

forum

Herausgegeben vom Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde

NR. 6 · APRIL 1984

Sie lesen u. a.

Jagdscenen in Niedersachsen

Wie lernfähig ist der zahnärztliche Berufsstand?

Die Privatliquidation – Ausgleich für „Einbußen“
bei der kassenärztlichen Behandlung?

Bundesarbeitsminister Blüm und DAZ einer Meinung

Gleiches Recht für alle?

Gedanken über die Extraktionstherapie

Hinterkopfschmerz als Symptom eines nicht kompensierten
okklusalen Geschehens



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

DENT-O-CARE



VORBEUGEN ...

Unsere Stärke ist die Prohylaxe

INFORMIEREN – INSTRUIEREN – MOTIVIEREN

mit

MUNDHYGIENE-Produkten führender Hersteller

YOU WANT IT – WE GOT IT

P. J. KANE, DENT-O-CARE PROPHYLAXESERVICE
Postfach 1151, 8011 Brunnthal
Telefon 0 81 02/41 12

Fordern Sie unseren Katalog mit der Herbst-Sonderpreisliste an.

Inhalt

Dr. Gerd EBENBECK - Zwischenbilanz	3
Dr. Till ROPERS - Jagdszenen in Niedersachsen	5
Dr. Christian NIELSEN - Wie lernfähig ist der zahnärztliche Berufsstand?	13
Dr. Hanns-W. HEY - Die Privatliquidation Ausgleich für "Einbußen" bei der kassenzahnärztlichen Behandlung?	17
Dr. Gerd EBENBECK - Bundesarbeitsminister Blüm und DAZ einer Meinung	23
Kindernahrungsmittel - Hersteller gründeten "Informationskreis Sichere Kindernahrung"	27
Hannelore KLAR - Gleiches Recht für alle?	29
Dr. Eckhard WIANZ - Die zahnärztliche "Nichtversorgung" der Hochseefischer - Welche Wirkung haben wissenschaftliche Veröffentlichungen?	31
Prof. Dr. Hanna TAATZ - Gedanken über die Extraktionstherapie	39
Dr. Franz BADER - Ist eine wirklich erfolgreiche PA-Behandlung in unserem Versicherungssystem nicht möglich?	45
Dr. Jürgen HEIDTKAMP - Hinterkopfschmerzen als Symptom eines nicht kompensierten okklusalen Geschehens	49
Dr. W. LELL - 4. Medizinischer Kongress zur Verhinderung eines Atomkriegs	55
Bücher	61
Redaktion des BOHRER'S - Dilemma	64
Erste Erfolge der politischen Arbeit des DAZ in Niedersachsen	66
Dr. Gerd EBENBECK - Wie gründet man eine Studiengruppe?	69
Dr. Hanns-W. HEY - Fluoridierungsmaßnahmen	72
INFORMATIONEN	

SCHMIDPAULA

SP

DENTALLABOR

FRÄSTECHNIK · KONOMETRIE
KERAMIK · MODELLGUSS
PROTHETIK

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

Zwischenbilanz

Als der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde im Mai 1980 seine "Vorschläge zur Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik" veröffentlichte und damit einen Umdenkungsprozeß zumindest bei Teilen der Kollegenschaft eingeleitet hat, prophezeiten die "Standespolitiker" der zahnärztlichen Körperschaften und des Freien Verbandes dem neugegründeten Berufsverband nur eine kurze Lebensdauer.

Die Hoffnungen und Prophezeiungen der Standespolitiker, die den Alleinvertretungsanspruch des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte mit allen erlaubten und unerlaubten Mitteln vertreten, erfüllten sich jedoch nicht. Der DAZ hat trotz der ihn seit Jahren begleitenden Verleumdungen, Diffamierungen und üblen Nachreden, die darin gipfelten, daß seinen Mitgliedern vom Landesverband des Freien Verbandes Bayern die Wählbarkeit in standespolitische Ämter für die Körperschaften abgesprochen wurde, überlebt und seine Basis weit über die bayerischen Grenzen hinaus gefestigt.

Trotz wiederholter breit angelegter Verleumdungskampagnen gegen den DAZ in Bayern, an denen sich auch die Vorsitzenden der Bayerischen Landes-zahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung beteiligt haben, ließen

sich unsere Mitglieder weder einschüchtern noch in die Irre leiten. Sie sind ihrer Überzeugung und dem Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde treu geblieben. Daran werden auch noch so "gutgemeinte" Rundschreiben des Kollegen Vollmer (Landesvorsitzender des Freien Verbandes in Bayern) nichts ändern. Solche Rundschreiben dokumentieren nur die eigene standespolitische Konzept- und Ideenlosigkeit, die sich darauf beschränkt, den politischen Gegner mit unsauberen Methoden zu diffamieren.

Der DAZ hat sich in der Vergangenheit und wird es auch in der Zukunft tun gegen Verleumdungen mit juristischen Mitteln erfolgreich gewehrt, weil wir der Meinung sind, daß allgemeingültiges Recht auch von den Standespolitikern des Freien Verbandes gewahrt werden muß.

Die im Jahr 1980/81 vorgelegten "Arbeitsberichte des DAZ" belegen die Weiterentwicklung unserer Vorschläge aus der ersten veröffentlichten Schrift. Im April 1982 erschien das erste DAZ-FORUM; inzwischen eine - so wie wir meinen - gut gemachte und lesenswerte Bereicherung der standespolitischen und fachlichen zahnärztlichen Einheitspresse. Der große Leserkreis des DAZ-FORUM, vor allem aus Kreisen der Krankenkassen, der wissenschaftlichen, medizini-

schen und zahnmedizinischen Institutionen und der mit der Zahnheilkunde befaßten Ministerien auf Bundes- und Landesebene sind ein ermutigendes Zeichen.

Im Jahr 1983 legte der DAZ seine "Grundsätze und Empfehlungen zur Kassenzahnärztlichen Versorgung" vor. Dieses Grundsatzprogramm stieß auf eine breite Zustimmung maßgeblicher Gesundheitspolitiker aus allen im Bundestag vertretenen Parteien einschließlich der zuständigen Bundesministerien. Auch unsere Vertragspartner, die Krankenkassen, werteten unsere Grundsätze und Empfehlungen durchweg als positiven und begrüßenswerten Beitrag zur Verbesserung der Kassenzahnärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik. Die Veröffentlichung der "Grundsätze und Empfehlungen" führte zu einer erheblichen Zunahme unserer Mitglieder und dieser Mitgliederzuwachs hält erfreulicherweise an.

Der DAZ-Vorstand hat im Jahr 1983 gemeinsam mit dem "Forschungsinstitut für die zahn-

ärztliche Versorgung" (FZV) eine vielbeachtete Untersuchung über die "ASPEKTE DER PATIENTENANGST IM ZAHNÄRZTLICHEN BEHANDLUNGSSPEKTRUM" veröffentlicht. Dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung wurde ein Gutachten zur neu zu fassenden Gebührenordnung für Zahnärzte vorgelegt. In Kürze wird das FZV die Ergebnisse der "Analyse der Bewertungsrelationen zahnärztlicher Dienstleistungen" vorlegen, an der der DAZ durch seinen Vorsitzenden hinsichtlich der Konzeption und Durchführung beteiligt war.

Für 1984 hat sich der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde die Durchführung einer Effizienzanalyse der zahnärztlichen Versorgung zum Ziel gesetzt. Daneben wird die weitere Verbreiterung der Mitgliederbasis das zweite Hauptziel der Tätigkeit des DAZ-Vorstandes im Jahr 1984 sein.

Dr. Gerd Ebenbeck
Sedanstr. 18
8400 Regensburg

Voraussichtlicher Erscheinungstermin FORUM Nr. 7:

August/September 1984

Jagdszenen aus Niedersachsen

Die Amtsführung des derzeitigen Präsidenten der Zahnärztekammer Niedersachsen ist gekennzeichnet durch eine beachtliche Reihe skandalöser Entscheidungen und Affären.

In erstaunlicher Selbstherrlichkeit hat aber nun unser Kollege Bunke mit seinem Maulkorberlaß, die "Nachrüstung" betreffend, das Maß des Erträglichen weit überschritten. Das FORUM kommentierte (5) Dr. Bunke ist ein gewiefter Taktiker, der ohne zwingende Gründe noch nie einen Schritt zurückgegangen ist. Mangelnde Übung und fehlende Einsicht verwehren ihm nun, da er unter wachsenden Beschuß gerät, den Weg des geordneten und ehrenvollen Rückzugs. So verstrickt er sich jetzt in hanebüchene Absichtserklärungen und Ausflüchte, etwa:

- Seine Wahllaufrufe für die CDU mit der Berufsbezeichnung "Zahnarzt" habe nicht er, sondern seine Partei ohne sein Wissen und Wollen erstellt,

- das Niedersächsische Zahnärzteblatt sei nicht die Zeitung der niedersächsischen Zahnärzte, sondern Mitteilungsblatt von Kammer, KZV und FDVZ,

- künftig wolle er seine Leitartikel (in denen er so gegen Kollektivismus, alles Rote und entartete Kunst zu schwadronieren pflegt) nicht mehr als Präsident der Zahnärztekammer, sondern nur noch als Dr. Erich Bunke unterzeichnen.

Mit derlei Äußerungen ist aber den Betroffenen, die erschrocken über die Kammerwillkür solidarisch eng zusammenhalten, nicht gedient.

Sie warten darauf, daß die fragliche "Stellungnahme" sowie die ausgesprochenen "Verwarnungen" in entsprechender Form und Größe öffentlich im "Niedersächsischen Zahnärzteblatt" zurückgenommen werden.

Da der Kammervorstand hinlänglich bewiesen, für Teilbereiche auch ausdrücklich erklärt hat, daß von der Vorstandslinie abweichende Gedanken im "NZB" nicht veröffentlicht werden, sollen im folgenden auch andere Facetten des niedersächsischen Dental-Feudalismus aufgezeigt werden:

Der ZMF-Bluff

=====

Dr. Erich Pillwein, Bayerischer Kammerpräsident, ist eigentlich gar kein aufmüppiger Linker. Im Gegenteil, es war zu lesen, wie froh er darüber ist, daß er und seine Kollegen als "sehr, sehr konservativ" bekannt sind. (1)

Selbst dieser Kollege Pillwein kam nicht um ein deutliches Wort herum, als er erfuhr, wie der Niedersächsische Kammerpräsident an der Helferinnen- und ZMF-Ausbildung herummanipuliert.

"Reaktionär" (2) nannte Pillwein die Auffassung und Ausle-

gung der Zahnärztekammer Niedersachsen, "die ZMF betreibe Zahnheilkunde und dürfe daher in Niedersachsen, so wie es ihr Berufsbild vorsieht, nicht tätig werden."

Die ZMF - konzipiert und installiert als Fachkraft mit der Ausbildung und Kompetenz, delegierbare Teilleistungen am Patienten erbringen zu können - entlastet ansonsten bundesweit die Zahnärzte bei der Füllungspolitur, der Zahnsteinentfernung, der Herstellung von Provisorien, der einfachen Abdrucknahme usw. (s. z.B. Ausbildungsplan der ZMF-Ausbildung in Hamburg-Billstedt).

In einer neueren Publikation von Prof. Müller, die im Grundtenor eigentlich vor dem Delegieren warnt, wird die tatsächliche Rechtslage aus dem Zitat eines Gerichtsurteils deutlich, wonach "die Abnahme von provisorischen Kronen, das Anfertigen eines Abdruckes und das Wiedereinsetzen von Provisorien medizinische Tätigkeiten seien, die grundsätzlich dem approbierten Zahnarzt überlassen bleiben müssen, jedenfalls aber nur durch eine entsprechend ausgebildete Hilfskraft unter seiner Aufsicht durchgeführt werden dürfen!" (3)

Im Klartext also:

Die ZMF darf!

Auch der Niedersächsische Kammerpräsident Bunke müßte wissen, daß - zumal in stark frequentierter Praxis - die Grundforderungen nach rationaler Praxisführung einerseits und Kompromißlosigkeit

im Qualitätsanspruch andererseits schon lange dazu geführt haben, daß derlei Teilleistungen durch besonders - auch "hausgemacht" - geschultes Hilfspersonal erbracht werden mußten. Entscheidung, Kontrolle und Verantwortlichkeit blieben auf zahnärztlichen Schultern. Nicht zuletzt zur Beseitigung von Räumen der Rechtsunsicherheit wurden in einigen Kammerbereichen Ausbildungsstätten für ZMF's geschaffen, wo die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt werden.

Für das Delegieren spricht eindeutig das Motiv, die Patienten besser behandeln zu wollen, dagegen die Sorge, der Einsatz von Hilfspersonal könnte zu Honorarbescheidungen durch die Kostenträger führen; Patientenwohl steht also gegen Angst und Pfründe. Dr. Bunke aber lehnt Delegierung konsequent ab. Um dennoch das belastete Kammer-Image nicht weiter zu ramponieren, ersann man in Hannover den großen Bluff:

Man installierte jetzt doch einen Ausbildungsgang, der auch zur "ZMF" führt, jedoch keinerlei Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt, die die "ZMF"-typischen Tätigkeitsbereiche ausmachen. (4)

Der Niedersächsische Kammerpräsident kriminalisiert somit jegliches Delegieren, auch an eine ZMF "Marke Hannover". Dieser Ausbildungsgang ist inhaltlich nicht mehr als ein Auffrischungs- und Nachhilfeunterricht für Helferinnen. Die betroffenen Damen mögen sich trösten: Außerhalb Niedersachsens gibt es durchaus

Beschäftigungsmöglichkeiten für sie, auch im ZMF-typischen Tätigkeitsbereich, der ihnen in Hannover vorenthalten wurde.

Pragmatische Schlußfolgerung: Nach Palmström-Art mag Herr Bunke nicht einsehen, daß das Delegieren von Teilleistungen - wie überall sonst - auch in Niedersachsen zur Voraussetzung guter Zahnheilkunde geworden ist. Für Herrn Bunke scheint immer noch die unpopulierte Füllung von höherer Moral zu sein.

Das Recall-Verbot

=====

In einigen zahnärztlichen Tätigkeitsbereichen kann unsere Arbeit nur dann dauerhaft von Erfolg sein, wenn unsere Patienten in regelmäßiger Überwachung bleiben. Besonders gilt dies für die Parodontologie. Im Niedersächsischen Zahnärzteblatt legte Cochanski dar, wie die Parodontologie in die zahnärztliche Praxis zu integrieren sei. Für den Autor stand dabei außer Frage, daß häufig ein Recall der Patienten erfolgen müsse. (6)

Im Zahnärztlichen Fortbildungszentrum Niedersachsen, einem Institut der niedersächsischen Zahnärztekammer, sollte laut Ankündigung am 24.3.84 der Kurs "Parodontologie für Zahnarzhelferinnen, Teil II" stattfinden. Hierbei sollte als eines von fünf Hauptthemen "Das Recallsystem" behandelt werden. (7)

Aus wissenschaftlicher Sicht gehört es eben oft unabdingbar bei erfolgreicher PA-Behandlung dazu.

"In Niedersachsen wird es in

absehbarer Zeit kein Recallsystem geben." Dies beschloßen die Mitglieder der Kammerversammlung am 22.4.83. (8)

War anderes zu erwarten?

Wir müssen uns vergegenwärtigen:

Zur bestehenden Fortbildungspflicht gibt es keinerlei Ausführungsbestimmungen. Zwar sind die periodischen Fortbildungswochen, etwa in Hahnenklee, Norderney und Westerland, stets gut besucht, doch finden sich dort zu launiger Fachsimpelei am Rande der Ski-, Segel- oder Badefreuden regelmäßig die gleichen Cliquen und Gesichter ein.

Die Bürde systematischer Fortbildung, wie sie z.B. durch die "Akademie Praxis und Wissenschaft" angeboten wird, nimmt nur ein recht kleiner Teil der Kollegenschaft auf sich.

So kommt es, daß wissenschaftlich völlig abgesicherte, wichtige Teilbereiche unseres Fachs, z.B. Diagnostik und Therapie von Parodontopathien oder Kiefergelenksleiden, von der großen Mehrzahl der Kollegenschaft nicht beherrscht werden.

Nach den Richtlinien der Krankenkassen müssen alle Pfeilerzähne prothetischer Arbeiten parodontal saniert sein; in Niedersachsen liegt aber die Summe aller PA-Leistungen bei nur etwa 1 % des Gesamtumfanges der prothetischen Leistungen. (9)

So liegen hier also die Mehrheiten, und diese Mehrheiten sind verantwortlich für die Zusammensetzung von Kammer und -vorstand.

- Ganz nebenbei:

Wie würde man wohl auf einen Allgemeinmediziner reagieren, der sich in bockbeiniger Selbstüberhebung (oder aus Faulheit) weigert, die wichtigsten Ergebnisse medizinischer Forschung der letzten 20 Jahre zur Kenntnis zu nehmen? Die Repräsentanten der Mehrheit der niedersächsischen Zahnärzte sahen hier also die Gelegenheit, den modernen Spinnern mit ihrer Parodontologie ein paar Knüppel zwischen die Beine zu werfen. Die Kammer aber, mit der Wahrnehmung hoheitlicher Aufgaben betraut, darf sich nicht zum Vollzugsorgan einer Mehrheit von Leistungsverweigerern verkommen lassen. Aus ihrer Verantwortung für die Zahngesundheit der Bevölkerung heraus darf sie nicht durch ein Recall-Verbot die Erfolgsaussichten bei PA-Behandlungen schmälern. Typisch wieder einmal die Motivation des Verbots: Wie immer, wenn es für Abwegiges zu argumentieren gilt, wird der Werbeverbotsparagraf strapaziert.

Die Verhinderung kollektiv-
 =====
 prophylaktischer Maßnahmen
 =====

Prof. Naujoks legte in Berlin unanfechtbare Untersuchungsergebnisse vor: Durch Trinkwasserfluoridierung als alleinige Maßnahme sei eine Reduktion der Kariesfrequenz von ca. 50 % zu erzielen. (10) Andererseits: Wir müssen uns seit Jahren anhören, daß Trinkwasserfluoridierung als derzeit politisch

nicht durchsetzbar verworfen wird. Was aber unternehmen die Träger der politischen Willensbildung, die Parteien? Sie machen sich zunächst einmal sachkundig an kompetenter Stelle, z.B. beim örtlichen Präsidenten der Zahnärztekammer. Was aber passiert, wenn man Dr. Bunke, Kammerpräsident in Niedersachsen, auf die TWF anspricht? Anlässlich einer Prophylaxe-Obleute-Schulung machte ich im April 1983 die Probe aufs Exempel: (Zitate nach eigenem Gedächtnisprotokoll)

"Wie stehen Sie denn zur Trinkwasserfluoridierung?"

B.: "Wir haben also mit unserer Individualprophylaxe in den Praxen und der Gruppenprophylaxe nach dem Celler Modell ..."

"Ja, aber ich fragte nach der Trinkwasserfluoridierung."

B.: "Ich betone nochmals, daß besonders bei der Individualprophylaxe in den Praxen ..."

"Ich muß meine Frage noch einmal wiederholen: Wie stehen Sie zur Trinkwasserfluoridierung?"

B. gereizt: "Nun ja, wir sind nicht dagegen." (11)

Nun wird sich keine Partei für eine Sache stark machen können, über die die kompetenten Experten gereizt verlauten lassen, sie seien nicht dagegen.

Was politisch durchsetzbar ist, wird wesentlich durch das Expertenurteil gebahnt. Wenn es z.B. um ihre wirtschaftlichen Interessen ging, haben die niedersächsischen Zahnärzte eindrucksvoll belegt, daß sie auch gegen widrigste Winde ihren Kurs durchsetzen

können (z.B. beim Problem der nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung).

Bezogen auf die Trinkwasserfluoridierung läßt sich also sagen, daß die halbherzigen Statements des Kammerpräsidenten dazu beigetragen haben, die politische Durchsetzbarkeit zu verhindern. Kürzlich trat dies Motiv noch viel konkreter ans Tageslicht:

Bei der Winterfortbildung der ZKN in Hahnenklee berichtete Dr. Witte aus Oldenburg in Übereinstimmung mit Prof. Naujoks über die Effizienz kollektivprophylaktischer Maßnahmen.

Die Wahrheit, daß Individual- und auch Gruppenprophylaxe bei weitem nicht die hohe Effektivität kollektiver Maßnahmen erreichen können, war für die Kammer-Oberen nicht tolerierbar. Dr. Witte habe, so klagte man, sich nicht eindeutig für das Primat der Individualprophylaxe ausgesprochen.

Folgerichtig ging auch eine Kammerversammlung auf diese effektivste und billigste Form der Kariesvorbeugung lieber erst gar nicht ein:

"Prophylaxe - das ureigenste Gebiet der Zahnärzte ... Wichtig, daß Individual- und Gruppenprophylaxe gleichrangig nebeneinander stehen." (13)

Dr. Bunke aber läßt sich weiter als engagierter Förderer des Prophylaxegedankens feiern.

Die Notdienst-Affäre

=====

(Fortsetzung, Schluß noch nicht abzusehen)

Ein früherer FORUM-Bericht (14) schien so ins Schwarze

getroffen zu haben, daß ein Vizepräsident des BDZ zur Beschreibung der Versorgungsrealität an den Abenden der Wochentage passagenweise wörtlich daraus zitieren konnte. (15)

Zur Erinnerung: Eine im Landkreis Stade/Elbe vom DAZ exemplarisch durchgeführte Untersuchung über den Behandlungsbedarf zahnärztlicher Notfälle war von der Zahnärztekammer Niedersachsen hintertrieben und bekämpft worden. Infolge des dringenden "Rates" der ZKN an alle angeschriebenen Allgemeinärzte, Apotheken, Ambulanzen und Polizeidienststellen, auf diese Umfrage nicht zu antworten, betrug die Rückläuferquote nur 20,8 %. Die 25 Antwortschreiben dokumentierten immerhin ca. 157 unversorgte zahnärztliche Notfälle an den Abenden und Nächten der Wochentage eines Quartals.

Durch die störenden Interventionen der ZKN war eine wissenschaftlich haltbare Auswertung mit Hochrechnung auf die tatsächliche Gesamtanzahl unversorgter Notfälle unmöglich gemacht worden. Die Dimensionen aber wurden klar:

Pro Quartal müssen es im Kreis Stade Hunderte sein.

Den Forderungen der Berufsordnung folgend übergab ich dies brisante Material nicht der Öffentlichkeit, sondern meldete es der Kammer "führung".

