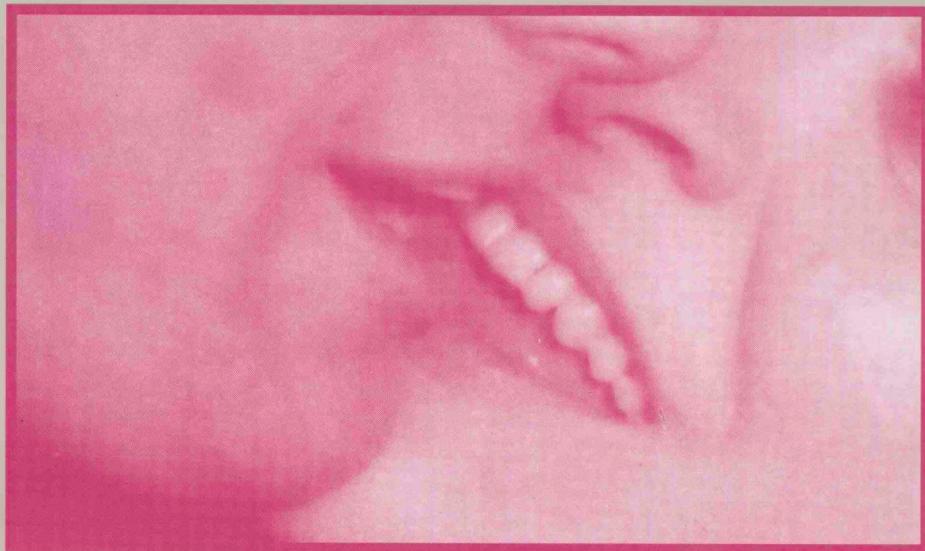


72

von Zahnärzten für Zahnärzte
Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde

DAZ
forum

20. Jahrgang 1. Quartal 2001 Herausgeber DAZ, Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde
im NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands



**Schweizer Manifest für faire
Mittelverteilung**

**Mundgeruch -
ein lösbares Problem**

**Behandlungszeiten und
angemessene Honorierung**

**Mikroskopie in der
Zahnmedizin**

**Dental
Bench-Marking**

Akupunktur

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





Dental Museum

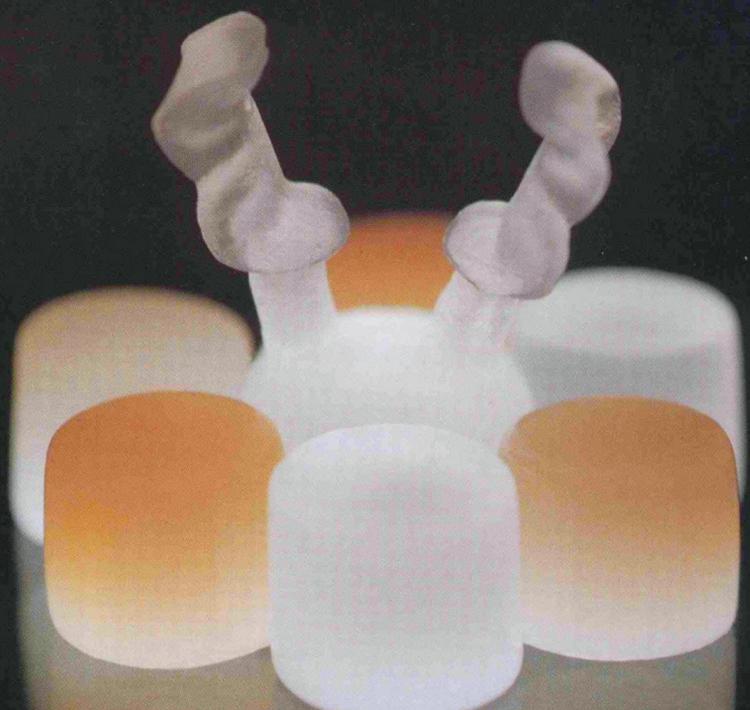
Digitalisat der Bibliotheca Dentaria

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

Dentalmuseum

Im Park 9b

04680 Zschadraß



Vollkommen

Für ästhetische und zahnfarbene Restaurationen ist Vollkeramik der Werkstoff erster Wahl. Als Keramikspezialist bietet Ihnen Degussa Dental mit Cergogold eine Vollkeramik, die über eine besonders lebendige Lichtdynamik und damit sehr natürliche Ästhetik verfügt.

Cergogold eignet sich für Inlays, Kronen, Veneers und Onlays. Dazu besteht die Möglichkeit, vollkeramische Restaurationen mit den Vorteilen hydrothermaler Keramik auszustatten: Cergogold läßt sich problemlos mit Duceragold verblenden. Und weil beide Werkstoffe die hohen Qualitätsanforderungen von GoldenGate System erfüllen, erhalten Sie eine komplette Keramikversorgung nicht nur aus einer Hand, sondern auch in einem vom Hersteller entwickelten Dentalsystem.



So profitieren Sie mit Cergogold und Duceragold von einem CE-geprüften System, bei dem alle Werkstoffe optimal von der Degussa Dental Forschung aufeinander abgestimmt sind und eine hervorragende Biokompatibilität aufweisen.

www.degussa-dental.de

Degussa Dental
a healthy world smiles

Inhalt

Editorial	Solidarität und Realismus	2
Gesundheitspolitik	Ermutigung zum Weiterdenken und Weiterhandeln	4
	Vielleicht später...	10
	Ein Diskussionsbrocken	11
	Ein möglicher Weg aus der Sackgasse	14
	Überwiegend positiv	16
	Frühjahrsfortbildung	19
BEMA-Umstrukturierung	Therapieverhalten der deutschen Zahnärzte im Wandel	20
	Behandlungszeiten und angemessene Honorierung	22
Qualitätssicherung	Versorgung mit Kronen und Brücken	25
	Dental Bench-Marking	27
Aus Wissenschaft und Forschung	Halitosis - ein lösbares Problem	29
Parodontologie	Die marginale Parodontitis als Risikofaktor	39
Prophylaxe	Verbraucher greifen verstärkt zu Jodsalz	43
	Gruppenprophylaxe 2000	46
	Zweifel an der Bereitschaft ...	48
	Eine »Prophylaxe-Institution« im Ruhestand	52
	Mikroskopie in der Zahnarztpraxis	54
	Therapieverfahren Akupunktur	58
	Hilfe für die Ukraine	64
	Wer gefährdet deutsche Arbeitsplätze?	66
Leserbriefe		67
Buchbesprechungen		71
Termine		74
Gesucht - gefunden		75
Impressum		69
Der DAZ stellt sich vor		76
Kontaktadressen		77
Anmeldung zur Frühjahrstagung		78
		72

Solidarität und Realismus

Bundesgesundheitsministerin Fischer ist zurückgetreten - ein Schritt, der von der Sachlage her sicher nicht zwingend, politisch möglicherweise übertrieben, aber trotzdem gut nachvollziehbar ist. Der DAZ hatte in ihr eine ruhige, rationale und durchaus verständnisvolle Gesprächspartnerin, deren Ausscheiden wir bedauern.

Als Nachfolgerin wurde Ulla Schmidt (51) von der SPD (!) berufen, zuletzt u.a. stellvertretende Vorsitzende der SPD Bundestagsfraktion für Arbeit und Soziales, Frauen, Familie und Senioren. Sie »gilt als stressresistent und durchsetzungsfähig, besitzt Kommunikations-talent und wirkt bei aller Hektik immer gut gelaunt« (SZ vom 11.01.). All das kann sie im Umgang mit Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern, pharmazeutischer Industrie und Krankenkassen sicher gut gebrauchen. Aber das reicht natürlich nur für Verhandlungsführung und Atmosphärisches. Die nötige Sachkenntnis wird sich die neue Ministerin erst erarbeiten müssen, ebenso ihre Staatssekretäre, die ja gleichzeitig ausgewechselt worden sind. Es wird also eine Zeit dauern, bis Details der kassenzahnärztlichen Problematik diskutiert werden können. Die Zahnärzteschaft sollte diese Zeit nützen, um ein Vertrags- und Wahlleistungskonzept zu erarbeiten, das die berechtigten Belange unserer Sozialpartner - also vor allem unserer Patienten - berücksichtigt und von objektiver Sachgerechtigkeit und Solidarität **im** System der Gesetzlichen

Krankenversicherungen (GKV) getragen ist. Die bloße Orientierung am Selbstzahlerpotential wird uns mehr schaden als nützen. Die schlichten Zielsetzungen der KZBV - völlige Ausgrenzung der Zahnersatzbehandlungen aus dem GKV-Katalog - oder gar die des Freien Verbands - Privatisierung aller zahnärztlichen Leistungen nach dem 18. Lebensjahr (wahrscheinlich hat der FVDZ deshalb so viele Mitglieder, weil er so einfache Lösungen anbietet) - sind so unrealistisch und asozial, dass sie nicht einmal mit einem Kanzler Möllemann zu verwirklichen wären. Wer sich aus der zahnärztlichen Versorgung von mehr als 90% der Bevölkerung zurückziehen will, hat nach wie vor die Freiheit, seine Kassenzulassung zurückzugeben.

Die das nicht wollen, müssen sich an die mühevollen Detailarbeit machen und an der Formulierung eines zeitgemäßen Leistungskatalogs mitwirken, davon Grund- und Zusatzleistungen definieren und anhand von Zeitstudien und einer an ökonomischen Durchschnittswerten errechneten Normal- oder Musterpraxis leistungsgerechte Bewertungen vorlegen (woraus sich am Ende auch noch Qualitätsleitlinien entwickeln lassen, wie das die Schweizer Kollegenschaft schon versucht hat). Irgendwie - das weiß man ja inzwischen - hängt auch im kassenzahnärztlichen Mikrokosmos das meiste mit vielem anderen zusammen, und natürlich könnte es durchaus sein, dass das Aufdröseln des zahnärztlichen Nähkästchens nicht nur Großes und Feines an

den Tag bringt. Weshalb Sie spätestens jetzt raten dürfen, warum sich der Freie Verband, Herr Schirbort und andere so heftig für den »Schutz der Patientendaten« einsetzen. Mir hat jedenfalls noch niemand in der Kollegenschaft erklären können, was denn gerade an unseren Behandlungsdaten so geheimhaltungsbedürftig ist.

Eine echte Bestandsaufnahme und Analyse des kassenzahnärztlichen Ist-Zustands ist nämlich die Voraussetzung dafür, Forderungen nach leistungsgerechter Vergütung fundiert zu begründen. Die zweite Voraussetzung ist die Bereitschaft zur Solidarität mit den Sozialpartnern. Ein runder Tisch, an dem alle Beteiligten vorurteilsfrei miteinander verhandeln, könnte die vielfältigen Parallelbemühungen um die Verbesserung der jeweils eigenen Position ablösen - der DAZ hat das während der vergangenen Jahre immer wieder vergeblich gefordert. Wie es gehen kann, zeigt erneut die Schweiz: Dort hat sich eine 24-köpfige interdisziplinäre Arbeitsgruppe zusammengesetzt und - nachdem »um jeden Satz, um jedes Wort gerungen wurde«, ein »Manifest für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen« formuliert. Auch wenn das Gesundheitswesen der Schweiz nur bedingt mit dem deutschen verglichen werden kann, so enthält dieses Papier doch eine ganze Reihe wichtiger Gedanken, die wir den *forum*-Lesern in diesem Heft vorstellen wollen. Zusammen mit dem auszugsweisen Nachdruck (S.4 ff) bringen wir ein paar deutsche Stellungnahmen, die das Für und Wider beleuchten. Der Solidaritätsgedanke durchzieht dabei wie ein roter Faden das gesamte

Dokument. Er ist natürlich auch die Voraussetzung für ein funktionierendes Gesundheitssystem in Deutschland. Wer hier aber Solidarität mit Sozialismus und Planwirtschaft verwechselt, und wer bei Spar- und Verzichtsappellen immer nur andere im Auge hat, der schadet nicht nur der Gemeinschaft, sondern -als Mitglied dieser Gemeinschaft- auch sich selbst. Für alle Sozialpartner gilt deshalb: Nicht jede(r) gegen jede(n), sondern jede(r) für jede(n) - es ist unsere einzige Chance, um nicht alles noch schneller noch schlimmer zu machen.

Innerhalb der Zahnärzteschaft sollte Solidarität besonders gegenüber den Berufsanfängern und kleinen Praxen, aber auch gegenüber unseren Mitarbeiterinnen gelten.

Und schließlich: wo Wunschenken das eigene Handeln bestimmt, sind Enttäuschungen vorprogrammiert. Deshalb wünsche ich uns allen zum Neuen Jahr vor allem eines: Realismus. Er wäre die dritte Voraussetzung dafür, zukunftsfähige Strukturen im Gesundheitswesen zu schaffen, vor allem im zahnärztlichen Bereich.

Dr. Hanns-W. Hey, München

Erratum: In forum 71, S. 32, rechte Spalte unten muß es heißen:

Vereinfacht und zusammengefasst lauten die Ergebnisse wie folgt:

Unterschiedliche Lichtintensitäten (400-1900 mW/cm²) ergeben keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Materialschrumpfung. Die Plasmalichtgeräte schnitten eher etwas günstiger ab.

Ermutung zum Weiterdenken und Weiterhandeln

In der Schweiz hat sich 1999 eine unabhängige, interdisziplinäre Arbeitsgruppe aus Ärzten, Krankenschwestern, Pharmazeuten, Ethikern, Juristen, Ökonomen und einer Pfarrerin konstituiert, um über eine gerechte Mittelverteilung im Gesundheitswesen zu diskutieren. Herausgekommen ist schließlich das »Manifest für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen«, das auch für das deutsche Gesundheitssystem interessante Aspekte enthält, und das wir im Folgenden in Auszügen wiedergeben.

Ist unser Gesundheitswesen noch bezahlbar?

Was können, was wollen wir uns als Gesellschaft von dem leisten, was wir an medizinischen Behandlungs- und Betreuungsmassnahmen zur Verfügung haben? Welche Leistungen und Mittel müssen allen Menschen in der Schweiz zugänglich sein, von der obligatorischen Grundversicherung garantiert und von der Solidargemeinschaft getragen werden? Wie viel darf zu Lasten der Grundversicherung ein «statistisches» menschliches Lebensjahr kosten? Worauf wollen wir verzichten? Wieviel Verzicht ist von wem dafür zu fordern? Von allen gleichviel? Von einigen mehr und von anderen weniger? Wer soll diese Entscheidungen fällen?

Zwang zur Wahl

Die vielen und neuen Handlungsmöglichkeiten der modernen Medizin zwingen die Gesellschaft zur Auswahl. Welches sind die Kriterien, die sie für diese Wahl verwendet? Bis heute wenige bis gar keine. Alle drücken sich vor diesen Entscheidungen und spielen sie den Leistungserbringerinnen und -bringern im Gesundheitswesen zu, die diese gezwun-

genermassen am Krankenbett im Einzelfall treffen müssen. Diese Entscheidungswillkür kann sich eine demokratische, liberale Gesellschaft, welche sich an den Menschenrechten orientiert, nicht leisten. Es besteht dringender Handlungsbedarf, der dieser unfairen Situation bei der Leistungs- und Mittelverteilung im Gesundheitswesen entgegenwirkt. ...

...Für ein besseres Textverständnis seien die folgenden zentralen Begriffe vorweg erklärt:

Rationierung

Im Rahmen einer Zwangssituation wird auf gegenwärtig und vielleicht zukünftig sinnvolle und angemessene Leistungen und Mittel verzichtet.

Strukturelle Rationierung: Die Strukturen des Gesundheitswesens werden verändert, indem Einschränkungen (z. B. Reduktion der Leistungsanbieter, Neugewichtung der Forschungsprioritäten usw.) vorgenommen werden.

Individuelle Leistungs- und Mittelrationierung: Einzelne Leistungen und Mittel des Gesundheitswesens werden beschränkt angeboten.

Rationalisierung

Das Ziel der Rationalisierung ist es, Unnötiges und Wirkungsloses ohne Qua-

litätsverlust zu beseitigen und Handlungsabläufe allgemein effizienter zu gestalten. Kommt es dabei zu einer Qualitätseinbusse, wandelt sich die Rationalisierung zur Rationierung.

Grundsatzebene

Die Grundsatzebene bezeichnet die politische Ebene von Bund und Kantonen. Hier werden allgemeinverbindliche Wertentscheidungen gefällt und Gesetze geschaffen. Hier wird u.a. der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttosozialprodukt festgelegt, werden die Pflichtleistungen der Solidargemeinschaft für das Gesundheitswesen bestimmt und die Vorschriften für die Gesundheitsberufe erlassen. Auf dieser Ebene werden die Grundsatzentscheide gefällt, welche Leistungen und Mittel der Leistungsebene zur Auswahl zur Verfügung gestellt werden. Hier gilt die Regel: Für alle das Gleiche!

Leistungsebene

Die Leistungsebene ist der Anwendungsbereich der Leistungen und Mittel. Sie werden auf dieser Ebene auf Grund von medizinischen und ethischen Überlegungen ausgewählt. Hier gilt die Regel: Jedem das Seine! ...

I Einleitung

...

- Im Gesundheitswesen ist zu Lasten der Grundversicherung nicht mehr alles zahlbar, was machbar geworden ist, es sei denn, die Gesellschaft würde sich bereit erklären, neue Prioritäten zu setzen und unter Umständen sogar einen zunehmenden Anteil des Bruttosozialproduktes für die Aufwendungen des Gesundheitswesens bereitzustellen.

- Die Rationalisierung kann den finanziellen Notstand vorübergehend mindern.

Aber auch sie kann von den Institutionen des Gesundheitswesens ohne Qualitätseinbusse der Leistung nur bis an eine bestimmte Grenze durchgeführt werden. Die politischen Instanzen können Rationalisierungen lediglich fordern, durchzuführen sind sie von den Leistungserbringern.

- Die Rationierung einzelner Leistungen - d. h. der konkrete Ausschluss einzelner wirksamer und sinnvoller Leistungen von der obligatorischen Grundversicherung - wird ohne neue Prioritätensetzung auf der Grundsatzebene zunehmend und in steigendem Masse unumgänglich sein, ja sie hat bereits begonnen.

- Die Prioritätenordnung und Rationierungsregeln bedürfen einer kollektiven, transparenten Entscheidungsfindung auf der Grundsatzebene. Die Politiker und Politikerinnen in der Schweiz sind bisher dieser schwierigen Aufgabe ausgewichen. Die liberale Wirtschaftsordnung ermöglicht den Bemittelten durch Eigenfinanzierung ein Umgehen einer neuen Prioritätenordnung und allfälliger Rationierungsmassnahmen. Die Vielklassenmedizin besteht heute schon, und sie wird durch eine Rationierung in Zukunft enorm akzentuiert werden. - Diese Situation ist unfair, weil Gesundheit ein existentielles Gut ist.

Im Folgenden werden die Hintergründe der derzeitigen Situation ausgeleuchtet, Grundsätze für eine faire Mittelverteilung genannt, Regeln für die strukturelle Rationierung mit den daraus resultierenden Handlungsoptionen vorgeschlagen und für die Leistungsebene Beispiele konkreter Massnahmen zur Eindämmung nicht angemessener Behandlung und Betreuung ausgeführt.

II. Gründe der Knappheit notwendiger Leistungen und Mittel im Gesundheitswesen

1. Eigeninteressen aller Akteure

Auf Grund von Eigeninteressen auf seiten sämtlicher Akteure im Gesundheitswesen (Forschung und Produktentwicklung, Gesunde, Industrie, Kranken- und Unfallversicherungen, Medien, sämtliche Berufe des Medizinalwesens, Patientinnen und Patienten, Politikerinnen und Politiker) kommt es teilweise zu unangemessenen Betreuungsentscheidungen.

2. Mengenausweitung

Durch die Erkenntnisse in der modernen Medizintechnik und der angewandten Medizin erweitert sich die Angebotspalette ständig. Eine zu hohe Dichte von Leistungsanbietern trägt zusätzlich das Ihre zu dieser Mengenausweitung bei.

3. Unverhältnismäßige Produkteverteilung

Neue Behandlungsmöglichkeiten sind gegenüber herkömmlichen Verfahren oft sehr viel teurer, ohne dass sie sehr viel wirksamer sind.

4. Widersprüchlicher politischer Wille

Die Schere zwischen der gesellschaftlichen Finanzierungsbereitschaft und Finanzierungsfähigkeit für Gesundheitsleistungen einerseits und dem Leistungsangebot und der Nachfrage im Gesundheitswesen andererseits öffnet sich immer weiter. Es fehlt der politische Wille, diese Rationierungsproblematik überhaupt zur Kenntnis zu nehmen und ihr entgegenzuwirken.

5. Sicherheitsfanatismus

Es besteht ein verbreiteter Sicherheitsfanatismus in bezug auf medizinische Angebote (z. B. Blutspendewesen, apparative Zusatzuntersuchungen usw.), und

es fehlen Festschreibungen von Minimal- oder Restrisiken. Dies und eine unverhältnismäßige Angst vor Haftpflicht bei fehlenden juristischen Rahmenbedingungen tragen das Ihre zur Kostenexplosion bei.

III. Grundsätze für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen

Die folgenden Grundsätze stellen den Werthorizont des Manifestes dar und bilden den Kontext für die Rationierungsvorschläge im Kapitel IV. Sie sind als Diskussionsgrundlage gedacht.

1. Der Staat setzt Rahmenbedingungen zum Schutze der Volksgesundheit.

2. Jeder einzelne ist verantwortlich, für seine Gesundheit Sorge zu tragen und gesundheitsschädigendes Verhalten zu vermeiden.

3. Externe, als gesundheitsschädigend erwiesene Faktoren werden mit einer Steuer zu Gunsten der Grundversicherung belegt. Geht jemand freiwillig besondere, explizit aufgelistete Risiken ein, so muss er dafür eine spezielle Versicherung abschließen. ...

5. Ein Mensch darf nicht ungefragt und gegen seinen Willen zum Mittel irgendeines Zweckes, auch nicht von Gesundheitszwecken, gemacht werden. Jedem Menschen steht Autonomie (Selbstbestimmung) zu. Damit kann jede medizinische Leistung durch den betroffenen Menschen abgelehnt werden. Jedoch kann nicht jede medizinische Leistung zu Lasten der Grundversicherung unbedingt eingefordert werden.

6. Niemand hat das Recht, einem anderen Menschen dessen Lebensentwurf vorzuschreiben. Paternalismus (Entscheidungen über den betroffenen, kranken

Menschen hinweg) ist gleichermaßen abzulehnen wie grenzenlose Forderungen auf seiten des Patienten oder der Patientin.

7. Eine Gesellschaft kann nur menschlich überleben, wenn sich ihre Mitglieder zu gegenseitiger Solidarität verpflichten, welche gegebene Ungleichheiten kompensieren hilft. Solche Solidarität ist für eine faire Güterverteilung im Gesundheitswesen von besonderer Bedeutung, da sich mit medizinischer Betreuung und Behandlung natürliche Ungleichheiten z.T. ausgleichen lassen.

8. Betreuungs- und Behandlungsentscheide lassen sich nicht allein auf Grund von naturwissenschaftlichen oder objektiven Regeln fällen. Sie beinhalten immer Wertentscheidungen.

9. Konflikte zwischen einzelnen Parteien im Gesundheitswesen bedürfen verbindlicher medizinethischer Urteilsbildungsverfahren. Damit kann die einem kranken Menschen in der gegebenen Situation angemessene Behandlung oder Betreuung am ehesten gefunden werden. Bewusste medizin-ethische Urteilsbildung hilft mit, Willkür und unangemessene Eigeninteressen zu vermindern.

10. Die Mittelverteilung ist ein Interessenkonflikt zwischen Menschen, die einerseits gerechtfertigte Betreuungsansprüche geltend machen, welche aber andererseits auf Grund einer Mittelknappheit nicht mehr befriedigt werden können. Das Mittelproblem ist deshalb ein Problem der fairen Mittelverteilung.

11. Diese Interessenskonflikte können nicht willkürlich von Fall zu Fall entschieden werden, sondern bedürfen einer verbindlichen Regelung, welche den Rahmen für die Urteilsbildung im Einzel-

fall absteckt. Das Festlegen von Rationierungsregeln liegt nicht in der Kompetenz der Betreuenden. Die Betreuenden sind von dieser Aufgabe nach Möglichkeit zu entlasten. ...

...

13. Sowohl strukturelle wie individuelle Rationierungsentscheide sind nur auf der Grundsatzebene nach öffentlichem und transparentem Diskurs und demokratischer Entscheidungsfindung zu formulieren. Dadurch sind allgemein verbindliche Regeln zu gewinnen, die den Rahmen für die Urteilsbildungen im Einzelfall abstecken und damit bei Interessenskonflikten im Einzelfall willkürliche Entscheide verhindern. Eine verdeckte Rationierung auf der Ebene der Leistungserbringer ist ethisch nicht vertretbar. Diese Entscheide fallen in die Verantwortung der Gesamtgesellschaft und dürfen nicht auf die Leistungsebene abgeschoben werden. Dies lässt nicht annehmbare Ungerechtigkeiten entstehen. ...

15. Medizinisch nicht angemessene Maßnahmen sollen nicht durch Rationierung, sondern immer auf andere Weise verhindert werden.

16. Auf der Leistungsebene (Spitäler, Fachgesellschaften, Praxen usw.) findet keine Regelbildung bezüglich Leistungs- und Mittelverteilung statt, sondern hier kommen einzig Rationalisierungsmaßnahmen zur Anwendung, welche zu optimieren und auszuschöpfen sind.

Vor dem Hintergrund dieser Grundsätze werden nun mögliche Regeln und Maßnahmen sowohl für die strukturelle als auch individuelle Leistungs- und Mittelrationierung im Gesundheitswesen vorgeschlagen.

IV. Grundsatzebene von Bund und Kantonen: Regeln für die strukturelle und die individuelle Leistungs- und Mittelrationierung und daraus folgende Mittelverteilung im Gesundheitswesen

Regeln für die strukturelle Rationierung

Solidarität

Opfer werden nur selten freiwillig erbracht und müssen von der Gesellschaft eingefordert werden.

Die Gesamtkosten des Gesundheitswesens sind so zu verteilen, dass vielen ein gemessen an ihren Möglichkeiten kleines Opfer und nicht dass wenigen ein für ihre finanziellen Verhältnisse grosses Opfer auferlegt wird.

a) Verzicht auf die Finanzierung von Angeboten zur Steigerung des körperlichen Wohlbefindens von Gesunden

Gesundheitserziehung und Anreize für gesundes Verhalten sind Teil des staatlichen Bildungsauftrages. Inwieweit Angebote zur Steigerung des körperlichen Wohlbefindens von Gesunden in Anspruch genommen werden oder nicht, gehört zum persönlichen Lebensstil und somit in den persönlichen Verantwortungsbereich. Diese Leistungen sind nicht Teil der Grundversicherung.

b) Erhöhung der Selbstbeteiligung

Die Selbstbeteiligung ist zu erhöhen (z.B. Verdoppelung der Selbstbehalte). Für Härtefälle soll die Möglichkeit von geeigneten Maßnahmen geboten werden. Bei Menschen mit einer chronischen Krankheit, einer Behinderung oder anderen schwerwiegenden körperlichen oder seelischen Störung ihres Gesundheitszustandes, welche ständige medi-

zinische Behandlung und/oder Betreuung für diese Störung notwendig macht, gilt die erhöhte Selbstbeteiligung nur für andere Krankheiten und nicht für ihre Grunderkrankung, Behinderung oder schwerwiegende Störung. ...

c) Einführung einer restriktiven Positivliste für Medikamente

Bundesebene: Streichung aller Produkte von der Liste, deren Wirksamkeit nicht nach anerkannt wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen werden kann.

Ebene der subventionierten Spitäler und Pflegeheime: Einführung einer sowohl rationalen und rationellen als auch verbindlichen Medikamentenliste. Die Medikamentenliste enthält nur die kostengünstigsten Varianten bei identischen Medikamenten. ...

Beschränkung der Dichte der Leistungsanbieter

Eine Möglichkeit, die Mengenausweitung zu begrenzen, besteht in einer Regulation der Dichte der Leistungsanbieter. Diese Dichte der Leistungsanbieter lässt sich nicht über Angebot und Nachfrage analog zu anderen Marktangeboten in einer liberalen Gesellschaft regulieren. Denn die Anbieter, hier vor allem die Ärzteschaft, bestimmen weitgehend über das Vorgehen bei einem sich krank fühlenden Menschen. Die Eigeninteressen der Leistungsanbieter beeinflussen die Menge der erbrachten Leistungen. So kommt es zu einer einseitigen Bedürfnissteuerung und dadurch unvermeidlich zu einer Mengenausweitung.

Die Zahl der Studienplätze einerseits und die Arbeitsbewilligungen für die Leistungsanbieterinnen und -anbieter andererseits sind zu beschränken.

Handlungsoption: Limitierung der Ausbildungs- und Arbeitsplätze

Zur Regulierung der Ärztedichte sollen Zulassungsbeschränkungen für das Medizinstudium eingeführt und die Weiterbildungsstellen reduziert werden. Ab dem Rentenalter darf ein Arzt oder eine Ärztin nicht mehr zu Lasten der Grundversicherung praktizieren. ...

...

Qualität

Arbeitsqualität: Die Leistungserbringer arbeiten nach klar definierten Qualitätsstandards:

a) Leistungsanbietern, deren Arbeit nicht den vorgeschriebenen Qualitätsstandards entspricht, wird die Arbeitsbewilligung entzogen.

b) Die Ausbildung und Schulung der Leistungserbringer ist so zu gestalten, dass die Leistungserbringer die notwendigen Arbeitsqualifikationen bekommen (medizinisches und pharmakologisches Fachwissen und Können, Kommunikationsschulung, Schulung in medizin-ethischer Urteilsbildung, Auseinandersetzung mit der Sterblichkeit und der menschlichen Handlungsmacht, Förderung des Kostenbewusstseins).

...

Entflechtung international

Die Schweiz setzt sich international dafür ein, dass die Beeinflussung von Forschungsergebnissen durch die Industrie bekämpft wird. Auch international ist die Publikation wirtschaftlicher Verflechtungen zwischen Leistungsanbietern und Industrie im Gesundheitswesen anzuregen.

...

