3. Alle Prophylaxemaßnahmen müssen kontrolliert durchgeführt werden.
4. Um die notwendige Breitenwirksamkeit zu erzielen, müssen Prophylaxeprogramme in Kindergärten und Schulen auf Dauer etabliert werden.
5. Die Prophylaxeprogramme müssen in Kooperation aller betroffenen und interessierten Institutionen in sinnvoller Aufgabenteilung und adäquater Kostenaufteilung durchgeführt werden. Dabei müssen sowohl die besonderen Möglichkeiten und Fähigkeiten der einzelnen Kooperationspartner, als auch der Aspekt der langfristigen Finanzierbarkeit des Prophylaxekonzepts berücksichtigt werden.
6. Es muß zu einer Selbstverständlichkeit werden, Prophylaxeaktivitäten vor Ort durch entsprechende Begleituntersuchungen auf ihre Erfolge hin zu überprüfen. Erfolgskontrollen sind die einzige Möglichkeit festzustellen, ob das, was im Rahmen von Prophylaxeaktionen proklamiert wird, auch tatsächlich realisiert wird, d.h., sie sind unerläßlich, wenn die Bemühungen überhaupt je in irgendeiner Weise kostenwirksam werden sollen.

---

(1) Patz, J. und Naujoks, R., Morbidität und Versorgung der Zähne in der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland, Sonderdruck aus Dtsch. Zahnärztl. Z. 35, 259-264 (1980)

(2) Keil, U., Dental Manpower Systems in Relation to Oral Health Status, Internationale WHO-Studie (ICS DM) (1976)

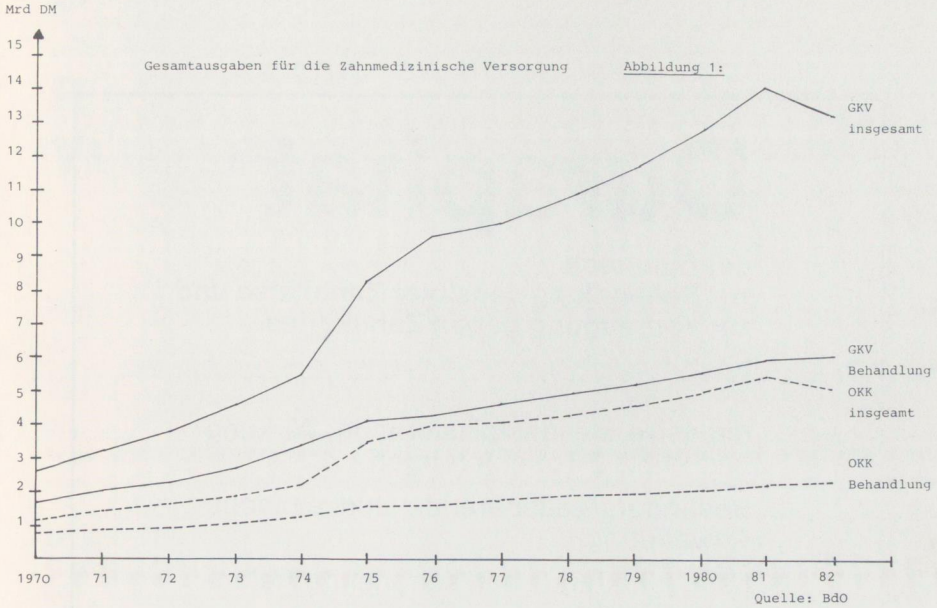
(3) Strübig, W., Aeckerle, B., Zahngesundheit 7- und 8jähriger Hamburger Schulkinder in: Öff. Gesundh.-Wesen 42 (1980) 761, 764

(4) Gerritzen, Th., Über die Karies der Milchzähne Hamburger Kleinkinder. Eine zahnärztliche Studie an 1502 Kleinkindern im Alter von 3-6 Jahren aus evangelischen Kindergärten und staatlichen Tagesheimen bei sozialer Schichtung des Untersuchungsmaterials. Diss. Hamburg, 1982

(5) Janson, J., Kieferorthopädische Behandlung am Milch-Wechselgebiß als kariesvorbeugende Maßnahmen. Manuskript eines Vortrags anläßlich des Symposiums des Informationskreises Mundhygiene und Ernährungsverhalten (IME) am 5./6. November 1980 in München

(6)Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.), Zahnmedizinische Prophylaxe - Epidemiologie und Äthiologie der Karies. Kollektive und individuelle Prophylaxemöglichkeiten. Bericht der Wissenschaftlichen Kommission "Zahnmedizinische Prophylaxe", WIdO-Schriftenreihe, Band 4, Bonn 1979.

Dr. Gudrun Eberle (WIdO)
Kortrijkerstr. 2
5300 Bonn 2



Gesamtausgaben der GKV für die zahnmedizinische Versorgung in Mio. DM Abbildung 2:

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982*
Behandlung	1 708	2 023	2 250	2 671	3 399	4 130	4 273	4 608	4 968	5 222	5 518	5 936	6 074
Prothetik	828	1 209	1 524	1 860	2 086	4 180	5 301	5 403	5 755	6 472	7 351	8 110	7 123
Insgesamt	2 536	3 232	3 774	4 531	5 485	8 310	9 574	10 011	10 723	11 694	12 869	14 046	13 197

Quelle: BdO

* Vorläufige Werte

Ausgaben der GKV für die zahnmedizinische Versorgung je Mitglied in DM Abbildung 3:

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982*
Behandlung	46,64	53,50	57,58	64,93	80,22	97,99	100,07	107,29	115,51	119,13	124,59	134,31	138,52
Prothetik	22,46	34,76	42,10	47,84	55,78	120,05	146,05	142,58	143,44	158,00	177,13	192,82	170,48
Insgesamt	69,10	88,26	99,68	112,77	136,00	218,04	246,16	249,87	258,95	277,13	301,72	327,13	309,00

Quelle: BdO

* Vorläufige Werte

Mit Genehmigung der Redaktion der Zeitschrift „NATUR“ hier ein Text aus Nr. 11’83:

Rollenspiel
Von Zucker und Zähnen

MEHR EINSICHT IN DIE PROBLEMATIK WICHTIGER AKTUELLER THEMEN UND MEHR VERSTÄNDNIS FÜR ANDERSDENKENDE: DAS LÄSST SICH IM ROLLENSPIEL LERNEN. AM BEISPIEL: ZUCKER IST AN KARIES SCHULD - ODER?

Im Bundestag gab es mal wieder Ärger mit den Grünen. Sie hatten einen Gesetzentwurf eingebracht, wonach der Verkauf von Zucker und Süßwaren an Jugendliche unter 16 Jahren verboten werden soll. Anlaß war die These, daß Karies durch Zucker verursacht werde.
Nun war der Ausschuß "Gesunde Ernährung" mit der Sache befaßt. Experten gaben zu Protokoll, wie sie die Beziehung zwischen Zucker und Zahnzerfall einschätzten.
Aber die Experten waren keine Fachleute, und die Ausschußmitglieder hatten kein Bundestagsmandat. Es war alles ein Spiel - ein "Rollenspiel", entwickelt von Dr. Sebastian Hellweger, der am Fachbereich "Erziehungswissenschaft" der Universität Hamburg für Didaktik der Naturwissenschaften zuständig ist.
Die Grundregel eines solchen Rollenspiels (Titel: "Die Anhörung") verlangt von jedem Mitspieler, ohne Rücksicht auf eigenes Wissen, eigene Interessen oder Vorurteile einen fremden Standpunkt zu vertreten. Die Rollen werden verabredet oder verlost. Dann muß sich jeder Spieler mit den Argumenten, die seiner Rolle entsprechen, aus seriösen Quellen vertraut machen - er darf aber nicht erfahren, wie sich die Mitspieler auf ihre Rolle vorbereiten.
Hellweger hat sein Rollenspiel "Die Anhörung" in der Praxis getestet: in Schulklassen, Interaktionsgruppen und im Rahmen der Lehrerausbildung. Das Thema "Karies" ist nur ein Beispiel; eine Gruppe kann auch ein ganz anderes Problem zum Gegenstand ihrer "Anhörung" machen - das Waldsterben etwa: Liegen die Gründe dafür nicht eindeutig auf der Hand? Der Wald stirbt doch am sauren Regen? Nur: Ist denn der Regen wirklich so sauer, oder wirkt das Schwefeldioxid in der Luft vielleicht in noch ganz anderer Weise auf die Bäume ein?

Und ist die These von Franz Josef Strauß richtig, daß die Lösung im Bau von Kernkraftwerken liegt, weil diese kein Schwefeldioxid emittieren?
Ebenso verwirrt werden die Spieler bei dem hier dargestellten Karies-Thema sein. Genau das wollen die Erfinder des Anhörungsspiels. Die Teilnehmer sollen sich ihrer vorgefaßten Meinungen nicht mehr sicher fühlen - und darum nachdenklicher werden. Die hier vorgegebene Version setzt mit zwölf Spielern eine große Spielgruppe voraus, eine Freizeitgruppe etwa oder eine Schulklasse. Man kann auch in kleineren Gruppen spielen; dann läßt man den Bundestagsausschuß nur durch seinen Vorsitzenden vertreten sein und beschränkt die Zahl der Lehrmeinungen auf die Zahl der restlichen Mitspieler.
Die den Experten unterstellten Argumente stammen aus Zeitungen und Zeitschriften, Anzeigen und Werbeschriften, Informationsbroschüren und Büchern.

Hier beginnt das Rollenspiel

Müller, 2. Vorsitzender
Wir beraten heute über die Drucksache 83/2061. Darin hat die Fraktion der Grünen folgenden Gesetzesantrag eingebracht:
"Zur Bekämpfung kariöser Zahnerkrankungen werden vom Gesetzgeber folgende Bestimmungen erlassen:
1. Der freie Verkauf von Süßwaren an Jugendliche unter 16 Jahren wird verboten.
2. Jede Werbung für Süßwaren in den öffentlich-rechtlichen Anstalten wie Funk und Fernsehen ist verboten.
3. Auf alle zuckerhaltigen Lebens- und Genußmittel ist eine Sondersteuer wie bei Tabak und Alkohol zu erheben.
4. Alle Lebensmittel mit einem Zuckergehalt von mehr als 20 Prozent sind mit einem Aufdruck zu versehen, der auf die Kariesgefährdung hinweist."

Schmid, Vorsitzender
Vielen Dank, Herr Müller. Ich schlage vor, daß wir mit der Anhörung der Experten beginnen. Herr Professor Schildmann. Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen Zuckerverbrauch und Karies?

Professor Schildmann, Experte für Zivilisationskrankheiten
Selbstverständlich! Im vorigen Jahrhundert betrug der jährliche Zuckerverbrauch in den westlichen Ländern etwa zwei Kilo pro Kopf und Jahr. Heute liegt er bei einem Kilo in der Woche. Das Ergebnis ist tragisch: Heute leiden bereits 98 Prozent aller Vierzehnjährigen unter Karies. Selbst bei den Zweijährigen hat schon jeder vierte kariöse Milchzähne, und oft brechen schon die ersten Zähne mit Zahnfäulelöchern durch.
Als Zucker in Kriegszeiten Mangelware war, gingen die Karieserkrankungen landesweit stark zurück. Untersuchungen in Afrika zeigen, daß Karies in Gegenden, wo sich die Menschen hauptsächlich von selbst angebauten Pflanzen ernähren, eine unbekannte Krankheit ist. Gleichzeitig ist erwiesen, daß gesunde oder kranke Zähne keine Sache der Veranlagung oder der Vererbung sind. Das steht auch in einem Bericht der Bundesregierung.

Karies ist eine Zivilisationskrankheit, deren Zunahme ganz eindeutig auf den steigenden Zuckerverbrauch zurückzuführen ist. Als Mediziner habe ich kein Verständnis dafür, daß jedes Jahr mehrere hundert Millionen Mark in die Werbung für stark zuckerhaltige Speisen und Getränke investiert werden, von den Kosten für die notwendigen Zahnreparaturen gar nicht zu sprechen.

Maier, 3. Vorsitzender
Herr Professor, das sind tatsächlich alarmierende Zahlen. Doch wodurch ist erwiesen, daß ausschließlich der Zucker für die Zunahme der Karieserkrankungen verantwortlich ist? Wir haben doch auch beim Verzehr von anderen Lebensmitteln - von Fleisch und Fett beispielsweise - hohe Zuwachsraten gegenüber früher zu verzeichnen. Wieso besteht da kein Zusammenhang? Mich würde dazu die Meinung des Vertreters des Wirtschaftsverbandes Zucker e.V. interessieren.