Dr. Bunke, der durch die Gegenmaßnahmen der Kammer selbst die exakte wissenschaftliche Auswertbarkeit der Umfrage verhindert hatte, warf mir vor, meine Schlußfolgerungen entbehren "jeder wissenschaftlichen Grundlage." (16)

Er ortete auch sogleich seinen bekannten, altbösen Feind unter den Umfragebeantwortern: "Einmal wäre zu fragen, wer entgegen dem Rundschreiben der Zahnärztekammer Ihnen antwortete. Dieses werden normalerweise diejenigen sein, die ohnehin überzogene Erwartungen haben und meinen, diese durch Sie durchsetzen zu können." (16)

Im gleichen Schreiben wird auch ganz deutlich, wieso es nach Dr. Bunke einen zahnärztlichen Notdienst an den Abenden der Wochentage nicht geben kann und darf. Er stellt hier ganz lapidar fest, "daß vielfach in der Öffentlichkeit überzogene Vorstellungen über die Dienstbereitschaft von Angehörigen der Heilberufe bestehen. Diese Vorstellungen können vielfach nicht in Übereinstimmung gebracht werden mit dem auch den Heilberufen zuzubilligenden Recht auf Ruhe und Erholung und Gewährung einer ausreichenden Freizeit. Wenn man schon dem Recht auf Entfaltung der Persönlichkeit in unserer Zeit einen so hohen Stellenwert beimißt, so kann dieses Recht am zahnärztlichen Berufsstand nicht vorbeigehen!"

Hierzu sollte man wissen, daß im Kreis Stade jeder Kollege etwa 2-3mal pro Jahr zum Wochenendnotdienst eingeteilt wird. Die etwaige Mehrbelastung durch einen Abendstunden-Notfalldienst würde etwa einen Abend pro Monat betragen. Ist es da gerecht, daß die Zahnärzte den Praktikern, die durchschnittlich mehr als einmal pro Woche abends und nachts "dran" sind, die Not-

fälle ihres Fachbereichs kalt-lächelnd mit "aufs Auge drücken?"

Ich schäme mich für Herrn Bunke.

Es kommt aber noch schlimmer: Der Zahnärztekammer lagen Muster des Fragebogens der Untersuchung vor. Hierauf war bewußt nicht der Begriff "Notfall" definiert. Die Informanten hatten also jeweils nur die Anzahl von Fällen gemeldet, die sie subjektiv als zahnärztliche Notfälle ansahen. Auch genügte es methodisch entsprechend dem Umfrage-Anschreiben ("rein quantitative Auswertung") völlig, wenn die Informanten entweder eine Strichliste geführt oder sich gar die Anzahl nur gemerkt hätten.

Die Kammer mißbrauchte jetzt aber das vertrauensvoll mitgeteilte Untersuchungsergebnis über ein halbes Jahr später dazu, die Informanten wiederholt und bedrängend anzuschreiben, mit der Bitte um Konkretisierung der "genannten Fälle unter Angabe und Schilderung der Umstände des Einzelfalles gegenüber der Zahnärztekammer Niedersachsen." (17)

Natürlich konnte hierauf gemäß den Vorschriften der Schweigepflicht, aber auch durch mangelndes Erinnerungsvermögen kaum einer der Informanten noch antworten.

Dies wiederum nahm die Kammer zum Anlaß für die Bitte, "uns die Ihnen vorliegenden Ergebnisse Ihrer Umfrage im Original oder in Fotokopie zur Einsicht zu übersenden", (17) was wir als kaum verhüllten Hinweis dafür interpretierten,

daß die Kammer unsere Ergebnisse für manipuliert halten könnte.

Nein, der DAZ übersendet der Zahnärztekammer Niedersachsen aus leidvoller Erfahrung kein Material mehr.

Stattdessen wurde das gesamte Material über die Notdienstangelegenheit dem Bundesverband Deutscher Zahnärzte eingeschrieben zugesandt, mit der Bitte, eine wirksame Lösung dieses Problems zu erarbeiten. Der BDZ Vizepräsident Dr. Sauter hatte ja klar erkannt und publiziert:

"So kommt es, daß nicht wie früher schnelle Hilfe gefunden wird, sondern oft vergeblich versucht wird, einen Kollegen zu erreichen." (15)

Der BDZ aber befand es über ein halbes Jahr lang nicht für nötig, auch nur den Eingang des umfangreichen Schriftsatzes zu bestätigen.

Das Niedersächsische Sozialministerium als zuständige Aufsichtsbehörde wird zu beurteilen haben, ob hilfeschende Opfer von Zahnpein sich weiterhin wochentags abends an Allgemeinärzte, Apotheken und Polizei wenden müssen, oder ob ihnen fachlich kompetente Hilfe zugänglich gemacht werden muß.

Keineswegs können die vorstehenden Darlegungen einen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Erkennbar wird allerdings, daß Dr. Bunke einen großen Teil des Leistungsvermögens von Kammermitarbeitern und -justitiaren für Aufgabenbereiche benötigt, die aus seinen eigenen Fehlentscheidungen und selbstverschuldeten Affären entstanden sind.

Gern begründet Dr. Bunke seine Aktivitäten mit der Sorge um "Ehre und Integrität der Zahnärzteschaft". Tatsächlich nimmt aber das Ansehen der Zahnärzteschaft in der Öffentlichkeit Schaden durch die kompetenzüberschreitende und parteiische Amtsführung des derzeitigen Präsidenten der Zahnärztekammer Niedersachsen.

Quellen:

(1) Einladung zum XXIV. Bayerischen Zahnärztag (gez. Pillwein, gez. König)

(2) Pillwein, E.: "Was darf die Helferin", ZM 19, 1.10.83, S. 2081

(3) Müller, B.: "Helferin setzte provisorische Kronen auf", ZM 5/84, S. 498

(4) Jäger, H. H. K.: "Jede Ersthelferin eine ZMF", Niedersächsisches Zahnärzteblatt 10/82, S. 450 ff

(5) Lell, W.: "Einschüchterung der Kollegen in Niedersachsen", DAZ-FORUM, 5, 12/83, S. 3

(6) Cochanski, H.: "Integration der Parodontologie", NZB 2/83, S. 80

(7) Trefz, H. J., Seminarankündigung im ZFN für den 24.3.84 (Seminar H 1384)

(8) NZB 5/83, S. 209

(9) Zahlen gefolgt aus Angaben von Dr. Albers, KZVN-Vorsitzender, bei einem Vortrag in Stade, Herbst 1983

(10) Najoks, R., aus einem Vortrag auf der Jahrestagung der DGZMK 1983 in Berlin

(11) Bunke, E., Diskussionsbeiträge (sinngemäß zitiert) aus einer Obleute-Schulungsveranstaltung Hannover, April 1983

(12) Nach Auskunft Dr. Witte, Oldenburg

(13) Aus: Bericht von der Kammerversammlung NZB 5/83, S. 216

(14) Ropers, T.: "Lieber Not als Dienst", DAZ-FORUM, 3, 4/83, S. 40 ff

(15) Sauter, G.: "Notfalldienst als Ehrensache", ZM 20/1983, S. 2238 ff

(16) Bunke, E., Schreiben an Dr. Ropers vom 6.6.1983

(17) Zahnärztekammer Niedersachsen, Schreiben vom 26.10.1983, Sch-Ko

Dr. Till Ropers
Alter Marktplatz 4
2162 Steinkirchen

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

Berufung

Dr. Horst Sebastian, Präsident der Bundeszahnärztekammer, wurde vom Bundeskabinett neu in den Bundesgesundheitsrat berufen. Der Gesundheitsrat

arbeitet im Auftrag der Bundesregierung und gilt als wichtigste, alle Entscheidungen und Bewegungen im gesundheitspolitischen Raum abklärende und vorbereitende Instanz.

ZM 1/84

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

"Menschen sind keine theoretischen Wesen. Intelligenz-Quotienten sagen noch nichts über die Befähigung zum Arzt aus. Deshalb, glaube ich, muß die Praxis eine große Rolle bei der Ausbildung zum Arzt spielen."

Bundesarbeitsminister Norbert Blüm

"Es wird niemand verwirren, wenn ich als Vertreter der sozialdemokratischen Bundestagsfraktion sage, daß

die Selbstbeteiligung von den Sozialdemokraten abgelehnt wird."

Jürgen Egert, SPD-Bundestagsfraktion

"Während Ärzte und Zahnärzte sich bereit erklärt haben, auf einen Teil ihrer Einkommen tatsächlich zu verzichten, hat ein großer Teil der pharmazeutischen Industrie Preiserhöhungen von ca. 6 % durchgeführt."

Dieter-Julius Cronenberg,
sozialpolitischer Sprecher der FDP

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

Wie lernfähig ist der zahnärztliche Berufsstand?

Es gibt nichts Langweiligeres als eine "Zeitung von gestern". Diese Erfahrung gilt auch für den "Spiegel". Trotzdem soll nach fünf Jahren an die Serie "Gutes Geld für schlechte Zähne" (Spiegel Nr. 20 - 23/79) erinnert werden, die seinerzeit ja in manchen Kollegenköpfen helles Entsetzen auslöste. Wochenlang war diese "Nestbeschmutzung" das standespolitische Thema Nr. 1. Die heftigen und überstürzten Reaktionen konnten nur damit erklärt werden, daß der Kollege Hey den Finger in eine Wunde gelegt hatte, deren schlichte Verleugnung sich als die bequemste Therapie eingebürgert hatte. Jedenfalls war diese ungewohnte plötzliche Publizität desolater Zustände in der (kassen-)zahnärztlichen Versorgung ein schmerzlicher Eingriff in die hochtrabende Imagepflege unseres Berufsstandes.

Die Frage zahnärztlicher Qualität und die überfällige Notwendigkeit prophylaktischen Denkens waren weitgehend tabuisiert, verdrängt, unterentwickelt. Nicht zuletzt durch eine geradezu schwindelerregende PR-Politik mancher Standesvertreter, die Öffentlichkeit und vor allem die eigenen Kollegen mit dem Märchen von der "besten Zahnheilkunde der Welt" einzulullen.

Diese Haltung konnte dann ja auch konsequenterweise nur da-

zu führen, daß die zunächst intern vorgelegten kritischen Beobachtungen und Verbesserungsvorschläge des Kollegen Hey bei der Bayerischen Landes Zahnärztekammer ungelesen abgelegt wurden. Diese Replik ist deshalb nicht unwichtig, weil sie erklärt, warum bisweilen der "Schritt in die Öffentlichkeit" erforderlich ist, selbst auf die Gefahr hin, damit die Standessitten zu verletzen. Versuche, diese Affäre berufsgerichtlich zu ahnden, scheiterten.

Nun gilt es hier, ohne späte Genugtuung oder gar Schadenfreude eine Güterabwägung zu vollziehen und neben dem in der Tat heiklen provokativen Weg über öffentliche Medien auch die internen Langzeitwirkungen aufzuspüren, die auf jenes Ereignis zurückzuführen sind.

1. Ob die "Qualität zahnärztlicher Leistungen seit 1979 besser geworden ist, kann nur der wissenschaftliche Vergleich zeigen. Die noch unveröffentlichte Studie von Prof. Naujocks/Würzburg (1983) dürfte dazu aufschlußreiche, möglicherweise auch ernüchternde Details aufzeigen. In jedem Fall kann festgestellt werden, daß die Qualitätsfrage inzwischen auf der Tagesordnung der Körperschaften steht, diskret bei der Arbeit der Prüfungsausschüsse, ganz offensichtlich bei dem Bemühen,

durch ein reiches Kursprogramm die Kollegenschaft zum long-life-learning zu erziehen. Wir unterstellen deshalb, daß es auch ein Verdienst dieser öffentlichen Kritik war, diesen Prozeß beschleunigt zu haben. Die Diskussion über "die Wende zu mehr Qualität" ist inzwischen salonfähig geworden (ZM 7/84).

2. Kollege Hey hat mit leidenschaftlichem Nachdruck für die "Vorsorge" plädiert. In dieser Frage sind wir, zumindest theoretisch, ein gutes Stück weiter als 1979. Noch vor wenigen Jahren mitleidig und als unrealistisch belächelt, gehört die "Prophylaxe" heute zum Standardrepertoire zahnärztlicher Sonntagsredner und wird hier und da bereits von denen praktiziert, die noch auf der Höhe des Prothetikbooms ohne jedes prophylaktische feeling wetteiferten, 32 Tonnen Dentalgold pro Jahr unterzubringen. Wir sind noch weit entfernt von Schweizer Vorbildern, die Kollektivprophylaxe befindet sich weitgehend noch im Stadium von Absichtserklärungen, aber es gibt erfolgsversprechende Initiativen, die "Trendwende" von der Spätversorgung zur Primärbehandlung zu realisieren.

3. Schließlich sind diese beiden thematischen Schwerpunkte - Qualität und Prophylaxe - programmatischer Inhalt des bald darauf gegründeten Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde geworden. Der DAZ war das direkte Ergebnis der Verweigerungsstrategie der Körperschaften und des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte, die angesprochenen Mißstände

überhaupt als diskussionsfähig zuzulassen. Die Existenz konkurrierender Berufsverbände kann sich für die Glaubwürdigkeit und Vitalität unseres Berufsstandes nur positiv auswirken.

4. Erfahrungsgemäß heulen die selbsternannten Demokraten innerhalb der Heilberufe immer dann besonders laut auf, wenn von der "Demokratisierung der Medizin" die Rede ist. Wenn in öffentlichen Medien sachkundig auch Schwachstellen unserer Tätigkeit und des Systems genannt werden, Betroffene, also unsere Patienten, in die Lage versetzt werden, Strukturen, Praktiken, Möglichkeiten zu durchschauen, so ist das nach unserem Verständnis ein durchaus demokratischer Prozeß. Das öffentliche Interesse an dieser Serie war ja deshalb so groß, weil vielfach eigene Erfahrungen und Befürchtungen bestätigt wurden. Sicher hat auch mancher "Dauerpatient" neue Hoffnung und Motivation geschöpft, mit Hilfe seines oder eines neuen Zahnarztes seine zahnmedizinischen Probleme zu lösen. Die meisten Patienten "ertragen" zugegebene Fehler erstaunlich kooperativ. Auch darum wäre es gut und klug gewesen, wenn offiziell schon damals diese Veröffentlichung nicht so defensiv und bagatellisierend behandelt worden wäre. Inzwischen gehört bemerkenswerterweise der "aktive, mündige und mitwirkende Patient in den Mittelpunkt der Erörterungen" des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (Der Freie Zahnarzt Nr. 2/84).

Es bleibt allerdings der star-

ke Verdacht, daß sich diese neue Sympathie für den autonomen, "mitverantwortlichen" Patienten wiederum lediglich auf dessen Bereitschaft zur weiteren finanziellen "Direktbeteiligung", sprich: seinen Geldbeutel konzentriert.

5. Eine im Spiegel-Artikel (Nr. 23/79) deutlich angesprochene Beobachtung läßt bisher keine Korrektur erkennen: Das Bild "eines smarten Geschäftsmannes mit dem Äußeren und der Diktion eines Unternehmers" hat sich wohl eher verfestigt. Der rasante Verlust an ärzt-

lichem Ethos, an selbstverständlicher Sozialverpflichtung hat viele Ursachen. Einige sind billigend, andere wohl absichtlich in Kauf genommen worden. Die Gefahr ist groß, daß unser Berufsstand zu einem knallharten Dienstleistungsgewerbe verkommt. Dieses Themas dürfte sich "die Presse" mit besonderer Akribie annehmen. Stoff gäbe es schon jetzt genug!

Dr. Christian Nielsen
Lindenschmitstr. 44
8000 München 70

Finanzielle Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung im 1. – 3. Quartal 1983

Veränderungsraten je Mitglied einschließlich Rentner gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum in v. H.

	Kassen ins- gesamt	Orts- kranken- kassen	Betriebs- kranken- kassen	Innungs- kranken- kassen	Landwirt- schaftl. Kranken- kassen	See- kranken- kasse	Bundes- knapp- schaft	Arbeiter- Ersatz- kassen	Ange- stellten Kranken- kassen
Tragungsleistungen insgesamt	2,5	3,4	2,9	3,0	5,9	1,7	2,8	2,5	0,9
ärztliche Behandlung	4,4	4,5	3,2	3,0	3,8	8,4	0,9	4,4	5,0
zahnärztliche Behandlung	3,1	4,8	2,3	4,3	2,6	2,0	- 0,5	2,1	1,1
Zahnersatz	- 12,3	- 9,0	- 10,7	- 7,1	9,2	- 19,8	- 11,8	- 5,5	- 18,1
Arzneien aus Apotheken	5,6	6,8	6,0	5,9	5,9	0,1	3,1	5,1	4,2
Heil- und Hilfsmittel	3,7	6,0	6,2	5,1	9,5	- 0,5	4,8	3,1	- 1,0
stationäre Behandlung	4,5	4,8	5,2	5,1	6,3	6,0	4,6	3,7	4,0
Krankengeld									
(je Mitglied ohne Rentner)	- 4,3	- 4,9	- 3,4	- 4,2	28,7	- 1,6	- 0,5	- 4,0	- 3,3
Grundlohn									
(je Mitglied ohne Rentner)	3,6	3,5	3,9	4,0	1)	4,4	1)	3,1	3,8
Einmaliger Beitragssatz v. H.	11,86	12,22	10,64	11,58	2)	9,80	11,60	11,21	11,92

Quelle: Meldungen der Krankenkassen, Vordrucke KV 45 und KM 1

1) Die landwirtschaftlichen Krankenkassen und die Bundesknappschaft wird ein Grundlohn nicht ermittelt.

2) Die landwirtschaftlichen Krankenkassen setzen ihren Beitrag nicht als v. H.-Satz des Grundlohns fest.



Metamorphose
eines Zahnes

Hans Blossart - 83

bernd Lorenz

keramisches dental-labor

Waldfriedhofstraße 15/II
8000 München 70 · Telefon 089-715588

Die Privatliquidation – Ausgleich für „Einbußen“ bei der Kassenärztlichen Behandlung?

– Beobachtungen zum Mißbrauch der GO-Z

Zahnärztliches Wehklagen über Einkommensverluste bei der kassenzahnärztlichen Behandlung hat Tradition: so rechnete vor Jahren einer der Spitzenfunktionäre des Freien Verbands, Herr Knellecken, der staunenden Öffentlichkeit vor, daß der Zahnarzt im Durchschnitt leider nur 5,41 DM/Std. verdiene; und Dr. Gutmann, ein anderer Repräsentant desselben Verbands, beklagte noch vor kurzem die "Einengung und Knebelung" der Zahnärzteschaft durch die Kassenverträge sowie "sogar durch Mehrarbeit nicht mehr wettzumachende materielle Einbußen." Was liegt angesichts solcher düsterer Perspektiven näher als die Konsequenz, sich von den Fesseln der Kassenverträge befreien zu wollen: "Freizügigkeit und Selbstbestimmung für die Zahnärzte, Ausstieg aus dem Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung und "Stärkung der Eigenverantwortung des Patienten" waren und sind deshalb die Forderungen von BDZ und freiem Verband an Staat und Gesell-

schaft - im Klartext: es wäre für Patienten und Zahnärzte am besten, wenn möglichst viele Leistungen privat mit dem Patienten abgerechnet würden. Nun wird sicher niemand daran zweifeln, daß dies für die Zahnärzte zutrifft; doch ob sich Vorteile auch für die Patienten ergeben, muß erheblich in Frage gestellt werden, wenn man das Liquidationsgebahren von Kollegen bei der Behandlung von Privatversicherten einer näheren Betrachtung unterzieht:

Nach § 2 "bemißt sich die Vergütung nach dem 1- bis 6-fachen der Sätze (dieses) Gebührenverzeichnisses ... Innerhalb dieses Rahmens sind die Gebühren und Entschädigungen unter Berücksichtigung der besonderen Umstände des einzelnen Falles, insbesondere der Schwierigkeit der Leistung, des Zeitaufwandes, der Vermögens- und Einkommensverhältnisse des Zahlungspflichtigen sowie der örtlichen Verhältnisse nach billigem Ermessen zu bestimmen."

Welches Salär für eine zahn-

ärztliche Leistung "billig", also angemessen ist, müßte also - obige Kriterien zugrunde gelegt - in jedem einzelnen Fall sehr unterschiedlich ausfallen. Doch immer häufiger klagen Privatversicherer über eine steigende Zahl von Zahnärzten, die nur noch den 6-fachen Satz der GO-Z als angemessenes Entgelt für ihre Arbeit betrachten, und dies nicht etwa nur für schwierige und zeitaufwendige Leistungen, sondern für jede Maßnahme - von der Vitalitätsprüfung bis zur Mundbehandlung und von der Versorgung eines Zahnes mit einer provisorischen Kappe bis zur Teleskopkrone. Wie hemmungslos dabei "hingelangt" wird, mögen die folgenden Beispiele dokumentieren, deretwegen uns Privatversicherer um Rat gefragt haben:

1) Dr. W. aus S. "gestattet sich", seinem Patienten H. den Betrag von DM 39699,- zu liquidieren. Dafür wurde Herr H. gleich zweimal innerhalb von 4 Wochen mit einer aufwendigen Zahnersatzkonstruktion im Oberkiefer versorgt, zuerst kombiniert feststehend-herausnehmbar zum 6-fachen Satz GO-Z, danach noch einmal im selben Kiefer mit einer 14-gliedrigen Brücke, auch diese zum 6-fachen Satz GO-Z versteht sich. Offenbar ist Kollege W. der Ansicht, auch ein Mißerfolg sei nicht sein Problem, sondern gehe zu Lasten der Versicherung. Und: trotz röntgenologisch nachgewiesener mittel- bis hochgradiger Parodontalinsuffizienz hält der Behandler keine einzige parodontaltherapeutische Maßnahme für erforderlich.

2) Zahnarzt H. aus D. versorgt seine Patientin D., zum 6-fachen Satz GO-Z, mit einem Zahnersatz im OK und UK, der nur noch als Überkonstruktion zu bezeichnen ist: Metallkeramikblöcke aus Kronen und Teleskopkronen mit Stegen und Ankern und herausnehmbarem Brückenglied und Modellgußbasis. Für die Anfertigung dieser Zahnersatz"maschinen", einschließlich 38 Lokalanaesthesien und 77 provisorischen Kronen (siebenundsiebzig), werden DM 23149,08 liquidiert - die Berechnung von Versandkosten ins praxiseigene Labor (!) eingeschlossen.

3) Dr. N. aus W. berechnet seinem Patienten M. nur für das Entfernen und Wiederbefestigen von provisorischen Kronen DM 1960,-.

Außer der Prothetik scheinen viele Kollegen im Bereich der Gnathologie ein Feld zu sehen, auf dem man seine Liquidationsfreude ungeniert ausleben kann, sogar unter Kollegen:

4) Zahnarzt Dr. B. aus M. berechnet Zahnarzt Dr. S. allein für funktionsanalytische Maßnahmen DM 6198,40, ein Betrag, der für die Katz zu sein scheint, da Kollege B. der Funktionsanalyse keinerlei therapeutische Maßnahmen folgen läßt - und auf Rückfrage der Versicherung auch nicht in der Lage ist, eine der FAM-Leistungen zu dokumentieren (Erhebungsbogen, Befundblatt o.ä.).

5) Auch Dr. M. aus H. kann nicht als bescheiden angesehen werden, wenn er seiner Patientin W. das Anlegen eines Quickmount-Gesichtsbogens mit DM 350,- berechnet.

6) Dieser stolze Satz wird noch übertroffen von der Forderung des Kollegen Dr. S. aus E. an seine Patientin V.: Für das "Einbringen des OK-Modells in den Artikulator" werden DM 960,-- liquidiert, das "Einbringen des UK-Modells in zentrischer Relation" schlägt gar mit DM 1200,-- zu Buch.

