

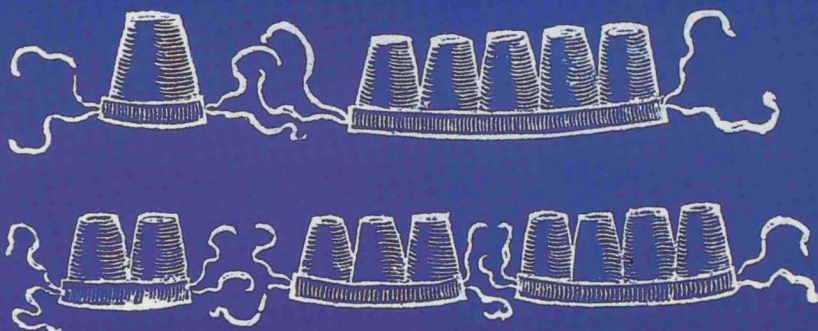
58

**von Zahnärzten für Zahnärzte**  
Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde

**DAZ**  
**forum**

16. Jahrgang 3. Quartal 1997 Herausgeber DAZ, Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde  
im NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands

*Figur der gemachten / vnd in der verlohrenen Lük-  
cken eingefeste Zähne.*



Epithetik:  
**Dem Leben wieder ins  
Gesicht sehen**

**60.000DM Schmerzensgeld  
für eine mißglückte  
Gerüsteinprobe**

**„Mörderisches Gold“ ...**

**Studieren mit Kind**

**Gefährliche Allianz von  
mißbräuchlichem  
Medizin-Marketing und  
Alternativ-Medizin**

Interview mit  
Prof. Dr. H.J. Staehle

DAZ im NAV-Virchow-Bund,  
Belfortstr.9, 50668 Köln  
Postvertriebsstück: Entgelt bezahlt G8845



# 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**

Wenn Sie\*

mit Ihrer

Krankenversicherung

zufrieden sind,

bleiben Sie

wo Sie sind.

Andernfalls

02 21/16 36-14 49

\*Zahnärztin/-arzt

 **CENTRAL**  
KRANKENVERSICHERUNG AG

50593 Köln • <http://www.ckv.de>

# Inhalt

---

<b>Standespolitik</b>	<i>Editorial</i> Depressionen	2
	<b>Interview:</b> Gefährliche Allianz von mißbräuchlichem Medizin-Marketing und Alternativ-Medizin	4
	Programm der DAZ-Jahrestagung	10
	Wir nehmen auch Blumen...	19
<b>Junges forum</b>	Studieren mit Kind?	21
<b>Juristische Streitfälle</b>	60.000 DM Schmerzensgeld	27
	Abgezockt	29
<b>Epithetik</b>	Dem Leben wieder ins Gesicht sehen	33
<b>Ganzheitliche Zahnmedizin</b>	„Mörderisches Gold...“	50
<b>Buchbesprechungen</b>		60
<b>Prophylaxe</b>	Schweizer Jugend fast ohne Amalgam...	65
	Protest gegen peinliche Preisverleihung	68
	Empfehlungen zum Einsatz von Fluoriden	68
	Wann ist IP erfolgreich?	69
<b>Psychologie</b>	Angst-ein Problem für Patienten und Behandler	73
<b>Termine</b>		84
<b>Der DAZ stellt sich vor</b>		85
<b>Impressum</b>		86

---

## Editorial

# Depressionen

Am 1. Juli 1997 ist das zweite GKV-Neuordnungsgesetz in Kraft getreten. Trotz langer Vorbereitungszeit sind die konkreten Durchführungsbestimmungen und Richtlinien bis heute nicht vollständig bekannt. Sie werden zum Teil erst Ende des Jahres schwarz auf weiß vorliegen und dann Sicherheit über die Auswirkungen für Zahnärzte und Patienten geben. Die aktuellen Zahlen über die Inanspruchnahme von Zahnersatzleistungen im ersten Halbjahr 1997 weisen darauf hin, daß sich Deutschlands Patienten auf das 2. NOG mit vorgezogenen Versorgungsleistungen vorbereitet haben. Überproportionale Ausgaben für Zahnersatz um 25% sprechen für sich. Die "neue Freiheit" des Zahnarzt-Patienten-Verhältnisses mit Direktabrechnung und Erstattung von Festzuschüssen durch die Krankenkassen scheint dem Vertragszahnarzt heute noch unsicher. Die Perspektive gilt offenbar nicht als so attraktiv, daß man Planung und Durchführung von prothetischen Leistungen erst unter den neuen Bedingungen des 2. NOG in Angriff nimmt.

Die Frage, ob Patienten unter den veränderten Bedingungen weniger Zahnersatzleistungen in Anspruch nehmen werden, beschäftigt die Gemüter. Mit Inkrafttreten des 2. NOG reduzieren sich die bisherigen IP-Leistungen innerhalb des Sachleistungskataloges auf die Altersgruppe der 6 -18 Jährigen. Wie der Anspruch auf individualprophylaktische

Leistungen für über 18 Jährige mit "Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahlsenkung" erfüllt wird, steht aber noch nicht fest.

Eine weitere Änderung im neuen Gesundheitsreformgesetz läßt besonders bei den Ärzten die Wogen hoch schlagen und läßt uns fast resignieren. Unter dem Passus "Qualitätssicherung der vertragsärztlichen Versorgung" wird im §135 des SGB V geregelt, daß neue medizinische Verfahren nur dann von den Krankenkassen bezahlt werden können, wenn ihre Wirksamkeit "nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse" anerkannt ist. Durch das Hinzufügen der Worte "in der jeweiligen Therapierichtung" wird nun den sogenannten Alternativmedizinern der Zugriff auf Krankenkassengelder ermöglicht, was ihre zahnärztlichen Gesinnungsgenossen weit von sich weisen (siehe S. 50ff).

Bedenkt man die gesetzlichen Veränderungen einschließlich des Beitragsentlastungsgesetzes, mit der Ausgrenzung der nach dem 31.12.1978 Geborenen von jeglichem Zuschuß für spätere Zahnersatzleistungen (wenn sie durch Karies verursacht werden), dann kommen ergebliche Zweifel am sinnvollen Einsatz der Mittel aus dem Solidartopf der gesetzlichen Krankenversicherung auf. Sollen medizinisch notwendige und wissenschaftlich nachgewiesene Maßnahmen zur Gesunderhaltung als "Luxus"

deklariert und von den Patienten selbst bezahlt werden, um den Weg zur Finanzierung umstrittener und unwirksamer Heilmethoden freizumachen?

Die Konsequenz dieser Kette von gesetzlichen Veränderungen hat im zahnmedizinischen Bereich dazu geführt, daß ab 1.7.97 die kunststoffverblendete Krone die "Regelleistung" darstellt, obwohl seit Jahren kein Zahnarzt mehr seinen Patienten diese überholte Technologie anzubieten gewagt hat.

Wird die Aufwertung der "Glaubensmedizin" dazu führen, daß wir die rotierenden Instrumente beiseite legen und demnächst nur noch mit Schmelzmes-ser und Excavator arbeiten - adäquat

zum Mediziner, der die Hand auflegt? Nicht wissenschaftliche Erkenntnis, gesundheitspolitische oder gar sozialpolitisch ausgewogene Konzepte stellen das Gerüst der Veränderungen in der GKV dar, sondern Nachgeben vor mächtigen Lobby-Interessen und Medienwirksamkeit (siehe auch S.4ff).

In unserem ehemals vorbildlichen Sozialversicherungssystem wird vermutlich bald die Depression auf Grund der nicht versorgten Frontzahnbrücke durch von der Kasse bezahlte Bioresonanztherapie oder Akupunktur beim Heilpraktiker behandelt!

*Dr. Annette Bellmann  
stellvertr. DAZ-Vorsitzende*

## Aufruf

Der Ausschluß der nach dem 1.1.79 Geborenen aus dem Leistungsanspruch für Zahnersatz ist nicht nur fachlich durch nichts zu rechtfertigen und unsozial, er ist auch verfassungswidrig.

Die betroffenen Patienten - jedes Jahr ein Jahrgang mehr - sind Opfer der Ausgrenzungsideologie und Selbstbedienungsmentalität von Zahnärzten und sogenannten Gesundheitspolitikern, die ihre Kassen auf Kosten derjenigen sanieren, die sich am wenigsten wehren können.

Der DAZ kann und will nicht darauf warten, daß eine andere Regierungsmehrheit in Bonn diesen skandalösen Gesetzesabschnitt wieder rückgängig macht und wird die Verfassungswidrigkeit vom dafür zuständigen Gericht überprüfen lassen.

Diesen Prozeß kann jedoch nur ein betroffener Patient selbst führen. Wir rufen darum Kolleginnen und Kollegen auf, uns bei der Suche nach einem oder mehreren Betroffenen zu helfen, die wir fachlich und / oder juristisch unterstützen wollen.

Bitte setzen Sie sich mit der DAZ-Geschäftsstelle in Köln in Verbindung.

**DAZ-Geschäftsstelle Frau Berger-Orsag  
Belfortstraße 9 50668 Köln  
Tel. 0221-97300545, Fax 0221-7391239**

# Gefährliche Allianz von mißbräuchlichem Medizin-Marketing und Alternativ-Medizin

Forum-Gespräch mit Prof. H. J. Staehle, Heidelberg

*Für die diesjährige DAZ-Jahrestagung am 3. Oktober in Berlin haben wir mit Prof. Dr. Hans Jörg Staehle einen Referenten gewinnen können, der wie kein anderer in der gegenwärtigen Lage fachliche Kompetenz und Integrität mit dem Mut verbindet, den Finger in die Wunden zu legen, die sich die Zahnärzteschaft in den letzten Jahren selbst beigebracht hat. Mut vor allem deswegen, weil er dabei nicht nur Roß und Reiter nennt, sondern auch konkrete Verbesserungsvorschläge unterbreitet, die sich nicht dem stromlinienförmigen Format der veröffentlichten standespolitischen Einheitsmeinung anpassen.*

**DAZ:** Ihr im letzten Jahr erschienenes Buch „Wege zur Realisierung einer präventionsorientierten Zahnheilkunde in Deutschland“ hat Sie als kenntnisreichen und mutigen Analytiker aktueller zahnärztlicher Probleme bekannt gemacht, und es hat Lösungswege aufgezeigt. Die Besprechung des Buches im FORUM 55 endet mit dem Satz: „Es könnte zur Keimzelle für den bis heute leider fehlenden zahnmedizinischen Grundkonsens werden.“ Wie sollte nach Ihrer Einschätzung ein solcher Grundkonsens aussehen, auf welcher Basis sollten zahnärztliche Behandlungen vorgenommen werden?

**Staehle:** Wenn Sie mit einem medizinischen Problem eine Ärztin oder einen

*Dazu gehören z.B. das vernachlässigte Primat der Präventivmedizin, das Geschäft mit der Angst von Zahnärzten und Patienten, die Manipulation durch die sogenannte Alternativmedizin und die Rolle, die "Die Zahnarztwoche" und gewisse zahnärztliche Verbände dabei spielen, die vernachlässigte Umgestaltung des GKV-Leistungskataloges, die Reform des Zahnmedizinstudiums und vieles andere mehr.*

*In dieser und der nächsten Ausgabe des DAZ-forum veröffentlichen wir ein umfangreiches Interview mit Prof. Staehle, in dem auf die obengenannten und andere Fragen ausführlich eingegangen wird.*

Arzt aufsuchen, so erwarten Sie, daß Sie nach bestem Wissen und Gewissen befragt, untersucht, aufgeklärt, objektiv beraten und schließlich - falls erforderlich - angemessenen Behandlungsmaßnahmen unterzogen werden. Da Sie keine oder nur wenig spezifische Fachkenntnisse mitbringen, müssen Sie der betreffenden Person einen hohen Vertrauensvorschuß einräumen. Sie müssen ihr glauben, daß sie einerseits notwendige Behandlungen nicht unterläßt, andererseits auf übermäßige oder unangemessene Behandlungen verzichtet - auch wenn ihr zum

**Der Vertrauensvorschuß ist die Grundlage für unser hohes Ansehen**

Beispiel ökonomische Gründe nahelegen würden, anders zu handeln. Zur Ausbildung eines tragfähigen Vertrauensverhältnisses müssen Sie als Patient davon überzeugt sein, daß es dem Arzt ein besonderes Anliegen ist, auf der Grundlage nachvollziehbarer medizinischer Überlegungen Ihre Gesundheit zu fördern und eventuell vorhandene Erkrankungen abzuwehren. Mit anderen Worten: Medizinische Erwägungen müssen Vorrang vor anderen Überlegungen haben. Sie gehen stillschweigend davon aus, daß von staatlichen Organen, ärztlichen Selbstverwaltungen, Kostenträgern und anderen Gruppen, die Einfluß auf das Gesundheitswesen nehmen, ein Konsens darüber besteht, daß Ärztinnen und Ärzte Arbeitsbedingungen erhalten müssen, die sie in die Lage versetzen, ihre Tätigkeit unter den oben genannten Vorgaben zu erfüllen.

Der Vertrauensvorschuß, mit dem Sie in mehr oder weniger großem Umfang Ihre Gesundheit in ärztliche

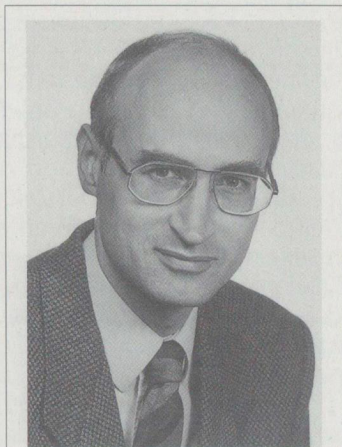
Hände legen, bildet seit jeher die Grundlage für das hohe Ansehen, das die Ärzteschaft in der Bevölkerung genießt.

Hinzu kommt, daß das ärztliche Berufsbild sozialen Belangen bekanntlich in besonders hohem Maß verpflichtet ist. Was für die Ärzteschaft gilt, trifft gleichermaßen für die Zahnärzteschaft zu.

**DAZ:** Wer sollte Ihrer Meinung nach diesen Grundkonsens gestalten?

**Staehle:** Nach meiner Einschätzung bejaht ein Großteil der Zahnärzteschaft einen medizinisch begründeten Grundkonsens. Sie tut auch gut daran, denn wenn der Vertrauensvorschuß einmal verspielt ist, wird dies in jeder Hinsicht fatale Folgen für unseren Berufsstand haben - letztlich auch vom wirtschaftlichen Standpunkt aus betrachtet.

Hier könnte ein Motiv für ein gemeinsames Handeln von den im Gesundheitswesen agierenden Gruppen wie Ärzte- und Zahnärzteschaft, Gesundheitspolitik, Kostenträger usw. liegen. Sie müßten sich ungeachtet aller sonsti-



Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent.  
Hans Jörg Staehle.

Geboren 1953 in Sindelfingen/Baden-Württemberg. Nach Abschluß des zahnärztlichen Staatsexamens 1977 Tätigkeit in verschiedenen ärztlichen und zahnärztlichen Institutionen (Zahnarztpraxis, Bundeswehr, Universitätskliniken). 1986 Habilitation im Fach Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Universität Münster. 1986 Hochschulforschungspreis, 1989 Jahresbestpreis der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Seit 1990 Ordinarius und Ärztlicher Direktor der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde der Universitäts-MZK-Klinik Heidelberg. 1993/1994 Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für Grundlagenforschung (AfG) der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK). Seit 1997 Sprecher der deutschen Hochschullehrer für Zahnerhaltung. Über 200 Publikationen in Form von Originalarbeiten in Fachzeitschriften, Buchbeiträgen und Büchern. Hauptarbeitsgebiete: Präventive und Restaurative Zahnheilkunde.



gen Auseinandersetzungen - wenigstens in dieser für das Gesundheitswesen existentiellen Frage zu einem gemeinsamen Nenner durchbringen.

Natürlich müßte es auch ihr Anliegen sein, daß für die vielen Kolleginnen und Kollegen endlich die Rahmenbedingungen geschaffen werden, den oben formulierten Grundkonsens auch praktizieren zu können.

**Die Zahnärzteschaft hat die Entwicklung selbst in der Hand**

zieren zu können. Auf der anderen Seite müssen diejenigen, die daran interessiert sind, den Grundkonsens zu zerstören, offensiv angegangen werden. Dies hat nichts mit Nestbeschmutzung zu tun, sondern sollte vielmehr als Selbstschutz für die Mehrheit des Berufsstandes wahrgenommen werden. Die Zahnärzteschaft hat durch die Wahl ihrer Ständesvertreter bzw. die dahinter stehenden Verbände die Entwicklung zum Teil selbst in der Hand. Sie sollte mehrheitlich solche Personen wählen, von denen sie annehmen kann, daß sie die konkrete Ausgestaltung eines medizinischen Grundkonsenses zum Gegenstand ihrer Politik machen. Und sie sollte vermeiden, daß Personen, die den Grundkonsens - aus welchen Gründen auch immer - gefährden wollen, zu viel Einfluß gewinnen.

**DAZ:** Können Sie sich Institutionen vorstellen, die die Gestaltung eines medizinisch begründeten Grundkonsenses unterstützen?

**Staehe:** Hier sind zum Beispiel die renommierten wissenschaftlichen Fach-

gesellschaften angesprochen. Ich vertrete die Auffassung, daß sich die gesundheits- und standespolitischen Entscheidungsträger, aber auch andere Institutionen, stärker an den Vorschlägen wissenschaftlicher Fachgesellschaften in unserem Fach also zum Beispiel an der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, der DGZMK - orientieren sollten. Dies gilt natürlich nur unter der Voraussetzung, daß es diesen gelingt, sich von der Einflußnahme durch Interessenvertreter einzelner Gruppierungen weitgehend freizumachen, was zweifellos eine immer wieder neu zu bewältigende Herausforderung darstellt. Nur dann aber, wenn an ihrer Unabhängigkeit von keiner Seite ein Zweifel besteht, wenn es also akzeptiert wird, daß sie in erster Linie der Förderung und Verbreitung des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes verpflichtet sind, werden sie das ihnen zustehende Gehör erhalten.

**DGZM von Einflußnahme freimachen**

**DAZ:** Die Indikationseinschränkung für Amalgam durch eine dem Bundesgesundheitsminister nachgeordnete Behörde war politisch motiviert. Gleiches gilt für die Aufnahme umstrittener und wissenschaftlich nicht abgesicherter alternativmedizinischer Maßnahmen in den GKV-Leistungskatalog. Wie kann man wissenschaftlich begründeten Verfahren in der Politik wieder besseres Gehör verschaffen?

**Staehe:** Alternativmedizinische Leistungen im Bereich der Zahnheilkunde

werden, auch wenn sie noch so fragwürdig sind, zur Zeit von vielen zahnmedizinischen Verbänden, Politikern aller politischen Richtungen und Lager, Industrieunternehmen und Kostenträgern nahezu vorbehaltlos unterstützt. Mittlerweile sind sogar per Gesetz die Voraussetzungen dafür geschaffen worden, daß umstrittene alternativmedizinische Leistungen auch ohne wissenschaftlichen Wirksamkeitsnachweis von den Gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden, sofern sich die Ver-

treter unkonventioneller Methoden unter sich auf einen Maßnahmenkatalog verständigen. Dies ist eine sehr gefährliche Entwicklung. Es

ist schon beeindruckend zu sehen, wie es einigen Interessengruppen gelungen ist, Begriffe in ihr Gegenteil zu verdrehen und unter positiv belegten Bezeichnungen wie Ganzheitsmedizin oder Naturheilverfahren außerordentlich einseitige Sichtweisen zu vermarkten. Auf der Grundlage irrationaler Tests werden heute vielfach intakte Restaurationen unnötig entfernt, erhaltungswürdige Zähne extrahiert und sogar umfangreiche Knochenausfräsungen zum Zweck angeblicher „Entgiftungen“ vorgenommen. (Siehe dazu auch S. 57 - die Red.)

Ich sah in letzter Zeit vermehrt Patienten, die sich in labilen Lebenssituationen befanden und wegen unklarer Befindlichkeitsstörungen vertrauensvoll Hilfe bei alternativmedizinisch orientierten zahnärztlichen Kolleginnen und Kollegen suchten. Einige wurden zu regelrechten Gebißkrüppeln verunstaltet und

diese Behandlungen verliefen allen Ernstes unter Bezeichnungen wie „natürlich“, „sanft“ und „schonend“. Diese bedauernswerten Opfer alternativmedizinisch tätiger Zahnärzte haben dabei nicht nur finanzielle Einbußen erlitten, sondern auch zum Teil schwere Gebißschäden davongetragen, ohne daß sich ihr Befinden langfristig gebessert hätte. Hier ist eine wesentlich bessere Aufklärung über die Motive solcher Eingriffe erforderlich.

**DAZ:** Wer fördert diese Entwicklung?

**Staehe:** Alternativmedizin ist für viele Bereiche innerhalb und außerhalb der Medizin und Zahnmedizin zu einem einträglichen Geschäft geworden. Dies ist auch Marketingexperten aus Industrie und Medien nicht entgangen. Alternativmedizinische Leistungen sind unter anderem deshalb für einige Zahnärzte interessant, da sie einerseits auf spekulativer Willkür beruhen und sich somit einer Qualitätssicherung besonders gut entziehen, andererseits den Weg für zum Teil umfangreiche Selbstzahlerleistungen bahnen.

Auch wenn viele Vertreter der Alternativmedizin wirtschaftliche Motive weit von sich weisen und sich als reine „Überzeugungstäter“ präsentieren, so kann dies nicht darüber hinwegtäuschen, daß es in Wirklichkeit nicht selten um medizinisch nicht hinreichend begründete Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen geht. Die Nachfrage nach gering honorierten Leistungen soll dabei ge-

**Geschäft mit der Angst steigert Nachfrage nach gut honorierten Leistungen**

**Patienten zu Gebißkrüppeln verunstaltet**

senkt, die Nachfrage nach gut honorierten Leistungen hingegen gesteigert werden. Dabei schreckt man auch vor dem Geschäft mit der Angst nicht zurück. Es geht dabei nicht - wie oft vorgegeben wird - um eine „Ergänzung“ der wissenschaftlich fundierten Medizin, sondern um ihre Behinderung und Bekämpfung.

**DAZ:** Welche Grundlage hat dieses Geschäft mit der Angst?

**Stahle:** Unsere Behandlungsmaßnahmen wirken bekanntlich auf mehreren Ebenen. Oft wird beklagt, daß sich die meisten Zahnärzte zu sehr auf einer „morphologischen“ Ebene bewegen und klinisch direkt faßbare Wirkungen ihrer Behandlungen einerseits und eindeutig objektivierbare Risiken und Nebenwirkungen andererseits in den Vordergrund ihrer Betrachtungen stellen. Die psychosoziale Ebene werde hingegen vernachlässigt. Dies ist insofern richtig, als die meisten Ärzte und Zahnärzte auf psychosozialer Ebene nur den sogenannten Placebo-Effekt wahrnehmen. Dieser von uns allen durchaus erwünschte Effekt kommt durch die positive Erwartung des

**Nebeneinander  
von Unter- und  
Übersorgung  
vermeiden**

Patienten und Arztes zustande, daß eine bestimmte ärztliche oder zahnärztliche Maßnahme zu einer Besserung führe. So wie es auf morphologischer Ebene aber nicht nur erwünschte Wirkungen, sondern auch unerwünschte Nebenwirkungen gibt, so existieren auch auf psychosozialer Ebene nicht nur positive

Placebo-Effekte, sondern auch negative Effekte, die man als Nocebo-Effekte bezeichnet.

Nocebo bedeutet in der Übersetzung „ich werde schaden“. Damit sind die Befürchtungen und Ängste des Patienten gemeint, daß ärztliche und zahnärztliche Maßnahmen mit Schäden und Nachteilen verbunden sind. Analog zu Placebo-Effekten können bei einem nicht mehr realitätsangemessenen Überhandnehmen von Nocebo-Effekten negative Begleiterscheinungen manifest werden, für deren Auftreten kein morphologisches Korrelat besteht. Im Bereich der Zahnheilkunde hegen in diesem Zusammenhang inzwischen viele Menschen bedauerlicherweise die Befürchtung, daß sie sich mit den erwünschten Effekten präventiver und restaurativer Maßnahmen (zum Beispiel durch Anwendung von Fluoriden oder Füllungs- und Versiegelungsmaterialien) auch schwerwiegende „Vergiftungen“ eingehandelt hätten.

Dies sind Vorstellungen, die insbesondere auch von den Vertretern der Alternativmedizin verbreitet und gefördert werden, wobei sie sich unter anderem auf ihre wissenschaftlich nicht abgesicherten Diagnoseverfahren stützen. Da diese Befürchtungen auch in den öffentlichen Medien eine große Resonanz erfahren, wirken sie nicht nur als personenbezogenes Nocebo, sondern führen darüberhinaus wesentlich breitenwirksamer zu Ängsten, Abwehr- und Verweigerungshaltungen gegenüber präventiv und therapeutisch aus wissenschaftlicher Sicht sinnvollen Vorgehensweisen. Solchen Aktivitäten muß

Das von den Zahnärzten in Deutschland

am meisten

verwendete Lokalanästhetikum.



**Wirkstoffe:**  
Articainhydrochlorid und Epinephrinhydrochlorid. Verschreibungspflichtig.

**Zusammensetzung:**

Ultracain D-S: 1 ml enthält 40 mg Articainhydrochlorid u. 0,006 mg Epinephrinhydrochlorid sowie max. 0,5 mg Natriumdisulfit (entspr. max. 0,34 mg SO<sub>2</sub>). Ultracain D-S forte: 1 ml enthält 40 mg Articainhydrochlorid und 0,012 mg Epinephrinhydrochlorid sowie max. 0,5 mg Natriumdisulfit (entspr. max. 0,34 mg SO<sub>2</sub>).

Die Zubereitungen Ultracain D-S und Ultracain D-S forte in Mehrfachentnahmeflaschen enthalten zusätzlich 1 mg Methyl-4-hydroxybenzoat als Konservierungsmittel.

**Anwendungsgebiete:**

Ultracain D-S: Routineeingriffe wie komplikationslose Einzel- und Reihenextraktionen, Kavitäten und Kronenstumpfpräparationen; insbesondere bei Patienten mit schweren Allgemeinerkrankungen.

Ultracain D-S forte: Schleimhaut- und knochenchirurgische Eingriffe, die eine stärkere Ischämie erfordern; pulpenchirurgische Eingriffe; Extraktionen desmodontischer bzw. frakturierter Zähne; länger dauernde chirurgische Eingriffe; Wurzelspitzenresektion, Präparation hochempfindlicher Zähne.

**Gegenanzeigen:**

Überempfindlichkeit gegen Articain und Epinephrin. Bei Patienten mit Cholinesterasemangel muß die Indikation streng gestellt werden, da mit verlängerter und unter Umständen verstärkter Wirkung zu rechnen ist. Patienten, bei denen eine sogenannte Paragruppenallergie besteht, dürfen Ultracain D-S und Ultracain D-S forte nur in den parabenfreien Zylinderampullen und Ampullen erhalten. (Die Mehrfachentnahmeflaschen enthalten das Konservans Methyl-4-hydroxybenzoat.) Im Hinblick auf den Gehalt an Epinephrin bestehen folgende Gegenanzeigen: paroxysmale Tachykardie, hochfrequente absolute Arrhythmie und Kammerengwinkelglaukom sowie Anästhesien im Endstrombereich. Die intravenöse Anwendung ist kontraindiziert. Eine Injektion in entzündetes Gebiet sollte unterbleiben. Warnhinweis: Ultracain D-S und Ultracain D-S forte dürfen nicht bei Bronchialasthmatikern mit Sulfit-Überempfindlichkeit angewendet werden.

**Nebenwirkungen:**


Dosisabhängig können zentralnervöse Störungen auftreten: Benommenheit bis zum Bewußtseinsverlust, Atemstörungen bis hin zum lebensbedrohlichen Atemstillstand, Muskelzittern, Muskelzuckungen bis zu generalisierten Krämpfen, Übelkeit bis Erbrechen. Blutdruckabfall bis hin zum Schock – unter Umständen lebensbedrohlich – und Herzversagen können auch durch Lokalanästhetika ausgelöst werden. Unverträglichkeitsreaktionen (allergischer oder pseudoallergischer Natur) sind nicht auszuschließen. Diese können sich äußern als ödematöse Schwellung bzw. Entzündung an der Injektionsstelle, daneben unabhängig von der Injektionsstelle als Rötung, Juckreiz, Konjunktivitis, Rhinitis, Gesichtsschwellung im Sinne eines Quincke-Ödems mit Schwellung von Ober- und/oder Unterlippe und/oder Wangen, Glottisödem mit Globusgefühl und Schluckbeschwerden, Urtikaria, Atembeschwerden bis hin zum anaphylaktischen Schock. Bei Verwendung von Mehrfachentnahmeflaschen kann es auch zu allergischen Reaktionen gegen das Konservierungsmittel Methyl-4-hydroxybenzoat kommen.

Häufig treten Kopfschmerzen auf, die vermutlich auf den Epinephrin-(Adrenalin-) Anteil zurückzuführen sind. Andere durch Epinephrin bedingte Nebenwirkungen (Tachykardien, Herzrhythmusstörungen, Blutdruckanstieg) sind bei der niedrigen Konzentration von 1:200.000 (0,5 mg/100 ml) bzw. 1:100.000 (1,0 mg/100 ml) sehr selten. In Einzelfällen können durch unbemerkte intravasale Injektion anämische Zonen bis hin zu Gewebnekrosen im Injektionsbereich auftreten. Besonderer Hinweis: Aufgrund des Gehaltes an Natriumdisulfit kann es im Einzelfall, insbesondere bei Bronchialasthmatikern, zu Überempfindlichkeitsreaktionen kommen, die sich als Erbrechen, Durchfall, keuchende Atmung, akuter Asthmaanfall, Bewußtseinsstörungen oder Schock äußern können.

**Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Die blutdrucksteigernde Wirkung von Epinephrin kann durch trizyklische Antidepressiva oder MAO-Hemmer verstärkt werden.

**Handelsformen:**

Ultracain D-S/Ultracain D-S forte: 100, 1000 Zylinderampullen zu 1,7 ml, 100 Ampullen zu 2 ml, 10 Mehrfachentnahmeflaschen zu 20 ml. Stand: August 1995

**Hoechst** 

# DAZ-Jahrestagung

3./4. Oktober 1997 - Berliner Congress Center (BCC) Berlin-Mitte  
Diskussions-Veranstaltung



## "Zahnheilkunde zwischen Wissenschaft und kommerziellem Marketing"

Referent: Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle, Universität Heidelberg

**Programm** Berliner Congress Center (BCC), Märkisches Ufer 54, 10179 Berlin,  
Tel. 030-2758-0, Fax 030-2758-2170

### Freitag, 3.10.

13.<sup>00</sup> Stadtrundgang „auf Schinkels Spuren“, Treffpunkt „Unter den Linden“, am Reiterstandbild Friedrich II

18.<sup>00</sup> „Die Orgel der Prinzessin Anna Amalie von Preußen“ - Kleines Konzert mit Erläuterungen in der Kirche „Zur frohen Botschaft“, Berlin-Karlshorst, Weseler Str. 6

ab 20.<sup>00</sup> Gemütliches Beisammensein im „Marinehaus“, Berlin-Mitte, Märkisches Ufer 48 (Nähe S- und U-Bahn Jannowitzbrücke)

### Samstag, 4.10.

10.<sup>00</sup>-12.<sup>30</sup> Öffentliche Diskussionsveranstaltung im Berliner Congress Center Thema „Zahnheilkunde zwischen Wissenschaft und kommerziellem Marketing“ Referent: Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle, Universität Heidelberg

12.<sup>30</sup> Mittagspause

14.<sup>00</sup>-18.<sup>00</sup> DAZ-Mitgliederversammlung (MV)

ab 20.<sup>00</sup> Gemütliches Beisammensein im Restaurant des BCC

Anmeldung bitte schriftlich bei der DAZ-Geschäftsstelle: Belfortstr. 9, 50668 Köln, Fax 0221/7391239. Infos per Fax oder über Tel. 0221-97300545, siehe auch S.88

**Es wird keine Teilnahmegebühr erhoben.**

#### Anmeldung

Deutscher Arbeitskreis  
für Zahnheilkunde DAZ  
im NAV-Virchow-Bund

- Hiermit melde ich mich zur DAZ-Jahrestagung an.  
 Ich bin niedergelassener Zahnarzt/Zahnärztin.  
 Ich bin angestellter Zahnarzt/Zahnärztin.  
 Ich bin Student/in der Zahnmedizin.