Süßhuber, Wirtschaftsverband Zucker e.V.
Seit einiger Zeit erleben wir es, daß ein Lebensmittel nach dem anderen von sogenannten kritischen Wissenschaftlern an den Pranger gestellt wird. So traf es auch den Zucker. Er sei künstlich und unnatürlich wie alle Produkte der chemischen Industrie. Bei dieser Ideologie mußte ein Grund gefunden werden. Zucker als gesundheitsschädlich zu bezeichnen.
Doch Zucker ist ein ausgesprochenes Naturprodukt. Sie finden ihn in Früchten und in der Milch. Der weiße Kristallzukker stammt meist von Zuckerrüben. Er gehört zu den reinsten natürlichen Nahrungsmitteln. Während Sie kaum noch ein Lebensmittel ohne Spuren giftiger Stoffe kaufen können, ist der Zucker von allen Schadstoffen gereinigt - ein völlig reines Naturprodukt.
Wie brüchig die Hypothese ist, Zucker verursache Karies, können Sie daran erkennen, daß neuesten Forschungen zufolge schon die Steinzeitmenschen an Karies litten. Und sie haben weißen Kristallzucker sicher nicht gekannt. Wegen voreiliger und unbewiesener Hypothesen sollte man kein Gesetzesvorhaben verwirklichen, das den Verbraucher weiter entmündigt und viele Arbeitsplätze vernichten würde.

Müller, 2. Vorsitzender
Dies zu untersuchen ist unsere Aufgabe, Herr Süßhuber. Vielleicht kann uns Herr Professor Bromberger als Leiter einer sehr bekannten Zahnklinik verdeutlichen, warum gerade der Zucker und nicht ein anderer Faktor für die Zunahme der Zahnfäule verantwortlich gemacht wird.

Professor Bromberger, Zahnmediziner
Es war tatsächlich lange umstritten, wie der Zucker, ein sehr leicht löslicher Stoff, ein so hartes Material wie den Zahnschmelz angreifen soll. Heute wissen wir, daß dies mit Hilfe von Bakterien geschieht. Unsere Mundflora besteht aus einer bunten Mischung von Bakterien, die auf verschiedene Nahrungsstoffe spezialisiert

sind und unterschiedliche Abfallstoffe ausscheiden. Einige Bakterien sind Spezialisten für Zucker. Aber sie verwerten ihre Nahrung nicht vollständig, sondern sie bauen den Zucker nur bis zu einer bestimmten Stufe ab und scheiden ihn dann aus. Diese Ausscheidungsprodukte sind Säuren, zum Beispiel Milchsäure. Sie sind Gift für den Zahnschmelz, weil sie mit dem Calcium einen Hauptbestandteil des Zahnes herauslösen. Der Zahn wird brüchig und bekommt Löcher.
Wird der Mundflora oft und viel Zucker als Nahrung angeboten, vermehren sich die zukkerverarbeitenden Bakterien besonders gut, so daß auch mehr jener Säuren entstehen, die den Zahnschmelz angreifen. Mit Sicherheit gehört Zucker zu den Hauptverursachern der Kariesplage.

Maier, 3. Vorsitzender
Das klingt einleuchtend. Aber wäre es nicht sinnvoller, die Bakterien zu bekämpfen, statt die Nahrungszufuhr für sie zu erschweren. Herr Dr. Börer?

Dr. Börer, Experte für Mundhygiene
Vielfältige Untersuchungen beweisen: ein sauberer Zahn wird nicht kariös! Ich möchte das mit vier Punkten deutlich machen.
Erstens: Bei regelmäßiger und sorgfältiger Entfernung des bakteriellen Zahnbelags können die Bakterien keinen Schaden anrichten. Es gibt nicht nur gute Zahnbürsten und Munddusche, sondern auch medizinisch erprobte und empfohlene Zahncremes, die antibakteriell wirksam sind.
Zweitens ist es wissenschaftlich erwiesen, daß Fluor und Fluorverbindungen den Zahnschmelz härten und gegen die bakteriellen Säureausscheidungen widerstandsfähiger machen. Mit einer guten Zahnpasta, die Fluor enthält, kann man das Zähneputzen sogar auch einmal vergessen.
Drittens enthält eine gute Zahnpasta Antiseptika gegen Zahnfleischentzündungen und zahnfleischstraffende Substanzen gegen Zahnfleischblutungen. Auf diese Weise wird der Entstehung von gefährlichen Bakterienherden vorgebeugt.
Und viertens: Zahnfleischentzündungen über eine lange Zeit hinweg führen schließlich zum Zahnfleischschwund, zur Parodontose. Eine gute Zahncreme enthält daher auch bestimmte Aluminiumverbindungen, die erwiesenermaßen das Zahnfleisch festigen.
Nach meiner Überzeugung wird mit einer modernen Zahn- und Mundhygiene die Ursache der Karies wirksam und völlig ausreichend bekämpft.

Schmidt, Vorsitzender
Sicher ist es sinnvoll, das Übel an der Wurzel zu packen. Doch soll man den uneingeschränkten Verzehr von Zucker zulassen, der ja zum Beispiel auch zu Gewichtsproblemen führt? Herr Dr. Krall, als wissenschaftlicher Angestellter eines großen Nahrungsmittelkonzerns beschäftigen Sie sich täglich mit solchen Fragen.

Dr. Krall, Ernährungswissenschaftler
Zucker ist für jeden Menschen wichtig. Er ist der schnellste

und beste Energielieferant. Hochleistungssportler und Menschen, die geistig überdurchschnittlich viel leisten müssen, nehmen Dextropur, Traubenzucker in reinster Form. Kinder, die noch wachsen und viel herumtoben, brauchen ebenfalls viel Energie. Ein völliger Zuckerentzug würde ihnen schaden.
Hinzu käme der psychologische Schaden. Kinder müßten das Verbot von Süßigkeiten, die für sie zu den schönsten Dingen der Welt gehören, als Strafe empfinden.
Was wir brauchen, ist nicht das Verbot von Zucker, sondern Aufklärung über seinen richtigen Gebrauch. Man sollte nicht auf harten Bonbons oder Kandiszucker herumkauen, weil der Zahn dadurch mechanisch beschädigt werden kann. Kann man die Zähne in der nächsten Zeit nicht putzen, sollte man Limonade trinken, statt Süßigkeiten zu essen. Fetthaltige Süßigkeiten schützen den Zahn vor Zucker und aggressiven Säuren durch die Bildung eines Fettfilms.
Aufklärung über solche Dinge, besonders an den Schulen, scheint mir völlig ausreichend.

Müller, 2. Vorsitzender
Alles, was ich bislang gehört habe, klingt vernünftig, und doch verhält es sich meiner Kenntnis nach anders. Um meinen Kindern schmerzliche Erfahrungen zu ersparen, habe ich nur die teuersten Zahncremes gekauft und das regelmäßige Zähneputzen überwacht. Den Zuckerkonsum haben wir eingeschränkt. Dennoch haben meine Kinder den Mund voll von Plomben. Gibt es vielleicht noch andere Erklärungsgründe für die Entstehung von Karies? Ich bitte Herrn Dr. Kuhn, seine Erkenntnisse vorzutragen.

Dr. Kuhn, Zahnarzt
Es ist richtig: Noch nie wurde soviel Aufwand mit soviel raffinierten Methoden und allen möglichen Chemikalien betrieben, um die Zähne sauberzuhalten, und noch nie war der Zustand der Zähne in diesem Land so schlecht.
Die Säureausscheidungen der zuckerverarbeitenden Bakterien mögen eine Rolle spielen. Aber der Zucker dringt auch von sich aus durch die Oberfläche in den unbeschädigten Zahn ein - und tritt nur ganz langsam wieder aus. Selbst bei gründlichstem Zähneputzen ist so eine ständige Nahrungsquelle für weitere Kariesbakterien vorhanden.
Der Zucker ist in der Lage, mit dem wichtigen Zahnbestandteil Calcium eine wasserlösliche Verbindung einzugehen, die vom Speichel herausgelöst wird. Dadurch wird der Zahn von innen hohl und brüchig.
Doch der schlimmste Angriff auf die Zähne erfolgt über den Stoffwechsel. Dabei sind alle Kohlenhydrate beteiligt, nicht nur das Kohlenhydrat Zucker. Zucker kann die von Dr. Krall erwähnte Funktion als Energielieferant allerdings darum so gut erfüllen, weil er rasch in das Blut und damit zu den Orten des Verbrauchs gelangt, zum Beispiel in die Muskeln. Wird der Blutzucker nicht verbraucht, wird er für den Körper gefährlich und muß rasch abgebaut werden. Dies geschieht in einer Folge komplizierter chemischer Prozesse,

bei denen Zucker in Fett umgewandelt wird. Dabei wird Calcium benötigt, das sich der Körper aus den Zähnen holt.
Unter diesen Gesichtspunkten ist es eines Wissenschaftlers unwürdig zu sagen: "Ein sauberer Zahn wird niemals kariös!"

Maier, 3. Vorsitzender
Das würde immerhin erklären, warum Milchzähne bereits Karies haben können, bevor sie das Zahnfleisch durchstoßen haben. Was mich beunruhigt, ist, daß Dr. Kuhn nicht nur den Zucker, der besonders schnell ins Blut gelangt, dafür verantwortlich gemacht hat, sondern praktisch alle Kohlenhydrate. Das hieße ja, daß wir sogar das Brot verbieten müßten!
Herr Dr. Pastelle, Sie sind Biochemiker. Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie diesen Sachverhalt aufklären wollten.

Dr. Pastelle, Biochemiker
Wie Sie wissen, nehmen wir Kohlenhydrate nicht nur in Form von Zucker zu uns, sondern vor allem in Form von Stärke: Stärke ist zum Beispiel Hauptbestandteil des Mehls - also auch des Brotes, der Nudeln und des Kuchens - und von Reis und Kartoffeln.
Diese Stärke ist, chemisch gesehen, dem Zucker verwandt. Sie besteht aus Riesenmolekülen, die dadurch entstanden sind, daß viele Zuckermoleküle miteinander verbunden wurden. Bei der Verdauung von Stärke werden diese Riesenmoleküle in ihre Bestandteile, die Zuckermoleküle, zerlegt. Die wiederum gelangen in das Blut und lösen jene Mechanismen aus, die Dr. Kuhn beschrieben hat.
Kurz gesagt: Stärkehaltige Nahrungsmittel wirken sich im Organismus genauso aus wie die Zufuhr von Zucker und Süßigkeiten. Zur Umwandlung des Zuckers in Fett holt sich der Körper bei Calciummangel das Calcium aus den Zähnen. Es kann also nicht nur Zucker zur Kariesentstehung beitragen, sondern jede kohlenhydratreiche Nahrung.

Schmidt, Vorsitzender
Wäre es nicht einfacher, billiger und wirksamer, die regelmäßige Verabreichung von Calciumtabletten gesetzlich anzuordnen? Oder kommt es auf das richtige Mischungsverhältnis bei den Nahrungsmitteln an? Herr Dr. Schwarz, Sie haben das Wort.

Dr. Schwarz, Naturheilkundler
Nehmen wir einmal das Korn, aus dem Mehl gewonnen wird. Es enthält nicht nur Stärke, sondern auch alle Stoffe, die zu einer naturgemäßen und gesunden Ernährung notwendig sind: Vitamine, Spurenelemente, Mineralien und zum Beispiel auch Calcium. Nur wenn man in teuren Reinigungsprozessen lediglich die weiße Stärke aus dem Korn herausholt, kann der Verzehr von Back- und Teigwaren gesundheitsschädigend sein. Bei sogenanntem Vollkornmehl ist das nicht der Fall. *)
Sie müssen nun nicht den Verkauf von Weiß- oder Toastbrot an Jugendliche unter 16 Jahren gesetzlich verbieten. Alles, was not tut, ist Aufklärung. Aufklärung darüber, daß naturbelassene Nahrungsmittel weder schädlich noch ungesund sind. Das gilt auch für den Zucker.