7) Ein weiterer Fall extensiver Leistungs- und Honorarerausweitung ist die Behandlung des Patienten M. durch Dr. B. aus D. Dem 22-jährigen M. werden "zur Einstellung neuer Okklusalverhältnisse" 19 Zähne überkront, 5 davon sind nachweislich kariesfrei. Die Rechnung für diese Leistung, ebenfalls nach dem 6-fachen Satz GO-Z bemessen, betrug, einschließlich DM 3720,-- für gnathologische Maßnahmen, insgesamt fast DM 30000,--.

8) Der gleiche Kollege B. aus D., der Herrn M. behandelte, versorgte auch Herrn A. mit diversen Kronen und Brücken für DM 27309,56. Dabei wurde nicht nur ein distalorientierter und prolongierter 28 mit-überkront, sondern auch eine erbsengroße, periapicale Ostitis an einem Eckzahn unter der neuen Krone belassen. Obwohl an einem OK-Molaren nur ein Kanal wurzelbehandelt wurde, die beiden anderen blieben unangetastet, wird auch hier stereotyp der 6-fach Satz GO-Z berechnet.

Gerade dieses letzte Beispiel macht deutlich, daß manche Kollegen keinerlei Hemmungen haben, auch für Pusch den Maximalsatz zu berechnen. Der Fall dieses Patienten A. zeigt jedoch noch einen weiteren Aspekt, ein Phänomen, das mit

der Einführung der Abrechnungscomputer entstanden ist: Dr. B. berechnet nämlich für diesen einen Behandlungsfall insgesamt DM 575,69 für "Verbrauchsmaterial nach § 5 (2)". Dem staunenden Betrachter der Liquidation offenbaren sich dabei auf 13 vom Praxiscomputer ausgedruckten DIN A 4 Seiten Rechnungsansätze für "Kopfstützenpapier, Mundspülbecher und sogar ein einzelnes Wattekügelchen zum Preis von DM 0,02" - wer es nicht für möglich hält, betrachte die Abbildung (s. nächste Seite) eines Teils der Liquidation. Es paßt wohl zur Einstellung dieses Kollegen, daß er das Ersuchen der Krankenversicherung um Auskunft zu dieser Rechnung mit der Bitte beantwortet, ihn in Zukunft mit Schreiben dieser Art nicht mehr zu belästigen", weil er "Anfragen dieser Art für unzumutbar hält". Wenn solche Computerpiraterie Schule macht, so sollte sich niemand über die Konsequenzen Illusionen machen: sie können nur in einer Pauschalierung der Leistungsvergütung bestehen. Natürlich ist es jedem Behandler unbenommen, seinem Patienten jeden beliebigen Betrag zu liquidieren. Solange es sich bei solch ungenierter Beutelschneiderei um Einzelfälle handelte, konnte allenfalls ein bedauerlicher Verstoß gegen die guten Sitten (oder gegen das im Grundsatzprogramm des Freien Verbandes geforderte "berufsethische Verhalten") konstatiert werden. Doch seit offenbar viele Kollegen den Bereich der Privatversicherung als Ausgleichsterrain für

MATERIALBELEG - BLATT 3

PATIENT:

DATUM	ANZAHL	MATERIAL	UEBERTRAG:	DM
	6x	Einmal-Handtücher		
	1x	Incidin-Spray		
	1x	Kopfstützenschutzpapier		
	1x	Mundspülbecher		
	1x	Provo-testschwämmchen		
	1x	Speichelsauger		
	1x	Tray-Unterlage		
	2x	Wattenrollen, groß		
	3x	Wattekügelchen		
	1x	Zarosen		
18.07.83	1x	Adaptic-Paste		
	1x	Alkohol		
	2x	Artikulationspapier		
	1x	Aufbrühholz		
	2x	Blend-A-med Fluid		
	1x	Gummi-Polierer		
	3x	Dopalite		
	2x	Dental-Floss		
	1x	Serviette, beschichtet		
	1x	Dontisolon		
	1x	Durafill (kompl.)		
	6x	Einmal-Handtücher		
	10x	Flecks Cement		
	1x	Frasaco-Strip		
	2x	Harvard-Zement		
	1x	Incidin-Spray		
	1x	Koffendam		
	1x	Kopfstützenschutzpapier		
	1x	Mundspülbecher		
	1x	Napkin (Koffendam)		
	3x	Orthoskavident		
	2x	Polierstreifen		
	2x	Polierpaste		
	1x	Speichelsauger		
	1x	Stahlstreifen		
	10x	Thymolkristalle		
	2x	TNS-Stift		
	1x	Tray-Unterlage		
	1x	Vaseline		
	16x	Wattenrollen, groß		
	35x	Wattenrollen, klein		

"Einbußen" bei der Kassenbehandlung betrachten, haben - so Privatversicherer - solche Fälle in einem Maße zugenommen, daß man sich bei anhaltendem Trend gezwungen sehen wird, entweder die Beiträge zu erhöhen oder "andere Maßnahmen" zu ergreifen. Man muß nicht viel Fantasie haben, um sich vorstellen zu können, welcher Art diese "anderen Maßnahmen" sind: außer der bereits genannten Pauschalierung: Auflagen, Begründungen, Bestimmungen - vor allem aber

- Einschränkungen der Therapiefreiheit. Auf diese Weise würde dann zum zweiten Mal offenkundig, daß nicht Krankenkassenverbände, Staat oder Gesellschaft unsere Freiheiten beschneiden, sondern diejenigen Kollegen, die ohne Skrupel mitnehmen, was sie - auf welche Weise auch immer - kriegen können.

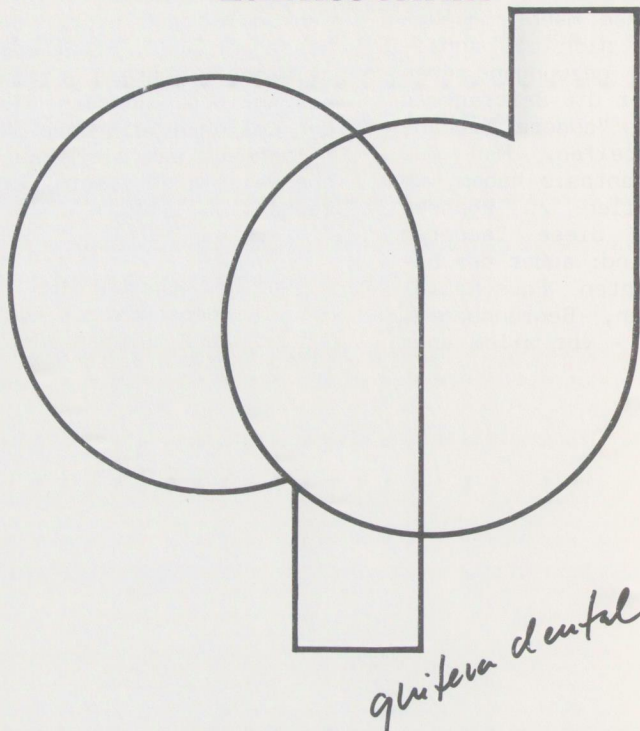
Dr. Hanns-W. Hey
Lindenschmitstr. 44
8000 München 70



**Zahn-Prophylaxe
mit Qualität!**
Darum frag' an bei:
PROFIMED
8200 Rosenheim 2
Tel. 08031/32404 [14049]

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

**die adresse für individuelle, moderne
zahntechnik**



quitera dental gmbh

aussigerstr. 21 a

8411 zeitlarn

tel. 6 33 43

od. 6 32 43

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

CROZAT - MODELLGUSS - PROTHETIK - KFO

Bundesarbeitsminister Blüm und DAZ einer Meinung

Wie aus der Tagespresse zu entnehmen war, setzt sich Bundesarbeitsminister Norbert Blüm (CDU) dafür ein, daß Kassenpatienten die Möglichkeit erhalten, die Abrechnungen ihrer Ärzte zu überprüfen. Blüm sagte dazu der Deutschen Presseagentur, gegenwärtig rechneten die Ärzte in der gesetzlichen Krankenversicherung ihre Leistungen unmittelbar mit der Kassenärztlichen Vereinigung ab. Die Patienten seien daran nicht beteiligt und erführen nicht, welche Leistungen abgerechnet worden seien. In einer 'aufgeklärten Gesellschaft' dürfe es aber keine Kostengeheimnisse geben. Wenn die Versicherten nicht wüßten, welche Kosten ihre Behandlung verursache, könnten sie auch kein 'Kostenbewußtsein' erlangen. Notwendig sei mehr Mitverantwortung der Versicherten für das Geld aus ihren Beiträgen, das ihre Krankenkasse verwaltet. Dabei müsse sich die Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen Gedanken machen, wie diese Abrechnung auch für Laien verständlich und nachprüfbar gemacht werden könnte. Nach Auffassung Blüms stört eine Kontrollierbarkeit der Abrechnungen das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient nicht grundlegend. Er halte

nichts davon, in der gesetzlichen Krankenversicherung so zu tun, als ob ärztliche Leistungen nichts mit Geld zu tun hätten, sagte der Minister. In der privaten Krankenversicherung sei es selbstverständlich, daß die Ärzte eine kontrollierbare Abrechnung vorlegen, die vom Patienten beanstandet werden könne. Dies müsse auch in der gesetzlichen Krankenversicherung möglich sein. "Die Patienten sind dort nicht weniger mündig", betonte Blüm. Die Krankenversicherung müsse aus der Anonymität des Leistungsgeschehens und der Kostenseite herauskommen: "Wir brauchen den informierten Versicherten."

Hier stimmt der Arbeitsminister voll mit den vom Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde vorgeschlagenen Maßnahmen zur Kostendämpfung überein, wie wir sie in den Grundsätzen und Empfehlungen zur kassenzahnärztlichen Versorgung 1983 veröffentlicht haben.

Maßnahmen zur Kostendämpfung:
=====

Zur Förderung des Kostenbewußtseins bei Behandlern und Patienten empfiehlt der DAZ, in regelmäßigen Abständen (aber mindestens einmal jähr-

lich) einen detaillierten und allgemeinverständlichen Ausdruck der entstandenen Kosten für medizinische und zahnmedizinische Behandlung an die Versicherten zu versenden. Dies soll einerseits die Patienten für die Kosten sensibilisieren und ihnen andererseits Übersicht und durchaus auch Kontrolle über die vom Arzt und Zahnarzt abgerechneten

Leistungen ermöglichen. Nachdem ohnehin Krankenscheine und andere Mitteilungen an die Versicherten versandt werden, dürfte der erforderliche Aufwand sich in Grenzen halten, da ja sämtliche dieser Daten sowieso erfaßt werden.

Dr. Gerd Ebenbeck
Sedanstr. 18
8400 Regensburg

=====

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

Karl Kaula VdAK-Vorsitzender in seinem "Bericht zur Lage" über die "Ärzteschwemme"

Die tieferen Ursachen für die gegenwärtige Entwicklung liegen ohne jeden Zweifel in der bereits eingetretenen Ärzteschwemme. Im Jahre 1982 sind bei leicht abnehmender Bevölkerung 5,6 % mehr Ärzte zur vertragsärztlichen Versorgung hinzugekommen. 3,3 % schieden dagegen nur aus. Es bleibt ein Nettozugang von 2,3 %. Dieses Wachstum - Jahr für Jahr, bei stagnierender Bevölkerungszahl - muß die finanziellen Grundlagen für die ärztliche Versorgung aus dem Gleichgewicht bringen, wenn die Ärzte nicht bereit sind, ihre Einkommenserwartungen im Zuge dieser Entwicklung herunterzuschrauben.

Wir liegen also richtig, wenn wir mit aller Deutlichkeit und frühzeitig auf die Probleme der Ärzteschwemme hingewiesen haben. Es darf uns dabei nicht stören, wenn zunächst einmal der Eindruck entsteht, wir würden in der Ärzteschaft Freunde verlieren.

Nachdem zuerst einmal mit entrüsteter Ablehnung auf das Stichwort "Zulassungsbeschränkungen" reagiert wurde,

gibt es in der Ärzteschaft jetzt auch Stimmen, die uns dankbar dafür sind, daß wir ein Thema aufgegriffen haben, das sie in ihrem Nerv berührt, ohne daß die Organisationen und Körperschaften der Ärzteschaft dies Thema je ehrlich aufgegriffen haben. Unge-schmälerte Ärztteeinkommen und ungebremste Niederlassung von jungen Ärzten nach Maßgabe der Hochschulabgangs-Zahlen kann es nicht gleichzeitig geben. Die Krankenkassen werden den Zulauf zur ärztlichen Praxis nicht durch steigende Beiträge finanzieren. Dafür wird auch schon die Politik sorgen. Schon vor 2 1/2 Jahren habe ich das sehr deutlich auf dem Ärzte-Tag in Trier gesagt.

Wenn nichts geschieht, geht die Entwicklung über Pauschalhonorare, Reglementierung der ärztlichen Tätigkeit, Festgehälter für Ärzte bis zur Verbeamtung der Ärzteschaft. Schon heute gibt es eine Lesart, wonach der Arzt als "Amtswalter" des öffentlich-rechtlichen Gesundheitssystems zu sehen ist. Die von mir befürchtete Zukunft hat also zumindest verbal schon begonnen.

Die Ersatzkasse 1/84, S. 7

=====

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

Liebe Eltern...



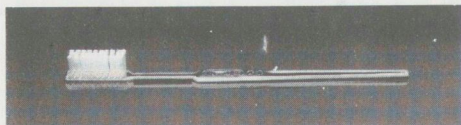
Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde
Studiengruppe München

Das DAZ-Merkblatt "Liebe Eltern ..." ist wieder nachgedruckt worden und kann bezogen werden bei:

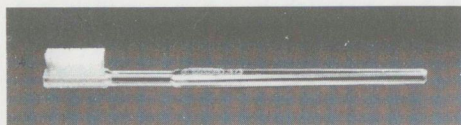
Dr. Helmut Simon
Romanstr. 37
8000 München 19

100 Stück kosten DM 20,-- (Vorkasse bzw. Scheck), Kliniken, Kinderärzte und Gynäkologen gratis.

Richtige Zahnpflege fängt mit der richtigen Zahnbürste an.



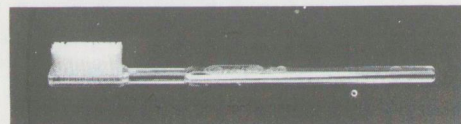
Oral-B 20 Die ideale Zahnbürste für Kinder. Mit 3reihigem Borstenfeld und handlich kurzem Griff.



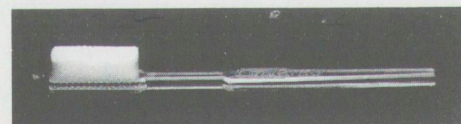
Oral-B 30 Die Zahnbürste für Jugendliche. Mit 3reihigem Borstenfeld auf dem Kurzkopf.



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



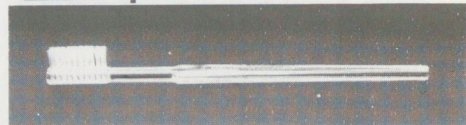
Oral-B 40 Zahnbürste für Erwachsene. Mit 4reihigem Borstenfeld und 1920 Einzelborsten auf dem normalen Kurzkopf.



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

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

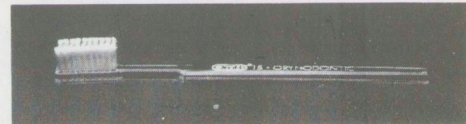
Oral-B Spezialzahnbürsten



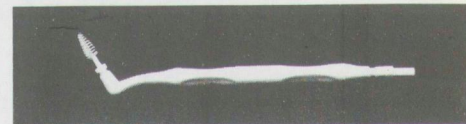
Oral-B Sulcus Die 2reihige Spezialbürste zur Reinigung des Zahnfleischsaumes. Auch empfohlen für Kinder in kieferorthopädischer Behandlung sowie bei festsitzenden Apparaturen.



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



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



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

Cooper Dental. Wir behandeln Ihre Zähne gut.

Cooper
Dental

Cooper Laboratories (Deutschland) GmbH
2908 Friesoythe/6000 Frankfurt

Kindernahrungsmittel – Hersteller gründeten „Informationskreis Sichere Kinderernährung“

Die fünf größten Kindernahrungsmittel-Hersteller der Bundesrepublik - Nestlé, Humana, Alete, Hipp und Aponti -, die auch im Bundesverband der diätetischen Lebensmittelindustrie zusammengeschlossen sind, gründeten jetzt einen "Informationskreis Sichere Kinderernährung".

Ziel des Kreises soll "die Aufklärung der breiten Öffentlichkeit über sichere, gesunde Ernährung von Säuglingen und Kindern" sein. Im einzelnen soll über Einzelheiten der kontrollierten Fertigung von Kindernahrungsmitteln unterrichtet, sollen Ratschläge für die richtige Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern sowie wissenschaftliche Erkenntnisse allgemeinverständlich dargestellt werden.

Der "Informationskreis Sichere Kinderernährung" hat seinen Sitz in der Werbeagentur J. Walter Thompson GmbH, Bockenheimer Landstraße 98 - 100, 6000 Frankfurt/Main, die alle seine Aktivitäten plant und durchführt. Ebenfalls bei Thompson ist der "Informationskreis Mundhygiene und

Ernährungsverhalten" (IME) zu Hause, der von der zuckerherstellenden und -verarbeitenden Industrie gegründet wurde, um Vorurteile gegen den Zucker in der Öffentlichkeit abzubauen, als vor allem die Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein in den Jahren ab 1976 eine massive Anti-Zucker-Kampagne führte.

Die Aussage des Informationskreises Sichere Kinderernährung, seine Aktivitäten sollten "dazu beitragen, die öffentliche Diskussion über die richtige Kinderernährung zu versachlichen", läßt darauf schließen, daß es ihm nicht zuletzt um die Problematik der "Zuckerteekaries" geht, deren Publizierung den Blick für den Zuckergehalt auch der anderen Säuglings- und Kleinkindernahrungen geschärft hat.

Man wird die Augen offen halten und beobachten müssen, inwieweit von den Aktionen des neuen Arbeitskreises die Bemühungen der Zahnärzte und Krankenkassen um eine wirksame Oralprophylaxe tangiert werden.

Oralprophylaxe 6, 31, 1984

Urteil des Münchener Verwaltungsgerichtes gegen die Kammer

Das „Bayerische Zahnärzteblatt“ (BZB) darf nach einer Entscheidung des Verwaltungsgerichtes München keine allgemeinen politischen Äußerungen veröffentlichen. Damit gab das Gericht in 1. Instanz der Klage des DAZ-Vorsitzenden und Regensburger Zahnarztes, Dr. Gerd Ebenbeck, gegen die Bayerische Landeszahnärztekammer als Mitherausgeber des BZB Recht. Dr. Ebenbeck verwahrte sich mit seiner Klage gegen Aussagen im Bayerischen Zahnärzteblatt Nr. 2/1983, insbesondere im Leitartikel „Die Wahl: Kommt der Karren aus dem Dreck?“.

Der Leitartikel wurde vom Präsidenten der Bayerischen Landeszahnärztekammer, Herrn Dr. Erich Pillwein und dem 1. Vorsitzenden der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns, Herrn Erich H. Müller, unterzeichnet. Nach Meinung von Dr. Ebenbeck seien vor allem in diesem Leitartikel allgemein politische Aussagen getroffen worden, die über den gesetzlichen Aufgabenbereich einer berufsständischen Vertretung, wie sie die Kam-

mer darstelle, hinausgehen würden, und die er als Mitglied der Kammer nicht mittragen könne.

Die Bayerische Landeszahnärztekammer ist ungeachtet des Urteils des Verwaltungsgerichtes nach wie vor der Meinung, daß die Vorwürfe nicht zu Recht bestehen. Die Aussagen insbesondere im beanstandeten Leitartikel seien sehr wohl dem unmittelbaren politischen Aufgabenbereich der Kammer, nämlich der Mitwirkung in der sozial- und gesundheitspolitischen Entwicklung, zuzuordnen. Die in dem Leitartikel enthaltenen Aussagen beinhalten nach Meinung der BLZK auf der einen Seite eine Analyse der damaligen sozial- und gesundheitspolitischen Situation und geben auf der anderen Seite eine Empfehlung, wie die Sozial- und Gesundheitspolitik sich nach Meinung der Bayerischen Zahnärzteschaft weiterhin gestalten sollte.

Nach Eingang der schriftlichen Urteilsbegründung wird die BLZK prüfen, ob gegen das Urteil des Verwaltungsgerichtes Berufung eingelegt werden soll.

BZB 3/84 S. 8

Gleiches Recht für alle?

Erinnern Sie sich noch? Als an den Hochschulen Vietnamdemonstrationen organisiert wurden und zu anderen politischen Problemen Aktivitäten entwickelt wurden, wandten sich bestimmte politische Kreise, die sich inhaltlich mit diesen Aktivitäten nicht identifizieren konnten, an die Gerichte und ließen sich bescheinigen, daß "Zwangsmitglieder", d. h. Personen, die aufgrund einer bestimmten Berufszugehörigkeit (z. B. Zahnärzte bei der Zahnärztekammer oder damals Studenten beim Allgemeinen Studentenausschuß) zwangsweise Mitglied in einem Verband sind, es nicht dulden müssen, daß dieser Verband außerhalb seiner gesetzlich festgelegten Aufgabenbereiche sich politisch äußert. Die Rechtsprechung läßt sich nachverfolgen bis in die achtziger Jahre hinein, denn die hier abgedruckte Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofs Kassel wurde im Jahre 1980 vom Bundesverwaltungsgericht bestätigt und auch andere ähnlich lautende Entscheidungen wurden von den höchsten Gerichten bestätigt.

Es ist also noch gar nicht lange her, da freuten sich diejenigen, die nicht wollten, daß politische Aktivitäten zu Vietnam und anderen tagespolitischen Themen von einem AStA entfaltet werden, darüber, daß sie bei Gericht Recht bekommen

haben. Diese Urteile waren es, die der DAZ-Vorsitzende Ebenbeck herangezogen hat bei der Überprüfung der Frage, muß ich mit meinen Zwangsmitgliedsbeiträgen die politische Meinung des Herrn Dr. Pillwein, des Herrn Beloch und anderer Verfasser von Artikeln im Bayerischen Zahnärzteblatt zu nicht standespolitischen Fragen mitfinanzieren. Der DAZ-Vorsitzende versuchte durch Vorstellung bei der Bayerischen Landes Zahnärztekammer, durch Anschreiben des Innenministeriums und durch persönliche andere Aktivitäten dieses Problem im Vorfeld aus der Welt zu schaffen. Es gelang ihm nicht. Er sah daher keine andere Möglichkeit als zu Gericht zu gehen. Natürlich bekam er recht. Natürlich ist dies ein Maulkorb für Herrn Dr. Pillwein. Aber diesen Maulkorb hat ihm nicht der Vorsitzende des DAZ umgehängt, sondern den Maulkorb haben ihm die umgehängt, die in den siebziger Jahren sich dagegen verwahrt haben, daß der AStA ein politisches Mandat wahrnimmt und die von den Gerichten damals gefordert haben, hierzu ein Votum zu sprechen. Das Votum ist ergangen und es gilt genauso wie früher für den AStA natürlich auch für die Bayerische Landes Zahnärztekammer.