Individuelle Leistungs- und Mittelrationierung

Die Gesellschaft wird langfristig nicht darum herumkommen, sich zu entschei-

den, wie viel sie sich ein statistisch zu gewinnendes Lebensjahr mit guter Lebensqualität in Franken kosten lassen will, und dann die Leistungen und Mittel zu bestimmen, welche sie zur Anwendung im Einzelfall zur Verfügung stellt. Diese Entscheidung ist vorgängig und unabhängig vom individuellen Einzelfall auf der Grundsatzebene zu fällen.

So ist die Anwendung von sehr teuren Behandlungs- und / oder Betreuungsmethoden im Einzelfall geboten, wenn mit ihnen mehrere Lebensjahre mit guter Lebensqualität gewonnen werden. Hingegen ist die Anwendung von teuren oder sehr teuren Behandlungs- und / oder Betreuungsmaßnahmen aus der Grundversicherung auszuschließen, wenn sie die Lebenszeit nur wenig verlängern und die Lebensqualität kaum verbessern.

Medizinische Maßnahmen sind auf ihr Verhältnis zwischen gewonnenem Lebensjahr und gewonnener Lebensqualität mittels dafür geeigneter Methoden zu prüfen.

Beispiel: Angenommen, ein Patient kann nur mit einem Medikament, dessen Anwendung Fr. 500 000. kostet, in einer lebensbedrohlichen Situation gerettet werden. Das Grundleiden dieses Patienten ist aber derart, dass er auf Grund einer sorgfältig erstellten Prognose nur mehr einige Monate leben wird. In dieser Situation würde weniger als ein Lebensjahr für Fr. 500000.- gewonnen. ...

Schlussbemerkungen

Das vorliegende Manifest ist als Denk- und Handlungsanstoß gedacht und versteht sich nicht als der Weisheit letzter Schluss. Für die Fragen einer fairen Mittelverteilung im Gesundheitswesen be-

steht ein großer Reflexions- und Handlungsbedarf, der wohl kaum je ganz abgedeckt werden kann. Währenddessen erweitern sich die medizinischen Handlungsmöglichkeiten ständig und vergrößern die Verteilungsproblematik. Eine fatalistische Haltung dieser Entwicklung gegenüber wäre genauso verfehlt wie einseitiger Optimismus. Es muss etwas geschehen.

Der auszugsweise Nachdruck dieses »Manifests« erfolgte mit freundlicher Genehmigung der Arbeitsgruppe

»Gerechte Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen«.

Der vollständige Text kann angefordert werden bei

DIALOG ETHIK

**Verein für interdisziplinäre Ethik
Gloriastrasse 18, CH-8028 Zürich**

Vielleicht später...

Für uns, und gerade für uns im DAZ, stellt sich die Frage, wie wir mit diesem Dokument umgehen. Kann man in Deutschland der Behauptung zustimmen, dass nicht genügend Mittel für eine moderne (Zahn)medizin zur Verfügung stehen? Die Antwort kann nur „Ja“ lauten, denn unser Souverän hat den Umgang mit dem Mangel bereits in Gesetze gefaßt.

Ist diese Rationierung im gesellschaftlichen Konsens vorgenommen worden?

Wohl kaum, denn der Auftrag an den Gesetzgeber bestand lediglich in einer Übertragung der politischen Verantwortung durch Wahlen - eine gesellschaftliche Diskussion über die Themen 'Rationierung' und 'Rationalisierung' kommt

jetzt erst langsam in Gang. Die Regierungsparteien bestreiten, daß Budgetierung gleich Rationierung sei, wir Leistungserbringer haben uns daran gewöhnt, jeden Rationalisierungsansatz zur Rationierung zu erklären und warnen vor den Folgen.

Kann man damit rechnen, daß irgendwelche moralischen oder staatlichen Institutionen den Weg zu einem gesellschaftlichen Konsens in diesen Fragen beschreiten werden?

Das mag sich jeder selbst beantworten, ich fürchte, daß grundsätzliche ethische und zuletzt programmatische Diskussionen in der Berliner Republik nicht mehr stattfinden werden. Zu gebannt blicken wir auf die neuen Sachzwänge, die sich aus der Globalisierung der Wirtschaft, aus der europäischen Integration, aus den Möglichkeiten der Medien- und Informationsgesellschaft ergeben, als dass wir uns die Zeit und die Freiheit nehmen würden, über ethische Fragen neu nachzudenken. Macher haben keine Muße zum philosophischen Ansatz.

Stimmt es, daß das Gesundheitswesen nicht mehr bezahlbar ist?

Das ist zumindest kein objektiver Tatbestand. Wenn man Geld ausgibt, tut man es, weil einem die Ware oder Dienstleistung das Geld wert ist. Wie man zu der Wertschätzung gelangt, ist eine Frage der eigenen Sozialisation, des kulturellen Hintergrunds und der verfügbaren Mittel. Für die Einflußnahme auf die persönlichen Wertskalen bei der Nachfrage wird heute wesentlich mehr Geld ausgegeben, als die Kosten des Gesundheitswesens betragen. Für die Mittel zum Beispiel, die in Europa für UMTS-Lizenzen ausgegeben wurden, kann man auch Lebensjahre mit guter Lebensqualität bezahlen.

Soll der DAZ versuchen, meinungsbildend in die aufkeimende Diskussion nach Art des Schweizer Manifestes einzutreten?

Nachdem wir ohnehin ab ovo die 'Gutmenschen'-Rolle übernommen haben, wäre es eine nahezu natürliche Aufgabe für uns. Nur:

1. Wir haben in Deutschland keine basisdemokratischen Meinungsbildungs- und Entscheidungsstrukturen. Die Schweizer haben so etwas.

2. Unsere Chancen, die Öffentlichkeit zu erreichen, sind zwar größer, als uns unserer Größe nach zukommt. Ich halte es aber trotzdem für realistisch vorherzusagen, daß unsere Diskussionsbeiträge den Dunstkreis der nachdenklichen und sozial orientierten Insider nicht verlassen werden. Selbst wenn es gelänge, wenigstens die Zahnärzteschaft hinter uns zu bringen, wäre damit noch nichts erreicht.

3. Was die Chancen anbelangt, eine ernsthafte Diskussion dieser Thematik in der Zahnärzteschaft in Gang zu bringen, ist Pessimismus angebracht. Noch steht der JHV-Beschluss des FVDZ, der den überwiegenden Teil der heute solidarisch finanzierten Leistungen für über 18-jährige aus dem geforderten Festzuschuss System hinauskatapultieren will. Auch die KZBV strebt nach einer Übergangsphase der Festzuschüsse immerhin die Ausgliederung des Zahnersatzes aus der Kostenersatzung an und macht sich damit zum Vorreiter der undifferenzierten Rationierung. Hat es Sinn, der Öffentlichkeit gegenüber mit Gegenmodellen dagegen Front zu machen? Hat es Sinn, ethische Grundsatzdiskussionen in einem Berufsstand zu führen, dessen größter freier Verband seine eigene Berufstätigkeit im 'Wellness' Bereich ansiedeln will?

Fazit

Wenn das dritte (nicht das erste!) Mal zur 'prime time' in einer Talkshow darüber diskutiert worden ist, ob wir Medienbürger damit einverstanden sind, daß alte Menschen keine neuen Herzen oder Hüftgelenke mehr beanspruchen können, dann - und erst dann - könnte die Frage der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen zum Thema werden. Und das auch nur, wenn nächsten Sonntag Wahl ist.

*Dr. Kai Müller, Seefeld
Stellvertr. DAZ-Vorsitzender*

Ein Diskussionsbrocken

Am schweizerischen Manifest fällt mir angenehm auf, dass die Verfasser ohne ideologischen Schwulst auskommen. Weder ist vom »mündigen Versicherten« noch von »Wahlfreiheit« oder »Fähigkeit zur Selbstverantwortung« die Schreibe; vielmehr fordert man z.B. knallhart und ohne Beschönigung verdoppelte Zuzahlungen der Versicherten (mit Härtefallregelung, natürlich). Und die Bezeichnung der Arbeitsgruppe »Gerechte (nicht etwa 'gerechtere') Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen« lässt erkennen, dass man nicht nur über die Sache, sondern auch über den angemessenen Ausdruck für die Sache gründlich nachgedacht hat. Mit der endgültigen Wörterwahl »Faire Mittelverteilung« wird das unterstrichen. Obwohl die Schweiz und die Bundesrepublik Deutschland mit ihrem volkswirtschaftlichen Aufwand für das gesamte Gesundheitswesen durchaus vergleichbar

sind, folglich auch der Trend zur Rationierung in den gesetzlichen Einrichtungen gleichermaßen erkennbar ist, gibt das schweizerische Manifest nichts an handfesten Ratschlägen für die gegenwärtige deutsche Gesundheitspolitik her. Allerdings stützt es mit seinen Befunden die Erkenntnis, dass die Politik in Deutschland im Blick auf die künftigen Erfordernisse im Gesundheitswesen nicht weniger unzulänglich verfährt als in der Schweiz. *»Die künftige Rangordnung bei den Ausgaben und die Regeln für die Rationierung, also für den klar umrissenen Ausschluss selbst wirksamer und sinnvoller Leistungen aus der Grundversorgung, bedürfen einer gemeinschaftlich vorgenommenen, durchschaubaren Entscheidungsfindung auf der politischen Ebene. Die Politiker und Politikerinnen ... sind dieser schwierigen Aufgabe bisher jedoch ausgewichen«* - zwei aus dem Manifest hergeleitete Feststellungen, die unbestreitbar auch für Deutschland zutreffen. Die Arbeitsgruppe musste einen medizin-ethischen Ansatz wählen, um sich aus den Interessenbindungen der einzelnen Mitglieder lösen zu können. Das bestimmt den Wert dieses Dokuments: eine *»interessenfreie«* Betrachtungsweise ist offenkundig möglich, wenngleich dabei *»um jeden Satz, um jedes Wort gerungen«* wurde. Das macht jedoch auch die Grenzen für die gesundheitspolitische Nutzenanwendung in der Gegenwart erkennbar.

Man ließ die Möglichkeit offen, dass die Gesellschaft sich entscheidet, *»einen zunehmenden Anteil des Bruttosozialprodukts für die Aufwendungen des Gesundheitswesens bereitzustellen«* (im Berliner Deutsch: *»Mehr Geld ins Sys-*

tem!«). Und die in deutschen Umfragen erkennbar werdende Neigung der Versicherten, eher Beitragserhöhungen in Kauf zu nehmen als Leistungseinschränkungen, könnte ein Zeichen für die Bereitschaft sein, das Sozialprodukt anders zu verteilen. Die Arbeitsgruppe betrat diese Brücke allerdings nicht, sondern listete auf, was bei der **gegebenen** Verteilung des Sozialprodukts getan werden müsste, und zwar unter Anerkennung des Anspruchs, die Gesundheit politisch als existenzielles Gut aller Versicherten und Solidarität als unverzichtbar zu betrachten. Daraus wurde, wie ich meine, nach gegenwärtigem deutschen Verständnis eine »Schreckensliste«, denn sie enthält z.B. die Einführung einer restriktiv wirkenden Positivliste für Arzneimittel, die Zulassungsbeschränkung für Leistungsanbieter, die Neuordnung der Finanzierung medizinischer Forschung, die Schaffung durchschaubarer Beziehungen zwischen Leistungsanbietern und Pharma- bzw. Medizinprodukteunternehmen - ja, und wirklich nicht zuletzt die Anwendung klarer Kosten-Nutzen-Analysen bei sehr teuren Behandlungsverfahren, wobei wesentlich auch die dabei zu gewinnende oder eben nicht zu gewinnende Lebensqualität untersucht werden soll...

Wie schon angedeutet: aufschlussreich zu lesen, aber sicherlich (noch) weit davon entfernt, auf die deutsche Tagesordnung gesetzt zu werden. Obwohl uns das als Diskussionsbrocken nicht schaden würde.

Hans-Ulrich Spree, Bonn
Dipl.-Volkswirt, ehem. Leiter des
ZDF Wirtschaftsmagazin WISO



Thema Ruhestandsvorsorge:



Standardabsicherung? Verlangen Sie mehr!

Eine moderne *Qualitätsvorsorge für den Ruhestand* sollte Ihre individuellen Versorgungswünsche bis ins hohe Alter hinein realisieren können! Sie allein bestimmen das Maß an *Sicherheit, Rentabilität und Liquidität*.

Der INTER-Rentenplan sorgt für Wertbeständigkeit und Flexibilität Ihrer privaten Altersvorsorge – für Sie und Ihren Lebenspartner.

Der INTER-Rentenplan verbindet die Anlagesicherheit einer privaten Rentenversicherung mit der Flexibilität eines Investmentfonds; Anlagekonzept und Anlagerendite sichern im Bedarfsfall auch dem Lebenspartner eine Zusatzversorgung – und das garantiert!



Coupon bitte per Telefax oder per Post einsenden!

INTER Ärzte Service
Erzbergerstraße 9 – 15
68165 Mannheim
Telefon (06 21) 4 27-6 56
Telefax (06 21) 4 27-5 98
<http://www.inter.de>
E-Mail aerzteservice.HV@inter.de

Ja, ich bitte unverbindlich um weitere Informationen zum Thema

Ruhestandsvorsorge: INTER-Rentenplan

Senden Sie mir ausführliche Unterlagen zu _____

Ich bitte um ein persönliches Gespräch. _____

Setzen Sie sich mit mir unter Telefon _____ in der Zeit
zwischen _____ Uhr und _____ Uhr in Verbindung.

Absender/Praxis-Stempel:



inter
VERSICHERUNGEN



Ein möglicher Weg aus der Sackgasse

Randbemerkungen eines durch berufliche und berufspolitische Erfahrung zum Außenseiter gewordenen Beobachters zum »Manifest für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen«

1. Grundsätzlich unterscheidet sich die Problematik des Ressourcenaufkommens im Gesundheitswesen und dessen Verteilung, von einigen Schweizer Besonderheiten einmal abgesehen, in keiner Weise.

2. Im Vordergrund steht die Frage, welche Mittel will, aber auch kann der einzelne Mensch für seine Gesundheit aufbringen. Für ein soziales Kollektiv, das die Verantwortung, Organisation und Abwicklung im Gesundheitswesen auf breitgefächerte Leistungs- und Mittelbringer delegiert hat, gilt dies in gleichem Maße. Eine hochentwickelte solidarische Krankenversicherung garantiert dabei eine angemessene Belastung des Einzelnen.

3. Niemand von denen, die sich zu Gestaltungsfragen unseres Gesundheitswesens zu Worte melden, ist in der Lage oder auch willens, eine in diesem Zusammenhang immer wieder zur Sprache gebrachte »Grundversorgung« anders zu umreißen, als sie in der Definition »notwendig und ausreichend« der geltenden Sozialversicherung festgelegt ist. Gerade die Vertreter der Heilberufe, deren Know how doch die notwendige Kompetenz in dieser Frage gewährleisten sollte, und Politiker, die neue Grundlagen schaffen wollen, drücken sich genauso wie Gesundheitsökonomien um eine klare Aussage.

4. Rationalisierungsreserven werden als ausgeschöpft erklärt und andererseits alle politischen Ansätze, Transparenz zu schaffen (die dies dann doch beweisen könnte, so es auch stimmte), mit fadenscheinigen Datenschutzargumenten im Keime erstickt. Man denke nur an den erbitterten Widerstand gegen die Einführung des ICD 10. Wer sich die Mühe macht, in seinem persönlichen Umkreis Umschau zu halten, wird sehr schnell feststellen können, welche Vielzahl von unnötigen, ja sinnlosen und gefährlichen Maßnahmen im Gesundheitswesen ergriffen werden. Das viel gescholtene »Anspruchsdenken« der Bevölkerung spielt dabei eine untergeordnete Rolle, jedenfalls eine weit geringere als ärztlicher Aktionismus. Weit größeres Gewicht besitzen fehlende oder nicht mehr der Wirklichkeit entsprechende Infrastrukturen, die auch den verantwortungsbewußten Heilberufler zu kontraproduktivem Handeln verleiten oder gar zwingen. Anstatt hier vorrangig Abhilfe zu schaffen, wird

5. mit dem Schlagwort »Rationierung« eine solche überhaupt erst herbeigeholt und als politische Waffe und Totschlagargument denen gegenüber hervorgeholt, die Strukturveränderungen anmahnen und nicht in finanzieller Systemveränderung die Lösung sehen. Die tatsächlich exorbitant hohen Kosten der modernen Hochleistungsmedizin, die in Verbindung mit der Zunahme alter Menschen, die jedoch nicht so rasant vor sich geht, wie gerne behauptet wird, immer als Kronzeuge für den drohenden Zusammenbruch des bestehenden Krankenversicherungssystems ins Feld geführt wird, sind bei Wahrung ethisch-medizinischer Behandlungsgrundsätze

durchaus im Griff zu halten. Daß teure technische Hochleistungsmedizin gerade von denen nicht verlangt wird, im Namen derer von unmenschlicher Rationierung gesprochen wird, beweist die zunehmende Krankenhausangst alter Menschen, die sich in der rasant wachsenden Zahl von notariell beglaubigten Patiententestamenten widerspiegelt und in der zunehmenden Zahl von Vereinigungen für Patientenrechte. Die Betreuung chronisch kranker Menschen aber bedarf anderer Versorgungsschwerpunkte, solcher, die vorwiegend in konzentrierter ambulanter Behandlung und im Pflegebereich liegen, in dem tatsächlich Rationierungsengpässe deutlich werden. Kostenaufschlüsselungen in der GKV zeigen darüber hinaus, dass die im Einzelnen sehr teure Hochleistungsmedizin das Gesamtbudget im Verhältnis zum Umfang der Kosten der »Alltagsmedizin« nicht rahmensprengend belasten. Dies gilt auch für die Kostenrelation von teuren Spezialmedikamenten zu Basis- und »Verlegenheits«medikamenten.

6. Die Bewußtseinsbildung für das Erkennen der relevanten Wirkungen und Zusammenhänge aller Heilmaßnahmen kann Menschen, deren Verständnis dafür in der Regel nicht hinreichend sein kann, im individuellen Krankheitserleben nur durch die Angehörigen aller Heilberufe vermittelt werden, was jedoch durch deren subjektiv überdimensional ausgeprägtes Medizinbewusstsein und auch durch Interessenkonflikte beeinträchtigt sein kann. Selbsthilfegruppen zeigen, dass die partnerschaftliche Einbeziehung des kranken Menschen in diagnostische und therapeutische Abläufe sehr wohl erfolgreich ist und das Krankheitsverständnis fördert. Das

Schreckgespenst Rationierung verlöre so schnell seine angsterweckende und Fehlentscheidungen provozierende Wirkung, besonders wenn auch die Medien bei Informationen über Sinnhaftigkeit medizinischen Handelns auf Sensationsschlagzeilen verzichteten und mehr Verantwortungsbewusstsein an den Tag legten.

7. Es muß der Erkenntnis zum Durchbruch verholfen werden, dass Rationalisierungspotentiale immer vorhanden sind. Es gilt das Erfahrungsprinzip, dass knappe Mittel den Druck erzeugen, der nötig ist, Engpässe zu beseitigen. Die noch in ihren Anfängen stehende Vernetzung aller heute noch hermetisch von einander abgeschotteten Teilgebiete unseres Gesundheitswesens, die eifersüchtig ohne Rücksicht auf andere Institutionen ihre Eigeninteressen in den Vordergrund stellen, kann durch die sich entwickelnde Integration enorme synergistische Effekte auslösen und erhebliche Rationalisierungspotentiale schaffen. Arbeitsteilung und Qualitätssicherung können so erst in Gang kommen. Daß dies keine haltlose Spekulation ist, beweist ein Blick auf die anderen Bereiche unserer hochspezialisierten Gesellschaft, die ihren hohen Wirkungsgrad durch engmaschige Vernetzung erzielen konnten. Unsere Erkenntnisse von biologischen Organismen, beispielhaft sei auf den hochentwickelten menschlichen Organismus verwiesen, sollten gerade für Exponenten des Gesundheitswesens den Schlüssel abgeben für notwendige Entwicklungen und Reformen. Der im Manifest geforderte Reflexions- und Handlungsbedarf läßt sich so am ehesten decken. Natürlich kann dies nicht auf einmal und insge-

samt geschehen, wie dies auch die Autoren konstatieren, aber nur so kann der Weg gefunden werden aus einer Sackgasse, in die wir uns durch Denkansätze, die nur um die Schimäre Rationierung kreisen, selbst hineinmanövriert haben.

*Dr. Erwin Hirschmann, Kinderarzt,
München, ehem. Vorsitzender des NAV-
Virchow-Bundes, Verband der niederge-
lassenen Ärzte Deutschlands*

Überwiegend positiv

Das Manifest der unabhängigen, interdisziplinären Arbeitsgruppe "**Gerechte Mittelverteilung im Gesundheitswesen**" aus der Schweiz stellt einen außerordentlich bedeutsamen Schritt im klärenden Diskurs dar, der innerhalb der interessierten Öffentlichkeit über die unerlässlich gewordene Umformung der derzeitigen Strukturen des Gesundheitswesens geführt wird. Wegen deren Ähnlichkeit können die Ergebnisse dieses Beitrags auch in Deutschland überaus hilfreich sein. Die 24 Autoren berücksichtigen nicht nur fachspezifische, sondern auch ethische und gesellschaftspolitische Gesichtspunkte.

Sie nehmen detailliert Stellung u. a. zu den Komplexen 1. Transparenz der Strukturen, 2. Rationierung und 3. faire Mittelverteilung. Dabei weisen sie sogar konkrete Handlungsoptionen auf und überschreiten damit die Grenze bloßer moralischer Appelle. In den Schlussbemerkungen erwähnen sie die Schwierigkeiten, in einer so heterogenen Gruppe zum Konsens zu gelangen. Dass, wie sie schreiben, »um jeden Satz, um jedes Wort die-

ses Manifests gerungen wurde«, teilt sich bei aufmerksamem Lesen fast unmittelbar mit und macht die Lektüre spannend. So kann man im Kleinen schon die Schwierigkeiten erahnen, die sich bei der Übertragung auf die gesamte Gesellschaft einstellen werden.

Wie im Nachbarland liegt auch hierzulande der Anteil der Gesundheitskosten bei etwa 10% des Bruttosozialprodukts. Natürlich erhebt sich die Frage, ob in den modernen Industriegesellschaften eine maßvolle Steigerung dieses Anteils hinnehmbar oder gar wünschenswert sein kann im Hinblick auf das Ansteigen der Produktivität in der Wirtschaft einerseits und das wachsende Durchschnittsalter der Bevölkerung andererseits.

Wichtig erscheint uns 1. die außergewöhnliche Unabhängigkeit der Arbeitsgruppe, die die ubiquitären, teils verdeckten Interessen weit in den Hintergrund treten lässt und 2. die Interdisziplinarität, die einen zu engen Blickwinkel vermeiden lässt. Eine notwendige Begriffsklärung steht am Anfang und vermindert die Gefahr von Missverständnissen. Ausgezeichnet auch die wichtige Aufgliederung in Teilbereiche, ohne den Gesamtzusammenhang außer Acht zu lassen, sowie die Ausführlichkeit bis in Einzelheiten. Dies dürfte auf die Dauer die Umsetzung in politisches Handeln erleichtern.

Natürlich lassen sich, wie immer, Verkürzungen feststellen. Das gilt z.B. für die Anmerkungen zur *evidence based medicine* (Die Abkürzung EBM ist in Deutschland missverständlich wegen der Verwechslung mit dem »Einheitlichen Bewertungsmaßstab«). Die *evidence based medicine* ist erst in unterschiedlichen Graden eine verlässliche

Richtschnur, je nach dem besonderen Teilgebiet der Medizin. Also sind auch hier weitere Entwicklungen notwendig. Die politische Durchsetzbarkeit der durchaus plausiblen Vorschläge der Arbeitsgruppe scheint uns allerdings die Achillesferse zu sein. Die Trägheit der tief in der Gesellschaft wurzelnden Strukturen des Gesundheitswesens gegenüber Veränderungen ist enorm und kaum zu überschätzen. Hinzu kommt die mächtige, gut funktionierende Lobby von privilegierten Subgruppen der Gesellschaft, besonders die der verfassten Ärzte- bzw. Zahnärzteschaft, der Zusammenschlüsse der Krankenhäuser und last not least der medizintechnischen und pharmazeutischen Industrie und deren jeweiligen Vernetzungen. Welcher Arzt oder Zahnarzt kennt nicht an sich selbst oder wenigstens im engsten Kollegenkreis die Verführbarkeit durch Privilegien oder sonstige Vorteile, die von der Industrie bereitgestellt werden?

Was die Zahlen des ärztlichen Nachwuchses angeht, so vermindern diese sich nur ganz langsam. Es scheint bei jungen Leuten noch immer ein starkes Gespür für die Attraktivität dieses Berufes zu geben, die nicht allein in idealistischen Motiven der Menschenfreundlichkeit liegt. Ein häufig vernachlässigter Faktor ist auch die Beschaffung bzw. der Erhalt von Arbeitsplätzen in allen Bereichen des Gesundheitswesens. Von all diesen Widerständen könnte noch jeder für diesen Bereich zuständige Minister, egal welcher Couleur, sicher ein Lied singen. Die einzelnen Faktoren dieser Veränderungsresistenz sind u. W. noch nie wirklich analysiert worden, auch in diesem Manifest nicht. Da sind einmal die liberalistischen Strukturen unserer Wirtschaft, gerade auch

des medico-pharmazeutischen Komplexes, selbst wenn diese häufig genug altruistisch bemäntelt werden. Oft aber verabsolutieren sie das Ziel der Gewinnmaximierung, letztlich auch angesichts der Globalisierungsprozesse, die die weltweite Konkurrenzsituation verschärfen. Daran wird auch wenigstens vorerst die angestrebte Transparenz scheitern. Die Alternative wäre allerdings ein stärkerer Dirigismus staatlicherseits, der in der Vergangenheit ebenfalls in eine Sackgasse geführt hat und deswegen nicht sehr ermutigend ist. Wie auch in anderen Bereichen der Gesellschaft ist ein dritter Weg noch nicht gefunden.

Die Formulierungen im derzeit geltenden Bundessozialgesetzbuch sind weitgehend auf den Einzelnen und seine Rechte und Pflichten bezogen, nicht aber ausreichend auf die finanzielle Belastbarkeit des gesamten Gesundheitssystems und schon gar nicht auf sonstige Interessen des Gemeinwesens. Moralische Appelle allein helfen offenbar nicht. Sie treffen immer nur den einzelnen »Gewissensträger«, ob Arzt oder Patient. Natürlich wäre deren Entlastung durch detailliertere, den Leistungsanspruch eingrenzende Rahmenbedingungen von Seiten des Gesetzgebers höchst erwünscht. Wie aber ist es dann mit den weiterhin folgenden, ethische Grundsätze berührenden und unausweichlichen Entscheidungen? Etwa eine Begrenzung von Dialysebehandlungen bei einem Alter von 70 Jahren, wie sie u.W. in Großbritannien mit seinem National Health Service festgesetzt sind. Etwas schwammige Begriffe wie »medizinische Urteilsbildung« helfen da kaum weiter. Auf alle Fälle scheint die Marktsituation im Gesundheitswesen aus den Fugen geraten

zu sein. Die Gratwanderung zwischen den Interessen des Einzelnen und denen der Gesamtgesellschaft dürften durch Marktkräfte allein nicht auszugleichen sein. Der »Leidensdruck«, die unausweichliche Voraussetzung aller Veränderungsprozesse sowohl auf individueller wie auch auf gesellschaftlicher Ebene, ist andererseits offenbar noch nicht ausreichend. Darüber hinaus haben sich auch die Steuerungskräfte und -instrumente, die sich an verbindlichen ethischen Leitlinien orientieren, noch nicht ausreichend entwickeln können.

Ein weiterer Faktor, der rational gesteuerte Veränderungsprozesse stets zu behindern droht, sind unbewußte und deshalb nur schwer veränderbare Einstellungen bei allen unmittelbar Beteiligten wie auch allgemein in der Gesellschaft. Hier etwas zu verändern braucht einen langen Atem und immer wieder neue Anläufe für eine Bewußtseinsbildung. In diesem Sinne kann man den Autoren des Manifests für ihre fundierten, kenntnisreichen Darlegungen besonders dankbar sein, zumal sie die Komplexität der Zusammenhänge nicht unzulässig vereinfachen. Es darf auch nicht übersehen werden, dass in Deutschland, von vielen unbemerkt, einige Vorschläge schon umgesetzt sind, wenn auch noch sehr unzureichend und nicht immer dem Gebot der fairen Verteilung der Mittel folgend. Immerhin lässt das hoffen.

Auf alle Fälle wäre es sehr zu wünschen, wenn eine vergleichbare Arbeitsgruppe auch in Deutschland diese wegweisende Arbeit aufnehmen würde.

*Dr. Elisabeth Hürter, Psychotherapeutin
Dr. Otto Hürter, Theologe, Arzt,
Psychotherapeut, München*

Niedersachsen-Wahlen

"Da fehlt doch noch was" - denken Sie vielleicht. Der DAZ hat sich monatelang über die "niedersächsischen Verhältnisse" verbreitet. Und jetzt kein Wort dazu? Wie Sie sich vielleicht noch erinnern, hat unser Verband für einen Neuanfang in der KZVN plädiert und die in Opposition zu Dr. Schirbort antretenden Kandidaten mit Argumenten und Informationen unterstützt. Er strebte dabei keine Posten für seine eigenen Leute an.

Einige DAZ-Mitglieder haben -ohne großen eigenen Wahlkampf- Oppositionslisten aufgefüllt, wo Kandidaten fehlten. Dabei hat Dr. Roland Ernst aus Edeweicht in seinem Wahlkreis immerhin von mehr als einem Drittel der Wähler Stimmen bekommen und den ersten Nachrückerplatz erreicht. Mehr läßt das Mehrheitswahlrecht nicht zu.

Wir sind natürlich enttäuscht, dass es nicht gelungen ist, in Niedersachsen einen Führungswechsel herbeizuführen. Zugleich haben wir aber doch erreicht, dass die Mehrheit der Schirbort-Anhänger deutlich geschrumpft ist. Aufgrund der Verfahrensweisen bei der Vorstandswahl wird der Vorsprung noch geringer werden, denn für viele FVDZ-Vorstandskandidaten werden gewählte Delegierte aus ANZ, ZfN und DAZ nachrücken.

Der DAZ wird die Auseinandersetzung um eine vernünftige Politik für Zahnärzte und Patienten weiterführen - in Niedersachsen und im Bund und darüber natürlich weiter im *forum* berichten.

Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)
im NAV-Virchow-Bund



und Vereinigung Demokratische Zahnmedizin (VDZM)

laden ein zur

Frühjahrs-Fortbildung

am Samstag, dem 12. Mai 2001, in Frankfurt

Bürgerhaus Bornheim, Arnsburger Str. 24, 60385 Frankfurt/-Main,
Tel. 069-446099, Fax 069-461638

Am Samstagvormittag haben wir Gelegenheit zur Diskussion mit

Regina Schmidt-Zadel, Berlin,
gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion,
über das Thema
„Paradigmenwechsel in der SPD – weg von der Rundumversorgung?“

Am Nachmittag steht Fach-Fortbildung auf dem Programm:

Prof. Dr. Bernd Klaiber,
Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der Universität Würzburg,
referiert über:
„Minimalinvasive Therapien in der konservierenden Zahnheilkunde“

Freitag- und Samstagabend ist Gelegenheit zu kollegialem Austausch
je nach Wetter in Restaurant oder Biergarten.

Am 13.05.2001 findet ein DAZ-Arbeitstreffen (DAZ-Ratssitzung) statt, zu dem
auch interessierte Nicht-Mitglieder herzlich eingeladen sind.

Infos und Anmeldung:

DAZ-Geschäftsstelle beim NAV-Virchow-Bund
Belfortstr. 9, 50668 Köln
Tel 0221-973005-45, Fax 0221-7391239
DAZ.Koeln@t-online.de www.DAZ-Web.de

siehe auch Seite 70

Therapieverhalten der deutschen Zahnärzte im Wandel

unter besonderer Berücksichtigung endodontischer Leistungspositionen Eine Analyse von Abrechnungs-Statistiken der Jahre 1969, 1984, 1998

Dem Autoren standen zur Verfügung:

1. Die abgerechneten Fallwerte der KZV-Nordrhein für das III. Quartal 1969
2. Statistische Basisdaten zur kassenzahnärztlichen Versorgung KZBV, Ausgabe 1985, für das Jahr 1984
3. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung KZBV-Jahrbuch 99 für das Jahr 1998

a) alte Länder b) neue Länder

Das Zahlenmaterial ist in der untenstehenden Tabelle zusammengefaßt. Die gerundeten Zahlen hinter 1, 2, 3 spiegeln die Abrechnungswerte in %

Die Füllungsichte pro Fall hat von 1969 über 1984 bis 1998 deutlich abgenommen. Als Ursache hierfür kann ein lang-

fristiger Sanierungseffekt angesprochen werden, aber auch der gesetzgeberische Zwang zur jährlichen Kontrolle der Patienten beim Zahnarzt, sodaß seitens der Patienten häufiger Zahnarztbesuche erfolgen als vor 1990 und gleichermaßen eine Verdünnung der Abrechnungsdichte veritabler Leistungen eintritt.

Während die Füllungsichte im betrachteten Zeitraum pro Fall um ein gutes Drittel zurückging, fielen die Extraktionsmaßnahmen auf ein Drittel des Wertes von 1969 zurück.

Die relative Anzahl der durch WF beerdeten Wurzelkanalbehandlungen ist von 1969 bis 1998 um 31% angestiegen.

BEMA	8 Vipr	13 F	25 Cp	26 P	27 VitA	28 VitE	29 Dev	30 MoA
1.	9,6	113,4	20,0	2,0	0,6	1,3	4,3	0,80
2.	17,0	127,3	15,5	3,3	0,2	3,9	2,0	0,30
3.a	21,2	77,12	17,1	2,0	0,1	6,1	0,8	0,15
b	21,51	87,72	12,8	1,9	0,1	2,5	0,9	0,13

BEMA	31 Trep 1	32 WK	33 Phys	34 Med	35 WF	43, 44, 45 47a, 48 X, Ost	52 Trep2	54 WR
1.	5,6	8,2	?	6,1	7,5	52,6	?	?
2.	5,1	11,6	0,1	8,8	9,6	32,3	0,03	0,4
3.a	3,7	12,8	1,3	10,0	9,8	17,7	0,01	0,6
b	3,6	8,0	2,6	7,4	6,0	15,8	0,01	0,6

Stärker als die Anzahl der beendeten Wurzelkanalbehandlungen stieg jedoch die Anzahl der mit WK begonnenen Wurzelkanalbehandlungen und zwar um 56%. Die Statistik sagt aus, dass 1969 91%, 1984 83% und 1998 sogar nur 77% (West) resp. 75% (Ost) der aufbereiteten Kanäle letztlich abgefüllt wurden. Die im Laufe der Jahre zunehmende Diskrepanz zwischen WK und WF ist kaum zu erklären. Wahrscheinlich ist aber die WF Angabe des Jahres 1969 nicht ganz ernst zu nehmen, da die WF-Kontroll-Rö seinerzeit nicht zum Standard einer Sozialpraxis gehörte. Deshalb wurden alle Kanäle, in denen man mit einem Kanalinstrument gearbeitet hatte (WK) auch als WF-Kanal abgerechnet. Relikte dieses Verhaltens mögen bis ins Jahr 1984 fortgewirkt haben.

Probleme mit der Wurzelkanalbehandlung belegt aber auch der Forschungsbericht der Betriebskrankenkassen, der 1992 veröffentlicht wurde. Dieser traf folgende Aussagen:

- Innerhalb eines Jahres wurde jeder 9. wurzelbehandelte Zahn erneut wurzelbehandelt
- Innerhalb von zwei Jahren nach WKB wurden 9,2% dieser Zähne extrahiert.
- Bei 18% der Zahnärzte lag die Extraktionsrate innerhalb von 2 Jahren nach WKB bei 15-30%.
- Innerhalb von 5 Jahren betrug die mittlere Extraktionsrate der endodontisch behandelten Zähne 28%.

Als erfreulich ist zu werten, dass von 1969 bis 1984 die relative Anzahl der Devitalisationen halbiert wurde und dann nochmals von 1984 bis 1998. Im Gegenzug wurden Wurzelkanalbehandlungen

im Jahr 1984 dreimal so häufig über eine VitE angegangen wie 1969. Von 1984 bis 1998 erfuhren die Vitalexstirpationen eine weitere Steigerung um 56%.

Obwohl die Wurzelkanalbehandlungen im Jahr 1998 nur noch 2/3 so häufig wie 1969 durch eine Trep 1 - die Abrechnung dieser Position weist auf eine Gangrän oder Revision hin - eingeleitet wurde, erhöhte sich der prozentuale Anteil der abgerechneten medikamentösen Einlagen um 64%. Die deutlich gesteigerte Abrechnung der Phys läßt vermuten, dass die Wurzelkanalbehandlungsmethode nach Knappwost an Boden gewonnen hat. Erstaunlicherweise fällt die Abrechnung dieser Position in den neuen Ländern doppelt so hoch aus wie in den alten. Dagegen scheint der therapeutische Nutzen einer Trep 2 (Schröder' Lüftung) den Zahnärzten nahezu unbekannt.

Die MoA ist ausschließlich der Milchzahnbehandlung zuzuordnen, die Vita zum größten Teil. Beide Therapiemaßnahmen sind im Laufe der Jahre drastisch in der Abrechnungshäufigkeit abgefallen. Der Autor erklärt sich dies mit verschiedenen Ursachen:

- Zunehmende Kooperationsunwilligkeit von Kindern und dadurch Behandlungsunterlassung.
- In den letzten Jahren verbesserte Zahngesundheit durch Prophylaxe.
- »Ausdünnung« veritabler Leistungen pro Behandlungsfall durch vermehrte Zahnarzt-Inanspruchnahme

Der Autor möchte sich nicht in einer weiteren Interpretation der statistischen Ergebnisse ergehen, aber eine Diskussion sind sie allemal wert.

Dr. Robert Teeuwen, Geilenkirchen

Behandlungszeiten und angemessene Honorierung am Beispiel der Vitalexstirpation

Für die *Behandlungszeit* zahnärztlicher Behandlungsmaßnahmen spielen verschiedene Faktoren eine Rolle. Die Hauptfaktoren sind Erfahrung, manuelle Geschicklichkeit, Arbeitsorganisation und Methodik.

K.H. Körber brachte in einem Referat im Oktober 1991 eine Statistik für den zahnärztlichen Zeitaufwand einer Krone in Abhängigkeit von den Berufsjahren des Behandlers.

Das sah so aus:

Berufsjahre	1	7	10	30
Minuten	116	82	55	69

Mit der Erfahrung nahm die Zeitverkürzung zu. Auffallend ist, dass der ältere Behandler wieder langsamer war - möglicherweise infolge eines Nachlassens der Geschicklichkeit. Diese Zeitwende setzt offenbar allmählich mit dem 50. Lebensjahr ein. Die Zeiten sagen natürlich nichts aus über die Ergebnis-Qualität

Behandlungszeiten für zahnärztliche Leistungspositionen wurden ermittelt in der - Dänen-Studie, ermittelt 1981 im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit - IDZ-Studie, ermittelt 1982 - 1986 im Auftrag des BDZ, erschienen 1990

Behandlungszeiten lassen sich ausweisen als Zeiten mit oder ohne Begleitzeiten. Unter Begleitzeiten werden verstanden Begrüßung/Verabschiedung, Händewaschen, Stuhl und Lampe zu-

recht rücken, Mundspülen des Patienten. Für diese Begleitzeiten wurde in der Dänenstudie ein Zeitfaktor von 0,2 angesetzt. In den Zeiten der IDZ-Studie sind die Begleitzeiten enthalten. Da die arithmetischen Durchschnittszeiten nicht wesentlich von denen der Dänen-Studie abweichen, ist auch in der IDZ-Studie ein Zeitfaktor von 0,2 zu veranschlagen für nicht honorable Zeiten.

Bedauerlicherweise sind für die Dänen-Studie keine Zeiten hinsichtlich einer Streubreite zugänglich. In der IDZ-Studie sind diese zwar auch nicht ausgedruckt, aber auf Nachfrage beim Institut erhältlich.

In der Tabelle auf S.23 wird der gemessene Zeitaufwand beider Studien für die Wurzelkanalbehandlung eines vitalen Zahnes nebeneinander aufgeführt.

Der durchschnittliche Zeitaufwand für die Wurzelkanalbehandlung eines vitalen Zahnes liegt also bei 25 Min. pro Kanal. Diese Zeit beinhaltet in etwa 20 Min Arbeitszeit und 4-5 Minuten Begleitzeiten. An beiden Studien ist zu bemängeln, dass nicht beschrieben wird, wie die VitE ausgeführt wurde (gezahnte Ex-tirpationsnadel ??), wie bei der WK vorgegangen wurde (manuell, maschinell), noch wie die Wurzelkanalfüllung erfolgte (Pasten-WF, Einstifttechnik/Sealer, laterale/vertikale Kondensation usw.). Je nach Vorgehensweise kann der Zeitaufwand erheblich variieren. Außerdem wird nicht genannt, weiche Zahnlokalisationen behandelt wurden. Auch die Zahnlokalisati-

on hat Einfluß auf die Dauer einer endodontischen Behandlung - s. hierzu meinen Beitrag im forum 64, Seite 41-45. Zur Erbringung der Leistungen VitE, WK, WF eines Kanals werden lt. der beiden angeführten Studien ca 25 Minuten benötigt. Das erarbeitete Honorar beträgt 65 BEMA-Punkte = DM 100,10 (RVO-Punktwert DM 1,54 2. Jahreshälfte 2000 in Nordrhein). Auf eine Stunde hochgerechnet macht das DM 240,24.

nen Patienten befinden sich 10% Privatpatienten. Er wird somit etwa 1260 Stunden für seine Kassenpatienten und 140 Stunden für seine Privatpatienten zur Verfügung stehen. Insofern man ein Stundenhonorar von DM 240 für die Behandlung von Kassenpatienten und DM 360 für die Privatpatienten für angemessen hält, kommt der Durchschnittszahnarzt auf einen Jahreshonorarumsatz von DM 352 000 (302 400 + 50 400).

Dänen-Studie (Projektstufe B/C) 47 ZÄ /(1 Tag beobachtet)			IDZ-Studie 30 ZÄ (5 Tage lang beobachtet)			
	n	Zeit (Min.)	n	Zeit (Min.)	Standard- Abweichung	Spannweite (Min)
VitE	38	3,89	15	7,07	3,42	10,60 (1,64-12,24)
WK	100	15,33	74	12,08	8,78	48,80 (1,53-50,33)
WF	138	4,54	58	9,24	6,59	38,44 (2,11-40,56)
		23,82		28,39	18,79	97,84 (5,28-103,13)

Ein Blick in die GOZ läßt die private Honorierung günstiger erscheinen. Bei der Abfassung der GOZ 88 ist der Gesetzgeber davon ausgegangen, dass DM 240,- ein angemessenes Stundenhonorar für den Zahnarzt bedeuten. Für die Abrechnung der Leistungspositionen VitE (mit Problemen bei den Erstattungsstellen), WK, WF - 590 Punkte á 11 Pfennig x 2,3 facher GOZ-Satz - erhält der Zahnarzt ein Honorar von DM 149,27 für den Behandlungsaufwand von 25 Minuten. Das entspricht einem Stundenhonorar von DM 360. Die Diskrepanz zwischen kassenärztlichem und privatem Honorar ist eklatant.

Der Durchschnittszahnarzt arbeitet ca. 36 Stunden/Woche und ca 1400 Stunden pro Jahr aktiv am Stuhl. Unter sei-

Um einen Eindruck von der »Angemessenheit« eines solchen Honorars zu erhalten, wird die zahnärztliche Einkommenssituation des Durchschnittes der Jahre 1997/98 veranschaulicht

	<i>Alte Länder</i>	<i>Neue Länder</i>
Umsatz	704.000	516.000
Steuerl.	195.000	168.000
Überschuß		
Ausgaben	<i>Alte Länder</i>	<i>Neue Länder</i>
Fremdlab.	172.000	132.000
Material	39.000	25.000
Praxis und Labor		
Personal	99.000	90.000

Die Zahlen sind entnommen dem KZBV-Jahrbuch 99 - Statistische Basisdaten.

Während sich die Fremdlaborkosten eindeutig ermitteln lassen, werden Praxislaborkosten in den Praxen i.a. nicht von den normalen Praxiskosten getrennt, sind also im übrigen Kostenblock enthalten.

Fremdlaborkosten, Eigenlaborkosten, Materialkosten im prothetischen Bereich werden als sog. »durchlaufende Posten« behandelt, die auf den Patienten abgewälzt werden. Abzüglich dieser Kosten bleibt der Umsatz übrig, der über ein zahnärztliches Honorar erwirtschaftet werden muß, wiewohl der von der Praxis angestellte Zahntechniker über den Ansatz der Eigenlaborkosten zu finanzieren ist. Somit ist einleuchtend, dass nicht der gesamte Betrag, der im KZBV-Jahrbuch unter der Rubrik »Um Fremdlaboraausgaben bereinigte Gesamteinnahmen und Betriebsausgaben je Praxisinhaber« durch einen Honorarumsatz zu erbringen ist. Dieser ist niedriger - meiner Einschätzung nach in den alten Ländern bei DM 500.000 und in den neuen Ländern bei DM 365.000 liegend.

Das Honoraraufkommen wird erarbeitet in 1400 Jahresstunden am Stuhl bei 36 - stündiger aktiver Behandlungstätigkeit pro Woche. Die tatsächliche Arbeitszeit beträgt jedoch 48,5 Stunden/Woche. Das sind 12,5 (= 35%) Stunden mehr, aufs Jahr bezogen 490 Stunden mehr für nicht honorarable berufsbezogene Tätigkeiten (Fortbildung, Literatur, Laborarbeiten, Verwaltung).

Man darf gespannt sein, inwieweit solche Überlegungen Eingang finden bei der Bewertung der Angemessenheit zahnärztlicher Stunden-Honorare. Immerhin hat der Gesetzgeber die Ent-

wicklung eines neuen BEMA auf der Basis von aktuellen Zeitstudien in Auftrag gegeben. Ein neuer BEMA ist ja schon längst überfällig.

*Dr. Robert Teeuwen,
Geilenkirchen*

Betablocker

werden häufig bei hohem Blutdruck, Angina Pectoris oder Migräne verschrieben. Die Verwendung eines Lokalanästhetikums mit Epinephrin ist für Patienten, die Betablocker einnehmen, kontraindiziert. Allein 3.6 Ampullen eines Anästhetikums mit 1:100 000 Epinephrin können eine ernsthafte Blutdruckerhöhung verursachen. In solchen Fällen wird die Verwendung eines Anästhetikums ohne Vasokonstriktor empfohlen.

Sollte sich die Verabreichung eines Anästhetikums mit Vasokonstriktor als unbedingt notwendig erweisen, soll der Patient informiert werden, dass die Dauer der Anästhesie länger als üblich sein wird. Die Injektion soll langsam erfolgen und Blutdruck und Puls vor und 3 - 5 Min. nach der Injektion gemessen werden (J.A.D.A. 13(12);1773 1999).

Ein Zusammenhang kann bestehen zwischen dem Vorhandensein einer Parodontalerkrankung und einer Herzerkrankung. Auch routinemässige restaurative Eingriffe können eine Bakteriämie auslösen, aber die Bedeutung dieser Tatsache ist unklar. Für Patienten, die Betablocker einnehmen, ist die Verabreichung eines Anästhetikums mit Epinephrin kontraindiziert.

*Das zahnärztliche Mitteilungsblatt für den
Praktiker, 3/00*

Versorgung mit Kronen und Brücken auch langfristig sehr sicher

Ergebnisse einer Studie von Prof. Kerschbaum, Köln

Kronen und Brücken sind eine sehr häufige Behandlungsform im Medizinalltag und ein bedeutender Kostenblock im deutschen Gesundheitswesen sowie bei den betroffenen Patienten.

In Deutschland wurden 1997 rund 6,1 Millionen Einzelkronen und rund 2 Millionen Brücken bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingegliedert. Die GKV hat im Jahr 1997 allein für Zahnersatz 8,4 Milliarden Mark gezahlt (ohne Selbstbehalt der Versicherten). Aktuellere Zahlen zur GKV liegen noch nicht vor.

Die Ausgaben der Privaten Krankenversicherung (PKV) für Zahnersatz lagen 1998 bei 1,7 Milliarden Mark, allein die DKV wendete 1998 106 Millionen Mark für Zahnersatz auf.

Wichtig zu erwähnen ist auch der Eigenanteil der Versicherten: Gerade im Be-

reich des Zahnersatzes gibt es seitens der Kostenträger keine volle Kostendeckung. Laut Statistischem Jahrbuch 1999 entfallen 7,3 Milliarden Mark Eigenanteil auf alle Patienten.

Bis heute gab es keine wissenschaftliche Untersuchung über Haltbarkeitsdauer von feststehendem Zahnersatz über einen derart langen Zeitraum. Jetzt liegen die Ergebnisse einer ersten über 25 Jahre laufenden Studie vor. Prof. Dr. Thomas Kerschbaum, Direktor der Abteilung Vorklinische Zahnmedizin am Zentrum für Zahn-, Mund-, Kieferheilkunde der Universität zu Köln, ist Initiator und Autor dieser Studie. Mitarbeiter waren die Zahnärzte M. und O. Gaa (Köln) und der Statistiker Dr. Haastert (Düsseldorf).

Methodik der Studie

Anhand von rund 34.000 eingereichten und anonymisierten Rechnungen von DKV-Versicherten wurde der Zahnersatz

Zeit nach Eingliederung	in Funktion (%)		95 % Konfidenz-Intervall	
	Kronen	Brücken	Kronen	Brücken
1-Jahr	99,8	99,7	99,6-100	99,4-100
5-Jahre	94,1	97,5	92,7-95,5	96,6- 98,5
10-Jahre	83,3	86,6	80,9-85,6	84,3- 88,9
15-Jahre	68,3	72,2	65,3-71,3	69,1- 75,3
20-Jahre	48,4	50,2	45,0-51,9	46,6- 53,9
25-Jahre	28,6	27,7	25,0-32,1	24,0- 31,4

zwischen 1974 und 1999 in einer repräsentativen Stichprobe systematisch verfolgt. Zielkriterien waren die Erneuerung der Krone / Brücke bzw. der Verlust des Pfeilerzahns (Extraktion), diese Ereignisse wurden als Mißerfolg angesehen. 1982 wurden die Daten rückwirkend erfaßt und seit 1982 prospektiv verfolgt. Zwischenbilanzen wurden 1987 und 1991 publiziert. Als Analyseverfahren wurde die Survival-Statistik nach Kaplan & Meier bzw. die Life-table Methode nach Cutler & Ederer benutzt; je Patient wurde eine Krone/Brücke in die Analyse einbezogen, um die Unabhängigkeit der Auswertung zu garantieren. Insgesamt wurde über 25 Jahre der Zahnersatz von 1.237 DKV-Versicherten mit 4.363 Einzelkronen und weiteren 1.070 DKV-Versicherten mit 1.664 Brücken analysiert.

Ergebnisse der Studie

Nach dieser Studie stehen nach 10 Jahren mehr als 80 Prozent, nach 15 Jahren rund 70 Prozent und selbst nach 20 Jahren rund die Hälfte aller ursprünglich angefertigten Einzelkronen und Brücken im Dienste der Patienten; nach 25 Jahren sind es immerhin noch ein gutes Viertel des Zahnersatzes. In den Lehrbüchern der Prothetik (Zahnersatzkunde) wurden bisher meist Spannen von 8 bis 10 Jahren angegeben.

Wertung der Studienergebnisse

1) Das wichtigste valide Ergebnis besteht in der Aussage, daß die überwiegende Mehrheit der Zahnärzte qualitativ so hochwertig arbeitet, daß derartig lange Verweilzeiten erreicht werden.

2) Die Studie weist aus, daß die Versorgung mit Kronen und Brücken sehr sicher ist. Bis zum zweiten Jahr wird nur ein Prozent der Versorgungen ausgetauscht.

3) Studien aus anderen Ländern kommen zu ähnlichen Ergebnissen wie die Studie von Prof. Kerschbaum; allerdings wurden bisher nur Daten über 15 Jahre vorgelegt.

Die Studie belegt nicht die gelegentlich vorgebrachte These von erheblichen Qualitätsmängeln in deutschen Zahnarztpraxen.

*Pressemitteilung der
Deutschen Krankenversicherung (DKV)
Köln*

Falsche Ernährung kostet 145 Milliarden

Mit einem Betrag in Höhe von 144,65 Milliarden DM veranschlagt das Deutsche Institut für Ernährungsmedizin und Diätetik die Kosten Ernährungs-abhängiger und -bedingter Erkrankungen in einer Prognose fürs Jahr 2000. Damit stünde mehr als ein Drittel der Gesamtkosten des Gesundheitswesens in direktem Zusammenhang mit dem, was sich Menschen hierzulande einverleiben.

Falsche Ernährung spiele bei 64% aller Todesfälle eine herausragende Rolle.

ÄP Nr.38, Mai 2000

Qualitätssicherung durch Dental Bench-Marking

Für den DAZ ist die Qualitätssicherung zahnmedizinischer Leistungen ja ein altes Thema. Bereits bei der Verbandsgründung vor 20 Jahren stand es neben der Intensivierung breitenwirksamer Prophylaxemaßnahmen an prioritärer Stelle. Je öfter wir aber das Thema behandelten, umso mehr formierte sich Widerstand in der Kollegenschaft: Sollen wir uns in der Praxis über die Schulter sehen lassen, zustimmen, dass da jemand mit Spiegel und Sonde an Füllungs- und Kronenrändern rumkratzt, Röntgenbilder bemäkelt oder gar mit der Lupe die Hygienekette beäugt? Und wer kontrolliert schließlich diese Kontrolleure? Beleidigte Gegenfragen und Abwehrstrategien also statt Nachdenken darüber, was von uns Zahnärzten getan werden muss, um staatlichen Dignismen vorzubeugen.

Passiert ist in der langen Zeit wenig, immerhin hat sich die Diskussion versachlicht. Statt der gegenseitigen Kollegenbesuche im DAZ gibt es jetzt "Qualitätszirkel", in denen man Probleme mit Kollegen besprechen kann. Vor allem hat man die Qualitätssicherung als Instrument zum Praxis-Marketing entdeckt, als möglichen Aktivposten also bei "patientenorientierter Öffentlichkeitsarbeit".

Dieser Begriff sagt ja allein schon etwas aus über die neue Richtung: Der Patient wendet sich nicht mehr (nur) an den (Zahn)arzt, sondern dieser geht auf den Patienten zu, orientiert sich an dessen Interessen und versorgt ihn nicht nur mit dem medizinisch Nötigen, sondern

auch mit dem, was ihm gut tut: Zahnreinigung, Bleaching, Veneers, z.T. sogar Schmucksteine o.ä..

Über diese "Kunden"-Orientierung hätte man vielleicht vor 10 Jahren noch eine Grundsatzdiskussion führen können. Jetzt diktiert die »normative Kraft des Faktischen« sowohl die Themen der Fortbildung - Verkaufsmotivation, Telefontraining, Praxisatmosphäre, -als auch die Mentalität vieler Praxisteams.

Und wer sich am Patienten orientiert, sollte natürlich dessen Wünsche und Einschätzungen kennen. Kundenbefragungen sind ja schon seit längerem üblich, in Hotels, bei Fluglinien, Kaufhäusern und der Bahn. Was für die gut ist, könnte auch für Praxen nützlich sein, gerade in Zeiten größerer Konkurrenz und verschärfter wirtschaftlicher Rahmenbedingungen.

Die Firma Degussa hat deshalb in Zusammenarbeit mit dem Augsburger Institut für Management im Gesundheitswesen - Prof. Riegel und Partner - ein Dental Benchmarking initiiert, das, zum Preis von ca. 1400 DM, die Befragung von 150 Patienten einer Praxis konzipiert, begleitet und analysiert.

Nachdem zuerst das Praxisteam - als Selbsteinschätzung und zum späteren Abgleich mit der Meinung der Patienten - die Fragen beantwortet hat, empfiehlt das Institut, die Fragebögen an bestimmte Patientengruppen zu verteilen:

- Patienten, die schon länger und regelmäßig kommen
- Akutpatienten
- Patienten mit Zusatzversicherungen

- Privatpatienten
- Zahnersatz- oder Inlaypatienten etc.

Diese Patienten werden dann gebeten, die 38 Fragen zu Hause zu beantworten und die anonymisierten Fragebögen an das Institut zu schicken. Im Einzelnen geht es dabei um die Bewertung

- der Gesamtzufriedenheit mit den Praxisleistungen
- der Serviceleistungen (Terminierung, Warten, Behandlungsablauf)
- der Hygienemaßnahmen in der Praxis
- der Beratungsqualität
- der Behandlungsqualität (bei Schmerzen, bei Kons oder ZE)
- der Haltbarkeit und Verträglichkeit des verwendeten Materials
- der menschlichen, psychologischen Zahnarztstärken und
- der Qualität der Mitarbeiterinnen sowie des Preis- Leistungsverhältnisses.

Ein paar weitere Fragen betreffen die Selbsteinschätzung der Patienten bzgl. ihrer Mundgesundheit, ihre Motivationsfähigkeit und die Bereitschaft zu Zuzahlungen(!).

Fazit: Neben dem Preis dieses Benchmarks stellt möglicherweise der grundsätzliche Gedanke, die eigene Praxisführung und Behandlungsweise von fachlichen Laien beurteilen zu lassen, für manche Kollegen eine zu hohe Schwelle dar. Auf der anderen Seite ist die Patientenwahrnehmung und -zufriedenheit schließlich das Wichtigste, und wer die Hemmschwelle überwindet, dokumentiert damit nicht nur Kritikfähigkeit und Selbstbewußtsein, sondern erhält auch wertvolle Hinweise, evtl. sogar konkrete Tipps zur Verbesserung im Be-

handlungsablauf und beim Praxismanagement, Rückmeldung über das wahrgenommene Arbeitsklima etc.

Natürlich muss auch Kritisches angemerkt werden, besonders zur Auswahl der Patienten: Man kann schließlich nicht davon ausgehen, dass eine Praxis Fragebögen an Patienten ausgibt, von denen zu erwarten ist, dass sie besonders kritisch eingestellt sind. Außerdem können die subjektiven Antworten der Patienten nicht auf Plausibilität geprüft werden.

Weiterhin wird kaum jemand freimütig seine Bereitschaft zu höheren Zahlungen signalisieren. Und schließlich sind erhebliche Zweifel angebracht, wenn das Institut suggeriert, bei der Befragung handele es sich um eine "Qualitätsmessung", die quasi als "Zertifizierung" durch die Patienten gewertet werden wird. So einfach werden Kammern und Gesetzgeber es den Zahnärzten wohl nicht machen.

Abgesehen davon jedoch sind die 1400 DM für eine solche spezielle und individuelle Praxis-Strukturanalyse allemal besser angelegt als für irgendein Seminar (oder gar mehrere), in denen allgemein darüber gesprochen wird, wie man sich verhalten soll, damit man zahnärztliche Leistungen besser "verkauft".

*Dr. Hanns-W. Hey
München*

**Nächster Redaktionsschluss:
23. März 2001**

Halitosis – ein lösbares Problem

Halitosis, oder einfach Mundgeruch, ist eine peinliche Angelegenheit und viele Ärzte und Zahnärzte sind unsicher, wie man ihn systematisch untersucht und behandelt. Das ist kaum verwunderlich, denn in Lehrbüchern und im Curriculum der Universitäten ist dieses Thema meist nur spärlich vertreten. Die meisten Menschen, Fachleute eingeschlossen, denken bei Mundgeruch sofort an den Magen. Nur so lässt sich erklären, dass ein großer Teil der Patienten unserer Mundgeruchsprechstunde an der Charité schon eine Magenspiegelung hat über sich ergehen lassen. Tatsächlich kann eine internistische Erkrankung für einen schlechten Atem verantwortlich sein, ist es aber sehr selten. Am häufigsten ist die Ursache in der Mundhöhle zu finden, weshalb dem Zahnarzt in diesem Zusammenhang eine wichtige Bedeutung zukommt.