Würden wir den Zucker nicht in aufwendigen Reinigungsprozessen von all seinen natürlichen Begleitstoffen befreien, sondern ihn in den natürlichen Formen des Honigs, der Früchte oder des Fruchtsaftes zu uns nehmen, müßten wir uns keine Sorgen um Calciummangel und Karies oder andere Zivilisationskrankheiten machen. *)

Müller, 2. Vorsitzender
Das klingt ja fast so, als könnte man bei richtiger Ernährung ganz auf das Zähneputzen verzichten, eine These, die von dem hier als Experte geladenen Herrn Steiner vertreten wird. Aber ist das nicht unhygienisch? Und schließlich gibt es da wohl auch Probleme mit dem Mundgeruch. Herr Steiner?

Steiner, Pädagoge
Ja, man kann sagen, daß Zähneputzen bei richtiger Ernährung nicht nur überflüssig ist - es kann auch schädlich sein.
Sicher haben Sie sich heute früh die Zähne geputzt. Haben Sie darauf geachtet, daß Ihre Zahnpasta frei war von hartkristallinen Scheuersanden, die manchmal zur Erhöhung der Reinigungskraft beigemischt werden? Sie reinigen, aber sie greifen den Zahnschmelz auf mechanische Weise an.
Enthielt Ihre Zahncreme Weißmacher? Sie hellen Ihre Zähne optisch auf und lassen sie Ihnen sauber erscheinen, obwohl sie noch schmutzig sind. War Ihre Zahncreme frei von schädlichen Detergentien, von Lösungsmitteln, wie sie auch in Waschmitteln vorhanden sind? War sie frei von aggressiven Bleichmitteln, die farbige Reste wegoxydieren, das heißt verbrennen? Enthielt sie schädliche synthetische Desodorantien oder gar Bromchlorophen, um den Mundgeruch zu bekämpfen? War Ihre Zahncreme chemisch neutral, so daß der pH-Wert ihrer Mundhöhle nicht verändert - zum Beispiel angesäuert - wurde?
Vielleicht enthielt Ihre Zahncreme Farbstoffe wie Karmin oder Eosin, die das Zahnfleisch röten und es gesund erscheinen lassen, auch wenn es krank ist? Oder Adstringentia, das sind Stoffe, die dem Zahnfleisch Wasser entziehen, damit es straff wird, obwohl es durch Stoffwechselstörungen geschädigt ist? So werden Krankheiten mit chemischen Mitteln übertüncht und verschleppt, bis es zu spät ist.
Manche Zahncremes enthalten auch schädliche Antiseptika oder sogar Antibiotika wie Penicillin, die Ihre Mundflora durcheinanderbringen und Ihnen biologisch schaden.
Bei natürlicher und gesunder Ernährung genügt die Zahnpflege mit Bürste und Wasser - und Mundgeruch gibt es bei gesunder Ernährung ebenfalls nicht. Die Zahnpflege mit chemischen Mitteln dagegen bringt mehr Schaden als Nutzen.

Schmidt, Vorsitzender
Nachdem wir das breite Spektrum der Expertenmeinungen zur Kenntnis genommen haben, gestatten Sie mir den Vorschlag, daß wir in die Diskussion der verschiedenen Thesen eintreten. Ich bitte um Wortmeldungen.

Und nun? Ist das Spiel zu Ende? Nein, mit den Wortmeldungen, das heißt mit der freien Aussprache zum Thema, an der auch eventuelle Zuhörer teilnehmen können und sollen, beginnt es erst richtig!
Bis hier kann das Spiel in Gruppen, die nicht an freie Rede gewöhnt sind, wie die gemeinsame Lesung eines Theatersketches mit verteilten Rollen anmuten. Doch nach allen Erfahrungen, die mit diesem Spiel gesammelt wurden, kam es spätestens dann, wenn der Ausschußvorsitzende zur freien Diskussion aufforderte, ausnahmslos zu sehr lebhaften Diskussionen.
Dabei macht es nichts, wenn die Gruppe aus dem Rollenspiel aussteigt und nun ernsthaft wissen will, wie es sich mit der Sache nun wirklich verhält. Es macht auch nichts, wenn sie im Verlauf der Diskussion zu einem anderen Thema wechselt oder - wie es leicht im Freundeskreis vorkommen kann - das Spiel durch übertriebene Identifizierung mit der Rolle in reinen Spaß am Nonsens umkippen läßt.
Das ist jedesmal anders. Man kann den weiteren Spielverlauf nicht annähernd verbindlich beschreiben. Man kann nur - ernst oder heiter - weiterspielen. Und es ist nicht zuletzt dem Geschick des Ausschußvorsitzenden als Moderator zu verdanken, wenn das Spiel immer neue und überraschende Wege geht.

Und welcher der Experten in unserem Spiel hat nun wirklich recht? Wodurch wird Karies wirklich verursacht und wie kann man ihr wirksam begegnen? Bleibt nach einer solchen Fülle sich widersprechender Meinungen nicht Verwirrung und Ratlosigkeit zurück?
Dazu ein Hinweis: Keine der Meinungen ist völlig falsch. Falsch werden sie nur dann, wenn sie unter dem Anspruch auftreten, die ausschließlich richtige Erklärung zu bieten. Auch hier gilt, daß erst die Einsicht in die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen den unterschiedlichen Wirkursachen ein richtiges Bild ergibt. Und dies ist der Sinn des Spiels.

*) Hier wird deutlich, daß die Identifizierung mit der Rolle auch zur Übernahme von Übertreibungen führen kann, die in der späteren Diskussion richtiggestellt werden sollen. Auch normales Brot enthält Calcium, nämlich 25 Milligramm pro 100 Gramm. Bei Weißbrot sind es 26 und bei Knäckebrot 45 Milligramm auf 100 Gramm. Jeweils auf 100 Gramm bezogen enthält Zucker 2, Honig 5 und Schokolade 111 Milligramm Calcium. Früchte enthalten soviel Calcium wie normales Brot.

* * * * *

Die deutsche Zuckerlobby

Über die Öffentlichkeitsarbeit der Wirtschaftsvereinigung Zucker

Die wirtschaftliche Vereinigung Zucker teilt in ihrem Jahresbericht für das Wirtschaftsjahr 1980/81 mit, daß in diesem Wirtschaftsjahr ein Rekordergebnis hinsichtlich der Zuckererzeugung aus Rüben erzielt worden ist. Die Zuckererzeugung aus Rüben beläuft sich für diesen Zeitraum auf 3.391.000 t; das sind 660.000 t mehr als im Vorjahr. Um diesen Zucker an den Mann und besonders an das Kind zu bringen, gibt die Wirtschaftsvereinigung Zucker nicht unbeträchtliche Mengen Geldes für die Öffentlichkeitsarbeit aus. Im Abschnitt IV - Öffentlichkeitsarbeit ist in dem Jahresbericht, vor allem für unseren Berufsstand, lesenswertes zu entdecken.

Die folgenden Abschnitte sind unverändert aus dem Abschnitt IV - Öffentlichkeitsarbeit entnommen und bedürfen keines Kommentars.

"Die Image-Werbekampagne der WVZ in zwei großen Illustrierten stellte im Berichtszeitraum wie im Vorjahr den Schwerpunkt der öffentlichkeitswirksamen Aktivitäten der deutschen Zukkerwirtschaft dar. Sie erzielte hohe Aufmerksamkeit und wurde vom Publikum wie von der Fachwelt günstig beurteilt.
Die einzige Beanstandung wettbewerbsrechtlicher Art kam von der Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs e.V. in Frankfurt/M. hinsichtlich der Aussage, daß Zucker ein "durch und durch natürlicher Stoff" sei. Nachdem die WVZ die verlangte Unterlassungserklärung verweigerte, verfolgte die Zentrale die Angelegenheit nicht weiter.
Wie bisher wurden die eingehenden Zuschriften unter Hinweis auf wissenschaftliche Lehrmeinungen und neue Forschungsergebnisse beantwortet, und Interessenten wurden mit Informationsmaterial über Zucker oder mit Rezepten versorgt. Auch in diesem Jahr bildeten die Lehrer nach den Hausfrauen und Hobbyköchen die größte Gruppe der Fragesteller mit Informationswünschen. Offenbar besteht bei den Lehrern ein großes Defizit an Informationen über Zucker."

. . .

"Ausgehend von den präsentierten Entwürfen der Agentur wurden in Abstimmung mit der Geschäftsführung der WVZ und den Mitgliedern der Kleinen Arbeitsgruppe die Motive und die dazu gehörigen Texte für die Anzeigen entwickelt. Dabei wurde Wert darauf gelegt, in Bild und Text deutlich an die bisherige Kampagne anzuknüpfen. Der bisherige einprägsame Slogan "Ohne Zucker wär' das Leben halb so süß" wurde unverändert übernommen.
Da eine Image-Werbekampagne nur über längere Frist die gesteckten Ziele erreichen kann, empfahl die Kleine

Arbeitsgruppe für Öffentlichkeitsarbeit, die Anschlußkampagne mindestens für eineinhalb Jahre, also bis zum 30. September 1983, durchzuführen. Der Engere Vorstand stimmte diesem Vorschlag am 19. Januar 1982 und der Gesamtvorstand am 11. Februar 1982 zu. Der Mitgliederversammlung am 16. Juni 1982 wird vorgeschlagen, die erforderlichen Mittel für die Weiterführung der Image-Werbekampagne bis zum 30. September 1983 zu bewilligen."

. . .

"Das Programm der zuckerwirtschaftlichen Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der WVZ wurde 1981 zusammen mit zwei Experten erfolgreich fortgeführt. Im Frühjahr wurde eine Bestandsaufnahme und Analyse dieser zuckerwirtschaftlichen Öffentlichkeitsarbeit seit 1976 erstellt. Sie zeigte, daß die Öffnung der Zuckerwirtschaft durch verstärkte Publizität in Medien und über eigene Publikationen zu mehr Transparenz zuckerwirtschaftlicher Vorgänge im nationalen Raum und damit zu mehr Verständnis bei den Zielgruppen geführt hat. Aus der Analyse der bisherigen Arbeit folgte, daß die Aufbauphase als abgeschlossen angesehen werden kann und ein neuer Maßnahmenkatalog mit zum Teil veränderten Instrumenten notwendig ist."

. . .

"Im Februar veranstaltete die Firma SIEMENS im Hause ihrer Zweigniederlassung in Köln-Ehrenfeld eine Ausstellung "Zucker in der Köln-Aachener Bucht". Die Ausstellung wurde in enger Zusammenarbeit mit der WVZ, dem Rheinischen Rübenbauer-Verband und den Zuckerfabriken des Köln-Aachener Gebietes sowie mit Unterstützung der CMA (Centrale Marketinggesellschaft der deutschen Agrarwirtschaft mbH - Anm. d. Red.) und des Zucker-Museums Berlin verwirklicht. Ziel der Ausstellung war es, die wirtschaftliche Bedeutung des Zuckerrübenanbaues und der Zuckerherstellung speziell im Köln-Aachener Raum zu verdeutlichen. Die Ausstellung, über die auch in der Presse berichtet wurde, fand reges Interesse, wobei die besonders hohe Zahl der Schulklassen zu vermerken ist, die im Rahmen des Unterrichts einen Besuch abstatteten."

. . .

"Durch Nachrichten aus Berlin, daß die Zukunft des dortigen Zucker-Museums gefährdet sei und eine Auflösung der Magazinierung seiner Bestände drohe, sah sich die WVZ 1981 veranlaßt, dem Zucker-Museum besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Es gilt als einzigartige Einrichtung dieser Art in der Welt und kann für die Werbung und Öffentlichkeitsarbeit für Zucker oft gute Dienste leisten, wie sich das in jüngster Zeit bei verschiedenen Fernsehsendungen sowie bei den Zuckerausstellungen in Köln und Hannover wieder gezeigt hat.
Bei Gesprächen zwischen Vertretern von Vorstand und Geschäftsleitung der WVZ mit Vertretern des Senats und der Technischen Universität wurde ein Plan für die Gründung eines Förderer-kreises zugunsten des Zucker-Museums erörtert. In den nachfolgenden Beratungen in den Fachgremien und im Vorstand wurde empfohlen, diesen Plan zu unterstützen."

. . .