Herr Vollmer meint in einem Flugblatt vom 2.4.1984, der

Vorsitzende des DAZ habe ein "kurioses Demokratieverständnis". Wenn man die Geschichte der Rechtsprechung zum politischen Mandat in den vergangenen zehn Jahren verfolgt, so kann man sich nur wundern, wieso dieselben Gerichte, die dem Allgemeinen Studentenausschuß ein politisches Mandat abgesprochen haben, nun desavouiert werden, wenn sie dasselbe politische Mandat der Bayerischen Landeszahnärztekammer absprechen.

Herr Vollmer wirbt in seinem Flugblatt des Freien Verbandes vom 2.4.1984 um Anhänger gegen den Vorsitzenden des DAZ. Auf der Basis "Demokratieverständnis" kann er nur solche finden, deren Wahlspruch ist: "Gleiches Recht nicht für alle."

Hannelore Klar
Rechtsanwältin
Ringstr. 18
8411 Laaber-Bergstetten

22. Hess. HochschulG §§ 26 I, 27 II Nr. 5; GG Art. 2 I (Zum politischen Mandat hessischer Studentenschaften)

a) Zum sogenannten politischen Mandat hessischer Studentenschaften.

b) Die mit einer Zwangsmitgliedschaft verbundene Einschränkung des Freiheitsraumes des einzelnen Zwangsmitgliedes (Art. 2 I GG) wird nur dadurch erträglich, daß sich der Zwangsverband auf die Wahrnehmung seiner legitimen Aufgaben beschränkt.

c) Wo einer solchen Beschränkung aus der Natur der Sache – etwa weil sich wie im vorliegenden Fall die Hochschulangelegenheiten von allgemeinen politischen Fragen nicht trennen lassen – Hindernisse erwachsen, ist der Zwangsverband zu größtmöglicher Zurückhaltung verpflichtet, weil nur so der Freiheitsraum der andersdenkenden Zwangsmitglieder erhalten bleiben kann.

VGH KASSEL, Beschl. v. 17. 4. 1975 – VI TM 5/75

(Mitgeteilt von R. Reuber, Vors. Richter am VGH Kassel)

Anm. d. Schriftlg.: Vgl. hierzu die nachstehende Entsch. des VGH Kassel sowie den Vorlegungsbeschl. des VG Sigmaringen in ds. Heft, S. 1912.

Aus: Neue Juristische Wochenschrift 1975, S. 1905

Die zahnärztliche „Nicht-versorgung“ der Hochseefischer

– oder welche Wirkung haben wissenschaftliche Veröffentlichungen?

DR. WIANZ WURDE FÜR DIE BESPROCHENE ARBEIT MIT DEM JAHRESBESTENPREIS DER DGZMK AUSGEZEICHNET. ER BEFASST SICH HIER KRITISCH MIT DEM SOZIALEN UMFELD UND DEN AUSWIRKUNGEN SEINER UNTERSUCHUNG.

In der DZZ Nr. 37, 1982 erschien eine Arbeit mit dem Thema "Die zahnärztliche Versorgung von Seeleuten der deutschen Hochseefischerei", in der die katastrophalen Gebißzustände der Seeleute belegt werden. Die unzureichenden Behandlungsmöglichkeiten für sie an Land und auf See werden kritisiert sowie Verbesserungsmöglichkeiten vorgeschlagen. Im folgenden soll hier zunächst ein Überblick der Arbeit gegeben werden, die im Vergleich zu Voruntersuchern zeigt, daß sich die Zahngesundheit der Seeleute in den letzten Jahren nicht verbessert, sondern z.T. sogar erheblich verschlechtert hat.

In den vorangegangenen Gebiß-Reihenuntersuchungen waren die Resultate ebenfalls ungünstig und gaben zu Sorge Anlaß, denn die Werte waren stets schlechter als bei einer vergleichbaren Landbevölkerung. Vergleichende Untersuchungen zwischen

den Angehörigen der Handelsmarine und der Fischereiflotte ergaben für die Fischer schlechtere Ergebnisse. Entsprechend häufig treten in den Diagnoseverteilungsstatistiken der Fischereischutzärzte Erkrankungen der Zähne und Kiefer auf. Sie werden mit fast 12 % als zweithäufigste Diagnosegruppe nach den Unfällen angegeben und zeigen zunehmende Tendenz. Zwar gelang es, die Zahl der Unfälle im Laufe der Jahre deutlich zu senken, nicht aber die Zahl der zahnärztlichen Behandlungen auf See, so daß sie inzwischen während der unfallschwächeren Sommermonate die am häufigsten gestellte Diagnose der Fischereischutzärzte darstellen. Auffälligerweise stieg die Fallzahl mit der Anwesenheit eines Zahnarztes an Bord um ein Mehrfaches an. 26 % oder 38 % der behandelten Patienten gaben dann Zahnschmerzen an. Die Zahl der behandlungsbedürftigen und behandlungswil-

ligen Seeleute ist also eher noch höher anzusetzen.

Unter den 422 untersuchten Seeleuten mit einem Durchschnittsalter von 37 Jahren befanden sich 178 (42 %) Portugiesen, so daß sich ein Vergleich deutscher und portugiesischer Seeleute geradezu anbietet. Ausgeprägte Parodontopathien treten bei Portugiesen mit 67 % doppelt so häufig auf wie bei deutschen Hochseefischern (34 %). Geht man davon aus, daß die Gesamtbevölkerung zu ca. 80 % an Parodontopathien leidet, erscheinen beide Zahlen gering, vergleicht man sie aber mit den Resultaten früherer Untersuchungen, so sind sie gestiegen. Dies ist darauf zurückzuführen, daß auf See eine Inspektion der Mundhöhle nur flüchtig sein kann und nur massive entzündliche Veränderungen der Gingiva registriert werden können. Bei Sondierung der Taschentiefen und Anfertigung von Röntgenaufnahmen würde die parodontale Erkrankungshäufigkeit die angenommenen 80 % deutlich übersteigen. Die häufigeren Zahnfleischerkrankungen bei Portugiesen sind sicher nicht allein mit einer erhöhten Disposition dazu zu erklären, denn in fast allen Untersuchungskriterien schneiden sie schlechter ab als ihre deutschen Kollegen. Besonders auffällig ist dies beim Grad der prothetischen Versorgung. Nur 22 % ihrer Zahnlücken sind geschlossen, bei deutschen Hochseefischern sind es immerhin 52 %. Portugiesische Seeleute nehmen auf deutschen Fischdampfern fast ausschließlich

untere Dienstgrade ein. Es ist weiterhin bekannt, daß das Gesundheitsverhalten vom schulischen/beruflichen Ausbildungsniveau abhängt. So ergibt bei Seeleuten eine Aufschlüsselung nach Dienstgraden keine Differenzen bezüglich kariöser und extrahierter Zähne, wohl aber hinsichtlich der Mundpflege und des Sanierungsgrades. Berufsbezogene Untersuchungen bei der Landbevölkerung bestätigen dies. Es werden dafür nicht so sehr die Tätigkeitsmerkmale, sondern die mit einem Beruf verbundenen sozialen Merkmale verantwortlich gemacht. Darüber hinaus sind die "berufliche Abkömmlichkeit" und die "Nähe zu medizinischen Institutionen" entscheidend für den Gebißzustand. Hochseefischer, die bis zu 4 Monate auf See bleiben, stellen in dieser Hinsicht sicher eine extreme Berufsgruppe dar.

Es verwundert nicht, daß die Besatzung eines Fischereischutzbootes, die als Vergleichsgruppe herangezogen wurde, einen besseren Gebißzustand aufweist. Die Zahl der fehlenden Zähne liegt zwar mit 26 % leicht höher als bei den Besatzungen der Fischdampfer, immerhin sind hier aber über 77 % der Lücken prothetisch geschlossen und auch die anderen Merkmale des Gebißzustandes sind günstiger als in der Fischerei. Die Lebens- und Arbeitsbedingungen sind hier unvergleichbar besser, ein Arzt befindet sich ständig an Bord. Die Seereisen sind kürzer und Termine beim Zahnarzt können vor Antritt der Reise für die

nächste Hafenliegezeit vereinbart werden, denn im Gegensatz zur Fischerei steht das Datum der Rückreise vorher fest.

Wohl kaum einer anderen Berufsgruppe wird der Weg zum Zahnarzt mehr erschwert, dies sollte jedem niedergelassenen Kollegen bewußt sein. Lange Wartezeiten auf Behandlungstermine wirken sich auch bei motivierten Seeleuten negativ auf die Behandlungswilligkeit aus. Häufig sind Behandlungen nur deshalb abgebrochen worden, weil sie bis zum nächsten Auslauftermin nicht abgeschlossen werden konnten. Der Vergleich mit der Besatzung des Fischereischutzbootes beweist doch sehr deutlich, daß Behandlungsmöglichkeiten wahrgenommen werden, wenn die Möglichkeit dazu besteht. Ebenso zeigt die Tatsache, daß die Patientenzahl immer dann steigt, wenn sich ein Zahnarzt an Bord befindet, daß bei Seeleuten ein Interesse und ein Bedarf an zahnärztlicher Behandlung besteht, und daß ihr schlechter Gebißzustand nicht allein mit Nachlässigkeit zu erklären ist.

Konsequenzen aus dieser Erkenntnis wurden bisher nur in Polen, in der UdSSR und in der DDR gezogen, wo Schiffszahnärzte auf Fischdampfern eingesetzt werden. Die stomatologische Poliklinik des Fischkombinats Rostock konnte so zwischen 1962 und 1967 die Zahl der kariösen Gebisse von 81 % auf 50 % senken. Ein solcher "vor Ort" tätiger Zahnarzt kann auch prophylaktische Aufgaben wahrnehmen. Eine grund-

sätzliche Lösung des Problems wird sich auf diesem Wege jedoch nicht erreichen lassen, denn umfangreiche Gebißsanierungen sind nur an Land durchzuführen. Für die Besatzungen der Schutzboote ist es auch nicht einzusehen, daß bei z.T. hohem Seegang und schlechtesten Wetterbedingungen riskante Bootsmanöver gefahren werden müssen, zumal es sich in unserem Fachgebiet fast ausschließlich um vorhersehbare und somit vermeidbare Erkrankungen handelt. Behandlungen auf Fischereischutzbooten sollten und können sich deshalb nur auf die Schmerzbesichtigung beschränken.

Alle bisherigen Bemühungen, die zahnärztliche Versorgung der Seeleute zu verbessern, setzten richtigerweise bei der Aufklärung und Motivation zur Mundpflege an. Wie die Resultate zeigen und wie wir auch aus anderen Bereichen wissen, genügt es allerdings nicht, z.B. bei der See-Berufsgenossenschaft Aufklärungsbroschüren auszulegen. Auch Werbeplakate in Institutionen, die Seeleute häufig frequentieren, zeigen erfahrungsgemäß wenig Wirkung. Eine effektive Aufklärungskampagne müßte unter aktiver Beteiligung von Reederei und Schiffsführung auf den Schiffen selbst erfolgen. Wie wir aus der Prophylaxe bei Kindern wissen, verspricht nur die kontinuierliche Zusammenarbeit aller Institutionen einen Erfolg. Vielleicht gelänge es dann auch zumindest, eine Zahnbürste in das Kantinensortiment eines Fischdampfers aufzunehmen.

Duraphat®

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

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

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

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

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

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

Duraphat

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

Anwendungsgebiete: Desensibilisierung, Kariesprophylaxe.

Gegenanzeigen: Ulcerierende Gingivitis.

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

Woelm Pharma GmbH & Co., Eschwege

Packungsform u. Preis

Normalpackung 10 ml DM 36,78
Stand Jan.83

Woelm Pharma

Hinsichtlich der zahnärztlichen Versorgung an Land zeigt sich, daß das in der Bundesrepublik Deutschland bestehende System niedergelassener Zahnärzte offensichtlich nicht in der Lage ist, gesellschaftliche Randgruppen wie Hochseefischer adäquat zu behandeln, denn die Bemühungen innerhalb dieses Systems zeigen keinerlei Wirkung. Will man den Seeleuten tatsächlich eine Behandlung an Land ermöglichen, so muß man die medizinischen Einrichtungen für sie erreichbar machen. Dieser Forderung kann keine Bestellpraxis gerecht werden, sondern eine solche Funktion als "Anlaufstelle" für Seeleute kann nur eine zahnärztliche Poliklinik des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hafennähe übernehmen. Sie könnte kurzfristig aufgesucht werden und die dort angestellten Zahnärzte könnten neben ihrer Behandlungstätigkeit in Zusammenarbeit mit anderen Institutionen auch prophylaktische Aufgaben wahrnehmen. Diese Zahnärzte könnten sich auch an Seetauglichkeitsuntersuchungen beteiligen, denn es wird immer wieder bemängelt, daß die Gebißuntersuchungen durch Allgemeinmediziner bei Ersteinstellungen oder bei der Erneuerung der sog. Gesundheitskarte nur oberflächlich sind. Auch eine solche gezielte Erstuntersuchung könnte neben besseren Behandlungsmöglichkeiten für Seeleute die erst später auftretenden Schmerzfälle reduzieren.

Seit der Veröffentlichung dieser Arbeit sind 2 Jahre ver-

gangen, was ist inzwischen geschehen? Erfreulicherweise zeigte sich bei den zuständigen Vertretern der Behörden Verständnis für diese spezielle Problematik der Seeleute. In den Gesprächen kristallisierte sich die Möglichkeit heraus, eine zahnärztliche Poliklinik an den öffentlichen Gesundheitsdienst oder den Hafenärztlichen Dienst anzubinden. Organisatorische Schwierigkeiten konnten gelöst werden, da die Gesundheitsbehörde Hamburg über ungenutzte Räume am Hafen verfügt und auch Behandlungsstühle aus anderen, nicht mehr benutzten Einrichtungen des öffentlichen Dienstes zur Verfügung stehen. Zahnarztstellen im öffentlichen Gesundheitsdienst Hamburgs sind bekanntermaßen unbesetzt. Somit könnten die Investitionskosten gering gehalten werden und eine Kalkulation ergab, daß sich eine derartige Einrichtung finanziell selbst tragen würde. Man kann also davon ausgehen, daß in Hamburg geradezu ideale Voraussetzungen bestehen, den Seeleuten eine wirkliche Behandlungsmöglichkeit zu schaffen. Leider sah sich die Gesundheitsbehörde Hamburg auf Grund von Sparbeschlüssen nicht in der Lage, die erforderlichen Stellenumwandlungen vorzunehmen. Es wurde weiterhin davon ausgegangen, daß die zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung, so auch der Seeleute, ausschließlich Sache der kassenzahnärztlichen Vereinigung und damit der niedergelassenen Zahnärzte sei. Die Behörde könnte nur Maßnahmen ergreifen, wenn die zahnärzt-

liche Versorgung nicht mehr sichergestellt wäre. Gerade dies jedoch war durch mehrere Veröffentlichungen belegt worden. Auf Anfrage teilte die Gesundheitssenatorin und Zweite Bürgermeisterin Elstner im November 1983 mit: "Mit der Versorgung der Seeleute durch niedergelassene Zahnärzte gibt es jedenfalls in Hamburg keine Probleme." Gleichwohl muß sie in demselben Schreiben einräumen: "Bei den Behandlungen handelt es sich häufig jedoch nur um 'Notbehandlungen'." Widerspruch? Immerhin verfügt die Zahnärztekammer Hamburg über einen Beauftragten für Fragen der Seeleute. Man darf gespannt sein, wann die nächste Statistik zur Zahngesundheit der Seeleute veröffentlicht werden wird - die Ergebnisse dürften schon jetzt feststehen.

Dr. Eckhard Wianz
Moltkestr. 40
2000 Hamburg 20

Tabelle 2: Ergebnisse der Gebiß-Reihenuntersuchung auf dem FSB »Meerkatze«.

Zahl der Untersuchten	32
Durchschnittsalter	38,2 J.
Zahl der fehlenden Zähne	229
Durchschnittswert pro Besatzungsmitglied	7,2 = 26%
Zahl der prothetisch ersetzten Zähne	176
Zahl der nicht zur Kaufunktion zur Verfügung stehenden Zähne	53
Durchschnittswert pro Besatzungsmitglied	1,7 = 6%
Grad der prothetischen Versorgung (= $\frac{\text{prothetisch ersetzte Zähne}}{\text{fehlende Zähne}}$)	77,2%
Kariöse Zähne	49
Durchschnittswert pro Besatzungsmitglied	1,5 = 5%
Zahl der Parodontopathien	8 = 25%
Zahl der Zahnsteinbefunde	11 = 34%

Tabelle 1 Ergebnisse der Gebiß-Reihenuntersuchung auf sieben Fisch-Fabriksschiffen.

	Deutsche	Portugiesen	Zusammen
Zahl der Untersuchten	244	178	422
Durchschnittsalter	37,4 J.	36,8 J.	37,1 J.
Zahl der fehlenden Zähne	1285	1072	2330
Durchschnittswert pro Besatzungsmitglied	5,3 = 19%	6,0 = 22%	5,5 = 20%
Zahl der prothetisch ersetzten Zähne	664	233	897
Zahl der nicht zur Kaufunktion zur Verfügung stehenden Zähne	621	812	1433
Durchschnittswert pro Besatzungsmitglied	2,5 = 9%	4,6 = 16%	3,4 = 12%
Grad der prothetischen Versorgung (= $\frac{\text{prothetisch ersetzte Zähne}}{\text{fehlende Zähne}}$)	52,7%	22,6%	39,2%
Kariöse Zähne	369	341	710
Durchschnittswert pro Besatzungsmitglied	2,1 = 8%	1,4 = 5%	1,7 = 6%
Zahl der Parodontopathien	61 = 34%	163 = 67%	224 = 53%
Zahl der Zahnsteinbefunde	97 = 55%	172 = 71%	269 = 64%

Dem Fortschritt verpflichtet:
Whaledent entwickelt ständig neue Technologien für
seine weltweit anerkannten Behandlungssysteme
auf dem Gebiet der konservierenden und restaurativen
Zahnheilkunde. Whaledent stellt heute vor:
Alpha-Beta-Titan.

TITAN

Whaledent präsentiert Titan-Stift-Systeme
der dritten Generation: **Alpha-Beta-Titan-Stifte.**

Legierung: **absolut nickelfrei.**

Festigkeit: hervorragend, im Verhältnis zu
Gewicht, Dehnfähigkeit und Bruch.

Ermüdungsbeständigkeit: ausgezeichnet.

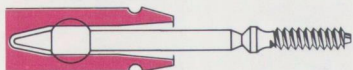
Korrosionsfestigkeit: gesichert
bei allen Anwendungsmöglichkeiten.

 **Whaledent International**

WHALEDENT Dentalprodukte, Postfach 24 07, D-6360 Friedberg, Telefon (0 60 31) 51 38

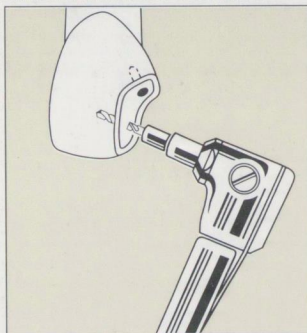
Überlegene Stift-Retention bei größtmöglicher Erhaltung im **TMS LINK-System**: Parapulpäre TMS

Angezeigt bei Restaurationen:

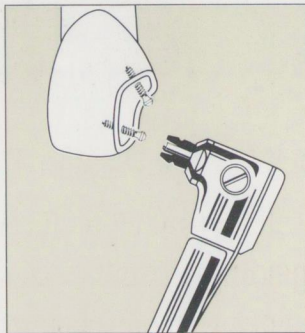


Klasse 3 } TMS LINK-Minikin in Kombination mit
Klasse 4 } allen Composit-Materialien und mit
Klasse 5 } kleineren, anterioren Amalgam-Aufbauten

So arbeiten Sie mit TMS LINK:



1. Anbringen des Bohrkanals mit farbkodierten Kodex-Drills. Durch einen Tiefenschlag von 1,3–2 mm wird die für den jeweils gewählten Stift vorgesehene Einschraubtiefe erreicht.



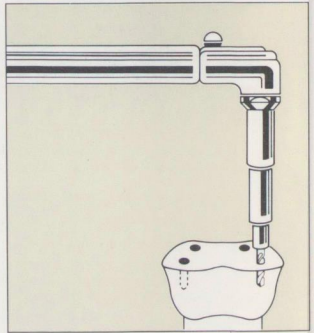
2. Maschinelles Einschrauben eines TMS LINK-Stiftes. Der Stift kann auch manuell eingeschraubt werden und schert bei Erreichen des Bohrkanalendes selbsttätig ab.

Angezeigt bei Restaurationen:



Klasse 1 }
Klasse 2 }
Klasse 3 (nur große)

So arbeiten Sie mit TMS LINK PLUS:



1. Nach Bestimmung und Markierung der vorgesehenen Bohrkanäle mit einem 1/2- oder 1/4-Rundbohrer ankönnen, Bohrung des Stiftkanals mit einem Kodex-Bohrer ohne mehrfache Auf- und Abbewegung des Bohrers im Kanal. (Reduzierwinkelstück 8:1 oder 10:1, zwei grüne Farbmarkierungen.)

Kataloginformation Titan/TMS LINK-System

	Inhalt	Rot
LINK MINIKIN Titan		Artikel-Nr.
Selbstschneidende Titanstifte	20	L 811
Schraubschlüssel	1	
Kodex-Drill (0,425 x 1,5) K 90/K 91	1	
Bulkpackung Selbstschneidende Titanstifte	50	L 812

LINK PLUS MINIM Titan

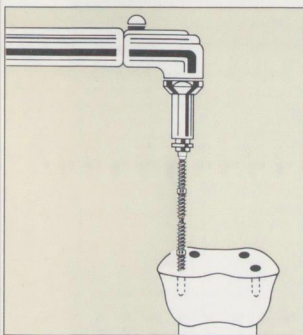
Selbstschneidende Titanstifte
Schraubschlüssel
Kodex-Drill (0,525 x 4) K 92
Bulkpackung Selbstschneidende Titanstifte

von Zahnhartsubstanz

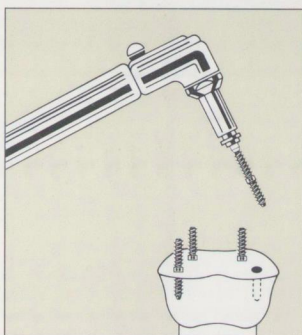
LINK- und TMS LINK PLUS-Stifte aus Alpha-Beta-Titan



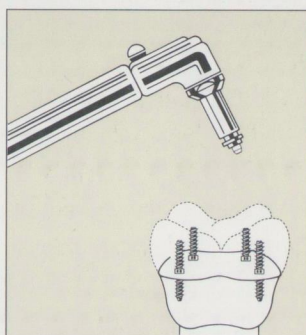
TMS LINK PLUS-Minim Einfach- und Doppelstifte, mit Schulterstop und neuem, steilem Gewindegang



2. Einsetzen des TMS LINK PLUS-Stiftes in das Reduzierwinkelstück und richtige Positionierung des Stiftes über dem Kanal.