Ursachen

Daten zu Häufigkeitsverteilungen bestimmter Ursachen gehen auf Einrichtungen zurück, die spezielle Mundgeruch - Sprechstunden anbieten. Sie zeigen, dass in etwa 90% der Fälle die Ursache des unangenehmen Geruchs in der Mundhöhle zu finden ist, gefolgt von Erkrankungen aus dem Hals-Nasen und Ohrenbereich. Nur selten liegt eine internistische Grunderkrankung vor [1]. Um jedoch nicht vorschnell eine Diagnose zu treffen, sollte man sich immer der selteneren Ursachen für Mundgeruch bewusst sein. Die Tabelle 1 enthält daher eine Aufstellung möglicher Halito-

sis-Ursachen, deren Behandlung überwiegend eine Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen der Medizin erfordern. In den meisten Fällen sind Mikroorganismen für die Geruchsbildung verantwortlich. Sie produzieren aus organischen Substraten wie abgestorbenem Gewebe, Nahrungsresten, Speichel usw. übelriechende Substanzen mit solch blumigen Namen wie z.B. Putreszin oder Kadaverin [2-7]. Mit Hilfe gaschromatischer und spektralphotometrischer Messungen wurde festgestellt, dass den flüchtigen Schwefelverbindungen (VSC = volatile sulphur compounds) eine besondere Bedeutung zukommt, was sie geeignet erscheinen lässt, als eine Art Markersubstanz herangezogen zu werden [2, 8, 9]. Zu den VSC zählen Schwefelwasserstoff, Dimethylsulphid und Methylmercaptan.

Trotz zahlreicher Versuche ist es bislang nicht gelungen, einzelne Bakterienarten als die Haupt-Geruchs-Produzenten zu identifizieren. Man schätzt nach heutigem Wissensstand, dass bis zu 80 geruchsbildende Bakterienarten für eine Halitosis verantwortlich sein können, die meist dem gram negativen Spektrum zuzuordnen sind. Im Bereich der Mundhöhle sind diese Keime besonders in „Schlupfwinkeln“, wie z.B. Zahnzwischenräumen, Kronenrändern oder Zahnfleischtaschen anzutreffen [3, 10-12]. Weitgehend unbekannt ist, dass häufig die Zunge Träger dieser Bakterien sein kann. Betroffen von der Belagsbildung ist dann meist der dorsale Bereich [10, 13]. Dieser Belag stellt ein Konglomerat aus Resten organischen Materials, Mikroorganismen und deren

Abbauprodukten dar. Generell sind Menschen mit stärker ausgeprägten Furchen auf der Zunge eher von dieser Belagsbildung betroffen als andere [13]. Die eigentliche Ursache für eine erhöhte Zungenbelagsbildung ist jedoch nicht eindeutig geklärt. Begünstigende Faktoren können Verhaltensweisen sein, die zu einem Austrocknen der Schleimhäute führen, wie Mundatmung, Schnarchen oder die Einnahme bestimmter Medikamente. Psychischer Stress und Rauchen verstärken das Problem ebenfalls.

Diagnostik

Am einfachsten lässt sich Mundgeruch mit Hilfe der Nase feststellen. Diese Form der Diagnostik wird als organoleptische Messung bezeichnet. Der Untersucher sollte in einer Entfernung von ca. 10 cm vom Munde des Patienten den Geruch des Expiriums hinsichtlich seiner Stärke beurteilen [14]. Es liegt auf der Hand, dass es sich bei diesem Verfahren um keine sehr valide Messmethode handelt, besonders für ungeübte Personen. Außerdem birgt die Vorstellung, sich als Betroffener zu einem Arzt zu begeben, um ihn anzuhauchen, damit dieser den eigenen Mundgeruch klassifiziert, ein hohes Maß an Peinlichkeit. Wünschenswert wäre es daher, Mundgeruch instrumentell messen zu können. Dazu können gaschromatographische Messungen durchgeführt werden, die jedoch sehr aufwendig, teuer und unpraktikabel sind. Es gibt daher seit Anfang der 90er Jahre ein Gerät, den sogenannten Halimeter® (Fa. Ansyco, Karlsruhe), mit dessen Hilfe es möglich ist, die Konzentration flüchtiger Schwefelverbindungen direkt am Be-

handlungsstuhl zu bestimmen (Abb. 1) [14, 15]. Über einen Strohhalm, einen Schlauch und eine eingebaute Pumpe wird einem chemischen Gas-Sensor Luft aus dem Mundraum zugeführt. Auf einem Display kann die Konzentration in ppb VSC (part per billion flüchtige Schwefelverbindungen) abgelesen werden. An das Gerät kann ein Schreiber oder ein PC angeschlossen werden, um das Messergebnis graphisch darstellen zu können. Das Gerät liefert ausreichend reproduzierbare Werte, ist jedoch nicht ganz unproblematisch [14, 15]. Es misst lediglich Schwefelverbindungen, man kann nicht automatisch auf die Quelle des Geruchs schließen und die unterschiedlichen Schwefelverbindungen gehen nicht zu gleichen Teilen in den Messwert ein. Trotzdem kann das Gerät sehr hilfreich eingesetzt werden. Es hilft dem Patienten, sich einem Arzt anzuvertrauen und es kann hervorragend zur Behandlungsverlaufkontrolle eingesetzt werden. Interessanterweise neigen viele Patienten dazu, eher einem Messgerät zu vertrauen als der Nase eines Arztes. Sinkt der VSC-Wert während der Behandlung ab, ist dies eine wichtige Bestätigung für den Betroffenen. Muss man paradoxer Weise einen Patienten davon überzeugen, dass bei ihm kein unangenehmer Mundgeruch festzustellen ist, obwohl er selbst fest davon ausgeht, kann es ebenfalls hilfreich sein, auf eine instrumentelle Messung zurückgreifen zu können. In Japan sind ähnliche Geräte erhältlich, die auf dem Prinzip eines Semikonductors basieren und es sind Bestrebungen im Gange, die instrumentelle Untersuchung mit Hilfe sogenannter künstlicher Nasen zu verfeinern [16-18].

Eine instrumentelle Untersuchung sollte immer durch eine organoleptische Untersuchung ergänzt werden, um die Geruchsquelle aufzuspüren. Die organoleptische Untersuchung ist meist ohne größeren Aufwand und unter Vermeidung von Peinlichkeiten möglich, wenn der Patient erst einmal Vertrauen gefasst hat und feststellt, dass sein Problem ernst genommen wird. Um eine organoleptische Messung von Mundgeruch ohne vorherige aufwendige Kalibrierungsübungen durchführen zu können, kann man ein sehr einfaches Verfahren anwenden, bei dem eine Einteilung der Geruchsstärke in drei Schweregrade erfolgt. Kann während der Erhebung der Anamnese in etwa einem Meter Abstand vom Patienten bereits ein deutlicher Mundgeruch festgestellt werden, entspricht dies dem Schweregrad 3. Sitzt der Patient auf dem Behandlungsstuhl und es kann während einer Unterhaltung in etwa 30 cm Entfernung

ein unangenehmer Geruch wahrgenommen werden, entspricht dies dem Schweregrad 2. Kann man erst in etwa 10 cm Entfernung vom Munde des Patienten einen unangenehmen Geruch wahrnehmen, während man den Patienten den Laut „A“ sprechen lässt, entspricht dies dem Schweregrad 1. Zum Eingrenzen der Ursache können jetzt mit einer Sonde, einem Wattestäbchen oder einem Mundspiegel an verschiedenen Lokalisationen der Mundhöhle Proben entnommen werden, die organoleptisch mit dem insgesamt festzustellenden Mundgeruch verglichen werden. Ist insgesamt ein Foetor wahrzunehmen und es lässt sich keine Ursache im Mundraum feststellen, sollte der Patient am besten zunächst an einen HNO-Arzt weitergeleitet werden. Empfehlenswert ist es, sich im Vorfeld mit dem entsprechenden Kollegen kurzzuschließen, damit dieser über das Ergebnis bereits durchgeführter Untersuchungen unterrichtet ist. In unserer

Mögliche Halitosis – Ursachen

Mundbereich	Zungenbelag, mangelhafte Hygiene und Infektionen (Stomatitis, Gingivitis, Parodontitis, Candidiasis, ungepflegte Prothese, offene Wurzelkanäle), Pemphigus, Morbus Behcet, Erythema exsudativum multiforme, Abszesse, ulzerierende und zerfallende Tumoren
HNO-Bereich	Tonsillitis, Sinusitis, Pharyngitis, Diphtherie, Pfeiffersches Drüsenfieber, Angina Plaut Vincent, Fremdkörper, Abszesse, Lues III, chronische Rhinitis (Ozäna), ulzerierende und zerfallende Tumoren
internistischer Bereich	eitrige Bronchitis, Pneumonie, Fremdkörper, Abszesse (Lunge), Lungengangrän, Wegnersche Granulomatose, Divertikel, Ösophagitis, Magen und Darmerkrankungen, Diabetes mellitus, Präkoma Zustände und Koma (Urämie, Coma hepaticum), Gelbfieber, Medikamente (z.B. Dimethylsulfoxid), Trimethylaminurie, ulzerierende und zerfallende Tumoren

Mundgeruchsprechstunde arbeiten wir daher sehr eng mit der HNO-Abteilung der Charité zusammen. Ist im HNO-Bereich ebenfalls keine Geruchsquelle zu identifizieren, sollte der Patient an einen Internisten zur weiteren Diagnostik überwiesen werden.

Erst wenn eindeutig die Ursache für den Mundgeruch gefunden ist, sollte eine Behandlung erfolgen. Eigentlich ist es eine goldene Regel in der Medizin, dass vor der Therapie die Diagnose steht, trotzdem sehen wir in unserer Sprechstunde häufig Patienten, die alle möglichen medikamentösen und chirurgischen Therapien haben über sich ergehen lassen, ohne dass eine eindeutige Diagnose gestellt wurde. Nicht zuletzt dürfte eine der Ursachen für diesen Missstand sein, dass den Ärzten ein Konzept für die Herangehensweise fehlt und unangenehme organoleptische Untersuchungen praktisch nicht durchgeführt werden.

Behandlung

Eine lückenlose Darstellung aller in Frage kommenden Möglichkeiten der Behandlung von Mundgeruch würde bei weitem den Rahmen dieser Übersicht sprengen, da sich die Behandlung an der Ursache orientieren muss. Wurden die Tonsillen als Ursache identifiziert, müssen sie entfernt werden, liegt eine Parodontitis vor, muss diese systematisch behandelt werden, usw.

In den meisten Fällen ist zahnmedizinisches Handwerkszeug gefragt, dass zu einer Anhebung des Mundhygieniveaus der Patienten führt und die meisten der Betroffenen werden einer individualprophylaktischen Betreuung zugeführt. Ergänzt werden diese Bemühun-

gen jedoch meistens noch um die Behandlung der bakteriellen Beläge auf der Zunge der Patienten, indem die Zunge mechanisch gereinigt wird, bzw. unterstützend ein antibakteriell wirksames Präparat verabreicht wird. Da die Reinigung der Zunge in unserem Kulturkreis eine eher ungewohnte Maßnahme darstellt, wird sie an dieser Stelle ausführlicher beschrieben.

Zungenreinigung

Die mechanische Reinigung der Zunge gehört in einigen Kulturkreisen zur "normalen" täglichen Mundhygiene und führt zu einer Reduktion flüchtiger Schwefelverbindungen und damit zu einer Reduktion von Mundgeruch [10, 19-26]. Die regelmäßige Reinigung der Zunge im Rahmen täglicher Mundhygienemaßnahmen scheint außerdem die Menge plaquebildender Mikroorganismen im Speichel deutlich senken zu können [22] und kann eine Verbesserung des Geschmacksempfindens hervorrufen [27]. Tierversuche zeigen, dass regelmäßiges Reinigen der Zunge zu keinerlei histologisch nachweisbaren Veränderungen der Zungenschleimhaut führt [21].

Für die Zungenreinigung gibt es unterschiedliche Produkte (Abb. 2), die über den Prophylaxe - Fachhandel, Apotheken und gut sortierte Drogerie-Fachmärkte und Warenhäuser bezogen werden können. Üblich sind reine Bürsten, Schaber und eine Kombination aus beidem. Die einfachste Ausführung besteht aus einem biegsamen Kunststoffstreifen, der zu einem Bogen geformt und dann mit der Kante über die Zunge gezogen wird. Die Zunge kann mit den Fingern, einem Waschlappen oder einem Gaze - Tuch an

der Spitze gehalten und der Zungenreineriger von dorsal nach ventral mehrere Male über die Zunge geführt werden. Es kann hilfreich sein, dabei die Augen zu schließen, um den Würgereiz zu minimieren (Abb. 3). Je nach Stärke der Beschwerden muss die Zungenreinigung zum Erzielen eines länger anhaltenden Effektes chemisch unterstützt werden. Dazu können die Wirksubstanzen z.B. über Spüllösungen und Zahnpasten auf die Zunge gebracht werden.

Mundspüllösungen

Chlorhexidin ist wirksam [28], sollte aber wegen der möglichen Nebenwirkungen nur kurz zur Sicherung der Diagnose eingesetzt werden (siehe systematisches Vorgehen). Neuerdings befindet sich eine Spüllösung mit reduziertem Chlorhexidingehalt (0.06%, Corsodyl Zahnfleischfluid) auf dem Markt, das auch für die Daueranwendung empfohlen wird. Bei täglicher Anwendung über 6 Monate sind die zu beobachtenden Zahnverfärbungen denen der Zinnfluorid-Mundspülung Meridol vergleichbar. Auch andere antibakteriell wirkende Verbindungen wie Cetyl-Pyridinium-Chlorid (CPC), H₂O₂, Chlorindioxid und Listerine® und die lokale Anwendung von Metronidazol zeigen eine Mundgeruchsreduzierung, die aber geringer als die von Chlorhexidin einzustufen ist [28-32]. In Israel (Produktname Assuta) und Großbritannien (Produktname Dentyl) befinden sich Produkte auf dem Markt, die aus einer Wasser-Öl-Emulsion und 0,05% CPC bestehen. Sie sind dadurch wirksamer als ein vergleichbares Mundwasser, das nur CPC enthält. Für die erhöhte Wirksamkeit ist vermutlich die langsame Abgabe

des Wirkstoffes aus den Öltröpfchen und die Adsorption von Mikroorganismen an die Ölphase verantwortlich [28, 33-35]. Die mundgeruchsreduzierende Wirkung von Zink-Ionen beruht darauf, mit flüchtigen Schwefelverbindungen nicht flüchtige Zink-Schwefelverbindungen eingehen zu können [36, 37] und auf ihren antimikrobiellen und enzymhemmenden Eigenschaften [38]. Welcher Wirkstoff bevorzugt werden sollte, ist auf Grund des Fehlens umfangreicher Vergleichsuntersuchungen schwer zu beantworten. Generell sollte man sich nicht allein auf die Anwendung einer antibakteriell wirksamen Spüllösung stützen. Die mechanische Entfernung verursachender Mikroorganismen nimmt wie bei der sonstigen Mundpflege mit der Zahnbürste eine Schlüsselrolle ein. Wird eine Spüllösung verwendet, sollte man die Patienten instruieren, die Zunge beim Spülen im Mund nach vorne zu halten, damit die Spüllösung den dorsalen Anteil der Zunge erreicht.

Zahnpasten

Mundgeruchshemmende Substanzen können auch Zahnpasten beigemischt werden. Natriumbikarbonat-Zusätze (baking soda) von über 20% führen gegenüber einer Placebo-Zahncreme bei normaler Anwendung der Zahnpasta (2-3 Min.) zu einer signifikanten Hemmung der Geruchsneubildung über drei Stunden [30, 39]. Durch den Zusatz von Zink lässt sich diese Wirkung noch verstärken [39]. Für den Wirkmechanismus von baking soda wird diskutiert, ob abrasive, antimikrobielle oder desodorierende Wirkungen im Vordergrund stehen [30, 40, 41]. Um bei ursächlicher Beteiligung der



Abb. 1: Der Halimeter® dient der Konzentrationsmessung flüchtiger Schwefelverbindungen (volatile sulphur compounds = VSC)



Abb. 2 verschiedene Zungenreiniger. Neuerdings sind Zungenreiniger auch in vielen Drogeriefachmärkten und bei Karstadt erhältlich.



Abb. 3 Anwendung des One-Drop-Only® Zungenreinigers

Zunge chemische Wirkstoffe möglichst effektiv anwenden zu können, kann Zahnpasta auch auf der Zunge verwendet werden. Die Applikation einer experimentellen Zahnpasta mit Zink und Triclosan auf die Zunge führte zu einer signifikanten Hemmung des Geruches gegenüber einer Placebo-Zahnpasta auch noch nach vier Stunden [42].

Systematisches Vorgehen

Patienten mit Mundgeruch sollten zunächst einmal den Zahnarzt aufsuchen, da die am häufigsten anzutreffenden Ursachen in seinen Zuständigkeitsbereich fallen. Zuerst wird eine umfangreiche Anamnese erhoben. Danach wird festgestellt, ob überhaupt Mundgeruch vorliegt. Dazu wird eine organoleptische Evaluation und wenn vorhanden eine instrumentelle Messung durchgeführt. Liegt Mundgeruch vor, muss die Geruchsquelle ausfindig gemacht werden. Man vergleicht dazu den insgesamt festzustellenden Geruch mit dem Geruch von Proben, die man von der vermuteten Stelle entnommen hat (z.B. aus den Interdenträumen oder von der Zunge). Ist generell die Mundhygiene verantwortlich, wird dem Patienten angeraten, diese mit Hilfe einiger Individualprophylaxe-Sitzungen anzuheben. Man wiederholt die Untersuchung nach der erfolgten Behandlung. Ist die Zunge involviert, kann man zur Sicherung der Diagnose dem Patienten einen Zungenreiniger mitgeben und ihn auffordern, einprozentiges Chlorhexidingel (Corsodyl®) zweimal täglich nach der Zungenreinigung auf die Zunge aufzutragen. Dazu eignet sich wegen seines Bürstenteils sehr gut der Zungenreiniger der Firma One Drop

Private Pflegeversicherung

Nur 1 Tropfen CHLORHEXIDIN

Flüssiges Antiseptikum bei Infektionen des Mund- und Rachenraumes. Zur symptomatischen Behandlung von Mundschleimhautentzündung (Stomatitis), Zungenentzündung (Glossitis) und entzündlichen, schmerzhaften Schleimhautveränderungen im Mund (Aphthen). Zur Hemmung der Plaque-Bildung und Verhütung von Zahnfleischentzündungen (Gingivitis).

Zusammensetzung: 100 g Lösung enthalten 0,1 g Chlorhexidindiguconat sowie Polysorbat 20, natürlicher Aromastoff, Weinsäure, Natriumcyclamat, Saccharin-Na, gereinigtes Wasser. **Gegenanzeigen:** Nicht anzuwenden bei: bekannter Überempfindlichkeit gegen Chlorhexidin, Ulzeration und erosiv-desquamative Veränderung der Mundschleimhaut. Für die Anwendung während der Schwangerschaft und Stillzeit sind bisher keine Einschränkungen bekannt.

Nebenwirkungen: Reversible Beeinträchtigung des Geschmacksempfindens, reversibles Taubeitsgefühl der Zunge, reversible Verfärbung von Zahnhartgeweben, Füllungen und Zungenpapillen, in Einzelfällen reversible desquamative Veränderung der Mucosa.

Nur 1 Tropfen Zungenreiniger

Die wissenschaftlich erprobte Ergänzung zur Zahnbürste. Beseitigt Bakterienbeläge auf der Zunge sowie im Mund- und Rachenraum. Für ein besseres Geschmacksempfinden und gesunde Atemfrische.

klinisch getestet



Only®. Binnen weniger Tage wird sich ein deutlicher Erfolg einstellen. Die Halimeter®-Messwerte sinken deutlich und organoleptisch sollte kein unangenehmer Geruch mehr festzustellen sein. Der Patient sollte sich unbedingt einer Person anvertrauen, die ihm im privaten Bereich eine Rückkopplung über den Verlauf der Behandlung geben kann. Schlägt die Behandlung an, wird das Chlorhexidinpräparat abgesetzt und eine rein mechanische Reinigung der Zunge durchgeführt. Nach etwa einer Woche wird der Patient zu einer weiteren kurzen Untersuchung einbestellt. Reicht die rein mechanische Reinigung aus, wird es dabei belassen, ansonsten muss die Reinigung durch Zuhilfenahme einer Spüllösung oder einer antimikrobiell wirkenden Zahnpasta (z.B. Colgate Total), die auf die Zunge aufgetragen wird, unterstützt werden. Eigene Beobachtungen an Patienten unserer Mundgeruchsprechstunde rechtfertigen die Aussage, dass die Neigung zur Zungenbelags-Bildung abnimmt, wenn insgesamt die Mundhygiene verbessert wird und regelmäßig Individualprophylaxe-Termine wahrgenommen werden.

Problempatienten (Halitophobie)

Ein großes Problem kann von Patienten ausgehen, die der Meinung sind, unangenehmen Mundgeruch zu besitzen, obwohl bei ihnen kein Mundgeruch festzustellen ist. Dieses Phänomen kann sich zu einer Phobie ausweiten und extreme Formen annehmen. So berichtete in unserer Sprechstunde eine etwa 70 Jahre alte Dame, dass Sie seit Ihrer frühen Jugend unter einem grässlichen Mundgeruch leide, der dafür verantwort-

lich sei, dass sie immer noch unverheiratet ist. Tatsächlich war bei den von uns mehrfach durchgeführten Untersuchungen weder organoleptisch noch instrumentell ein Foetor festzustellen. Eine intensive Befragung ergab, dass Sie nie jemanden hinsichtlich ihres Problems befragt hat und dass sie nur auf Grund der Beobachtung von Reaktionen anderer Personen davon ausgeht, dass Ihr Mundgeruch fürchterlich sein muss. Sie beschrieb, dass sich die Leute an die Nase fassen oder sich wegdrehen, wenn sie von ihr angesprochen werden. Sogar die ablehnende Haltung des Hundes einer Freundin wurde von ihr als Reaktion auf ihren Mundgeruch gedeutet. Die Patientin war nicht zu bewegen, eine ihr nahestehende Person hinsichtlich ihres Problems zu befragen bzw. in die Sprechstunde mitzubringen. Man sollte diesen Patienten ehrlich mitteilen, dass man keinen unangenehmen Geruch feststellen kann und in Zusammenarbeit mit anderen Ärzten wichtige Grunderkrankungen ausschließen. Ein Behandlungsversuch ist ohne Diagnose jedoch zum Scheitern verurteilt. Der Rat, psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen, wird meist von den Patienten abgelehnt.

Eine vollkommen andere Problematik besteht bei Menschen, die Mundgeruch besitzen, es aber nicht wissen, weil keiner sich traut, es ihnen mitzuteilen. Diese Menschen sollte man ehrlich darauf ansprechen. Der Betroffene wird in der Regel dankbar sein und ahnt oft schon, dass er unter Mundgeruch leidet, war sich nur unsicher und hat sich seinerseits nicht getraut jemanden zu fragen. Die Hemmschwelle, jemanden auf Mundgeruch anzusprechen sinkt dadurch, dass man ihm gleichzeitig Hilfe anbieten

kann. Japanische Studien belegen, dass der Betroffene selbst am schlechtesten einschätzen kann, ob er tatsächlich einen unangenehmen Geruch verströmt und dass die vermeintlichen Abwehrreaktionen Dritter oft überinterpretiert werden [1, 43-46].

Möchte man generell seinen Patienten unauffällig und taktvoll signalisieren, dass man sich mit dem Thema Halitosis auskennt, empfiehlt es sich, in den Anamnesebogen, den ein Patient meist zu Beginn seiner Behandlung ausfüllen muss, z.B. die Frage „Leiden Sie gelegentlich unter Mundgeruch“ aufzunehmen. Bejaht der Patient diese Frage, kann man das Thema ohne viel Mühe offen ansprechen.

Schlussbemerkung

Patienten mit Mundgeruch leiden vielfach schon sehr lange unter ihrem Problem und haben oft schon erfolglos eine Reihe von Ärzten aufgesucht. Als Zahnarzt hat man die Chance, viele dieser Patienten von ihrem Leiden befreien zu können. So kann es einem passieren, dass man unwissentlich in das eine oder andere Dankgebet eingeschlossen wird.

*Dr. Rainer Seemann
Zentrum für Zahnmedizin,
Charité, Humboldt-Universität zu Berlin*

Literatur

1. Delanghe, G., et al., Experiences of a Belgian multidisciplinary breath odour clinic. *Acta Otorhinolaryngol Belg*, 1997. 51(1): p. 43-8.
2. Tonzetich, J. and V.J. Richter, Evaluation of odoriferous components of saliva. *Arch Oral Biol*, 1964. 9: p. 39.
3. Tonzetich, J., Oral malodour: an indicator of health status and oral cleanliness. *Int-Dent-J*, 1978, 28(3): p. 309-19 issn: 0020-6539.
4. Goldberg, S., et al., Isolation of Enterobacteriaceae from the mouth and potential association with malodor. *J-Dent-Res*, 1997. 76(11): p. 1770-5 issn: 0022-0345.
5. De Boever, E.H., M. De Uzeda, and W.J. Loesche, Relationship between volatile sulfur compounds, BANA-hydrolyzing bacteria and gingival health in Patients with and without complaints of oral malodor. *J Clin Dent*, 1994. 4(4): p. 114-9.
6. De Boever, E.H. and W.J. Loesche, Assessing the contribution of anaerobic microflora of the tongue to oral malodor. *J-Am-Dent-Assoc*, 1995. 126(10): p. 1384-93 issn: 0002-8177.
7. McNamara, T.F., J.F. Alexander, and M. Lee, The role of microorganisms in the production of oral malodor. *Oral-Surg-Oral-Med-Oral-Pathol*, 1972. 34(1): p. 41-8 issn: 0030-4220.
8. Tonzetich, J., J.M. Coil, and W. Ng, Gas chromatographic method for trapping and detection of volatile organic compounds from human mouth air. *J Clin Dent*, 1991. 2(3): p. 79-82.
9. Tonzetich, J., Direct gas chromatographic analysis of sulphur compounds in mouth air in man. *Arch-Oral-Biol*, 1971. 16(6): p. 587-97 issn: 0003-9969.
10. Bosity, A., et al., Relationship of oral malodor to periodontitis: evidence of independence in discrete subpopulations. *J-Periodontol*, 1994. 65(1): p. 37-46 issn: 0022-3492.
11. Yaegaki, K. and K. Sanada, Volatile sulfur compounds in mouth air from clinically healthy subjects and patients with periodontal disease. *J-Periodontal-Res*, 1992. 27(4 Pt 1): p. 233-8 issn: 0022-3484.
12. Yaegaki, K. and K. Sanada, Biochemical and clinical factors influencing oral malodor in periodontal patients. *J-Periodontol*, 1992. 63(9): p. 783-9 issn: 0022-3492.
13. De Boever, E.H. and W.J. Loesche, The tongue microbiota and tongue surface characteristics contribute to oral malodour, in *Bad breath, a multidisciplinary approach*, D. van Steenberghe and M. Rosenberg, Editors, 1996, Leuven university press: Leuven. p. 111-122.
14. Rosenberg, M., et al., Reproducibility and sensitivity of oral malodor measurements with a portable sulphide monitor. *J-Dent-Res*, 1991. 70(11): p. 1436-40 issn: 0022-0345.
15. Rosenberg, M., et al., Halitosis measurement by an industrial sulphide monitor. *J-Periodontol*, 1991. 62(8): p. 487-9 issn: 0022-3492.
16. Shimura, M., et al., Correlation between measurements using a new halitosis monitor and organoleptic assessment. *J-Periodontol*, 1997. 68(12): p. 1182-5 issn: 0022-3492.
17. Maita, E., A simple detector for oral malodour, in *Bad Breath. A multidisciplinary approach*, D. van Steenberghe and M. Rosenberg, Editors, 1996, Leuven University Press: Leuven. p. 209-217.
18. Yaegaki, K., Current and future semiconductor

- based bad breath detectors, in *Bad Breath. Research perspectives*, M. Rosenberg, Editor. 1997, Ramot Publishers: Tel Aviv. p. 227-232.
19. Tonzetich, J. and S.K. Ng, Reduction of malodor by oral cleansing procedures. *Oral-Surg-Oral-Med-Oral-Pathol*, 1976. 42(2): p. 172-81 issn: 0030-4220.
20. Tonzetich, J., G. Preti, and G.R. Huggins, Changes in concentration of volatile sulphur compounds of mouth air during the menstrual cycle. *J Int Med Res*, 1978. 6(3): p. 245-54.
21. Vasilakis, G.J., C.O. Preis, and J. Glaz, Effects of daily mechanical tongue cleaning of the rat on dental plaque and tongue mucosa. *Clin Prev Dent*, 1981. 3(5): p. 7-10.
22. Gilmore, E.L. and S.N. Bhaskar, Effect of tongue brushing on bacteria and plaque formed in vitro. *J. Periodontol*, 1982. 43(7): p. 418-422.
23. Clark, G.T., S. Nachnani, and D.V. Messadi, Detecting and treating oral and nonoral malodors. *J-Calif-Dent-Assoc*, 1997. 25(2): p. 133-44 issn: 1043-2256.
24. Vollmer, D., Breath concerns. A clean tongue gives clean breath. The causes and beneficial treatment procedures. *J-Colo-Dent-Assoc*, 1997. 76(1): p. 14-5 issn: 0010-1559.
25. Carlson Mann, L., The use of tongue cleaners in the treatment of halitosis. *Probe*, 1998. 32(3): p. 114-5 issn: 0834-1494.
26. Quirynen, M., C. Mongardini, and D. van Steenberghe, The effect of a 1-stage full-mouth disinfection on oral malodor and microbial colonization of the tongue in periodontitis. A pilot study. *J-Periodontol*, 1998. 69(3): p. 374-82 issn: 0022-3492.
27. Hyde, R.J., R.P. Feller, and I.M. Sharon, Tongue brushing, dentifrice, and age effects on taste and smell. *J-Dent-Res*, 1981. 60(10): p. 1730-4 issn: 0022-0345.
28. Rosenberg, M., et al., Day-long reduction of oral malodor by a two-phase oil:water mouthrinse as compared to chlorhexidine and placebo rinses. *J-Periodontol*, 1992. 63(1): p. 39-43 issn: 0022-3492.
29. Pitts, G., et al., Mechanism of action of an anti-septic, anti-odor mouthwash. *J-Dent-Res*, 1983. 62(6): p. 738-42 issn: 0022-0345.
30. Niles, H.P. and A. Gaffar, Advances in moth odour research, in *Bad breath. Research perspectives*, M. Rosenberg, Editor. 1996, Ramot Publishing: Tel Aviv. p. 55-70.
31. Hartley, M.G., et al., Effects of metronidazole mouthrinse on tongue microbiota and oral malodour. *J Dent Res*, 1999. 78: p. 456 (Abstract).
32. Frascella, J., et al., Efficacy of a chlorine dioxide-containing mouthrinse in oral malodor. *J Dent Res*, 1999. 78: p. 356 (Abstract).
33. Rosenberg, M., H. Judes, and E. Weiss, Cell surface hydrophobicity of dental plaque microorganisms in situ. *Infect Immun*, 1983. 42(2): p. 831-4.
34. Ilan, O., et al., Two phase mouthwash formulations for treatment of oral malodour, in *Bad breath. A multidisciplinary approach*, D. vanSteenberghe and M. Rosenberg, Editors. 1996, Leuven University Press: Leuven. p. 265-274.
35. Kozlovsky, A., et al., Efficacy of a 2-phase oil: water mouthrinse in controlling oral malodor, gingivitis, and plaque. *J-Periodontol*, 1996. 67(6): p. 577-82 issn: 0022-3492.
36. Ng, W. and J. Tonzetich, Effect of hydrogen sulfide and methyl mercaptan on the permeability of oral mucosa. *J-Dent-Res*, 1984. 63(7): p. 994-7 issn: 0022-0345.
37. Raven, S.J., et al., The efficacy of a combined zinc and triclosan system in the prevention of oral malodour, in *Bad breath. A multidisciplinary approach*, D. vanSteenberghe and M. Rosenberg, Editors. 1996, Leuven University Press: Leuven. p. 241-254.
38. Kleinberg, I. and G. Westbay, Salivary and metabolic factors involved in oral malodor formation. *J-Periodontol*, 1992. 63(9): p. 768-75 issn: 0022-3492.
39. Brunette, D.M., H.M. Proskin, and B.J. Nelson, The effects of dentifrice systems on oral malodor. *J Clin Dent*, 1998. 9: p. 76-82.
40. Miyasaki, K.T., R.J. Genco, and M.E. Wilson, Antimicrobial properties of hydrogen peroxide and sodium bicarbonate individually and in combination against selected oral, gram-negative, facultative bacteria. *J Dent Res*, 1986. 65(9): p. 1142-8.
41. Drake, D.R., et al., Enhanced bactericidal activity of Arm and Hammer Dental Care. *Am J Dent*, 1995. 8(6): p. 308-12.
42. Hoshi, K. and D. vanSteenberghe, The effect of tongue brushing or toothpaste application on oral malodour reduction, in *Bad breath. A multidisciplinary approach*, D. vanSteenberghe and M. Rosenberg, Editors. 1996, Leuven University Press: Leuven. p. 255-264.
43. Malasi, T.H., et al., Olfactory delusional syndrome with various aetiologies. *Br J Psychiatry*, 1990. 156: p. 256-60.
44. Johnson, B.E., The olfactory reference syndrome and halitosis, in *Bad breath. A multidisciplinary approach*, D. vanSteenberghe and M. Rosenberg, Editors. 1996, Leuven University Press: Leuven. p. 231-240.
45. Yaegaki, K., Oral malodour and periodontal disease, in *Bad Breath. Research perspectives*, M. Rosenberg, Editor. 1997, Ramot Publishing: Tel Aviv. p. 87-109.
46. Delanghe, G., et al., Multidisciplinary breath-odour clinic [letter]. *Lancet*, 1997. 350(9072): p. 187 issn: 0140-6736.