"Wie in den vergangenen Jahren wirkte die WVZ beratend bei der von der CMA (Centrale Marketinggesellschaft der deutschen Agrarwirtschaft mbH - Anm. d. Red.) durchgeführten Öffentlichkeitsarbeit mit. Das organisatorische

Instrument hierfür ist der Produktausschuß Zucker der CMA, dem sämtliche Mitglieder der Kommission zur Förderung des Zuckerverbrauchs der WVZ angehören. Beide Gremien stehen unter dem Vorsitz von Dr. J. THIEE. Somit ist die Abstimmung der Aktivitäten von WVZ und CMA gewährleistet. Von den Aktionen der CMA sind zu erwähnen:

- Durchführung einer Leseraktion "Einmachberatungsservice" mit vier großen Tageszeitungen im Juli, mit der jungen Verbraucherinnen Hemmungen vor dem Einmachen genommen werden sollten.
- Einschaltung eines 14seitigen Rezeptbeihefters in der größten Frauenzeitschrift des Bundesgebietes, der FÜR SIE, mit dem Thema "Süße Obstaufläufe". Ergänzend wurde das Rezeptheft an Hauswirtschaftsschulen, Verbraucherberatungsstellen, Hausfrauenverbände und Kochstudios der Energieversorgungsunternehmen verschickt. Insgesamt wurde so eine Auflage von 1,5 Millionen erreicht.
- Herausgabe eines Prospektes "Pfiffiger Einmachspaß mit Gelierzucker", der rechtzeitig zur Einmach-Saison über den ZUCKER-Report bekanntgegeben, den Empfängergruppen angeboten sowie an Kollektivadressen verschickt wurde. Die gesamte Auflage von über 250.000 Exemplaren wurde innerhalb weniger Monate abgerufen.
- Herausgabe der Broschüre "Süße Feste rund ums Jahr", in der Tips, Spielanleitungen, Anregungen und Rezepte für viele süße Feste, die sich im Laufe eines Jahres gestalten lassen, enthalten sind. Innerhalb von vier Wochen wurde fast die gesamte Auflage bei der CMA abgerufen.
- Herstellung und Verbreitung eines Stundenplanes, der in kindgemäß illustrierter, leicht verständlicher Form Informationen über Zucker vermittelt. Daraus können bereits die Schulkinder lernen, wie der Zucker als Naturprodukt aus Zuckerrüben gewonnen wird. Zehntausend Grundschulen erhielten zu Beginn des neuen Schuljahres je 100 Stundenpläne.
- Verteilung der bewährten Zuckerwürfel für Gaststätten mit neuen Motiven. Es sind populäre Berufsgruppen dargestellt, wobei der auf die jeweilige Berufstätigkeit bezogene Energiebedarf angegeben wird. Auch der Slogan "Komm in Schwung mit Zucker" ist weiterhin aufgedruckt. 180 Millionen Stück dieser Würfel kamen zum Einsatz.
- Veranstaltung von Kettcar-Rennen unter dem Motto "Komm in Schwung mit Zucker" und "Zucker schafft Kraft" zusammen mit vier großen Tageszeitungen. Die gesamte Reichweite dieser Aktion lag bei ca. 18 Millionen Lesern.
- Anregung von Preisausschreiben und Bereitstellung von Feuerzangenbowlen-Sets als Preise in acht großen Publikumszeitschriften der sogenannten Regenbogenpresse.
- Gestaltung und Herausgabe eines Sonderheftes der Kundenzeitschrift des Lebensmitteleinzelhandels "MAGAZIN DER HAUSFRAU" zum Thema "Backen", das in einer Auflage von 300.000 Exemplaren zur Verteilung kam.
- Weiterführung des Pressedienstes "ECHO" und des Informationsdienstes "ZUCKER-Report" in der bewährten Form. Im abgelaufenen Jahr wurden zwei zusätzliche Sondernummern des ZUCKER-Reports zum Thema "Einmachen" und "Süß-Sauer" veröffentlicht."

. . .

"Wie in den Vorjahren betrieben die CMA, die zuckerverarbeitende Industrie und die WVZ gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen des Informationskreises Mundhygiene und Ernährungsverhalten (IME). Da die Arbeit des IME im deutschsprachigen Ausland zunehmend Beachtung findet, haben

sich in Österreich die Zuckerindustrie und die Süßwarenindustrie entschlossen, diese Institution auch dort aktiv werden zu lassen und der den IME tragenden Arbeitsgemeinschaft Zucker und Gesundheit beizutreten.
Der allgemeine Pressedienst und der wissenschaftliche Informationsdienst des IME wurden in der bewährten Form weitergeführt. Beide Dienste erzielen weiterhin hohe Abdruckergebnisse, wobei die Veröffentlichungen in der Tagespresse und in der Publikumspresse die größten Auflagen erbringen. Die vom IME herausgegebene Literatur erfreut sich weiterhin großer Nachfrage. Im Berichtszeitraum wurden neu herausgegeben:
- ein Faltblatt "Leitfaden für richtige Mundhygiene", in dem die wichtigsten Methoden einer effektiven Mundhygiene dargestellt sind, und
- die Broschüre "Zucker und Zivilisationskrankheiten - Was ist Polemik - was ist Wahrheit?", in der die Texte der Vorträge des IME-Symposiums von 1979 zusammengefaßt sind.
Schon in den ersten drei Monaten nach dem Erscheinen wurden 120.000 Exemplare des Faltblattes von Zahnärzten, Gesundheitsbehörden, Krankenkassen-Vereinigungen und anderen interessierten Organisationen angefordert.
Anläßlich des Weltgesundheitstages 1981 wurde als neues Aktionsmittel der vom IME zusammengestellte Zahnpflegebeutel der Öffentlichkeit vorgestellt.
Auch 1981 führte der IME gemeinsam mit verschiedenen Krankenkassen-Organisationen Gesundheitsaufklärungsaktionen durch. Dabei kommen die vom IME in den vergangenen Jahren entwickelten Aktionspakete zum Einsatz. Die inzwischen zur IME-Standardaktion gewordene Veranstaltung eines Tages der offenen Tür wurde am 5. Dezember 1981 in Zusammenarbeit mit der Universitäts-Zahnklinik Marburg und der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung durchgeführt. Die Resonanz beim Publikum war trotz Eis und Schnee zufriedenstellend und das Presseecho gut.
Die jährlich durchgeführten Symposien für Fachjournalisten haben für die Arbeit des IME große Bedeutung. Am 14. Oktober 1981 wurde in Hamburg ein Symposium zum Thema "Dogmen in der Ernährungswissenschaft - Anspruch und Realität" abgehalten. Für die Leitung der Veranstaltung wurde der Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Prof. Dr. D. HÖTZEL, Bonn, gewonnen. In vier Vorträgen wurde der Wandel in der Einstellung der Ernährungswissenschaftler zum Körpergewicht ebenso angesprochen wie extreme Diätformen. Es wurde auf die Flexibilität hingewiesen, die bei der Ernährung notwendig ist, um individuelle Bedürfnisse zu befriedigen. Dem Erlebniswert von Essen und Trinken war ein eigener Vortrag gewidmet. Sowohl die lebhafte Diskussion als auch die spontanen Veröffentlichungen und Rundfunkberichte zeugten von dem großen Interesse, auf das dieses Symposium gestoßen ist.
Über zahlreiche weitere Aktionen des IME wurden die Mitglieder der WVZ in regelmäßigen Zeitabständen gesondert unterrichtet."

. . .

"Dem Zucker wird ein positiver Einfluß auf die körperliche Leistungsfähigkeit zugeschrieben. In der wissenschaftlichen Literatur findet man zu diesem Themenkomplex wenig Angaben über Saccharose, da sich die meisten Arbeiten mit Glukose bzw. Stärkebruchstücken (Glukoseoligosacchariden) befassen. Deshalb wurde von der WVZ eine Studie zur Untersuchung der Einflüsse von Saccharose und des Saccharosebausteins Fruktose auf die körperliche Leistungsfähigkeit angeregt. Der Inhaber des Lehrstuhls für

Metamorphose
eines Zahnes

Hans Hassan - 83

Leistungsmedizin der Universität Freiburg, Prof. Dr. J. KEUL, führt diese Studie durch, die noch nicht abgeschlossen ist.
Wie im Vorjahr mußten zahlreiche Zuschriften von Lesern der Werbeanzeigen beantwortet werden, die spezielle Fragen zur Wirkung von Zucker im Organismus und zu eventuellen Nebenwirkungen des Zuckergenusses stellten. Die Kontakte zu Ernährungswissenschaftlern und Zahnmedizinern an Universitäten wurden weiter gepflegt und intensiviert. Im Berichtszeitraum wurde der wissenschaftliche Mitarbeiter der WVZ, Priv.-Doz. Dr. J. BERGHÄUSER, von verschiedenen Institutionen zu Vorträgen eingeladen:
- am 5. Mai 1981 zum ernährungswissenschaftlichen Kolloquium des Fachbereiches Ernährungswissenschaften der Justus-Liebig-Universität Gießen;
- am 19. Oktober zum Zuckersymposium III, das vom Lehrstuhl für experimentelle Zahnheilkunde der Universität Würzburg veranstaltet wurde;
- am 27. November zur Informationstagung des Gottlieb-Duttweiler-Instituts in Rüschlikon/Zürich zur Stellung des Zuckers in der Ernährung.
Das wissenschaftliche Lektorat des allgemeinen Pressedienstes, des wissenschaftlichen Informationsdienstes und weiterer Publikationen des IME obliegt dem wissenschaftlichen Mitarbeiter der WVZ, der auch im Lektorat des ZUCKER-Report und anderer Veröffentlichungen der CMA mitarbeitet. Die Literatur, die sich direkt oder indirekt mit Zucker, Zuckerkonsum und Gesundheit befaßt, wurde verfolgt; Monographien und Originalarbeiten wurden für das wissenschaftliche Archiv in der WVZ ausgewählt und erworben."

. . .

"In den vorhergehenden Geschäftsberichten ist eingehend über die gerichtliche Auseinandersetzung mit der Firma Schneekoppe Reform GmbH wegen der Verwendung des Begriffs "Diabetiker-Zucker" berichtet worden. Bekanntlich war der Beklagten nach einem mehrjährigen Prozeß vom Oberlandesgericht Köln untersagt worden, ein Sorbit-Saccharin-Gemisch als "Diabetiker-Zucker" in den Verkehr zu bringen. Die Revision beim Bundesgerichtshof wurde seinerzeit von der Beklagten zurückgenommen.
Das Urteil hat in der juristischen Fachpresse Eingang gefunden und wurde u.a. von Rechtsanwalt Dr. RABE in der Zeitschrift für das gesamte Lebensmittelrecht 1981, Seite 413 ff, besprochen.
Aufgrund des Urteils wurden eine Vielzahl von Wettbewerbern der Firma Schneekoppe angeschrieben und die weitere Verwendung des Begriffs "Diabetiker-Zucker" abgemahnt. Alle angeschriebenen Firmen haben im Laufe des Berichtsjahres nachgegeben - ohne daß es erneut gerichtlicher Schritte bedurft hätte - und zugesagt, ihre Waren nicht mehr unter diesem Begriff anzubieten.
Im Frühsommer 1981 kam es zu einer weiteren Auseinandersetzung mit der Firma Schneekoppe, die in Fernsehspots für ihr Produkt "Schneekoppe Süßkraft" u.a. mit dem Slogan warb "süß wie Zucker". Nach entsprechender Abmahnung wurde der Spot geändert.
Im Herbst 1981 mußte gegenüber der Firma Schneekoppe eine Werbeschrift mit dem Titel "Süßen heute, alles über Süßen ohne Zucker" angegriffen werden. In der sehr aufwendigen Broschüre waren ein großer Teil der YUDKINschen Thesen über Zucker aufgenommen und beispielsweise folgende Behauptungen aufgestellt worden:
- denn Zucker ist ein denaturiertes, nicht naturbelassenes Kohlenhydrat
- denn nicht Fette machen dick - es sind die denaturierten Kohlenhydrate, wie z.B. Haushaltszucker

- erhöhter Zuckergenuß kann zu Vitamin-B-Mangel führen
- erhöhter Zuckergenuß kann zu erhöhtem Kalkbedarf führen
- erhöhter Zuckergenuß kann zu Gefäßerkrankungen führen
- erhöhter Zuckergenuß macht hungrig

wobei die Aussagen mit weitgehend haltlosen Begründungen versehen waren.
Die Firma Schneekoppe hat inzwischen die Broschüre aus dem Verkehr gezogen und eine Unterlassungs-Erklärung abgegeben.
Im Berichtszeitraum konnte ferner die Auseinandersetzung mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein durch Vergleich vor dem Verwaltungsgericht Düsseldorf beendet werden. Beide Parteien sind überein gekommen, in Zukunft soweit wie möglich im Interesse einer sachlichen Aufklärung der Bevölkerung zur Vermeidung von Zahnkrankheiten zusammenzuarbeiten. Ebenso werden sie gegenseitige öffentliche Angriffe vermeiden.
Die Parteien haben sich ferner dahingehend geeinigt, ihre Öffentlichkeitsarbeit in sachlicher Form und unter Berücksichtigung gesicherter Erkenntnisse der medizinischen Forschung durchzuführen."