3. Einschalten und Inbetriebnahme des Motors mit niedriger Geschwindigkeit (500–750 UpM). Kein Druck, Einschrauben ist kein Bohrvorgang, der TMS LINK PLUS-Stift zieht sich selbst in den Kanal hinein. Beide Stifthälften scheren nacheinander problemlos ab.



4. Mit dem TMS-Biegeinstrument werden die Stifte je nach Gegebenheit gebogen. Dann folgt der Aufbau mit dem vorgesehenen Material.

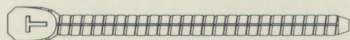
Anmerkungen: Die Kanäle sollen mindestens 0,5 mm vom Zahnschmelz entfernt angebracht werden. Betätigen Sie den Antrieb in Richtung Uhrzeigersinn. Entfernen Sie den Bohrer aus dem Kanal, während der Antrieb noch läuft. Stumpfe Bohrer können dazu führen, daß die Kanäle zu groß werden. Verwenden Sie stets scharfe Bohrer. Die Bohrer können in jedem Sterilisationsgerät sterilisiert werden. Zur Desinfektion verwenden Sie bitte nur Micro 10 oder Lysetol V. Zum manuellen Einschrauben verwenden Sie den beiliegenden Handschraubenschlüssel.

Inhalt	Silber	Inhalt	Silber
Artikel-Nr.	LINK PLUS MINIM 2 in 1 Titan	Artikel-Nr.	
L 821	Selbstschneidende Doppelstifte 2/1 Plus Titan	20	L 841
	Schraubenschlüssel	1	
	Kodex-Drill (0,525 x 4) K 92	2	
L 822	Bulkpackung Selbstschneidende Titanstifte	50	L 842

Coupon

- Ich wünsche weitere Informationen.
 Ich erwarte Ihren Anruf.

Einmalige Verträglichkeit und mechanische Überlegenheit im **PARA-POST-System:** Titan-Wurzel-Stifte aus Alpha-Beta-Titan



Retention: optimal, ohne Frakturgefahr, durch zylindrische Stifform mit Retentionsrillen.

Zementieren: spannungsfrei und zeitsparend, durch den Ventilationskanal.

Paßgenauigkeit: hervorragend, durch einfach und zeitsparend zu handhabende Normteile.

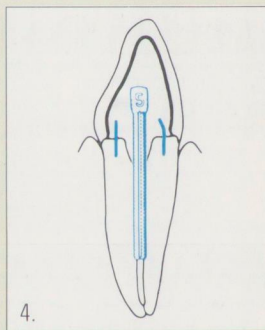
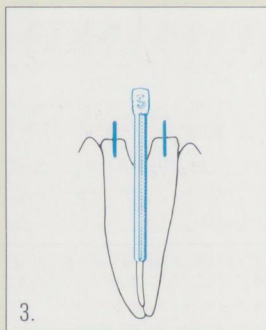
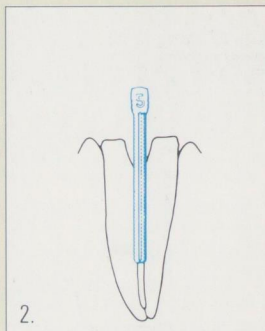
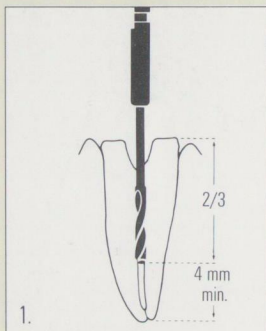
Körperverträglichkeit: extrem hoch, durch Verwendung eines nickelfreien Implantat-Werkstoffes.

Mechanik: überlegen, im Vergleich zu herkömmlichem Titan.

PARA-POST-Titan-Stifte

eignen sich für:

- Aufbaufüllungen aus Amalgam und Composita im Front- und Seitenzahnbereich,
 - Verankerungen von großen Amalgam-Füllungen im Seitenzahnbereich,
 - Stabilisierung von wurzel-behandelten Zähnen im Anschluß an die Trepanation.
- Das PARA-POST-System ist universell. Größere Aufbauten mit anderen Systemteilen sind jederzeit möglich. Auf Anfrage informieren wir Sie gern ausführlich.



Kataloginformation Titan-/PARA-POST-System

	Inhalt	Farbkodierung/Größen				
		Braun	Gelb	Rot	Schwarz*	Grün
		∅ 0,9	∅ 1,0	∅ 1,25	∅ 1,50	∅ 1,75
PARA-POST-System ®		Artikel-Nr.	Artikel-Nr.	Artikel-Nr.	Artikel-Nr.	Artikel-Nr.
Bohrer	3	P 42-3	P 42-4	P 42-5	P 42-6	P 42-7
Bohrer, kurz	3	P 42-3S	P 42-4S	P 42-5S	P 42-6S	P 42-7S
Titan-Stifte mit Ventilationsrinne	10	P 84-3	P 84-4	P 84-5	P 84-6	P 84-7

Coupon

- Ich wünsche weitere Informationen.
- Ich erwarte Ihren Anruf.

Fluoridgegner werden aktiv - Dennoch:
Nur mit Fluorid wirksame Kariesverhütung

In den letzten Monaten wurde das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WIDO) von verschiedenen Ortskrankenkassen und Landesverbänden der Ortskrankenkassen auf eine anscheinend bundesweit organisierte Aktion gegen die Kariesprävention mit Fluorid aufmerksam gemacht, die von der Gesellschaft für Gesundheitsberatung e. V. (GGB), vom Deutschen Verbraucherschutzbund sowie von der "Katalyse-Umweltgruppe" mittels Rundschreiben unter anderem an Multiplikatoren und durch Pressemeldungen gestartet wurde.

...

Das WIDO hat sich daher sowohl an den Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (BMFJG) als auch an die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde mit der Bitte um eine Stellungnahme zu diesen Angriffen gegen Fluorid gewandt.

...

Stellungnahme der Bundesregierung zu einer bundesweit organisierten Aktion gegen Kariesprävention mit Fluorid

Nach Gutachten des Bundesgesundheitsamts' ist die Auffassung, Fluorid eigne sich für die Kariesprävention, wissenschaftlich hinreichend gesichert. Dagegen unterscheidet die GGB weder formal noch inhaltlich zwi-

schen "Fluor", das im elementaren Zustand sehr toxisch ist und für die Kariesprävention nicht verwendet wird, und "Fluorid", dem weitgehend inerten Anion des Elementes, dessen karieshemmende Wirkung durch sorgfältige Naturbeobachtung, Tierexperimente und systematische, prospektive Studien am Menschen als erwiesen angesehen werden darf. Eine qualifizierte Beurteilung der Fluoridprophylaxe ist auf dem Kenntnisstand der GGB nicht möglich.

...

Die Behauptung, die Fluoridprophylaxe der Karies sei im Zusammenhang mit Abfällen der Aluminiumindustrie entstanden, ist sachlich falsch. Die ersten Erfahrungsberichte über Fluorid und Karies stammen aus dem 19. Jahrhundert, die systematischen epidemiologischen Studien aus den 30er Jahren dieses Jahrhunderts, und die Trinkwasserfluoridierung begann 1945 in den USA und Kanada, also viele Jahre vor dem von der GGB ohne Quellenangabe zitierten Fischsterben im Columbiafluß 1950. Das in der Bundesrepublik zur Kariesprävention verwendete Fluorid wird aus natürlichen Mineralvorkommen (Flußspat) gewonnen. Es muß hohen Reinheitskriterien entsprechen.

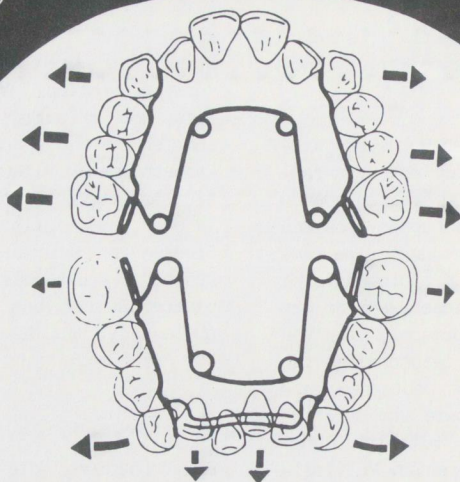
...

Die Hemmung von Enzymsystemen und Zellwachstum in Gewebekulturen durch Fluorid wurde sehr ausgiebig studiert und von verschiedenen Gremien sorgfältig untersucht.
Fortsetzung s. S. 58

NEU!

MIA SYSTEM

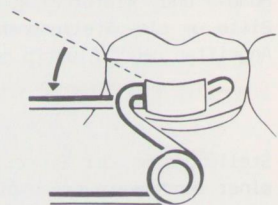
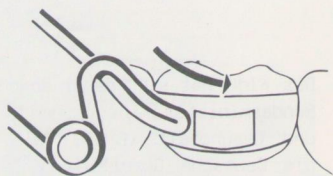
nach
Bartels



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

MIA SYSTEM

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



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

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

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

inter
UNITEK
QUALITÄT
FORSCHUNG
SERVICE

Gedanken über die Extraktions- therapie

Die Entfernung von Zähnen ist in ca. 30 % aller kieferorthopädischer Fälle zumindest ein Teil der Behandlung und erlangt aus diesem Grunde besondere Bedeutung. Doch liegt es noch nicht allzulange zurück, daß Angle (1855-1930) an der Schwelle der Entwicklung zur Orthodontie und Kieferorthopädie zu Wissenschaftszweigen die Meinung vertrat, daß die Therapie des Eng- und Schiefstandes von Zähnen unter Erhalt aller Zähne zu erfolgen hat. Der Streit mit Case (1847-1923), der längst erkannt hatte, daß das sogenannte Extraktionsverbot Angle's unberechtigt war, endete schließlich mit der Anerkennung und Rechtfertigung der Entfernung von Zähnen aus kieferorthopädischen Gründen. Nicht zuletzt waren es die entscheidenden Arbeiten von Lundström (1923), die den Disharmonien zwischen den Größen der Kiefer bzw. deren apikalen Basen einerseits und der Größe der Zähne andererseits galten und die Problematik ins rechte Licht rückten.

Seither verfolgt man die wissenschaftliche Bearbeitung und praktische Anwendung der Extraktionsmethoden als indizierte therapeutische Mittel, wenn transversale und sagittale Nachentwicklungen der Zahn-

bögen kontraindiziert sind. Eine solche Situation besteht vorwiegend bei erwähnten disharmonischen Verhältnissen. Auch das Verhalten der Zahnachsen zu den Basen, wobei die Zähne bukkalwärts gekippt in flachen Alveolarfortsätzen stehen, läßt eine transversale bzw. sagittale Zahnbogenerweiterung einfach nicht zu.

Die Möglichkeit, Zähne zu entfernen und dadurch optimale Erfolge während der Behandlung erzielen zu können, entbindet den Kieferorthopäden aber nicht vor korrekter Fallanalyse und Behandlungsplanung. Autoren, wie u.a. Brandt und Saffirstein, bezeichnen die Planung einer Extraktionstherapie als schwierigen und komplexen Vorgang und warnen vor automatischen, routinemäßigen Entscheidungen. Dem ist beizupflichten, stellt man doch andernfalls das hochgesteckte Ziel einer solchen Therapie in Frage, besonders dann, wenn damit Erwartungen auf eine Selbstregulierung von Zahnfehlstellungen verknüpft werden können. Brückl (1912-1966) sprach in diesem Zusammenhang von der "Hohen Schule" der Kieferorthopädie, womit er seinen umfassenden Kenntnissen, Fertigkeiten und Erfahrungen auf diesem Gebiet Ausdruck gab.

Gehen wir den Grundzügen der Therapie von Gebißanomalien mittels der Entfernung von Zähnen nach, so ergeben sie sich aus Ermittlungen zu Fragen wie u.a. nach der Indikation, nach der Zahnart, die zur Entfernung ansteht, nach dem Zeitpunkt der Extraktion und nach negativen und positiven Einflüssen eines frühen Zahnverlustes auf die Gebißentwicklung bzw. den Gebißzustand.

Die Entfernung von Zähnen ist indiziert bei Formen des Zahnengstandes mit transversalen und sagittalen Unregelmäßigkeiten. Diese Anomaliegruppe ist unterteilbar in den primären Engstand (Engstand in den Frontzahngebieten mit Raummangel in der Transversalen), in den sekundären (Engstand in den Eckzahn- und Prämolargebieten mit Raummangel in der Sagittalen) und in den totalen Engstand (beide genannten Zahngruppen sind betroffen). Einen tertiären Engstand finden wir vornehmlich im unteren Frontzahngebiet, einmal als Ausdruck einer sich während der Gebißentwicklung ergebenden Besonderheit in der Sagittalen, die im Wechsel-, spätestens im bleibenden Gebiß auffällig wird, zum anderen als Folge von Gebißveränderungen im Erwachsenenalter.

Je nach Lokalisation des Engstandes kommt es zu charakteristischen Okklusionsbeziehungen zwischen den oberen und unteren Zahnreihen zueinander. Von solchen hängt es ab, ob entweder nur im Oberkiefer bzw. nur im Unterkiefer, in beiden Kiefern, auch einmal einseitig oder beidseitig Zäh-

ne entfernt werden müssen. Die erhebliche Bedeutung dieser Entscheidung zwingt zu gewissenhafter Vorarbeit, die auch Überlegungen zu Re- und Präkonstruktionen und Tendenzen des Zahnverhaltens innerhalb der Zahnbögen einbeziehen muß. In der Regel muß bei Distalokklusion im Oberkiefer, bei Mesialokklusion im Unterkiefer und bei Neutralokklusion in beiden Kiefern extrahiert werden. In jedem Fall ist aber die Bißlage, also die Lage der Kiefer zueinander sowie beider Kiefer zum Schädel im Behandlungskonzept zu berücksichtigen.

Für Zahnengstände in Verbindung mit Anomalien des Gebisses in Gruppen mit anderen Leitsymptomen gelten gleiche Regeln wie hier angeführt.

Die Frage nach der Zahnart kann dahingehend beantwortet werden, daß die Wahl zur Entfernung auf jede fallen kann. Auch Kombinationen sind möglich und auch zuweilen notwendig. Vornehmlich stehen die 1. oder 2. Prämolaren in engster Wahl, entweder innerhalb der Methode der Steuerung des Zahndurchbruchs mittels Extraktion nach Hotz oder als systematische Extraktion zu Ende des Zahnwechsels. Die Reduktion der Zahnzahl in den Prämolarenbereichen begünstigt die Einstellung der Eckzähne, regelt auch den frontalen Überbiß, wenn die 2. Prämolaren wegen eines tiefen Bisses entfernt werden. Letztere Entscheidung trifft man auch wegen zuweilen kurzer und kleiner klinischer Kronen oberer 2. Prämolaren, übermäßiger Größe unterer 2. Prämolaren,

der Nichtanlage einzelner dieser Zähne und auch wegen der Umgehung sichtbarer Lücken. Lücken zwischen 1. Prämolaren und 1. Molaren schließen sich von distal her oft selbsttätig, wobei durch gezielt festgelegte Extraktionstermine sichere Molarenverzahnungen provoziert werden können.

Freilich ist die volle Verantwortung des Kieferorthopäden herausgefordert, sobald Frontzähne, Eckzähne und auch Molaren in die Indikation zur Entfernung einzubeziehen sind. Bei frühen und traumatischen Frontzahnverlusten kann der kieferorthopädische Lückenschluß indiziert sein, aber, wenn eine neutrale Bißlage besteht, nur mittels einer Ausgleichsextraktion im Gegenkiefer erfolgreich behandelt werden. Vor allem sind primäre Engstände 3. Grades Ursachen, die die Frontzahntfernung als individuell günstiges Therapiemittel erkennen lassen. Sind seitliche Schneidezähne als Zapfenzähne ausgebildet, dann ist ebenso wie bei oralwärts stehenden seitlichen Schneidezähnen rechtzeitig ihre Entfernung zu entscheiden, sobald die Untersuchung ergibt, daß die Eckzähne als Keime nach mesial zu lokalisiert sind und sich die Seitenzähne zur Distalokklusion aufschließen werden. Extrem außenstehende Eckzähne, für die der Raum nur durch Entfernung sich gut in die Zahnreihe eingeordneter erster Prämolaren gewonnen werden könnte, stehen ebenso im individuellen Fall und im Interesse des betroffenen Patienten, einmal zur Entfernung an. Nicht sel-

ten ist auch vorzuziehen, auf ungünstig retinierte und verlagerte Eckzähne bei geschlossener Zahnreihe zu verzichten. Über die 1. Molaren befindet man anhand der kariösen Zerstörung bzw. des Füllungsausmaßes. Ihre Entfernung ist aus kieferorthopädischen Gründen kaum indiziert. Sie ist aber innerhalb einer kieferorthopädischen Behandlung zu bevorzugen, wenn es nicht verantwortet werden kann, gesunde Prämolaren zu entfernen und nicht wenigstens 10 Jahre erhaltungswürdige 1. Molaren zu belassen. Der höhere Schwierigkeitsgrad der Therapie ist dann in Kauf zu nehmen. Einen echten therapeutischen Wert erhält die Entfernung der 1. Molaren aber im Fall eines skelettal offenen Bisses während einer bestimmten Entwicklungsphase. Diese zeichnet sich dadurch aus, daß die 1. Molaren okkludieren und die Milchmolaren noch vorhanden oder gerade ausgefallen sind. In dieser Situation ist es sicher, daß der offene Biß sich spontan nach der Extraktion schließt. Die Nachsorge muß dann der Erhaltung der gewonnenen Bißhöhe mit Beobachtung des Durchbruchs der Prämolaren und besonders der 2. Molaren gelten.

Die Entscheidung zur Entfernung von 2. Molaren nach ihrem Durchbruch bedarf ebenso der gewissenhaften Planung. Neben dem Zustand der 1. Molaren muß das Ergebnis der Röntgenuntersuchung zum Stand der Entwicklung der 3. Molaren hinzugezogen und die Struktur im retromolaren Raum analysiert werden. Bei Unterentwicklungen

dort, wie sie beim vertikalen Wachstumsmuster mit ausgeprägter Spee'scher Kurve vorkommen, kann die Entfernung der 2. Molaren im Oberkiefer indiziert sein. In Verbindung mit dem Headgear lassen sich danach leichte Engstände bei Distalokklusion bis zu 1/2 Prämolarenbreite durch Distalführung der Seitenzähne beheben und neutrale Verzahnungen einstellen. Für die 3. Molaren ergibt sich ein günstiges Raumangebot zur sicheren Anreihung an die Zahnreihe. Gegenwärtig wird die operative Entfernung der Keime 3. Molaren im Anschluß an eine kieferorthopädische Behandlung nicht nur empfohlen, sondern geradezu gefordert. Der Grund dafür ist die Erwartung, ein Rezidiv im Sinne des Wiederauftretens von Engständen in den Frontgebieten nach Dehnungs- und Streckungsbehandlungen verhüten zu können. Tatsächlich gibt es diesbezüglich bestätigende Beobachtungen. Dennoch ist der Therapeut gut beraten, wenn er sich hinlänglich Einblick in die individuellen Besonderheiten der Entwicklung der 3. Molaren, deren Durchbruchwege, der Raumverhältnisse ebenso verschafft wie in die Formveränderungen, denen das menschliche Gebiß während der aufeinanderfolgenden Lebensabschnitte unterliegt. An dieser Stelle sei an den bereits genannten tertiären Engstand in der unteren Front erinnert, der auch in bis dahin regelrechten, nicht kieferorthopädisch behandelten Gebissen auftritt. Alterung der Zahnhalteapparate, Abrieb der Kon-

taktpunkte, mesialwärtige Neigung der Zahnachsen mit gleichsinniger Belastung der Zähne sind ursächlich damit verbunden. Andere Gründe für Stellungsänderungen in den Fronten sind die Abnahmen der transversalen Zahnbogenmaße, die bereits beim Übergang vom Milch- zum Wechselgebiß auftreten und im Gebiß der Erwachsenen nachweisbar sind. Der sehr frühe operative Eingriff im Anschluß an kieferorthopädische Behandlungen etwa im Alter zwischen 12 und 18 Jahren läßt auch Fragen bezüglich der Spätfolgen aufkommen. Nicht nur die Gefahr der Verletzung der 2. Molaren ist gegeben, Graber erwähnt in diesem Zusammenhang auch Gelenksensationen.

Die kieferorthopädische Behandlung in einem Rahmen zu halten, der die Sicherheit des Ergebnisses nicht in Zweifel stellt, wäre die Alternative. Das bedeutet nicht mehr als die aufmerksame Lokalisation der Abweichungen von der Regel in den 3 Dimensionen, wobei die sagittalen nicht übersehen werden dürfen. Das bedeutet auch Zurücknahme jeglicher Empfehlungen zu routinemäßigem therapeutischen Verfahren unter Überbetonung von angeblich heute modernen therapeutischen Methoden. Welches sind dann die unmodernen? Vor 35 Jahren sprach man davon, daß sich die Kieferorthopädie in den Kinderschuhen befinde. Die therapeutischen Methoden entwickelten sich seitdem wohl eher nebeneinander als nacheinander. Derjenige Therapeut erlangt nun den Vorzug, der die bekannten Therapiemethoden

je nach Indikation für den individuellen Fall einzusetzen und auch zu kombinieren versteht. Von Einzelfällen mit echter Begründbarkeit abgesehen, sollte die frühe Entfernung der 3. Molaren als Routineverfahren gründlicher überprüft werden. Denken wir auch daran, wie problematisch die Okklusion im Molarenbereich werden kann, wenn der Patient nicht alle in der Verordnung genannten Weisheitszahnkeime entfernen läßt.

Die Festlegung des Zeitpunktes jeder einzelnen Extraktion zu Beginn oder während der kieferorthopädischen Behandlung empfiehlt sich nicht nur aus Gründen der Zielstellung. Disharmonisches Verhalten des Zahnalters zum chronologischen Alter, asymmetrische Entwicklungen in den Zahnreihen, unterschiedliche auch im Ober- und Unterkiefer raten zum individuellen Vorgehen. Freilich sind es vornehmlich Zahntfernungen in noch wachsenden Gebissen, die besonders aufmerksam zu entscheiden sind. Werden nämlich ungünstige Entwicklungen unter Einbeziehung und Ausnutzung natürlicher Wachstumspotenzen unterbrochen, gleichen sich Unregelmäßigkeiten selbsttätig aus. Das gilt für Zeit und Reihenfolge der Extraktion von Milchzähnen nach der bereits genannten Methode nach Hotz ebenso wie für die sich später anschließenden Extraktionen, die den zunächst provozierten Eckzahnaußenstand therapieren sollen.