Belfortstr. 9  
50668 Köln  
Fax 0221/7391239

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

künftig stärker aufklärend begegnet werden, um eine Ausweitung von Nocebo-Effekten zu vermeiden. Ansonsten werden Angststörungen provoziert oder chronifiziert, erforderliche zahnärztliche Eingriffe unterlassen und unnötige, eventuell sogar schädigende Eingriffe vorgenommen. Es gilt, in der Bevölkerung ein Nebeneinander von Unter- und Überversorgung zu vermeiden.

Der ganz gezielte Aufbau von Nocebo-Effekten zur Gewinnung verunsicherter Patienten, die man dann mit Placebo-Maßnahmen möglicherweise erfolgreich behandeln kann, ist nach meiner Einschätzung eine nahezu als kriminell zu bezeichnende Perversion unseres bisherigen Medizinverständnisses.

**DAZ:** Wer unterstützt den Aufbau von Nocebo-Effekten besonders stark?

**Staehele:** Zunächst sind hier die alternativmedizinischen Gruppierungen zu nennen, in Deutschland zum Beispiel der Bundesverband der naturheilkundlich tätigen Zahnärzte (BNZ) mit ihrem Vorsitzenden Prof. (Ro) Becker aus Köln oder die Internationale Gesellschaft für Ganzheitliche Zahnmedizin (GZM) mit ihrem Vorsitzenden Dr. Reichert aus Mannheim. Auch in Marketing-Zeitungen wie zum Beispiel Dent-Tax oder „Die Zahnarztwoche“ (DZW) wurden vielfältige Hilfestellungen zum systematischen Aufbau von Nocebo-Effekten geleistet. Viele Gruppierungen haben ihre Beiträge sehr effektiv in Form regelrechter Horrorkampagnen in die Massenmedien eingeschleust, die mit entsprechenden Sensationsmeldungen aufwarteten.

Wenn Sie in der Marketingzeitschrift Dent-Tax blättern, werden Sie zum Beispiel interessante Vorschläge von Herrn Prof. (Ro) Becker zur Steigerung der Angst vor Fluoriden finden. Er schlägt vor, eine bestimmte Menge von Fluoridtabletten in ein Wassergefäß zu geben und dann Köderfische darin schwimmen zu lassen. Goldfische solle man nicht nehmen, da gebe es leider Probleme mit dem Tiererschutz. Wenn nach einer gewissen Zeit die Fischkadaver an der Wasseroberfläche schwimmen würden, wäre dies doch ein beeindruckendes Beispiel für die Schädlichkeit von Fluoriden. Es lohnt sich durchaus, einmal darüber nachzudenken, warum solche absurden Empfehlungen ausgerechnet in einer Marketing-Zeitschrift stehen müssen. Oder verfolgen Sie einmal die Kampagnen gegen zahnärztliche Füllungsmaterialien. Nachdem die Amalgam- und Palladiumdiskussion kaum noch Aufsehen erregt, macht man sich zur Zeit gerade daran, Kunststoffe für Versiegelungen oder Füllungen im Bewußtsein der Bevölkerung als extreme Gefahrstoffe aufzubauen.

Was ist das Motiv des Vorstandsmitglieds der GZM, Herrn Dr. Koch aus Herne, wenn er ohne hinreichende wissenschaftliche Grundlagen eine großangelegte Pressekampagne mit der Überschrift: „Skandal - Kariesvorsorge macht Kinder krank - Zahnversiegelungen erhöhen Krebsrisiko“ startet? Wieso

***Fluor killt Fische,  
Versiegelungen  
machen Krebs —  
aber nur als  
„Regelversorgung“***

macht sich der Chefredakteur der DZW, Herr Pischel aus Bonn, Gedanken darüber, wie man bei der Patientenaufklärung direkt eingebrachte Kunststoffe in einen Zusammenhang mit der Schädigung ungeborenen Lebens bringen könne? Er gibt uns die Antwort auf sein Ansinnen selbst: Dies ist nach seiner Ansicht die beste Reaktion darauf, daß „Seehofer und die Kassen... Komposite in die Regelversorgung pressen“ wollen.

Herr Pischel empfiehlt neuerdings allen Ernstes, daß es künftig keine(!) Kunststoff-Füllungen, sondern nur noch(!) Kunststoff-Inlays geben dürfe. Auch diese medizinisch vollkommen abwegige Forderung eines gewissenlosen Kaufmanns, dem die Voraussetzungen dazu fehlen, mit zahnärztlichen Themen verantwortungsvoll umzugehen, zeigt, wie gefährlich Marketing - Mißbrauch werden kann. Besonders bedenklich erscheint mir die zur Zeit systematisch vollzogene Verdrehung von Begriffen wie Beratung, Aufklärung oder Sanierung zur ökonomisch motivierten Manipulation der Patientenentscheidung. Es ist nur schwer verständlich, warum Ärzte wie z. B. Herr Dr. Dauderer aus München auf der Grundlage einer Willkürdiagnostik ungestört grob fahrlässige Behandlungen wie Extraktionen unauffälliger Zähne oder gar Knochenausfräsungen veranlassen können (siehe S. 52ff), ohne daß die zuständigen Kammern in der Lage sind, wirksam einzuschreiten. Wenn man allerdings weiß, daß Leute wie Dr. Dauderer als Berater von Politikern und Medienvertretern fungieren und als Experten zu meinungsbildenden Veranstaltun-

gen in Ministerien eingeladen werden, z. B. von der niedersächsischen Umweltministerin Griefahn, dann braucht man sich über aktuelle politische Entscheidungen nicht zu wundern.

**DAZ:** Welchen Stellenwert nehmen bei der Manipulation der Patientenentscheidung alternativmedizinische Methoden ein?

**Staehele:** Stark umstrittene alternativmedizinische Methoden wie z. B. der Substanzentest der Elektroakupunktur nach Voll (EAV) oder die Bioresonanztherapie werden in der Zwischenzeit von vielen Seiten entgegen ihrer eigenen Überzeugung nach und nach unterstützt, meist auf sehr diskrete, indirekte Weise. Mit diesen Methoden können Sie fast nach freiem Belieben - ohne daß irgendwelche objektivierbaren Möglichkeiten der Überprüfung bestehen - „Unverträglichkeiten“ gegenüber zahnärztlichen Präparaten diagnostizieren. Es gibt zum Beispiel mittlerweile kaum noch eine Krankheit, die nicht angeblich dadurch erfolgreich behandelt worden wäre, daß nach EAV-Testung Komposit-Füllungen entfernt wurden. Die vermeintlich durch Komposit-Füllungen verursachte Krankheitspalette ist - ähnlich wie beim Amalgam - fast unübersehbar und reicht - alphabetisch geordnet - von Amenorrhoe bis Zystitis.

Durch solche nicht überprüften Tests erhält der Zahnarzt ein Instrumentarium, um auf irrationaler Basis unnötige und nicht selten schädigende Behandlungsmaßnahmen durchzuführen.

**DAZ:** Wie verhalten sich zahnärztliche Verbände in dieser Entwicklung?

**Staehe:** Einige Institutionen fördern diese Mißstände leider zum Teil wider besseren Wissens. Wenn Sie zum Beispiel in der Zeitschrift „Der Freie Zahnarzt“ die Anzeigen des Instituts für Ökonomische Praxisführung des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte lesen, so stellen Sie fest, daß dort seit vielen

**„Freier Zahnarzt“  
wirbt für EAV und  
Bioresonanz**

Jahren unaufhaltsam gerade für Kurse über die oben genannten, fragwürdigen Testmethoden wie zum Beispiel

EAV oder Bioresonanz geworben wird. Ich kenne etliche hohe Funktionäre des Freien Verbandes, die ich persönlich sehr schätze und von denen ich weiß, daß ihnen an einer ausgewogenen Interessenvertretung unseres Berufsstandes sehr gelegen ist und die diese Aktivitäten ebenfalls stark ablehnen, da sie wissen, auf welchem unseriösem Boden sie stehen. Es ist mir nicht ganz verständlich, warum sie es bislang nicht vermochten, hier einmal im eigenen Verband für ein Umdenken zu sorgen.

Leider gibt es auch Vertreter, die im persönlichen Gespräch alternativmedizinische Methoden ablehnen und für schädlich halten, um dann in ihrer Zeitschrift öffentlich zu betonen, daß sie diesen Trend unterstützten und ihm sogar sehr gerne folgten. Lassen Sie mich aber zur Vermeidung von Fehlinterpretationen folgendes betonen: Auch wenn ich einige Aktivitäten des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte nicht verstehen kann, bin ich kein Gegner dieser Gruppierung, da sie zahlreiche sehr ehrenwerte Standesvertreter

hervorgebracht hat, denen wir nur mit großem Respekt begegnen können.

**DAZ:** Was sagen die Zahnärztekammern zur Entwicklung der Alternativmedizin?

**Staehe:** In der Zwischenzeit gibt es sehr viele Fortbildungseinrichtungen von Zahnärztekammern, immerhin Anstalten des öffentlichen Rechts, die Kurse über äußerst fragwürdige alternativmedizinische Verfahren sogar offiziell anbieten und dafür werben.

**Zahnärztekammern  
werben für  
EAV-Geräte**

Die Firma Pitterling, ein Anbieter von EAV-Geräten, versucht folgerichtig, den Verkauf ihrer Instrumente dadurch zu steigern, daß sie bei der Versendung ihrer Prospekte darauf hinweist, daß Kurse über ihre EAV-Geräte durch eine Landes Zahnärztekammer in ihrem offiziellen Veranstaltungskalender angeboten würden. Auch hier fast immer das gleiche Bild: Wenn sie die Verantwortlichen darauf ansprechen, stehen sie aus fachlicher Sicht keinesfalls dahinter. Sie wagen es aber nicht, sich öffentlich zu distanzieren.

**DAZ:** Ist auch die Industrie involviert?

**Staehe:** Ähnlich verhalten sich auch wichtige Teile der Industrie. Wenn Sie Wissenschaftler in den Entwicklungslabors der Weltfirma Degussa über die Möglichkeiten der Testung von Dentallegierungen mittels EAV oder ähnlichem befragen, schlagen diese die Hände über dem Kopf zusammen und halten derarti-



ge Maßnahmen für vollkommen unsinnig. Dies hält aber die Firma Degussa nicht davon ab, in ihrer Werbung mit Hinweis auf EAV-Testungen eine zusätzliche Produktsicherheit ihrer Präparate vorzutäuschen. Solche unseriöse

**Degussa:  
Marketing wider  
besseres Wissen**

Werbeaussagen werden vom Marketing wider besseren Wissens allein deshalb unternommen, um einen Verkaufsvorteil gegenüber Mitanbietern zu erzielen. Man möchte auch bei „Ganzheitsmedizinern“ in einem guten Ansehen stehen. Ich wurde schon mit Patienten konfrontiert, die von mir verlangten, ausschließlich das Degussa-Komposit Degufill zu verwenden. Sie hätten Komposite mittels EAV testen lassen und alle anderen Präparate wären unverträglich. Ich stand also vor der Wahl, entweder die Behandlung zu verweigern oder das Präparat Degufill zu kaufen - was ich selbstverständlich abgelehnt habe. Wenn dies aber Schule macht, werden hier die Zahnärzte auf ganz gefährliche Weise in ihrer Kaufentscheidung beeinflusst, da sie sich die Zurückweisung von Patienten nicht immer leisten können. Die großen Industriekomplexe wissen ganz genau, daß sich die Zahnärzteschaft hier nie effektiv gegen solche Geschäftsgebaren wehren kann. Auch bei Gerichtsprozessen erlebe ich als Sachverständiger immer häufiger, in welch gefährliches Fahrwasser uns Teile der Landespolitik und der Industrie gelenkt haben.

Alternativmedizinisch orientierte Kollegen geben ihren Patienten zuweilen zu

verstehen, ihre Probleme wären durch „Fehler“ von Vorbehandlern ausgelöst worden, die es versäumt hätten, die Verträglichkeit von Materialien mittels ihrer „ganzheitlichen“ Testmethoden zu überprüfen. Auf der Grundlage einer solchen Argumentation kommt es immer wieder zu horrenden Schmerzensgeldforderungen. Wenn dann gutachterlicherseits die Feststellung getroffen wird, daß es sich um umstrittene, wissenschaftlich nicht abgesicherte Testmethoden handelt, drehen diese „ganzheitlichen“ Kollegen in ihrer Argumentation den Spieß um und behaupten, daß sie nur solche Methoden angewandt hätten, die sie in offiziellen Veranstaltungen des größten zahnärztlichen Verbandes, nämlich des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte und in offiziellen Kursen von Zahnärztekammern gelernt hätten. Wenn dann noch darauf verwiesen werden kann, daß sogar Weltfirmen wie Degussa mit alternativmedizinischen Methoden werben, wird die Argumentationslage sehr schwierig. Es ist heute schon die Situation eingetreten, daß es einem kleinen Teil aggressiver Zahnärzte gelungen ist, den Großteil von Kolleginnen und Kollegen, die sich bei der Patientenbehandlung am aktuellen Wissensstand orientieren, in die Defensive zu drängen - und dies mit Unterstützung von Vertretern der Landespolitik und der Industrie.

**DAZ:** Sie haben vorher auch gefährliche Entwicklungen in der zahnärztlichen Medienlandschaft angesprochen. Wie konnte es dazu kommen?

**Stahle:** Ein gutes Beispiel für die gefährliche Allianz von exzessivem, miß-

bräuchlichem Medizin-Marketing und Alternativmedizin ist die Marketingzeitung DZW, die mittlerweile seit 10 Jahren dem Ansehen der Zahnärzteschaft schweren Schaden zufügt, weil viele Außenstehende glauben, daß das, was in der DZW steht, re-

**DZW fügt  
seit 10 Jahren  
der Zahnärzteschaft  
schweren Schaden zu**

präsentativ für die Meinung niedergelassener Zahnärzte wäre. In der Tat muß man davon ausgehen, daß über viele Jahre, Woche für Woche, durch eine raffinierte Verquickung korrekt wiedergegebener, teilweise veränderter und eindeutig falscher Informationen, deren Wahrheitsgehalt ein Zahnarzt ohne entsprechendes Hintergrundwissen häufig gar nicht überprüfen kann, eine gravierende Meinungsmanipulation vieler Kolleginnen und Kollegen vorgenommen wurde.

**DAZ:** Wer hat diese Entwicklung gefördert?

**Stahle:** Diese Entwicklung wurde ebenfalls leider von zahlreichen Vertretern der Standespolitik und der Industrie gefördert. Heute äußern sich viele Standespolitiker besorgt über die fragwürdigen Empfehlungen der DZW, die einer wissenschaftlich begründeten und sozialen Belangen verpflichteten Zahnheilkunde abträglich sind. Dabei waren sie es selbst, die vielfältige Hilfestellung leisteten. Blättern Sie doch einmal in den Ausgaben der DZW Ende der achtziger und Anfang der neunziger Jahre. Sie werden viele hochrangige Standesver-

treter, Präsidenten von Zahnärztekammern und Vorsitzende von Kassenzahnärztlichen Vereinigungen finden, die nur zu gerne bereit waren, zum Beispiel durch regelmäßige Abfassungen von Leitartikeln und Gastkommentaren sowie andere Aktivitäten diese Zeitschrift nach und nach salonfähig zu machen. Auch die Dentalindustrie hat kräftig mitgeholfen. Jetzt allerdings scheint vielen unserer zur Zeit tonangebenden Standesvertreter aufzugehen, wie stark der inzwischen eingetretene Schaden geworden ist und daß es wohl besser gewesen wäre, etwas auf Distanz zu gehen.

**DAZ:** Wie kann man Zahnärzte und Öffentlichkeit besser aufklären über die Allianz zwischen exzessivem Marketing und Alternativmedizin, die ja vornehmlich auf die Gewinnung zahlungsbereiter und -fähiger Zielgruppen abgestimmt ist?

**Stahle:** Hier müßten diejenigen zahnärztlichen Standesvertreter, die Schaden von der Zahnärzteschaft abwenden wollen, zusammen mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften viel offensiver in die Massenmedien gehen. Dabei muß man es auch einmal wagen, unangenehme Positionen zu beziehen, die nicht im Trend liegen und möglicherweise auch gegen augenblickliche politische Mehrheiten gerichtet sind. Trends haben die Eigenschaft, sich auch wieder einmal umzukehren, und ich habe den Eindruck, daß Journalisten in den Massenmedien zur Zeit zum Teil schon etwas hellhörig

**NOCEBO Effekt:  
Jahrhundert-  
geschäft vieler  
Zahnärzte**

geworden sind und Warnungen vor alternativmedizinischen Auswüchsen sogar aufgreifen.

Wenn die Opfer alternativmedizinischer Behandlungen es wagen, an die Öffentlichkeit zu gehen und darlegen, daß es bei fragwürdigen Eingriffen nicht um die Sanierung ihrer Gesundheit, sondern um die Sanierung des Geldbeutels von Alternativmedizinern ging, so wird das nicht ohne Wirkung bleiben. Möglicherweise werden sich neue Selbsthilfegruppen von Patienten bilden, die finanzielle und gesundheitliche Schäden erfuhren und die die politischen Entscheidungsträger auf ihre Pflicht hinweisen, die Bevölkerung vor umstrittenen Behandlungsmaßnahmen zu schützen.

Die zahnärztliche Standesvertretung wird natürlich etwas unglaubwürdig, wenn sie auf der einen Seite alternativmedizinische Verfahren intern jahrelang unterstützt und damit die Durchführung umstrittener Tests zum Nachweis vermeintlicher Vergiftungen durch zahnärztliche Füllungsmaterialien fördert, um sich dann nach außen hin entrüstet über Materialkampagnen zu zeigen. Diese ambivalente Einstellung - auf der einen Seite wissen unsere Standespolitiker, daß Materialkampagnen und die damit verbundenen Nocebo-Effekte Ausgangspunkt für das Jahrhundertgeschäft vieler Zahnärzte sind - auf der anderen Seite kann man sich nicht völlig über den wissenschaftlichen Kenntnisstand hinwegsetzen und muß pflichtschuldigst gegen entsprechende Aktivitäten Stellung beziehen - müßte dringend revidiert werden.

**DAZ:** Patienten suchen - wie Sie eingangs erwähnt haben - Ärzte und Zahnärzte ihres Vertrauens auf in dem Glauben, dort nach bestem Wissen und Gewissen behandelt zu werden. Halten Sie dieses legitime Interesse für ausreichend geschützt?

**Der größte Teil der Kollegenschaft handelt verantwortungsvoll**

**Staehele:** Nach meiner Einschätzung verhält sich der weit größte Teil der Kolleginnen und Kollegen bei der Beratung, Aufklärung und Behandlung ihrer Patienten sehr verantwortungsvoll. Sie wissen, daß gerade der Vertrauensvorschuß seitens unserer Patienten ein unverzichtbarer Teil zahnärztlicher Tätigkeit ist. Obwohl aus Gründen des Patientenschutzes, aber auch zum Schutz des größten Teils der Zahnärzteschaft, müßte man den Auswüchsen von exzessivem Marketing und Alternativmedizin besser begegnen.

Ansonsten wird es auch unter den Zahnärzten neben einigen „Gewinnern“ vermehrt „Verlierer“ geben, deren einziger Fehler darin bestand, anstelle von ungerechtfertigten Unter- und Überbehandlungen eine bedarfs- und schadensgerechte Betreuung angeboten zu haben.

**Marketing-Mißbrauch von innen her begegnen**

**DAZ:** Sie werden immer wieder als Gegner von Medizin-Marketing bezeichnet. Worauf beruht diese Gegnerschaft?

**Staehe:** Sie sprechen hier einen Punkt an, der mir Gelegenheit gibt, Mißverständnisse auszuräumen. Mir wird immer wieder vorgeworfen, ich sei ein Gegner von Marketing-Strategien und würde „vom Elfenbeinturm eines Hochschullehrers aus“ zu wenig Verständnis für niedergelassene Zahnärzte aufbringen, die Marketing zu ihrer Existenzsicherung dringend benötigen.

Diese Vorwürfe beruhen auf einer Fehleinschätzung. Ich bin kein Gegner, sondern ein Befürworter wohlverstandenen Medizin-Marketings. Ich habe immer wieder betont, daß wohlverstandenes Zahnmedizin-Marketing, das medizinische Aspekte nicht mißachtet, ein legitimes Instrument des Zahnarztes ist und einem tragfähigen Arzt-Patient-Verhältnis sogar förderlich sein kann. Im übrigen halte ich es selbstverständlich für wichtig, daß zahnärztliche Leistungen gut honoriert werden. Es ist auch vorbehaltlos zu unterstützen, daß Zahnärzte, die einen sehr anstrengenden und verantwortungsvollen Beruf ausüben, zu Wohlstand kommen.

Wenn aber den durchaus berechtigten Forderungen nach weniger Bürokratie, weniger Staat, mehr Eigenverantwortung und mehr Marktwirtschaft echte Glaubwürdigkeit verliehen werden soll, dann muß dem Mißbrauch von Marketing und der Aufkündigung des eingangs skizzierten medizinischen Grundkonsenses von innen her, also in den eigenen Reihen, begegnet werden. Dies schließt auch ein, daß Fehlentwicklungen aufgezeigt und die dafür verantwortlichen Personen und Institutionen öffentlich benannt werden.

*Den zweiten Teil des Gesprächs mit Prof. Staehe bringen wir im nächsten forum.*

*Lesen Sie zum Thema Alternativ-Medizin und Geschäftemacherei auch die Beiträge auf S.29 und S.50 in diesem Heft.*

**Den 2. Teil der Serie „Was der niederlassungswillige Zahnarzt alles wissen muß“ bringen wir im nächsten forum.**

## Glaubensmedizin — Ein Warnruf:

Die Wissenschaft in der Medizin wird von verschiedener Seite geringgeschätzt. Zu den übelsten Verleumdungen gehört die Gegenüberstellung von 'wissenschaftlicher' und 'menschlicher' Medizin, die von vielen Alternativmedizinern konstruiert wird. Im Gegensatz zu verbreiteten Vorstellungen wird eine gute, menschliche Medizin nur durch die Wissenschaft in ihr sichergestellt. Unwissenschaftlichkeit ist dagegen der Boden der Inhumanität... In der Tat stellt die Paramedizin oft eine Art Ersatzreligion dar, und statt Paramedizin wäre Glaubensmedizin ein durchaus passender Begriff... Paramedizinische Diagnose- und Therapieverfahren sollten damit grundsätzlich keine Angelegenheit der Sozialversicherungen sein. So wie wir zwischen Medizin und Religion klare Grenzen kennen, so sollten sie auch zwischen Medizin und Glaubensmedizin gelten." (Zeit, 25/04)

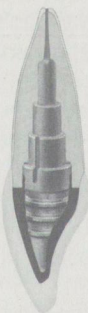
◆ *Kompromisse kommen nicht in Frage* ◆



**Weltneuheit: OptiPost Wurzelstifte**

**Für jeden Zahntyp den bruchsicheren,  
individuell passenden Wurzelstift.**

OptiPost ist das weltweit einzigartige Wurzelstift-System, bei dem die Vorteile individueller Stifte mit der Effizienz vorgefertigter Systeme auf ideale Weise kombiniert sind.



Die biokompatiblen Reintitanstifte sind bruchsicher, zeit- und kostensparend zu applizieren und ermöglichen eine optimale Stabilität der Restauration.

Unser Beitrag für kompromißlos sichere Behandlungsergebnisse.

CE 0197

**Liebe zum Detail**



GEBR. BRASSELER GmbH & Co. KG

Postfach 160 · 32631 Lemgo

Tel. (05261) 701-0 · Fax (05261) 701-289

# Wir nehmen auch Blumen entgegen, Herr Borchers!

## Zur Wahlniederlage des Freien Verbandes in Niedersachsen

Der DAZ hat über zwei lange Legislaturperioden des Niedersächsischen Landtags dicke Bretter gebohrt, um das Mehrheitswahlrecht der Heilberufskammern ins Verhältniswahlrecht zu ändern (sprich Listenwahl statt Personenwahl). Viele Briefe wurden geschrieben, Telefonate geführt, Abgeordnete aufgerüttelt, Parlamentsanhörungen sachverständig und engagiert beraten. Von seiten der Zahnärztekammer schlug uns dabei offener Widerstand entgegen (von den alten Machthabern) und Desinteresse (von den neuen).

Die erste Wahl nach dem neuen Verfahren im März '97 ergab dann folgende Verteilung der 70 Sitze:

FVDZ (Schirbort, Keck, Beischer u.a.)	<b>39</b>
Freier Verbund u. UWG	<b>21</b>
(aus Frust über Nichtaufstellung abgespaltene Freiverbändler)	
ANZ (IGZ-Gruppe, auch alte FVDZ-ler)	<b>9</b>
DAZ	<b>1</b>

Diese auf dem Papier vorhandene Mehrheit der Kandidaten des FVDZ wurde durch Koalitionsverhandlungen im Vorfeld der konstituierenden Versammlung wie folgt verändert: Durch den Zusammenschluß von ANZ, Freier Verbund, UWG und 6 FVDZ Kandidaten entstand eine Mehrheitskoalition gegen den FVDZ von 33 zu 36 Stimmen. Würde der FVDZ versuchen, in der konstituierenden Versammlung das Mehrheits-

verhältnis gegen ihn zu seinen Gunsten zu verändern?

In den Redebeiträgen versuchten FVDZ-Landesvorstand Dr. Beischer sowie KZVN-Vorsitzender Dr. Schirbort einzelne Personen und Handlungen des Vorstandes zu diskreditieren und sie der politischen Lüge am Wähler zu bezichtigen. Eine Koalition von UWG- und FVDZ-Mitgliedern mit der ANZ sei für Herrn Schirbort ein Mißbrauch seiner Person, da die ANZ als politischer Gegner kein Koalitionspartner sein dürfe.

Es gipfelte in dem Vorschlag nach Neuwahlen zur Kammerversammlung, bedingt durch das offensichtlich „unehrenhafte“ Verhalten von UWG- und ANZ-Mitgliedern.

Die Rednerliste ließ keine Gegenrede für die angegriffenen Kollegen zu, und so ging es gegen 13.00 Uhr in die Mittagspause.

Nach deren Ende wurde zu Wiederbeginn der Versammlung von Herrn Kollegen Beischer als Antrag zur Geschäftsordnung die Vertagung der Kammerversammlung verlangt.

Plötzliche Begründung: Verzicht auf die Präsidentschaftskandidatur von Dr. Albers, den der FVDZ ins Rennen geschickt hatte.

Dieser Antrag wurde von der Mehrheit abgelehnt. Daraufhin zog der FVDZ aus der Versammlung aus und machte sie

damit beschlußfähig. Ein mit den Tränen ringender Präsident Albers gab dann das Ende der Versammlung unter stehenden Ovationen durch die Anwesenden bekannt. Das 80.000-DM-Spektakel war damit zuende.

Zum 2. Mal innerhalb von 10 Jahren hatten Verfahrenstricks des FVDZ einen Machtwechsel zugunsten einer klaren Mehrheit verhindert - und die Einberufung einer neuen Kammerversammlung nötig gemacht, die am 5. Juli in Hannover stattfand.

Im Vorfeld hatte es heftige Turbulenzen gegeben, die aber - vielen Erwartungen Eingeweihter zum Trotz - die Anti-Schirbort-Front nicht aufweichen konnten, weil der FVDZ - in seiner eigenen dogmatischen Falle gefangen - keinen mehrheitsfähigen Kompromißkandidaten anzubieten vermochte:

Neuer Kammerpräsident wurde deshalb mit 36 von 70 Stimmen der Ex-Vize Dr. Dr. H. Borchers.

Mit 39 von 70 Stimmen am erfolgreichsten schnitt Dr. J. Wömpner als Vizepräsident ab, der den bemerkenswerten Satz sprach:

*„Unser Lehrmeister war in vielen Dingen Dr. Schirbort, der uns immer gepredigt hat, daß man, wenn man die Mehrheit hat, sie voll durchsetzen muß, ohne jemand aus der anderen Gruppe mitzunehmen. Mehr als Dr. Schirborts Rat anzunehmen, haben wir also nicht getan.“*

- Ob von dieser neuen Mehrheit nun auch eine neue Politik gemacht werden wird, bleibt abzuwarten.

*Dr. Roland Ernst,  
Edeweck*

Nachdem der Freie Verband Deutscher Zahnärzte damit begonnen hat, Mitglieder, die abweichende Meinungen geäußert oder auf auf anderen Listen kandidiert haben, gemäß „Gutmann-Codex“ vom Verband auszuschließen, hat der DAZ auf seiner Ratssitzung am 12.7.97 in Weßling den

## Codex des DAZ

mit folgendem Wortlaut beschlossen:

- Der DAZ lebt von der Vielfalt der Meinungen seiner Mitglieder.
- Kein Mitglied wird gezwungen, die mehrheitlich beschlossenen Grundsätze, Meinungen und Positionen zu teilen und zu vertreten.
- Der DAZ will im Dialog mit allen Zahnärzt(innen)en und ihren Organisationen sowie mit allen Teilen der Gesellschaft seine Vorstellungen diskutieren und dadurch eine Verbesserung der Zahnheilkunde erreichen.
- Kein Mitglied wird gezwungen, auf einer Liste des DAZ zu kandidieren.
- Die Kandidatur auf anderen Wahllisten (z.B. der VdZM, des sogenannten „Freien Verbandes“, der Vereinigung deutscher Philatelisten u.ä.) ist möglich und wird ausdrücklich begrüßt, da jede Art von Engagement für die Gesellschaft wünschenswert ist.
- Eine Doppelmitgliedschaft mit anderen Verbänden ist möglich.
- Wer sich der Verbandsdisziplin nicht beugt, beugt sich der Verbandsdisziplin nicht.
- Wir wünschen uns, daß jedes Mitglied, auch bei abweichender Meinung, sich an unseren Diskussionen beteiligt und nach seinen individuellen Möglichkeiten in die Verbandsarbeit einbringt.

# Junges forum Junges forum Junges forum

## Studieren mit Kind?

Der bundesweite Durchschnitt von Studierenden mit Kind lag 1994 bei etwa 7%. In absoluten Zahlen ausgedrückt sind dies etwa 56.000 Studenten und 59.000 Studentinnen. Diese Gruppe der Studierenden ist gleichzeitig Problemen der Kindeserziehung, des Studiums und der finanziellen Existenzsicherung ausgesetzt. Stellt sich der Nachwuchs während des Studiums ein, kann die Frage, ob die finanziellen Mittel reichen, das Studium fortzusetzen und erfolgreich abschließen zu können, zu einem erdrückenden Problem werden. Besonders betroffen sind davon Alleinerziehende.

Verschiedenste Institutionen bieten daher ihre Hilfe an. Um sich zu orientieren, wo man Hilfe bekommen kann, bietet das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eine Broschüre an, die telefonisch unter der Rufnummer 0180 - 5329 329 oder unter Postfach 20 15 51, 53145 Bonn kostenlos angefordert werden kann. Diese Broschüre enthält in aufgelockerter Form generelle Informationen darüber, was man im Bezug auf

BAföG wissen sollte, wie hoch Erziehungs- und Kindergeld sind, wann man Wohngeld-berechtigt ist, an wen Sozialhilfe gezahlt wird, bzw. wo man Unterhalt beantragen kann.