Wer diese Ausschnitte aus dem Jahresbericht der wirtschaftlichen Vereinigung Zucker gelesen hat, der muß sich wirklich keine Sorgen mehr darüber machen, ob er bei steigender Zahnarztdichte in den nächsten 100 Jahren noch genügend als Zahnarzt arbeiten kann. Das Zusammenspiel der Zuckerlobby mit Ernährungswissenschaftlern, zahnärztlichen Universitäten, Zahnärzten und zahnärztlichen Standespolitikern ist ein gesundheitspolitischer Skandal aller erster Größenordnung. Die permanente Beeinflussung, gerade von Kindern, durch die Werbeaktivität der Zuckerindustrie ist gesundheitsschädlich. Wir vermissen, wie auch schon in unseren Grundsätzen und Empfehlungen zur kassenzahnärztlichen Versorgung ausgedrückt, den überzeugenden Widerstand gegen diese Entwicklung von seiten der zahnärztlichen Körperschaften.

Der DAZ warnt noch einmal eindringlich vor dem sogenannten "Informationskreis Mundhygiene und Ernährungsverhalten" (IME), einer von der Zuckerindustrie gegründeten PR-Institution die eine, angeblich selbstlose (Gesundheitsaufklärung) betreibt. In Wirklichkeit wird hier der Versuch unternommen, von den Gefahren des Zuckerkonsums dadurch abzulenken, daß die Mundhygiene als besonders wichtig herausgestellt wird.

Der DAZ fordert Warnaufdrucke auf allen Zuckerwaren, das Verbot des Verkaufes von Süßigkeiten an Schulen und das Verbot ihrer Abgabe an Kinder unter 12 Jahren.

Der DAZ fordert alle zahnärztlichen Berufsorganisationen und Verbände zum entschiedenen Widerstand gegen die Öffentlichkeitsarbeit der Wirtschaftsvereinigung Zucker auf.

Dr. Gerd Ebenbeck
Sedanstr. 18
8400 Regensburg

Betrifft: EINLADUNGEN ZU DEN STUDIEN-GRUPPENSITZUNGEN

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

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

- Studiengruppe Regensburg
  Dr. Jürgen Heidtkamp
  Sedanstr. 18, 8400 Regensburg
  Tel.: 09 41 / 56 05 62

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

- Studiengruppe Berlin
  Dr. N. Franke, Dr. D. Burt
  Goerzallee 55, 1000 Berlin 45
  Tel.: 8 33 78 80 bzw. 8 33 21 19

- Studiengruppe Schwarzwald
  Dr. Peter Macher
  Hauptstr. 77, 7590 Achern
  Tel.: 0 78 41 / 2 49 02

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

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

Immer wenn Fluoridierung zum Gegenstand öffentlicher Auseinandersetzung zwischen Befürwortern und Gegnern wird, wird die Seite der Befürworter insofern geschwächt, als Fluoridierung von einer wissenschaftlich - durch Experten - begründeten Maßnahme dann umdefiniert wird in ein politisches Problem, dann zählen nur noch die politischen und nicht mehr die fachlichen Argumente.

B. Bergmann-Krauss
Deutscher Zahnärztekalender '83, S. 8

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

Maryland-Brücken,

schon heute eine therapeutische Alternative?

Die Schmelz-Ätztechnik hat sich seit einigen Jahren in der Zahnerhaltungskunde erfolgreich etabliert, und mittlerweile auch in den Verträgen für die kassenzahnärztliche Versorgung Eingang gefunden. Anders ist es mit der Anwendung dieses Systems beim festsitzenden Zahnersatz. Die "Maryland-Brücke", die 1981 von Livaditis und Thompson der amerikanischen Fachwelt vorgestellt wurde, geistert zwar seither auch durch unsere Zeitschriften, ja sogar durch die Laienpresse, ist aber wohl von ihrer breiten Anwendung in der Bundesrepublik noch weit entfernt. Zahnärzte, die heute diese Form des Zahnersatzes verwenden wollen, stehen vor vielen Fragen:

Indikationsbereich, klinisches Vorgehen, Labortechnik, Materialien?

Umfassende Information zu diesen Fragen vermittelt das Buch "Die Säureätztechnik in der Brückenprothetik - Klinische und labortechnische Arbeitsabläufe"; Quintessenz-Bibliothek Nr. 2360 von Simonsen, Thompson und Barrack.

Wer sich kurz informieren will, findet in ZWR. 92; 1983; Nr. 2; Seite 10-16 einen hervorragenden Artikel von K. Kimmel, in dem auch auf eventuelle Abrechnungsmöglichkeiten eingegangen wird.

Erfahrungen, Mißerfolge, Risiken?

Die DGZMK hat einmal für die Beurteilung neuartiger Füllungsmaterialien einen klinischen Erprobungszeitraum von 5 Jahren als Mindestforderung erhoben. Überträgt man diese Forderung auf die Maryland-Brücke, so ist sie für den bundesdeutschen Bereich mit Sicherheit nicht erfüllt. Inwieweit veröffentlichte klinische Erfahrungen aus anderen Ländern (Japan, USA) an ihre Stelle treten können, ist verbindlich nicht zu beantworten. Nach meiner Meinung ist der Praktiker hierzulande bei der Beurteilung deutscher wissenschaftlicher Veröffentlichungen genauso gut oder schlecht dran, wie bei ausländischen Artikeln. Wissenschaftliche Integrität und kritisches Urteilsvermögen sind nicht nationalitätsgebunden. Ich meine also, daß die woanders gewonnenen Erfahrungen für uns dann ausreichend Hinweise geben, wenn sie in wissenschaft-

lich nachvollziehbarer und sauberer Weise gewonnen und ausgewertet worden sind.
Wie sieht es also dann mit den Erfahrungen aus?
Rechnet man den Vorläufer der Maryland - Brücke, die "Rochette - Brücke" mit in den Erfahrungszeitraum ein, so wird die Schmelz-Ätztechnik für festsitzenden Zahnersatz schon über 10 Jahre angewendet. Die Autoren des oben zitierten Buches hatten selbst 175 solcher Brücken bei 5 Mißerfolgen eingegliedert, bevor sie in Kursen und Vorträgen an die amerikanische Fachöffentlichkeit traten. Mehrere Referenten berichteten auf dem "Midwinter-Meeting" 1983 über teilweise jahrelange Erfahrungen mit zusammen mehreren hundert solcher Brücken. Dies alles ist, im Vergleich zur bekannten Methodik der Brükkenprothetik tatsächlich nichts anderes, als ein breit etabliertes Experiment - die Betrachtung bliebe aber einseitig und damit ungenau, wollte man nicht auch die Risiken der neuen Methode mit in Ansatz bringen und sie mit denen der herkömmlichen vergleichen. Die Risiken der von uns allen angewandten Brückentechnik sind uns in ihrem ganzen Umfang weder bekannt noch bewußt! Kimmel zitiert Veröffentlichungen, aus denen hervorgeht, daß bei Untersuchungen in der Bundesrepublik und den USA 10 % der nachuntersuchten Kronen trepaniert vorgefunden wurden. Das bedeutet, daß ein unbekannter Prozentsatz, mindestens aber ein Zehntel der überkronten Zähne absterben! Über die möglichen parodontalen Schäden, die wir mit herkömmlichen Brücken und Kronen verursachen, sind wir uns alle bewußt und unternehmen mehr oder minder große Anstrengungen, sie in Grenzen zu halten. Die Maryland-Brücke schließt das erste Risiko aus und minimiert das zweite. Die medizinisch-biologischen Risiken der Maryland-Brücke sind gering und bestehen in der Beeinträchtigung der Schmelzqualität durch den Ätzvorgang und dem Verlust einer geringen Menge an Zahnschmelz durch den auch hier notwendigen Vorgang des Beschleifens, wenn auch in sehr geringem Umfang. Das Risiko bei der geklebten Brücke besteht vor allem in der Ablösung von der Schmelzoberfläche. Löst sich eine solche Brücke dabei ganz ab, kann sie wiederbefestigt, neu (und mit besseren Retentionsmöglichkeiten) angefertigt werden und letztlich durch eine konventionelle Brücke ersetzt werden. Fragwürdiger ist es, wenn es über längere Zeiträume zu einer teilweisen Ablösung kommen sollte, was zu ähnlichen Effekten führen muß, wie wir es von losen orthodontischen Bändern kennen. Deshalb empfehlen Renk und Holste (Quintessenz 9/83) auch Nachuntersuchungen in Abständen von 3-6 Monaten. Vergleicht man die Risiken der Maryland-Brücke innerhalb ihres Indikationsbereiches mit denen herkömmlicher Brücken, so reduzieren sie sich auf das wirtschaftliche Risiko, das man mit ihrem möglichen Verlust eingeht. Dies liegt aber wesentlich niedriger, als bei der konventionellen Brücken-

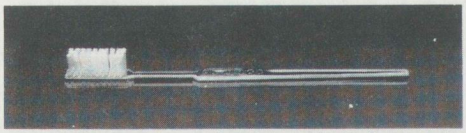
technik, weil Maryland-Brücken wesentlich billiger sein können. Kimmel zieht einen Kostenvergleich zwischen der Versorgung einer oberen Prämolarenlücke (14 oder 24) mit einer MK-Brücke und einer Maryland-Brücke und kommt bei der MK-Brücke auf DM 1.448,45 und bei der Maryland-Brücke unter analogem Ansatz der Positionen 96 a, 98 g/h 2 und 95 a auf Kosten von DM 783,01. Der Unterschied beträgt DM 665,44!

Dies müßte eigentlich den Kassen das Wasser im Munde zusammenlaufen lassen! Man sollte erwarten, daß ihre Spitzenverbände schon eifrig damit beschäftigt wären, Vorschläge für die Abrechenbarkeit von Maryland-Brücken zu erarbeiten, denn selbst bei einer Lebensdauer von 60 % gegenüber konventionellen Brücken, wäre damit schon eine Kostendämpfung erzielt. Weit gefehlt! Nach Informationen aus dem BdO ist die Maryland-Technik noch nicht praxisreif. Vielleicht könnten eine Literaturdokumentation aus dem Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung und ein Signal aus der KZBV hier einige Denk- und Rechenvorgänge in Gang setzen.

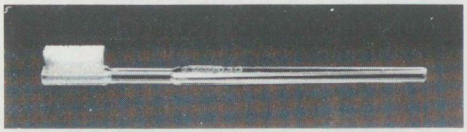
Ich bin der Meinung, daß allein das Prinzip des "non nocere" uns dazu veranlassen muß, die Maryland-Brücke als ernsthaften Konkurrenten der konventionellen Brücken zu betrachten. Es kann nicht angehen, daß eine schonende, mit sehr geringem Risiko behaftete und kostengünstige Methode, festsitzenden Zahnersatz in genau umrissenen Indikationsbereichen herzustellen, den Privatpatienten vorbehalten bleibt! Natürlich würde es zu anfänglich gehäuften Mißerfolgen führen, wenn irgendwann 1984 Maryland-Brücken auf den Heil- und Kostenplänen erscheinen könnten! Schließlich handelt es sich (wie bei den meisten Methoden der Prophylaxe, der Parodontologie) um eine Methodik, die an den Hochschulen noch nicht vermittelt wird. Heute schon versuchen viele Kolleginnen und Kollegen, die - vergleichsweise simple - Methodik der Maryland-Brücke zu erlernen. Das vielbeschworene Verantwortungsbewußtsein der deutschen Zahnärzteschaft reicht meines Erachtens dazu aus, die Einführung der Maryland-Brücke in die Kassenverträge nicht zur Katastrophe werden zu lassen.

Dr. Kai Müller
Hauptstr. 26
8032 Seefeld

Richtige Zahnpflege fängt mit der richtigen Zahnbürste an.

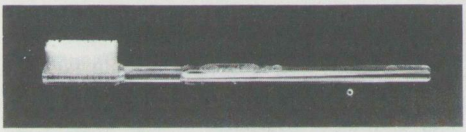


Oral-B 20 Die ideale Zahnbürste für Kinder. Mit 3reihigem Borstenfeld und handlich kurzem Griff.