Bei primär späten Extraktionen können Wanderungsgesetzmäßigkeiten, denen die Zahnkeime

unterliegen, zwar nicht mehr ausgenützt werden, aber sie bieten den Vorteil, daß zuvor Zahngrößen und -achsen gut zu beurteilen sind. Gesetzmäßigkeiten im Verhalten durchgebrochener Zähne ausnützend, ebenso die Achsenstellung der der entstehenden Lücke benachbarten Zähne mit Verzahnungsmöglichkeit beobachtend, lassen sich dann, unterstützt durch abnehmbare oder festsitzende Behandlungsmittel, günstige Ergebnisse erzielen. Eine goldene Regel besagt, daß so manche Zahntfernung zu früh aber nie zu spät sein kann. Sie bewährt sich, wenn man sie nur richtig anzuwenden versteht.

Jeder frühe Verlust bleibender Zähne hinterläßt nachteilige Folgen im Gebiß. Das gilt auch für die aus kieferorthopädischen Gründen durchgeführten Extraktionen von Zähnen, wenn sie gefolgt sind von sekundären Zahnkippen, ungünstigen Zahnwanderungen, verbleibenden Lücken, konsekutiven Fehlbelastungen einzelner Zähne oder von Zahngruppen und ungünstigen Verzahnungen in Okklusion. Bei Einsatz der festsitzenden Apparatur ist die Folge des Verankerungsverlusts mit meist sagittaler Fehlbewegung der Seitenzähne nach vorn oft ein schwerer Schaden für das Gebiß. Aber auch bei der Anwendung abnehmbarer Therapiemittel sind Verankerungen, Kraftgröße und Kraftangriff so zu wählen, daß die vorausgeplante Wirkung auch eintritt.

An dieser Stelle sei auch an die Natur der verschiedenen Wachstumsmuster im Gesichtsklett erinnert. Fehleinschät-

zungen von zu erwartenden Zuwachsraten in den Einheiten des orofazialen Systems und der benachbarten Strukturen führen gerade im Zusammenhang mit frühem Verlust von Zähnen zu nachteiligen Entwicklungen des Gesichtsprofils. Solche folgen in Form des flat face, wenn deutliche Anzeichen von Wachstumspotenzen in den Bereichen von Nase und Kinn als kontra-indizierende Faktoren für die Extraktionstherapie nicht erkannt wurden.

Die Indikation der Entfernung von Zähnen, in entsprechenden Fällen sogar als einzig mögliches Mittel zur Behebung von Engständen, zwingt zu einem Vorgehen, das nachteilige Folgen weitmöglichst ausschließt. Der erhebliche Vorteil für den Patienten allein in der Verbesserung der ästhetischen Funktion seines Gebisses darf nicht geschmälert werden. Kenntnisse über Vorgänge während der Gebißentwicklung wie auch über Abhängigkeiten zwischen Kraftgröße und Reaktion der zahntragenden Gewebe und auch über die Grundzüge der Extraktionstherapie sollten uns befähigen, das Höchstmaß physiologischer Bedingun-

gen herbeizuführen. Dazu gehören optimale Zahnkontakte und Okklusionsbeziehungen, die der Gesunderhaltung der Gingiva mit den Interdentalpapillen sowie der knöchernen Interdentalsepten förderlich sind.

Hier muß sich die Frage anschließen, ob die Extraktionstherapie als vorteilhaftig verteidigt werden kann, wenn wir die Behebung von Fehlständen der Zähne mittels Extraktion gleichsetzen sowohl mit Vorbeugung der Karies als auch der Parodontopathien. Die Einreihung der Zähne nebeneinander in den Zahnbogen begünstigt jedenfalls die Möglichkeit einer optimalen Reinigung und damit die Wirksamkeit einer prophylaktischen Zahnpflege. Nach dominierender Anschauung ist aber eine Entfernung von Zähnen aus Gründen der Kariesprophylaxe allein nicht mehr vertretbar.

Was die ursächlichen Faktoren der Parodontopathien angeht, so gelten gleiche Überlegungen. Eine kieferorthopädische Behandlung sollte aber niemals weder der Karies noch parodontalen Erkrankungen Vorschub leisten.

Prof. Dr. sc. med. Hanna Taatz
 Begasweg 8
 8000 München 71

* * * * *

DAZ-FORUM

* * * * *

* * * * *

dreimal jährlich

* * * * *

* * * * *

DAZ-FORUM

* * * * *

Ist eine erfolgreiche PA-Behandlung in unserem Versicherungssystem nicht möglich?

- Bericht über einen PA-Kurs am 16./19. u. 20.11.83

Mit Peter Parow stellte sich uns ein norwegischer Kollege vor, der in eigener Praxis in Trondheim arbeitet. Genau so überraschend unkonventionell und locker wie Peter Parow auftritt und spricht (er schuf manche erstaunlich treffsichere, neue deutsche Wortschöpfung), genau so unkonventionell sind manche seiner Ansichten und Behandlungsmethoden.

Dennoch ist Peter Parow's parodontologisches Engagement fest in der fundamentalen Ansicht skandinavischer Parodontologie verankert, d.h., es wurde uns sehr deutlich gemacht, daß Parodontologie zu 90 % aus Vorbehandlung, Motivation und Nachsorge besteht. Operativ-handwerkliche Tätigkeiten, abgesehen von Scaling, nehmen nur einen Stellenwert von 10 % ein. Das ist besonders für uns deutsche Kollegen wichtig, denn - bedingt durch unser System - besteht bei uns die Tendenz zur großen Chirurgie. Überhaupt forderte der Kurs die kritische Auseinandersetzung mit unserem Versicherungssystem heraus, denn eine echt erfolgreiche PA-Behandlung ist in diesem System nicht möglich.

Während alle Welt Vor- und Nachsorge in den Vordergrund stellt und dort den Erfolg sichert, wird bei uns allein die mechanisch-chirurgische Tätigkeit belohnt.

Was hat mich aber neben dieser Grundsätzlichkeit noch beeindruckt bzw. was war kritisch anzumerken? Ich möchte hier dem Behandlungsschema von Peter Parow folgen:

In der Untersuchungsphase die einfache, aber effiziente Diagnostik, das besondere Herausstellen der Entzündungszeichen (vor allem Blutung, jedoch keine Indices) und vor allem das Eingehen auf Putzschäden infolge falscher Mechanik. In dieser Intensität habe ich das noch nie gehört und gesehen. Ein Punkt, den man sofort in die eigene, praktische Tätigkeit umsetzen konnte. Infolge davon auch das Kennenlernen einer neuen Putztechnik, die überraschenderweise zu einer modifizierten Schrubbtechnik zurückkehrt, aber, wie wir an uns selbst feststellen konnten, sehr effizient sein kann (cave: nur für motivierte Patienten geeignet).

Kritisch zu bewerten ist in diesem Zusammenhang das völlige Negieren von okklusalen

Problemen, speziell was die Ursache von Retraktionen, Stillmann-Spalten und McCall-Girlanden angeht. Überraschend auch, daß Parow Zahnseide und Zahnhölzchen von der Effizienz her gleich beurteilt, den Hölzchen aber wegen des leichteren Handlings den Vorzug gibt. Unkonventionell und sehr überraschend die Ansicht Parows, man müsse sich nur jeden zweiten Tag die Zähne putzen, dann allerdings mit 100prozentiger Plaque-Beseitigung (gestützt wurde diese These durch wissenschaftliche Untersuchungen über das Entstehen und den Aufbau von Plaque). Trotzdem sehr erstaunlich, dies aus dem Munde eines Parodontologen zu hören. Als zweite Phase beginnt anschließend die Initialbehandlung. Sie dauert ca. 2-4 Wochen, wobei besonders Kasus-Präsentation, Motivation und Instruktion im Vordergrund stehen. In der anschließenden Hygienephase (Dauer ca. 2-12 Monate), steht die ständige Re-Instruktion, Re-Motivation sowie die sogenannte "Depuration" (Entfernung von supra- und subgingivalen Bakterienbelägen), Entfernen von Retentionsfaktoren) im Vordergrund. Auch hier individuelle Methoden von Peter Parow. So allein schon die Instrumentierung, die äußerst minimal ausfällt (3 Küretten, 3 rotierende Instrumente). Doch der Vorteil sind geringe Anschaffungskosten, der effiziente Einsatz und Zeitersparnis. (Memo: nicht die Instrumente machen eine erfolgreiche Behandlung, sondern die eigene Geschicklichkeit). Als nächste Über-

raschung - das Deep-Root-Planing erfolgt nicht ausschließlich mit Scalern und Küretten, sondern auch mit dem Einsatz von rotierenden Instrumenten (3 verschiedene Diamanten im mittleren Tourenbereich).

Meines Wissens ist Dr. Parow der einzige Parodontologe, der diese Technik durchführt. Trotz aller berechtigten Zweifel scheinen aber die praktischen Erfolge der letzten 10 Jahre Peter Parow nicht ins Abseits zu stellen. Wissenschaftliche Untersuchungen werden aber die Effizienz der Methode noch beweisen müssen bzw. man wird die Effektivität der Methode nur dann richtig beurteilen können, wenn man sie in praxi gesehen und geübt hat.

Als nächste Phase folgt die sogenannte Korrektionsphase bzw. chirurgische Phase. Hier beeindruckt die relative Zurückhaltung Peter Parows. Vor allem zunächst die kritische Auswertung nicht zufriedensstellender Resultate nach der Hygienephase. Vor allem die Fragen nach Therapeut-Fähigkeit, Patient-Fähigkeit und Gewebe-Fähigkeit werden gestellt. Gerade diese kritische Fragestellung an sich selbst wäre in allen Disziplinen, nicht nur in der Parodontologie, des öfteren angebracht. Bei den eigentlichen, chirurgischen Maßnahmen überrascht die relativ kritische Beurteilung der Lappenoperation und die Bevorzugung der Gingivektomie, speziell im Gaumenbereich. Kritisch einzuwenden wäre hier das völlige Negieren muco-gingivaler Probleme und die Nichtbeachtung der Kno-

chentaschenbehandlung.

Sehr wichtig dann zum Schluß die Nachbehandlungsphase, die ja bei uns fast völlig negiert wird. Diese Phase dauert mindestens zwei Jahre und beginnt mit Intervallen von zwei Monaten. Je nach Behandlungserfolg und Stabilität werden diese Intervalle größer, maximal jedoch 5 Monate. Auch der endgültige Behandlungsabschluß erfolgt nur dann, wenn sich das Ergebnis als dauerhaft stabil erwiesen hat. D.h. die Nachbehandlung dauert unter Umständen ein Leben lang. Dabei heißt Nachbehandlung jedesmal Re-Motivierung, Re-Instruktion und, falls notwendig, Scaling und Deep-Root-Planning. Das sind harte Tat-

sachen und man kann sich nur die Maxime von Peter Parow zugrunde legen, die da lautet: Enthusiasmus, pädagogisches Talent, Geduld, keine Geldgier.

Noch ein Wort zum Kursablauf selbst: Drei Tage für diese Theorie sind sicherlich zu lang. Wenn man Programm und Pausen etwas strafft, ließe sich das Ganze auch an 2 Tagen durchführen. Ansonsten aber gibt es sowohl über den Tagungsort als auch über die Organisation von Armin Maurer nur Positives zu berichten.

Dr. Franz Bader
Römerstr. 4
8062 Markt Indersdorf

Impressum

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

Rückenschmerzen als Folge falscher Sitzposition

Die Ergebnisse einer elektromyographischen Untersuchung der Rückenmuskulatur von Zahnärzten bei der Arbeit lassen den Schluß zu, daß es bei der sitzenden Behandlungsweise vor allem auf eine wirksame Rückenstütze im Bereich der Lendenwirbelsäule ankommt. Hohe Muskelaktivitäten wurden immer dann gemessen, wenn der Rücken nicht in Kontakt mit der Lehne war. Auch der Winkel zwischen Ober- und Unterschenkeln ist von Bedeutung: wenn die Unterschenkel senkrecht zum Boden stehen, sollten die Oberschenkel einen Winkel von 90 Grad zu den Unterschenkeln nicht überschreiten.

Facit: Zahnärztliche Behandler/innen sollten bei niedrig gestelltem Stuhl unter ständigem Kontakt des Rückens mit der Rückenstütze arbeiten.

JADA 107 (6); 937-940, 1983

Finieren von "Composite"-Füllungsmaterialien

Die Oberflächenbearbeitung von Kunstharz-Füllungsmaterialien ist ein altbekanntes Problem. Die besten Ergebnisse sind mit aluminiumoxidbeschichteten Scheiben zu erreichen, deren Einsatz aber nur bei direkt zugänglichen, konvexen Oberflächen möglich

ist. Starre rotierende Instrumente werden also ebenfalls benötigt.

In der Universitätszahnklinik von Indiana wurden die gebräuchlichen Instrumente zur Composite-Bearbeitung miteinander verglichen. Benutzt wurden:

Normale Diamanten zur Kavitätenpräparation mit einer Korngröße von über 100 Mikron.

Hartmetall (Wolframkarbid)-Finierer mit 12 bzw. 40 Rippen

Grüne Karborundumsteine

Arkansas-Steine

Finierdiamanten mit einer Partikelgröße von 40 bzw. 15 Mikron

Als Füllungsmaterialien kamen Adaptic, Estilux posterior, Silar, Visio-Dispers im Vergleich zu Zahnschmelz zum Einsatz.

Es wurde jeweils die erreichte Rauhtiefe gemessen und die Ränder und Oberflächen der Füllungen im Raster-Elektronen-Mikroskop betrachtet.

Ergebnis: Die Finierdiamanten mit den Partikelgrößen von 40 und 15 Mikron nacheinander angewendet, brachten gleich glatte Oberflächen, wie Hartmetallfinierer und Steine.

Gleichzeitig verursachten sie aber entscheidend weniger Materialausbrüche am Füllungsrand. Bei mikrogefüllten Composites sind nur die superfeinen Diamanten effektiv.

JADA 107 (4); 575-580, 1983

Hinterkopfschmerz als Symptom eines nicht kompensierten okklusalen Geschehens

– zwei Leidensgeschichten

I.

Beate E., 26 Jahre alt, pädagogische Assistentin, berufstätig mit Kind

19.01.84: Beginn von starken Kopfschmerzen, ausstrahlend vom Nacken und Hinterkopf.

20.01.84: Kopfschmerzen mit starker Übelkeit und Schwindel.

22.01.84: Starke Kopfschmerzen ausgehend vom Hinterkopf über den Kopf ausstrahlend. Einlieferung ins Krankenhaus B.B. Neurologisch-Psychiatrische Abteilung Dr. K.

Diagnostik: 7 (sieben) Röntgenbilder der HWS, EEG, großes Blutbild, Computertomogramm, Punktion der Wirbelsäule, Doblersenographie.

Diagnose: Akute Nackenhinterkopfschmerzsymptomatik bei muskulärer Verspannung.

Therapie: Limbatriol tägl. 3 x 1 Tabl. (zur Schmerzlinderung psychovegetativ sedierend) später physikalische Therapie mit Fangopackungen und Bindegewebsmassagen.

Nach Angaben des Krankenhauses kam es nach dieser Therapie "zu einer raschen, vollständigen Rückbildung des Schmerz-

syndroms". Nach Angaben von Frau Beate E. wurden im Krankenhaus zusätzlich 2 Infusionen und 2 x 1 Normabrain Tabl. verabreicht.

08.02.84: Entlassung aus dem Krankenhaus B.B. Kopfschmerzen ließen nach. Es bestand noch manchmal starke Übelkeit in Verbindung mit Schwindel.

Weiterbehandlung: Dr. F., Hausarzt.

Therapie: Neurotrat und Salbe Bayolin.

17.02.84: Wiederholtes Einsetzen der Kopfschmerzen verbunden mit Übelkeit und Schwindel. Frau Beate E. mußte wieder liegen und konnte fast nichts essen. Sie suchte daraufhin den Orthopäden Dr. O. auf.

Diagnose: Generalisiertes WS-Syndrom bei Fehlstatik mit leichter Skoliose, Rundrücken, Hohlkreuz, Muskelatrophie und multiplen Blockierungen, Beinverkürzung rechts.

Diagnostik: Rö der gesamten Wirbelsäule (5 Aufnahmen)

Rö-Diagnose: Keine sicheren Hinweise auf ein akut entzündliches oder destruktives Geschehen.

Therapie: Fersenpolster rechts von 1 cm. Lokale elektrophy-

Arzneimittelindex

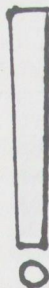
Unter der Überschrift „Die Partner sorgen für Transparenz“ gaben am 9.3. 1984 die Bundesverbände der Orts-, Betriebs-, Innungs- und landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft, die Verbände der Ersatzkassen, die Bundesvereinigung der Deutschen Apothekerverbände und die Kassenärztliche Bundesvereinigung die folgende Gemeinsame Presseerklärung heraus:

Das erfolgreiche Transparenzprojekt GKV-Arzneimittelindex wurde jetzt aus der öffentlichen Förderung entlassen und in die Obhut der Selbstverwaltung der Spitzenverbände der Krankenkassen, Ärzte und Apotheker übernommen. Sie bestreiten seit Beginn des Jahres 1983 die Finanzierung des Grundprojektes. Einige Ergänzungen wurden noch vom BMA gefördert.

Seit 1981 berichtet der GKV-Arzneimittelindex regelmäßig über die Preisentwicklung und die wesentlichen strukturellen Veränderungen auf dem Arzneimittelmarkt. Die Spitzenverbände der GKV, die Ärzteschaft und die Apothekerschaft wollen auch künftig regelmäßig mit den Ergebnissen ihrer Preisbeobachtungen und gemeinsamen Interpretationen der Entwicklungen auf dem Markt für Fertigarzneimittel die Öffentlichkeit und die am Gesundheitswesen Beteiligten informieren. Die Verbände bedienen sich dabei umfangreicher wissenschaftlicher Hilfestellungen durch namhafte Pharmakologen und die Arzneimittelkommissionen der deutschen Ärzteschaft sowie der Apotheker.

Die Ausgaben für Arzneien, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken machen mit ca. 14,4 Milliarden DM im Jahre 1983 etwa 15 v. H. der gesamten Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Sie sind damit der drittgrößte Ausgabenposten.

Nach den neuesten Ergebnissen des GKV-Arzneimittelindex lagen die Arzneimittelpreise im Januar 1984 um 3,6 v. H. höher als im Januar 1983. Für den Februar 1984 zeichnet sich auf dem Pharma-Markt ein starker Preisschub ab. Erste vorläufige Auswertungen des Datenmaterials aus dem Jahre 1983, in dem die Arzneimittelpreise um durchschnittlich 5,8 v. H. erhöht worden waren, zeigen einen Rückgang der Zahl der Verordnungen durch die niedergelassenen Ärzte um rund 10 v. H. Dies hat allerdings bei der gesetzlichen Krankenversicherung zu keiner Ausgabenminderung geführt, da dieser Effekt durch Veränderungen auf dem Markt (teurere Präparate, größere Packungen) aufgehoben wurde.



sikalische und antiphlogistische Maßnahmen. Übungsbehandlung und Chirotherapie.

20.02.84: Wieder Zunahme der Kopfschmerzen und der Übelkeit bei einwandfreier Beweglichkeit der HWS ohne Blockierungszeichen, also keine Besserung der Kopfschmerzen, eher eine Verschlechterung. Der Hausarzt Dr. F. riet Frau Beate E. einen Internisten aufzusuchen. Internist Dr. M. fiel eine vergrößerte Schilddrüse im Sinne einer Struma II, dazu deutliche Verspannungen im Nackenbereich auf.

Diagnostik: Großes Blutbild mit Überprüfung der Schilddrüsenfunktion, Blutdruckmessung.

Therapie: Vasomotal, Vertigo-Vomex, Limbatril, Effortil.

Da keine Besserung auftritt - Überweisung zum HNO Dr. R. und später zum Neurologen Dr. M. HNO-Arzt stellte nichts fest und verordnete nichts, da seiner Meinung nach eine HWS-bedingte Ursache vorlag.

Neurologe Dr. M. sieht die Beschwerden als Folge der Liquorpunktion und empfiehlt Frau Beate E. einige Tage strenge körperliche Schonung und Bettruhe einzuhalten.

02.03.84: Besuch beim Zahnarzt.

Diagnose: Zahn 26 devital, sehr auffällige vorzeitige Kontakte im Molarenbereich und Balancekontakte links. Schmerzen bedingt durch nächtlichen Bruxismus wegen devitalem Zahn 26.

Therapie: Extraktion 26, Aufbißbehelf, Einschleifen der auffälligen vorzeitigen Kontakte und Balancestörungen, Herstellung einer akzeptablen Zentrik.

Patientin Beate E. ist nach 2 Wochen schmerzfrei.

II.

Alfred P., 29 Jahre alt, Mauerer, geht annähernd jeden Abend aus, schläft wenig, trinkt mindestens 5 Bier und raucht etwa 20 Zigaretten täglich.

Vor etwa 1 Jahr wegen starker Kopfschmerzen im Hinterkopf-Nackebereich bei Hausarzt Dr. R. in Behandlung.

Diagnose: Kopfschmerzen

Therapie: Schmerzmittel (unbekannt)

Keine Besserung: Überweisung an Dr. M. Facharzt für Neurologie und Psychiatrie - Psychotherapie.

Diagnose: Funktionelle Kopfschmerzen (Spannungskopfschmerzen)

Bei der neurologischen Untersuchung ergeben sich keinerlei Auffälligkeiten. In psychischer Hinsicht macht der Patient den Eindruck eines Mannes, der hinter einer harten Schale einen weichen Kern verbirgt.

EEG: Mangelnde Entspannungsfähigkeit, kein pathologischer Befund, insbesondere kein Herd- oder Seitenbefund.

Echo: Mittelständig

Der Patient kommt regelmäßig zum Atembiofeedback, ich habe auch letztlich mit Impletol gequaddelt.

Soweit der Arztbrief Dr. M.

Der Patient berichtet zusätzlich, daß er nach Verordnung folgende Medikamente regelmäßig einnahm:

Dihydergot tetard, Ludiomil

75, Silentan, Wyeth Tavor 1,0. Dazu wurde autogenes Training gemacht.

Alles zeigte keinerlei Besserung, der "sehr starken" Kopfschmerzen, so daß der Patient täglich mehrere Kopfschmerztabletten einnehmen mußte, um überhaupt arbeitsfähig zu sein.

Eine Überweisung zum Röntgen an das Bezirkskrankenhaus ergab keine röntgenologischen Hinweise auf ein pathologisches Geschehen im Bereich der HWS.

Weiterhin wurden täglich mehrere Schmerztabletten benötigt.

Der Patient leidet etwa ein dreiviertel Jahr unter ausstrahlendem Kopfschmerz, als er den Zahnarzt aufsucht.

Diagnose: Sehr auffällige Balancestörungen beidseitig mit Schliffacetten und Lockerung der Frontzähne. Sämtliche Zähne sind eindeutig vital. Röntgenologisch kein Hinweis auf ein Herdgeschehen. Verdacht auf starken nächtlichen Bruxismus. Fragen nach Knirschen und Pressen wurden vom Patient negativ beantwortet.

Therapie: Anfertigung eines Aufbißbehelfs, vorsichtiges Einschleifen von Frühkontakten und Balancekontakten im Bereich der Molaren. Patient benötigt nach 6 Wochen schon keine Medikamente mehr und ist nach 8 Wochen fast völlig beschwerdefrei.