Neben diesen Basis-Informationen empfiehlt es sich jedoch, als Hilfesuchender direkt das zuständige Studentenwerk oder die Frauenbeauftragte des Fachbereichs der jeweiligen Universität anzusprechen. Zum Teil sind dort spezielle Broschüren zum Thema 'Studium und Kind' erhältlich. Sie sind in der Regel auf das jeweilige Umfeld abgestimmt und enthalten im Gegensatz zu der Bundes-Broschüre regionale Adressen von Verbänden und sozialen Diensten, die zusätzliche Hilfe anbieten. Die Ausstattung der Unis mit diesem Informationsmaterial ist sehr unterschiedlich. Einige Unis verfügen über keine besonderen Materialien, andere verteilen Blätter, die in einem eher nüchternen Behördenstil gehalten sind und an BAföG-Formulare erinnern. Es geht jedoch auch anders: Das Studentenwerk Ulm gibt beispielsweise einen Kalender heraus, der in übersichtlicher



Form lokale Adressen und Ansprechpartner unter anderem zum Thema 'Studium und Kind' enthält. Vorbildlich in Aufmachung und Inhalt ist die Informationsbroschüre der Flensburger Hochschulen. Neben den bereits oben erwähnten Inhalten sind darin auch Informationen zu Themenkreisen wie Wiedereinstiegsstipendien, Geburtsvorbereitungskursen, Hebammen, Kinderkleidung, Kindergruppen, Selbsthilfegruppen und Kinderbetreuung enthalten. Zusätzlich wird in einem Kalender auf alle Fristen und Termine hingewiesen, die man bei der Beantragung der aufgeführten Mittel beachten sollte.

Trotz der vielfältigen Hilfe verschiedener Seiten bleibt die Situation jedoch schwierig, denn für eine Reihe von Problemen gibt es bislang keine Lösungen. So sind beispielsweise 60-70% der Kinder von Studierenden an deutschen Universitäten im Krippenalter. 30% der Eltern haben für ihre Kinder einen Krippenplatz gesucht, aber nicht gefunden.

Da nach der 14. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks Studentinnen mit Kind ihr Kind in der Regel selbst betreuen, während bei Studenten mit Kind die Betreuung meist von der Partnerin übernommen wird, ist das Thema 'Studieren mit Kind' ein Problem, das hauptsächlich Frauen betrifft. Daß viele Studentinnen die Situation trotzdem meistern, liegt wahrscheinlich daran, daß studierende Mütter sich in ihrer Mehrzahl mit den

realen Verhältnissen arrangiert haben und sich aufgrund einer starken und stabilen physischen und psychischen 'Grundausrüstung' durch die Verhältnisse beißen. Der nachfolgende Beitrag enthält daher den Erfahrungsbericht einer Berliner Zahnärztin, die während des Studiums Mutter wurde.

Dr. R. Seemann, Berlin

## Zahnmedizin mit Baby - (k)ein Problem?

Ein Arbeitskollege bat mich, einen Artikel über das Thema „Studieren mit Kind“ zu schreiben. Ich habe eine 2-jährige Tochter und bin im Januar letzten Jahres mit dem Zahnmedizinstudium fertig geworden. Ich will daher versuchen, in ein paar Zeilen dieses „durchorganisierte Chaos“ zu beschreiben.

Als ich von meiner „verunfallten Schwangerschaft“ erfuhr, war ich in der 9. Woche schwanger und befand mich im 7. Semester. Erst einmal war ich recht zufrieden, daß nun endlich eine Erklärung für meine plötzliche Aversion gegenüber Spritzen, Blut u.ä. gefunden war. Ich hatte schon ernste Befürchtungen, den falschen Beruf gewählt zu haben. Mein Mann, übrigens auch Zahnmediziner und damals im 3. Semester, war vor Freude völlig aus dem Häuschen und der festen Überzeugung, mit „diesem Problem“ fertig zu werden. Mir war im wahrsten Sinne des Wortes meist

schlecht und irgendwie wußte ich nicht so recht, wie alles weitergehen sollte. Ich wollte auf keinen Fall den Anschluß verlieren und mit dem Studium aussetzen. Meine Mutter, die sich zu diesem Zeitpunkt im Vorruhestand befand, sah in diesem Wurm eine neue Aufgabe und bot sofort ihre Unterstützung an. Somit entschieden wir uns für das Kind. Wenn man ehrlich ist, gibt es innerhalb einer Zahnmedizinerkarriere nie den richtigen Zeitpunkt für diese Entscheidung, manchmal sind Zufälle gar nicht so schlecht....

Wenn ich im täglichen Klinikstreß die Gänge entlangflitzte, hielten zunehmend mehr Kommilitonen die Köpfe tuschelnd zusammen, denn das Märchen vom „großen Appetit“ wollte keiner mehr richtig glauben. Aber mit dem Arbeitsschutzgesetz ist das ja so eine Sache..., nach dieser Bestimmung darf eine schwangere Zahnmedizinstudentin keinem Infektionsrisiko ausgesetzt werden. Somit ist die Patientenbehandlung verboten, wenn man seine Schwangerschaft offiziell mitteilt. Am Ende des 8. Semesters ging meine Schwangerschaft ihrem Ende zu und ich konnte mehr oder weniger nur noch mit ausgestreckten Armen behandeln, da mein mächtiger Bauch sonst auf dem Patientenschoß gelegen hätte.

Ich gebar in den Semesterferien und wir verbrachten 6 wundervolle Wochen mit unserer Tochter. Mit Semesterbeginn (9. Semester) kam der schwerste Tag in meinem Muttersein auf mich zu - die Trennung. Es dauerte ungefähr 2 Wo-

chen, bis ich merkte, daß meine Mutter eigentlich alles recht gut im Griff hatte. Dank meiner aufopferungsvollen Mutter, die ein- bis zweimal täglich in die Klinik kam, konnte ich meine Tochter voll stillen, was natürlich meinem Gewissen und meiner Tochter recht gut tat. Für den Rest der Zeit, bzw. für „Noffälle“ hatte ich inzwischen genügend Muttermilch eingefroren (Tip einer Stillberaterin). Während dieser Zeit empfiehlt es sich, immer eine Milchpumpe parat zu haben, denn in gewissen Streßsituationen (Präparation am Patienten dauerte doch länger) will das Baby vielleicht nicht so wie man selber und der Milchstau ist vorprogrammiert.

Finanziell kommt man recht gut zu recht, wenn man nicht den Anspruch hat, nur neue Babybekleidung zu besitzen (auf Babytrödelmärkten kann man preiswert einkaufen). Studentinnen, die BAföG erhalten, können einen Zuschuß zur Erstausrüstung über das Sozialamt beantragen. Wenn das Amt nicht zahlen will, hilft die Caritas bestimmt. Der Caritas Verband hilft bei der Zusammenstellung der Babyerstausrüstung und bei der Finanzierung notwendiger Haushaltsgeräte. Mir wurde eine neue Waschmaschine spendiert, da die alte gerade ihren Geist aufgegeben hatte. Neben BAföG erhielt ich die 600,-DM Erziehungsgeld (bis zu 2 Jahren, ist abhängig vom Einkommen) und 70,-DM Kindergeld (inzwischen 220, DM). Die Ernährung meiner Tochter hatte ich ja sozusagen immer parat und in der Tiefkühltruhe.

Den Kauf teurer Gläschennahrung habe ich durch Selberkochen biologischen Gemüses und portionsweisen Einfrierens reduziert. Mit einem halben Jahr kam meine Tochter dann zur Tagesmutter, die insgesamt drei Kinder betreute und sich meiner Tochter sehr intensiv widmen konnte. Die Tagesmutter kann man sich in Berlin mit Hilfe des Bezirksamtes aussuchen (man kann sich mehrere Tagesmütter in Ruhe ansehen). Die monatlichen Kosten der Betreuung betragen einschließlich Frühstück und Mittagessen 70,-DM (ab 1998 gibt es leider wieder Erhöhungen). Die Differenz erhält die Tagesmutter vom Sozialamt erstattet. Seit ihrem 2. Lebensjahr geht unsere Tochter in die Kita (Kindertagesstätte) und freut sich jeden Morgen auf ihre Freunde im Kindergarten.

Das Studium nicht unterbrechen zu müssen, ist sicherlich nur möglich, wenn man so verlässliche Menschen an seiner Seite hat, wie ich sie hatte und habe. Natürlich trennt sich keine Mutter gerne von ihrem Kind. Man muß die Gewißheit haben, daß sich das Kind in liebevollen Händen befindet. Um sich darin sicher zu sein, muß die Zeit der Schwangerschaft genutzt werden, Tagesmütter zu besuchen, Kontakte zu berufstätigen Müttern aufzunehmen, Informationen zu sammeln etc. Ist das Kind da, muß man lernen, seinen Tagesablauf konsequent durchzuplanen. Man muß vor allem lernen, Abstriche zu machen. Natürlich ist mir nach dem Arbeitstag meine Tochter wichtiger als irgend ein Ab-

wasch von gestern und für das glückliche Lachen während des Spielens vergesse ich auch mal den Staub weit oben auf dem Schlafzimmerschrank. Ich habe den Eindruck, daß Kinder studierender oder berufstätiger Eltern ganz und gar nicht unter diesem Zustand leiden, da die Zeit des Zusammenseins viel intensiver ausgenutzt wird und nicht vom Druck der perfekten Hausfrau (oder des Hausmanns) überschattet wird.

*Beate Meier, Berlin*

---

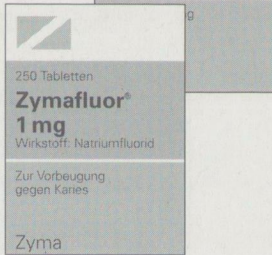
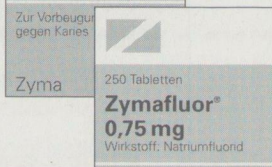
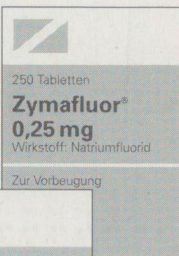
## Urlaubsrisiko FSME

Naturliebhaber sind gut beraten, sich vor Urlaubsantritt zu erkundigen, ob sie in einem Risikogebiet für FSME zelten oder wandern. Insbesondere osteuropäische Länder melden einen drastischen Anstieg der FSME-Fälle. An erster Stelle steht Lettland, gefolgt von Litauen und Estland. In Rußland besteht landesweit Infektionsgefahr. Auch in den deutschen Nachbarländern Tschechien und Slowakei erkranken mehr Menschen an der Frühsommer-Meningoenzephalitis. Risikoregionen sind die Umgebung von Prag sowie Südböhmen, Süd- und Nordmähren. In Polen sind die Waldgebiete entlang der Grenze zu Rußland besonders betroffen in Schweden die südöstliche Küstenregion. In Finnland registrierte man einzelne Erkrankungen an der Südwestküste. Die Schweiz berichtet Fälle aus den Kantonen Schaffhausen, Zürich und Bern! Zu den "klassischen" Zeckengebieten Österreichs zählen nach wie vor Kärnten und die Steiermark, ferner die Waldgebiete entlang der Donau und in Niederösterreich. BGW-Mitteilung 6/97



“HEY DOC, GIB  
MIR ZYMAFLUOR”

**Erstattungsfähig  
bis zum  
19. Lebensjahr**



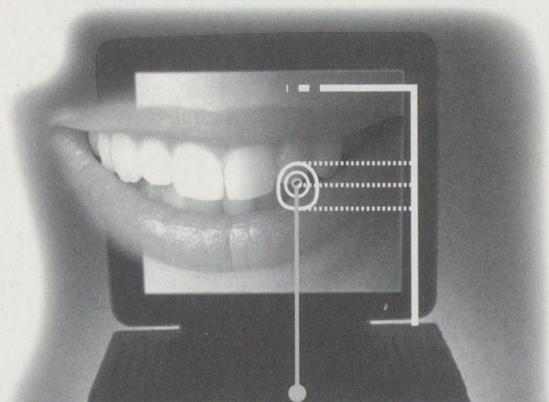
# Zymafluor®

## gegen Karies

### Der Profi für die Prophylaxe.

**Zymafluor® 0,25 mg; 0,5 mg; 0,75 mg; 1 mg** (Wirkstoff: Natriumfluorid). **Zusammensetzung:** **Zymafluor 0,25 mg:** 1 Tbl. enthält 0,553 mg NaF (entspr. 0,25 mg Fluorid). **Hilfsstoffe:** Crospovidone; Lactose 1 H<sub>2</sub>O; Magnesiumstearat. **Zymafluor 0,5 mg:** 1 Lutschtbl. enthält 1,105 mg NaF (entspr. 0,5 mg Fluorid). **Hilfsstoffe:** Magnesiumstearat, Aromastoff, Farbstoffe E 171 und E 172. **Zymafluor 0,75 mg:** 1 Lutschtbl. enthält 1,658 mg NaF (entspr. 0,75 mg Fluorid). **Hilfsstoffe:** wie Zymafluor 0,5 mg. **Zymafluor 1 mg:** 1 Lutschtbl. enthält 2,211 mg NaF (entspr. 1 mg Fluorid). **Hilfsstoffe:** Magnesiumstearat, Aromastoff, Farbstoff E 172. **Indikationen:** Zur Kariesprophylaxe. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegenüber NaF oder einem der Inhaltsstoffe. Zusätzliche systemische Fluorid-Anwendung, z.B. mit Trink-/Mineral-/Tafelwasser. Früh- und Mangelgeborene, solange sie nicht gedeihen. **Nebenwirkungen:** Bei bestimmungsgemäßem Gebrauch nicht bekannt. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Die gleichzeitige Zufuhr von Calcium, Magnesium, z. B. mit Milch und Milchprodukten, vermindert die Retention von Fluorid im Organismus nicht wesentlich. **Dosierung siehe Gebrauchs- oder Fachinfo.** **Handelsformen und Preise:** **Zymafluor 0,25 mg:** 250 Tbl./N3 DM 9,80. **Zymafluor 0,5 mg:** 250 Lutschtbl./N3 DM 11,55. **Zymafluor 0,75 mg:** 250 Lutschtbl./N3 DM 13,40. **Zymafluor 1 mg:** 250 Lutschtbl./N3 DM 14,95. Stand: 3/97

Novartis Consumer Health GmbH, 81366 München



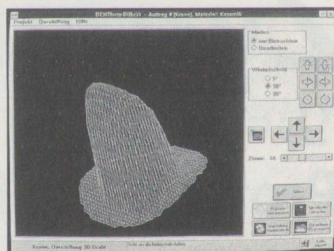
# Die HighTech-Krone

## IN-CERAM DCS

Mit der neuen HighTech-Krone IN-CERAM DCS bietet Ihnen Zahntechnik Scharl eine **echte Innovation**. Durch das Fräsen von Kronen und Brücken mittels einer **CNC-Fräsmaschine** werden nicht nur Biegefestigkeiten von **erstaunlichen 500 MPa/qmm** erreicht, sondern eine absolut gleichbleibend **hohe Qualität**. Auf Wunsch senden wir Ihnen gern detaillierte Informationen.

Die Nutzen für Sie und Ihre Patienten sprechen für sich:

- ästhetisch und lichtdurchlässig wie ein natürlicher Zahn
- sehr gute Biokompatibilität
- computerunterstütztes Fräsvfahren schließt manuelle Fehlermöglichkeiten aus
- exzellente Paßgenauigkeit der Kronen und Brücken
- bei entsprechender Indikation auch als Brückenersatz die perfekte Alternative



ZAHNTECHNIK  
**scharl**

Zahntechnik Scharl GmbH · Kleinraigerling 66 · 92224 Amberg · Telefon 0 96 21/379-0 · Fax 0 96 21/3 79 99

# Im Zweifel für den Angeklagten?

## 60.000 DM Schmerzensgeld für eine mißglückte Gerüsteinprobe

Normalerweise würde man in Bayern so etwas mit „scho a weng saudumm glaufn“ kommentieren - ginge es hier nicht um ein rechtskräftiges Urteil des Landgerichts Weiden, das vor kurzem einen Zahnarzt zu insgesamt 121.000 DM Schadenersatz verurteilte, davon allein 60.000 DM Schmerzensgeld! Die Angelegenheit dürfte in mehrfacher Hinsicht beispiellos sein - nicht nur bezüglich der finanziell ungewöhnlich harten Konsequenzen für den Zahnarzt, sondern auch im Hinblick auf den vergleichsweise simplen Vorgang, der nach Auffassung des Gerichts den Schaden verursacht hat: Laut Urteilsbegründung berichtete der Zahnarzt

*„am 07.08.1992 habe lediglich eine Gerüsteinprobe stattgefunden, wobei das Metallgerüst etwas geklemmt habe, die Klägerin habe dabei nicht geäußert, Schmerzen zu haben. Eine Myoarthropathie sei durch diese Einprobe keineswegs entstanden. Bei der Kontrolluntersuchung am 29.03.1993 habe er bereits eine Überweisung ausgeschrieben, die Patientin sei jedoch zu diesen Ärzten nicht gegangen. Erst auf eine erneute Überweisung hin am 09.08.1993 habe die Klägerin einen Facharzt aufgesucht. Erst dann sei die Myoarthropathie diagnostiziert worden. Auch sei dem Behandler erst durch die Untersuchung am 10.09.1993 bekannt geworden, daß die Patientin eine Allergie gegen das Brückenmaterial der ersten Brücke gehabt habe, woraufhin diese Brücke her-*

*ausgenommen worden sei. — Daraufhin sei eine zweite Brücke eingepaßt worden, wobei die Ursache der Kopfschmerzen noch immer nicht geklärt gewesen sei. Bei der zweiten Brücke sei der Biß nicht verändert worden, die Klägerin habe auch keine weiteren Störfaktoren angegeben. Im übrigen verwies der Zahnarzt darauf, daß die Klägerin schon früher unter Kopfschmerzen gelitten habe, wenn auch nach ihren Angaben es sich um Kopfschmerzen anderer Art gehandelt habe.“*

Dem Gerichtsprotokoll ist weiterhin zu entnehmen, daß die erste Gerüsteinprobe ca. 1,5 Stunden reine Behandlungszeit in Anspruch genommen hat und daß wegen der dabei auftretenden Spannungsgefühle der Zahnarzt das Brückengerüst mittels Silikoninnenabdrücken passend zu machen versucht hat.

Der vom Gericht bestellte zahnärztliche Sachverständige hielt diese Vorgehensweise für fehlerhaft und konstatierte „einen eindeutigen Verstoß gegen die Regeln der Zahnheilkunde, indem diese Gerüsteinprobe länger als 10 bis 15 Minuten in Anspruch genommen hat“. Bei einer längeren Dauer als 10 bis 15 Minuten hätte die Behandlung abgebrochen werden müssen. Der Sachverständige führte aus, daß „mit Sicherheit bei dieser ersten Einprobe die Ursache für den bei der Klägerin seitdem bestehenden Gesichtsschmerz durch die lange Mundöffnung der Patientin gesetzt wor-

den sei. Im übrigen sei es, so der Gutachter weiter, „bereits im Jahr '92 üblich gewesen, in Fällen wie diesem vor Beginn einer prothetischen Behandlung Anträge auf Bezuschussung einer Kieferfunktionsdiagnostik zu stellen, was in mehr als 50% der Fälle geschehen sei. Nachdem eine solche Diagnostik bei der Patientin unterblieben ist, hatte der Zahnarzt umso mehr Anlaß, hinsichtlich einer latenten Kiefergelenkserkrankung entsprechende Vorkehrungen zu treffen.“

Vom Sachverständigen bemängelt wurden vor allem das Fehlen von Situationsmodellen, das Fehlen „sämtlichen Dokumentationsmaterials“, die Tatsache, daß der Zahnarzt, statt die Behandlung abzubrechen, in das kranke System noch einmal eine zweite Brücke einzupassen versucht hat, und daß er weder von der ersten noch der zweiten Brücke irgendwelche Unterlagen aufgehoben hat.

Fazit: Auch wenn Zweifel darüber angebracht sind, ob die Kiefergelenksbeschwerden der Patientin wirklich dauerhaft therapieresistent sind, und - wenn ja - ob sie tatsächlich durch die erste Gerüsteinprobe entstanden: Fest steht, daß sich der Kollege wahrscheinlich erheblich entlastet hätte, wenn er die KG-Beschwerden bereits im Krankenblatt notiert hätte, wenn er die (privat zu verrechnenden) funktionsanalytischen / funktionstherapeutischen (FAM / FTM) Maßnahmen der Patientin bereits mit dem Prothesenantrag geplant und dann auch durchgeführt hätte - unabhängig davon, ob man damit der Patientin auch tatsächlich hätte helfen können. Daß der Zahnarzt aber weder die KG-Beschwerden der Patientin erkannt und

darauf eingegangen ist, keine Situationsmodelle erstellt und die erste Brücke einfach „weggeworfen“ wurde, das hat den Eindruck des Gerichts gefestigt, daß der Kollege die Gefahr weder gesehen noch irgendetwas unternommen hat, um nachweisen zu können, daß er an KG-Komplikationen gedacht hat.

Offensichtlich kann man sich also schon dadurch erheblich exkulpieren, wenn Eintragungen auf der Karteikarte zeigen, daß man einen Myoarthropathie-Patienten als solchen erkannt, FAM - FTM Leistungen bereits mit dem Heil - und Kostenplan vorschlägt - unabhängig davon, ob man diese letztendlich auch durchführt und abrechnet - sowie den Patienten über mögliche Risiken bei der Behandlung informiert (evtl. auch durch ein Info - Blatt).

Andererseits sind aber auch Zweifel darüber angebracht, ob ein Sachverständiger konstatieren kann, bei einer Gerüsteinprobe, die einen längeren Zeitraum als 15 Minuten dauert, „liegt ein eindeutiger Verstoß gegen die Regeln der Zahnheilkunde vor“.

So „eindeutig“ läßt sich diese Aussage mit Sicherheit nicht machen, und zwar deshalb, weil die Patientin während der 90-minütigen Einproben ganz sicher zwischenzeitlich auch den Mund geschlossen hatte und damit das Gelenk entlastet war. Wenn der Sachverständige also nicht so „eindeutig“ und „mit Sicherheit“ die Beschwerden der Patientin auf diese eine Gerüsteinprobe zurückgeführt hätte - man kann in diesem Fall ja sicherlich von vorgeschädigten Gelenksstrukturen ausgehen - und wenn der beklagte Zahnarzt eventuell noch ein weiteres

Gutachten beantragt hätte - dann wäre das Gericht, im Zweifel für den Angeklagten, möglicherweise zu einem weniger gravierenden Urteil gekommen. (LG Weiden, AZ 1 O 228/96)

*Dr. Hanns-W. Hey, München*

## Abgezockt

Zahnkliniken sind oft besser als ihr Ruf. Vorsicht für leichtgläubige Patienten ist nur da geboten, wo Hochglanzprospekte die ewig gesunden und schönen Zähne verheißen und die Klinikbetreiber durch Bücher und Werbung auf sich aufmerksam machen. Die idyllische Lage eines solchen Institutes inmitten eines Feriengebietes tut ein übriges, die Gesundheitssehnsüchte der vom hektischen, gewinnorientierten Praxisbetrieb enttäuschten Patienten zu schüren.

Frau W. fiel auf die verlockenden Versprechungen herein. Sie suchte eine privat betriebene Klinik auf, um sich von drei subjektiv als gefährlich empfundenen wurzeltoten Backenzähnen befreien zu lassen und die entstandenen einzigen Lücken festsitzend schließen zu lassen. Ihrem Wunsch wurde bereitwillig entsprochen, jedoch nicht ohne auch das zahnheilkundliche Credo des Institutes in den Vordergrund zu rücken, wonach nur ein überkronter Zahn ein schöner und langlebiger Zahn ist.

Frau W. besann sich auf den Werbetext der Klinik: Eine einzige ausgiebige Behandlung in diesem Institut würde ein lebenslang saniertes Gebiß ergeben, bei

dem jedweder spätere Zahnarztbesuch überflüssig wird. Obwohl sie keine weiteren Probleme mit ihrem Zahnbestand hatte, willigte sie schließlich in den Behandlungsvorschlag ein, der neben der erforderlichen Anfertigung der Brücken und der Erneuerung ein paar alter Kronen die Überkronung sämtlicher verbleibender Zähne umfaßte.

Nachdem Frau W. die Vorbedingung der Klinik, mit der Behandlung überhaupt zu beginnen, durch eine Vorabzahlung von DM 12.000,- erfüllt hatte, begann für sie die Prozedur. Die Behandlungskosten der Komplettsanierung wurden mit über DM 26.000,- veranschlagt und als besonders günstig beschrieben, da die Zahntechnikkosten durch ein Labor in Singapur mit nur gut DM 5.000,- zu Buche schlagen sollten. Als der Ersatz da war und nach provisorischer Befestigung auch sofort bezahlt werden mußte, konnte er Frau W. jedoch weder in funktioneller noch in ästhetischer Hinsicht zufriedenstellen. Die Kronen waren erheblich zu klein ausgefallen und die Okklusion klappte auf der rechten Seite so sehr, daß sich bei der Patientin sofort erhebliche Kopf- und Nackenbeschwerden einstellten.

Der Klinikchef kam letztlich dem Drängen der Patientin nach, den Ersatz noch einmal komplett in einem deutschen Labor wiederholen zu lassen, wobei er aber einen Fehler der ersten Arbeit nirgendwo entdecken konnte und auch auf der Einbehaltung des bereits entrichteten Honorars bestand. Er machte allerdings den genialen Vorschlag, Frau W. solle zwar an ihn kein weiteres Honorär mehr zahlen, müsse aber natürlich die Kosten des deutschen Labors übernehmen.



Die hier anfallenden ca. DM 18.000,- sollte sie direkt an den Laborinhaber zahlen.

Auch der um seinen Umsatz besorgte Techniker war nicht auf den Kopf gefallen und ließ sich die Zahlungsverpflichtung der Patientin direkt an ihn gleich noch von dieser unterschreiben. Er bot Frau W. daraufhin entgegenkommenderweise seine Sonderdienste an: Die Gerüstanprobe führte er natürlich selber aus, inklusive Abnahme und Wiederbefestigung der Provisorien.

Zwar war nach erneuter provisorischer Eingliederung das ästhetische Ergebnis weniger zu beanstanden, jedoch waren die okklusalen Probleme jetzt schlimmer als vorher. Die Bißlage ließ nur einen Kontakt im linken Prämolarenbereich zu, auf der rechten Seite war aufgrund eines neuerlichen großen Interokklusalspaltes an eine Kaufunktion nicht zu denken. Die Spee'sche Kurve wurde deutlich ausgeprägt, jedoch verkehrt herum gestaltet. Aus der Gesamtsituation entwickelte die Patientin erhebliche Kiefergelenksprobleme, wobei die schon vorher vorhandenen Kopf- und Nackenschmerzen ebenfalls unerträglich waren.

Frau W. dämmerte nun, daß die Behandlungsweise, die ihr widerfahren war, Methode hatte. Sie reklamierte den Zweitersatz in der Klinik, mußte dort aber erfahren, daß man mit ihren Problemen nichts mehr zu tun haben wollte. Daraufhin blieb ihr keine Wahl, als beim Techniker zu reklamieren, der sich nun spontan ebenfalls nicht mehr für zuständig hielt. Frau W. hielt es in dieser Situation natürlich nicht mehr für richtig, ihre Laborrechnung zu bezahlen, was bereits nach wenigen Wochen den

gerichtlichen Mahnbescheid des Zahn-technikers (!) zur Folge hatte.

Dem Widerspruch der Patientin folgten Gerichtstermine und die Einschaltung eines Gerichtsgutachters, der allerdings an den erheblichen Mängeln des Zahnersatzes und der kompletten Erneuerungsbedürftigkeit nicht den geringsten Zweifel ließ. Dennoch mag man es kaum glauben, daß Frau W. in der ersten Instanz gegen den Zahntechniker verlor. Die Begründung des Gerichts war genauso lapidar wie abstrus: Frau W. müsse zahlen, weil sie eine Zahlungsverpflichtung zugunsten des Technikers unterschrieben habe.

Die richtige Einlassung des Anwaltes der Patientin, eine direkte Rechtsbeziehung zwischen Labor und Patient sei von vornherein unzulässig, verpuffte ungehört. Auch die Tatsache, daß ein Techniker nicht befugt ist, selbst direkte Nachbesserungen an seiner Arbeit unter Umgehung des Zahnarztes durchzuführen, ließ die Richter kalt. Der Techniker hätte damit nach Auffassung des Gerichtes auf der einen Seite einen Honoraranspruch, ohne aber auf der anderen Seite für seine Arbeit wegen der fehlenden Möglichkeit der Mängelbeseitigung haften zu müssen. Angesichts dieses krassen Fehlurteiles steht nun die Berufungsverhandlung ins Haus. Desweiteren war Frau W. inzwischen gezwungen, gegen die Zahnklinik eine Klage anzustrengen, um die zu Unrecht gezahlten Behandlungskosten und ein angemessenes Schmerzensgeld zu erhalten.

*Dr. Eberhard Riedel, München*

## Welche Herzbefunde erfordern eine antibiotische Endokarditisprophylaxe?

### Endokarditisprophylaxe **angeraten**

- prothetische Herzklappen, eingeschlossen Bioprothesen und homologe Klappen
- Anamnese einer bakteriellen Endokarditis, auch bei Fehlen einer Herzerkrankung
- die meisten angeborenen Herzfehler
- rheumatische oder andere erworbene Dysfunktionen der Herzklappen auch nach Klappenoperation
- hypertrophe Cardiomyopathie
- Mitralklappen-Prolaps mit Klappeninsuffizienz

### Endokarditisprophylaxe **nicht** angeraten

- isolierter „Septumsecundum“-Defekt
- erfolgte Operation ohne Residuen nach über 6 Monaten von: isoliertem „Septumsecundum“-Defekt, Kammerseptumdefekten, „persistierendem ductus arteriosus“
- vorausgegangene „Bypass“-Operation der Herzkranzgefäße
- Mitralklappenprolaps ohne valvuläre Insuffizienz
- physiologische, funktionelle oder Herzgeräusche ohne anatomisches Korrelat
- „Kawasaki“-Syndrom ohne valvuläre Dysfunktion
- vorausgegangenes rheumatisches Fieber ohne valvuläre Dysfunktion
- Herzschrittmacher
- implantierte Defibrillatoren

## Antibiotikaprophylaxe (von der American Heart Association empfohlene Standards) bei Maßnahmen im dental-oralen Bereich und den oberen Atemwegen, die mit einer Blutung einhergehen

### MEDIKAMENT

#### Standard-Medikation:

Amoxicillin

### DOSIERUNG

3,0 g oral - 1 Stunde vor dem Eingriff

1,5g Oral - 5 Stunden nach der Initialdosis

#### Patienten mit Allergie gegen Amoxicillin oder Penicillin:

Erythromycin

Erythromycin-Ethylsuccinat 800 mg oral, oder Erythromycin-Stearat 1,0 g oral,

2 Stunden vor dem Eingriff, dann die halbe Dosis 6 Stunden nach der Initialdosis

oder Clindamycin

300 mg oral - 1 Stunde vor dem Eingriff,

dann 150 mg - 6 Stunden nach der Initialdosis

Quelle: Quintessence International Volume 28, 4/97

# DEPOLLI ZAHNTECHNIK



## Metall-Unverträglichkeit?

das Höchste an Ästhetik und Funktion:

- VMK aus purem Feingold (99,99 %) im Galvano-Verfahren ohne Preiszuschlag für Kassenpatienten.
- Alle Keramikinlays, -Teilkronen im Sinterverfahren à DM 259,-  
- inkl. Modelle-
- Moderne Laser-Fügetechnologie

# De Polli

Zahn  
technik

DEPOLLI ZAHNTECHNIK GMBH

81245 München-Pasing  
Schuegrafstraße 9

TELEFON 089-89 68 93 71/2, FAX 089-89 68 93 73

# Dem Leben wieder ins Gesicht sehen-

## wie Epithetiker, Zahnärzte und Andere gesichtsversehrten Menschen dabei helfen

Die Epithetik ist eine Fachdisziplin, die ebenso wenig das Rampenlicht sucht wie diejenigen, die ihrer Hilfe bedürfen. Von daher dürfte sie vielen unserer Leser/innen eher als Terminus aus Lehrbüchern denn aus eigener Erfahrung ein Begriff sein.