Letzte Meldung

Der Präsident der Bayer. Landeszahnärztekammer (BLZK), Dr. Dr. Joseph Kastensbauer, Altötting, ist nach 10-jähriger Amtszeit am 6.2.01 von seinem Amt zurückgetreten.

Die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie informiert:

Die marginale Parodontitis als Risikofaktor für systemische Erkrankungen

Die Parodontitis ist mehr als eine lokale Entzündung im Zahn-, Mund- und Kieferbereich. Die Folgen einer bakteriellen Entzündung im Mundraum können sich auf den ganzen Körper ausweiten.

Hintergrund: Im Verlauf einer Parodontitis stimulieren die Endotoxine (LPS) der an der Infektion beteiligten Bakterien die lokalen Makrophagen. Diese setzen Entzündungsmediatoren (Prostaglandin E₂, Interleukin-1 β und Tumor-Nekrose-Faktor-alpha) frei. Systemisch wirksame Serumkonzentrationen dieser Substanzen können die Pathomechanismen verschiedener systemischer Erkrankungen aktivieren.

Kardiovaskuläre Erkrankungen

Nach neueren klinischen Studien haben Patienten mit einer generalisierten Parodontitis ein höheres Risiko für Herzerkrankungen (Faktor 1,5 bis 1,9) oder einen Schlaganfall (Faktor 2,8) zu erleiden (Beck et al 1996).

Hintergrund: Durch die erhöhte Serumkonzentration der Entzündungsmediatoren wird die Thrombozytenaggregation (Verkleben der Blutplättchen) und -adhäsion gefördert, was atherosklerotische Veränderungen der Gefäßwände begünstigt. Zudem wurden in Atheromen der Koronararterien die parodontalpathogenen Bakterien *Actinobacillus*

actinomycetemcomitans und *Porphyromonas gingivalis* nachgewiesen (Zambon et al. 1997).

Kürzlich konnte gezeigt werden, dass die Plasmakonzentrationen des C-reaktiven Proteins ein Risiko für einen zukünftigen Myokardinfarkt und einen Schlaganfall anzeigen konnte (Ridker et al 1997). Zugleich wurden erhöhte Serumspiegel des C-reaktiven Proteins auch bei Patienten mit Parodontitis beobachtet (Ebersole et al. 1997). In einer Population mit einer hohen Diabetesprävalenz war das Bestehen einer Parodontitis signifikant mit dem Vorliegen kardiovaskulärer Erkrankungen assoziiert (Genco et al 1997).

Diabetes mellitus

Die parodontale Gesundheit bzw. Erkrankung kann nach neuesten Untersuchungsergebnissen auch Einfluss auf den Glucosemetabolismus bei Diabetikern haben.

Diabetes Typ II (nicht-insulinabhängig):

Eine nicht-behandelte Parodontitis stellt einen Risikofaktor für erhöhte glykolisierte Hämoglobinwerte (HbA_{1c}) dar. Eine Kombinationsbehandlung von subgingivalem Scaling und systemischer Antibiotikagabe (Doxycyclin) führte zu einer Verbesserung des Behandlungsergebnisses und zu einer Abnahme der HbA_{1c}-Werte.

Diabetes Typ I (insulinabhängig):

Der Insulinbedarf und die HbA_{1c}-Werte waren nach Abschluß einer Parodontitisbehandlung erniedrigt (Grossi et al. 1996, Tayler et al. 1996).

Parodontitis und Schwangerschaft

Mütter untergewichtiger Neugeborener haben jüngsten Studien zufolge signifikant höhere parodontale Substanzverluste als Mütter, deren Neugeborene ein normales Gewicht besaßen. Für schwangere Frauen mit Parodontitis ist das Risiko, ein untergewichtiges Kind zu bekommen, bis zu siebenfach erhöht (Ofenbacher et al. 1996).

Hintergrund: Seit längerem ist der Zusammenhang zwischen Infektionen des Urogenitaltraktes und dem Auftreten von untergewichtigen Frühgeborenen bekannt. Höchstwahrscheinlich gilt dieser Zusammenhang auch für die Parodontitis, die von einem ähnlichen Keimspektrum verursacht wird. Das Geburtsgewicht war bei einer Infektion mit *Porphyromonas gingivalis* im Tierexperiment sogar um bis zu 25 Prozent reduziert. Bei Versuchstieren mit Parodontitis wurde zudem eine verzögerte Fötusbildung beobachtet (Collins et al. 1995). Lokal im Zahnbett freigesetzte Entzündungsmediatoren können die Plazenta erreichen.

Risikofaktoren für die Parodontitisprogression

Systemische Erkrankungen, Verhaltensfaktoren und genetische Faktoren haben Einfluß auf die marginale Parodontitis. Die entsprechende Risikoabstim-

mung bzw. -einschätzung ist schon heute integraler Bestandteil der Diagnostik und Behandlung der Parodontalerkrankung und wird dies in Zukunft in noch zunehmenderem Umfang sein.

Eine Reihe von Risikofaktoren sind mit der Parodontitis assoziiert und lassen sich in vier Gruppen kategorisieren (nach Page und Beck, 1997):

- Identifizierte starke Risikofaktoren
- Risikoindikatoren
- Risikomarker oder -prädiktoren
- Hintergrund Risikocharakteristika

Identifizierte starke Risikofaktoren

Rauchen wird als einer der Hauptrisikofaktoren für eine Parodontitis angesehen. Es besteht eine positive lineare Beziehung zwischen der Intensität des Tabakkonsums und dem Umfang des parodontalen Abbaus. Das Risiko alveolaren Knochenverlusts für starke Raucher ist siebenmal so groß wie für diejenigen, die niemals geraucht haben. Die Mehrzahl des Zahnverlustes bei jüngeren Erwachsenen (19 bis 40 Jahre) findet sich bei denjenigen, die mehr als 15 Zigaretten am Tag rauchen.

Pathogene Bakterien: Die Anwesenheit spezifischer Bakterien bedeutet einen Risikofaktor für eine Parodontitis. Diese entsteht normalerweise nicht ohne die Anwesenheit einer oder mehrerer dieser zumeist gramnegativen anaeroben Bakterien (*P. gingivalis*, *A. actinomycetemcomitans*, *B. forsythus*). Allerdings kann allein ihre Anwesenheit nicht die Entstehung einer Parodontitis bei jedem Patienten vorhersagen.

Diabetes mellitus: Die Prävalenz einer fortgeschrittenen Parodontitis ist bei Diabetes Typ I und II höher als bei Nicht-Diabetikern. Zahnlosigkeit ist bei Diabetikern 15mal wahrscheinlicher als bei Gesunden. Ist der Diabetes schlecht oder gar nicht kontrolliert, steigt die Wahrscheinlichkeit einer Parodontitis an. Bei gut kontrollierten Diabetikern hingegen spricht die Parodontitis gut auf die Therapie an und kann erfolgreich behandelt werden.

Risikoindikatoren

Genetische Marker (Interleukin-1 Polymorphismus): Ein positiver Genotyp für diesen Polymorphismus verursacht zwar keine Parodontitis, bedeutet aber, dass diese Patienten ein erhöhtes Risiko haben, an einer Parodontitis zu erkranken.

Hintergrund: Eine erhöhte Interleukin-1-Freisetzung nach bakterieller Infektion könnte das raschere Voranschreiten der Parodontitis in Genotyp positiven Patienten erklären.

HIV und AIDS: HIV-Infektionen und Aids stellen mögliche Risikofaktoren für eine Parodontitis dar. HIV-Infizierte bzw. an Aids erkrankte Patienten können mehr gingivale Entzündung, mehr Attachmentverlust und in einem kleinen Prozentsatz eine nekrotisierende ulzerative Parodontitis, eine schwere und rasch voranschreitende Form der Parodontitis, aufweisen.

Häufigkeit des Zahnarztbesuchs: Es besteht möglicherweise eine intensive Beziehung zwischen der Häufigkeit der Zahnarztbesuche und der Parodontitis. Patienten mit seltenen Zahnarztbesuchen

(alle 3 Jahre oder seltener) scheinen ein höheres Risiko für eine Parodontitis zu besitzen. Weitere Untersuchungen müssen diese Beziehung bestätigen.

Osteoporose: Mehr klinischer Attachmentverlust und Zahnlosigkeit wird bei osteoporotischen Frauen im Vergleich zu Frauen ohne Osteoporose angegeben. Weitere Studien, die die Beziehung zwischen Osteoporose und Parodontitis bestätigen, sind von großer Bedeutung, da ein Drittel aller Frauen über 65 an osteoporotischen Komplikationen leidet. Angesichts des steigenden Alters der Bevölkerung ist anzunehmen, dass die Osteoporose in der Zukunft zunehmende Bedeutung in der parodontalen Risikoeinschätzung erlangen wird.

Risikomarker oder -prädiktoren

Eine **Parodontitis-Vorgeschichte** wird ebenfalls als Risikoindikator angesehen. Diejenigen Patienten, die bereits an einer Parodontitis leiden, haben ein höheres Risiko auch in Zukunft Krankheitsepisoden zu erleiden.

Sondierungsblutung: Anders als gemeinhin geglaubt, hat eine Zahnfleischblutung nach Sondierung einen geringen prädiktiven Aussagewert für eine zukünftige Parodontitis. Allerdings konnten longitudinale Studien zeigen, dass die Abwesenheit einer Sondierungsblutung normalerweise parodontale Gesundheit anzeigt.

Hintergrund Charakteristika

Altern: Die Wahrscheinlichkeit parodontalen Attachmentverlustes ist für Perso-

nen von 65 bis 74 Jahren fünfmal größer als bei Personen im Alter von 35 bis 44 Jahren. Bezüglich des alveolaren Knochenverlustes sogar neunmal größer. Dieser Zusammenhang ist allerdings nicht ursächlicher Natur, sondern reflektiert die akkumulative (irreversible) Natur der parodontalen Destruktion.

Möglichkeiten der persönlichen Vorbeugung (Prophylaxe)

Die Möglichkeiten zur Vorbeugung parodontaler Erkrankungen beinhalten eine effektive, tägliche Mundhygiene (mind. 2x täglich für Erwachsene, am besten nach jeder Mahlzeit), regelmässige Zahnarztbesuche zur Kontrolle und Bestimmung des individuellen Risikos (evtl. des genetischen Risikos) und gegebenenfalls eine Reduktion oder besser Aufgabe des Tabakkonsums, sowie gesunde vitaminreiche Ernährung.

*Prof. Dr. Jörg Meyle
Präsident der Deutschen Gesellschaft
für Parodontologie e. V., Giessen*

Prof. Dr. Jean-François Roulet neuer Vorsitzender der Aktion zahnfreundlich e. V.

Die Mitgliederversammlung der Aktion zahnfreundlich e.V. wählte am 30. November 2000 in Düsseldorf Prof. Dr. Jean-François Roulet zu Ihrem neuen 1. Vorsitzenden. Der 52-jährige Schweizer, Wahlberliner und Leiter der Abteilung für Zahnerhaltung und Präventivzahnmedizin im Zentrum für Zahnmedizin des Universitätsklinikums Charité, Berlin, tritt damit die Nachfolge von Professor Dr. Klaus Bößmann (Zahn-

Mund- und Kieferklinik der Universität Kiel) an, der nach 15 Jahren Amtszeit nicht mehr kandidierte.

Neu in den Vorstand gewählt wurden Prof. Dr. Elmar Hellwig (Leiter der Poliklinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie am Klinik= der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg) sowie aus dem Kreis der Mitgliedsfirmen Jonathan Stirmann (Diedenhofen GmbH, St. Augustin).

Ziele neu gesteckt

Prof. Roulet, der die Vorstandsarbeit der Aktion zahnfreundlich e. V. seit 1994 bereits mitprägt, steckt seine Ziele für die nächsten drei Jahre: 'Wir müssen Zahnmännchen-Produkte als zahnschonende Zwischenmahlzeit für den Verbraucher noch attraktiver machen. Gezielte Ernährunglenkung im Sinne der Kariesprävention soll die Freude an Genuss und Wohlbefinden unterstützen. Garantiert zahnfreundliche Süßwaren leisten einen außerordentlich wichtigen Beitrag für die Zahngesundheit. Deshalb kommt das heutige Wellness-Bewusstsein unserer Botschaft absolut entgegen. Es gilt, ein riesiges noch schlummerndes Potenzial zu wecken - dafür müssen wir auch neue Wege gehen.'

Die Aktion zahnfreundlich hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Öffentlichkeit über die Zusammenhänge zwischen Zahngesundheit und Ernährung aufzuklären und eine gesunde Ernährungsweise zu fördern. Im Rahmen dieser Aufgabe wurden Zahnarztpraxen, Kindergärten und Schulen, Erziehern, Landesarbeitsgemeinschaften, Eltern und Gesundheitsämtern alleine im Jahr 2000 weit über 160.000 kostenlose Info-Medien zur Verfügung gestellt.

*Aktion zahnfreundlich e. V.
Alt Pempelfort 9, 40211 Düsseldorf*

Verbraucher greifen verstärkt zu Jodsalz mit Fluorid

Anteil am gesamten Haushaltspaketsalz-Absatz hat sich weiter erhöht

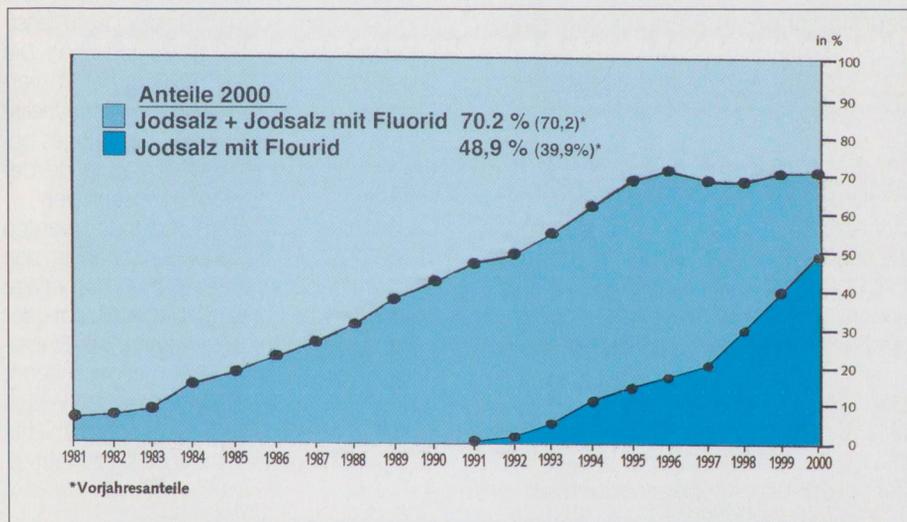
Der Anteil von fluoridiertem Jodsalz am gesamten Haushaltspaketsalzabsatz ist im Jahr 2000 um weitere 9 Prozent gestiegen. Er liegt damit nach Angaben der deutschen Salzindustrie Ende 2000 bei knapp 49 Prozent.

Diese erfreuliche Steigerung ist nach Angaben der Informationsstelle für Kariesprophylaxe in Groß-Gerau sowohl auf die intensive Aufklärung als auch auf die Empfehlung vieler Zahn- und Kinderärzte zurückzuführen. In glei-

chem Maße engagieren sich Prophylaxe- und Beratungskräfte sowie einschlägige Fachinstitutionen, die in der Speisesalzfluoridierung ebenfalls die einfachste, wirksamste und preiswerteste Möglichkeit der Kariesprophylaxe mit Fluoriden sehen, von der zudem die ganze Familie profitiert.

Jedoch auch der Lebensmittelhandel trägt wesentlich zur Verbreitung dieses Kombinationssalzes bei. So ist Jodsalz mit Fluorid seit geraumer Zeit nicht nur

Anteilentwicklung Jodierte und jodierte/fluoridierte Speisesalze am gesamten Speisesalzabsatz in Haushaltsgebinden



in allen Lebensmittelgeschäften erhältlich, es wird dort zudem in den meisten Fällen für den Verbraucher gut sichtbar und aufmerksamkeitsstark plaziert. Einige Handelsketten führen sogar nur noch Jodsalz mit Fluorid und bieten dies zudem sehr preiswert an.

Die immer breitere Verwendung von fluoridiertem Jodsalz wird von Wissenschaftlern des Zahngesundheitswesens ebenso begrüßt wie von vielen wissenschaftlichen Gesellschaften und Fachinstitutionen. Sie entspricht auch den aktuellen Empfehlungen der DGZMK zur Kariesprophylaxe mit Fluoriden, die vor allem die Verwendung fluoridierter Zahnpasta und den Einsatz fluoridierten Speisesalzes vorsehen.

*Informationsstelle für Kariesprophylaxe
Groß-Gerau*

Haben Sie schon eine Praxis-Homepage?

Selbst wer bisher keinen eigenen Internetzugang hat, kann feststellen, dass die Online-Kommunikation im Medizinbereich immer wichtiger wird, sowohl für die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen professionellen Beteiligten als auch für die Informationsbeschaffung der Patienten und die Suche nach Behandlern mit bestimmten Qualifikationen. Inzwischen gibt es auch in Deutschland eine Reihe von „Gesundheits-Portalen“.

Dem DAZ liegt ein Angebot der Firma ArztPartner almeda AG aus München vor, zuständig für das Webangebot www.arztpartner.de. Zu den Kooperationspartnern des Portals gehören einige private Versicherungen und das ArztPartner CallCenter. Zur Fi-

nanzierung des für Ärzte/Zahnärzte und Patienten kostenfreien Angebots dienen insbesondere Werbung, Produktverkauf und eine kostenpflichtige Beratungshotline. ArztPartner bietet jedem unserer Mitglieder an, kostenlos seine Praxis auf einer eigenen Homepage darzustellen und bis zu fünf Spezialisierungen anzugeben. Der Web-Auftritt wird so gestaltet, dass er den aktuellen rechtlichen Vorgaben entspricht. Der Zugriff ist über verschiedene Domains möglich. Zusätzlich kann der DAZ sich und seine Ziele auf den Webseiten von ArztPartner präsentieren und Links zu den vertretenen Mitgliedern schalten.

Wir möchten dieses Angebot an unsere Mitglieder weitergeben und werden Sie mittels eines Rundschreibens, das Ihnen vielleicht bei Erhalt dieses „Forum“ schon vorliegt, näher informieren. Ihnen steht frei, das kostenlose Angebot zu nutzen oder nicht. Sicher ist es nicht das einzige, das an Sie herangetragen wird. Denn mehr oder weniger alle neuen Informationssysteme sind auf den Ausbau ihrer Datenbestände angewiesen sind und versuchen insofern mit kostenlosen Dienstleistungen neue Beteiligte zu gewinnen. Die Zeitschrift Capital (Nr. 18/2000) hat im vergangenen Herbst verschiedene Gesundheitsportale anhand eines Kriterienkataloges bewertet; dabei war www.arztpartner.de der Testsieger bei den Informationsportalen.

Die etwas Erfahreneren unter Ihnen werden wissen, dass man auch unabhängig von solchen Portalen eine eigene Homepage bereits für weniger als 10 DM im Monat oder ganz kostenlos betreiben kann. Die Einbindung in ein größeres Informationsangebot hat jedoch bestimmte Vorteile, die Sie sich überlegen sollten. Außerdem spricht nichts dagegen, im Internet mehrgleisig zu fahren.

*Probieren Sie's aus! – rät
Irmgard Berger-Orsag, DAZ-Geschäftsführerin*

Bausteine für die Zähne

*Eine Empfehlung
für Ihre Patienten*

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



Bad Reichenhaller

...die Geschmackskraft der Natur

Gruppenprophylaxe 2000

Konzept der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Weiterentwicklung der Maßnahmen nach § 21 Abs. 1 SGB V (Weiterentwicklungskonzept Gruppenprophylaxe) vom 20. November 2000

Zusammenfassung

Die Spitzenverbände der Krankenkassen legen hiermit ein Konzept für die Weiterentwicklung der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe in Kindergärten, Schulen und anderen Einrichtungen vor. Sie stellen dar, auf welche Weise die neuen Aufträge des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000, das am 1. Januar 2000 in Kraft trat, umgesetzt werden können. Diese Aufträge beziehen sich darauf, erstens die Flächendeckung der Gruppenprophylaxe zu erreichen, zweitens Schulen und Behinderteneinrichtungen, in denen das durchschnittliche Kariesrisiko der Schüler überproportional hoch ist, intensiv zu betreuen, und drittens diese Betreuung bis zum 16. Lebensjahr durchzuführen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen bekräftigen ihr "Durchführungskonzept Gruppenprophylaxe" aus dem Jahr 1995. Darüber hinaus stellen sie dar, wie das Konzept in verschiedenen Regionen erfolgreich umgesetzt worden ist.

An die Mitarbeiter der Krankenkassen richten sie die folgenden Hinweise:

1. Gruppenprophylaktische Maßnahmen für die Anspruchsberechtigten unter 12 Jahren sind noch nicht flächendeckend verwirklicht. Sie werden vielfach nicht in der erforderlichen Häufigkeit durchgeführt. In der Basispro-

phylaxe sind dies zwei jährliche Prophylaxe-Impulse, in der Intensivprophylaxe zusätzlich bis zu vier Impulse. Auch werden keineswegs alle notwendigen und effektiven Inhalte angewandt. Deshalb ist ein Ausbau der Gruppenprophylaxe erforderlich.

2. In den kommenden Jahren besteht eine Herausforderung darin, Prophylaxeleistungen im "aufsuchenden" Konzept dorthin zu bringen, wo sie besonders benötigt werden: zu den stark von Karies betroffenen und gefährdeten Gruppen.
3. Es bedarf besonders intensiver Bemühungen, um durch gruppenprophylaktische Maßnahmen messbar und nachweislich zur weiteren Verbesserung der Mundgesundheit beizutragen. Vor allem die Fluoridanwendung als effektivste und effizienteste Methode der Kariesvorbeugung sollte verstärkt angeboten werden.
4. Von den 200 Mio. DM, die der Gesetzgeber seinerzeit für die Gruppenprophylaxe in den alten Bundesländern ansetzte, wenden die Krankenkassen derzeit in ganz Deutschland erst etwa 61,5 Mio. DM auf. Die Ausgaben für die Gruppenprophylaxe sind nicht an die einnahmeorientierte Ausgabenentwicklung angebunden. Ausgabensteigerungen in diesem Bereich verletzen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Die erforderlichen Finanzmittel sind unabhängig von

- den Ausgaben für die vertragszahnärztliche Versorgung zur Verfügung zu stellen.
5. Für die Intensivbetreuung der neu hinzugekommenen Altersgruppe der 12- bis 16-Jährigen veranschlagt der Gesetzgeber ab dem 1. Januar 2000 weitere Ausgaben in Höhe von 10 Mio. DM jährlich.
 6. Die theoretische Möglichkeit von "Doppelversorgungen" mit Leistungen der Gruppenprophylaxe plus zahnärztlichen Früherkennungs- bzw. Individualprophylaxe-Leistungen sollte nicht dazu führen, Aktivitäten der Gruppenprophylaxe oder deren Finanzierung einzuschränken.
 7. Die Spitzenverbände der Krankenkassen empfehlen den regionalen Krankenkassen, den weiteren Ausbau der Gruppenprophylaxe im Rahmen der gesetzlichen Mitwirkungspflicht zu fördern und die regionalen Arbeitskreise für Jugendzahnpflege bzw. die Landesarbeitsgemeinschaften mit ausreichenden Finanzmitteln auszustatten.

Speziell den **Durchführenden der Gruppenprophylaxe** geben die Spitzenverbände der Krankenkassen die folgenden fachliche Ratschläge, die im Konzept ausführlich erläutert sind:

1. Im Rahmen der Gruppenprophylaxe sollte kontinuierlich die Zusammenarbeit mit Eltern, pädagogischem Personal und anderen Berufsgruppen gesucht und Gesundheitsförderung betrieben werden. In der Basisprophylaxe tritt eine jährliche Reihenuntersuchung und zweimal jährlich Gesundheitserziehung/Fluoridanwendung mit Fluoridlack hinzu. In der Intensivprophylaxe werden die gleichen Inhalte zusätzlich bis zu viermal jährlich verwirklicht. Des Weiteren reinigt die Prophylaxehelferin die Zähne nach. Programme im frühkindlichen Bereich vervollständigen die Gruppenprophylaxe. Die moderne "Trias der Gruppenprophylaxe" verbindet biomedizinische Prävention, Gesundheitserziehung ("Verhaltensprävention") und Gesundheitsförderung ("Verhältnisprävention").
2. Als Maßnahme der biomedizinischen Prävention ist die Fluoridanwendung von unstrittiger Wirksamkeit, um Karies vorzubeugen. Das gilt auch für das Milchgebiss. Der Gesundheitseffekt ist unabhängig von sozialer Stellung und persönlicher Motivation. Die Einverständniserklärung der Eltern ist erforderlich.
3. Mundgesundheitserziehung ist unabdingbar, um bei den Beteiligten Akzeptanz zu gewinnen und sie zu veranlassen, an präventiven Programmen teilzunehmen. Mundgesundheitserziehung verbessert regelmäßig Wissen und Einstellungen der Schüler, kaum jedoch die Mundhygiene. Mundgesundheitserziehung allein beeinflusst nicht die Kariesrate.
4. Bei Kindern mit hohem Kariesrisiko, die meist sozial benachteiligt sind, ist alleinige Mundgesundheitserziehung nicht wirksam. Deshalb sollten in dieser Gruppe zum einen die biomedizinischen Maßnahmen vollständig verwirklicht werden. Zum anderen ist es erforderlich, den Kindern und Jugendlichen gesundheitsbewusstes Verhalten zu erleichtern, indem gemeinsam mit allen Beteiligten ihr Umfeld aktiv verändert und gesundheitsförderlich

gestaltet wird. Die Förderung der Mundgesundheit kann fester Bestandteil des Konzepts "gesundheitsfördernde Schule" werden.

5. Die Beteiligten der Gruppenprophylaxe sollten sich stärker der Prävention der Zucker-Saugerflaschenkaries im Kleinkindalter widmen. Verhindert werden sollte insbesondere die nächtliche Saugerflaschengabe. Den Eltern sollten Alternativen aufgezeigt werden.
6. Besondere Präventionsziele bei den 12- bis 16-Jährigen sind die Vermeidung approximaler Kariesläsionen und der Gingivitis im Jugendlichenalter.
7. Zur Identifizierung besonders betreungsbedürftiger Schulen und Behinderteneinrichtungen kommen die folgenden Methoden in Frage:
 - Einstufung nach der kommunalen Sozialstatistik

— Einstufung nach der Art der Einrichtung

— Einstufung anhand von DMFT-Mittelwerten oder dem Prozentsatz kariesfreier Kinder.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen rufen die Partner der Gruppenprophylaxe auf, sich dafür einzusetzen, die Mundgesundheit und damit auch die allgemeine Gesundheit der Kinder und Jugendlichen zu verbessern. Sie möchten mit dem Konzept eine Hilfestellung bieten.