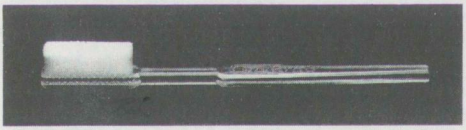


Oral-B 30 Die Zahnbürste für Jugendliche. Mit 3reihigem Borstenfeld auf dem Kurzkopf.

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



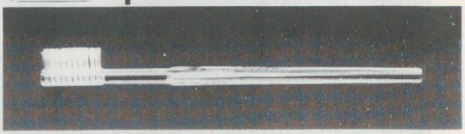
Oral-B 40 Zahnbürste für Erwachsene. Mit 4reihigem Borstenfeld und 1920 Einzelborsten auf dem normalen Kurzkopf.



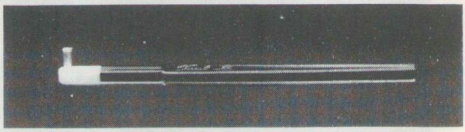
Oral-B 60 Zahnbürste für Erwachsene. Mit 4reihigem Borstenfeld und 2400 Einzelborsten auf großem Kopf. Ideal auch zur Zahnfleischmassage bei Gebißträgern.

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

Oral-B Spezialzahnbürsten



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



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

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

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

Cooper Dental. Wir behandeln Ihre Zähne gut.

Cooper Dental

Cooper Laboratories (Deutschland) GmbH
2908 Friesoythe/6000 Frankfurt

„Angstfreie Kinderbehandlung“

an der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf

Von der Lerntheorie der Behavioristen ausgehend, wird Verhalten in allen Lebensbereichen, auch das Verhalten in der Zahnarztpraxis erlernt. Das erlernte Verhalten kann im einfachsten Fall auf einen bedingten Reflex (Pawlow) zurückgeführt werden, der z.B. beim Wahrnehmen eines Geräusches (Turbine) eine Angstempfindung auslösen kann. Schwerer durchschaubar ist Verhalten, das durch soziale Imitation am Modell oder Vorbild gelernt wird, wie z.B. das Übernehmen einer übertriebenen Angsterwartung von den Eltern. Die gleichen Lernmechanismen kann man sich auch zunutze machen, um eine schon vorhandene Angst abzubauen. So steht Verlernen, Umlernen und Neulernen im Mittelpunkt der Arbeit mit dem Kind. Wichtig ist hierbei vor allem in kleinen Schritten vorzugehen und bisher Erreichtes häufig zu wiederholen. Der Erfolg sollte durch Bestätigung nach dem Belohnungsprinzip gefestigt werden.

Um das Vertrauen des Kindes zu gewinnen und behalten, ist es vor allem wichtig die Persönlichkeit (Souveränität) des Kindes zu respektieren. Die Prämisse, nichts gegen den Willen des Kindes zu unternehmen, darf niemals verletzt werden. Für jeden Behandlungsschritt sollte man von Anfang an feste Regeln aufstellen, deren Einhaltung Grundvoraussetzung für eine mögliche Annäherung zwischen Kind und Behandler ist.

Die Leiterin der Abteilung für Kinderbehandlung in der konservierenden Abteilung der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf, Frau Dr. Siegrid Schäfer, führt bei "nicht behandlungsfähigen" Kindern eine Therapie durch, die aus 6 Sitzungen von ca. 45 Minuten Dauer und einem vorangehenden Gespräch besteht. Die Gruppe besteht im Durchschnitt aus 6 Kindern, wobei eine Differenzierung nach Alter nicht stattfindet. Funktion des Vorgesprächs ist es, eine emotionale Entspannung zu bewirken und somit angstantagonistisch zu wirken.

In den Sitzungen selbst geht es darum, nach und nach die Arbeitsgeräte des Zahnarztes kennenzulernen und an sich selbst und den anderen Gruppenkindern auszuprobieren.

In der 1. Sitzung geht es um Spiegel und Sonde. Die Kinder

bekommen beide Instrumente in die Hand, um selbst auszuprobieren, wie spitz die Sonde z.B. ist. Danach dürfen sie sich gegenseitig damit "untersuchen", wobei auch die Person des Therapeuten nicht ausgeschlossen wird.
Die 2. Sitzung hat den Behandlungsstuhl zum Thema, dessen Funktionen sich in vielfältiger Weise von den Kindern ausprobieren lassen. Hierzu gehören auch Speichelsauger und Luftpüster. Spiegel und Sonde werden von den Kindern am Behandlungsstuhl erneut ausprobiert.
Beim 3. Treffen geht es um die Injektion. Hierfür wird zunächst mit Holzzahnstochern eine dem Einstich mit der Kanüle ähnliche Empfindung ausgelöst, indem sowohl extraoral als auch intraoral damit über die Lippen gestrichen wird und "Punkte" gesetzt werden. Dann wird das gleiche mit einer Kanüle wiederholt, wobei die Kinder diesen Schritt nicht gegenseitig ausprobieren. Mit einer vollständig zusammengesetzten Spritze werden diese Übungen wiederholt. Den Abschluß dieser Sitzung bildet ein "Probepieks", der trocken durchgeführt wird.
Die 4. Sitzung beginnt mit dem trockenen "Probepieks". Danach wird auf Injektionsflüssigkeit übergegangen, wobei selbstverständlich nur geringe Mengen (Teilstriche) injiziert werden. Die Injektionsmenge wird nach und nach gesteigert. Der dabei auftretende Druck läßt sich vorher gut mit einem Beispiel demonstrieren; indem man z.B. den Arm des Kindes entsprechend fest drückt.
In der 5. Sitzung geht es um den "Bohrer", also zunächst um das niedrigtourige Winkelstück. Zu Beginn wird dessen Funktion erklärt und das auftretende Geräusch demonstriert. Auch eine "Probebohrung" am Fingernagel in Form einer Gravur tolerieren die Kinder oft leicht. Am Zahn selbst wird ein "abgezähltes" Bohren durchgeführt, d.h. man vereinbart vorher ein Zeitlimit, das sich auch langsam steigern läßt.
In der letzten Sitzung wird die Turbine ("Wasserbohrer") ausprobiert. Anfangs wird wieder die Funktion erklärt und das Turbinengeräusch demonstriert. Bevor eine Zahnberührung durchgeführt wird, wird das Funktionieren der Turbine nochmals extraoral und intraoral vorgeführt, damit das Kind sich langsam auf Wasser und Geräusch einstellen kann.
Hat ein Kind alle Sitzungen erfolgreich mitgemacht, so wird es im Anschluß von einem für das Kind fremden Zahnarzt/-ärztin der konservierenden Abteilung, also nicht von der bereits bekannten Therapeutin, in einer Sitzung behandelt, um danach in einer "normalen" Praxis weiterbehandelt zu werden.
Die Erfolgsquote liegt nach Angaben von Dr. Schäfer bei 80 %.

(Protokoll Studiengruppe Hamburg)

Dr. Claudia Wohlgemuth
Feldbrunnenstr. 28
2000 Hamburg 13

Viel Geld (Zeit) für Statistik-Pfusch

In der Süddeutschen Zeitung vom 23.04.1982 war eine Kurzmitteilung abgedruckt, wo auf ein Referat von Prof. Schlegel Bezug genommen wurde, in dem dieser darstellt, daß die Behandlungsbedürftigkeit von Schulkindern an Karies in den letzten 10 Jahren von 70 % auf 40 % zurückgegangen sei.
Diese erstaunliche Zahl veranlaßt uns, Prof. Schlegel um eine Quellenangabe zu bitten. Dabei teilte uns Prof. Schlegel mit, daß seine Zahlen auf Angaben des Kollegen Wünschmann aus Bayreuth beruhen.
Auf zwei Briefe mit gezielten Fragen an Kollegen Wünschmann entgegnete dieser, ohne auf Einzelfragen einzugehen, eine Abnahme der Behandlungsbedürftigkeit von 70 % auf 40 % sei sicher nicht richtig und beruhe nicht auf seinen Angaben. Es sei aber ein Rückgang zu verzeichnen gewesen von 44,9 % auf 41,6 % während der letzten 10 Jahre, was ja auch zu erwarten gewesen sei aufgrund der vielfältigen und intensiven Bemühungen der Jugendzahnärzte im bayerischen Raum; dabei haben zweifellos eine überragende Rolle die beiden Preisausschreiben zur Zahngesundheit bzw. Saniertheit der Kinder gespielt, die einen enormen Zuspruch von seiten der Kinder verzeichnen konnten, nämlich jeweils über eine halbe Million Einsendungen. In diesen Preisausschreiben mußten die Kinder eine Bestätigung ihres Zahnarztes bringen, daß sie entweder zahngesunde Zähne hatten oder saniert waren.
Aus seiner eigenen Praxis berichtet Kollege Wünschmann, daß Kinder mit total zerstörten Gebissen heute wirklich die Ausnahme seien, was vor 15 bis 20 Jahren noch durchaus nicht der Fall gewesen war.
Gleichzeitig zur Korrespondenz mit Dr. Wünschmann forderten wir vom Bayer. Statistischen Landesamt die Zahlen über Schuluntersuchungen an, welche wir auch bekamen.
Die Auswertung dieser Bögen ergab, daß die Behandlungsbedürftigkeit wegen Karies in den letzten zwei Jahrzehnten um jeweils 10 % zurückgegangen ist, von 63 % auf 53 % zu 43 %; die davon getrennt aufgeführte Behandlungsbedürftigkeit an Karies plus Kieferorthopädie nahm derzeit von 80 % auf 62 % ab.
Daß diese Zahlen der Realität entsprechen, wird jedem Kollegen aufgrund seiner eigenen Erfahrungen fraglich erscheinen.
Unsere Erklärung hierfür: Es bestehen keine einheitlichen Richtlinien zur statistischen Auswertung der Munduntersuchungen bei Kindern. Die Folge davon ist, daß ein Teil der Untersucher Milch- und blei-

bende Zähne gemeinsam auswertet, ein anderer Teil nur die Milchzähne und eine dritte Gruppe nur die bleibenden Zähne beachtet. Überdies ist die Beurteilung von gesunden bzw. kariösen Zähnen je nach Untersucher sehr unterschiedlich.

Man darf getrost behaupten, daß derartige statistische Untersuchungen keinem wissenschaftlichen Anspruch standhalten und niemandem nützen.

Die aufgewendete Zeit in Mundhygieneaufklärung bei Kindern investiert, wäre sicherlich besser angebracht.

Eine ähnliche Untersuchung vor einigen Jahren zeigte, daß die Behandlungsbedürftigkeit von Schulkindern an Kieferorthopädie in der Stadt 56 % sei, am Land dagegen nur 10 %.

Der Sinnlosigkeit derart dilettantischer Untersuchungen setzt die offizielle Auswertung die Krone auf: Das Ergebnis belege die erfolgreichen Bemühungen der Jugendzahnärzte am Land!

Wir meinen: Es belegt das Fehlen jeglichen wissenschaftlichen Ansatzes derartiger statistischer Untersuchungen. Freilich können wir auf fundierte epidemiologische Daten nicht verzichten und wo ein Jugendzahnärztlicher Dienst tätig ist, muß auch ein Effizienznachweis gegeben sein.

Wenn jedoch statistische Ergebnisse derart widersprüchlich und unzuverlässig sind, führen sie sich ad absurdum.

Anstatt wie bisher bei allen Schulkindern oberflächlich Löcher zu zählen und diese ungenauen Ergebnisse zur Basis von Planungen zu machen, schlagen wir vor, nur eine kleine Zahl von Untersuchern zur statistischen Evaluierung einzusetzen.

Bei repräsentativer Auswahl reicht eine relativ geringe Anzahl von Kindern aus zur Erzielung verwertbarer Ergebnisse. Die dazu erforderlichen Untersucher wären somit leichter "kalibrierbar", d.h. im Hinblick auf die Befundsaufnahme aufeinander abzustimmen. Trotzdem sollten bei kariesepidemiologischen Studien häufig Doppeluntersuchungen stattfinden, um etwaige Fehler bei der Befundaufnahme zu reduzieren.

Selbstverständlich ist der Untersuchungsgegenstand exakt zu definieren: Sollen zum Beispiel alle Zähne einbezogen werden, nur bleibende, oder nur Milchzähne; sollen Läsionen pro Zahn gewertet werden, oder pro Zahnfläche usw.

Auf diesen Grundlagen erzielte Ergebnisse sind weit aussagekräftiger als die bisherige Massenstatistik.