In der Epithetik geht es um Menschen, deren Gesicht gravierende Defekte aufweist und bei denen chirurgisch-rekonstruktive Maßnahmen allein nicht zu einem befriedigenden Ergebnis führen oder nicht anwendbar sind. Mithilfe von künstlichen Gesichtsteilen werden beispielsweise Ohrdefekte, fehlende Na-

dient und ggf. mit Vorrichtungen zur Erleichterung des Atmens, Schluckens, Kauens usw. kombiniert wird.

Die Ursachen der auszugleichenden Defekte reichen von Tumorresektionen, infektiösen Hauterkrankungen, Unfällen, Verbrennungsfolgen, Mißbildungen bis hin zu kriegsbedingten Verletzungen; dabei veränderten sich in der Vergangenheit Art und Schweregrad der zu versorgenden Gesichtsschäden jeweils parallel zur Entwicklung der medizinischen Möglichkeiten.

### Gesichtsdefekte als soziales Handicap

Hinter nüchternen Fall-Beschreibungen finden sich z.T. erschütternde Schicksale. Es geht um Menschen, die nicht nur mit Schmerzen, bedrohlichen Eingriffen, Angst um ihr Leben, Verlust von Körperteilen und -funktionen fertigwerden müssen, sondern zugleich elementar betroffen sind in ihrem Verhältnis zu ihrer Umwelt. Denn das Gesicht ist unser "Sozial-Organ" par excellence. Schon geringe Abweichungen von gewohnten Proportionen, Formen und Farben irritieren, und auf schwere Defekte, insbesondere das Fehlen von Nase und Auge, reagiert instinktiv jeder Mensch mit Erschrecken.

Hinzu kamen in früherer Zeit mehr oder weniger berechtigte Ängste vor Anstek-



Patientin mit 3 magnet-tragenden Implantaten im Orbitabereich.



Epithese in situ, die Ränder können mit einer Brille überdeckt werden

sen, Augen, Wangenbereiche usw. überdeckt, wobei das Ersatzteil, die Epithese, oft nicht nur eine ästhetische Funktion übernimmt, sondern zugleich dem Schutz von Schleimhäuten, Wundbereichen und Hohlräumen im Kopfinnern

kung und z.T. religiös motivierte Vorstellungen von der Art, daß böse Geister in dem Gesichtsversehrten ihr Unwesen trieben oder daß Krankheit und Gebrechen als Strafe Gottes für sündiges Verhalten zu verstehen seien. In verschiedenen Kulturen wurden "entstellte" Menschen isoliert, ausgestoßen oder sogar umgebracht; mit Sicherheit werden die meisten Betroffenen sich selbst vielfach vom gesellschaftlichen Leben zurückgezogen und ihr Gesicht irgendwo im engsten Familienkreise verborgen haben.

### Anfänge der Epithetik

Aber es gab Ausnahmen. Ähnlich wie schon in der Antike gelegentlich versucht wurde, fehlende Zähne oder Gliedmaßen zu ersetzen, wird der eine oder andere Betroffene sich selbst eine Vorrichtung zur Abdeckung seines Defekts geschaffen oder ggf. bei einem Handwerker in Auftrag gegeben haben. Bis zum 16. Jahrhundert sind allerdings die Hinweise auf epithetische Konstruktionen, wie Prof. Alfred RENK in seiner umfangreichen Habilitationsarbeit zur Geschichte der Epithetik (A. RENK, 1992) darlegt, vorwiegend anekdotischer Natur. Als frühes, belegbares Paradebeispiel einer epithetischen Versorgung wird allenthalben der Fall von Tycho Brahe (1546-1601) zitiert, der durch einen Schwerthieb einen Teil seiner Nase einbüßte und den Defekt mit einer Metallnase bedeckte. Daß Brahe trotz seines Gesichtsschadens weiterhin eine Rolle im öffentlichen Leben spielen konnte, wurde sicher begünstigt durch seine gehobene Stellung als kaiserlicher Astronom, aber auch durch die Ursache

seines Nasendefekts, den er ehrenvoll im Kampf erwarb.

### Wandel in den Krankheitsbildern

Bei Kriegen und Unfällen entstandene Gesichtsmängel gab es natürlich immer - ansonsten wandelte sich das Spektrum der epithetisch zu versorgenden Patienten durchaus. Vom 16. Jahrhundert an breitete sich in Europa die Syphilis aus. Sie führte in ihrem Tertiärstadium zu zahlreichen Nasen-Gaumen-Defekten. Ähnliche Gewebeerluste bewirkten die unbehandelte Hauttuberkulose, Lupus, und die Versuche, sie durch Ausbrennen oder Auskratzen der Herde zu stoppen. Beide Erkrankungen sind inzwischen in unserem Kulturkreis durch prophylaktische Impfungen und medikamentöse Therapie soweit zurückgedrängt, daß sie im Bereich der Epithetik keine Rolle mehr spielen. Stattdessen führen heute Tumorfälle die Ursachenliste schwerer Gesichtsdefekte an.

Ob und bei welchen Krankheitsbildern Epithetik-Konstruktionen zum Einsatz kamen, hing in der Vergangenheit - wie sich denken läßt - immer vom Sozialstatus des Patienten und vom Wissensstand in der Medizin ab. Befremdlich ist für uns heute zu hören, daß es beispielsweise im ausgehenden Mittelalter üblich war, bei einem schwer Erkrankten oder Verletzten erst mal eine Prognose zu stellen und für den Fall, daß die Überlebensaussichten gering waren, *gar nichts* zu tun! Zurückhaltung mag allerdings, solange es weder Infektionsschutz noch Anästhesie gab, nicht unbedingt ein Nachteil gewesen sein. Auf jeden Fall kann man folgern, daß sich in früheren

Zeiten die Mehrzahl der epithetischen Versorgungsprobleme allein schon deshalb nicht stellte, weil die betreffenden Patienten mangels medizinischer Hilfe verstarben. Dabei ging die Entwicklung in der Medizin durchaus nicht einheitlich voran im Sinne ständig fortschreitender Erkenntnis. Während beispielsweise bereits im 15. Jahrhundert in Europa (und noch früher in Indien) das chirurgische Können so weit entwickelt war, daß man mithilfe von Hautlappen aus Oberarm oder Stirn zerstörte Nasen chirurgisch rekonstruierte, geriet diese Fertigkeit, wie verschiedene andere, im 17. und 18. Jahrhundert wieder in Vergessenheit. Denn in dieser Zeit wurde die praktische Chirurgie als Wundarznei-Handwerk von der wissenschaftlichen Medizin abgetrennt und nicht mehr vom Arzt, sondern vom Barbier ausgeübt.

### **Einstieg der Zahnärzte in die Epithetik**

Nicht nur das chirurgische Können der Ärzte erfuhr im 17. und 18. Jahrhundert eher eine Rück- als eine Weiterentwicklung - auch im Bereich der Epithetik, nicht selten eine Alternative zur plastischen Chirurgie, war über längere Zeit kein Engagement der Ärzte mehr zu verzeichnen. Hatten Mediziner wie Ambroise PARÉ (1510-1590), Girolamo MERCURIALIS (1530-1606), Giovan Tommaso MINADOI (1540-1615) und andere in ihren Werken noch ausführliche Beschreibungen von Aufbau und Indikation verschiedener Epithesen geliefert und eigene Patienten in Kooperation mit (Kunst-)Handwerkern mit solchen Ersatzteilen versorgt, fehlen derartige Hinweise im ärztlichen Schrifttum

des folgenden Jahrhunderts. Ein neuer Entwicklungsschub für die Epithetik kam schließlich aus einem Teilgebiet der Medizin, das sich im 18. Jahrhundert allmählich von ihr abzunabeln begann: aus der Zahnheilkunde.

Die Zahn-Spezialisten hatten es schließlich mit einer verwandten Fragestellung zu tun: auch bei ihnen ging es um den Ersatz von verlorenegegangenen Körperteilen - in diesem Fall: von Zähnen, wobei bekanntlich bis in unser Jahrhundert hinein Zahnmedizin und Zahntechnik eine Einheit bildeten und die Zahnärzte nicht nur in Patientenmündern tätig wurden, sondern auch die prothetischen Rekonstruktionen fertigten. Sie erprobten verschiedene Materialien sowohl zur Herstellung der Kunst-Zähne als auch zu deren Verankerung und zur Abdrucknahme, Materialien, die sich auch für die Epithesenfertigung als tauglich erwiesen. Zahnarzt Nicolas DUBOIS DE CHEMANT (1753-1824) z.B., Besitzer eines Patents für Prothesen-Porzellanmassen, beschrieb in seinen Veröffentlichungen zugleich den Einsatz des Porzellans im epithetischen Bereich.

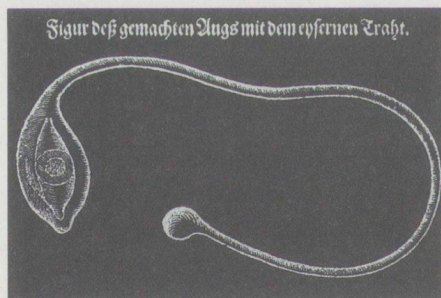
Aber nicht nur Materialien, Abformungstechniken und handwerkliches Können prädestinierten die Zahnärzte für die Epithesenherstellung. Ebenso mag eine Rolle gespielt haben, daß ihr Arbeitsgebiet ohnehin der menschliche Schädel, genauer der oral-faciale Bereich, war und daß sich bei Zahn- und Gesichtsprothesen vergleichbare Probleme hinsichtlich fester bzw. beweglicher Verankerung, Biokompatibilität usw. stellten. Darüber hinaus erfolgte oft eine Verquickung zahnärztlicher und epitheti-

scher Maßnahmen - sei es in dem Sinne, daß Epithesen an Zähnen verankert wurden oder umfangreiche Defekte sowohl das Gesicht als auch den Kauapparat betrafen und durch kombinierte Konstruktionen therapiert wurden.

### Epithesenverankerung - ein Feld für Tüftler

Zentrales Problem war von jeher die Verbindung zwischen Epithese und Gesicht. Aus alten Zeichnungen kennt man verschiedene Hilfsmittel zur äußerlichen Befestigung von Epithesen am Schädel: Bänder, Kopfreifen, Federn, die allerdings mit dem Nachteil mehr

oder weniger großer Auffälligkeit verbunden waren. Als Alternative entwickelte man Verankerungen im Defektinnern. Nicht wenige Darstellungen aus den vergangenen Jahrhunderten nötigen dem Betrachter Respekt ab ob der raffinierten mechanischen Konstruktionen mit Flügeln, Federn und Scharnieren, Drähten, Zapfen und Stangen, mit denen Ersatzteile in Hohlräumen und unter sich gehenden Stellen fixiert und mit anderen Epithesenteilen verknüpft wurden. Jedoch fragt man sich auch, was ihre Handhabung für den Gesichtsversehrten bedeutet hat und wie sich vor allem die Einbringung von Teilen aus Metall, Holz, Leder, Schwamm usw. auf die zur Abstützung der Epithesen und Obturatoren dienenden Gewebe und auf die hygienische Situation insgesamt ausgewirkt hat. In vielen Fällen kam es wahrscheinlich zu Entzündungen und Schmerzen. Ähnliches bewirkten die Klebemittel früherer Zeiten. Erst im vorigen Jahrhundert setzte sich, in Verbindung mit veränderten Epithesenmaterialien und dank effektiverer und verträglicherer Klebesubstanzen, diese Fixationsart in der Epithetik durch. Mit der Verbreitung von Brillen ergab sich eine bis heute wichtige Möglichkeit zur Verankerung und unauffälligen Einpassung von Gesichtersatz. Je nach Situation wurden und werden weitere Accessoires wie künstliche Bärte, Hauben, Haarteile genutzt, um Epithesenränder und Befestigungselemente zu überdecken.



Frühe Beispiele epithetischer Versorgungen

### Neue Möglichkeiten durch Kautschuk und Kunststoffe

Im fortschreitenden 19. Jahrhundert etablierte sich - so sieht es zumindest der

Chronist A. RENK - die Epithetik als Spezialgebiet der zahnärztlichen Prothetik. Verschiedene Zahnmediziner publizierten Fallbeschreibungen; In zahnärztlichen Lehrbüchern erschienen Abhandlungen über Gaumenobturatoren und künstliche Nasen, über Kunstaugen, über an Zähnen fixierte Lippenepithesen usw. In der Prothetik gemachte Fortschritte wurden, soweit möglich, auf die Epithetik übertragen. Als Material wurden z.T. die gleichen Stoffe wie in den Jahrhunderten zuvor - beispielsweise Metalle, Glas, Holz, Leder, Wachs - verwandt; zum Teil versuchte man sich aber auch mit Neuentwicklungen. Ein wichtiger Meilenstein war die Einführung vorvulkanisierten Kautschuks, der zunächst als Überzug für Nasenprothesen, bald darauf auch als Grundmaterial für Ersatzteile erwähnt wird. Im Laufe der Zeit erfolgten Modifikationen, so daß sowohl harter als auch weicher Kautschuk zur Verfügung standen; Zelluloid kam als konkurrierendes Material hinzu. Nach der Jahrhundertwende wurden weitere Kunststoffe - wie Hekulid, Hekolon, Bakelid, Paladon - in der Epithetik erprobt. Bis in unsere Tage hinein blieb übrigens Gelatine in Gebrauch. Das ästhetische Ergebnis bei diesem nach einem speziellen Rezept zusammenzumischenden Material ist so überzeugend, daß vereinzelt noch heute Patienten die Mühe auf sich nehmen, alle paar Tage ihre Gelatinenase neu aus der hierfür gefertigten Gipsform herzustellen.

Tatsächlich ist bis heute das perfekte Epithesenmaterial noch nicht gefunden. Zwar zeigen Maskenbildner und Figuren in Wachs-Kabinetten, wie täuschend

echt Gesichter nachgeahmt werden können. Aber im Gegensatz zu diesen Rekonstruktionen müssen Epithesen alltagstauglich sein. Sie müssen sich mimischen Bewegungen anpassen, ihr Material muß gut färbbar, farb- und formstabil sein, mechanischen und chemischen Belastungen standhalten, gewebeträglich und gut zu reinigen sein. Verschiedene harte und weichbleibende Kunststoffe, insbesondere Silikone und Acrylate aus dem Dentalbereich, werden hier heute eingesetzt. In den letzten Jahren waren im Bereich der Werkstoffe keine spektakulären Neuerungen zu verzeichnen. Jedoch kamen einige Modifikationen bekannter Stoffe auf den Markt, so z.B. Elasto-Synsil 30, ein transparentes, additionsvernetztes Silikon mit Platin-Katalysator, das aus einem in der Kieferorthopädie eingesetzten Produkt entstand. Solche Materialien verbessern die indikationsgerechte Auswahl und stellen somit kleine Schritte nach vorn in der Materialentwicklung dar.

### **Enossale Implantate - eine Chance für viele Epithetik-Patienten**

Einen großen Schritt nach vorn, eine regelrecht revolutionäre Veränderung hat es dagegen in einem anderen Bereich, dem der Epithesen-Verankerung, gegeben. Hier taten sich immer wieder unlösbar scheinende Probleme auf: z.B. weil Patienten eine Klebstoff-Allergie entwickelten oder sie eine Brillenfixierung ihres Gesichtersatzes als zu unsicher empfanden. Erzählt wird das Beispiel eines Geschäftsmannes, der im Gespräch mit Kunden versehentlich seine Brille und damit sein halbes Gesicht abgenommen hatte und eine solche Situ-



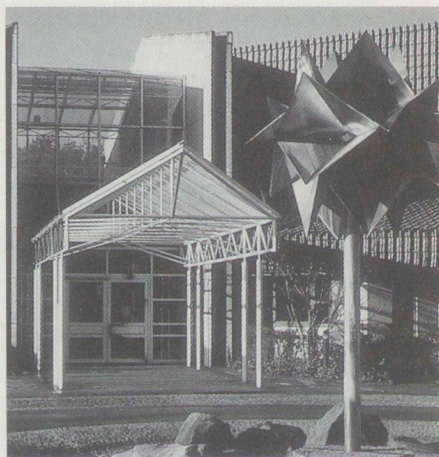
ation auf keinen Fall noch einmal erleben wollte. Versuche, in solchen Fällen durch chirurgische Eingriffe verbesserte Retentionsmöglichkeiten - u.a. in Form vom Hautschlaufen - zu schaffen, brachten unbefriedigende Ergebnisse.

Über mehr Erfolg bzgl. fester Verankerung konnten dagegen andere berichten: die zahnärztlichen Implantologen. Es lag nahe, die Implantation von künstlichen Pfeilern auch in anderen Knochenarealen zu versuchen und osseointegrierte Implantate aus dem bewährten Material Titan auch zur Fixierung von Epithesen zu nutzen. Die ersten, die diese Fragestellung aufgriffen, waren schwedische Mediziner aus dem Kreis um BRÅNEMARK. Seit Ende der 70er Jahre setzten sie Implantate zur Fixierung von auf Knochenleitung basierenden Hörgeräten (BAHA = Bone Anchored Hearing Aid) und von Ohreprothesen ein.

In Deutschland ließ man sich etwas mehr Zeit. In der 2. Hälfte der 80er Jahre begannen Prof. FEDERSPIEL von der Uni Homburg/Saar, eine Arbeitsgruppe aus Hannover um Prof. NEUKAM und wenige weitere Wissenschaftler mit Implantaten. Erst seit 1990 arbeitet man beispielsweise in der Fachklinik Münster-Hornheide, einem der großen Zentren für gesichtsversehrte Menschen in der Bundesrepublik, mit künstlichen Pfeilern. Um Näheres über Implantate in der Epithetik und über die Arbeit der an der epithetischen Versorgung Beteiligten zu erfahren, habe ich einen Tag in dem Klinik-Komplex am Rande von Münster verbracht und mit einigen Patienten und Mitarbeitern gesprochen.

## Fachklinik Hornheide - Rehabilitationsstätte für Gesichtsversehrte

Die Klinik (FKH) wurde 1932 in Betrieb genommen. Sie versteht sich als Einrichtung zur Diagnostik, Behandlung und Wiederherstellung von Patienten mit Tumoren und anderen Krankheiten, Fehlbildungen und Verletzungen, die zu bleibenden Schäden am Gesicht und der übrigen Haut führen. In der Anfangsphase stand die Versorgung von Hauttuberkulose-Kranken im Vordergrund, seit den 60er Jahren werden in der Klinik und auch in ihrem Epithesen-Labor hauptsächlich Krebspatienten betreut.



Eingangsbereich der Fachklinik Hornheide, Münster

Für ein Haus mit ca. 150 Betten hat Hornheide eine sehr hohe Zahl an Fachabteilungen: Dermatologie, Dermatohistologie, internistische Onkologie, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, plastische Chirurgie, Anästhesiologie - außerdem verfügt die Klinik über Fachleute für Physiotherapie, Krankengym-

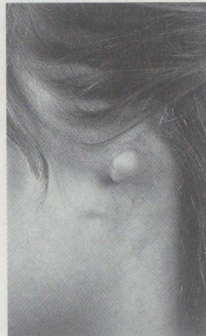
nastik, Massagen und Bäder, Heilkosmetik, zwei Epithetiker sowie zwei Psychologen und einen Theologen. Jährlich werden in Hornheide ca. 25.000 Patienten behandelt. Dabei führt man ca. 3.000 größere Tumoroperationen durch (etwa 200 Fälle von Hautkrebs, 400 Basaliom-Fälle und 500 bösartige Melanome). Zum Glück bedarf nur ein kleiner Teil der therapierten Patienten (150-180) einer epithetischen Versorgung. Die Kartei der Epithetik-Abteilung umfaßt etwa 5.000 Adressaten, die zum Teil ein Leben lang im regelmäßigen Recall bzw. nach Bedarf von der Klinik und von den Epithetikern betreut werden.

Epithetik, wie man sie in Hornheide praktiziert, zielt nicht rein technisch auf die möglichst perfekte Wiederherstellung eines zerstörten Gesichtes ab, sondern darauf, dem gesichtsversehrten Menschen Mittel an die Hand zu geben, die ihm das Zurechtkommen in seiner sozialen Umwelt erleichtern. Dabei ist das Vorgehen ganz den individuellen Besonderheiten angepaßt.

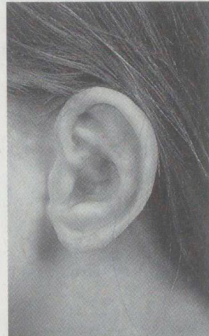
### **Implantatgestützte Ohrepithesen - inzwischen eine Standardversorgung**

Die erste Patientin, bei deren Termin in der Epithetik-Abteilung ich bei meinem Besuch in der FKH zugegen sein konnte, war ein knapp sechsjähriges Mädchen mit Fehlbildung des linken Ohres. Dieses Kind hat bisher das Fehlen der Ohrmuschel noch gar nicht als Mangel registriert. Um beim bevorstehenden Wechsel in die Schule und bei zunehmender Wahrnehmung von Normabweichungen durch die Kinder einer möglichen Stig-

matisierung vorzubeugen, soll nunmehr ein Ohrrersatz angefertigt werden. Michael Rademaker, zusammen mit seiner Kollegin Hermine Sandmann in Hornheide als Epithetiker tätig, hatte beim ersten Kontakt bereits einen Abdruck des gesunden rechten Ohres und des Areals um den linken Gehöreingang gemacht und auf dieser Grundlage ein Wachsmo-



Fehlbildung des linken Ohres



Versorgung mit Klebe-Epithese

dell des zu ersetzenden Ohres modelliert. Das Anprobieren, die Feinanpassung und weitere Ausarbeitung des Wachsohres erfolgten in einer zwanglosen und spielerischen Situation. Das Mädchen wird eine Epithese aus Silikon erhalten. Da das Ohr noch wächst, ist in vielleicht zwei Jahren eine Erneuerung vorzusehen. Die Retention, die durch genaue Anpassung an den Defekt erreicht wird, reicht allein zur Verankerung nicht aus, so daß die Epithese geklebt werden soll. Gerade in der Phase der Gewöhnung an ein solches Hilfsmittel bietet die Klebefixierung Vorteile: man kann die Epithese tragen oder auch weglassen. In letzterem Fall entsteht keine Beeinträchtigung durch sichtbare Veranke-

rungselemente. Nach einigen Jahren weiteren Knochenwachstums, mit vielleicht 12 Jahren, können bei diesem Kind zwei enossale Implantate ins Mastoid gesetzt werden. Wenn es sich wie in diesem Fall - um einen von der Fehlbildung abgesehen kerngesunden Patienten handelt, ist eine unkomplizierte Einheilung zu erwarten. Als Suprakonstruktion fungiert bei den Hornheider Ohreprothesen in der Regel ein Rundsteg. In den Ersatz arbeitet man eine Acrylat-Basisplatte mit konfektionierten Retentionsreitern ein. Das Silikonohr wird fest an seinem Platz sitzen und im Alltag nicht als Kunstorgan auffallen. Die Epithetik kann hier wesentlich dazu beitragen, daß aus der Gesichtsfehlbildung erst gar nicht ein Problem entsteht.

### **Bestrahlung - Kontraindikation für Implantate?**

Natürlich ist die Situation nicht bei allen Patienten mit Ohrdefekt so günstig. Bei Tumorpatienten mit Resektion des Ohres z.B. hat man es mit sehr unterschiedlichen anatomischen Ausgangslagen zu tun. Ist außerdem die Bestrahlung des Implantationsgebietes erforderlich, so mindern sich aufgrund der Störung des Knochenwachstums die Aussichten auf integrierte Pfeiler erheblich. Um dennoch auch bestrahlten Patienten helfen zu können, wurde versucht, genauer herauszufinden, unter welchen Bedingungen Osseointegration trotz Radiotherapie stattfindet. Dabei wurden Tierexperimente vorgeschaltet. In Rotterdam und Nijmegen z.B. hat man Hunde nach bzw. vor der Insertion von Unterkiefer-Implantaten bestrahlt (L.L. VISCH, H.W. DENISSEN u.a., 1993),

wobei man die zeitlichen Abstände variierte. Von den Implantaten mit nachheriger Bestrahlung blieben die bereits länger osseointegrierten alle erhalten; je kürzer die Implantate vor der Radiotherapie im Kiefer waren, umso größer waren die Verluste. Insgesamt schnitten aber die vor der Bestrahlung inserierten Implantate besser ab als die nachher eingebrachten. Unmittelbar nach der radiologischen Behandlung gingen alle Implantate verloren; bei genügendem Abstand ergab sich wieder eine normal gute Osseointegration. Bei Umrechnung der Tier-Ergebnisse auf den Menschen kommt man auf einen Mindestabstand zwischen Bestrahlung und nachher erfolgender Implantation von 5-6 Monaten.

Die Mediziner in Hornheide setzen inzwischen aufgrund dieser Untersuchungsergebnisse bei Tumorpatienten, die nicht direkt nach der Operation bestrahlt werden sollen, die Epithesen-Implantate möglichst schon beim Resektionseingriff ein. So spart man eine Operation und gewinnt zeitlichen Abstand zur evt. doch noch folgenden Bestrahlung. Dr. V. SCHWIPPER, Chef der Abteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Epithetik in der FKH, u.a. veröffentlichten derzeit gerade eine neue Studie zu Implantat-Behandlungen. Bei 83 mit Ohreprothesen zu versorgenden Patienten erzielten sie, bezogen auf einen Zeitraum von bis zu 6 Jahren, eine Einheilungsquote von über 94% (Implantatverluste bei nur 2 Patienten: 1 x Tascheninfektionen und 1 x Trauma). Dieses Ergebnis ist ermutigend insofern, als es sich um ein gemischtes Patientenkollektiv, in der Mehrzahl Tumorkranke,

handelte, darunter auch bestrahlte Patienten (V. SCHWIPPER; H. TILKORN, U. SANDER, 1997).

### **Internationale Kooperation im Bereich der Epithetik**

In den Studien an der FKH werden auch andere Variable untersucht: das Implantatsystem (man benutzt bisher Bråne-mark von Nobelpharma, IMZ von Friatec, Epitec von Leibinger), einzeitiges versus zweizeitiges Vorgehen, verschiedene Operationstechniken usw. Wissenschaftliche Forschung an Gesichtsversehrten ist nicht ohne Probleme; hier muß man vielleicht noch stärkere Abstriche machen als bei der Untersuchung anderer Krankheitsbilder. Denn die individuellen Schädigungen variieren sehr; gleichzeitig sind die untersuchbaren Patientenkollektive - zum Glück - extrem klein. Wer kontrollierte Studien mit ausreichend großen Fallzahlen auf die Beine bringen will, muß möglichst mehrere Zentren, vielleicht sogar länderübergreifend, zur Zusammenarbeit bewegen. Hier liegt nun überhaupt eine Besonderheit dieses sehr speziellen Fachgebietes: es gibt wenige Patienten, wenige Zentren für die umfassende Behandlung, wenige freischaffende Epithetiker. Die wenigen auf diesem Gebiet Tätigen haben schon seit Jahrzehnten, z.B. bei internationalen Symposien, den Austausch miteinander gepflegt und sich größtenteils in der Gesellschaft für Chirurgische Prothetik und Epithetik, einem auch Angehörigen anderer Nationen offenstehenden Zusammenschluß im deutschsprachigen Raum, organisiert. Hier kennt sozusagen jeder jeden; man diskutiert

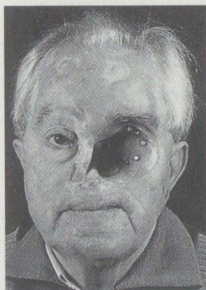
ebenso medizinische Probleme wie praktische Fragen der Epithesenherstellung und bringt sich gegenseitig auf neue Ideen.

Nicht zuletzt bemüht man sich in der in Österreich ansässigen Gesellschaft, Richtlinien für die Aus- bzw. Weiterbildung von Epithetikern zu entwickeln. Von staatlicher Seite gibt es noch keine Vorgaben für diese Tätigkeit. Die in der Gesellschaft für Chirurgische Prothetik und Epithetik Organisierten streben an, daß die Zertifizierung als "Anerkannter Epithetiker" gebunden bleibt an eine abgeschlossene Ausbildung als Zahntechniker, Zahnarzt, Arzt, Okularist, Maskenbildner oder Bildender Künstler und daß die Tätigkeit als Epithetiker in enger Kooperation mit einem Arzt oder Zahnarzt erfolgt.

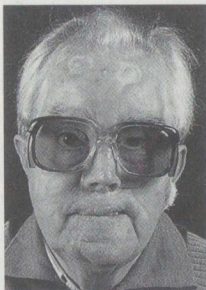
### **Magnetepithesen in der Orbita- und Nasenregion**

Bei meinem Besuch in der FKH begegnete mir als nächster Patient einer der "alten Hasen" in Hornheide - nennen wir ihn Herrn Müller. Mit Augenzwinkern erzählte er von inzwischen 52 Krankenhausaufenthalten, seit nach dem Krieg sein Hautkrebs erstmalig operiert wurde. Momentan war er in der Klinik, um sich - mal wieder - einige Dutzend Hautstellen vereisen zu lassen. In zahlreichen Operationen wurden nach und nach sein linkes Auge, die Nase und große Teile des Mittelgesichts entfernt. Trotz des schweren Defekts kam bzw. kommt er mit seiner auf Implantaten verankerten Epithese gut zurecht. Zur Befestigung dienen bei diesem Patienten fünf Implantatschrauben mit Magnet-Inserts,

wie sie in Forum 57/97 in dem Beitrag über "Ersatzteile mit besonderer Anziehungskraft" beschrieben wurden. Bei Annäherung der in die weiche Epithese einpolymerisierten Gegenmagnete an die in der Orbita und im Wangenknochen plazierte Implantate soll die Epithese sozusagen "einschnappen";



5 Implantate mit Magnet-Inserts



Epithese in situ mit getönter Brille

die weichen Epithesenränder sollen sich an die Haut im Bereich der Stirn, Wangen und oberhalb der Oberlippe ohne Abstand anschmiegen. Grund für Herrn Müllers Erscheinen in der Epithesenwerkstatt war, daß dies seit kurzem nicht mehr optimal klappte. Bei der gemeinsamen Fehlersuche zeigte sich, welches unkomplizierte, leicht veränderbare System die Magnetverankerung darstellt. Da vermutlich nicht mehr alle Magnetpaare optimal zueinander positioniert waren, wurden flugs die zwei "verdächtigen" Epithesenmagnete entfernt und separat auf ihre Haftkraft geprüft. Dann fügte Herr Rademaker sie, mit etwas Polymerisat versehen, erneut in die Epithese ein und bestimmte auf dem Gesicht des Patienten mit Fingerspitzengefühl die richtige Position der Epithese. Ohne Abdrücke und andere

aufwendige Arbeitsschritte zwischenschalten, konnte man hier die Selbstzentrierungsfähigkeit der Magnete nutzen; die Neu-Justierung war ein Geschäft von wenigen Minuten.