Der vollständige Text ist zu beziehen über:

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen

Bernd Wiethardt

Weißensteinstr.72, 34131 Kassel

Tel: 0561-9359106, Fax:-9359140

E-Mail: wiethardt@bv.lsv.de

Zweifel an der Bereitschaft zur Umsetzung Stellungnahme des DAZ zum Konzept »Gruppenprophylaxe 2000«

Zum 1.1.1989 wurde im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes die Gruppenprophylaxe Gegenstand gesetzlicher Regelung. Der §21 des Sozialgesetzbuches, Abschnitt V, forderte Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen in Schulen und Kindergärten. Zu deren Realisierung sollten Rahmenvereinbarungen zwischen Krankenkassen, Zahnärzten und dem öffentlichen Gesundheitsdienst geschlossen werden. Dies führte, wo nicht

bereits vorher geschehen, zu Beginn der 90er Jahre in allen Bundesländern zur Konstitution von Landesarbeitsgemeinschaften zur Verhütung von Zahnkrankheiten.

Die Federführung in der Gruppenprophylaxe wies der Gesetzgeber im §21 SGB V aber den Krankenkassen zu mit der Formulierung „Die Krankenkassen haben im Zusammenwirken mit ... Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ... zu fördern...“. Nachdem bis

zum Jahre 1995 auf lokaler und regionaler Ebene zwar vielfältige Anstrengungen zur Förderung der Gruppenprophylaxe unternommen worden waren, der gewünschte flächendeckende Erfolg jedoch noch nicht in Sicht war, veröffentlichten die Spitzenverbände der Krankenkassen ihr Konzept zur Gruppenprophylaxe. Dieses Konzept fußte auf solider wissenschaftlicher Grundlage und war ein Maßnahmenkatalog zur Umsetzung von Basisprophylaxe und Betreuung von Kariesrisikokindern (1993 in den §21 aufgenommen). Es zeigte aber auch sehr konkrete Wege der Finanzierung der Gruppenprophylaxe durch die Krankenkassen auf. Mit diesem Papier waren die Krankenkassen in der Gruppenprophylaxe in die Offensive gegangen und hatten ihren im Gesetz eher zurückhaltend formulierten Führungsanspruch in aller Deutlichkeit eingefordert. Zitat: „In den Bereichen, in denen die Aktivitäten der Krankenkassen durch andere Mitglieder der Arbeitsgemeinschaften blockiert werden, kommen auch gesonderte Verträge mit den Stellen bzw. Personen in Frage, die sich zur Durchführung der Gruppenprophylaxe bereit erklären.“

Obwohl sich die Bedeutung des Krankenkassen-Konzepts für die Weiterentwicklung der Gruppenprophylaxe naturgemäß nicht messen lässt, war es doch ein ernst zu nehmender und bedeutsamer Ansatz zur Einführung einheitlicher, effektiver und effizienter Maßnahmen in der deutschen Gruppenprophylaxe.

Zum 1.1.2000 wurden die Inhalte des §21 des SGB V zum wiederholten Male erweitert. Nunmehr wurde eine flächendeckende Umsetzung der Gruppenprophylaxe durch die Krankenkassen

gefordert. Außerdem wurden die Leistungen in Schulen und Behinderteneinrichtungen mit besonders hohem Kariesrisiko auf bis zu 16-Jährige ausgeweitet.

Diese Reform des §21 veranlasste die Spitzenverbände der Krankenkassen, ihr Papier von 1995 den neuen Gegebenheiten anzupassen. Ende November 2000 erschien das Konzept „Gruppenprophylaxe 2000“. Nach innen, an die Mitarbeiter der Krankenkassen gewandt, mahnen die Spitzenverbände den flächendeckenden Ausbau der Gruppenprophylaxe bei den bis zu 12-Jährigen an. Insbesondere der Ausbau der Fluoridanwendung wird gefordert. Daneben wird auf die Intensivbetreuung der neu hinzugekommenen Altersgruppe der 12- bis 16-Jährigen verwiesen, für die der Gesetzgeber jährlich 10 Millionen DM vorsieht.

Die Anbieter der Gruppenprophylaxe werden in dem Konzept aufgefordert, neben der biomedizinischen Prävention (z.B. Fluoridierung) vor allem auch Gesundheitserziehung (Verhaltensprävention) sowie Gesundheitsförderung (Verhältnisprävention = Schaffung gesundheitsfördernder Lebensumstände) zu betreiben. In diesem Zusammenhang wird der Begriff der „modernen Trias der Gruppenprophylaxe“ geprägt. Als besondere Aufgabe der Gruppenprophylaxe wird die Bekämpfung der Saugerflaschenkaries genannt. Wie in dem Konzept von 1995 wird auch diesmal das fachliche Hintergrundwissen zur Erreichung der formulierten Ziele geliefert.

Für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko wird eine aufsuchende Betreuung favorisiert. Das bedeutet, dass keine in-

dividuelle Identifizierung von Kariesrisiko-Kindern mit anschließender Verweisung an niedergelassene Zahnärzte zum Zwecke der intensivprophylaktischen Betreuung erfolgen soll. Statt dessen sollen ganze Schulen und Kindergärten mit erhöhtem Kariesniveau intensiv präventiv betreut werden. Nach dem Stand des Wissens ist dieses Vorgehen gegenüber der erst genannten Variante wesentlich effektiver. Erfahrungen aus Berlin haben gezeigt, dass der Großteil der individuell identifizierten Risikokinder einer Überweisung zum Zahnarzt nicht folgt.

Insgesamt stellt das 56 Seiten starke Papier „Gruppenprophylaxe 2000“ der Spitzenverbände der Krankenkassen ein überzeugendes Konzept zur Durchführung der Gruppenprophylaxe dar, und zwar auf einer wissenschaftlich fundierten Basis. Für die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen, und damit auch der künftigen Erwachsenen, wäre eine umfassende Umsetzung des Konzepts sicher ein immenser Gewinn.

Leider hängt, wie das Meiste in unserem Leben, auch die Umsetzung einer effektiven Gruppenprophylaxe am Geld. Ob dieses aus den keinem Budget unterliegenden Töpfen der Krankenkassen allerdings in einem Umfang fließen wird, wie zur vollen Realisierung des Spitzenverbands-Konzepts erforderlich ist, bleibt offen. Schließlich können die Spitzenverbände der Krankenkassen gegenüber ihren regionalen „Ablegern“, die die Vertragspartner in der Gruppenprophylaxe sind, nur Empfehlungen aussprechen, über eine Weisungskompetenz verfügen sie nicht. Die Tatsache, dass der Gesetzgeber bereits 1989 jähr-

lich 200 Millionen DM (für die alten Länder) für die Gruppenprophylaxe vorgesehen hat, davon bis heute aber jährlich nur gut 60 Millionen tatsächlich geleistet werden, läßt Zweifel an der Bereitschaft der regionalen Kassenverbände aufkommen, in angemessenem Umfang in die Gruppenprophylaxe zu investieren.

*Priv.-Doz. Dr. Stefan Zimmer
Prophylaxereferent des DAZ
Berlin*

Das Konzept „Gruppenprophylaxe 2000“ kann auch bezogen werden über das Internet unter <http://www.g-k-v.com>

GABA muss ihre Zahnbürste aronal öko-dent Kinder umbenennen

Ferrero setzt Markenrechte auf den Begriff »Kinder« erneut durch

Köln, den 28. November 2000 - Im Markenstreit um das Wort "Kinder" vor dem Kölner Landgericht haben sich der Süßwarenkonzern Ferrero OHGmbH, Frankfurt, und die Lörracher GABA GmbH in einem Vergleich geeinigt. GABA, die bis zur Jahresmitte unter dem Namen Wybert elmex Forschung firmierte, muss demnach ihre seit 6 Jahren auf dem Markt befindliche Wechselkopf-Zahnbürste **aronal öko-dent Kinder** umbenennen. Ferrero sah durch diese Bezeichnung die Unterscheidungskraft und Wertschätzung ihrer im Schokoladenbereich geschützten Wort-/Bildmarke "Kinder" in unlauterer Weise ausgenutzt und beeinträchtigt.

Für den Lörracher Zahnpflegespezialisten (Marken aronal, elmex, meridol) bedeutet dieser Vergleich, dass sämtliche Verpackungen, Anzeigen, Verkaufs- und Informationsmaterialien bis Mitte nächsten Jahres geändert werden müssen. Die Wechselkopf-Zahnbürste darf zukünftig nur "**aronal öko-dent**" und in kleinerer Schrift »für Kinder« oder »Kinder-Zahnbürste« heißen. Wegen der hohen Kosten eines Gerichtsverfahrens und der letztendlich eher geringfügigen Änderungen auf der Verpackung hat GABA diesem Vergleich zugestimmt.

»Ferrero hat deutlich gemacht, dass sie das Wort »Kinder« als Alleinstellung auch bei anderen Produkten nicht dulden, sondern ihr Monopol an diesem Begriff in allen Instanzen durchsetzen wollen«, fasste GABA Geschäftsführer Mario J. Perinelli zusammen. Ferrero habe diesen Anspruch stets am Kölner Landgericht und bereits in mehr als 20 Verfahren gegenüber Kinderprodukten verschiedenster Art durchgesetzt. Dieser Vergleich war aus Kostengründen vernünftig, obwohl es jedoch kein Monopol eines Herstellers auf das Wort »Kinder« geben sollte, zumal es sich um Schokoladenprodukte handelt, die den Kinderzähnen eher schaden, so Perinelli weiter.

PROPHYLAXEdialog: Wissenschaftlicher Beirat neu formiert / kostenloses Abonnement

Lörrach, den 15. Dezember 2000 (dk) - Mit der Ausgabe 2/2000 stehen dem PROPHYLAXEdialog, einer kostenlosen Informationsschrift für Zahnärzte, zwei neue wissenschaftliche Beiräte zur Sei-

te: Dr. Siegwart Peters, niedergelassener Zahnarzt aus Leichlingen, und Dr. Bernd Heinz, niedergelassener Parodontologe aus Hamburg. Beide Zahnmediziner kommen aus der Praxis und ergänzen so die anderen vier Beiräte mit klinischem Hintergrund: Prof. Dr. Hans-Jürgen Gülzow (Hamburg), Prof. Dr. Elmar Hellwig (Freiburg), Prof. Dr. Thomas M. Marthaler (Zürich) und PD Dr. Stefan Zimmer (Berlin).

Der PROPHYLAXEdialog, der seit 1996 zweimal im Jahr erscheint, wird von der GABA elmex Forschung herausgegeben und richtet sich an Zahnärzte und zahnmedizinisches Fachpersonal. Die Informationsschrift bereitet neue wissenschaftliche Erkenntnisse rund um die Prophylaxe kompetent auf und vermittelt aktuelles Wissen über Fluoride und deren Darreichungsformen.

Im Schwerpunktthema der jetzt erschienenen Ausgabe gibt Prof. Dr. Heinz H. Renggli, Universität Nijmegen, Niederlande, eine Übersicht über aktuelle Möglichkeiten der Prophylaxe und Therapie bei hypersensiblen Zähnen. Weitere Themen sind die Empfehlungen zur Kariesprophylaxe mit Fluoriden, die richtige zahnärztliche Betreuung von behinderten Patienten, die Wichtigkeit und Organisation von Recall-Terminen in der Prophylaxepaxis und die Kariesprophylaxe in Italien.

Zahnärzte und zahnärztliche Teams, die den PROPHYLAXEdialog regelmäßig beziehen wollen, können sich in die Abonnentenliste eintragen lassen:

*GABA elmex Forschung,
Berner Weg 7, 79539 Lörrach,
Telefax: 07621/907-124,
e-mail: presseOgaba-dent.de*

Eine „Prophylaxe-Institution“ geht in den Ruhestand

Am 15. Dezember wurde die Leiterin des Zahnärztlichen Dienstes im Gesundheitsamt Berlin-Steglitz, Frau Medizinaldirektorin Dr. Erika Reihlen, in den wohlverdienten Ruhestand verabschiedet. Frau Reihlen ist jedoch weit mehr als „bloß“ die nunmehr ehemalige Leiterin eines zahnärztlichen Dienstes. Sie war und ist eine Institution der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe.

Geboren in Brühl bei Köln, kam Frau Dr. Reihlen nach Studium in Freiburg und Köln, wo sie mit einem der Prophylaxe noch recht fernen Thema (Innervation der oberen Schneidezähne) auch promovierte, im Jahre 1976 als Leiterin des zahnärztlichen Dienstes in das Gesundheitsamt Berlin-Steglitz. Diese Position hatte sie bis zu ihrer Pensionierung inne. Soweit kein ungewöhnlicher Lebenslauf. Diese Einschätzung ändert sich jedoch bei genauerem Hinsehen grundlegend. Dann sieht man nämlich, dass Frau Reihlen in und neben ihrem Dienst im Gesundheitsamt Aktivitäten entwickelt hat, die allergrößten Respekt verdienen. Dies gilt nicht nur für ihre zahnmedizinischen Aktivitäten, die alleine schon aller Ehren wert sind, sondern auch für ihr soziales Engagement.

Seit 1976 ist Frau Dr. Reihlen Koordinatorin der Berliner Jugendzahnpflege beim Senat von Berlin. Von 1985 bis 1989 war sie stellvertretende Vorsitzende der damaligen Arbeitsgemeinschaft für Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der DGZMK. Bereits 1984 wurde sie als Vertreterin des Landes Berlin stellvertreten-

de Vorsitzende der LAG Berlin bzw. deren Vorläuferin. Seit 1999 hat sie deren Vorsitz inne. Im Jahre 1992 wurde Kollegin Reihlen Mitglied des wissenschaftlichen Beirates der Informationsstelle für Kariesprophylaxe des DAZ.

Im Ehrenamt ist Frau Dr. Reihlen Mitglied im Präsidium des Deutschen Evangelischen Kirchentages, dessen Präsidentin sie 1991-1993 war. Sie ist Vizepräsidentin der Evangelischen Akademie Berlin und Mitglied im Berliner Frauenhaus BORA, einer Zufluchtsstätte für von Gewalt betroffenen Frauen.

Für ihr vielschichtiges Wirken wurden Frau Dr. Reihlen vielerlei Ehrungen zuteil. Sie ist Trägerin der Ehrennadel der Deutschen Zahnärzteschaft in Gold, des Ehrenzeichens des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie der Tholuck-Medaille. Im Jahre 2000 wurde ihr das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse verliehen.

Beruflich tritt Frau Reihlen nun den verdienten Ruhestand an. Erhalten bleibt sie uns trotzdem, als Vorsitzende der Berliner LAG, im wissenschaftlichen Beirat der IfK, als Mitglied des DAZ und -da bin ich sicher- als kompetente Beraterin in allen Fragen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe, denn der gehörte wohl ihre berufliche Leidenschaft.

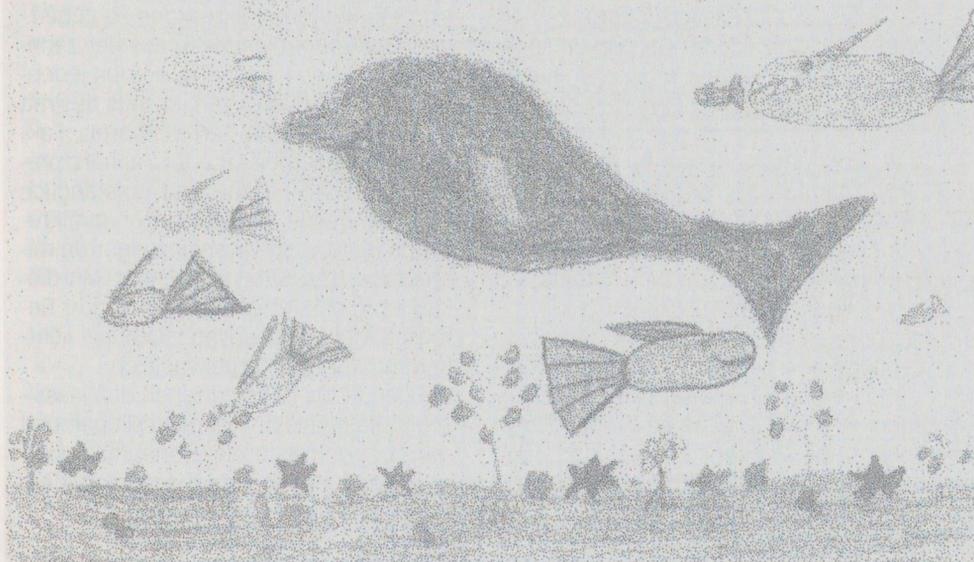
Danken wir also Frau Reihlen für das in der Vergangenheit Geleistete, freuen uns auf die gemeinsame Zukunft und wünschen ihr in dieser trotz allem Engagement doch etwas mehr Zeit für sich und Ihre Familie.

*Stefan Zimmer,
Prophylaxereferent des DAZ*

Ich finde mein
Zahnlabor
Prima!

W. Schuschan Dentaltechnik GmbH

0431-79874/5



Mikroskopie in der Zahnarztpraxis

Wozu braucht ein Zahnarzt ein Mikroskop - oder wie gut ist ein Schütze, der die Zielscheibe nur vom Hörensagen kennt, sich diese erst nach Monaten oder Jahren betrachten darf, und diese ansonsten immer nur mit bloßem Auge aus voller Schußentfernung sieht?

Die Industrie versucht seit einiger Zeit den Zahnärzten einzureden, dass diese Operationsmikroskope benötigen. Aber der Autor dieser Zeilen ist sicher bei weitem nicht der einzige, der bereits mit bloßem Auge und erst recht mit der Lupe immer wieder Eingänge von Wurzelkanälen findet, die dann auch mit einer 006er Feile nicht aufzubereiten sind.

Manche Techniker haben Stereomikroskope zur Freilegung von Präparationsgrenzen. Solche Mikroskope bieten eine ca. 8 bis 160-fache Vergrößerung. Viele Versuche zum Thema Randspaltbildungen sind mit solchen Mikroskopen durchgeführt worden. Dabei wurden die Zähne nach dem Füllen in Farblösungen gelegt und anschließend durchgeschnitten. Man kann mit solchen relativ schwach vergrößernden Mikroskopen dann recht gut die Eindringtiefe des Farbstoffes erkennen und von da auf die Randdichtigkeit schließen.

Jenseits der nur schwach vergrößernden Stereomikroskope sind der Zahnmedizin noch die dann in der Regel meist mit Phasenkontrasteinrichtung zur Bakterienbeobachtung eingerichte-

ten Durchlichtmikroskope allgemein bekannt. Zum Beispiel beschreibt Hellwege den Einsatz und Nutzen eines solchen Mikroskops zur Parodontitis-Risikodiagnostik und Patientenmotivation [1, S. 80f]. Solche Mikroskope werden in der Regel mit bis zu 400-facher Vergrößerung eingesetzt. Ohne Phasenkontrasteinrichtung sind Durchlichtmikroskope den meisten Kollegen sicherlich als Schülermikroskope oder, aus der Studienzeit, von den Biologie- und Histologiepraktika her bekannt. Sinn machen solche Mikroskope nur bei der Untersuchung von sehr dünnen, lichtdurchlässigen Präparaten.

Zur Untersuchung von vollständig oder weitgehend lichtundurchlässigen Materialien scheint es für den Einsatz in der Zahnarztpraxis nur die schwach vergrößernden Lupe Brillen, Operationsmikroskope und Stereomikroskope zu geben. In den Veröffentlichungen aus der zahnmedizinischen Forschung werden jedenfalls für Vergrößerungen jenseits des mit Stereomikroskopen erreichbaren Faktors von 160x meist nur für Zahnarztpraxen unerschwingliche und umständlich zu bedienende Rasterelektronenmikroskope (REM, engl.: scanning electron microscope bzw. SEM) verwendet. Mit diesen ist in der Tat eine faszinierende Tiefenschärfe bei der Untersuchung lichtundurchlässiger Körper möglich. Bei den REMs muß zwischen den klassischen Rasterelektronenmikroskopen und den Umweltrasterelektronenmikroskopen (engl.: environmental scanning elec-

tron microscope bzw. EREM) unterschieden werden [2, S.206]. Für Untersuchungen mit normalen REMs werden biologische Objekte wie z.B. Zähne erst gefriergetrocknet. Dann, oder auch direkt, d.h. ohne Gefrierdrying, wird ein Abdruck angefertigt und ein Modell hergestellt. Das Modell wird dann mit einer dünnen Goldschicht versehen und kann anschließend im Vakuum untersucht werden. Also eine etwas sehr umständliche Technik. Mit EREMs geht es etwas einfacher. Nach [2] ist damit jedenfalls die direkte Untersuchung von feuchten und trockenen Proben bei 0 bis 20°C möglich, wobei aber doch auch ein Vakuum (Hochvakuum bis 0,19 Pa) nötig ist.

REMs sind also in jedem Fall sehr umständlich und natürlich auch sehr teuer. Geht es auch preiswerter, einfacher und schneller?

Es geht! Und zwar gut. Asmussen und Jørgensen [3] haben bereits 1972 mit einem Universalmikroskop der Firma Reichert, das mit einer Auflichtvorrichtung versehen war, die Ränder von experimentellen Kompositfüllungen untersucht und konnten dabei Randspalte ab 0,5 µm erkennen. Zum Vergleich: ein modernes Komposit mit 0,6% linearer Polymerisationskontraktion, schrumpft pro mm um 6 µm. Streptokokken haben nach Wiesmann, [4, S.114], einen Durchmesser von 0,8 bis 1,2 µm.

D.h., selbst bei einer kleinen minimalinvasiven Kavität von 1 bis 2 mm Breite, bei der der Zahn selbst wegen der geringen Größe der Restauration seine Festigkeit behält, müßte man die bei der Polymerisation voraussichtlich auftretenden

Risse klar erkennen. Vor allem aber kann man mit so einem Lichtmikroskop Risse erkennen, die kleiner als die Dicke eines Bakteriums sind. Warum werden dann fast alle entsprechenden Untersuchungen mit REMs durchgeführt? Die extrem geringe Tiefenschärfe hochauflösender Lichtmikroskope könnte ein Grund dafür sein. Die Tiefenschärfe ist nach Gerlach, [5, S.118], von der Gesamtvergrößerung und der Apertur des Objektivs abhängig. Für ein Auflichtmikroskop mit den für die Untersuchung von Zähnen und Füllungskunststoffen nötigen Trockenobjektiven ergibt sich nach der Tabelle von Gerlach, [5, S.118], eine Tiefenschärfe von ca. 25 µm bei 100-facher Vergrößerung und von nur noch ca. 1 µm bei mehr als 1000-facher Vergrößerung. Bei zum Beobachter hin gekrümmten Flächen und größeren Höhendifferenzen verschwindet damit immer ein Teil des Bildes im Dunst der Unschärfe. Das Problem der geringen Tiefenschärfe kann man umgehen, indem man die für Versuche verwendeten Rinder- oder Menschenzähne an der zu untersuchenden Seite zunächst plan schleift (z.B. mit einer Proxxon Planschleifmaschine für Naß- und Trockenschliff aus dem Baumarkt).

Schließlich ist die geringe Tiefenschärfe des Lichtmikroskopes bei hohen Auflösungen ein nicht zu unterschätzendes Hilfsmittel zur Bestimmung von Höhendifferenzen. Bessere Lichtmikroskope haben daher eine Mikrometerteilung der Höhenfeinverstellung, die je nach Modell eine Auflösung von meist 2 oder sogar 1 µm hat. Von Jähne [6, S.233ff] wird beschrieben, wie man mit Hilfe eines Computers mit entsprechender Software eine Serie von Bildern geringer Tiefenschärfe zu einem

scharfen, mehrdimensionalen Bild zusammenfügen kann. Die Technik ist schon 1986 von Steurer et. al. veröffentlicht worden. D.h., im Prinzip kann man einen Camcorder oder eine Digitalkamera an das Mikroskop anschließen, diese und den Computer einschalten, eine Taste drücken, mit der Höhenverstellung des Mikroskops vom höchsten zum tiefsten Punkt fahren und dabei eine Bildserie anfertigen. Der Computer sucht dann für jeden Bildpunkt der horizontalen Ebene das Bild mit dem jeweils schärfsten Bildpunkt der Serie und wählt diesen für das Gesamtbild. Wenn der Computer über die absolute oder relative vertikale Höhe jedes Bildes der Serie informiert wird (Winkelgeber an der Höhenverstellung, könnte man leicht nachrüsten), dann kann er sogar die aus der Bildserie herausgerechneten Höhenunterschiede wie auf einer Landkarte farbig darstellen. Spätestens mit einer solchen, im Prinzip heute sehr preiswert machbaren Zusatzausrüstung gibt es für Aufnahmen mit bis zu ca. 1000-facher Vergrößerung, bei denen eine Detailauflösung von 0,5 μm ausreicht, eigentlich keinen Grund mehr zum Einsatz von Rasterelektronenmikroskopen.

Da entsprechende hochauflösende Lichtmikroskope mit Auflichtvorrichtung nun aber bereits ab 5 bis 10 Tsd. DM in guter Qualität erhältlich und damit selbst für kleine Praxen gut erschwinglich sind, gibt es eigentlich auch keine guten Gründe dagegen, z.B. neue Füllungstechniken und Materialien nicht auch in der Zahnarztpraxis erst einmal an Rinderschneidezähnen oder an extrahierten Zähnen von Patienten auszu-

probieren, bzw. zu testen. Übrigens sind mit solchen Mikroskopen auch objektive Mikro-Härtemessungen z.B. nach Vickers relativ preiswert möglich. D.h. wenn man ein derartiges Mikroskop mit einem ziemlich preiswerten Meßobjekt ausrüstet und dieses mit einem dazu erhältlichen Meßobjektträger "eicht", dann braucht man nur noch einen Vickersdiamanten (ca. 800 DM), ein paar Teile aus dem Baumarkt und eine Diätwaage und schon hat man ein sehr präzise arbeitendes Vickershärtemeßgerät, mit dem man z.B. die Angaben der Hersteller zur Aushärtungszeit und Durchhärtung von Kompositen nachprüfen kann.

Schließlich werden solche Auflichtmikroskope traditionell in der Werkstoffkunde zur Untersuchung von Metallgefügen eingesetzt. Dazu werden die Proben plangeschliffen, poliert und anschließend geätzt. Je nach Säure und dem damit erzielten Ätzmuster können damit Aussagen über das Metall gemacht werden. D.h., dass man damit ein Werkzeug hat, mit dem man in gewissen Grenzen Legierungen zuordnen und identifizieren kann. Wie weit es praktisch nützlich ist, sich damit als Zahnarzt zu befassen, wäre zu diskutieren.

Fazit

Hochauflösende Lichtmikroskope mit Auflichtvorrichtung sind ein für jede Zahnarztpraxis erschwingliches Werkzeug, mit dem Untersuchungen und Beurteilungen von Materialien und Verarbeitungstechniken durchgeführt werden können, für die man bisher grundsätzlich Forschungsinstitute und Speziallabore erforderlich gehalten hat.

Schließlich bieten solche Mikroskope eine bisher nicht für möglich gehaltene, einfache und preiswerte Möglichkeit, neue Füllungsmethoden und Materialien an Rinderzähnen oder an extrahierten Zähnen mit nahezu sofortiger Rückmeldung über Risse und Defekte ab 0,5 Mikrometer zu trainieren und zu optimieren. Wegen der geringen Investitionskosten, der einfachen Handhabung und der robusten Technik ist dies auch direkt in der Zahnarztpraxis und in der Ausbildung möglich. Das sollte eigentlich für Zahnärzte, Patienten und Krankenkassen ein guter Grund sein, die dazu nötigen, vergleichsweise sehr geringen Investitionen durchzuführen, bzw. zu fördern.

de Computerprogramme kompensiert und in einen Vorteil verwandelt werden.

*Christoph Becker,
Dipl.-Ing., Zahnarzt, Kelberg*

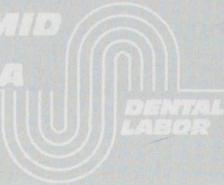
[1] Hellwege, K-D: Die Praxis der zahnmedizinischen Prophylaxe, 5. Aufl., Hüttig 1999
 [2] Robenek, H.(Hrsg.): Mikroskopie in Forschung und Praxis. GIT Verlag, Darmstadt, 1995
 [3] Asmussen, E., Jørgensen, K-D: A microscopic investigation of the adaptation of some plastic filling materials to dental cavity walls. Acta Odont Scand 1972, 30: 3-21
 [4] Wiesmann, E.: Medizinische Mikrobiologie. 5. Aufl., Thieme, Stuttgart 1982
 [5] Gerlach, D: Das Lichtmikroskop - Eine Einführung in Funktion und Anwendung in Biologie und Medizin; 2. Aufl., Thieme, Stuttgart, 1985
 [6] Jähne, B.: Digital Image Processing - Concepts, Algorithms and Scientific Applications. 3. Aufl. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 1995

Bisher fehlen für die Zahnärzte jedoch jegliche materiellen Anreize. Dabei erscheint wirkliche Qualitätssicherung in der Zahnarztpraxis ohne ein entsprechendes Auflichtmikroskop unmöglich, wenn man die Leistungsfähigkeit eines solchen Werkzeuges erst einmal kennengelernt hat. Die Investition in ein solches Auflichtmikroskop erscheint wesentlich sinnvoller und notwendiger als die Anschaffung eines Operationsmikroskopes. Die oft als Nachteil angeführte, geringe Tiefenschärfe hochauflösender Lichtmikroskopie kann durch geeignete Versuchsvorbereitung oder durch entsprechen-

*Das schöne Lächeln Ihrer Patienten
ist unsere beste Empfehlung*

*...denn meisterliche Qualität ist auf
Dauer einfach preiswerter*

**SCHMID
UND
PAULA**



**DENTAL
LABOR**

Bruderwöhrdstr. 10
93055 Regensburg
Tel. 0941/791521

Ihre Zahntechnikermeister

B. Hoffmann
W. Lipinski

Die Akupunktur als hochwirksames Therapieverfahren in der Naturheilkunde

Häufiger denn je wird von vielen Patienten in den Praxen nach ganzheitlichen Diagnose- und Therapieverfahren gefragt. Dabei wird dieses Interesse an den natürlichen Behandlungsmethoden v.a. in den verschiedensten Medien geweckt. So kommt es nicht von ungefähr, dass sich sowohl Allgemeinmediziner als auch Zahnärzte zwangsläufig mit diesen Therapieverfahren auseinandersetzen müssen. Viele Kollegen stehen vor der Qual der Wahl, mit welchem Zweig der unzähligen ganzheitlichen Behandlungskonzepte es lohnt, sich intensiver zu beschäftigen.

In der täglichen Praxis kann ein adjuvantes ganzheitliches Therapieverfahren nur dann sinnvoll sein, wenn es ohne großen zusätzlichen Zeitaufwand in die eingefahrenen Behandlungsabläufe integrierbar ist. Dabei sollte es eine wirkungsvolle Bereicherung zum Wohle des Patienten sein und gleichzeitig möglichst eine spürbare Erleichterung für den Behandler bieten. Darüberhinaus sollten durch ein solches Therapieverfahren möglichst nur geringe zusätzliche Kosten entstehen.