Zu diesen beiden Krankengeschichten:

1. Der Zahnarzt wurde in beiden Fällen nicht aufgesucht,

weil von den vorbehandelnden Fachärzten oder vom Patienten ein Zusammenhang mit dem Kauorgan vermutet wurde.

Der Zahnarzt ist allein durch seinen Anmeldefragebogen auf die Kopf- und Nackenschmerzen aufmerksam geworden.

2. Beide Patienten waren nur zögernd bereit über ihre Kopfschmerzprobleme zu berichten, und die Vermutungsdiagnose des Zahnarztes wurde von beiden nur ungläubig mit einem "gibt's so etwas" beantwortet.

3. In beiden Krankengeschichten wird von den vorbehandelnden Kollegen richtig diagnostiziert:

Hinterkopfschmerzen bei muskulärer Verspannung bzw. funktioneller Kopfschmerz. Einen Zusammenhang mit dem Kauorgan hatte ein "funktionelles" Geschehen im Bereich des Kopfes und der Halswirbelsäule für die vorbehandelnden Kollegen offensichtlich nicht, denn ein Hinweis darauf findet sich in den Krankengeschichten nicht. Die zahnärztlich therapeutischen Hilfsmittel, also die Anfertigung eines Aufbißbehelfs, Einschleifmaßnahmen zur Okklusionskorrektur usw. sind für den Patienten so gut wie überhaupt keine Belastung, sowohl in körperlich-seelischer wie in zeitlicher Hinsicht.

4. Eine spezielle medikamentöse Begleittherapie fand von seiten des Zahnarztes nicht statt. Beide Patienten wurden dazu angehalten nach Eingliederung des Aufbißbehelfs jegliche Medikamenteneinnahme möglichst vollständig zu unterlassen, um noch auftretende Symptome nicht zu verwischen.

6. Uns Zahnärzten wird aus

beiden Krankengeschichten klar, daß nur eine relativ aufwendige Diagnostik von seiten der übrigen Fachbereiche in vielen Fällen eine Klärung derartiger Kopfschmerzprobleme bringen kann, nur wäre die Frage, ob zahnärztliche

Diagnostik nicht am Anfang stehen sollte und nicht, wie hier geschehen zufällig am Ende, selbst wenn nur in einem geringen Prozentsatz die zahnärztliche Diagnostik und Therapie ausreichen würde.

Dr. Jürgen Heidtkamp
Sedanstr. 18
8400 Regensburg

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

FABRIKATIONSFEHLER

Bei der Verwendung der Arzneimittel
- topalloy non gamma 2
- indentalloy non gamma 2
- normalloy non gamma 2
- panalloy 2000 non gamma 2
sind, wie den Direktabnehmern schriftlich mitgeteilt wurde, Nebenwirkungen aufgetreten. Der Hersteller dieser Amalgame bittet hiermit nochmals, diese Amalgame, und zwar sämtliche Chargen-Nummern, nicht mehr zu benützen und den Bestand an den Lieferanten zurückzusenden. Als Nebenwirkungen sind, in der Regel 1-5 Tage nach Legen der Füllung, Pul-

pitiden bis zur Nekrose bei Packungen beobachtet worden, deren Chargen-Nummer mit der Ziffer 3 beginnt und die mit den Ziffern 7, 8, 9 oder 10 endet. Die Chargen-Nummer befindet sich auf dem Flaschenboden. Es wird nochmals gebeten, Patienten, bei denen Amalgam mit den genannten Chargen-Nummern verarbeitet wurde, einzubestellen und gegebenenfalls die Füllung zu ersetzen.

ZM 5/84

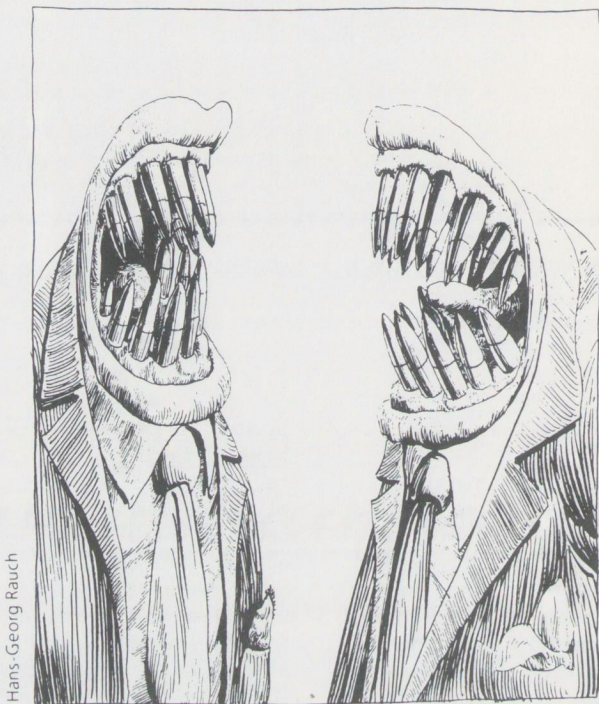
Die Schädlichkeit beruht laut Auskunft des BDZ auf einer Beimengung von Formaldehyd. Es handelt sich also um einen Fabrikationsfehler.

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

Wir wollen diesen beiden Herren

die Zähne ziehen!

Dazu brauchen wir Ihre Unterstützung



Hans-Georg Rauch

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

Sicherheitspolitik, und trägt zur Versachlichung der Friedensdiskussion bei.

Das Institut ist in Selbstorganisation aufgebaut worden, arbeitet ohne staatliche Unterstützung und ist gemeinnützig.

Der monatliche Informationsdienst MEDIATUS, den unsere Mitglieder kostenlos erhalten, ist immer mehr zur unentbehrlichen Argumentationshilfe innerhalb und außerhalb der Friedensbewegung geworden. Der Mindestbeitrag: DM 100,- p. a.

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

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

Name _____

Adresse _____

Forschungsinstitut
für Friedenspolitik e.V.

Dr. Alfred Mechtersheimer
Uhdestraße 2, 8130 Starnberg

Den Frieden gibt es nicht geschenkt.

4. Medizinischer Kongress zur Verhinderung eines Atomkriegs

- 30. 3.-1. 4. 84

"Unser Eid auf das Leben verpflichtet zum Widerstand" - unter diesem Motto stand nach der Entscheidung für die Nachrüstung der 4. Medizinische Kongreß zur Verhinderung eines Atomkriegs. Nach den Kongressen in Hamburg, Berlin und München nun in Tübingen, einer Stadt, in der wie überall die absurden medizinischen Vorbereitungen auf einen Atomkrieg deutlich werden: das Emile-Roux-Krankenhaus wurde in ein Reservelazarett der Bundeswehr umgerüstet, obwohl für die im selben Gebäude untergebrachte Klinik für Hirnverletzte, die zu einem großen Teil Patienten aus den letzten beiden Weltkriegen versorgt, diese Räumlichkeiten dringend benötigt würden.

Das Augenfälligste an diesem Kongreß: Obwohl hervorragend organisiert und trotz Ausweitung der ursprünglich geplanten Kapazität auf das Doppelte), (6 zusätzliche Hörsäle wurden über Video an den Haupttagungsraum, die Mensa, kurzfristig angeschlossen) die Uniräume konnten die Kongreßteilnehmer nur zum Teil fassen. Viele hundert Interessenten, die die Anmeldung zum Kongreß nicht rechtzeitig getätigt hatten, konnten wegen

Überlastung der Räumlichkeiten nicht mehr eingelassen werden.

Besonders erfreulich war die Tatsache, daß im Gegensatz zu früheren Kongressen eine deutliche Veränderung der Altersstruktur zu verzeichnen war: auffallend viele ältere Kollegen nahmen an der Veranstaltung teil - eine Trendwende? Sollte es etwa doch so sein, wie der Philologe Robert Jungk sagt, daß das <<Neue an der Friedensbewegung ist, daß sie unpolitische Kreise ergreift, weit mehr, als dies frühere Bewegungen taten. Die Menschen da sind nicht mehr durch die Ideologie verbunden, sondern durch ihre Menschlichkeit.>>?

Das Themenangebot auf diesem Kongreß war breit gefächert wie nie zuvor. Es referierten so hochkarätige Leute wie

- Fritjof Capra, Prof. Dr., Berkley USA
- Eberhard Richter, Prof. Dr. med., Dr. phil., Gießen
- Robert Jungk, Dr. Dr. phil., Salzburg
- Walter Fabian, Prof. Dr., Köln
- Till Bastian, Dr. med., Heidenheim
- Robert Pfeiffer, Dr. med., Hamburg
- Alfred Mechtersheimer, Dr.,

Starnberg

- Marvin Kalkstein, Prof. Dr.,
USA

- Erich Küchenhoff, Prof. Dr.,
Münster

- Kurt Sroka, Dr. med., Ham-
burg

- Walter Jens, Prof. Dr. Dr.,
Tübingen

und viele andere profilierte
Redner, die aufzuzählen den
gebotenen Rahmen sprengen
würde.

Hervorheben allerdings möchte
ich Walter Jens, dessen Vor-
trag wohl als der eigentliche
Höhepunkt des Kongresses ange-
sehen werden muß.

Dieser Mann hat es verstanden,
einen brechend vollen Kongreß-
saal mit einer an Rhetorik,
Stimmgewalt, Inhalt und Logik
umverfendeh Rede 60 Minuten
lang zu fesseln, auf sich zu
konzentrieren und zu begei-
stern. (Thema: Hippokrates und
Holocaust. Von der Verantwor-
tung der Wissenschaft in fin-
sterner Zeit.) Eine Rede, die
nicht nur die praktischen Mög-
lichkeiten des Arztes aufzeig-
te, in Ausübung seiner beruf-
lichen Tätigkeit für Frieden
und Abrüstung einzutreten,
sondern die auch die öffentli-
che Anprangerung der Firmen
und Konzerne anriet, die auf
Rüstung zum Krieg hin ausge-
richtet sind und der Kriegs-
treiberei Vorschub leisten.

Frenetischer Beifall und "ste-
hende Ovationen" wurden ihm
zuteil, als er völlig
erschöpft seine Rede abge-
schlossen hatte.

Geplanter und als solcher auch
angekündigter Höhepunkt des
Kongresses war die Podiumsdis-
kussion (geleitet von Franz
Alt, Report-Moderator) zwi-

schen Vertretern der Friedens-
bewegung und Vertretern der
Bundesärztekammer BÄK.

Nachdem die BÄK erstmals sich
herbeigelassen hatte, zum 4.
Medizinischen Kongreß offi-
zielle Vertreter zu entsenden,
(Dr. G. Osterwald, Präsident
der Landesärztekammer Nieder-
sachsen, Vizepräsident der BÄK
und Dr. K. Vilmar, Präsident
der BÄK Köln) waren die kon-
trären Diskussionsstandpunkte
vorbestimmt:

Hie - Boykott der Katastro-
phenmedizin, Ablehnung der
Triage und Eintreten für Auf-
klärung der Bevölkerung ("wir
werden Euch nicht helfen kön-
nen"), dort Forderung nach un-
politischer, unreflektierender
ärztlicher Tätigkeit und medi-
zinischer Vorbereitung für den
Holocaust, um <<auch im Ernst-
fall so gut helfen zu können
wie es gerade geht.>>

Bezeichnenderweise, aber des-
halb nicht weniger erschrek-
kend, schieden sich am Begriff
"Katastrophenmedizin" die Gei-
ster.

Die Definition der Friedensbe-
wegung: Katastrophenmedizin =
Kriegsmedizin mit der Anwen-
dung der Triage = psychologi-
sche Kriegsvorbereitung.

Dagegen Dr. Osterwald: Kata-
strophenmedizin = Notfallmedi-
zin, auch heute schon prakti-
ziert, z. B. bei Massenkaram-
bolagen im Straßenverkehr, bei
Flugzeugabstürzen über dicht
besiedeltem Gebiet oder "bei
dem Unfall in Spanien, als ein
Tanklastwagen einen dicht be-
legten Campingplatz in Brand
setzte."

- eine groteske Definition,
die entweder aus Dummheit oder
aus gewollter Verharmlosungs-

absicht heraus geboren ist. Mut jedenfalls kann man dem Vizepräsidenten der BÄK nicht absprechen; denn mit dieser Begriffsauslegung hat er sich coram publico an den Rand der Lächerlichkeit manövriert.

Zuletzt gab es doch noch eine Annäherung der konträren Positionen, als Dr. Vilmar den Beschluß des Deutschen Ärztetages (1983 in Münster) verlas, in dem die Aussichtslosigkeit einer medizinischen Hilfe im Falle eines Atomkriegs sinngemäß ausgesprochen wurde.

Zudem versicherte Dr. Vilmar, daß von der BÄK kein Antrag auf Approbationsentzug für diejenigen Ärzte gestellt werde, die sich weigerten, Lehrgänge in Sachen Katastrophenmedizin zu absolvieren.

Ob diese Aussage als Lippenbekenntnis zu werten ist, oder ob die BÄK tatsächlich die Friedensbewegung ernst zu nehmen beginnt - es wird sich zeigen, zumal mittlerweile auch Leute wie Verteidigungsminister Wörner anscheinend besorgt auf die sich neu abzeichnende Rüstungspirale (star-war) reagieren.

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

=====

- INFORMATIONEN - INFORMATIONEN - INFORMATIONEN - INFORMATIONEN -

=====

Mehr Ärzte

In der Bundesrepublik Deutschland gab es im vergangenen Jahr (Stichtag: 31. Dezember) 184.228 Ärztinnen und Ärzte. Nach Angaben der Bundesärztekammer war das gegenüber 1982 ein Plus von 6.109 oder 3,4 %. Dieser Zuwachs

entspricht der durchschnittlichen jährlichen Zuwachsrate seit 1974. In freier Praxis waren den Angaben zufolge 64.032 Ärzte tätig, 1.614 oder 2,6 % mehr als ein Jahr zuvor. Die Zahl der Krankenhausärzte stieg um 161. Auf 403 Einwohner kam 1983 ein berufstätiger Arzt.

=====

- INFORMATIONEN - INFORMATIONEN - INFORMATIONEN - INFORMATIONEN -

=====

fältig evaluiert. Fluoridkonzentrationen, die Enzyme oder Zellwachstum hemmen können, kommen weder bei der Trinkwasserfluoridierung noch bei den für die individuelle Kariesprophylaxe verwendeten Dosierungen im Gewebe vor. Selbst bei mehrfach überhöhten Fluoridkonzentrationen, wie sie beispielsweise in Tansania gemessen wurden, beobachtet man bei Kindern keine Knochenfluorose.

Die Auswirkung der Trinkwasserfluoridierung auf die Fluoridkonzentration in den Flüssen ist studiert worden und extrem gering, verglichen etwa mit Einflüssen durch Regenfall und Schneeschmelze. Effekte auf Flora und Fauna der Gewässer sind daher nicht zu erwarten, aber auch nicht beobachtet worden.

Was die ernährungsseitige Kariesprophylaxe anbelangt, so stellt das Bundesgesundheitsamt zwar die Bedeutung von Zucker für die Kariesentstehung klar heraus, weist aber darauf hin, daß der Verzehr von "raffinierten Kohlenhydraten, speziell Fabrikzucker jeder Art" nicht die einzige Ursache der Zahnkaries darstellt. Die Aussage der GGB, Fabrikzucker sei die einzige Ursache der Karies, ist also unrichtig.

Interessanterweise enthält das Rundschreiben der GGB am Schluß die Empfehlung für eine "vitalstoffreiche Vollwerternährung". Dabei handelt es sich um Produkte, die von der Firma Schnitzer, St. Georgen, angeboten und die unter anderem in dem Krankenhaus Lahnhöhe, dem Sitz der GGB, zur Behandlung eines großen Spektrums von Krankheiten verwendet werden.

Die Werbung mit der Angst ist möglicherweise für den Absatz von "Gesundkost"-Produkten besonders wirksam.

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Nach einer Zeit relativer Ruhe hat die kleine bekannte Gruppe aktiver Fluoridgegner abermals eine bundesweite Kampagne gegen die Verabreichung von Fluoriden zur Verhütung der Zahnkaries eingeleitet. Auslösende Faktoren waren unter anderem vermutlich

a) die sich durchsetzende Einsicht, daß ohne Fluoridanwendung eine effektive Kariesprophylaxe nicht möglich ist und

b) die Vereinbarungen vom Herbst 1983 zwischen den zahnärztlichen Berufsorganisationen und den Verbänden der Krankenkassen, diese Erkenntnisse in praktische Maßnahmen umzusetzen.

Sinn der Kampagne ist - wie schon in früheren Jahren -, insbesondere jene Personenkreise oder Einzelpersonen zu verunsichern, die sich einerseits nicht selbst in dem erforderlichen Ausmaß mit den Fakten einer Fluoridprophylaxe der Zahnkaries vertraut machen können, die andererseits jedoch bei der Durchführung solcher Maßnahmen Entscheidungen zu treffen oder Verantwortung zu übernehmen haben. Es müßte den Rahmen der vorliegenden Richtigstellung überschreiten, wenn hier auf die von den Fluoridgegnern abermals vorgebrachten Einwände im Detail eingegangen würde.

Fortsetzung s. S. 71

SIEMENS

Alles aus einer Hand



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

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

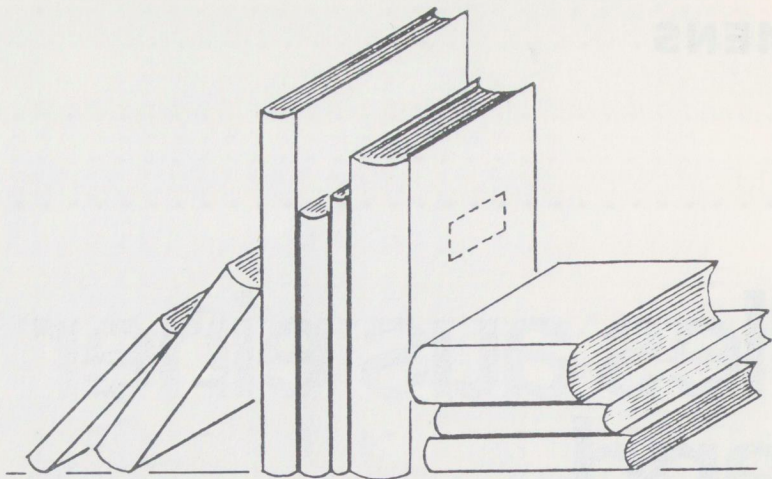
Postkarte bitte an eines der aufgeführten Dental-Depots.

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

8500 Nürnberg
Frauentorgraben 61
Telefon 0911/209271-74

8580 Bayreuth
Telemannstraße 1
Telefon 0921/69644

8400 Regensburg
Kumpfmühler Straße 65
Telefon 0941/97198



FACHBÜCHER ZU AKTUELLEN THEMEN

MARYLAND-BRÜCKE

Simonsen R. J. / P. Thompson / G. Barrack, Die Säureätzttechnik in der Brückenprothetik. 1983. 180 Seiten mit Abb. DM 186,—

Heinberg B. J., Die modifizierte Maryland-Brücke. 1984. 131 Seiten mit Abb. DM 158,—

HOMÖOPATHIE

Mastalier O., Herdtestmethoden und Störfeldmethoden der Ohrakupunktur für Zahnärzte und Ärzte. 1984. 52 Seiten mit Abb. DM 29,—

Meuris J., Homöopathie in der zahnärztlichen Praxis. 1984. 298 Seiten. DM 64,—

Wienrich H., Homöopathie in der Zahnheilkunde: Symptomatik, Therapie, Prophylaxe. 1982. 152 Seiten. DM 35,80

Rost, A., Thermoregulationsdiagnostik: Leitfaden und Atlas für die tägliche Praxis. 1983. 130 Seiten mit Abb. DM 158,—

FACKLER & WAGENBAUER

Fachbuchhandlungen KG

Beethovenstraße 12

D-8000 München 2

Telefon: 0 89 / 53 39 59

Bücher:

Herber, R., 100 Jahre Krankenversicherung

Quintessenz-Verlag, DM 28,--

Am 15. Juni 1983 jährte sich zum 100. Male der Tag, an dem das Krankenversicherungsgesetz verkündet wurde. Hierdurch wurde in Umsetzung der Kaiserlichen Botschaft von 1881 die Soziale Krankenversicherung in Deutschland auf eine normative Grundlage gestellt und ein wesentlicher Schritt zum Aufbau des Systems sozialer Sicherung geleistet.

Im Laufe der Jahrzehnte haben die Gesetzliche Krankenversicherung und das später in diese integrierte Kassenarztrecht einen tiefgreifenden Strukturwandel erfahren, der sich in den letzten Jahren weiter beschleunigt hat. Die Heilberufe, die eng mit dieser

Entwicklung verflochten sind, wurden nachhaltig von diesem Wandlungsprozeß erfaßt.

Das Forschungsinstitut, das sich seit seiner Gründung den Fragen zur Struktur der GKV gewidmet hat, bat aus Anlaß des 100. Geburtstages Spitzenvertreter der Parteien, der Heilberufe und Krankenkassen sowie Wissenschaftler verschiedener Fachrichtungen zum Dialog über Fragen des Kassenarztrechtes nach Bonn. Über die reine Standortbestimmung des Kassenarztrechtes hinaus wurden vor allem Ansätze zu einer Weiterentwicklung des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung erörtert.

Micheelis, W., Merkmale zahnärztlicher Arbeitsbeanspruchung

Die dritte Broschüre des Forschungsinstituts für die zahnärztliche Versorgung wendet sich mit der Analyse zahnärztlicher Beanspruchung einem

Problemkreis zu, der bislang wenig beachtet wurde. Erst in jüngster Zeit sind, auch im internationalen Schrifttum, erste Bemühungen zu beobach-

ten, die sich diesem wissenschaftlichen 'weißen Fleck' zuwenden.

Diese Ansätze sind um so mehr zu begrüßen, als die Persönlichkeitsvariablen des Zahnarztes eine Einflußgröße darstellen, die im zahnärztlichen Arbeitssystem unbedingt berücksichtigt werden sollte. Aus diesem Grunde stellt die Erforschung von Formen, Ausmaßen und Zusammenhangsstrukturen von Stressoren im zahnärztlichen Tätigkeitsfeld auch einen wichtigen Schwerpunkt in der Themenpalette des Forschungsinstituts für die Zahnärztliche Versorgung (FZV) dar.