### Auf Implantaten gibt's Alternativen

In Hornheide finden Magnetsysteme dieser Art nur im Mittelgesichts- und Orbita-Bereich Anwendung, da man sie beim Ersatz von Ohren - durchaus zu recht - als zu unsicher ansieht. Denn sphärische Magneten halten Belastungen, wie sie durch Schlag und Druck auf Ohren gelegentlich, z.B. beim Angerempeltwerden in einer Menge oder beim unvorsichtigen Hut-Aufsetzen, auftreten, nicht stand. Wie man sich denken kann, hat dieses Problem einem Tüftler wie dem Erfinder der steco Titan Magnetics keine Ruhe gelassen. Binnen kurzem, 1992, hat er eine passende Weiterentwicklung auf den Markt gebracht - die sogenannten Teleskop-Magneten. Prof. Schmelzle aus Hamburg und der Epithetiker David Trainer aus Siegen setzten sie als erste bei Patienten ein. Inzwischen werden Teleskopmagnete zwar in Hornheide nur bei speziellen Indikationen, in einigen anderen Zentren aber routinemäßig für Ohr-Epithesen verwendet. Dabei nutzt man zwei bis drei Implantate: eines ist mit einem Teleskopmagneten bestückt, ein oder zwei mit einem sphärischen Magneten. Die Teleskop-Verankerung sorgt für ausreichende Retention bei Druck auf das Epitheseohr, gestattet jedoch auch eine Auslenkung bis zu 3 mm. Die Magnete haben die Aufgabe, die Epithese nach einer Abweichung von ihrer Normalposition sozusagen wieder "einzu-



# STECO® -Titanmagnetics®



Benötigte Systemteile für ein Implantat zur Neuanfertigung



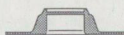
Titanmagnetics-Insert



Abformpfosten



Modellimplantat



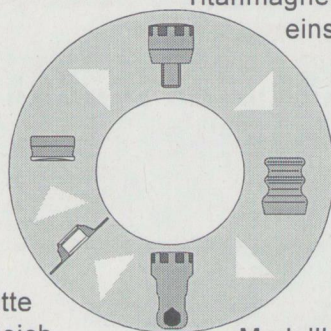
Positionsmanschette



Prothesen-Titanmagnetics

Für alle führenden Implantatsysteme und Wurzelstiftkappen

Bißschablone,  
Zahnaufstellung,  
Fertigstellung mit  
Titanmagnetics



Titanmagnetics-Insert  
einschrauben

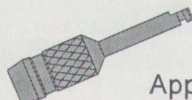
Abdruck mit  
Titanmagnetics-  
Abformpfosten

Positionsmanschette  
mit Resilienzausgleich

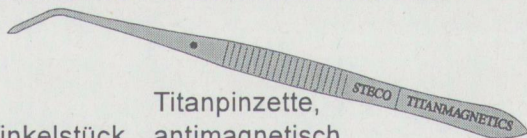
Modellherstellung mit  
Titanmagnetics-Modellimplantat

Titanmagnetics ...  
...einfach anziehend

Titanmagnetics-Instrumente für Zahnarzt und Labor



Applikator  
für Systemratschen oder Winkelstück



Titanpinzette,  
antimagnetisch

steco-system-technik GmbH & Co. KG

Kollastrasse 6 • D-22529 Hamburg

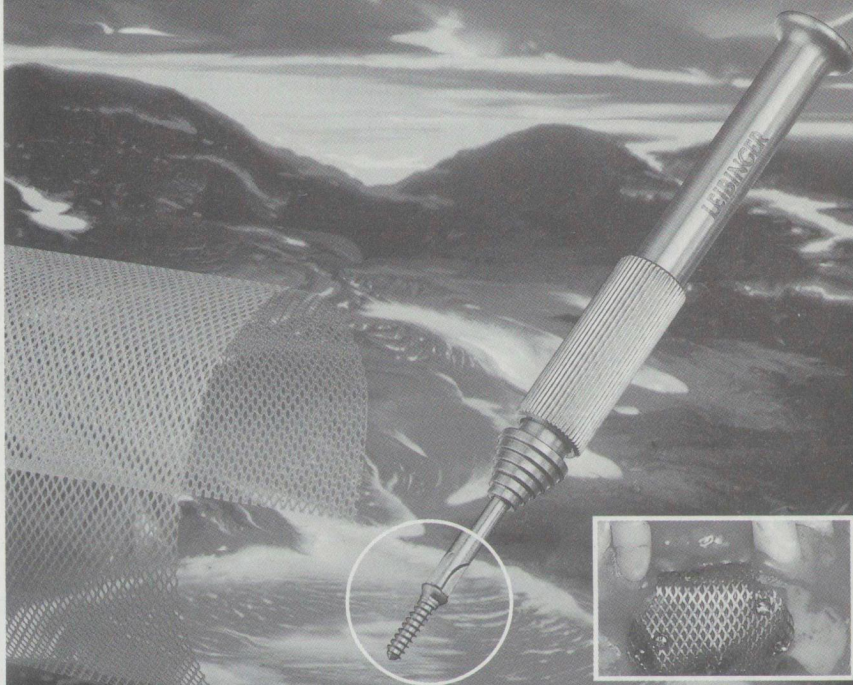
Tel: +49 -(0)40 - 55 77 81-0 • Fax: +49 -(0)40 - 55 77 81 99

LEIBINGER®

M-TAM™

## Micro-Titanium Augmentation Mesh

according to Dr. Thomas von Arx and Prof. Dr. Dr. Nicolas Hardt



Howmedica Leibinger GmbH  
Bötzingen Straße 41  
D-79111 Freiburg  
Germany  
Tel.: (07 61) 45 12-0  
Fax: (07 61) 45 12-120

Howmedica Leibinger Inc.  
14540 Beltwood Parkway East  
Dallas, Texas 75244  
USA  
Toll Free 1-800-962-6558  
Tel.: 972-392-3636  
Fax: 972-392-7258



Pfizer Medical Technology Group

fangen". Diese Lösung bietet zwar nicht einen ganz so festen Halt wie die Stegverankerungen, ist dafür aber für motorisch nicht so geschickte Patienten leichter einzusetzen. Voraussetzung ist allerdings, daß die Epithese - wie ein natürliches Ohr und anders als die o.a. Steg-getragenen Ohrepithesen mit starrer Acrylat-Basisplatte - vollständig aus einem flexiblen Material besteht. Hat man ein solches flexibles Material, z.B. Silikon, so verformt und biegt sich unter Druck die Epithese in sich und nimmt damit den Hauptteil der nicht-axial wirkenden Kräfte auf. Nun fragt sich allerdings, auf welche Weise die in die Epithese einzubringenden Gegenmagnete ohne ein Trägermaterial direkt mit dem Silikon verbunden werden können. Der Magnethersteller löste dieses Problem, indem er seine Titan-Magnetteile mit einem durchlöcherten Ring versah. Durch diese Ringe läßt man bei der Epithesenherstellung Silikon hindurchfließen und erhält so einen festen Verbund zwischen Magnet und Epithese.

### Durch Titan-Gitter unabhängig von Implantatposition

Magnetretention - mit Sphären- oder Teleskop-Magneten - und Steg-Verankerungen sind noch nicht alles im Bereich Implantat-getragener Epithesen; berichtenswert ist sicher auch eine dritte Variante: die Fixierung von Epithesen mithilfe dreidimensionaler Gitterplatten. Bei diesem von Dr. Dr. M. FARMAND entwickelten und von der Firma Leibinger unter dem Namen "Epitec" auf den Markt gebrachten System geht man aus von dem Problem, daß oft an genau der Stelle, an der man zur Verankerung ein

Implantat einbringen möchte, keine oder keine geeignete Knochensubstanz zur Verfügung steht. Mit einer Stegkonstruktion kann man sich bereits ein Stück weit über die Position der eingebrachten Pfeiler hinauswagen. Noch konsequenter wird diese Idee jedoch durch ein in allen drei Dimensionen verformbares Gitter, passend zum Defekt gebogen und ausgeschnitten, verwirklicht. Dieses Gitter wird verankert auf in der Regel kurzen Implantatschrauben von z.B. 4 mm Länge, die man genau dort plaziert, wo



Epithec-Gitter mit zwei Magneten auf Implantat-Schrauben



Magnetisch auf dem Gitter verankerte Nasen-Epithese

der Knochen es erlaubt. Schrauben und Gitter werden in einem Arbeitsgang implantiert. Anders als beispielweise ein später aufgesetzter, freibleibender Steg soll auch das Gitter, das unmittelbar auf dem freigelegten Knochen aufliegt, von Knochenzellen überwachsen werden und so mit zur Stabilität des Ganzen beitragen. Die fest im Knochen verankerte Platte bietet die Möglichkeit, nach außen gerichtete Sekundärteile anzubringen; diese wiederum tragen über Magnete, Stege, Kugelanker usw. die Epithese.

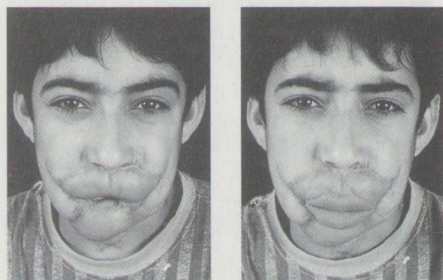


Je nach Fall ist ein ein- oder zweiphasiges Vorgehen angezeigt. Beim einzeitigen Ablauf werden bereits beim ersten Eingriff in dem Gitter die Pfosten verankert, die später die Epithese tragen sollen; beim zweizeitigen läßt man vor der Einbringung der Implantatpfosten erst Implantate und Gitter einheilen, wobei man die für die Aufnahme von Sekundärteilen vorgesehenen Gitter-Löcher durch Abdeckschrauben, "sleeping screws", vor Überwucherung schützt. Per Stanzinzision legt man später die Abdeckschrauben frei, entfernt sie und wählt je nach Dicke der Weichteile die geeigneten Pfosten. Bei beiden Verfahrensweisen muß man mit circa 3 Monaten Einheilung für Implantate und Gitter rechnen. Und in beiden Fällen werden meist vorsichtshalber alle freien Löcher im Gitter mit Sleeping Screws versehen, um im Falle von Veränderungen möglichst flexibel zu sein. Dies ist ja überhaupt das hervorstechende Merkmal des Leibinger Systems: Flexibilität und Variationsmöglichkeiten, indem die Aufgaben, Belastungen aufzunehmen und Halt zu bieten, von relativ vielen und notfalls austauschbaren Elementen übernommen werden.

Das Konzept scheint einerseits bestehend, andererseits problematisch wegen der z.T. subperiostalen Verankerung, die sich als alleinige Befestigung (bei Zahn-Prothesen) nicht bewährt hat. Bisherige Ergebnisse sind ermutigend: FARMAND berichtete kürzlich über nur 2 Implantatverluste bei 31 Patienten. Wie bei all diesen erst seit wenigen Jahren erprobten Lösungen wird es interessant sein, die weitere Entwicklung zu verfolgen.

## Deutsche Epithetik hilft über Grenzen hinaus

Der dritte und letzte Patient bei meinem Kurzbesuch in Hornheide, ein aus dem ehemaligen Jugoslawien angereister Mann mit umfangreichem Nasendefekt, bot Anlaß, den Blick über den nationalen Tellerrand hinaus zu richten. In der Fachklinik bei Münster wie auch in den anderen Epithetik-Zentren in der Bundesrepublik werden immer wieder Patienten aus dem Ausland behandelt. Zum einen ist es ja leider so, daß in anderen Ländern zum Teil derzeit Kämpfe und Kriege toben und daß - hier schließt sich der Kreis bis zu unserem eingangs erwähnten Epithesen- Kandidaten, dem im Kampf versehrten Tycho Brahe - bei solchen Kampfhandlungen vielfach schwe-



Behandlung einer Bombenverletzung durch zahlreiche Wiederherstellungsoperationen. Rechts mit Lippen-Epithese.

re Gesichtsverletzungen resultieren. Besonders makaber: das von Herrn Rademacher dokumentierte Beispiel eines Jungen aus Afghanistan. Er hat eine als Kaugummi getarnte Bombe in den Mund genommen und muß nun nach vielen plastisch-chirurgischen Operationen und der Anpassung einer Lippen-Epithese immer noch mit einem schwer defor-

mierten Gesicht leben. Da in den Kriegs-Regionen in der Regel weder Möglichkeiten zur chirurgischen Wiederherstellung noch zur epithetischen Versorgung zur Verfügung stehen, ist Hilfe im Ausland die einzige Chance. Ähnliches gilt für gesichtsversehrte Menschen aus armen und unterentwickelten Ländern. Deutschland als entwickeltes und reiches Land leistet hier - wohl mehr zufällig als systematisch - ein wenig ausgleichende Hilfe, indem ausländischen Patienten, sei es durch Zahlungen deutscher Freunde, sei es durch unentgeltliche Behandlung in deutschen Kliniken, Vorbehandlung und epithetische Versorgung ermöglicht werden.

### **Versorgung Gesichtsversehrter darf keine Geld-Frage sein**

Bei Gesichtsversehrten hier in unserem Lande, insbesondere bei sozialversicherten Patienten, scheint - so mein Eindruck nach verschiedenen Gesprächen - die adäquate Versorgung bisher nicht an finanziellen Restriktionen zu scheitern. Gesichtsdefekte sind im juristischen Sinne als Behinderung anerkannt, die epithetische Versorgung ist in der Reichsversicherungsordnung und weiteren Rechtsgrundlagen geregelt. Je nach Situation können neben der Gesetzlichen Krankenversicherung auch die Renten- oder die Unfallversicherung als Kostenträger zuständig sein. Erfreulicherweise hat sich der Spareifer des Gesetzgebers, der mit Blick auf die Zahnheilkunde mit dem Beitragsentlastungsgesetz zunächst für ausnahmslos alle Sozialversicherten die Bezuschussung von Implantaten untersagt hat, inzwischen ein wenig bremsen lassen. Mit

dem 2. Neuordnungsgesetz wurde hier eine Modifikation vorgenommen, denn tatsächlich gibt es nicht für alle Patienten eine Alternative zur Implantat-getragenen Totalprothese. Wie die Abgrenzung in Zukunft aussehen wird, verhandelt derzeit noch der Bundesausschuß von Zahnärzten und Krankenkassen. Völlig unstrittig ist jedoch, daß Implantate bei Gesichtsversehrten nicht zur Diskussion stehen. Bei diesen in der Regel sowohl in ärztlicher als auch in zahnärztlicher bzw. Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgischer Behandlung stehenden Menschen wird es keine Ausgrenzungen geben (SGB V § 28 Abs 2 und §88).

### **Epithetische Rehabilitationsmöglichkeiten breiter bekanntmachen**

Tatsächlich scheidert die adäquate Versorgung Gesichtsversehrter bis heute in vielen Fällen an Unwissenheit. So löste der Patient Volker Kalski, von dem noch die Rede sein wird, mit Äußerungen zum Thema epithetische Versorgung noch vor nicht allzu langer Zeit bei einem chirurgischen Chefarzt die Frage aus: "Ei, was ist denn das?". In jeder Klinik, die Resektionen am Gesicht vornimmt oder Patienten mit Fehlbildungen betreut, sollte umfassendes Wissen über die Möglichkeiten von Rekonstruktion und Epithetik vorhanden sein. Schon vor operativen Eingriffen muß die spätere Versorgung bedacht werden, und schon vorher müssen auf jeden Fall die betroffenen Patienten umfassend aufgeklärt werden. Bei schwerwiegenderen Krankheiten scheint mir im übrigen die Betreuung in einem der spezialisierten Zentren wie z.B. der Fachklinik Hornheide sinnvoll. Zwar bedeutet dies unter

Umständen den Verzicht auf Wohnortnähe (in der FKH versucht man Besuche von auswärts zu erleichtern, indem man für Verwandte und Freunde ein Gästehaus bereithält); jedoch bieten die Zentren stattdessen den Vorteil der umfassenden und ganzheitlichen Betreuung.

### **Psychosoziale Betreuung und Selbsthilfegruppen - wichtige Hilfe für Gesichtsvversehrte**

In Hornheide (und hoffentlich auch in den übrigen Zentren) steht der zu therapierende und zu rehabilitierende Mensch im Mittelpunkt und wird von Anfang an - u.a. durch Beteiligung an einem Gespräch mit allen involvierten Fachleuten - als aktiver Partner einbezogen. Man bemüht sich um Koordination und vernünftige Terminierung der einzelnen Schritte und versucht dabei im Auge zu behalten, welche Entwicklungen der Patient durchmacht. Die Zerstörung eines Gesichts ist ja meist mehr noch als ein gesundheitliches ein psychisches Problem. Dieses Problem wird nicht abgeschoben auf die diesbezüglich Spezialisierten wie Psychologen und Seelsorger - jedes andere Teammitglied fühlt sich hier ebenfalls angesprochen. Für die Epithetiker z.B. geht es nicht darum, in kürzester Zeit die ästhetisch und verankerungsmäßig optimale Epithese zu installieren. Vielmehr begleiten sie den Patienten auf dem schwierigen Weg bis zur Akzeptanz seines Gesichtsschadens und des epithetischen Hilfsmittels, wobei die ersten Schritte durchaus schon vor der Operation beginnen können. Andere Patienten sind wichtige Helfer auf diesem Weg. Ihr Gesichtsteil-Ersatz zeigt,

wie so etwas aussieht und funktioniert, und in Gesprächen mit ihnen kann man alle möglichen Ängste und Nöte loswerden, Verständnis und konkrete Ratschläge erfahren und erleben, daß man nicht der einzige auf der Welt mit so einem schwerwiegenden Problem ist.

Besonders hart wird's meist nach der Entlassung bzw. für diejenigen, die bereits während der medizinischen Behandlung ganz auf sich gestellt waren. Im Ausland, genauer gesagt: In Großbritannien, hat sich bereits 1984 eine Organisation mit dem Namen "Let's Face It -



*Network for the facially disfigured*" gebildet mit dem Ziel, Gesichtsvversehrten Erfahrungsaustausch und Hilfe von Mensch zu Mensch zu bieten, Ärzte und andere im Gesundheitswesen Tätige über Gesichtsvversehrungen und ihre psychischen Folgen aufzuklären und letztlich dazu beizutragen, daß die Betroffenen dem Leben wieder "ins Gesicht sehen können". In Deutschland sind vergleichbare Bemühungen noch nicht so alt. Kürzlich hat Volker Kalski aus Lud-

wigsburg, nach Entfernung eines Nasennebenhöhlentumors Epithesenträger, aufgrund sehr negativer eigener Erfahrungen im Medizinbetrieb und im Arbeitsleben die Selbsthilfeorganisation TULPE e.V., Verein zur Hilfe und Betreuung von Gesichtsverehrten, gegründet. Dieser Verein steht allen Menschen mit Gesichtsschäden offen, unabhängig davon, ob sie eine Epithese tragen oder nicht. Inzwischen wächst die Zahl der Mitglieder und Freunde, es gibt örtliche Treffen und auch ein Informationsmedium, das "Tulpenblatt". Für Herrn Kalski ist die Selbsthilfe-Arbeit fast zum zweiten Beruf geworden. Kontinuierlich erreichen ihn Anfragen aus dem ganzen Bundesgebiet. Oft nimmt er persönlich Kontakt mit den Patienten auf, zum Teil schon im Krankenhaus. Aus eigener Erfahrung weiß er, wie wichtig es ist, sich aussprechen zu können, von Hilfsmöglichkeiten zu erfahren, eine Perspektive zu bekommen. Und er hilft mit Adressen weiter. Seine Informationsliste umfaßt über 200 Anschriften von Kliniken, Epithetikern und anderen Spezialisten.

Epithetische Hilfsmittel können - so die Erfahrung nicht nur der TULPEN-Mitglieder - eine große Hilfe bei der Bewältigung des Alltags sein und die Lebensqualität Gesichtsverehrter enorm verbessern. Zu hoffen ist, daß immer mehr Patienten und Fachleute im Gesundheitswesen von den Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten und den Angeboten von Selbsthilfegruppen erfahren. Tragen Sie mit dazu bei!

*Irmgard Berger-Orsag, Troisdorf*

Fotos: Fachklinik Hornheide

ADRESSEN:

### **Gesellschaft für Chirurgische Prothetik und Epithetik**

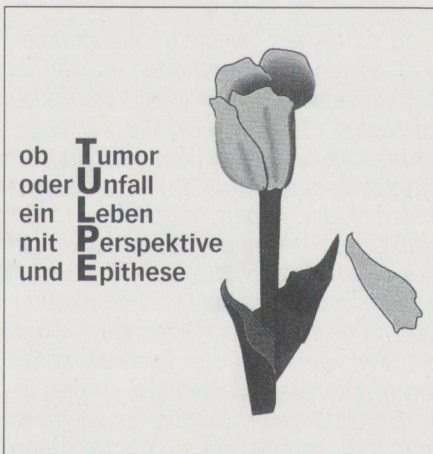
Allgemeines Krankenhaus Linz  
Abteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Krankenhausstraße 9  
A - 4020 Linz / Österreich

**TULPE** - Verein zur Betreuung und Hilfe von Gesichtsverehrten  
Volker Kalski, Vorsitzender  
Kreuzstr. 9, 71634 Ludwigsburg  
Tel. 07141/902046

### **Fachklinik Hornheide**

PD Dr.Dr. Volker Schwipper,  
Leiter der Abteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie  
Michael Rademaker & Hermine Sandmann, Epithetiker,  
Dorbaumstr. 300, 48157 Münster  
Tel. 0251/3287-557 oder 3287-317  
Fax. 0251/3287-299

*Literaturliste bei der Redaktion erhältlich*



# Mörderisches Gold...

## Ganzheitlicher Schmonzes zur Orientierung Verunsicherter

Selbstverständlich liegt es gerade dem DAZ-forum fern, sich natürlicheren oder sanfteren Heilmethoden zu verschließen - was immer man auch darunter verstehen mag. Und ebenso deutlich soll hier betont werden, daß niemand etwas dagegen einwenden kann, wenn für seriöse „Alternativ“-Medizin auch seriöse Vergütungen verlangt werden.

§ 135 des Sozialgesetzbuches (SGB V) öffnet nun aber in der Neufassung, die am 12. Juni mit Kanzlermehrheit im Bundestag verabschiedet wurde, durch Ergänzung von vier Worten jeder noch so abstrusen Therapie den Weg zu den Krankenkassentöpfen - was bei der allgemeinen Budgetierung zu Lasten der Kassen(zahn)ärzte geht. Nur eine kleine Änderung im §135 SGB V macht dies möglich.

Hieß es bisher: „Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen in der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkasse nur abgerechnet werden...“ bei „Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode“, so ergänzt jetzt der neue Gesetzestext **„in der jeweiligen Therapierichtung.“** Jede noch so kleine, von Inspiration, Gott oder sich selbst begnadete Gruppierung von Heilenden kann ab sofort ihren richtungsweisenden Therapieverein bilden, eine Zeitung herausgeben und sich gegenseitig den Erfolg ihrer

Therapierichtung bestätigen- schon ist die Möglichkeit von GKV-Zuschüssen eröffnet- und sei es durch Klage.

In einem Gutachten des medizinischen Dienstes für eine Krankenkasse (es ging um die alternative Extraktionsvorbereitung Zahn 26 durch Hypnose und Akupunktur mit Ausschluß möglicher bzw. „alternativ“ gefundener Allergien, Kostenfaktor DM 30.000.-): „Ihnen als Kasse dürften nur 2 Wege zur Verfügung stehen - entweder alle Kosten zu übernehmen oder den Klageweg zu beschreiten.“ Und auf meine Frage erwiderte die Abteilungsleiterin der Krankenkasse resignativ: „Wir werden wohl zahlen, denn nach Gerichtsverfahren müssen wir erfahrungsgemäß noch mehr zahlen“.

Es ist deshalb höchste Zeit, sich gegen haarsträubende Unsinnigkeiten im wissenschaftlichen Mäntelchen zu wehren, mit denen das Vertrauen besonders umweltbewußter und sensibler Patienten mißbraucht wird - allzu häufig aus marketing-orientierten Motiven.

Zu dieser Thematik bringen wir nachfolgend die Besprechung zweier Bücher, die Stellungnahme eines Gutachters zu einer „Herdsanierung“, Zitate aus der Zeitschrift für Ganzheitliche Zahnmedizin sowie kommentierte Auszüge aus dem Standardwerk „Ganzheitliche Zahnheilkunde“ von A.L.Rossaint

Theresia Altröck

### **Gefahren durch Dentalmaterialien und Umwelttoxinen**

Hüthig Fachverlag, Heidelberg 1997,  
122 Seiten, 88 DM, ISBN 3-7785-2308-2

„Das Buch der Autorin, das den Erfahrungsschatz jahrzehntelanger ganzheitlicher ärztlicher Tätigkeit enthält, liest sich stellenweise wie ein Kriminalroman“, so schreibt Frau Prof. Dr. med. Ingrid Gerhard in ihrem Vorwort zu dieser Neuerscheinung in der Reihe Medizin und ganzheitliche Zahnheilkunde (Herausgeber: Alexander Rossaint).

Nach dem mühevollen Lesen des Buches kann ich diese Aussage unterstreichen, wenn auch in anderem als dem gemeinten Sinne. Es wird uns wahrlich viel versprochen:

So zum Beispiel zur Erkennung der Verträglichkeit dentaler Werkstoffe eine „*geräteunabhängige, elegante und untrügliche Möglichkeit der Testung*“, „*der Arzt kann diese Diagnose (Amalgam-unverträglichkeit) schnell und sicher stellen, insbesondere Allergene können leicht und schnell ohne Aufwand mit dieser Methode getestet werden*“... aber leider nur, „*wenn man sie beherrscht*“ (Zitate Seite 57,58). Hört sich doch gut an. Endlich eine untrügliche Diagnosemöglichkeit, die leicht, schnell und sicher ist und kaum Aufwand erfordert, geradezu ideal für die Sozialpraxis. Und damit kann man ganz einfach die Patienten, die Amalgam nicht vertragen, herausfinden und vor schrecklichen Krankheiten schützen: „*Folgende toxische Reaktionen auf Amalgam und ihre vorwiegenden Auswirkungen hat man seit langem gefunden:*

...Gehirntumoren, Epilepsie, Migräne,

*Morbus Bechterew, M. Parkinson, M. Hodgekin, M. Alzheimer, Krebs, Multiple Sklerose, Sehstörungen, Schwerhörigkeit, Schilddrüsenerkrankungen, Schizophrenie, Depression, unerwünschte Sterilität*“ und viele andere (Zitat Seite 20).

Aber es sollen nicht nur Amalgamfüllungen zu diesen sicherlich „sehr unangenehmen Beschwerden“ führen können, auch andere Metalle und Werkstoffe sollen zu schlimmen Konsequenzen führen - ich möchte hier nur einige der angeführten kriminalistisch relevanten Erkenntnisse zitieren (Seite 30 f.):

„*Quecksilber: Selbstmord, Gewalttätigkeit; meint, andere zu töten,*

*Kupfer: Tobsuchtsanfälle mit Beißen und Schlagen,*

*Zink: Bedrückt, als ob er sich eines Verbrechens schuldig fühlt,*

*Gold: Selbstmordgedanken,*

*Palladium: sehr gereizte, scharfe Zunge,*

*Platin: des Lebens und Sterbens überdrüssig, Zwangsideen, z.B. muß ihr Kind oder ihre Gattin töten,*

*Aluminium: Kann kein Blut oder Messer sehen, will sich selbst oder seine Kinder umbringen...*“

Zugegeben, das alles ist nicht schön, wenn das so ist. Der geduldige Leser kann richtig froh sein, daß zur Therapie u.a. auf Seite 66f eine Neutralisationsmethode vorgestellt wird, die zudem absolut sicher sein soll (Zitat): „*Nach zwei Minuten Behandlungszeit sind alle*

*Allergene, die im Becher liegen, neutralisiert. Auch das wird nachgewiesen... Die Frequenz der vom Patienten abgeleiteten Schwingungen ist hier unwichtig, da die kosmische Energie wirksam ist.... Die gelöschten Allergene im Becher rufen ab sofort bei dem Patienten keine Allergien mehr hervor.“*

Diese für die budgetierte Sozialpraxis prädestinierte, von Frau Dr. Altrock weiterentwickelte Methode beruht auf der vor 15 Jahren vom Diplom-Ingenieur Otto Höpfner entwickelten „Orgon“-Pyramide. Nach der Abbildung im Buch handelt es sich um eine etwa 15 cm (?) große Pyramidennachbildung, bei der an der Basis und der Spitze ein Kabel angeschlossen werden kann.

Zitat: „*Praktisches Vorgehen: Die Pyramide muß auf einem störungsfreien Platz stehen (dazu wird ein Entstörsatz geliefert), zudem sollen zwei Kanten der Pyramidenbasis in Nord-Südrichtung stehen.“*

Von der rechten Hand des Patienten führt ein Kabel zur Basis der Pyramide. Die Spitze der Pyramide wird durch ein Kabel mit einem Becher verbunden, in den die Allergene gelegt werden („*Die Zahl der Allergene im Becher ist unwichtig*“). Dann wird ein weiteres Kabel von diesem Becher zum Patienten gelegt, nämlich zu den Zonen-dominanten Ohrpunkten rechts und links, jeweils eine Minute. Der „Trick“ dabei ist die Konzentration der Einstrahlung aus dem Kosmos im Innern der Pyramide.

Wer's glaubt, wird selig, wer's nicht glaubt, sollte lieber andere Bücher lesen. Zwei Aussagen in diesem Buch stimmen ganz sicher nicht: 1985 wurde das Amalgam nicht im gesamten Ostblock verboten, wie auf Seite 22 be-

hauptet, auch warnt das BGA nicht lediglich vor der Verwendung des Amalgams bei Schwangeren und Kindern - vielmehr sollen laut BGA-Informationsschrift (1992) keine Amalgamfüllungen als retrograde Wurzelfüllung, bei (schulmedizinisch nachgewiesener) Amalgam-Allergie sowie bei eingeschränkter Nierenfunktion (seit 1996 absolute Kontraindikation) gelegt werden - und über all die anderen BGA-Empfehlungen konnten wir schon viel im DAZ-forum lesen.

Bedauerlich finde ich, daß dieses Buch von einem renommierten Verlag veröffentlicht wurde, und es so den Anstrich von Seriösität erhält.

Dr. Ulrich Happ, Hamburg

## **Herdsanierung ohne pathologische Befunde**

Erinnern Sie sich? Im Dezember 1984 brachte das forum Nr.8 einen kritischen Beitrag mit dem Titel „Herdsanierung mit dem Vorschlaghammer“, in dem über die Radikalentzahnung einer 27-jährigen Patientin durch den Zahnarzt Dr. R. T. aus P. berichtet wurde:

Eine 27-jährige(!) Patientin wird wegen einer einseitigen Iritis zur Herddiagnostik an den Zahnarzt überwiesen. Dessen Untersuchung beschränkt sich auf Herdtestungen und Vitalitätsprüfungen; eine Röntgenuntersuchung ergibt eine Belastung der Molareengebiete; Röntgenaufnahmen liegen jedoch nicht vor (?!). Die Zähne 26, 37 und 47 werden als devital diagnostiziert; 15, 16, 17, 35, 36

Zusammenkommen ist ein  
Zusammenbleiben ist ein  
Zusammenarbeiten ist ein

*Beginn  
Fortschritt  
Erfolg*

( Henry Ford I.)

BERND  
LORENZ  
DENTAL  
TECHNIK

WALDFRIEDHOFSTR. 15/II  
81377 MÜNCHEN  
TELEFON 089 715588  
TELEFAX 089 715550



# SIEMENS

## Weil es sich lohnt, etwas zu verändern. CEREC 2

Die traditionellen Füllungswerkstoffe stehen in der Diskussion. Und immer mehr Patienten legen Wert auf verträgliche, zahnfarbene Restaurationen.

Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, daß CEREC® hilft, diesen zum Teil widersprüchlichen Anforderungen der täglichen Praxis gerecht zu werden. Aus diesem Grund haben wir CEREC weiterentwickelt. Damit Sie die wachsenden Herausforderungen auch in Zukunft gelassener annehmen können.