Außerdem werden dadurch personelle Kapazitäten frei, die weit sinnvoller für Mundhygieneunterweisungen an Schulen einzusetzen sind - wie wir es seit langem fordern.

... wird fortgesetzt

Dr. Armin Maurer
Waxensteinstr. 37
8000 München 70

Endodontie: Die Infektion des Periapex

Der in der Endodontie tätige Zahnarzt benötigt genaue Kenntnisse der Anatomie der Zähne. Besondere Bedeutung hat hierbei die Anatomie des Wurzelapex.
Ich unterscheide hier drei wichtige Punkte (Abb. 1):
1. Röntgenologischer Apex, Foramen anatomicum,
2. Foramen apikale, Eintrittsstelle des Gefäßnervenbündels in die Pulpa,
3. Foramen physiologicum, apikale Dentin-Zement-Grenze.

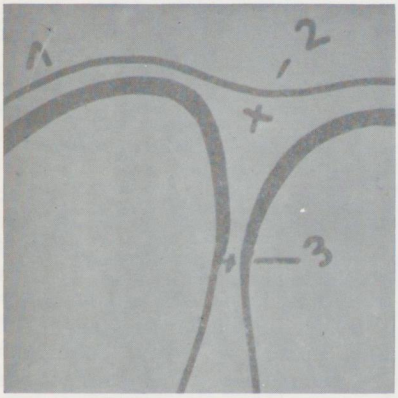


Abb. 1
Anatomie des Wurzelapex
1. Röntgenologischer Apex, Foramen anatomicum
2. Foramen apikale
3. Foramen physiologicum, apikale Dentin-Zement-Grenze

Diese drei Punkte haben folgende Distanzen:
Foramen physiologicum - Foramen apikale 0,7 mm
Foramen apikale - Foramen anatomicum 0,3 mm
Diese Werte ergeben sich aus den Untersuchungen an extrahierten Zähnen von Chapman (1969), Burke (1968) und Pineda und Kuttler (1973).
Bei einer Gangrän sind der Hauptkanal, das kanalnahe Dentin, die Seitenkanälchen und der Zement zwischen Foramen anatomicum und Foramen physiologicum infiziert. Bei einer Gangrän in einem Wurzelkanal erfolgt immer eine Infektion des Periapex, Schroeder (1981) (Abb. 2).

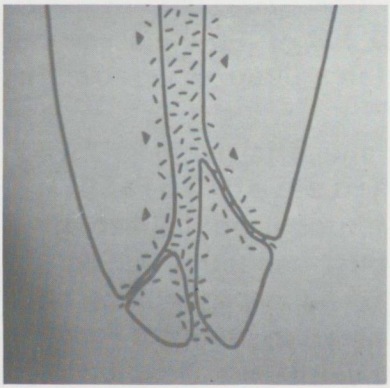


Abb. 2
Ausdehnung der Infektion bei einer Gangrän

Reaktionen auf die Infektion des Periapex

Ich unterscheide hier mit Hilfe des Vitalitätstests und des Röntgenbefunds drei Reaktionen:

1. Keine oder wenig Reaktion der lokalen Umgebung. Der CO_2-Test ist negativ und es gibt keine Transluzenz auf dem Röntgenbild. Die Diagnosesicherung erfolgt durch die Trepanation des Zahnes (Gangrängeruch). Diese Zähne kommen bei Vorliegen einer Herderkrankung als Fokus in Betracht.

2. Parodontitis apicalis chronica. Der Körper reagiert auf die Entzündungsreize aus dem Wurzelkanal mit der Bildung von Granulationsgewebe (solides Granulom). Das Röntgenbild zeigt eine apikale Transluzenz. Der CO_2-Test ist negativ.

3. Radikuläre Zyste. Die im Desmodont liegenden Malassezschen Epithelreste bilden durch Entzündungsreize aus dem Wurzelkanal eine radikuläre Zyste (Siegmund und Weber, 1926).

Die genaue Diagnose dieser drei Erkrankungen des Periapex ist nur bei Vorliegen von Zystenflüssigkeit oder histologisch möglich. Das Röntgenbild allein erlaubt diese Diagnose nicht (Morse und Mitarbeiter, 1973). Bei einer Beseitigung der Infektionsnoxen aus dem Wurzelkanal durch eine konservative endodontische Behandlung, an deren Ende eine Wurzelkanalfüllung bis zum Foramen anatomicum (Abb. 3), einschließlich Seitenkanäle, steht, erfolgt eine Abheilung unter Knochenneubildung der

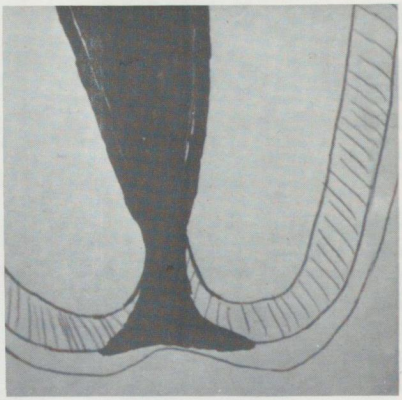


Abb. 3
Ausdehnung der Wurzelfüllung nach einer Gangränbehandlung

oben genannten drei periapikalen Läsionen (Schröder, 1981, Guldener, 1982, Großmann, 1981, Pecchioni, 1982). Der Periapex gilt dann als abgeheilt, wenn der Zahn nicht perkussionsempfindlich ist und der apikale Parodontalspalt auf dem Röntgenbild dieselbe Breite wie ein vitaler Zahn aufweist (Sauerwein, 1976).

Fallbeispiel

Patientin G. K., 35 Jahre, sucht mich am 24.7.81 in der Praxis auf, mit der Bitte um Behandlung des Zahnes 23, da der Zahn "dunkler" werde. Nach einer Röntgenaufnahme habe ich den Zahn trepaniert und ihn dem Röntgenbild entsprechend 25 mm bis zur Iso-Größe 60 aufbereitet. Nach flüssiger Desinfektion und Trocknung füllte ich den Kanal mit einem Lentulo mit Ledermixpaste (Triamcinolon und Demethylchlorterracyclin) nach dem Vorschlag von Schroeder (Bern) bis in den apikalen Bereich

ab. Die Weiterbehandlung erfolgte am 27.7.81 mit einer Meßaufnahme (Abb. 4), Kerrbohrer Größe 60 mit der Meßlänge 25 mm.

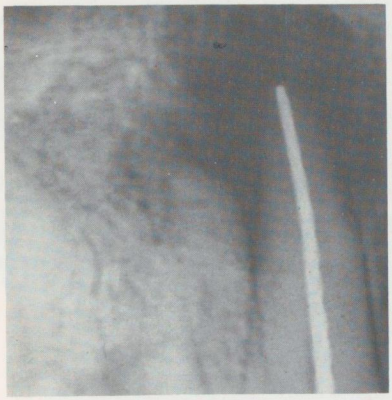


Abb. 4
Patient G. K. 27.7.81 Zahn 23 Meßaufnahme, Kerrbohrer Größe 60

Die Aufnahme zeigt eine apikale Transluzenz von 7 mm. Nach Desinfektion und Trocknung habe ich den Kanal mit Hilfe eines maschinengetriebenen Lentulos mit der von Dietz (1981) empfohlenen Gangraena-Merz®-Paste (Calciumhydroxid Präp.) bis zum röntgenologischen Apex abgefüllt. Zusätzlich habe ich den Kanal mit einer Guttaperchaspitze Größe 60, Länge 23 mm abgedichtet. Das Guttapercha blieb unkondensiert. Die erste Kontrolle am 31.3.82 (Abb. 5) zeigt eine Verkleinerung der Transluzenz mit Knochenneubildung. Die Kontrollaufnahme am 29.3.83 (Abb. 6) ergab eine vollständige Knochenneubildung. Die Kriterien von Sauerwein (1976) sind fast erfüllt.

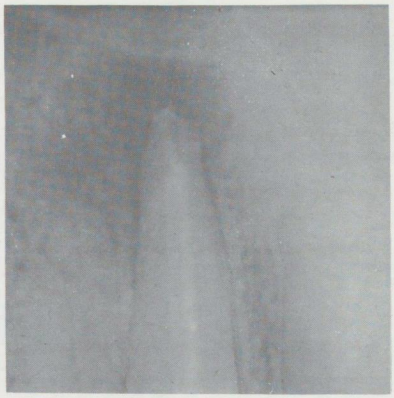


Abb. 5
G. K. 31.3.82 Zahn 23, Kontrollaufnahme

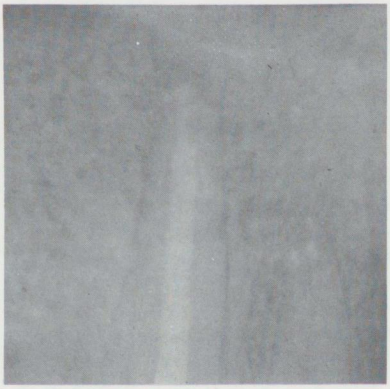


Abb. 6
G. K. 29.3.83 Zahn 23 Kontrollaufnahme

Zusammenfassung
Die Reaktionen des Körpers auf die Infektionen des Periapex können konservativ endodontisch mit Erfolg behandelt werden. Die mit dem Heilungsprozeß verbundene Knochenneubildung ergibt einen erheblichen Vorteil gegenüber der Wurzelspitzenresektion.
Voraussetzung für die konservative Endodontie sind gut aufbereitbare Kanäle und eine dichte Wurzelfüllung bis zum Foramen anatomicum.

LITERATUR

Burke, J. H.: U.S. Navy Medicals News Letter, 1968
Chapman, C. E.: J. Brit. Endodont. Soc., 1969
Dietz, G.: Moderne Endodontie in der täglichen Praxis, 1981
Grossman, I.: Endodontic Practice, 1981
Guldener, P./Langeland, K.: Endodontologie, 1982
Pecchioni, A.: Die Wurzelkanalbehandlung, 1982
Pineda, F./Kuttler, Y.: Oral. Surg. Nr. 33, 1972
Schroeder, A.: Endodontie, 1981
Sauerwein, E.: Zahnerhaltungskunde, 3. Auflage, 1976

Dr. Heinz Wichert
Unter Bahnhofstr. 25
8034 Germering

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

Auf der DAZ-Jahreshauptversammlung vom 02.10.1983 in Berlin wurden gewählt:

Dr. Gerd Ebenbeck, Regensburg, zum 1. Vorsitzenden des DAZ
Dr. Steffen Wander, München, zum Geschäftsführer
Dr. Kai Müller, Seefeld, und Dr. Claudia Wohlgemuth, Hamburg, zu stellvertretenden Vorsitzenden des DAZ.

DAZ-Versammlung für Berliner Kollegen

Die am 01.10.1983 in Berlin durchgeführte standespolitische Versammlung des DAZ war außerordentlich gut besucht und führte zur Gründung der "Studiengruppe Berlin".

Kontaktadresse:
Dr. Norbert Franke u. Dr. Detlef Burt
Goerzallee 55, 1000 Berlin 45
Tel: 030/8337880 bzw. 030/8332119

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

SIEMENS

Alles aus einer Hand

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

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

Postkarte bitte an eines der aufgeführten Dental-Depots.

Ihr Siemens-Dental-Depot: Partner für die Praxis

8500 Nürnberg
Frauentorgraben 61
Telefon 0911/209271-74

8580 Bayreuth
Telemannstraße 1
Telefon 0921/69644

8400 Regensburg
Kumpfmühler Straße 65
Telefon 0941/97198

Wir wollen diesen beiden Herren

die Zähne ziehen!

Dazu brauchen wir Ihre Unterstützung

Hans-Georg Rauch

Die wahnwitzige Über-Rüstung der beiden Supermächte macht den Frieden nicht sicherer. Sondern den Atomkrieg immer wahrscheinlicher. Einen Atomkrieg wird weder Europa noch die Welt überleben. Deshalb müssen wir alle für den Frieden arbeiten. Werden Sie Mitglied im Forschungsinstitut für Friedenspolitik. Das von Alfred Mechtersheimer geleitete, unabhängige Institut analysiert Kriegsursachen, entwickelt konkrete Alternativen zur amtlichen Rüstungs- und Sicherheitspolitik, und trägt zur Versachlichung der Friedensdiskussion bei.

Das Institut ist in Selbstorganisation aufgebaut worden, arbeitet ohne staatliche Unterstützung und ist gemeinnützig.
Der monatliche Informationsdienst MEDIATUS, den unsere Mitglieder kostenlos erhalten, ist immer mehr zur unentbehrlichen Argumentationshilfe innerhalb und außerhalb der Friedensbewegung geworden.
Der Mindestbeitrag: DM 100,– p. a.