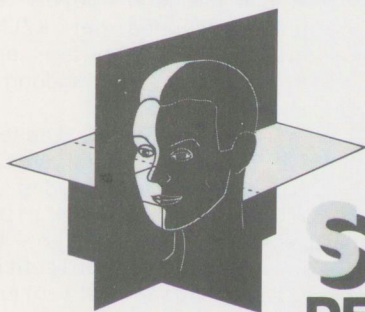
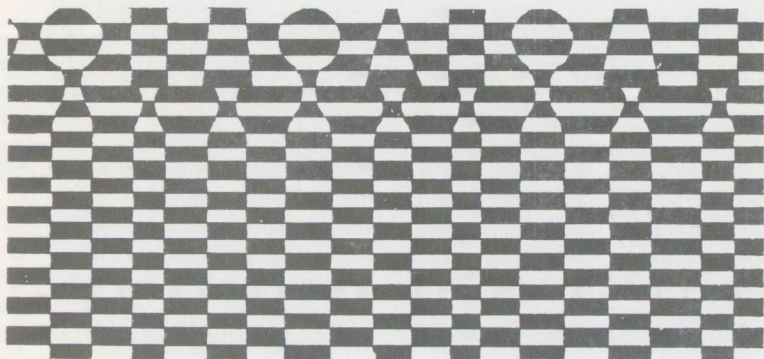
Die vorliegende Studie basiert auf der schriftlichen Befragung eines repräsentativen Querschnittes von 274 niedergelassenen Zahnärzten. Dabei

wurde ein durchstrukturierter Fragebogen mit teils geschlossenen, teils offenen Antwortmöglichkeiten verwendet. Neben der körperlichen Belastung wurde vor allem auch die kognitive Arbeitssituation sowie die Belastung durch das soziale Umfeld in die Untersuchung mit einbezogen.

Diese Arbeit bietet keine abschließenden Ergebnisse. Sie will vielmehr einen Beitrag dazu liefern, das Defizit in einem Forschungszweig aufzufüllen, der sich zunächst um die richtigen Fragestellungen bemüht. Man darf gespannt sein, welche Ergebnisse hier in Zukunft noch erarbeitet werden, die z.B. darüber Aufschluß geben könnten, wie die Interaktion von (Zahn-)arzt und Patient optimal zu gestalten sei.

Wer Interesse an den regelmäßigen wissenschaftlichen Veröffentlichungen des Forschungsinstitutes für die Zahnärztliche Versorgung hat, kann dies dem FZV (Adresse: FZV, Postfach 410169, Universitätsstr. 73, 5000 Köln 41) mitteilen. Das FZV sendet dann die aktuellen Veröffentlichungen zu.

**NUTZEN SIE UNSERE
PRÄZISION ZUR WERBUNG
FÜR IHRE PRAXIS.**



**SEIDEL
DENTAL-LABOR**

CARL-MARIA-VON-WEBER-STR. 2
8400 REGENSBURG

TEL. (0941) 704370
71710

Dilemma:

Um zum Thema Ersatzkassenpatienten oder wie es im Schriftverkehr offiziell heißt: "Zulassung der Behandlung von Ersatzkassenpatienten ohne Überweisungsschein in den zahnärztlichen Abteilungen der Kliniken der Universität Göttingen" die allgemeine Verunsicherung bzw. Unkenntnis zu beseitigen, soll mit folgendem Artikel eine zusammenfassende Darstellung des gesamten Sachverhalts gegeben werden:

Da in der Vergangenheit das Verhältnis Patienten/Studenten permanent ungünstiger wurde, sah das ZZMK Göttingen die Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Ausbildung der Studenten gefährdet.

Resultat dieser Sorge war letztlich ein Antrag der Universität Göttingen an die KZVN mit dem Inhalt, die Ersatzkassenzulassung zu erhalten. Nach Befragung ihrer Verwaltungsstelle Göttingen teilte die KZVN mit, daß sie außerstande sei, einer VdAK-Beteiligung der Universität zuzustimmen.

Sie versicherte zwar, sich "ausführlich" mit dem Ersuchen auseinandergesetzt zu haben, und - großes Verständnis für die hiesigen Probleme aufzubringen - dafür fiel die Begründung der Ablehnung jedoch recht undifferenziert aus: die Ursache sei in der großen Anzahl von Zahnärzten, die in Göttingen niedergelassen sind, zu suchen ...

Eine deutliche Sprache verrät dagegen die Stellungnahme der Verwaltungsstelle Göttingen.

Der Patientenmangel, heißt es darin, sei in allen Kliniken kleinerer Universitätsstädte zu beobachten. Die Verantwortung dafür trügen diejenigen, die "Hunderter-Modelle" auch für die kleinen Universitätsstädte verordnet hätten.

Die daraus resultierende Fehlentwicklung dürfe allerdings nicht zu Lasten der ansässigen Kollegen fallen, die aufgrund der Überversorgung teilweise ohnehin schon nicht mehr ausgelastet seien.

Nach dieser Abweisung versuchte die Uni Göttingen einen Kompromiß dahingehend, zumindest für ersatzkassenversicherte Bedienstete und Studenten der Universität eine unmittelbare Behandlung zu ermöglichen.

Diesem Wunsch wurde seitens des Vorstandes der KZVN ebenfalls nicht entsprochen; eine Begründung nicht gegeben!!!

In diesem Licht lassen sich die in der Presse veröffentlichten Äußerungen des 1. Vorsitzenden der KZVN, Dr. Albers, den Studenten blieben angesichts der schlechten Ausbildung die Patienten weg, wohl nur noch als impertinent bezeichnen.

Daß Dr. Albers mittlerweile die Lehrgenehmigung an der Universität Göttingen entzogen wurde, kann von studentischer Seite daher eindeutig unterstützt werden.

Die Redaktion des BOHRER'S
Zeitung der Zahnmedizin-
studenten Göttingen

Ohne Kommentar:

N i e d e r s c h r i f t

über die 2. Vorstandssitzung der Bayerischen Landesarbeitsgemeinschaft
Zahngesundheit e.V. (LAG-Z) am Mittwoch, den 21. Sept. 83 im
Zahnärzthehaus München

Beginn : 9.00 Uhr

Ende: 12.30 Uhr

Anwesende: siehe Anwesenheitsliste

A U S Z U G

TOP 8: Finanzielle Auswirkungen - Haushaltsplan 84

Dr. Wegmann vertritt den Standpunkt, daß mehr Werbung für die
LAG-Z betrieben werden sollte, um zahlungskräftige Mitglieder
zu gewinnen. Er denkt dabei an Banken und Sparkassen sowie an die
Süßwarenindustrie.

Fischer will hier dem Geschäftsführer freie Hand lassen.

Ziegler könnte hier schon Adressen liefern. Man wäre auch damit einverstanden, wenn Dr. Wegmann sich bei seinen Werbeschreiben auf die Krankenkassen bezieht. Beispielsweise könnte man die Vorsitzenden des Sparkassenverbandes und der Bayernversicherung anschreiben. Die Werbebriefe sollten vom Geschäftsführer und von Fall zu Fall von den beiden Vorsitzenden der LAG-Z unterzeichnet werden.

Dr. König schließt die Sitzung um 12.30 Uhr und dankt für die rege Mitarbeit.

Namen:

Dr. Wegmann: Geschäftsführer der LAG-Z

Fischer: Vertreter der Krankenkassenverbände in Bayern, stellvertretender Geschäftsführer

Ziegler: Stellvertretender Geschäftsführer des Landesverbandes der Ortskrankenkassen in Bayern

Dr. König: Vizepräsident der Landes Zahnärztekammer

Erste Erfolge des politischen Arbeitskreises des DAZ in Niedersachsen

Der DAZ führte eine Rechtsaufsichtsbeschwerde beim zuständigen niedersächsischen Sozialminister über die wirtschaftlichen Verquickungen von Kammer, KZV und "Freiem Verband" bei der gemeinsamen Herausgabe des "Niedersächsischen Zahnärzteblattes".

Sozialminister Schnipkoweit hat nach Überprüfung des Vorwurfs die wirtschaftlichen Beziehungen zwischen Kammer, KZV und "FDVZ" beanstandet. Über die Herausgabe des "Niedersächsischen Zahnärzteblattes" muß neu verhandelt werden, denn bei derartigen In-

teressenverflechtungen sei nicht auszuschließen, daß die Vorstellungen und Publikationen einer neutralen Körper-

schaft des öffentlichen Rechts von parteiischen Gedanken eines freien Berufsverbandes wesentlich beeinflußt würden.

Edelmetall
Legierungen

Edelmetall
Scheidung

Edelmetall
Galvanotechnik

Schwenninger Str. 13
Postfach 2040
7530 Pforzheim
Telefon 07231/3705-0
Telex 783607

Wieland 
Edelmetalle
GmbH

Tun Sie das Natürlichste der Welt: Abonnieren Sie NATUR.

Weil es heute wichtiger ist denn je, sich mit den natürlichsten Dingen dieser Welt zu beschäftigen. Weil es heute notwendiger ist denn je, die Natur aktiv zu schützen und zu erhalten, wo sie gefährdet ist. Weil wir alle wieder lernen sollten, Freude an der Natur zu haben. NATUR hat sich dieser gesellschaftspolitisch bedeutsamen Aufgabe verschrieben. NATUR kämpft engagiert für die Erhaltung unserer Umwelt und der natürlichen Ressourcen unseres Lebens. NATUR ist das Umweltmagazin von Horst Stern. Abonnieren Sie NATUR gleich heute. Und profitieren Sie von vielen weiteren Vorteilen: Sie bezahlen nur DM 76,80 im Abonnement statt DM 96,- für 12 Einzelhefte. Sie bekommen NATUR als einer der ersten regelmäßig frei Haus geliefert. Und Sie können NATUR jederzeit kündigen, ohne Einhaltung irgendwelcher Fristen. Schicken Sie diesen Coupon an NATUR, Leser-Service, Ringier Verlag GmbH, Postfach 70 15 29, 8000 München 70.

Lassen Sie sich Ihr kostenloses Probeheft schicken:

**Das tut NATUR für Abonnenten:
NATUR bietet Vorteile.**

- 1. 20%-iger Preisvorteil.**
- 2. Lieferung frei Haus.**
- 3. Jederzeitiges Kündigungsrecht.**

Lernen Sie NATUR kennen. Wir schicken Ihnen kostenlos eine aktuelle Ausgabe NATUR. Wenn Sie NATUR nach Erhalt des Probeheftes weiterbeziehen möchten, brauchen Sie nichts zu tun. Sie erhalten NATUR dann jeden Monat per Post – mit einem Preisvorteil von 20%, denn Sie bezahlen nur DM 76,80 für ein Jahresabonnement statt DM 96,- für 12 Einzelhefte (Österreich öS 624,- Schweiz sFr 76,80). Wenn Sie NATUR nicht weiterbeziehen wollen, dann teilen Sie uns dies innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt des Probeheftes mit. Das Probeheft dürfen Sie in jedem Fall behalten.

Vorname/Nachname _____
Straße/Nr. _____
PLZ/Ort _____
Datum/Unterschrift _____

natur
NATUR muß wachsen.

Wie gründet man eine Studien- gruppe?

Nach der Satzung des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde sind die DAZ-Mitglieder aufgerufen, sich in Studiengruppen zu organisieren, soweit dies räumlich möglich ist. Für eine funktionsfähige Organisationsstruktur der Studiengruppe ist es notwendig, einen ersten und zweiten Vorsitzenden, einen Kassenwart und einen Kassenprüfer zu wählen. Die Studiengruppe richtet ein Konto für die Beitragszahlungen ihrer Mitglieder ein und überweist nach Eingang der Zahlungen den auf der jeweiligen Hauptversammlung beschlossenen Anteil an den DAZ-Dachverband bzw. die Geschäftsstelle in München. Der Anteil der Mitgliedsbeiträge der den Studiengruppen verbleibt, wird in der Regel dazu genutzt, Fortbildungsveranstaltungen zu finanzieren oder studiengruppenbezogene Aktivitäten, wie Prophylaxeaktionen in Kindergärten und Schulen durchzuführen.

In der Regel halten die Studiengruppen einmal im Monat eine Sitzung für ihre Mitglieder ab, bei der die Fortbildung und der kollegiale Gedankenaustausch im Mittelpunkt der Sitzungen stehen. Zu diesem Zweck werden an die jeweiligen Studiengruppenmitglieder Einladungen mit den Tagesordnungspunkten verschickt. Neben der kollegialen Fortbildung spielt auch die Diskussion über die aktuelle Standespoli-

tik bei den Studiengruppensitzungen eine wichtige Rolle.

Auf der letzten Studiengruppensitzung eines Jahres muß der Vorstand der Studiengruppe und der Kassenwart entlastet werden. Anschließend erfolgt die neue Wahl.

Die Arbeit in den bisher bestehenden Studiengruppen zeigt, wie wichtig und nützlich für die Kolleginnen und Kollegen die regelmäßige Zusammenkunft ist, weil dabei auch offen Probleme und Schwierigkeiten untereinander diskutiert werden können, die bei der täglichen zahnärztlichen Arbeit auftreten. Auch die gegenseitige Beratung bei Problemen wie Praxisgründung, Wirtschaftlichkeitsprüfung und Begutachtung spielt bei den regelmäßigen Zusammenkünften eine wichtige Rolle.

Der kollegiale Gedankenaustausch über alle Gebiete, welche mit der Ausübung unseres Berufes zusammenhängen, überwindet die bei vielen Kolleginnen und Kollegen vorhandene Isolationssituation in ihrer beruflichen Tätigkeit. In den Studiengruppen kann eine Vertrauenssituation zwischen den einzelnen Mitgliedern hergestellt werden, welche auch häufig dazu benutzt wird, durch gegenseitige Besuche in der jeweiligen zahnärztlichen Praxis vom anderen Kollegen Erfahrungen zu sammeln bzw. eigene Erfahrungen an ihn weiterzugeben.

Eine ganze Reihe wichtiger zahnärztlicher Aufgaben, wie z.B. die Prophylaxearbeit oder auch die Behindertenbehandlung kann nur von mehreren Zahnärzten gemeinsam geleistet werden. So haben sich einige Mitglieder der Studiengruppe Regensburg bereit erklärt, in einem Krankenhaus abwechselnd die Behandlung schwerbehinderter Kinder durchzuführen.

Die immer größer werdenden standespolitischen Probleme

und auch die neu hinzugekommenen Aufgaben außerhalb der zahnärztlichen Praxis als Zahnarzt tätig zu werden, erfordern ein vorurteilfreies, kollegiales Miteinander. Dazu ist die Arbeit in der Studiengruppe das beste Betätigungsfeld.

Dr. Gerd Ebenbeck
Sedanstr. 18
8400 Regensburg

=====

- INFORMATIONEN - INFORMATIONEN - INFORMATIONEN - INFORMATIONEN -

=====

USA: Kariesprophylaxe leert Zahnarztpraxen

Ein internationales Symposium im Forsyth Dental Center in Boston bestätigte, daß Karieserkrankungen in den USA um etwa 50 v. H. zurückgegangen sind. Die verbesserte Mundhygiene sowie eine intensive Kariesprophylaxe durch Fluorid in Zahnpasta und Tabletten mache sich bemerkbar. Eine repräsentative Untersuchung von Schulkindern ergab sogar, daß 37 v. H. der unter acht Jahre alten amerikanischen Kinder völlig kariesfrei sind.

Die Bostoner Zahnärztervereinigung weist darauf hin, daß amerikanische Zahnärzte wegen dieser Prophylaxeauswirkungen wöchentlich fünf Patienten verlieren. Da muß sich ein Zahnarzt künftig schon etwas einfallen lassen, um seine Praxis rentabel zu erhalten. Ein kalifornischer Zahnarzt aus San José bietet bereits in seinem Wartezimmer den Patienten vor der Behandlung Wein oder Kaffee an. Nachher dürfen sie sich in der Badewanne sei-

ner Praxis entspannen. Mehr noch: Wer regelmäßig zu zahnärztlichen Untersuchungen kommt, nimmt automatisch an einer Truthahnverlosung teil.

DOK 1/84

DDR-Trinkwasser wird fluoridiert

Bis Ende 1983 verwendeten 1,7 Millionen DDR-Bürger fluoridiertes Trinkwasser. Ein auf einen Ministerratsbeschluß vom Juli 1972 zurückgehendes Programm sieht vor, auch in Ost-Berlin sowie den Ballungszentren Leipzig und Halle fluoridiertes Trinkwasser aus den Leitungen fließen zu lassen. 38 staatlich kontrollierte Anlagen in der DDR sollen Ende 1983 nach einer einheitlichen und verbindlichen Technologie dem Trinkwasser Fluor beigegeben. Die Planung sieht vor, daß 1985 bereits 3,5 Millionen Menschen mit dem prophylaktisch gegen Karies wirkenden Trinkwasser versorgt sein werden.

ZM 1/84

=====

- INFORMATIONEN - INFORMATIONEN - INFORMATIONEN - INFORMATIONEN -

=====

stehend daher nur einige grundsätzliche Bemerkungen:

1. Wirksamkeit der Fluoride

Abgesehen von den kaum noch zählbaren Mitteilungen über die erfolgreiche Prophylaxe der Zahnkaries mit Fluoriden sei zusätzlich darauf hingewiesen, daß 1982 der Bericht über eine Expertenkonferenz in Boston erschien, in dem festgestellt wurde, daß der beobachtete Rückgang im Kariesbefall in einer Reihe westlicher Länder ganz wesentlich (wenn nicht ausschließlich) auf den Einsatz von Fluoriden zurückzuführen sei (Glass, R. L., The First International Conference on the Declining Prevalence of Dental Caries. Journal Dental Research, 61. Jahrgang, Seiten 1301-1383 (1982), Special Issue).

2. Keine gesundheitlichen Schäden nach Fluoridanwendung

Durch eindeutige Gegenbeweise unbeeindruckt werden von den Fluoridgegnern immer wieder die gleichen Behauptungen vorgetragen, wonach Fluoridgaben gesundheitliche Schäden verursachen. Dazu läßt sich pauschal feststellen, daß es unter den Bedingungen für kariesprophylaktische Maßnahmen mit Fluoriden keine Meldung über dadurch verursachte körperliche oder geistige Schäden gegeben hat, die einer wissenschaftlichen Überprüfung standgehalten hat. Diese Feststellung gilt insbesondere auch für die immer wieder behaupteten negativen Einflüsse der Kariesprophylaxe

mit Fluorid im Zusammenhang mit Allergien, Mongolismus, bösartigen Tumoren sowie Skelett- und Kreislaufschäden. In welchem Umfang auf der Welt die Fluoride zur Verbesserung der Zahngesundheit eingesetzt werden, unterstreicht die Mitteilung, wonach schadlos inzwischen 320 Millionen Menschen mit fluoridangereichertem Wasser versorgt werden (Mellberg, J. R., Ripa, L. W., Fluoride in Preventive Dentistry, Quintessence Publ. Comp., Berlin 1983). Fluoride zur Verhütung der Zahnkaries sind seit einem halben Jahrhundert Gegenstand sorgfältiger wissenschaftlicher Überprüfung. Diese sowie die Erfahrungen mit einigen hundert Millionen Menschen unterstreichen die Unbedenklichkeit und Wirksamkeit.

3. Fluorid in richtiger Dosierung - kein Gift

Für den Nichtinformierten ist die immer wieder zu findende Warnung, daß "Fluor ein Gift" sei, besonders eindrucksvoll. Dabei wird unterschlagen, daß Fluor als reaktionsfreudiges Element in dieser Form praktisch nicht vorkommt, sondern stets als Fluorid. Das ist chemisch und biologisch aber ein grundlegender Unterschied. Außerdem ist Gift immer eine Frage der Dosis. Bei den für die Kariesprophylaxe empfohlenen Dosierungen kann von einer Giftwirkung der Fluoride jedenfalls nicht die Rede sein.

DOK 1984, S. 188

Betreff: FLUORIDIERUNGSMASSNAHMEN

Liebe Freunde!

In der letzten Zeit erhalte ich immer wieder mehr oder weniger ängstliche oder skeptische Hinweise auf Veröffentlichungen der verschiedensten Art und Aufmachung über die "drohende Vergiftung der Bevölkerung bei Einführung von Trinkwasser- oder Kochsalzfluoridierung". Trotzdem dabei Begriffe gebraucht werden, die so weit unter der journalistischen Gürtellinie liegen ("Endlösung durch Fluor", "Fluor-Holocaust"), daß man sich schon mitschuldig machen würde, wenn man darauf etwas entgegnet, habe ich den Eindruck, daß auch DAZ-ler von solchen Berichten nicht ganz unbeeinflusst bleiben nach dem Motto: Es könnte doch was dran sein.

Über Wirkungen und Nebenwirkungen der Fluoride gibt es inzwischen mehr als 500.000 Veröffentlichungen, mehr als über Karies und Parodontopathien zusammen. Wenn es trotz der gesicherten Erkenntnisse unbelehrbaren Besserwissern (wie Schnitzer und Knelcken, von denen die meisten dieser "wissenschaftlichen Informationen stammen) gelingt, die Medien immer wieder zu interessieren, dann liegt das einerseits am - verständlichen - Mißtrauen gegen die Chemie in der Bundesrepublik, andererseits aber vor allem daran, daß kaum jemand es der Mühe wert findet, sich selbst gründlich zu informieren.

Dazu ist es nicht nötig, alle 500.000 papers zu lesen; ein paar wenige tun es auch. Ich biete deshalb nochmal jedem Interessierten an zum Ausleihen:

1. Das Literaturverzeichnis von Bergmann, Bundesgesundheitsamt, zu seiner Stellungnahme zur Trinkwasserfluoridierung (FORUM 4).
2. 16 Sonderdrucke von wissenschaftlichen Veröffentlichungen zum Thema Fluoridierungsmaßnahmen von 1967 bis heute (Autoren: Cremer, Büttner, Herting, Ahrens, Arnaudow, Mühlemann, Henschler, Marthaler, Steiner, Mörmann, Moos, König u. a.).

Bedient Euch!

Das Zeug liest sich gar nicht so langweilig wie man vermutet.

Euer Hannes Hey
(Lindenschmitzstr, 44, 8000 München 50)

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde e. V. ist ein parteipolitisch unabhängiger zahnärztlicher Berufsverband. Der größte Teil seiner Mitglieder ist in regionalen, sog. Studiengruppen zusammengeschlossen, die regelmäßig praxisnahe Fortbildungsveranstaltungen sowie freie Gesprächsabende über aktuelle Berufsprobleme durchführen. Neben speziellen regionalen Informationen gibt der DAZ die Zeitschrift „forum“ heraus. Wenn Sie Interesse an unserer Arbeit haben und Näheres erfahren möchten, so senden Sie bitte die anhängende Postkarte mit Ihrer Adresse an eine der folgenden Studiengruppen-Geschäftsstellen:

DAZ-Studiengruppe Hamburg, Dr. W. Schories, An der Alster 62, 2000 Hamburg 1

DAZ-Studiengruppe München, Lindenschmitstr. 44, München 70

DAZ-Studiengruppe Regensburg, Dr. J. Heidtkamp, Sedanstr. 18, 8400 Regensburg
oder an die

Hauptgeschäftsstelle des DAZ, Dienerstr. 20, 8000 München 2

Sie erhalten dann für die Dauer eines halben Jahres kostenlos unsere Zeitschrift und andere Informationen.

Ich bin an der Arbeit des DAZ interessiert und bitte um kostenlose
Zusendung von Informationsmaterial für die Dauer von 6 Monaten

Ich erkläre meinen Beitritt zum Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde
ab _____

Unterschrift

Absender:

ANTWORTKARTE

50 Pfennig,
die sich
lohnen

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde
(DAZ)

Dienerstr. 20
8000 München 2