### **Das Resultat: CEREC 2**

Mehr Präzision. Mehr Okklusion.  
Mehr Indikation. Mehr Bedienkomfort.  
Mehr Kommunikation. Mehr Zukunft.

Gerne geben wir Ihnen weitere Informationen – persönlich, per Telefon oder per Fax.

Siemens AG  
Dental-Depots  
80337 München  
Lindwurmstraße 23  
Telefon (0 89) 54 41 02-11  
Fax (0 89) 54 41 02-41

93051 Regensburg  
Kumpfmühler Straße 65  
Telefon (09 41) 9 71 98  
Fax (09 41) 94 79 24



und 44 haben noch reduzierte Vitalität. Obwohl die Laborbefunde der Blut- und Urinuntersuchung im Normbereich liegen und zahnmedizinisch keine Beschwerden oder Funktionsstörungen angegeben werden, nimmt der Zahnarzt vor allem die reduzierte Vitalität der Seitenzähne zum Anlaß, eine radikale „Sanierung“ durchzuführen: Die Patientin wird viermal jeweils eine Woche stationär ins Krankenhaus aufgenommen. In vier 45 Minuten dauernden chirurgischen Eingriffen, jeweils eingeleitet durch 10mg Valium i.V. und nachfolgende mehrfache Anästhesiemaßnahmen, werden sämtliche Molaren und die rechten unteren Prämolaren extrahiert; zusätzlich „Ausfräsung der Alveolen“, Entfernung der interradikulären Septen und beider tubera maxillaria(!); weiterhin „auf Verdacht“ eine Antroskopie und Teilrevision der Kieferhöhle. Während des zusammen 25 Tage dauernden Krankenhausaufenthaltes erhält die Patientin insgesamt 524 (fünfhundertvierundzwanzig) Ampullen homöopathischer Medikamente injiziert. Das Ergebnis nach sechs Monaten: Die Patientin trägt mit 27 Jahren eine klammerverankerte Teilprothese, der Anlaß zur Sanierung, die Iritis, hat sich nur „leicht gebessert“.

*Als Resumee schrieb damals das forum:*

Wer sich unter homöopathischer Heilkunst eine Möglichkeit sanfter Therapie vorstellt, die behutsam die körpereigene Abwehr gegen ein Krankheitsgeschehen mobilisiert, muß sich bei solcherlei Radikalentzahnung unter Valium die Frage stellen, ob es sich hier noch um eine verantwortungsvolle medizi-

nisch notwendige Sanierung handelt. Viel eher doch um dieses: Zahnärztliche Chirurgie (um ihrer selbst willen?) am Rande der Körperverletzung, Verwundung umfangreicher Kieferareale als Folge von Herdfanatismus und Beutelschneiderei beim leichtgläubigen Patienten.

Diese Kritik hat Dr. T. erwartungsgemäß nicht von weiteren „Sanierungen“ abgehalten, wie aus einem Urteil des Landgerichts Nürnberg-Fürth vom Nov. 1996 hervorgeht. Zugrunde lag die Klage eines Patienten gegen seine Privatversicherung, die sich geweigert hatte, die chirurgische Herdsanierung der Mundhöhle durch Dr. T. zum Preis von 20435.-DM zu erstatten. Dr. T. hatte mit dieser „ganzheitlichen“ Behandlung „das Magengeschwür des Patienten, aber auch Sodbrennen, Hämorrhoiden, Kopfschmerzen und Jähzorn“ therapieren wollen, und die Leistungen weder nach GOÄ noch GOZ abgerechnet.

Weil deshalb die Rechnung nicht nachprüfbar sei und weil die Therapie der genannten Beschwerden mittels zahnärztlicher Herdsanierung schulmedizinisch bestritten wird, erkannte das Gericht dem Patienten das Recht auf Kostenerstattung durch seine Krankenkasse ab.

In einem weiteren Fall, in dem Dr. T. eine Patientin chirurgisch „herdsanierte“, untersuchte ein renommierter Oralpathologe der Universität Hamburg die extrahierten Zähne sowie Knochen- und Gewebeproben der Patientin, und kam dabei zu dem Ergebnis, „daß der Knochen der nicht zahntragenden Kieferanteile weder röntgenologisch noch histopathologisch eine krankhafte Veränderung aufwies. Eine Indikation für

eine medizinische Revision lag damit nicht vor. Die 9 extrahierten Zähne (46, 47, 36, 37, 13, 16, 17, 23 und 25) zeigten weder röntgenologisch noch histopathologisch einen krankhaften Befund, der die von der Patientin geäußerten Schmerzen erklären könnte. Die einzelnen Lymphozyten, Plasmazellen und Gewebsmastzellen ohne Knochenumbauvorgänge erlauben nicht die Diagnose einer akuten oder chronischen Osteomyelitis. Diese Zellen sind in Verbindung mit den Heilungsvorgängen des Kieferknochens in Abschnitten der vorangegangenen Zahnextraktion (zahnlose Kieferabschnitte) zu sehen“.

Insofern muß man wohl das Resümee des Berichtes im forum Nr.8 revidieren: Hier handelt es sich wohl nicht mehr um „zahnärztliche Chirurgie am Rande der Körperverletzung“, sondern um vorsätzliche Körperverletzung aus medizinischem Aberglauben und - wohl auch - merkantilen Motiven.

Dr. Hanns-W. Hey, München

### Erstaunliches zum Thema Fluor

entnehmen wir der GZM Praxis und Wissenschaft, dem Fachorgan der Gesellschaft für ganzheitliche Zahnmedizin e.V.

In der Ausgabe 2/96 dieser Zeitschrift stellt Dr. Otto Wolff aus dem Schweizer Arlesheim in einem mit „Vom Wesen des Fluors“ betitelten Beitrag zwar eingangs sehr richtig fest, „daß als gesichert gilt, daß der Kariesbefall mit steigendem natürlichem Fluorgehalt des Trinkwassers geringer wird“.

Dann werden Wolff's Ausführungen allerdings nebulös und unheilschwanger, wenn er schreibt:

„Fluor gehört also nicht zu den obersten Schichten der Erde, auf denen sich ausschließlich das Leben entwickeln kann, sondern gehört zu den tieferen Schichten der Erdoberfläche, wo der Tod herrscht, obwohl es leichter ist als die anderen Halogene.“

Erhellendes wird dann noch im Zwischenkapitel „Fluor und Denken“ verbreitet:

„Der Sinn der Schmelzbildung beim Menschen dürfte jedoch nicht nur in der größeren Härte liegen, denn damit ist als Negativum verbunden die Wachstumsbegrenzung (Enzymblockierung), der Abschluß durch den Schmelz, d.h. durch die Wirksamkeit des Fluors, wodurch die Zähne nicht weiter wachsen können.“

Und weiter:

„Denken ist sehr vielseitig veranlagt, wird aber heute nur einseitig, intellektuell, logisch gebraucht. Und hierfür ist ein Abschluß nötig, der physiologisch in der Begrenzung des Dentinzahnes durch den Schmelz vorliegt, wofür Fluor nötig ist, was aber für den ganzen Organismus gilt.“

Dem Schlußsatz des Autors:

„Das alte Sprichwort: 'Sage mir, mit wem du umgehst und ich sage dir, wer du bist' könnte auch für den Umgang mit Fluor sehr aufschlußreich sein,“

- diesem Schlußsatz kann man, was den Autor betrifft, nur voll zustimmen:

Mein Gott, Otto!

H. H.

Alexander L. Rossaint

**Ganzheitliche Zahnheilkunde** in physischer, psychischer und metaphysischer Schau, 4. Auflage  
Hüthig Fachverlag, Heidelberg 1997,  
283 Seiten, 105 Abbildungen, Faltblatt,  
DM 89.-  
ISBN 3-7785-2551-4

Der Herausgeber der Reihe „Medizin und ganzheitliche Zahnheilkunde“ A.L. Rossaint gibt in diesem grundlegenden Buch mit dem Untertitel schon einen Hinweis, was wir erwarten dürfen - und seine Darstellungen verschieben sich sehr von der uns schulmedizinisch gewohnten physischen zur weitgehend unverständlich bleibenden metaphysischen Interpretation.

Kann man es noch akzeptieren, daß „es jeder bis zu einem gewissen Grade selbst in der Hand hat, was ihm zum Heil geschickt wird und was nicht“, so ist dennoch nicht unbedingt, wie geschrieben, „jeder für sein eigenes Schicksal verantwortlich“, insbesondere gewinnt Gesundheit und Krankheit so keine „kosmische Dimension“ (alles Seite 1). Auf Seite 8 wird diese kosmische Dimension als Auffassung des Autors von Gesundheit und Krankheit in 10 Punkten zusammengefaßt, von denen ich den 1., 2. und einen Teil des 5. zitieren möchte:

1. Das menschliche Bewußtsein ist polar. Dies ermöglicht einerseits Erkenntnisfähigkeiten, andererseits macht es uns un-heil und un-vollkommen.

2. Der Mensch ist krank. Krankheit ist Ausdruck seiner Unvollkommenheit und innerhalb der Polarität unvermeidlich.

5. Im Symptom muß der Mensch immer das leben und verwirklichen, was er eigentlich nicht leben wollte. Das Schlußwort dieses Kapitels behauptet „Krankheit, ein Weg zur Vollkommenheit“ (vom Autor hervorgehoben), was große Anspruchsparellität zum Gedankengut von Scientology zeigt (siehe auch H.J. Staehle, Scientology und Alternativmedizin, zm 87, Nr. 11, 1.6.97. Auf der DAZ-JHV am 4.10.97 in Berlin wird uns Prof. Staehle bestimmt mehr über diese Zusammenhänge berichten können).

Das Buch von A.L.Rossaint gibt uns mit seinen Darstellungen gute Gelegenheit, Einblick in die Diagnose- und Therapiebreite der ganzheitlichen Zahnheilkunde zu nehmen.

In den häufig dialektisch aufgebauten Beweisketten wird als vermeintlicher Nachweis gerne auf andere Autoren verwiesen, z. B. zum Herdgeschehen: „Nach Perger, Bergmann, Jung Hülsing, Rauch, Schuh u.a. sollte man bei jeder Erkrankung nach Herden suchen, da man nie sicher sein darf, daß ein Herd in irgendeiner Form keine Rolle spielen könnte“ (so entstehen Therapierichtungen - siehe auch Einleitung dieses Schwerpunktthemas) und später weiter: „so sind die Herdsymptome die untrüglichen Zeichen eines im Bewußtsein nicht integrierten psychischen Dauerkonfliktes“ (S. 28,29). So so.

Auch erfahren wir auf Seite 48 z.B., was ein Krebskranker im bewußten Leben nicht gelebt hat: „Liebe. Krebs zeigt, daß der Betroffene die Liebe mißverstanden hat, und sie daher in die Körperlichkeit fallen mußte als pervertierte Liebe.“

So könnte ich viele verwunderliche psychologisch-methaphysische (Wahrheits- oder Wahn-) Ideen aus dem Buch bringen, nur noch eine von Seite 58, weil sie so schön ist: „In diesem Sinne können wir an der Häufigkeit des Herdgeschehens im Weisheitszahngebiet erkennen, wie störanfällig wir in dieser Sicht noch sind, und wie weit wir noch von der Vollkommenheit entfernt sind.... Somit stoßen wir im 8er-Bereich, besonders bei querliegenden Weisheitszähnen nicht nur auf die querliegende 8, die Lemniskate, als Zeichen der Ewigkeit, sondern auch auf die Gretchenfrage der ganzheitlichen Zahnheilkunde: Sag, wie hast du's mit der **religio?**“ und, auf Seite 77: „Im ZMK-Gebiet kommt dem 8er quasi eine Schlüsselstellung zu, ist er doch als ein Eckpunkt des Gebisses das Tor zur Weisheit und Unendlichkeit, also symbolisch zum **Himmel**“ - meine Güte!

Auch gibt es wunderliche medizinische Zusammenhänge: (S.76) „In 80% der Herzinfarktfälle liegt nach amerikanischen Untersuchungen die Zunge zu tief und kostet damit Kraft und Energie“ - klingt wie Geburtenrückgang durch Verminderung der Zahl der Störche.

Oder Worte aus der Welt der EDV wie Bio-Computer, Overload, Computer-crash, -virus, Dos-Ebene, CPU usw, was, auf den Patienten angewandt, doch merkwürdig mechanisch reduziert klingt und doch so ganzheitlich vollkommen sein soll.

Beruhigend mag sein (S. 124), „daß es sich herausgestellt hat, daß alle zunächst als unverträglich getesteten

Metalle nach Aufdeckung des emotionalen Traumas neutral reagieren“ - aber cave: (S. 125) „nach dem Analogiegesetz kommt die Metallbelastung besonders dann auf den Therapeuten zu, wenn er das Metallproblem selbst inhaltlich noch nicht gelöst hat.“

Der Sarkasmus dieser ganz(heitlich)en Therapierichtung wird besonders in den Geleitworten zum 7. Kapitel deutlich: „Leidvermeiderei, wie und wo sie sich auch immer offenbare, zeigt an, daß der, der sie betreibt, ein grundsätzlich Ungeweihter ist“ (Dr. Herbert Fritsche).

Dieses Buch möchte ich wirklich allen Zahnärzten empfehlen, da es eine umfassende und für sich sehr klare Selbstdarstellung dieser Therapierichtung einschließt. Kinesiologie ist, damit sie sich ein eigenes Bild von diesem Gedankengut machen können, das immer mehr Patienten (und nun auch Politiker) fasziniert. Besonders möchte ich es dringend allen denen als Vorlektüre empfehlen, die im Bereich ganzheitliche Zahnheilkunde (und nach Staehle auch Marketing) Fortbildungskurse besuchen wollen. Nehmen Sie sich die Zeit und lesen Sie dieses 283 Seiten starke Werk mit einem ausführlichen Abbildungsteil sehr gründlich durch (am besten in langen, ungestörten Urlaubstagen). Die DM 89,- sind gut angelegt für die weitere Berufstätigkeit (für mich gerade nach der Lektüre dieses Buches, natürlich auf seiten der Schulmedizin).

*Dr. U.Happ, Hamburg*

Um „schulmedizinische“ Blindheit auszuschließen, haben wir auch einen ganz-

heitlichen“ Zahnarzt um eine Besprechung des Buches „Altrock, Gefahren durch Dentalmaterialien und Umwelttoxinen“ (siehe dieses forum Seite 51) gebeten:

*Lieber Kollege Happ,*

*Man hat mich gebeten, mir „Gefahren durch Dentalmaterialien und Umwelttoxinen“ durchzulesen und evtl. eine Besprechung zu schreiben. Nach dem ersten Durchblättern legte ich das Buch entsetzt in die hinterste Ecke des Regals und konnte mich nur mit Mühe motivieren, es durchzuarbeiten.*

*Es ist mir ein Rätsel, wie Herr Rossaint, den ich als sehr bewußt mit der Ganzheitsmedizin umgehenden Zahnarzt kennengelernt habe, dieses Machwerk in seine Reihe mit aufnehmen konnte.*

*Das Sammelsurium von Fallbeschreibungen, völlig veralteten Arzneimittelbildern und obskuren Testmethoden lenkt leider von den Möglichkeiten ab, die z. B. in der Aurikulomedizin noch stecken mögen.*

*Auch die „empirischen“ Zusammenhänge zwischen Zähnen und Organen haben bei mir in der Praxis schon häufiger zu allgemeinmedizinischen Erfolgen oder zutreffenden internistischen Verdachtsdiagnosen geführt.*

*So ist Ihrer Besprechung aus „ganzheitlicher“ Sicht leider nichts hinzuzufügen. Ich würde meiner Verärgerung nur auf zwei weiteren Seiten Luft machen. Schade eigentlich um das Papier.*

*Dr. Joachim Buck  
Oldenburg*

Bereits über 1000 Praxen arbeiten mit SEDAS, dem zentralen Amalgamabscheider ohne Stromanschluß, verschleißfrei und ökologisch- mit einem Wirkungsgrad von über 99,5%.

Wir  
klären das  
für  
Sie...

**SEDAS**

**Dental-Geräte-Technik  
Dr. Till Ropers GmbH**

**Inhaber und Geschäftsführer:  
Dipl.-Ing. Ortwin Hartung**

**Veerenkamp 4  
21739 Dollern**

**Tel. 04163-4018 Fax 04163-6230**

---

## Buchbesprechungen

---

*Eckhard Klapp*

### **Abgabe und Übernahme einer Arztpraxis**

Springer Verlag, Berlin 1997,  
116 Seiten, DM 56.-  
ISBN 3-540-60638-6

Ärzte und Zahnärzte früherer Generationen waren zum Erfolg fast 'verurteilt'. Die Niederlassung war kein Problem, die wirtschaftlichen Perspektiven glänzend, wenn man keine ganz groben Fehler beging.

Dieses Szenario hat sich gründlich geändert. Das Überangebot medizinischer Dienste, diverse Kostendämpfungsgesetze und vor allem die strikte Bedarfsplanung des GSG haben die Niederlassung, den Praxiswechsel oder die Praxisabgabe zu einem riskanten und nervenzehrenden Abenteuer werden lassen.

Durch dieses Labyrinth begleitet dieser aktuelle Ratgeber eines Fachanwalts und Justitiars. Besonders die Tücken der immer restriktiver gehandhabten Zulassung als Vertragsarzt, deren Erhalt und Weitergabe werden ausführlich, juristisch kompetent und trotzdem verständlich erläutert. Hinweise zur Praxiswertermittlung, Checklisten zur Vertragsgestaltung, Testamentsempfehlungen und Steuertips dürften sich als wertvolle Hilfen in diesem extrem undurchsichtigen Terrain erweisen.

Angesichts horrender Summen, die in den Berufsphasen der Gründung, der

Übernahme und Abgabe einer Praxis bewegt werden sollen, ist der Preis von DM 56,- schlicht geschenkt, absolute Pflichtlektüre zum Thema!

*Dr. Ch. Nielsen*

### *Kanzler, Reinhard* **Serviceunternehmen Zahnarztpraxis**

Urban und Schwarzenberg, 1997  
272 Seiten, ca. 40 Abb., Broschur, DM 98.-  
ISBN 3-541-18871-5

Der Autor des Buches, der das deutsche Gesundheitssystem in der Krise sieht, begreift diese Krisensituation als Chance zur Veränderung bisherigen zahnärztlichen Verhaltens. Selber in Praxisgemeinschaft niedergelassen gibt er Anstöße, die Führung und die Ziele einer Zahnarztpraxis neu zu überdenken und stellt die richtigen Fragen:

- Wie organisieren Sie Ihre Praxis?
- Wie gehen Sie mit Ihren Patienten und Mitarbeitern um ?
- Wie differenzieren Sie sich von anderen ?
- Welche fachliche Spezialisierung ist für Sie sinnvoll ?
- Welche Serviceleistungen bieten Sie Ihren Patienten ?
- Haben Sie die richtige Praxisform ?

Er konstatiert, daß unternehmerisches Denken, Kreativität, Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit sowie visionäres Handeln gefragt sind, wenn der Zahnarzt seine Zukunftsprobleme in den Griff bekommen will. Dabei spielen die

folgenden fünf Säulen die Hauptrolle:

- Persönlichkeit des Zahnarztes
- Team - und Personalmanagement
- Qualität der zahnärztlichen Leistungen
- Serviceleistungsangebot
- Praxisorganisation

Es folgen Tips aus der Praxis zur Praxisausstattung, zu dienstleistungsbegleitendem Service und zum Thema Konkurrenzkampf und Wettbewerb/Werbung. Für mich interessant waren sowohl die Musterbriefe im Anhang zu Versicherten- und Versicherungsanfragen zu den Themen Erstattung, Prophylaxe, ZELeistungen als auch die, wie ich finde, sehr guten Mustervorlagen für Patienteninformationsblätter, Patientenzeitung etc.

Auch wenn ich mit dem Autor nicht in allen Kernaussagen übereinstimme (z.B.: "*Jedes Qualitätsniveau muß dem Wert entsprechen, den der Patient aufgrund seiner Wünsche zu zahlen bereit ist.*"), so ist dieses Buch doch eine gelungene, leicht lesbare Zusammenfassung von innovativen Gestaltungsmöglichkeiten einer Zahnarztpraxis der Zukunft.

Der aktuelle Gesundheitsmarkt in Deutschland mit allen seinen Trends und politischen Steuerungen gibt dem Verfasser Recht, daß es an der Zeit ist, sich Gedanken zu diesem Thema zu machen.

ZÄ Silke Lange

*Einwag/Pieper*

### **Kinderzahnheilkunde**

PdZ Spezial

Urban und Schwarzenberg, 1997

468 Seiten, Preis DM 298.-

ISBN 3-541-11851-2

Das neu erschienene Referenzwerk zum Thema schließt die Lücke auf dem Buchmarkt. Mit dem Spezialband aus der Reihe "Praxis der Zahnheilkunde" versuchen die beiden Herausgeber einen Überblick über die gesamte Kinderzahnheilkunde zu geben.

Das umfangreiche Buch besticht durch seine Praxisnähe - von der Prophylaxe über konservierende Maßnahmen im Milch- und Wechselgebiß bis hin zur kieferorthopädischen Frühbehandlung beleuchten 18 Autoren die zahlreichen neuen und bewährten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Nach dem Motto "Lernen soll Spaß machen - Kinderzahnheilkunde auch!" überrascht der Band mit vielen guten Farbaufnahmen und Zeichnungen und stellt damit ein hilfreiches Nachschlagewerk für alle KollegInnen dar, die engagiert und kompetent Kinder behandeln. SL.

*Heinrich / Hoffmann*

### **Die Zahnarzthelferin**

Ein Lehr- und Nachschlagewerk

25., vollständig neubearbeitete und erweiterte Auflage 1997,

Hüthig Verlag, Heidelberg

592 S., 493 vorwiegend farb. Abb., geb.

ISBN 3-7785-2085-7

Wenn ein Lehrbuch schon seit mehr als 60 Jahren - genauer: seit 1934! - auf dem



Markt ist, kann es mit Fug und Recht als bewährt gelten. Und den Vorbehalt, leicht antiquiert zu sein, kann diese Neuauflage weitgehend entkräften. Zwar gibt es in der „Zahnarthelferin“ noch die eine oder andere Abbildung aus früheren Auflagen. Und auch Layout und Text erscheinen eher konservativ und wissenschaftlich orientiert.

Aber, so der Verlag, „Die 25., vollständig Neubearbeitete und erweiterte Auflage des bewährten Lehr- und Nachschlagewerkes **Die Zahnarthelferin** - Generationen von Zahnarthelferinnen wegen des blauen Buchumschlags als „Blauer Heinrich“ bekannt - trägt dem einschneidenden Wandel des Berufsbildes in vielerlei Hinsicht Rechnung. Die Neuauflage wurde von einem mehrköpfigen Expertenteam stark erweitert und vollständig überarbeitet, dem aktuellen Stand der Technik sowie dem gewandelten Berufsbild und den gültigen Ausbildungs- und Prüfungsbestimmungen angepaßt. So wurden viele neue Schwerpunkte gesetzt und wesentliche Erweiterungen vorgenommen.

Besonders gut und ausführlich sind die Bereiche Prophylaxe, Verwaltung, EDV und Fehleranalyse im Röntgen behandelt. Dazu sämtliche Ausbildungspläne vom Azubi bis zur Dentalhygienikerin sowie der Wortlaut des Manteltarifvertrages für Zahnarthelferinnen (erneut plädiere ich in diesem Zusammenhang für die Berufsbezeichnung „Zahnmedizinisch-technische Assistentin“) - das Ganze bei 592 gebundenen Seiten für 59 DM - sehr empfehlenswert!

Dr. Hanns-W. Hey

Reinhard Hickel und  
Karl-Heinz Kunzelmann  
**Keramikinlays und Veneers**

Carl Hanser Verlag, München, Wien 1997  
191 Seiten, zahlreiche Abbildungen,  
gebunden, DM 198.-  
ISBN 3-446-17202-5

Das gut bebilderte und systematisch gegliederte Buch stellt nicht nur die verschiedenen, heute anwendbaren Dentalkeramik-Techniken vor, sondern versucht auch, sowohl die Vor- und Nachteile der Keramiksysteme untereinander als auch die Unterschiede zu den Alternativen Amalgam, Gold und Komposites aufzuzeigen.

Ein umfangreiches Kapitel veranschaulicht kochbuchartig das Vorgehen bei der Herstellung und Eingliederung von Keramikinlays, ein Extrakapitel beschäftigt sich mit den Dentinadhäsiven und ihrer klinischen Bewertung.

Auch der Abschnitt über Indikation, Kontraindikation, Herstellung und Eingliederung von Veneers ist praxisnah und auf das Wesentliche beschränkt dargestellt. Ebenso hilfreich die Gegenüberstellung der verschiedenen Bleaching-Systeme und ihrer Nebenwirkungen(!).

H.H

Jakob Wirz und Heiko Bischoff (Hrsg.)

**Titan in der Zahnmedizin**

Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin 1997,  
432 Seiten mit 845 meist farbigen  
Abbildungen, DM 380.-,  
ISBN 3-87652-9

Dieses Buch, besser Atlas, versteht sich als Basiswerk über den biologischen Werkstoff Titan, über seine Verarbeitung

und seinen klinischen Einsatz. Das Herausgeberteam Wirz/Bischoff kann diesen Anspruch voll erfüllen und hatte eine glückliche Hand, viele kompetente Co-Autoren zur Mitarbeit zu gewinnen.

Nach einer kritischen Darstellung der Bioverträglichkeit am Parameter der Korrosion wird das Metall als Werkstoff in der Zahntechnik dargestellt, der durch eine modifizierte Gußtechnik sowie spezielle Einbettmassen inzwischen bei sehr hoher Präzision für alle Anwendungen in der Zahnmedizin geeignet ist und von Prof. Wirz sogar eine bessere Bewertung als die Goldlegierungen erfährt. In der Beschreibung fehlt die Darstellung der CAD/CAM - Frästechnik, die in jüngster Zeit durch neue Software auch eine hohe Präzision erreicht haben soll, aber die Bewährungsprobe für die Praxis noch nicht bestanden hat. Gezeigt wird hingegen die sehr genaue Herstellung von Geschieben und dergl. mittels Funkenerosion. Bei der Frästechnik gibt es keine Probleme mit der oberflächlichen Reaktionsschicht (Alpha-case) des Titans, aber, wie mit REM Aufnahmen gezeigt wird, ist diese Reaktionsschicht bei moderner Gußtechnik auch kein Problem mehr. Mit einfachen Röntgenaufnahmen läßt sich zudem die Qualität des Gusses sehr leicht überprüfen. Auf Löten muß bei Titan verzichtet werden. Stattdessen gibt es den biologisch und auch mechanisch viel besseren Ersatz durch die Laser Schweiß-Technik, die ausführlich dargestellt wird. Bei Retentionselementen hat sich auch eine Klebtechnik bewährt. Titan ist geeignet zur Verblendung mit niedrigbrennender Keramik oder mit Kunststoff. Der Ar-

beitsablauf im Labor wird sehr anschaulich mit vielen Abbildungen gezeigt. Auch finden wir die Arbeitsabläufe zur Herstellung von Modellguß- oder Kombiprothesen, die Möglichkeiten des Einsatzes für Epithesen und in der Gesichtschirurgie. Hervorzuheben ist der Einsatz des Titans als Implantatwerkstoff, da hier mit der folgenden Suprakonstruktion wirklich nur ein Metall, bis zu 98% reines Titan, Anwendung finden kann. Auch in der Kieferorthopädie läßt sich dieses biologisch sehr verträgliche Material gut verwenden, wie in einem weiteren Kapitel gezeigt wird.

Mit seiner übersichtlichen Gliederung, seinem guten Stichwortverzeichnis und den ausführlichen Literaturverzeichnissen nach jedem Kapitel gibt das Buch jedem Leser fundierte Informationen zur Entscheidung des Titan-Einsatzes in seiner Praxis - zu der auch ich ermutigen möchte nach über drei Jahren sehr positiven Erfahrungen. *Dr. U. Happ*

## ---go onfodent

Kostenlose FirstClass Client-Software erhalten Sie im Internet unter [www.softarc.com](http://www.softarc.com) oder Rückumschlag mit 2 Mark frankiert an:  
Moskob&Moskob, Witzelstraße 55,  
40225 Düsseldorf  
Tel.0211 90533-70 Fax -71

**Onfodent** - die größte elektronische Plattform für Anbieter und Nutzer aus dem Dentalbereich. Weitere Infos über: (<http://www.Moskob.de>)

Die Natur ist Vorbild

# Baustein für die Zähne



*Eine Empfehlung  
für Ihre Patienten*



Tag für Tag Bad Reichenhaller Jodsalz mit Fluor anstelle des normalen Salzes. Fluorid härtet den Zahnschmelz und ist daher wichtig für die Zähne. Jod ist für die tägliche Ernährung genauso wichtig wie Vitamine.

**Das Salz der Alpen, die Geschmackskraft der Natur.**

# Schweizer Jugend fast ohne Amalgam dank Prävention

Im Seitenzahngebiet haben sich Amalgamfüllungen jahrzehntelang bewährt. Erst im letzten Jahrzehnt sind Füllungsmaterialien entwickelt und auf den Markt gebracht worden, welche Amalgam ersetzen können. In wenigen Jahren werden sie den Markt aus drei Gründen erobern:

1. Sie sind zahnfarben und deshalb bei der Bevölkerung sehr beliebt.
2. Die Massenmedien haben das Amalgam derart in Verruf gebracht, dass die jahrelang geschürte Angst nicht mehr zu korrigieren sein wird.
3. Hinweise darauf, daß Unbedenklichkeit und Dauerhaftigkeit der neuen Materialien zuerst besser erfaßt werden müßten, finden wenig Gehör.

Infolge des steigenden Angebotes an zahnfarbenen Füllungen hat sich die Idee sehr verbreitet, damit wäre der wichtigste Schritt "Weg vom Amalgam getan. Beim Erwachsenen kann man dem teilweise zustimmen, bei der Jugend ist das falsch.

In praktisch allen westeuropäischen Ländern geht der Kariesbefall bei der Jugend stark zurück. Bei 12-jährigen Schülern der meisten europäischen Länder nördlich bis westlich der Schweiz ist die Zahl der von Karies befallenen Zähne seit Ende der Siebzigerjahre jährlich um 5 bis 9% abgefallen; dies ergibt über 20 Jahre einen Rückgang von nicht weniger als 65 bis 85%. In Deutschland sind

entsprechende Fortschritte seit Ende der Achtzigerjahre klar nachweisbar.

Im Schweizerischen Kanton Zürich ist ein jährlicher Rückgang der karieskranken Zähne 1964 bis 1992 um rund 6%, insgesamt um 90% im Detail belegt (Marthaler, Int dent J 44:393-401, 1994).

Dank der Fluoridprophylaxe wurde Karies am Füllungsrand zur Seltenheit. Schrittweise gingen die Zahnärzte dazu über, Füllungen immer kleiner zu gestalten, was seit 1985 immer deutlicher gefordert wurde.

Füllungen sind dreidimensionale Gebilde. Demzufolge sinkt das Volumen selbst dann beträchtlich, wenn die Füllungen nur wenig verkleinert erscheinen. Das schlagendste Beispiel sind die heute verbreiteten punktförmigen Amalgamfüllungen. Solche kleinen Okklusalfüllungen sind im Mittel etwa um drei Viertel kürzer (-75%) und zudem graziler (-40%) als die früheren ausladenden, der Ausdehnung des ganzen Fissurensystems folgenden und zudem tieferen (20%) Füllungen. Aus den in Klammern als Beispiel angegebenen Verkleinerungen ergäbe sich eine Volumenreduktion um 88% ( $0,25 \times 0,6 \times 0,8 = 0,12$ ).