Ein besonders wirkungsvolles Verfahren in der ganzheitlichen Medizin, welches in der Lage ist, alle o.g. Forderungen zu erfüllen, stellt mit Sicherheit die Akupunktur dar.

Wer die Akupunktur als wirkungslose Therapie abstempeln will, die nur dann

wirkt, wenn der Patient daran glaubt, diskreditiert eine Jahrtausende alte systematische Heilmethode der traditionellen chinesischen Medizin, die ihre hervorragende Wirkung bereits unter Beweis stellte, als man hierzulande noch versucht hat, kranke Menschen gesund zu beten. Außerdem wären die imposanten Akupunkturerfolge in der Veterinärmedizin nicht erklärbar.

Gerade im Bereich der Zahnheilkunde kann vor allem die Ohrakupunktur zum Wohle des Patienten unterstützend in der täglichen Behandlung eingesetzt werden. Die westlich geprägte Ohrakupunktur wurde erst ab den fünfziger Jahren durch den Arzt Dr. P. Nogier systematisch entwickelt und in den letzten drei Jahrzehnten vor allem durch den deutschen Arzt Dr. F. R. Bahr innerhalb der Deutschen Akademie für Akupunktur und Aurikulomedizin e.V. in München (DAA/AM) durch immer ausgefeiltere Techniken perfektioniert.

Auch wenn für die Ohrakupunktur andere kybernetische Wirkmechanismen als in der Körperakupunktur postuliert werden, so lassen sich doch sehr viele wichtige Erkenntnisse aus den Grundlagen der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) gewinnbringend auf die Aurikulomedizin übertragen.

Die TCM betrachtet Krankheit als Energieungleichgewicht zwischen den beiden im Körper wirkenden polaren Kräften Yin und Yang und es ist oberstes Ge-

bot in der Therapie, das Gleichgewicht zwischen diesen Kräften wieder herzustellen und zu erhalten. Yin und Yang sind Überbegriffe, unter die letztendlich alles in der Natur eingereiht werden kann. Dem Yin zugeordnet werden, um nur einige wenige Entsprechungen zu nennen: die Nacht, unten, die Kälte, die Feuchtigkeit, die Erde, das Weibliche, in Bezug auf die Organe die Lunge, das Herz, die Niere, die Leber, die Milz. Zum Yang gehören der Tag, oben, die Hitze, die Trockenheit, der Himmel, das Männliche, bei den Organen der Magen, der Darm, die Blase, die Gallenblase.

Aus den tieferen Zusammenhängen der TCM lassen sich für den Zahnarzt die verschiedensten Dinge ableiten und auch diagnostisch sowie therapeutisch nutzen. So weiss z.B. der in Akupunktur gut ausgebildete Zahnarzt, dass es gerade im Vorfeld von umfangreichen Behandlungen im Bereich der Zähne besonders wichtig ist, die Energie des Nierenfunktionskreises zu stärken, weil die Zähne und der Knochen einen engen Bezug zur Niere haben. Viele Kollegen kennen die Folgen einer schwachen Nierenenergie bei umfangreichen Zahnbehandlungen nur allzu gut: nach einer völlig lege artis durchgeführten prothetischen Versorgung finden sich nach wenigen Wochen oder Monaten unter der neuen Versorgung scheinbar grundlos devitale, beherdete Zähne. Auch in der Parodontologie spielt der Zustand dieser Nierenenergie eine grosse Rolle: über den Knochenbezug lassen sich osteolytische Prozesse auf eine Nierenschwäche zurückführen. Die Weichgewebsdestruktionen im Bereich des Parodontiums können wiederum durch Stö-

rungen der Funktionskreise Magen und Milz/Pankreas begünstigt werden. Die TCM weiss um diese Zusammenhänge schon seit Urzeiten. Unsere Schulmedizin betrachtet in den letzten Jahren die Causa für die Progression von Parodontopathien ebenfalls unter einem ganz anderen Blickwinkel und ist davon abgerückt, die Keimbesiedelung als den Hauptfaktor für die Entstehung dieser Erkrankungen anzusehen. In der klassischen chinesischen Akupunkturausbildung werden u.a. Therapiemöglichkeiten für derartige Problembereiche ausführlich vermittelt. Dies führt natürlich zu einer Bereicherung des diagnostischen und therapeutischen Spektrums in der Zahnarztpraxis.

Aber auch der absolute Akupunkturanfänger kann sich sofort von der ausgezeichneten Wirkung einer Ohrakupunktur überzeugen. Hierfür eignen sich besonders die unterstützende Behandlung von allen akut entzündlichen schmerzhaften Erkrankungen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich (z.B. Pulpitis, Parodontitis, Dolor post, Dentitio difficilis, Herpes simplex, rezidivierende Aphthen) und die Unterdrückung des Würgereizes bei Abdrucknahmen oder der Herstellung von Mundfilmen.

Eine einfache Möglichkeit der Suche nach behandlungsbedürftigen Akupunkturpunkten ist die Untersuchung auf druckschmerzhafte Zonen an der Ohrmuschel. Dazu eignet sich ein dünner Zementstopfer (z.B. kleiner Kugelstopfer), mit dem das in Frage kommende Areal rasterförmig auf besonders druckdolente Stellen überprüft wird. Grundsätzlich gilt, dass nur druckschmerzhaft-

te Punkte genadelt werden. Zur Orientierung an der Ohrmuschel gibt es entsprechende Ohrkarten (z.B. Loci auriculae medicinae von F. R. Bahr), auf denen die Ohrreflexzonen eingezeichnet sind.

Die grundsätzlichen Überlegungen zur Punkteauswahl erfolgen in der Akupunktur bei jeder Erkrankung nach folgendem Schema: neben den lokalen Punkten (Schmerzpunkt, Entzündungspunkt, Punkt der Störung) müssen zusätzliche passende übergeordnete Punkte unterstützend mit eingesetzt werden. Man orientiert sich dabei an schulmedizinischen Überlegungen. Übergeordnete Punkte sind allgemeine Antischmerzpunkte, antientzündliche Punkte, Punkte zur Spasmolyse und psychische Punkte.

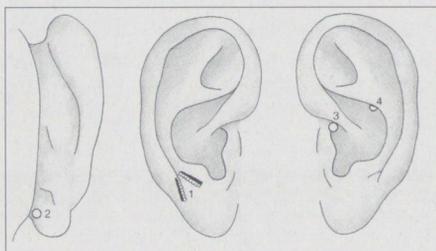


Abb.1 (1) Lokale Ohrreflexpunkte in der Mundhöhle, (2) PE-1-Punkt, (3) Interferonpunkt, (4) Thymuspunkt

Bei einer Pulpitis am Zahn 14 wird man z.B. als lokalen Punkt ein Areal im Bereich der Reflexzone des rechten Oberkiefers (Abb.1) als besonders druckschmerzhaft ausmachen können. Da bei einer Pulpitis neben den Schmerzen die Entzündung vorherrscht, kommen als übergeordnete Ergänzungen folgende Punkte in Betracht: gegen die Schmerzen kann der Thalamuspunkt verwendet

werden (Abb.2 – aufgezogenes Ohr). Bei dieser Lokalisation ist zu beachten, dass sie am Fusse der Innenfläche des Anti-

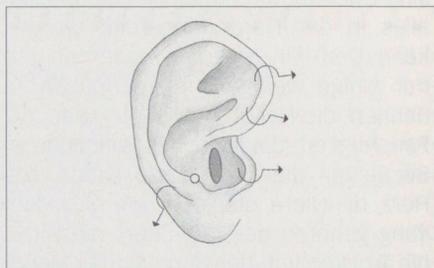


Abb. 2

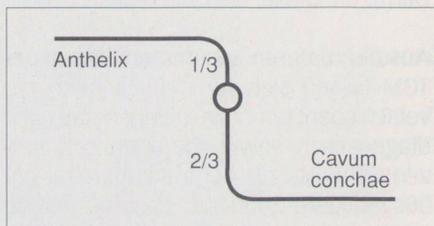


Abb. 3

tragus, direkt im Übergang zur Concha aufzusuchen ist. Gegen die Entzündung wirken die antientzündlichen Punkte Prostaglandin E1 (Abb. 1), Interferonpunkt (Abb. 1) und Thymuspunkt (Abb. 1 und 3). Bei vorhandener Druckdolenz können alle drei antientzündlichen Punkte in einer Sitzung akupunktiert werden. Zur Nadelung kann der Anfänger einfache Akupunkturstahlnadeln verwenden. Bei einer Dentitio difficilis des Zahnes 48 ändert sich letztendlich nur der lokale Punkt (rechter Unterkiefer). Auf Grund des schmerzhaft entzündlichen Geschehens können aber als übergeordnete Punkte wiederum der Thalamuspunkt als Antischmerz und alle drei Antientzündungspunkte gefunden werden.

德
国
针
灸
学
院

Ihr 2. Standbein
in der Praxis

AKUPUNKTUR

AUSBILDUNG 2001
FÜR ZAHNMEDIZINER



AKUPUNKTUR

KEINE KASSENLEISTUNG, DOCH WISSENSCHAFTLICH GUT BEGRÜNDET
Akupunktur bedeutet für Sie ein zweites Standbein in der Zukunft Ihrer Praxis. Bereits 1996 ist die Akupunktur in die GOÄ aufgenommen worden und ist privat liquidierbar.

AKUPUNKTUR

AUSBILDUNGSSTANDARD AUF HÖCHSTEM NIVEAU

Unsere weltweit mitgliederstärkste, ärztliche Akupunkturgesellschaft fördert als gemeinnütziger Verein die Forschung und die intensive, praxisbezogene Ausbildung. Die internationale Anerkennung unserer außerordentlichen Kompetenz wird dokumentiert durch regelmäßige Gastvorlesungen unserer Dozenten an der TCM-Universität Nanjing in China wie auch an der amerikanischen Universität Miami, department of complementary medicine. Wichtige Ausbildungsinhalte unserer Akademie wurden in chinesische Lehrbücher und auch in amerikanische Universitäts-Kurrikula übernommen.

AKUPUNKTUR

ÜBERZEUGENDE GRÜNDE FÜR DAS DIPLOM

Unsere bewährte Ausbildung und das qualifizierende A-Diplom sind die Vertrauensbasis für Ihre Patienten. Nach unserer TCM-Ausbildung können Sie ein Universitätsdiplom der NUTCM Nanjing erwerben. Die Akademie hat die Schwerpunktbezeichnung „Zahnarzt für Naturheilkunde“ beantragt - Akupunktur, Homöopathie und Naturheilverfahren.

Private
Liquidation!

EINFÜHRUNGSKURSE

- DÜSSELDORF 31.03./01.04. • HANNOVER 21./22.04.
- MÜNCHEN 05./06.05. • BERLIN 12./13.05.

Unsere Akupunkturkurse werden zur Fortführung Ihrer Ausbildung bundesweit angeboten.



DEUTSCHE AKADEMIE FÜR AKUPUNKTUR UND AURIKULOMEDIZIN E. V.

Feinhalstraße 8 • 81247 München
Telefon 089-891982-0 • Fax 089-891982-11

e-mail: akademie@akupunktur-arzt.de
www.akupunktur-arzt.de

Zur Verhinderung des Würgereizes wird als lokaler Punkt der Schlundpunkt genadelt (Abb. 4). Häufig findet sich zusätzlich das Ganglion stellatum (Abb. 4), welches bei allen Arten von Übelkeit und Brechreiz eingesetzt werden kann.

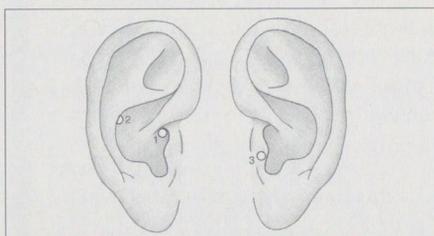


Abb. 4 (1) Schlundpunkt, (2) Ganglion stellatum, (3) Valiumvergleichbarer Punkt

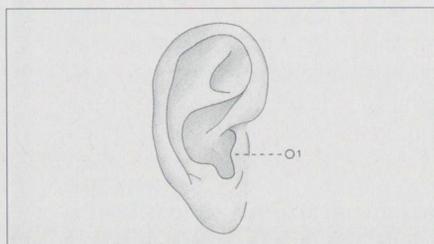


Abb. 5 Lateralitätssteuerpunkt

Da Akupunkturreflexareale am Ohr nur zu finden sind, wenn die dazugehörigen Körperzonen pathologisch verändert sind, ist es unumgänglich, vor der Suche der lokalen Punkte den Würgereflex zu provozieren. Als übergeordnete Punkte finden sich psychische Punkte, sehr häufig v.a. der Valiumpunkt (Abb. 4) und der Lateralitätssteuerpunkt zur Stabilisierung der instabilen Händigkeit (Abb. 5). Auf die sonst übliche Oberflächenanästhesie kann generell verzichtet werden. Es ist immer wieder aufs Neue interes-

sant mitzuerleben, wie der betroffene Patient am meisten vom Erfolg der Akupunktur überrascht ist, weil er von seinem Würgeproblem nichts mehr spürt. Sehr gut bewährt hat sich diese Akupunkturindikation im übrigen auch bei

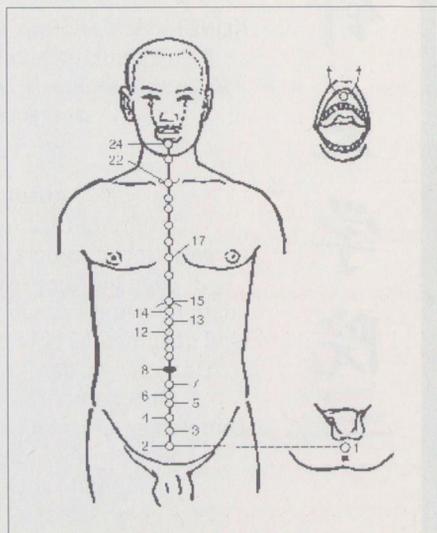


Abb. 6

Patienten mit starkem Würgereiz während der Eingewöhnungsphase von Totalprothesen.

Die Behandlung des Würgereizes über Ohrakupunktur ist besonders sinnvoll, wenn während umfangreicher prothetischer Massnahmen mehrere Abdrucknahmen anstehen. Dann werden die Nadeln bereits vor der zahnärztlichen Behandlungsmassnahme gesetzt und bleiben während der gesamten Dauer der Behandlung in situ. Doch auch über die Körperakupunktur lässt sich ein Würgereiz hervorragend unterdrücken, und zwar über einen einzigen Punkt, den Punkt

KG 24. Er liegt unterhalb der Unterlippe, auf dem außerordentlichen Meridian »Konzeptionsgefäß« (Abb. 6). Hier reicht es häufig aus, den Punkt nur durch kräftigen Druck zu akupressieren. Gerade wenn man mit dem Würgereiz nicht gerechnet hat und der Abdrucklöffel schon im Mund ist, kann dem Patienten durch Druck mit dem Daumen auf dieses Areal sehr schnell geholfen werden. Die angeführten Beispiele wurden lediglich auf der Basis einfachster Untersuchungs- und Behandlungstechnik dargestellt. Sie sollen dazu anregen, die Wirkung einer Akupunktur wirklich praktisch in der täglichen Praxis auszuprobieren. Natürlich kann damit keine fundierte Akupunktur Ausbildung ersetzt werden und gerade diese ist erforderlich, um sich den unqualifizierten Angriffen der Schulmedizin entgegenzustellen. Der fortgeschrittene Aurikulotherapeut lernt aus diesem Grund verfeinerte Techniken, die eine noch exaktere Diagnostik ermöglichen, um die angestrebte therapeutische Wirkung weiter zu verbessern und Therapieresistenzen zu reduzieren.

*Hardy Gaus
Strassberg*

Quellen:

- 1) Skriptum für die Aufbaustufe (=Stufe 1) aller Akupunkturverfahren (Bahr/Dorfer/Schmid/Strittmatter/Suwanda/Zeitler)
- 2) Akupunktur in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde für Anfänger und mäßig Fortgeschrittene (Schmid, Nagel, Bahr)

Abbildungen:

(alle aus Akupunktur in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde für Anfänger und mäßig Fortgeschrittene)

Zahnpflege bei sensiblen Zähnen

Doppelter Schutzfilm remineralisiert und desensibilisiert freiliegende Zahnhälse

Zum Schutz bei sensiblen Zähnen und vor Zahnhalskaries gibt es jetzt eine Neuentwicklung aus der elmex Forschung: *elmex SENSITIVE Zahnpülung*. Die beiden Wirkstoffe Aminfluorid und Schutzpolymer bilden einen doppelten Schutzfilm auf freiliegenden Zahnhälse. Offene Dentinkanälchen werden geschlossen. Damit wird das Dentin desensibilisiert. Durch Fluorid wird zusätzlich ein Schutz vor Zahnhalskaries aufgebaut. *elmex SENSITIVE Zahnpülung* wird in der 400 ml und 100 ml-Flasche angeboten und ist in Apotheken erhältlich.

Mit zunehmendem Alter bildet sich häufig das Zahnfleisch zurück, die Zähne werden länger. Freiliegende Zahnhälse - ohne Schutz des Zahnfleisches und der Schmelzoberfläche - sind besonders anfällig und sensibel. Zahnpasten mit groben Putzpartikeln greifen die Zahnhälse an. Äußere Reize, wie heiß, kalt, süß, sauer oder Berührungen, lösen dann schmerzhaft empfindungen aus. Zudem ist das freiliegende Dentin stark kariesgefährdet.

Für diese Problematik entwickelte die elmex Forschung die *elmex SENSITIVE Zahnpülung*. Studienergebnisse zeigen eine deutliche desensibilisierende Wirkung: Die Anzahl der überempfindlichen Zähne nahm um 57 Prozent ab (von 12,2 auf 5,3). Die Remineralisation des Dentins wird durch das Aminfluorid gefördert.

Hilfe für die Ukraine

Tanja Efimowa weiss genau wie das Paradies aussieht. Sie hat es gesehen. Das Paradies für sie ist München. Hier hatte sie ein eigenes Bett, zu essen, Kleidung und ein Krankenhaus mit Ärzten und Familien, die ihr halfen. Tanja war 16 Jahre alt, krebskrank und beinamputiert. In Kiew wurde ihr nicht mehr weitergeholfen. Ihre alleinlebende Mutter kämpfte ums tägliche Überleben, für eine Weiterbehandlung fehlten alle Mittel. Nur noch ein Wunder konnte ihr helfen. Herr Kreuzer, der in Kiew auf ihr Schicksal angesprochen wurde, nahm sie trotz größter bürokratischer Hindernisse mit nach München. Er organisierte die Ausreise, den Flug, suchte und fand Ärzte und Orthopädiestätten, die ihr »in der Regel unentgeltlich« halfen. Dies war vor 11 Jahren, zu Beginn seiner Initiative.

Fritz Kreuzer, Jahrgang 1919, selbst beinamputiert, unternahm 1989 eine Reise von Moskau über Minsk, Kiew nach Odessa, um die Stätten seiner persönlich belasteten Vergangenheit noch einmal zu besuchen. Er war vom ersten Tag des deutschen Überfalls auf Russland Soldat der 6. Armee und hatte das Glück, aus Stalingrad verwundet ausgeflogen zu werden. Da es ihm heute gut geht, will er anderen Menschen, denen es nicht gut geht, »sichtbar helfen«.

Herrn Kreuzer fiel auf dieser Reise vor allem die katastrophal schlechte orthopädische Versorgung der russischen Schwerverbehinderten (Afghanistan-Veteranen) auf. Nach seiner Rückkehr organisierte er Hilfsaktionen, zunächst in Verbindung mit

der Städtepartnerschaft München-Kiew. Seine erste Aktivität war die Beschaffung von über 100 Rollstühlen und ebenso vielen Gehhilfen. Durch Vermittlung des bayer. Ministers Lang gab er dem ukrainischen Ministerpräsidenten, der 1990 München besuchte, einen Teil dieser Sendung im Dienstflugzeug mit.

Von 1990 bis 1991 ermöglichte er 15 schwerbehinderten ukrainischen Frauen, Männern und Kindern die kostenlose medizinische und beinorthopädische Versorgung in München. Hierbei wurde er von der Wackerchemie, dem Harlachinger- und Schwabinger Krankenhaus und der Stadt München unterstützt.

Schon bald stand fest, dass eine medizinische Versorgung vor Ort sowohl wirtschaftlicher als auch sinnvoller wäre. Herr Kreuzer plante, eine Orthopädiestätte nach deutschen Qualitätsnormen in Kiew einzurichten. Einhelliger Kommentar: Unmöglich! Unmöglich? Eine Antwort, die Fritz Kreuzer nicht gelten lässt. Er organisierte 1990 in verschiedenen Orthopädiefachwerkstätten sechs Ausbildungsplätze für sechs ukrainische Handwerker. An zwei zusätzlichen Arbeitsplätzen erlernten zwei Ukrainer den Umgang, die Wartung und Reparaturen der Spezialmaschinen. Neben Firmenunterstützungen wurde er dabei durch das bayer. Sozialministerium (300000 DM) und die Stadt München (45000 DM) unterstützt. 1991 mietete er Räume in einem Kiewer Nervenkrankenhaus und richtete diese mit der unentgeltlichen Hilfe einiger Münchner Schreiner, Elektriker und Installateure ein. Seit April 1992 fertigt diese erste private Orthopädiestätte der UdSSR Prothesen an. Bis heute werden die ukrainischen Fachkräfte von der Münchner Werkstätte Gottinger laufend weitergebildet.

Wegen der erstklassigen Ausbildung und der hohen Qualität der gefertigten Prothesen kamen bald Behandlungswünsche aus allen Teilen Russlands. Der wirtschaftliche Erfolg trat jedoch nicht ein. Durch den politischen und wirtschaftlichen Zusammenbruch der UdSSR waren weder die Sozialeinrichtungen noch die Kranken in der Lage, die Prothesen zu bezahlen. Die Löhne für die zehn Mitarbeiter einschließlich der Materialien wurden mehrere Jahre lang weitgehend durch Herrn Kreuzer und über private Spenden und Zuwendungen des bayer. Sozialministeriums und der Stadt München finanziert.

Bei einem Besuch der Kiewer Kinderonkologischen Klinik 1996 war Fritz Kreuzer erschüttert über die dortigen Zustände. Bis zu 12 Patienten in Zimmern von 15 - 18 qm. Keine zentrale Wasserversorgung, keine zentrale Küche, keine Klinikbettwäsche. Die Mütter kochten für ihre kranken Kinder auf primitiven Kochern auf dem Flur. Unzulänglichste medizinische Versorgung, da es kaum Medikamente gab, schlecht bezahltes medizinisches Personal, das häufig bis zu vier Monate auf die Gehälter warten musste. Die Energie der Ärzte galt nicht mehr den Kranken, sondern dem eigenen Überleben. Kreuzer organisierte von München aus Sachspenden, um die Missstände zu lindern. Er versorgte die Kinderklinik mit über 1000 Garnituren Bettwäsche, Handtüchern, Ärzte- und Schwesternkleidungen, dringend benötigten Medikamenten (150000 DM) sowie einer kompletten Datenverarbeitungsanlage.

1995 bat das ukrainische Gesundheitsministerium Prof. Dr. von Voss (Münchener Kinderzentrum) in der Kiewer Kinderklinik Nr.1 ein Reha-Zentrum, ähnlich dem Münchener

Modell, aufzubauen. Prof. von Voss bestand als Vorbedingung darauf, eine Orthopädiewerkstätte nach deutscher Norm einzurichten, um die gelähmten Kinder fachgerecht versorgen zu können. So wurden Fritz Kreuzer und Herr Gottinger gebeten, eine zweite Einrichtung aufzubauen. Die Finanzierungszusage des bayer. Sozialministeriums lag vor. Nachdem jedoch alles in die Wege geleitet war, wurde der zugesagte Betrag vom Ministerium um die Hälfte reduziert. Herr Kreuzer schaffte es dennoch unter größten Schwierigkeiten, das Projekt wie geplant durchzuführen. Im September 1996 nahm die Werkstätte ihre Arbeit auf. In diesen beiden privat arbeitenden Werkstätten wurden bis zum Jahr 2000 über 2600 Schwerstbehinderte orthopädisch versorgt. 1999 errichtet Fritz Kreuzer eine Stiftung, um sein Projekt langfristig abzusichern.

Fritz Kreuzer fühlt sich verpflichtet, zu helfen. Auch wenn er immer wieder zu hören bekommt, dies sei doch nur »ein Tropfen auf den heißen Stein«. Er wird weitermachen, denn er ist überzeugt, dass jeder Einzelne etwas bewegen kann.

Ehrungen: 1994 Fritz Kreuzer erhält die Medaille »München leuchtet«
1998 F. Gottinger, Orthopädiemeister, erhält die Medaille »München leuchtet«
1998 Förderpreis der Robert-Bosch-Stiftung
1999 Herr Kreuzer und Herr Gottinger erhalten das »Bundesverdienstkreuz«

Fritz-Kreuzer-Stiftung
Stadtparkasse München
Ferdinand-Maria-Straße 22,
Kto. 83-101 600, BLZ 701 500 00
80639 München

»Wer gefährdet deutsche Arbeitsplätze?

Der folgende Brief der Betriebskrankenkasse Dasa Airbus (hier im Originaltext wiedergegeben) ging an eine Patientin, nachdem ein Heil- und Kostenplan eingereicht worden war.

BKK DASA AIRBUS
Riesweg 151-155
26136 Varel

Tel.: 04451/121-785, Fax: 04451/121-775

Ihr Ansprechpartner: Lutz Döring
Tel.: 04451/121-755

03. Juli 2000
Unser Zeichen: KV-Nr. 0041243009

Ihre Zahnersatzversorgung

Guten Tag

Sie haben einen Heil- und Kostenplan bei uns eingereicht. Wir übernehmen 65% und DM 13,00 für die Metallkosten. Demnach betragen Ihre voraussichtlichen Kosten für das zahnärztliche Honorar DM 509,50

Material- und Labor DM 937,10

Ist Ihnen bewusst, dass Sie die Möglichkeit haben, sich ein Labor auszusuchen, das Ihren Zahnersatz fertigt?

Wir möchten Ihnen eine Alternative aufzeigen, Geld zu sparen! Wenn die Firma "Orbident" Ihren Zahnersatz fertigen darf, betragen Ihre voraussichtlichen Kosten Material- und Labor "Orbident" DM 438,55

Nach dem Plan von Ihrem Zahnarzt zahlen Sie DM 937,10

Also, wenn Sie "Orbident" beauftragen sparen Sie etwa DM 498,55

Sie fragen sich sicherlich, wie kann das sein? Die Firma "Orbident" lässt im europäischen Ausland fertigen. Das heißt nicht, dass Sie auf Qualität verzichten müssen, denn es werden ausschließlich deutsche Materialien verwendet, die das CE-Gütezeichen tragen. Außerdem gewährt Ihnen die Firma "Orbident" 3 Jahre Garantie auf Ihren Zahnersatz - üblich sind sonst 2 Jahre. Unsere Mitarbeiter haben es bereits ausprobiert und sind zufrieden!

Es ist Ihre Entscheidung, in welchem Labor Ihr Zahnersatz gefertigt wird!

Wie Sie den Preisvorteil für sich in Anspruch nehmen können? Ganz einfach, Sie erhalten das Angebot und ein Informationsblatt mit der weiteren Vorgehensweise für Ihren Zahnarzt.

Wenn Sie noch Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne weiter!

Freundliche Grüße Lutz Döring

Leserbriefe, Leserbriefe, Leserbriefe...

Solidarität und öffentliche Wirkung ungenügend!

Die Vertreterversammlung der KZBV in Dresden hat gezeigt, dass die Mehrheit der Ständesvertreter nicht wirklich daran interessiert ist, aktuelle Probleme zu lösen. Das Fernziel der unendlichen Freiheit jenseits der gesetzlichen Krankenversicherung ist anscheinend so verlockend, dass naheliegende Lösungsansätze ignoriert werden. Nicht, dass unsere Ständesvertreter nicht lernfähig wären. Die befundbezogenen Festzuschüsse, die die IGZ schon so lange fordert, erscheinen jetzt im Thesenpapier der KZBV zu den Vertrags- und Wahlleistungen. Tatsächlich sind sie die gerechteste Möglichkeit, den Patienten die Grundversorgung durch die Kassen zu erhalten und gleichzeitig Wahl- und Vertragsfreiheit zu gewähren. Warum aber, so frage ich mich, müssen wir diese Festzuschüsse unbedingt mit der Kostenerstattung verbinden. Sie kann und wird ein weiterer Schritt sein, um uns aus den Budgetzwängen herauszuwinden. Wir alle aber wissen, dass sie im jetzigen System und mit den jetzigen Politikern nicht zu haben ist. Eine Ausweitung der Mehrkostenvereinbarung dagegen wurde uns von Frau Fischer regelrecht angeboten. Die Mehrkostenvereinbarung bei Füllungen ist, wie bereits von der IGZ dargestellt, das Urmodell eines Kern- und Wahlleistungssystems mit befundbezogenen Festzuschüssen. Warum also nicht ein Modell vorschlagen, in dem die Festzuschüsse als Sachleistung gewährt werden, während

die tatsächliche Behandlung mit dem Patienten frei vereinbart und die Rechnungsdifferenz dem Patienten privat in Rechnung gestellt wird. Die angestrebte Neuordnung des Leistungskataloges sollte zur notwendigen Definition der Festzuschüsse im gesamten Bereich der Zahnmedizin genutzt werden. Sobald diese abgeschlossen ist, müssen sowohl die Budgets als auch die Begrenzung des Steigerungsfaktors in der Mehrkostenvereinbarung fallen. Diese Lösung verbindet die geforderte Transparenz mit der Notwendigkeit, für die ausgestellte Rechnung etwas zu bezahlen. Trotzdem bleibt das Prinzip der Sachleistung für den eng begrenzten Bereich der Kernleistungen erhalten. Nur ein Schritt, zugeben, aber mit der Chance, dass wir ihn gehen können.