✂

○ *Ich möchte förderndes Mitglied mit einem Jahresbeitrag von DM _____ werden.*

○ *Bitte sagen Sie mir, wie ich für den Frieden arbeiten könnte.*

Name _____

Adresse _____

Forschungsinstitut für Friedenspolitik e.V. **Dr. Alfred Mechtersheimer Uhdestraße 2, 8130 Starnberg** **Den Frieden gibt es nicht geschenkt.**

Europa – Nukleares Schlachtfeld oder Kontinent des Friedens

Kriegsgefahr aus der Rüstung

Die "Nachrüstung" ist zur Gretchenfrage der Sicherheits- und Friedenspolitik geworden. Und das zu Recht; denn die Stationierung der neuen amerikanischen Atomwaffen in Westeuropa hängt eng mit der Frage zusammen, ob und auf welche Weise in Europa ein Krieg entstehen könnte.

Nach herkömmlicher Vorstellung wird der Friede in Europa durch sowjetische Angriffsabsichten bedroht. Die Fixierung auf "den Russen" als dem Feind Deutschlands und der Bundesrepublik gehört zur unbewältigten Vergangenheit und Gegenwart. Feindbilder haben nach wie vor eine verführerische Wirkung, weil Menschen, ob in der Kleingruppe oder als Staatsvolk, dazu tendieren, die Schuld für interne Probleme nach außen zu projizieren oder durch solche Projektionen versuchen, Schwierigkeiten erst gar nicht aufkommen zu lassen.

Nach nüchterner Beurteilung der sowjetischen Geschichte ist die These begründet, daß die Führung der UdSSR keine militärischen Abenteuer unternehmen wird, wenn diesen ein nennenswertes Risiko anhaftet. Die sowjetische Invasion in Afghanistan ist kein Gegenargument, denn dieses Land verfügt nicht über jene Verteidigungsmöglichkeiten, die für Westeuropa auch künftig unverzichtbar sind.

Kriegsgefahr besteht in Europa aber auch ohne Angriffsabsicht, weil dem nuklearen Abschreckungssystem ein Selbstzündungsmechanismus innewohnt. Gemeint ist damit nicht die Gefahr einer nuklearen Katastrophe infolge eines Computerfehlers, - dieses Risiko besteht ohnehin. Es ist die Angst vor dem Einsatz der gegnerischen Raketen. Das heißt, die eine Seite ist zum Einsatz ihrer Raketen bereit, nicht aus Angriffslust, sondern aus Sorge, sie könnte sie sonst durch einen präventiven Angriff der anderen Seite verlieren. Schließlich können die USA und die Sowjetunion die eigenen Raketen nur dann verwenden und sich vor den gegnerischen nur dann schützen, wenn sie früher feuern als der andere. Wer verwundbare Waffen besitzt - und das sind landge-

stützte Raketen wie die Pershings immer - steht in einer Krise unter dem Druck, nach dem schrecklichen Motto zu handeln: "use or loose them!"

Es sind legitime amerikanische Interessen, die die Idee von einem auf Europa begrenzbaren Nuklearkrieg zu einem durchgeplanten Konzept gemacht haben. Schließlich ist es die Amtspflicht des amerikanischen Präsidenten, alles zu tun, um einen Krieg vom eigenen Land fernzuhalten. Die Folge ist die "Europäisierung" des Nuklearkriegs-Risikos. Dies ist durch die Stationierung der Nachrüstungswaffen keine bloße Theorie mehr. Weil auch die Sowjetunion an einer Begrenzung eines Atomkrieges und nicht an dessen Ausweitung interessiert sein muß, wird sie diesem Trend folgen, sobald sie technisch dazu in der Lage ist. Die SS-20 ist dafür noch nicht tauglich, weil sie nicht über die Technik des nachsteuerbaren Endanflugs verfügt, die die Pershing II von allen bisherigen Raketen unterscheidet.

Die Illusion von der Souveränität

Viele Anhänger der Friedensbewegung, und nicht nur diese, fürchten, Deutschland müsse noch einmal für den Zweiten Weltkrieg büßen, und zwar dann, wenn es zum nuklearen Schlachtfeld der Supermächte werden würde. Die Teilung Europas und Deutschlands, sowie die gewaltige Anhäufung der Vernichtungspotentiale durch die beiden großen Sieger von 1945 sind in der Tat eine unmittelbare Folge des Zweiten Weltkrieges. Deshalb ist eine Veränderung der kriegsträchtigen Lage in Europa nur im Rahmen eines langfristigen Konzepts möglich, das sich die Veränderung der in Jalta grundgelegten bipolaren Blockstruktur zum Ziel setzt. Ein zerrissener Kontinent kann nicht Grundlage einer wirklichen europäischen Friedensordnung sein. Auch die Stationierung von fremden Truppen ist eher ein Symptom für Krieg als für Frieden, jedenfalls nicht Kennzeichen einer Staatenwelt, die nach den Prinzipien von Souveränität und Selbstbestimmung organisiert ist. Wenn heute die Absurdität, daß in beiden deutschen Staaten jeweils mehr fremde als eigene Truppen stehen, als Normalzustand begriffen wird, dann zeigt dies, wie weit die Blockrealität auch das Denken deformiert hat.

Mit dieser Realität können die Deutschen wohl nur leben, wenn sie sich in Illusionen flüchten. Die größte ist die Vorstellung, die Bundesrepublik sei ein souveränes Land. Die Entscheidungskompetenz zum Einsatz der in der Bundesrepublik befindlichen amerikanischen Nuklearwaffen liegt nicht bei deutschen Verfassungsorganen. Es gibt noch nicht einmal ein sogenanntes Zwei-Schlüssel-System; die Entscheidung liegt entweder ausschließlich bei nationalen US-Dienststellen oder bei NATO-Behörden, die gegen amerikanischen Willen nicht entscheiden können. Ein deutsches

Vetorecht gibt es nicht. Angesichts eines drohenden Nuklearkrieges ist von der Supermacht USA nicht zu erwarten, daß sie die Entscheidung über ihre nationale Existenz von einem komplizierten Konsultationsmechanismus abhängig machen.

Ausbeutung der Zukunft

Die Friedensbewegung rührt an den Fundamenten der europäischen Nachkriegsordnung. Dies zeigt sich auch an der wiederbelebten Debatte über die nationale Frage. Begriffe wie Wiedervereinigung, neutrales Deutschland haben Konjunktur, ohne daß die amtliche Politik solche Vorstellungen zum Thema gemacht hätte. Offenkundig handelt es sich um schwer zu bestimmende neue Ideen von unten, die früher etwa in den Arbeiter- und Befreiungsbewegungen die Geschichte stärker geprägt haben als einzelne Staatsmänner dies je vermochten.

Es kommt nicht von ungefähr, daß die Fragen sowohl nach der atomaren als auch der ökologischen Bedrohung gerade jetzt akut werden. Die Sinnfrage nach der menschlichen und politischen Existenz kann nämlich durch die Fixierung auf das Wirtschaftswachstum heute nicht mehr verdrängt werden, - weil es dieses kaum noch gibt. Die in Bonn betriebene Politik ist auf Politikverwaltung reduziert. Gestalterische Politik findet kaum statt. Werte wie Heimat, Solidarität oder Humanismus beeinflussen das praktische Handeln der Politiker nicht erkennbar. Der Vertrauensverlust wird nicht zuletzt deshalb größer, weil dem Bürger Zukunftssicherheit nicht vermittelt wird. Es verbreitet sich die Erkenntnis, Wirtschaftspolitik und Sicherheitspolitik werden wegen der ökologischen und atomaren Risiken auf Kosten der nächsten Generation betrieben. Es gibt eine neue Form von Ausbeutung: die Ausbeutung der Zukunft. Eine Gesellschaft, in der sich Zukunftsangst ausbreitet, hat keine Zukunft.

Schritte zu einem neuen Europa

Es ist schwer zu prognostizieren, wie sich die deutsche Politik entwickeln wird; gewiß ist nur, daß sich Kräfte regen, die den seit vier Jahrzehnten bestehenden außenpolitischen Zustand verändern werden. Solche Veränderungen bergen Risiken, weil sie mit Instabilität verbunden sind.

Folgende konkrete Schritte könnten die Unwägbarkeiten eines historisch notwendig gewordenen Wandels der deutschen Außenpolitik erheblich mindern:

1. Umrüstung der Bundeswehr auf eine Heimatverteidigungsarmee ohne Massenvernichtungs- und Angriffswaffen.
2. Verweigerung der Nachrüstung bei atomaren und chemischen Waffen.
3. Abbau der Atomwaffen auf deutschem Boden im Rahmen einer europäischen atomwaffenfreien Zone, wobei mit jenen Waffen zu beginnen ist, die einen begrenzten Atomkrieg möglich machen.

4. Kompetenzbeschränkung der beiden Militärbündnisse mit dem Ziel, den Einfluß der beiden Supermächte auf ihre jeweiligen Verbündeten aufzubauen.
5. Beiderseitige Reduktion der Truppen von Sowjetunion und USA auf dem Territorium der beiden deutschen Staaten.
6. Stärkung der Souveränität der Bundesrepublik durch neue völkerrechtliche Vereinbarungen.
7. Verstärkung der gesamteuropäischen ökonomischen und kulturellen Kooperation.
8. Intensivierung der politischen und ökonomischen Zusammenarbeit mit Regionen und Ländern, die ebenfalls nach Emanzipation von den Supermächten streben.
9. Aussöhnung mit den Völkern Osteuropas und Abbau von Feindbildern, insbesondere zwischen Deutschen und Russen.
10. Förderung einer innergesellschaftlichen Friedenskultur, ohne die keine wirkliche Friedenspolitik möglich ist.

Es ist die Aufgabe von gesellschaftlichen Kräften und unabhängiger Wissenschaft, wie Friedensbewegung und Friedensforschung, derartige Entwicklungen frühzeitig zu diskutieren und gedanklich vorzubereiten. In diesem Sinne macht das private "Forschungsinstitut für Friedenspolitik" in Starnberg seinen wachsenden Einfluß geltend. Die Perspektive von einem Europa als einem Kontinent des Friedens, der einen Beitrag zur Linderung des kriegsträchtigen Konflikts zwischen den beiden Supermächten leisten kann, wird nur dann eine Chance haben, wenn das durch Hitler und den Kalten Krieg verdorbene Verhältnis zwischen Deutschland und der Sowjetunion grundsätzlich verbessert wird und eine Aussöhnung stattfindet, ohne daß die freundschaftlichen Beziehungen zu den Völkern der westlichen Demokratien gefährdet werden.

Dr. Alfred Mechtersheimer

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

"Effizienzkontrolle - Ein Reizwort, wie Dr. Pillwein zwar einstufte, dennoch ein Problem, das sowohl innerhalb der Zahnärzteschaft (DAZ) als auch außerhalb (WIdO, Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen) in zunehmender Weise diskutiert würde; ein Vorgang, der in Amerika, wenn auch unter ganz anderen Voraussetzungen in Teilen schon praktiziert werde. Dr. Pillwein ist klar der Meinung, dieses Thema besser von sich selbst aus aufzugreifen und Vorschläge zu machen als zu warten, bis Lösungen von draußen der Zahnärzteschaft oktroyiert würden. ..."

BZB 11/83, S. 34

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

Betrifft: EINLADUNGEN ZU DEN STUDIEN-
GRUPPENSITZUNGEN

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

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

- Studiengruppe Regensburg
  Dr. Jürgen Heidtkamp
  Sedanstr. 18, 8400 Regensburg
  Tel.: 09 41 / 56 05 62

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

- Studiengruppe Berlin
  Dr. N. Franke, Dr. D. Burt
  Goerzallee 55, 1000 Berlin 45
  Tel.: 8 33 78 80 bzw. 8 33 21 19

- Studiengruppe Schwarzwald
  Dr. Peter Macher
  Hauptstr. 77, 7590 Achern
  Tel.: 0 78 41 / 2 49 02

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

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

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

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

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

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

Ich erkläre meinen Beitritt zum Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde ab .....

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

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

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

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

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

Name: ..... Vorname: .....

geb.: .....

Straße: ..... Wohnort: .....

Tel.: .....

Berufl. Stellung bzw. Arbeitgeber: .....

Unterschrift: .....