Tabelle 1 illustriert dieses und weitere Rechenbeispiele. Dabei wurde die Tiefe der Füllungen nur wenig reduziert, unter der Annahme, daß bei der früher üblichen tiefen Karies entsprechend dickere

Unterfüllungen gelegt wurden. Für Füllungen in Fissuren- und Grübchen darf eine Volumenreduktion von mindestens 75% angenommen werden. Bei approximalen Füllungen läßt sich die Länge wegen der okklusalen Verankerung oft nur wenig vermindern. Für diese kann man, wie die drei Beispiele zeigen, eine Verminderung der Amalgammenge um rund 50% postulieren .

Tabelle 2 zeigt, was sich ergibt, wenn man die verminderte Zahl der notwendigen Füllungen - von 1964 bis 1992 - und zugleich deren Verkleinerung in Rechnung stellt. Von 1964 bis 1992 ging die Zahl der Zahnschäden (DFS) in den Fissuren und Grübchen von 10,28 auf 2,24 zurück (daran sind Versiegelungen nur am Rande beteiligt). Zahlenmäßig verblieben also nur noch 22% der Füllungen notwendig. Die Verkleinerung der noch notwendigen Füllungen um 75% reduziert das im Kindermund noch verbleibende Amalgamvolumen weiter von 22 auf 6%.

Es entfallen also dank Vorbeugung 94% des ursprünglichen Volumens an Amalgam (gleichbedeutend mit dessen Menge oder Masse).

Kariöse Fissuren und Grübchen werden seit einigen Jahren vorwiegend mit Nicht-Amalgam Kunststoff gefüllt. Die dem „Amalgamersatz“ verbleibende Rolle zur vollständigen Verdrängung des Amalgams bei Kaufächenfüllungen erbringt einen weiteren Fortschritt; quantitativ ist er nebensächlich.

An den Approximalflächen (auf Röntgenbildern erfaßt) war die Vorbeugungswirkung noch stärker: 1992 nur noch

**Tabelle1 Wie wirken sich die Verkleinerung der Länge, Breite und Tiefe von Füllungen auf das Volumen, also die Amalgammasse aus?**

Verkleinerung			Amalgam im Zahn	
Länge	Breite	Tiefe	Bleibend	Reduktion
<u>Fissuren</u>				
75%	40%	20%	12%	88%
40%	40%	20%	29%	71 %
<u>Grübchen und Furchen</u>				
50%	50%	20%	20%	80%
50%	30%	20%	28%	72%
<u>Approximale Füllungen</u>				
0%	40%	30%	42%	58%
0%	30 %	20 %	56%	44%
20%	30%	30%	39%	61%

**Tabelle2 Bedarf an Amalgamfüllungen und dessen Verminderung bei der Schuljugend des Kantons Zürich**

— durch Vorbeugung (anhand des Rückganges der Zahnschäden (DFS) und der Füllungsgröße) und seit anfangs der Neunziger Jahre  
— durch zahncarbene, metallfreie Füllungen

Fissuren und Grübchen, Molaren und Prämolaren			
	1964	1 1992	Rückgang
DFS	10.28	2.24	78% -
≈ Anzahl Amalgamfüllungen vermindert			78%
dazu: 75% kleineres Füllungsvolumen			94%

Dazu: leicht anwendbarer Amalgamersatz in zwei Dritteln der Kavitäten verwendet 98%

Approximalflächen			
	1964	1992	Rückgang
DFS	8.50	0.52	94%
≈ Anzahl Amalgamfüllungen			94%
50% kleineres Füllungsvolumen			97%
Dazu: Amalgamersatz schwieriger, nur in einem Drittel der Kavitäten verwendet			98%

0,52 DF-Flächen (DFS) verglichen mit 8,5 im Jahre 1964. Der Rückgang erreichte also 94%. Bei Verkleinerung des Volumens um 50% (siehe Tabelle 1) wurde durch Vorbeugung insgesamt eine Verminderung der Amalgammenge um nicht weniger als 97% erreicht.

Füllungen an Molaren entlang dem Zahnfleisch, im schlimmsten Fall „zirkuläre“ Füllungen, vor 30 Jahren noch bei einem Drittel der Kinder in der Schweiz notwendig, kommen schon seit Ende der Siebzigerjahre kaum mehr vor. Diese Art von Amalgamfüllungen fiel dank Vorbeugung ganz weg.

Zusammenfassend zeigt sich, daß die Amalgammenge im Munde von Schweizer Kindern um mehr als 95 Prozent durch Vorbeugung vermindert wurde und die Abkehr vom Amalgam nur noch geringfügige Fortschritte in dieser Hinsicht erbringen kann und erbringt.

Die ansässige Schweizer Jugend dieser Jahre hat also nur noch etwa ein Fünfzigstel - entsprechend der Reduktion um 98% - der Amalgammenge im Munde verglichen mit den Sechzigerjahren. Sind die Jugendlichen deswegen gesünder geworden, allgemein oder nur im Mund? Ja, sie sind gesünder, aber nicht weil sie kaum mehr Amalgam im Munde haben, sondern weil die Zahnkaries weitgehend eingedämmt wurde.

Übrigens läßt sich die Kariesaktivität auch bei den Erwachsenen, je nach ihrer Motivierbarkeit, bei guter Mitarbeit sogar dramatisch senken: Sowohl Primärkaries als auch sekundäre Rand-

karies treten kaum mehr auf bei deutlich verbesserter Mundhygiene mit fluoridhaltigen Zahnpasten und präventiver Betreuung. Der Nutzen der Vorbeugung ist keineswegs auf die Jugend beschränkt.

Die deutschsprachigen Massenmedien rücken Gesundheitsschäden durch Amalgam, dessen ursächliche Rolle in den meisten Fällen sehr fragwürdig ist, in den Vordergrund; dies auch in der Schweiz! An die Vorbeugung wird nur selten erinnert, obwohl diese nicht nur die Amalgammenge im Munde reduziert, sondern auch allgemeinmedizinische, bisweilen schwerwiegende Spätfolgen der Karies weitgehend ausschaltet. Die Gelegenheit, auf den Nutzen beziehungsweise den gewaltigen Beitrag der Vorbeugung auch in dieser Hinsicht hinzuweisen, wurde bisher kaum wahrgenommen.

Die Vorbeugung, deren Wirksamkeit weitgehend auf dem mehrfachen Gebrauch von Fluoriden beruht, vermindert auch die Umweltverschmutzung durch Amalgam auf einen kleinen Bruchteil. Die Vorbeugung lohnt sich also auch in dieser Hinsicht.

*Prof. Dr. Th. Marthaler,  
Zahnärztliches Institut  
Plattenstraße 11, CH-8028 Zürich*

**Redaktionsschluß für das nächste  
forum: 10.10.97**

## DAZ-Press-Erklärung

### Protest gegen peinliche Preisverleihung

Die Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz hat die Journalistin Frau Gabriele Krone-Schmalz mit dem Hildegard-von-Bingen-Preis, der bereits mehrmals für herausragende Leistungen an gesundheitspolitische Korrespondenten verliehen wurde, ausgezeichnet.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde, DAZ, im NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, hat Verständnis dafür, daß Zahnärzteorganisationen in Zeiten wirtschaftlicher Einschränkungen jede Unterstützung von journalistischer Seite würdigen. Mit der Ehrung von Frau Krone-Schmalz ausgerechnet durch Zahn-

ärzte ist aber die Grenze zur Peinlichkeit deutlich überschritten.

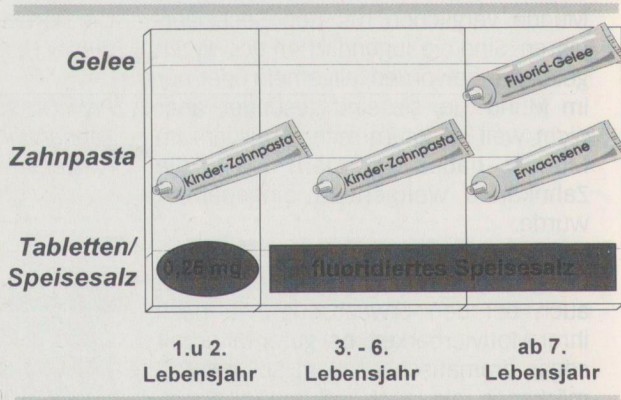
Mit zwei jeder journalistischen Sorgfaltspflicht hohnsprechenden MONITOR-Sendungen hat Frau Krone-Schmalz 1985 die deutsche Öffentlichkeit über die angebliche Gefahr der Fluorid-Prophylaxe für Zähne desinformiert und getäuscht.

Durch diese aus weltanschaulichen Gründen bewußt provozierte Angst-kampagne wurde der in Deutschland ohnehin äußerst schwach organisierten Gruppenprophylaxe ein schwerer Schlag versetzt, von dem sie sich nicht wieder erholt hat. Das „Verdienst“ der Preisträgerin beschränkt sich auf das Anfüllen von zahnärztlichen Wartezimmern mit karieskranken Kindern.

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde distanziert sich entschieden von dieser Art der Würdigung.

## Empfehlung zum Einsatz von Fluoriden in der Kariesprophylaxe

In einer gemeinsamen Empfehlung hatten die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde (DGK) und die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) neue Empfehlungen zum Umgang mit Fluoriden in der Kariesprophylaxe ausgesprochen. Diese wurden im Forum 56 dargestellt und



kommentiert. Jetzt stellt der DAZ seine überarbeiteten Empfehlungen zur Fluoridprophylaxe vor.

Diese unterscheiden sich in zwei Punkten von der o.g. Empfehlung. 1. Mit der Verwendung einer fluoridhaltigen Kinderzahnpaste sollte mit dem Durchbruch des ersten Milchzahnes begonnen werden. 2. Die Verwendung eines hochdosierten fluoridhaltigen Gelees (1,25% Fluorid) sollte eine Standardmaßnahme für jeden sein, der das 6. Lebensjahr vollendet hat. Diese beiden Maßnahmen bieten bei minimalem Fluoroserisiko insbesondere zum Zeitpunkt des Durchbruchs der 1. und 2. Dentition einen erheblich besseren Kariesschutz.

## Wann ist IP erfolgreich?

Die Motive für einen Zahnarzt, in seiner Praxis Prophylaxe anzubieten, können sehr unterschiedlich sein. Für den einen stellt Individualprophylaxe eine willkommene Möglichkeit dar, Privatleistungen auch den GKV-Versicherten nahe zu bringen; der andere sieht in der Vorbeugung als der einzig wirklich kausalen Therapie den Königsweg der Zahnheilkunde.

Auch die Frage, wann eine Prophylaxebetreuung als erfolgreich bewertet werden darf, wird durchaus unterschiedlich beantwortet: Zum einen kann es das Ziel sein, bei einer begrenzten, intensiv betreuten Patientengruppe mit

hohem Aufwand ein sehr gutes Ergebnis (ausgedrückt in sehr geringer Kariesinzidenz und geringsten Attachmentverlusten) zu erzielen. Das zugrunde liegende Therapiekonzept ist hier meist die "professional care"- dem Patienten wird mit relativ hohem Aufwand (häufige professionelle Zahnreinigungen) eine weitgehende Gesundheits-"garantie" gegen Geld gegeben; seine Eigenverantwortung für die Gebißerhaltung wird ihm abgenommen. Bei den dieses Konzept vertretenden Behandlern ist die Einschätzung verbreitet, die meisten Patienten seien zu einer ausreichenden Steigerung ihrer Eigenfürsorge gar nicht in der Lage (Scherf: "Wollen Sie Ihre restaurativen Erfolge in die Hände von Laien (= Patienten) legen?"). Die aus diesem Ansatz erwachsenden Anforderungen an das Behandlerenteam sind primär zahnärztlich-technischer Art und damit dem tradierten Berufsbild noch relativ nahe.

Andererseits kann die Zielvorgabe darin bestehen, eine Verbesserung der Gebißvorsorge auf breiter Basis, möglichst "für alle" zu erreichen. Also auch für diejenigen Patienten, die weniger zahlungskräftig oder primär ohne ausgeprägtes Gesundheitsbewußtsein sind.

Der konzeptionelle Ansatz ist hier breiter angelegt: Die "professional-care" ist auch hier vorhanden, steht aber - quasi als Sicherungsnetz - im Hintergrund. An erster Stelle wird eine Hilfe zur Selbsthilfe, zur "oral self-care" angestrebt. Die aus diesem Ansatz erwachsenden Aufgaben für das Behandlerenteam liegen in weit höherem Ausmaß im Bereich der Gesundheitserziehung, der Überzeu-



gungskommunikation, Motivierung und Verhaltensänderung. Da dies Bereiche sind, die in der bisherigen zahnärztlichen Ausbildung so gut wie keine Berücksichtigung fanden, wird verständlich, warum dieser Ansatz zur Zeit noch die geringere Akzeptanz erfährt. Zudem dürfte das zu erwartende Ergebnis kompromißbehafteter sein als die Erfolge bei intensiv fremd-betreuten Patienten. Die Diskussion dieser beiden Ansätze muß zumindest in der BRD vor dem Hintergrund der aktuellen gesundheitspolitischen Weichenstellung geführt werden. Diese ist kurz gefaßt folgende: Vom Bürger wird (bezüglich der plaquebedingten und damit theoretisch vermeidbaren Zahnerkrankungen) eine stärkere Eigenverantwortlichkeit und Eigenleistung eingefordert.

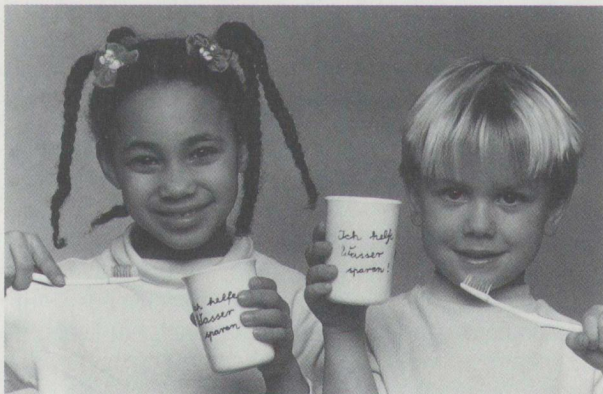
Deutlich gemacht wird diese Forderung ihm gegenüber durch eine höhere Eigenbeteiligung an den Kosten für konservierende und prothetische Leistungen. Diese prinzipiell begrüßenswerte gesundheitspolitische Entscheidung birgt

ihren Wermutstropfen darin, daß die nun zur dentalen Eigenverantwortlichkeit aufgerufene Generation nur auf eine (verglichen mit dem Ausland) unzulängliche und sehr lückenhafte Zahngesundheitsziehung in ihrer Jugend zurückblicken kann. Schlimmer noch: Eine von allen gesellschaftlichen Gruppen (Pädagogen, Eltern, öffentlicher Gesundheitsdienst, niedergelassene Zahnärzte) getragene effektive (weil koordinierte und kontrollierte!) Präventivbetreuung für alle Heranwachsenden ist auch zukünftig nicht absehbar.

Es verbleibt somit vorerst eine hohe Verantwortlichkeit für die allgemeine Zahngesundheit bei den niedergelassenen Zahnärzten. Vor diesem Hintergrund erhält der Präventionsansatz, der die "oral self-care" in den Vordergrund stellt, wesentliche Bedeutung.

Dr. Jörg Hendriks, Aurich

Teil 2 des Beitrages „**Süßer Genuß ohne Reue?**“ wird verschoben auf forum 59



#### Heißer Tip zum Sommer:

Wassersparen, auch beim Zähneputzen. Durch achtloses Spülen unterm laufenden Wasserhahn werden pro Person täglich bis zu 6 Liter Wasser verschwendet. Mit dem guten alten Putzbecher könnten Milliarden Liter täglich eingespart werden - so die blind-a-med Forschung.

Foto: blind-a-med Forschung

# Zahnmedizinische Qualität.

## Die beste Empfehlung zur Karies- und Parodontal-Prophylaxe



Medizinische Mund- und Zahnpflege  
aus der **elmex** Forschung

Wybert GmbH • 79539 Lörrach • Berner Weg 7

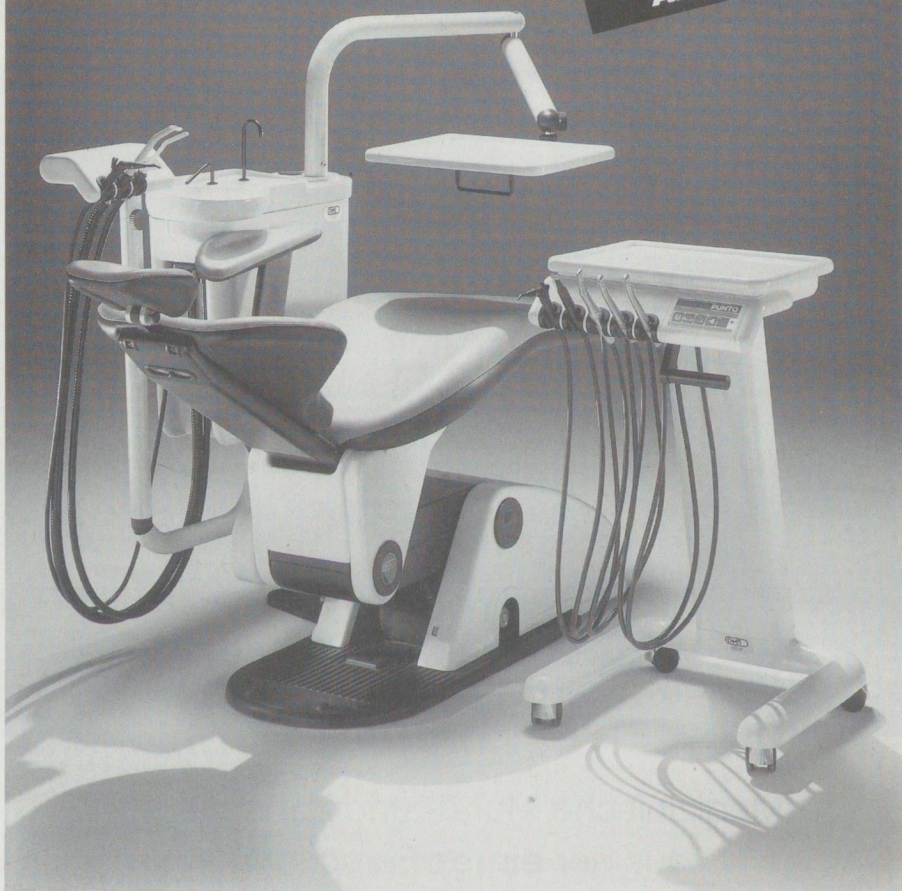


# PHARMADOR

GmbH & Co. Dentalhandels KG

Daimlerstraße 13 · 85521 Ottobrunn · Tel. 0 89/6 09 90 80

**Die preisgünstige  
Alternative**



# Angst - ein Problem für Patienten und Behandler

## Die Angst vor „dem Zahnarzt“

Das Wort „Angst“ beschreibt einen Zustand, in dem die Psyche, der Verstand und der Körper eines Individuums, die gesamte Persönlichkeit also, nur noch mit der Abwehr einer drohenden Gefahr beschäftigt ist. Gleichgültig, ob diese Gefahr real oder eingebildet ist, der gesamte Organismus bereitet sich auf Kampf oder Flucht vor. Hierbei sind rein körperliche Eigenschaften gefragt, der Verstand ist weitgehend ausgeschaltet und darum auch wenig ansprechbar.

Ängste werden in unserer Gesellschaft meist verschwiegen, da sie als Schwäche angesehen werden. Allerdings sind Ängste ja auch etwas äußerst Intimes, decken sie doch Einsichten in die Persönlichkeitsstruktur eines Menschen auf, die im Normalfall nicht bekannt werden sollen. Es gibt jedoch eine Ausnahme. Angst vor dem Zahnarzt, Angst vor der Zahnbehandlung, Angst vor allem, was damit in Zusammenhang gesehen wird, diese Zahnarztangst wird von vielen Menschen sehr schnell bekannt, wenn nur ein Stichwort zum Thema Zähne, Zahnerkrankung, Zahnbehandlung fällt.

Zahnarztangst ist gesellschaftsfähig. Niemand schämt sich seines Zitterns vor „dem Bohrer,“ und in der Regel wird das Thema auf Parties gerne aufgegriffen; es schafft dann schnell ein Klima des gegenseitigen Verstehens.

Viele Menschen kokettieren auf diese Weise mit ihren Ängsten, sie können ihre Gefühle aber immer noch in den Griff bekommen. Echte Zahnarztangst jedoch bleibt nicht ohne Folgen. Ein Angst-Patient wird immer zu spät zur Behandlung gehen. Darum treten Zahnverluste bei diesen Menschen meist schon in jungen Jahren auf.

## Die psychische Besetzung des Mundbereiches

Der Mund ist mehr als ein Organ zur Aufnahme von Atemluft und Nahrung, das auch noch der Lautbildung dient. Mit dem Mund und mit den ersten Zähnen lernen wir Menschen die Welt erkennen und begreifen. Bis zu unserem zweiten Lebensjahr und oft weit darüber hinaus wandern alle neuen Gegenstände erst einmal zum und in den Mund, wenn dies nicht durch restriktive Erziehungs- bzw. Dressurmaßnahmen unterbunden wird. In Liebesdingen wird diese Praktik von den meisten Menschen lebenslänglich beibehalten. Mit Küssen versuchen wir die Bereitschaft unseres Partners zu ergründen oder zu wecken.

Der Mund hat somit eine ganz zentrale Bedeutung für die frühkindliche Weltenerfahrung und damit für die kognitive Entwicklung. Und diese grundlegende Bedeutung kommt dem Mund auch in der psychischen Entwicklung zu. Psychische Erfahrungen werden körperlich

gespeichert. Im Besonderen manifestieren sich die negativen, die traumatischen Erfahrungen in Form von Muskelverspannungen. Die Umkehr dieses Vorgangs wird in der Bioenergetik, einer körperorientierten Psychotherapie, zur Aufdeckung und Therapie von psychopathologischen Erkrankungen genutzt.

Zum Mund oder besser zur gesamten oralen Region, dem stomatognathen System, gehören eine ganze Reihe von Muskeln. Hier kann sich also Einiges festsetzen. Wir bedienen uns dieser Tatsache ganz selbstverständlich, wenn wir vom Gesichtsausdruck eines Menschen Rückschlüsse auf dessen innere Befindlichkeit ziehen. Der Gesichtsausdruck spiegelt Freud und Leid nicht nur aktuell wider, mit der Zeit wird das Seelenleben hier mit Runzeln und Falten niedergeschrieben.

Wenn wir uns nun dahingehend einigen können, daß wir dem Mund diese hervorragende psychoanalytische Bedeutung zumessen (ich benutze hier und in der Folge den umgangssprachlichen Ausdruck „Mund“ an Stelle der wissenschaftlich korrekten Bezeichnung „stomatognathes System“, meine aber mit „Mund“ sehr wohl diese Gesamtheit). Wenn wir also den Mund unter diesem Aspekt betrachten, dann wird es uns auch nicht mehr verwundern, daß die Beschäftigung mit dieser Körperregion Gefühle weckt.

Beschäftigt sich nun ein Fremder mit diesem psychisch so stark besetzten Organ, so wird erst einmal Mißtrauen, Verletzung der Intimsphäre und Angst empfunden. Diese natürlichen Abwehrgefühle können nur durch Vertrauensentwicklung und durch Einsicht in die

Notwendigkeit der Behandlungsmaßnahmen abgebaut werden. Die ersten „Behandler“ hinterlassen deshalb immer ihre Spuren. Leider oft in Form von manifester Angst, die entstanden ist, weil die natürlichen Abwehrgefühle durch unsensibles oder sogar durch verletzendes Vorgehen verstärkt und gefestigt wurden. Mutter, Vater, ein älteres Geschwisterkind, alle Personen in der näheren Umgebung des Kindes können diese Rolle des „Erstbehandlers“ einnehmen. Erstbehandler in diesem Sinne ist in der Regel nicht der Zahnarzt. Der allerdings beschäftigt sich erstmalig professionell mit dem Mund.

Der erste Zahnarztbesuch ist immer von großer Bedeutung und von Gefühlsstürmen begleitet und deshalb ist der erste Zahnarzt so bedeutend. Er kann mit Einfühlungsvermögen die bereits angelegten Ängste erkennen und versuchen, sie mit geeigneten Maßnahmen abzubauen oder er kann durch Unverständnis die vorhandenen Ängste potentiell verstärken oder sogar noch unveränderte natürliche Abwehrgefühle in Ängste umwandeln.

Das Thema Angst-Prophylaxe in der Kinderbehandlung möchte ich an anderer Stelle noch eingehender behandeln.

### **Angstkonzentration im Mundbereich**

Wie oben schon einmal erwähnt, ist die Angst vor dem Zahnarzt ganz offensichtlich im Gegensatz zu anderen Ängsten gesellschaftsfähig. Nun kommt aber dem Akt des offenen Bekennens eines erkannten psychischen Problems allein schon eine Ventilwirkung zu. Das Bekennen wird als Erleichterung empfunden, ein Gefühlstau wird abgebaut.

Im Mundbereich haben sich in den für die Entwicklung so überaus wichtigen ersten Lebensjahren viele psychische Prozesse abgespielt, hier hat sich dementsprechend viel festgesetzt.

Beim Zahnarzt, bei dem „man ja Angst haben darf“, wird nun unbewußt die oben angesprochene Ventilwirkung nicht nur für die eigentliche Zahnarztangst genutzt. Es wird gleichzeitig für eine unbestimmbare Zahl anderer Ängste der Überdruck abgebaut, die sozusagen als „Trittbrettfahrer“ den gleichen Weg wählen.

Der Zahnarzt wird also häufig mit einem Angstpaket konfrontiert, mit dem er, wenn er sich dieses Umstandes nicht bewußt ist, nichts anzufangen weiß. Denn dann wird er, fixiert auf die aktuelle Situation und seinen Arbeitsbereich, erfolglos immer wieder erklären, daß doch diese Zahnbehandlung völlig harmlos sei, daß es mit größter Sicherheit nicht weh tue etc., und schließlich schweißgebadet und frustriert das Handtuch werfen und einen neuen Termin vereinbaren.

Bei diesem neuen Termin wird er mit neuer Kraft an den Fall herangehen und mit größter Sicherheit den gleichen Mißerfolg erleben. Es bleibt nur zu hoffen, daß er die frische Kraft nicht nutzt, um den Angstpatienten nun mit körperlichem Einsatz zur Behandlung zu zwingen, wie dies früher wohl recht häufig, heute leider immer noch gelegentlich praktiziert wurde bzw. wird.

### **Die Angst des Zahnarztes vor dem Angst-Patienten**

Nach Fritz Riemann tritt Angst immer dort auf, wo wir uns in einer Situation

befinden, der wir nicht oder noch nicht gewachsen sind. (1)

Bei einem Zahnarzt, der in beschriebener Weise Mißerfolge erlebt, baut sich eine Abwehrhaltung gegen diese Art von Patienten auf, die durchaus zu einer Angst werden kann.

Die Angst der Patienten stellt immer eine große Herausforderung und Belastung für den Behandler dar. Erhöhter Zeitaufwand und Störung des Praxisablaufs belasten die Organisation und den Umsatz, sind aber vergleichsweise leicht zu verkraften, während die nervliche Anspannung und die Übertragung des psychischen Drucks die Arbeitskraft beeinträchtigen und damit eine weit größere Beeinträchtigung sind.

Daß viele Kollegen die beschriebenen Probleme nicht in den Griff bekommen, ist sicherlich kein geringer Teil der Fülle an unbewältigten Schwierigkeiten, die Ursache sind für die erschreckend hohe Rate an psychisch kranken Ärzten, die in die Sucht oder sogar in den Suizid flüchten. (2)

Diese Mehrbelastung empfindet auch der mit der Problematik vertraute, erfahrene Behandler und er wird darum Möglichkeiten suchen, damit fertig zu werden, und diese dann auch nutzen.

Das Erkennen der Angst ist dabei die Hauptsache, denn dann können durch gezieltes Einbestellen wenigstens die Voraussetzungen für eine streßarme Sitzung geschaffen werden.

Um der psychischen Belastung zu begegnen sollte ein Arzt, der gehäuft mit diesem speziellen Klientel konfrontiert ist, Hilfe in einer Balint-Gruppe suchen. In einer solchen von Michael Balint entwickelten psychotherapeutischen Schulungs- und Supervisionseinrichtung wer-

den Angehörige von Heil- und Erziehungsberufen für eine psychotherapeutische Tätigkeit befähigt und regelmäßig unterstützt.

### **Wie kann der Zahnarzt mit der Angst des Patienten umgehen?**

#### **Behandlung des Angst-Patienten in der Zahnarztpraxis**

Wie bei jeder anderen Therapie hängt der Erfolg der Behandlung auch hier vom Behandlungskonzept und von der Organisation des Behandlungsablaufes ab. Dabei geht es nicht zuletzt auch um den wirtschaftlichen Erfolg.

Das folgende Vorgehensschema in vier Schritten hat sich in meiner langjährigen Praxis als erfolgreich erwiesen:

1. Angst bekennen - Angst erkennen - Angst akzeptieren
2. Vertrauen schaffen
  - Anamnese
  - Behandlung absprechen
  - Behandlungsvereinbarung
3. Behandlung in kleinen Schritten
4. Behandlungserlebnis fixieren

#### *— Angst bekennen - Angst erkennen - Angst akzeptieren*

Unsere Arbeit wird erfolgreicher und deutlich erleichtert, wenn der Patient seine Therapiewünsche uns gegenüber selbst äußert. In unserem Fall, wo es um die Behandlung der Angst geht, ist das Eingestehen und das offene Aussprechen des seelischen Problems „Angst“ schon der erste Schritt auf dem Wege zur Gesundheit. Wir sollten also alles tun, was den Patienten motiviert und ermutigt, diesen Schritt zu tun. Schon in

Rezeption und Wartezimmer sollte auf die Angstbehandlung hingewiesen und der Patient aufgefordert werden, seine Angst anzusprechen. Auch die Helferin sollte, wenn sie die geringsten Anzeichen einer Zahnarztangst bemerkt, nach einem abgesprochenen Muster auf das Problem eingehen und den Behandler informieren.

Diese vom Patienten mit Mühen bekannte Angst gilt es nun allgemein zu akzeptieren. Auf keinen Fall darf der Versuch unternommen werden, die Angst herunter zu spielen oder zu vertuschen. Das gesamte Behandlungsteam muß wissen, wie mit einem Angst-Patienten umgegangen werden muß.

Hierher gehört auch, daß wir vom Patienten fordern müssen, er solle in jeder neuen Sitzung darauf hinweisen, daß er ein Angst-Patient ist.

#### *— Vertrauen schaffen*

Zur Angst gehört immer auch das Mißtrauen vor allem Unbekannten. Hinter jeder Schranktür, unter jedem Bett wird die Gefahr vermutet, solange sich der ängstliche Mensch nicht vom Gegenteil hat überzeugen können. Fernziel der Behandlung ist es, daß der Angstpatient sich dem Behandler so anvertraut, daß er sich - um bei unserem Bild zu bleiben - von ihm mit verbundenen Augen durch alle unbekanntes Räume führen läßt.

#### *— Anamnese*

Im Aufnahmegespräch wird der Grundstein für die Arzt-Patienten-Beziehung gelegt. Dem Angst-Patienten sollen die Fragen das Gefühl vermitteln, daß sich der Behandler sachkundig und engagiert mit ihm ganz speziell auseinandersetzt, darum muß gezielt nach dem Haupt-

# FÜHLEN SIE DEN UNTERSCHIED

## Advantouch™

### Ringprofil

gegen ungewolltes Drehen des Instrumentes während der Arbeit.

### Wellenförmige Einkerbungen

für sichere, kontrollierte Führung des Instrumentes.

### Einzigartiges Material

ermöglicht hohe Tastsensibilität.

### Großer Durchmesser

für entspannteres Greifen.

### Optimales Gewicht,

fein ausbalanciert, für ermüdungsfreieres Arbeiten.

**Sanfter konischer Übergang**  
von Handgriff zu Arbeitsende  
vermeidet Druckstellen.

**Feine Diamantstruktur**  
verringert Kraftaufwand durch  
maximierte Griffigkeit - auch  
bei Verwendung von  
Vinyl-Handschuhen.

**Garantie**  
für höchste Verarbeitungsqualität:  
der Name Hu-Friedy.

**Erfüllt alle ISO-Standards**  
betreffend Zugkraft und  
Druckspannung. Für Ihre Sicherheit  
und die Ihrer Patienten.

Sie werden den Unterschied sofort bemerken: der größere Durchmesser, das optimale Gewicht, die feine Balance und die ganz neue Griffigkeit. Vorteil Hu-Friedy: Advantouch™.

Viele Neuheiten bei Hu-Friedy:



Advantouch    Ultraschall-    Nadel-Faden    Enzymax  
Einsätze    Kombination    Reiniger



**Hu-Friedy®**  
ERÖFFNET NEUE PERSPEKTIVEN

<http://www.Hu-Friedy.com>

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



**20 Jahre**  
fortschrittliche Zahntechnik  
zum Wohle der Patienten

**SCHMID  
UND  
PAULA**

**DENTAL  
LABOR**

Gesellschafter:

B. Paula, B. Hoffmann, W. Lipinski

Schmid u. Paula oHG · Bruderwöhrdstraße 10  
93055 Regensburg · Tel. 0941 / 791521



... weil Qualität  
auf Dauer einfach preiswerter ist!

problem, der Angst, gefragt werden:

- Wovon haben Sie Angst ?
- Wie äußert sich diese Angst ?
- Wie gehen Sie normalerweise mit Ihrer Angst um ?

— *Behandlungs-Absprache*

Auf dem Zahnarztstuhl fühlt sich wohl jeder ein wenig ausgeliefert. Für den Angst-Patienten ist gerade dieses Gefühl nur sehr schwer auszuhalten. Wir wollen also versuchen, es ihm zu nehmen. Der Behandler geht darum folgende Versprechen ein:

- „Ich mache grundsätzlich nichts, was Sie nicht wollen !“
- „Sie können die Behandlung jederzeit unterbrechen !“
- „Wenn Sie ein Geräusch von sich geben (Knurren durch die Nase), dann steht sofort alles !“
- „Das gilt nicht nur bei Schmerzen, sondern grundsätzlich, wenn etwas unangenehm ist !“

Nur sobald und solange der Patient diese Sätze glauben und annehmen kann, wird er das Ausgeliefert-sein ertragen können. Darum müssen sie immer wiederholt werden - auch während der Behandlung - , denn wenn die Angst hochkommt, ist alles andere sofort vergessen.

Natürlich muß diese Vereinbarung strikt eingehalten werden. Ein Verstoß seitens des Behandlers oder seines Personals wird vom Patienten als Vertrauensbruch erlebt und zerstört die mühsam aufgebaute Beziehung.

Mit dem Vertrauen des Patienten steht und fällt seine Behandlungsfähigkeit. Es gilt also in erster Linie, dieses Vertrauen aufzubauen und zu erhalten.

Dieses Vertrauen ist aber immer auch eine Frage der Sympathie. Jeder Behandler hat sein spezifisches Klientel, weil sich die Patienten einen Arzt aussuchen, den sie mögen, bei dem sie sich gut aufgehoben fühlen. Sympathie spielt also auch bei „normalen“ Patienten eine große Rolle. Von ängstlichen Menschen wird dieser rein subjektiven Einschätzung in weit höherem Maße Gewicht beigemessen. Diese subjektiv-emotionale Beurteilung kann der Beurteilte nur gering beeinflussen. Darum sind vereinzelte Mißerfolge kein Zeichen von Unfähigkeit. Der Behandler muß sich dessen bewußt sein, damit er auch in einem solchen Falle souverän bleiben und den Patienten loslassen kann.

Es gilt immer wieder zu bedenken: Der Angst-Patient empfindet die Behandlung als Ausgeliefertsein und er kann sich nur dann ausliefern, wenn er dem Behandler total vertrauen kann.

Auf die Bedeutung der Angsttherapie muß der Patient meist mehrfach hingewiesen werden. Oft stellt sich nach dem wie beschrieben geführten Eingangsgespräch schon ein Erfolg ein, dergestalt, daß der Patient seine akute Angst verliert. Er hat Vertrauen gefaßt und nun verdrängt er sein Problem schnell und gründlich. Er hat ja nur Angst vor unbekanntem Zahnärzten, allerdings das Bohren mag er nicht... Dem Patienten muß verdeutlicht werden, das sein Problem tiefer liegt und so leicht nicht zu beheben ist. Er muß darum immer wieder auf die Bedeutung der Angst-Therapie hingewiesen werden:

„Angst ist ein Loch in der Seele. Das ist schlimmer als ein Loch im Zahn. Es muß auf jeden Fall auch behandelt werden.“  
Nur durch immer neues Thematisieren

kann es gelingen, die Vorstellungswelt des Angst-Patienten langsam durch die Realität zu ersetzen.

An dieser Stelle sollte nun mit dem Patienten der mögliche Therapieverlauf abgesprochen werden:

- mindestens 4 - 6 Sitzungen in kurzen Abständen (möglichst 2 mal pro Woche)
- die Termine müssen eingehalten werden, auch wenn die Angst groß ist. Oft werden vom Patienten unbewußt Situationen arrangiert, die eine Terminverschiebung notwendig erscheinen lassen. Es sollte darum im Behandlungsvertrag ein Bußgeld vereinbart werden, daß bei Nichteinhaltung des Termins zu zahlen ist, wenn der Verhinderungsgrund nicht schriftlich bestätigt wird (ärztliches Attest o.ä.).
- in der Sitzung kommt es nur dann zur Behandlung, wenn der Patient dem ausdrücklich zustimmt
- nach jeder Sitzung muß sich der Patient noch mindestens 5 Minuten im Wartezimmer aufhalten, und zwar ohne zu lesen, um sich den gesamten Sitzungsverlauf deutlich in Erinnerung zu rufen und um sich die Frage zu beantworten: „Wovor hatte ich Angst? - Ist etwas passiert, was mir Angst machte?“

Ängste entstehen im Kopf und werden im Kopf erlebt. Bei einem Angst-Patienten sind die angstauslösenden Vorstellungen so stark, daß sie die realen Erfahrungen immer wieder verdrängen, wenn dem nicht gezielt begegnet wird. Nur wenn die Realität immer wieder bewußt erlebt wird, bekommt diese gegenüber der Phantasie langsam Übergewicht und kann den Kampf gewinnen.

Diesen Kampf zwischen der realen und Vorstellungswelt haben mir vor längerer Zeit zwei kleine Patienten sehr eindrucksvoll demonstriert:

Torsten, 7 Jahre alt, hatte in seinem jungen Leben schon mehrere unangenehme Operationen mit jeweils längeren Krankenhausaufenthalten über sich ergehen lassen müssen. Er hatte Angst vor allem, was nur entfernt etwas mit Medizin zu tun hatte. Ganz besonders abschreckend fand er weiße Kittel. Die Eltern, einfache und schüchterne Leute, die ihre beiden Kinder sehr liebevoll behandelten, mußten Torsten zur ersten Sitzung mit Gewalt in die Praxis bringen. Nachdem ich die Eltern darüber aufgeklärt hatte, daß ich gegen den Willen eines Patienten nichts machen würde - auch bei Kindern nicht -, ließen sie mich auf meine Bitte mit Torsten alleine. Der Junge weinte und schrie und ergab sich nach einigen Minuten resigniert in sein Schicksal, nachdem er festgestellt hatte, daß eine Flucht nicht möglich war. Nun erklärte ich ihm, daß nichts geschehen würde, was er nicht wolle, daß er jedoch so lange nicht aus dem Behandlungszimmer raus käme, so lange er nicht vernünftig mit mir gesprochen habe. Nach kurzem Zögern beantwortete er dann widerwillig meine Fragen und wir verabredeten eine neue Sitzung. Danach wurde das Kind wieder zu seinen Eltern gelassen, mit denen ich für zwei Tage später die nächste Sitzung vereinbarte.

Beim nächsten Termin zeigte Torsten immer noch großen Widerstand, jedoch hatte er diesmal ohne Weinen die Praxis betreten. Diesmal war auch der 2 Jahre jüngere Bruder, Ole, mitgebracht worden.

Ole hatte keine Angst und so setzten wir ihn für eine Untersuchung zuerst auf den Behandlungsstuhl. Der Kleine ließ alles ruhig über sich ergehen, während Torsten alles mißtrauisch aus einer entfernten Ecke beobachtete. Da kam mir die Idee, Torsten bei der Behandlung seines kleinen Bruders die Assistenz zu übertragen. Torsten ging überraschend schnell auf meinen Vorschlag ein und setzte sich stolz auf den Helferinnenstuhl. In dieser Konstellation versorgte ich den kleinen Ole in insgesamt drei Sitzungen mit mehreren kleinen Füllungen. Torsten war nun ganz entspannt und ließ sich in der fünften Sitzung untersuchen und in zwei weiteren Sitzungen auch mit den notwendigen Füllungen versorgen.

Torsten war auf dem Zahnarztstuhl immer noch mißtrauisch und vorsichtig, aber behandlungsfähig. Zu unser aller Erstaunen sträubte sich nun aber der kleine Ole, die Praxis zu betreten und bei meinem Erscheinen zitterte der arme Kerl am ganzen Leib. Er ließ sich nicht beruhigen. Ich bat die Eltern, die beiden Kinder heimlich zu beobachten, weiteres Vorgehen jedoch auf jeden Fall mit mir abzusprechen. Noch am gleichen Nachmittag erhielt ich ihren Anruf: Torsten hatte seinen kleinen Bruder gleich nach Ankunft ins Kinderzimmer bugsiert. Ole mußte auf einem niedrigen Stuhl Platz nehmen. Nun ist Torsten der Zahnarzt. Aber ein richtiger, so wie nach Torstens Phantasie sein muß. Dieser Zahnarzt ist gewalttätig, schubst seinen Patienten, zwingt ihn, den Mund zu öffnen und arbeitet mit großen furchterregenden Instrumenten im Munde seines Opfers. Der arme Ole ließ alles wim-

mernd über sich ergehen, denn der große Bruder hatte ihm offensichtlich schlimme Strafen angedroht, für den Fall, daß die Eltern etwas mitbekommen sollten.

Nach meiner Instruktion spielte eine meiner Helferinnen zweimal jeweils circa 20 Minuten lang mit den Brüdern in unserer Praxis Zahnarzt. Dann waren beide wieder behandlungsfähig. Wie empfohlen kamen die Eltern einmal pro Quartal mit den nun behandlungswilligen Kindern zur Untersuchung.

### Behandlungsvereinbarung

Nach der eingehenden Beratung und Erklärung sollte nun mit dem Patienten, wenn er sich sicher ist, daß er sich auf eine umfangreichere Behandlung einlassen will, ein Behandlungsvertrag geschlossen werden.

Der Behandlungsvertrag soll die Verpflichtungen des Behandlers:

- *nichts geschieht ohne den Willen des Patienten*
- *der Patient kann die Behandlung jederzeit unterbrechen*

und die Verpflichtungen des Patienten:

- *die vereinbarten Sitzungen strikt einhalten (Bußgeld)*
  - *nach jeder Sitzung noch 5 Min. Wartezimmer-Aufenthalt*
  - *Mehrkostenübernahme*
- enthalten und in schriftlicher Form abgeschlossen werden.

### Behandlung in kleinen Schritten

Angst und Angstbearbeitung sind psychische Vorgänge, die aber in großem

Umfange körperliche Energie beanspruchen. Wir müssen also in unserer Planung berücksichtigen, daß der Patient nur bedingt belastbar ist. Darum

— wenn möglich, in der ersten Sitzung nur Behandlungsmaßnahmen, die nur wenig Zeit erfordern, möglichst wenig schmerzhaft sind und die keine oder wenig Nachwirkung haben

— nach jedem abgeschlossenen Behandlungsschritt fragen: „Können Sie noch?“

— jeden neuen Behandlungsschritt kurz erklären - Der Patient darf nicht überrascht werden, denn

ALLES FREMDE MACHT ANGST

— Der Patient muß sich in der Beziehung zum Behandler „eingebettet“ fühlen, d.h. während der Behandlung sollte nichts anderes wichtig sein. Der Patient sollte sich dem Behandler überlassen können. Dazu gehört das Vertrauen des Patienten und eine Abschirmung, die vom Behandlungsteam geschaffen werden muß. Darum darf, wenn der Behandler sich im Raum befindet, nur er und niemand sonst den Patienten ansprechen.

— gewünschte Rundum-Behandlungen nach dem Motto „Wenn ich nun schon einmal hier bin, dann machen Sie alles fertig, damit ich für ein Jahr Ruhe habe“ müssen abgelehnt werden.

— dem Patienten die Bedeutung der Angst-Behandlung immer wieder bewußt machen: „Angst ist ein Loch in der Seele ...“

— in jeder neuen Sitzung soll der Patient wieder darauf hinweisen, daß er ein Angst-Patient ist

Wenn auch die ersten Sitzungen etwas mehr Zeit kosten, meist schon bei der

dritten Behandlung ist der Unterschied zu einer „normalen“ Behandlung kaum noch festzustellen. Darum sollte die Problematik ANGST auch noch deutlich auf der Karte vermerkt werden, damit sie immer berücksichtigt wird.

### **Angst-Prophylaxe in der Kinderbehandlung**

Der erste Zahnarzt hat einen großen Einfluß auf die Zahngesundheit eines Menschen. Durch einen unsensiblen Behandler wird aus einem ängstlichen Patienten leicht ein Angst-Patient.

Dagegen kann ein einfühlsamer Behandler aus einem ängstlichen Kind ohne großen Aufwand einen treuen und kooperativen Patienten machen. Dazu muß er sich jedoch beim ersten Mal ein bißchen Zeit nehmen. In der Regel reichen 15 Minuten durchaus.

Im Grunde muß jeder seinen eigenen Weg finden, mit Kindern umzugehen, weil sich beim Umgang mit Kindern vieles auf der Gefühlsebene abspielt, doch können wir uns auf einige Richtlinien einigen, die auf jeden Fall eingehalten werden sollten. Wer Kinder ernst nimmt und offen und ehrlich mit ihnen umgeht, wird diesen Weg sicherlich finden. Wer den Weg nicht findet, der sollte Kinderbehandlungen möglichst einem Kollegen überlassen; der Schaden, den er anrichten könnte, ist zu groß.

Erfreulicherweise hat die zahnärztliche Kinderbehandlung in den letzten Jahren deutlich mehr Beachtung gefunden. Dabei wird zunehmend auch das Thema Angst-Prophylaxe behandelt (3).

Für die Angst-Prophylaxe lassen sich einige Richtlinien aufstellen:

- Kinder sollten möglichst früh (zum

Ende des 2. Lebensjahres) zur ersten zahnärztlichen Untersuchung kommen.

Eltern sollten im Wartezimmer darauf hingewiesen werden!

- zu Beginn sollte immer das „Vertraut machen“ stehen.  
Hier kann jeder Behandler seinen eigenen Charme und seinen Einfallsreichtum anbringen.  
Allerdings sollte man nicht den Clown spielen, das ist nicht die Rolle, die von uns erwartet wird.
- das Kind ernst nehmen
- Vertrauensaufbau muß im Vordergrund stehen, alle Maßnahmen sind dieser Aufgabe unterzuordnen
- das Kind darf von niemandem außer vom Behandler angesprochen werden
- Kinder bis zu einem Alter von vier Jahren sollte man wenigstens in den ersten Sitzungen auf dem Schoß der Bezugsperson behandeln; solange keine größeren Maßnahmen nötig sind, läßt sich das ohne Schwierigkeiten durchführen.
- Begleitpersonen müssen darauf hingewiesen werden, daß sie sich in das Gespräch zwischen Kind und Behandler auf keinen Fall einmischen dürfen. Die alle Fragen beantwortende Mutter (Vater) weist man mit „Du kannst bestimmt schon selbst antworten, dazu brauchen wir Deine Mutter (Deinen Vater) nicht!“ zurück. Sollte das nicht fruchten, muß darauf deutlicher hingewiesen werden, eventuell in einem Gespräch ohne das Kind. Ich händige erst einmal einen vorgefertigten Info-Zettel aus und bitte u.U. zusätzlich um einen Telefonanruf.
- vom Kind ist zu fordern, daß es an dem angebotenen Gespräch teil-

nimmt „Ich rede vernünftig mit Dir - also rede Du genauso mit mir!“

Dabei muß allerdings eine kindgerechte Sprache gewählt werden und das sollte eine ernsthafte, für das Kind verständliche Sprache sein, die nichts mit Kaspertheater etc. zu tun haben muß.

- geäußerte bzw. erkannte Angst muß akzeptiert werden; kein Versuch, die Angst zu vertuschen
- verweigernden Kindern sollte man nach kurzer Zeit die Behandlung verweigern „Ich kann leider für Dich nichts tun, wenn Du nicht willst. Komm bitte in zwei Tagen wieder.“
- Im Elternhaus soll in einem solchen Fall über diesen Zahnarztbesuch und über den nächsten möglichst nicht gesprochen werden. Ein Zahnarztbesuch muß etwas völlig alltägliches sein, über das man keine großen Worte verlieren muß.

Angst-Patienten benötigen vor allem auf dem Zahnarztstuhl eine besondere Zuwendung, die dem Behandler und seinem Team ein besonderes Engagement abverlangt. Mit organisatorischen Maßnahmen, gezieltem und einheitlichem Vorgehen und einem psychotherapeutischen Grundwissen können aber auch diese Patienten erfolgreich behandelt werden.

Im Mittelpunkt steht wie immer in der Arzt-Patienten-Beziehung das Vertrauensverhältnis. Aufbau und Pflege dieses Vertrauensverhältnisses machten den Hauptteil der Angsttherapie aus.

Der Behandler findet in einer Balintgruppe die für diese Aufgabe erforderliche Schulung und Unterstützung. Das Praxisteam sollte durch Absprache und

Unterrichtung für den Umgang mit diesen schwierigen Patienten befähigt werden. Diese Unterweisung wird sicherlich auch im Umgang mit anderen Schwierigkeiten des Praxisalltags Früchte tragen.

*Wolf Schillinger*

**Literatur:**

- (1) Riemann, Fritz, Grundformen der Angst, München, Basel, 1961, 1981
- (2) Priehn-Küpper, S., Der heimliche Tropfen, Zahnmedizinische Mitteilungen 3/97, Köln, 1997
- (3) Koch, G. & Hanning, M., Vertrauensaufbau - das Kind als kooperationsfähiger Patient, Zahnmedizinische Mitteilungen 9/97, Köln, 1997

## Termine... Termine... Termine...

**17.7., 21.8., 18.9., 23.10., 20.11., 18.12., 1997:** Treffen der DAZ-Studiengruppe Oldenburg

**13./14.9.1997,** Berlin: Jahrestagung der deutschen Gesellschaft für zahnärztliche Hypnose (Info Tel. 0711/2360618)

**24.9.1997,** 11.30 - 16.00 Uhr, Hamburg/Handwerkskammer, Holstenwall 12: zentrale Eröffnungsveranstaltung Tag der Zahngesundheit mit Vorträgen und Podiumsdiskussion zum Thema: "Der junge Patient ohne Anspruch auf Zahnersatz Neue Herausforderung in der Gruppen- und Individualprophylaxe"

**25.9.1997,** bundesweit: Tag der Zahngesundheit

**25./26.9.1997,** Hamburg/Congress Centrum Hamburg: Fachtagung des Vereins für Zahnhygiene "Kariesprophylaxe aktuell" (Info: Tel.06151-894814, Fax 895198)

**27./28.9.1997,** 10.00 Uhr, Gleichen-Rheinhäuser bei Göttingen: VDZM Herbstveranstaltung

**3./4.10.1997,** Berlin: DAZ-Jahrestagung 1997, am 3.10. Besichtigungsprogramm

sowie gemütliches Beisammensein; am 4.10. vormittags öffentliche Vortrags- und Diskussionsveranstaltung mit Prof. H. J. Staehle, Universität Heidelberg zum Thema: "**Zahnheilkunde zwischen Wissenschaft und kommerziellem Marketing**" und nachmittags DAZ-Mitgliederversammlung mit Vorstandswahlen

**14.-16.11.1997,** Köln: NAV-Virchow-Bund Bundeshauptversammlung

**15.11.1997,** 10.00 Uhr, Köln/NAV-Wirtschaftsdienst, Sedanstr.13: DAZ-Rat

**19.-22.11.1997,** Düsseldorf/Messe: MEDICA 97

**9./10.5.1998,** Frankfurt/Bürgerhaus Bornheim: DAZ-VDZM-Frühjahrestagung mit gesundheitspolitischer Diskussion und Fach-Fortbildung

**25.-29.5.1998,** Westerland: 40. Fortbildungstagung der ZÄK Schlesw.-Holstein mit Helferinnen-Fortbildung und Dentalausstellung; Thema: "Zahnheilkunde - Spiegel von Medizin und Technik" (Info: Tel. 0431/3897280, Fax 3897210)

Nähere Infos: Tel.0221-97300545, Fax-7391239

## Der DAZ stellt sich vor



Informationen zur Standes- und Berufspolitik sowie das Informationsblatt DAZ- Aktiv heraus.

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

### Kooperation mit dem NAV-Virchow-Bund

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

### Studiengruppen

Die Mitglieder des DAZ sind, soweit geographisch möglich, in regionalen Studiengruppen zusammengeschlossen, die regelmäßig praxisnahe Fortbildungsveranstaltungen und Gesprächsabende anbieten. Neben der Erörterung aktueller Berufsprobleme und standespolitischer Fragen werden im offenen kollegialen Gedankenaustausch Erfahrungen aus dem Praxisalltag diskutiert.

### Informationen

Über die örtlichen Aktivitäten werden die Mitglieder durch regelmäßige Rundschreiben ihrer Studiengruppenvorsitzenden informiert. Überregional gibt der DAZ viermal jährlich die Zeitschrift *forum* mit Fortbildungsberichten und

### Hilfe für den Zahnarzt-Alltag

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

### Standespolitik

Standespolitik muß sich aus der Kollegenschaft heraus entwickeln und an der Praxis orientieren. Der DAZ setzt sich ein für:

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



## Zahnärztliche Ausbildung

Der DAZ fordert eine Reform des Zahnmedizinistudiums mit folgenden Veränderungen:

-Schwerpunktverschiebung von der prothetisch-technischen zur prophylaktisch-konservierenden Seite

-Verkürzung der vorklinischen Ausbildung bei gleichzeitiger Verlängerung des klinischen Studiums

-Einbindung qualifizierter Praktiker in die Universitätsausbildung.

## Delegation

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

## Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe

Breitenwirksame Vorbeugungsmaßnahmen in Kindergarten und Schulen sind zwingend erforderlich. Der DAZ fordert:

- bundesweit einheitliche Regelungen durch ein Jugendzahnpflegegesetz

- Ausbildung und Einsatz von Prophylaxepersonal

- Zulassung von fluoridiert - jodiertem Speisesalz in Backwaren, Konserven und Gemeinschaftsküchen.

## Qualität

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

- vemünfftige, an Qualität orientierte Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die KVZen

- die Entwicklung und Einführung von Qualitätssicherungsprogrammen durch Kammern und KZVen.

---

## Impressum

Herausgeber: Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde DAZ im NAV-Virchow-Bund, Belfortstr.9, 50668 Köln. Tel. 0221 973005-45, Fax 0221 7391239

**Redaktion,** Irmgard Berger- Orsag, Dr. Ulrich Happ, Dr. Hanns-W. Hey, ZÄ Silke Lange, Dr. Eberhard Riedel, Dr. Till Ropers, Rainer Seemann, Dr. Stefan Zimmer

**Redaktionsadresse** Dr. Hanns-W. Hey, Riedweg 5, 82541 Münsing, Tel. 08177 92045, Fax 92046

**Erscheinungsweise** 4 mal jährlich

**Auflage** 2500 Exempl., bei Sondernummern 6000

**Bezugsbedingungen** Das DAZ-forum ist im Abonnement erhältlich. Jahresabo 40.-DM Für Mitglieder des DAZ ist das Abo im Mitgliedsbeitrag enthalten. Interessenten erhalten das DAZ-forum auf Anfrage.

**Layout und Satz** Karla Hey

**Anzeigenverwaltung** Karla Hey, Riedweg 5, 82541 Münsing, Tel. 08177-92045, Fax -92046

**Mediadaten** bei der Anzeigenverwaltung

**Druck** teamDRUCK, Friedenstraße 18a 81671 München

---



Das DAZ- forum ist die Verbandszeitschrift des DAZ,  
Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde  
im NAV-Virchow-Bund,  
Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands.  
Der DAZ ist der zweitgrößte bundesweit vertretene  
zahnärztliche Berufsverband.

Das DAZ-forum ist von Zahnärzten für Zahnärzte geschrieben.  
An der Praxis orientiert berichtet es aktuell  
sowohl über fachliche als auch über berufspolitische Belange.  
Es versteht sich als **Diskussionsforum**.

---

Bei Interesse an unserer Arbeit wenden Sie sich bitte an eine der DAZ-Studien-  
gruppen oder an unsere regionalen  
Ansprechpartner:

**Baden-Württemberg**, Dr. W. Schempf,  
Wilhelmstraße 3, 72764 Reutlingen,  
Tel. 07121 338551, Fax 07121 338517

**Berlin**, E. Jakobczyk, Jenaer Straße 54,  
12627 Berlin, Tel. 030 9915108 / 9915003

**Chemnitz**, Dr. R. Eisenbrandt, Markusstr.8,  
09130 Chemnitz, Tel. 0371 402228, Fax 408686

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

**Freiburg**, Dr. Jörg Krämer, Hauptstraße 215,  
79211 Denzlingen, Tel. 07666 2410

**Hamburg**, Th. Murphy, Poppenbütteler  
Chaussee 45, 22397 Hamburg,  
Tel. 040 6074151, Fax 040 6074152

**München**, Dr. A. Maurer, Wöhlerstr.20,

81247 München, Tel. 089 8111428 Fax 8117768

**Nordrhein**: Dr. W. Abel, Aldenhovenstr.10,  
Dormagen, Tel. 02133 47494, Fax 43593

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

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

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

**Thüringen**, Dr. B. Kröplin,  
Leine-Einkaufszentrum, 37308 Heilbad  
Heiligenstadt, Tel./ Fax 03606 9518

**DAZ-Geschäftsst.**, Irmgard Berger-Orsag,  
Belfortstraße 9, 50668 Köln

Tel. 0221 973005 - 45, Fax 7391239

oder an das **Pressereferat des DAZ**  
Lindenschmitstraße 44, 81371 München,  
Tel. 089 7250246, Fax. 089 7250107

# Beitrittserklärung

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde DAZ  
im NAV-Virchow-Bund, Belfortstr.9, 50668 Köln  
Fax 0221 7391239

Name, Vorname

Straße, PLZ, Wohnort

Telefon

Fax

Geb. Datum

Unterschrift

DAZ- Mindestjahresbeitrag ab 1.1. 1996

- |                          |  |          |
|--------------------------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> | Stud./cand.med.dent und Fördermitglieder | 12.- DM  |
| <input type="checkbox"/> | Assistenz ZÄ/ZA, alte Länder             | 120.- DM |
| <input type="checkbox"/> | Assistenz ZÄ/ZA, neue Länder             | 120.- DM |
| <input type="checkbox"/> | Niedergel.ZÄ/ZA, alte Länder             | 360.- DM |
| <input type="checkbox"/> | Niedergel. ZÄ/ZA, neue Länder            | 300.- DM |
| <input type="checkbox"/> | ZÄ/ZA im Ruhestand                       | 60.- DM  |

- Ich interessiere mich für den Gruppenversicherungs-Vertrag mit der CENTRAL Krankenversicherung

## Anmeldung zur Jahrestagung

3./4. Oktober 1997 Berliner Congress Center (BCC) Berlin-Mitte

Hiermit melde ich mich zur Tagung am 3./4.10.'97 an

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Ich bin niedergelassener Zahnarzt.....             | <input type="checkbox"/> |
| angestellter Zahnarzt.....                         | <input type="checkbox"/> |
| Student.....                                       | <input type="checkbox"/> |
| Ich nehme am Freitag, 3.10. teil.....              | <input type="checkbox"/> |
| Ich nehme an der DAZ-Jahrestagung, Sa., 4.10. teil | <input type="checkbox"/> |
| Ich würde gerne Infos über den DAZ erhalten..      | <input type="checkbox"/> |

An den  
**Deutschen Arbeitskreis  
für Zahnheilkunde -DAZ-  
im NAV Virchow-Bund**

Meine Adresse/ Tel/Fax

Belfortstraße 9  
**50668 Köln**

Fax 0221 7391239

# Corona Dental

**Fachlabor für Funkenerosion und  
Kopierfräs-Technik**

Wir stellen hochwertigen Zahnersatz  
zu moderaten Preisen her

**z.B.**

Celay Keramik-Inlay **DM 290.-**  
inkl. Modelle

Jedes weitere Inlay im selben Kiefer DM 199.-

Corona Dental GmbH  
Berg-am-Laim-Str. 64

81673 München Tel. 089 4313008 /09 Fax 089 4312779

# Hilfe!

## Meine Zinsen sind so hoch!

Ärgern Sie sich auch, daß Sie vor zwei bis drei Jahren ein Darlehen mit Zinsbindung abgeschlossen haben? Denken Sie auch: „Ach, könnt' ich doch an meinem Vertrag etwas ändern.“ Eine Neuordnung Ihres Vertrages zu den aktuellen Niedrigzinsen quittiert die Bank, wenn sie Sie überhaupt aus dem laufenden Vertrag entläßt, mit horrenden Forderungen in Form von Vorfalligkeitsentschädigung bzw. Ausgleich des Kapitalmarktschadens. Schlechte Karten also.

Viele Experten sind sich einig. Die Talsohle ist bereits durchschritten und die Zinsen werden schon bald wieder steigen. Für noch länger laufende Finanzierungen, die nach Ablauf der Zinsbindung zu dann vermutlich deutlich höheren Zinsen neu geordnet werden müssen, gilt deshalb: Nicht gleich aufgeben!

Das kann sich rechnen:

- Neuordnung des bestehenden Vertrages zu heute günstigen Zinsen
- Reservierung der Anschlußfinanzierung gegen Zahlung von Bereitstellungszinsen
- Wechsel des Instituts

Und das trotz hoher Forderungen der Bank bei Umschuldung und gegebenenfalls sogar zusätzlicher Kosten für die Besicherung.

Der NAV-Wirtschaftsdienst hilft Ihnen zu prüfen, ob sich für Ihre laufende Finanzierung eine dieser Vorgehensweisen rechnen kann. Senden Sie die Rück-/ Faxantwort für weitere Informationen zu unserem Zins-Service 1997.

Entwicklung des durchschnittlichen Hypothekenzinssatzes  
5 und 10 Jahre, effektive Auszahlung



Die Zinsen hierzulande haben einen historischen Tiefstand erreicht. Seit Ende der siebziger Jahre waren Kredite nicht mehr so billig zu haben wie derzeit. Experten rechnen damit, daß die Zinsen spätestens im nächsten Jahr ansteigen werden.

### Antwortcoupon

**Ja**, ich möchte prüfen, ob sich für mein Darlehen eine Umschuldung / Neuordnung lohnt. Bitte senden Sie mir weitere Informationen zu Ihrem Zins-Service 1997.

Absender/Stempel

7101413

**FAX 0221 - 973 55 55**



**NAV-Wirtschaftsdienst  
für Ärzte GmbH**

Sedanstraße 13 - 17 • 50668 Köln  
Telefon 0221 - 973 55-113