Stattdessen wird nicht nur die Kostenerstattung über alle Bereiche gefordert - die Zuschüsse für Zahnersatz sollen ganz gestrichen werden. Da frage ich mich, warum sollten wir diese Gelder verschenken? Sie gehören uns gar nicht, sondern unseren Patienten, für deren Behandlung sie ausgegeben werden müssen. Vor allen Dingen aber, warum sollten wir fordern, den Patienten etwas wegzunehmen? Ein Delegierter hat ausgeführt, ihn könne doch die Meinung der Patienten nicht interessieren, wenn es darum gehe, Modelle für die Zukunft der GKV zu entwerfen. Unerklärlicherweise hat er auch noch großen Beifall dafür erhalten. Dabei ist der Patient unser einziger Verbündeter gegen Kassen und Politik. Seine Meinung muss uns sehr interessieren. Wir müssen ihm immer erklä-

ren, dass das Geld der gesetzlichen Krankenversicherung nicht ausreicht, alle sinnvollen und wünschenswerten Behandlungen durchzuführen. Und unsere Patienten haben dies im Laufe der Jahre auch verstanden. Wie aber sollen wir Zahnärzte unseren Patienten erklären, dass wir von den begrenzten Mitteln freiwillig einen großen Betrag den Kassen zur anderweitigen Verwendung überlassen wollen? Wer solche Beschlüsse verabschiedet, fordert umsonst einen Etat für Öffentlichkeitsarbeit von zwölf Millionen Mark. Das Geld ist jetzt schon verpufft. Die Gelder der GKV sinnvoll und sparsam einsetzen, das wäre die Richtung, in der auch unsere Patienten mit uns gehen würden. Befundbezogene Festzuschüsse für Kernleistungen in Verbindung mit frei vereinbarten Wahlleistungen in Form einer Mehrkostenregelung wären hier das Mittel der Wahl mit der Chance, allseitig akzeptiert zu werden.

Nachdem diese Vertreterversammlung es geschafft hatte, Patienten und Politiker gleichermaßen vor den Kopf zu stoßen, hat sie sich noch die eigenen Kollegen vorgenommen. Hohn und Spott wurden ausgegossen über die KZVen aus den neuen Bundesländern und aus den Stadtstaaten, nur weil die es gewagt hatten, eine gerechtere Behandlung einzufordern. Solidarität unter den Kollegen ist hier nicht gefragt. Ungerechtigkeiten wie die niedrigen Ostpunktwerte abzuschaffen kommt den großen KZVen nicht in den Sinn. Sie profitieren ja davon. Stattdessen raten sie, man solle eben besser verhandeln und die kleinen KZVen der Stadtstaaten in den großen KZVen der Flächenstaaten aufgehen lassen. Dieser Zynismus im Umgang miteinander ist keine Grundlage für eine gemeinsame

Politik der gesamten Zahnärzteschaft. Einige Delegierte sollten wirklich einmal darüber nachdenken, wofür sie ursprünglich einmal gewählt wurden.

Dr. /RO Eric Banthien,
Vorsitzender der KZV Hamburg und
Vorsitzender der IGZ

Prothetik ist nicht Kosmetik

Die Forderung der KZBV nach Abschaffung der ZE-Bezuschussung in der GKV finde ich unsinnig und kontraproduktiv. Eine solche Position liegt weder im Interesse von Patienten noch von Zahnärzten, sollte von diesen deshalb auch nicht öffentlich erhoben werden. Warum soll man ohne Not auf originäre zahnmedizinische Positionen verzichten? Damit betreibt man das Geschäft der Politik. Die sollen den Patienten/Wählern doch die Verwahrung des Mangels verkaufen. Allererste Aufgabe der Ärzte/ Zahnärzte bleibt es m.E., für den Patienten eine umfassende und bestmögliche Versorgung zu verlangen. Es darf daher nicht in Zweifel gezogen werden, daß auch die prothetische Behandlung mit zum Kernbereich zahnärztlicher Versorgung zählt. ZE ist keine kosmetische Leistung, sondern notwendige funktionelle und soziale Rehabilitation. Dies festzustellen und immer wieder zu unterstreichen ist zentraler Teil zahnärztlicher Kompetenz, die wir uns von niemandem aus der Gesellschaft bestreiten lassen dürfen. Unterhalten kann man sich über Art und Ausmaß der zukünftigen ZE- Zuschüsse.

Dr. U. Zibelius, Lemgo

Schisma in der Bayerischen
Landeszahnärztekammer (BLZK)

Wahlchaos und Wahlrabatz wie in den USA des Jahres 2000.

In Bayern hatten 1998 Wahlen zu Kammer und Bezirksverbänden stattgefunden. Im Bezirk Oberbayern kam es anschließend zu einer Wahlanfechtung. Wegen Beanstandung mussten die Wahlen im Jahr 2000 dort wiederholt werden. Die Wiederholungswahl erbrachte personelle Veränderungen, sodaß sich nun auch die Kammervollversammlung mit 6 anderen Delegierten unterschiedlich zu 98 zusammensetzt. Diese Tatsache veranlasste die neue Mehrheit der Delegierten, nun aus dem FVDZ auf der Vollversammlung (VV) am 1./2. 12. 2000 neue Präsidenten, Vorstände und Delegierte zur Bundeszahnärztekammer (BZÄK) wählen zu wollen, obwohl die bisherigen Präsidenten und 4 zugewählte Vorstände nicht zurückgetreten waren. Dem Wahlansinnen widersprach als Rechtsaufsicht der Vertreter des zuständigen Bayerischen Staatsministeriums aus rechtsformalen Gründen, weil nicht vereinbar mit dem Heilkunde-Kammergesetz und den geltenden Satzungen und Ordnungen. Die Rechtsaufsicht forderte auf, die Wahl nicht durchzuführen, weil alle Wahlvorgänge rechtlich null und nichtig blieben.

Erst nach mehrmaligen Versammlungsunterbrechungen zu Beratungen erklärten die FVDZ-Kammerdelegierten, die Rechtsauffassung der Aufsicht bis zu einer von ihnen angestrebten gerichtlichen Klärung akzeptieren zu wollen. Danach wurden im rechtswidrigen Raum

Wahlen für neue Präsidenten, 4 andere Vorstandsmitglieder und 20 Delegierte zur BZÄK durchgeführt. An den Wahlen haben nur die Freiverbands-Delegierten teilgenommen. Die anderen verließen den Saal. Die Rechtsaufsicht wiederholte abschließend noch einmal, dass alle Wahlvorgänge rechtlich unwirksam seien. Die VV wurde nach 2 Marthontagen mit jeweils 10 Sitzungsstunden zur Bearbeitung der noch anstehenden Tagesordnungspunkte bis zum 20. Januar 2001 unterbrochen.

Bei allem Verständnis für die Vertretung und den Durchsetzungswillen von unterschiedlicher Rechtsauffassung zur Rechtsaufsicht ist es hier zu einem Eklat gekommen, der den bayerischen Zahnärzten nicht gut bekommen kann. Vieles, was Legislative und Exekutive seit nunmehr zwei Jahrzehnten zunehmend den Zahnärzten zumuten, lässt uns berechtigt in Rage geraten. Das in Frage stellen des Rechtsstaatprimats und die rebellische Verweigerung des verfassungsrechtlich definierten Auftrags eines Freien Berufes, sich ersatzweise für den Staat an den Vorgaben einer verordneten Körperschaft des öffentlichen Rechts zu orientieren, ist unsinnig. Einen Ministerialrat, der redlich der Ausübung seiner Rechtsverantwortung und Dienstpflicht nachkommt, aus dem Versammlungssaal heraus als Verbrecher zu titulieren ist ungeheuerlich. Die Peinlichkeit steigert sich noch, wenn man berücksichtigt, dass die ganzen unschönen Vorgänge standespolitisch größtenteils unnötig waren.

Da der '98 gewählte Vorstand unter damals gewählter Präsidentschaft wie sat-

zungsmäßig vorgesehen im Amt bleibt, muß er ab 2000 mit einer VV leben, die ihm die eigenen standespolitischen Ziele diktiert und ihn in seiner bisherigen Betätigungsweise nahezu matt setzt. Warum bei dieser Ausgangslage dann noch voreilig rechtswidrige Wahlen? Wieder einmal ist mutwillig Porzellan zerschlagen worden aus reiner berufspolitischer Ungeduld und Machtdemonstration, koste es die Zahnärzte auch den Rest an gesamtgesellschaftlichem Ansehen. Das gezeigte Verhalten läßt nicht wie allorts zahnärztlich gewollt staatliches Vertrauen zurückgewinnen, sondern neuerlich noch mehr Misstrauen gegen uns aufkommen. Dem selbst-

herrlichen Getöse nach der Devise „mir san mir“ wird die Gesellschaft entgegenhalten „wer seid ihr“? Das undiplomatische Vorgehen ist sicherlich auch nicht zur immer wieder zahnärztlich eingeforderten Konsensherstellung zwischen den unterschiedlichen berufspolitischen Lagern dienlich gewesen.

Diese VV Tage waren schwarze Tage für Bayerns Zahnärzte und ihr Verlauf konterkariert geradezu den Anspruch der hierfür verantwortlichen Delegierten, für die Zahnärzteschaft endlich etwas Positives tun zu wollen.

Dr. Klaus Hilfer
Unabhängige Zahnärzte in Bayern e.V. (UZB)

Frühjahrstagung in Frankfurt

Regina Schmidt-Zadel, von Beruf Sozialarbeiterin und seit 1990 im Deutschen Bundestag, ist seit vergangenem Jahr gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion. Nachdem die letzten Reformen immer nur kurzfristig Entlastung brachten, muss die SPD nun beantworten, ob sie den Leistungskatalog in seiner ganzen Breite erhalten will und wie. Frau Schmidt-Zadel wird die Pläne ihrer Partei für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens darstellen und erläutern, wo das inzwischen SPD-geführte Gesundheitsministerium neue Akzente setzen möchte.

Der Kariesrückgang und die Fortschritte in der Adhäsivtechnologie machen es möglich, anstelle von Amalgamfüllungen auf der einen und laborgefertigten Inlays auf der anderen Seite immer mehr zahn-

farbene direkte Restaurationen zu verwenden. Der entscheidende Vorteil dieser Therapie (neben Quecksilberfreiheit, besserer Ästhetik, geringeren Kosten als bei Inlays usw.) ist die Schonung der Zahnschubstanz. **Prof. Klaiber**, seit 1987 Ordinarius für Zahnerhaltung und Parodontologie an der Uni Würzburg, beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit der Adhäsivtechnologie. Zu seinen Forschungsthemen gehören: Polymerisation, Randspaltproblematik, Verbund zwischen Komposit und Dentin, alternative Verfahren der Kavitätenpräparation, verschiedene Füllungsmaterialien und Applikationshilfen. Klaiber sieht Komposites nicht nur als Mittel zur Defekrestauration, sondern nutzt sie auch für ästhetische Korrekturen - eine Möglichkeit, die immer mehr Patienten interessiert.

Sie sind herzlich eingeladen! (siehe S. 19)

Buchbesprechungen

Helmut Börkircher (Hrsg.)

Der Zahnarzt als Praxis Manager

Quintessenz-Verlag, 2000

Bd.3: Marketing / Helmut Börkircher; Peter Lehmeier, 97 Seiten,

ISBN 3-87652-412-1

Bd.4: Kommunikation / Sven Thiele

108 Seiten,

ISBN 3-87652-418-0

Band 3: Marketing

Das Verdienst dieses Buches ist es, den Modebegriff Marketing auf ein seriöses und solides Fundament zu stellen. Nach der Entmystifizierung bleibt die Erkenntnis, daß Marketing (= »marktorientierte Unternehmensführung«) für den zahnärztlichen Bereich nicht mehr, aber auch nicht weniger als »Patientenorientierung« bedeutet. Patientenorientierung ist der Schlüssel zu Patientenzufriedenheit, diese wiederum Grundlage des wirtschaftlichen Erfolgs. Das Buch vermittelt sehr konkret Strategien und Handwerkszeug zur Umsetzung dieses Zieles, es betont die zentrale Rolle der Kommunikation. So findet sich z.B. ein sehr interessantes Kapitel zum Thema »Beschwerdemanagement«: Beschwerden sollten nicht als Ärgernis, sondern als Chance begriffen werden, denn nur einer von 10 Unzufriedenen beschwert sich - die anderen neun kommen einfach nicht wieder...

Band 4 Sven Thiele: Kommunikation

In erfrischender Weise unterscheidet sich dieses Buch von den üblichen Kom-

munikations-Lehrbüchern: Es beginnt nicht mit grauer Theorie, aus der sich abstrakte Ratschläge ableiten, sondern der Leser begleitet einen Kollegen mit seinen Unsicherheiten und Zweifeln auf ein Kommunikations-Seminar. Die theoretische Stoffvermittlung erfolgt ausgehend von praktischen Beispielen aus der täglichen Praxis und mündet auch wieder in konkrete Anregungen zur Verbesserung der Patientenberatung und Praxisführung. Das heißt: dieses Buch liest sich nicht nur recht flüssig, sondern es holt den Leser dort ab, wo er (vermutlich) steht. Damit legt es uns zugleich eine Grundregel vor, die auch in der Kommunikation mit dem Patienten zentrale Bedeutung hat.

Fazit: Für den Allgemeinpraktiker sehr anregend und empfehlenswert!

*Dr. Jörg Hendriks
Aurich*

Das Dentale Vademekum (DDV)

Herausgeber: Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Redaktion: Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ)

Deutscher Ärzteverlag, 7. Auflage, August 2000, ISBN 3-934280-09-9, DM 148

Bei Fortbildungsveranstaltungen oder in Fachartikeln hören bzw. lesen wir gelegentlich von neueren, manchmal aber auch von altbewährten zahnärztlichen Materialien, die vom Referenten, als bekannt vorausgesetzt, nur kurz erwähnt werden - oder einer unserer Patienten bringt uns einen in irgendeiner Illustrierten oder TV-Show aufgeschnappten Begriff des für ihn besten Materials - und

wir haben nur vage Vorstellungen, wo-
von gesprochen wird. Ein anderer Pati-
ent wünscht detaillierte Angaben über
die Zusammensetzung des bei ihm ge-
planten Materials und uns fallen nur
grobe Gruppenzuordnungen ein. Oder
wir suchen ein bestimmtes Diagnose-
Hilfsmittel und sind mit dem Angebot
des praxisüblichen Materialkataloges
nicht zufrieden.

Da hilft uns nur *Das Dentale Vademecum* aus der Klemme. Es ist gerade in der 7. Auflage erschienen und stellt uns auf 1020 Seiten nahezu 6.000 Dentalprodukte, u.a. zur Anwendung in der Prophylaxe, Füllungstherapie, Prothetik, Implantologie, Parodontologie, Kfo und Praxishygiene vor - d.h. es veröffentlicht nach einem vom IDZ vorgegebenen Schema die Angaben von ca. 250 Firmen. Und darin liegt m.E. der Schwachpunkt dieser im Praxisalltag überaus brauchbaren Zusammenstellung: Es werden nur die Angaben der Hersteller übernommen, sie werden zwar auf Plausibilität, nicht aber auf Wahrhaftigkeit geprüft. Das DDV ist keine "Positiv-Liste", es wird auch nicht gewertet, wie es z.B. bei dem amerikanischen ADA-Siegel geschieht. Auch können die wie z.B. bei den Legierungen sehr langen Listen eher verunsichern als definitiv helfen. Dafür sind den einzelnen Kapiteln mehr oder weniger ausführliche, sehr brauchbare Einführungen vorangestellt. Und trotz des großen Umfangs sucht man manchmal vergeblich: Im Falle der Schwangerschaft muß eine Mitarbeiterin laut Amt für Arbeitsschutz Hamburg die Atemschutzmaske FFP3 tragen. Das DDV enthält nun zwar eine Liste von 33 Schutzmasken - wer hätte eine so große Auswahl bei einem so einfachen Artikel er-

wartet? - nur, die Maske mit dem vorge-
schriebenen Merkmal FFP3 ist darunter
nicht zu finden. Das IDZ sei getröstet:
Der Mitarbeiter des Amtes für Arbeits-
schutz konnte mir auch nicht sagen, um
was für eine Schutzmaske es sich han-
delt ("sowas wie eine Gasmasken..."), die
zuständige Mitarbeiterin der Zahn-
ärztekammer hatte von der FFP3-Atem-
schutzmaske noch nie gehört und konn-
te nicht weiterhelfen, dito die Dentalde-
pots und -kataloge u.s.w.. Über die Re-
cherchen ging die Schwangerschaft
vorüber.

Zusammenfassend gibt uns *Das Dentale Vademecum* die beste Möglichkeit, aus dem umfangreichen Angebot der Dentalindustrie selbstkritisch zu wählen und unsere Patienten nach bestem Gewissen zu beraten. Es gehört einfach in jede Praxis.

*Dr. U.Happ,
Hamburg*

K. Schwenzer, P. Dekoleadenu,
N. Schwenzer

OP-Abläufe und -Instrumentarium in der MKG-und Oralchirurgie

Kompodium für Ärzte, OP-Personal und Studenten in Klinik und Praxis; Thieme Verlag, 2001; 196 Seiten mit 101 Abb., 79 DM, ISBN 3 13 118461 2

Das Buch »OP-Abläufe und -Instrumentarium in der MKG-und Oralchirurgie« von K. Schwenzer stellt eine hervorragende Checkliste dar, in der Instrumentarium und Operationsabläufe einzelner MKG-/Oralchirurgischer Eingriffe beschrieben werden.

Das Kompendium ist in die Kapitel

- 1- Dentoalveoläre Chirurgie,
- 2- Präprothetische Chirurgie,
- 3- Septische Chirurgie,
- 4- Traumatologie,
- 5- Dysgnathiechirurgie,
- 6- Kraniofaziale Chirurgie,
- 7- Distractionsosteogenese,
- 8- Chirurgie angeborener Spaltbildungen,
- 9- Tumorchirurgie
- 10-16- div. weitere MKG-chirurgische Eingriffe aufgeteilt.

Dabei ist ein didaktisch klares Konzept des Autors erkennbar. Die einzelnen Kapitel sind im bewährten Thieme-Standard übersichtlich gegliedert und in Indikationen, OP-Voraussetzung/-Indikation, OP-Prinzip, Vorbereitung und Vor gehen eingeteilt.

Meiner Ansicht nach ist das Buch ein geeignetes Nachschlagewerk für Instrumentierschwestern, Zahnarzhelferinnen, Studenten und dient v.a. durch die Schwarz-Weiß Abbildungen von OP-Tischen als Repetitorium.

Für einzelne Eingriffe benötigte Instrumente werden tabellarisch dargestellt. Durch die Verbindung mit der Beschreibung des konkreten chirurgischen Vorgehens wird die sonst recht trockene Instrumentenkunde sicherlich erleichtert. Das Werk vermittelt unentbehrliches Basiswissen und auch der Praktiker findet sicherlich Information. Der Preis scheint mir durchaus angemessen.

*Dr. Peter Prechtel,
Oralchirurg
München, Sendlinger Str. 20*

D. Heidemann (Hrsg.)

Deutscher Zahnärztekalendar 2001

Deutscher Zahnärzte Verlag Köln
360 Seiten, ca. 50 Abb., geb., DM 78
ISBN: 3-934280-20-X

Das ist tatsächlich der 60. Jahrgang für den »nützlichen und idealen Begleiter durch das zahnärztliche Praxisjahr«. Ein stolzes Alter - Glückwunsch und Dank an den DÄV/Hanser Verlag!

Im Lauf der Zeiten hat sich das Outfit des Kalenders erheblich verändert, wobei das eigentliche Kalendarium zum Appendix verkümmerte. Macht nichts, Kalender, vor allem handlichere, hat man schon. Dafür umso mehr Nützliches für fast jeden Geschmack: Über das alte Problem Hypersensible Zahnhäule, über toxisches Potential von Praxischemikalien (»... ein höchstens als potentiell zu bezeichnendes Risiko, das nur unter unrealistischen Anwendungsbedingungen relevant werden kann« - wie beruhigend), über Hinweis- und Beratungspflichten nach zahnärztlichen Behandlungen und über Modelle zur Etablierung zahnärztlicher Qualifizierungsprogramme.

Erheblich erweitert wurde die Rubrik *Praxis und Produkte* u. a. mit den Themen - Praxiserfolg ist steuerbar - Kostenmanagement für die Praxis und - Virtuelle Dozenten - (Aus- und Weiterbildung im Internet). Außerdem über zahnärztliche Behandlungseinheiten und Wurzelfüllmaterialien. Viel Interessantes also, dazu für den, der's braucht - die Adressen aller zahnärztlichen Kliniken, Institute, Fachschaften und Verbände. Alles in allem: Standardempfehlung für jede Praxis.

Dr. H.-W. Hey, München

Termine

Termine

- 2.3.2001, 10 Uhr, Potsdam-Hermannswerder/Inselhotel: **Arbeitstagung des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes** (BZÖG) zum Thema "Die Mundgesundheit wird besser - die Gruppenprophylaxe braucht bedarfsgerechte Kontinuität" (Tel. 06192/201-1121, KlausDuerr@planet-interkom.de)

- 6.3.2001, 11-15 Uhr, Frankfurt/Main: **Vollversammlung des Aktionskreises zur Vorbereitung des Tages der Zahn-gesundheit 2001** (Tel. 0228/98727-0)

- 10.3.2001, Neumünster/Holstenhallen: **Schleswig-Holsteinischer Zahnärztetag** zum Thema: „Medizin und Zahnmedizin – eine interdisziplinäre Zusammenarbeit“ (Tel. 0431/3897-128)

- 14.3.2001, 20 Uhr, Berlin/Geschäftsstelle des NAV-Virchow-Bundes: **Treffen der DAZ-Studiengruppe Berlin/Brandenburg** zum Thema „Kariesprophylaxe mit Fluorid“, Referent: PD Dr. Stefan Zimmer, Zahnklinik Nord der Charité (Tel. 030/9915003)

- 27.4.2001, Uni Düsseldorf: **Workshop-tagung des Netzwerkes Psychologie und Zahnmedizin** (PsyDent) zu „Forschung im Bereich Psychologie und Zahnmedizin“ (Tel. 0211/8113016, renete.deinzer@uni-duesseldorf.de)

- 12./13.5.2001, 10.00 Uhr, Frankfurt/Bürgerhaus Bornheim: am 12.5.20001 **DAZ-VDZM-Frühjahrstagung:** vormittags Referat der gesundheitspolitischen Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion, MdB Regina Schmidt-Zadel zum Thema

„**Paradigmenwechsel in der SPD – weg von der Rundumversorgung?**“ und nachmittags Fachvortrag von Prof. Bernd Klaißer, Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der Universität Würzburg, zum Thema „**Minimalinvasive Therapien in der konservierenden Zahnheilkunde**“; am 13.5.2001 DAZ-Ratssitzung

- 17. 5. 01, 16-19 Uhr, Kölner Gürzenich, Keramik-Symposium »Keramik ist der Fortschritt« der **Arbeitsgemeinschaft für Keramik in der Zahnheilkunde e.V.** als Auftakt zur Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung. Referenten: Prof. Noack, Haller, PD Kunzelmann, Pospiech, Pröbster informieren über den jüngsten Stand vollkeramischer Restauration und über die Adhäsivtechnik. ISCD-Präsident Dr. Reiss referiert über Qualitätssicherung vollkeramischer Restaurationen in der Zahnarztpraxis. Insgesamt eine hochaktuelle Standortbestimmung von Experten aus der Praxis zur Behandlung mit vollkeramischen Werkstoffen. AG Keramik, (Tel.0721-9452929, Fax 9452930 AGKeramik@t-online.de)

- 24.-27.05.2001, Erlangen: **Internationaler IPPNW-Kongress** „Medizin und Gewissen – wenn Würde ein Wert würde“ (Tel. 09131/816830, medigew@aol.com)

- 28.5.-1.6.2001, Westerland: **Fortbildungstagung der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein mit Helferinnen-Fortbildung und Dentalausstellung**, Hauptthema: „Interdisziplinäres Therapie-konzept beim Lückengebiss“ (Tel. 0431/260926-80, Fax 260926-15)

gesucht - gefunden

gesucht - gefunden

Assistentenstelle gesucht

Studium: München, Berlin
 Staatsexamen: Juli'99, FU Berlin,
 Zahnklinik Süd, Assistenz-Tätigkeit: Jan.-
 April 2000 in Berlin, seit Mai 2000 in Erding;
 insgesamt 11 Monate Berufserfahrung,
 Ende der Assistentenzeit April 2002,
 eigene Vorstellung von einer neuen Stelle:
 vier Behandlungstage/Woche, max. 30
 Stunden bevorzugt, ca. ab April 2001, bis
 dahin noch die Betreuung der jetzigen
 Patienten.

S. Mohammad Faradjll
 Engelschalkingerstr. 10
 81925 München, Tel./Fax: 089-919800
 e-mail: faradent@aol.com

Praxis-Abgabe:

Zahnarztpraxis in Viersen wegen Ster-
 befall äußerst günstig abzugeben. Evt.
 mit Immobilie. Ansprechpartner:
 NAV-Wirtschaftsdienst, Dirk Schlicker,
 Tel 02151-818181-5, Fax -818181-8,
 E-Mail DSchlicker@nav-widi.de

Praxis-Verkauf:

Ertrag- und umsatzstarke, gut einge-
 führte Zahnarztpraxis in Süd-Nieder-
 sachsen aus persönlichen Gründen (kei-
 ne Alterspraxis) zu verkaufen:
 3 Behandlungszimmer plus Prophylaxe-
 zimmer, digitales Röntgen OPG, Fern-
 röntgen u.V.m, anspruchsvolle Prothetik,
 Implantologie und PAR, günstige Kos-
 tenstruktur, langfristiger Mietvertrag,
 auch für zwei Zahnärzte(-innen) geeig-
 net, 2. Zulassung vorhanden. Ansprech-
 partner: NAV-Wirtschaftsdienst,
 Christiane Krefeld, Tel 01805/954660

Praxis-Abgabe:

Landarztpraxis für Zahnmedizin/All-
 gemeinmedizin von Ärztehepaar in
 Sachsen Anhalt zum Jahresbeginn 2001
 abzugeben. Immobilie kann mit über-
 nommen werden; im Gebiet sind noch
 folgende Fachrichtungen frei: Augenheil-
 kunde, Orthopädie, Anästhesie, Nerven-
 heilkunde.

Ansprechpartner: NAV-Wirtschaftsdienst,
 Marcel Nothnagel,
 Tel/Fax 05144-8109-2454

Praxis-Verkauf:

Zahnarztpraxis in Stadt am Niederrhein
 wegen Sterbefall kurzfristig äußerst
 günstig zu verkaufen. Evt. mit Immobilie.

Ansprechpartner:
 NAV-Wirtschaftsdienst, Dirk Schlicker,
 Tel 02151-818181-5, Fax -818181-8,
 E-Mail DSchlicker@nav-widi.de

Praxis-Suche / Praxis-Kauf:

Zahnarzt sucht Praxis in Berlin-West,
 Süd oder Mitte zur Übernahme.
 Tel 0177-577 5836

Praxis-Abgabe:

Praxis im Siegerland abzugeben; um-
 fangreiche Ausstattung, guter Umsatz,
 Wohnung im gleichen Haus zur Vermie-
 tung. Ansprechpartner:

NAV-Wirtschaftsdienst, Harald Lohse,
 Tel/Fax 0221-8460281,
 E-Mail Lohse@nav-widi.de

Attraktives Gesundheitszentrum:

seit 1996 in Köln, bietet Ärzten div. Fach-
 richtungen neue Praxisräume zur Nie-
 derlassung. Verkehrsgünstige Lage mit
 großem Einzugsgebiet u. zahlreichen Park-
 möglichkeiten. Bauliche Erweiterung bis
 2001, Gestaltungswünsche können noch

berücksichtigt werden.

Ansprechpartner: NAV-Wirtschaftsdienst,
Frank Reinshagen, Tel 0221-97355-194,
Fax -97355-152,
E-Mail FReinshagen@nav-widi.de

Assistenten-Suche:

Junge moderne qualitätsorientierte Praxis in Westfalen mit drei Behandlern sucht Assistent(in) mit Freude an umfassender Ausbildung (Chirurgie, Parodontologie, hochwertige Prothetik, Funktionsdiagnostik und Kieferorthopädie) – langfristige Perspektive möglich. Lage der Praxis: Nähe Dortmund mit hohem Freizeitwert. Chiffre 9015

Praxis-Suche:

Räumlich ausbaufähige Zahnarztpraxen mit gutem Umsatz zur Übernahme bundesweit gesucht.
NAV-Wirtschaftsdienst, Marcel Nothnagel,
Tel 05144-8109, Fax 05144-2454

Praxis-Abgabe:

Zahnarztpraxis im Bergischen Land abzugeben; 3 BHZ; hochwertige Ausstattung; gute, zentrale Lage, ausbaufähig, auch als Gruppenpraxis geeignet.
NAV-Wirtschaftsdienst,
Harald Lohse, Tel/Fax 0221-8460281,
Lohse@nav-widi.de

Praxis-Suche:

In Recklinghausen u. Umgebung wird zahnärztliche Übernahmep Praxis gesucht.
NAV-Wirtschaftsdienst, P. Harzendorf,
Tel/Fax 02196-973310

Partner-Suche:

Nähe Hamburg: etablierte, solide Praxis (keine Alterspraxis) in gute Hände abzugeben. Im Rahmen einer längerfri-

stigen fairen Kooperation wird Existenzgründer/in eine Niederlassung unter günstigen Konditionen geboten. Der bisherige Inhaber möchte seinen Arbeitsumfang reduzieren und Praxisführung und Verantwortung abgeben. Interessenten wenden sich bitte an die DAZ-Geschäftsstelle, Tel 0221-973005-45, Fax 0221-7391239, E-Mail DAZ.Koeln@t-online.de

Impressum

Herausgeber: Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchow-Bund, Belfortstr.9, 50668 Köln. Tel. 0221 973005-45, Fax 0221 7391239
E-Mail DAZ.Koeln@t-online.de
Internet: www.DAZ-web.de

Redaktion, Irmgard Berger-Orsag, Dr. Roland Ernst, Dr. Hanns-W. Hey, ZÄ Silke Lange, Dr. Eberhard Riedel, Dr. Ulrich Happ, Dr. Rainer Seemann, Dr. Stefan Zimmer
V.i.S.d.P. Dr. Hanns-W. Hey

Redaktionsadresse Dr. Hanns-W. Hey, Riedweg 5, 82541 Münsing, Tel. 08177-92045, Fax -92046, ISDN Mac -92047, E-Mail KarlaHey@aol.com

Erscheinungsweise 4 mal jährlich

Auflage 2500 Exempl., bei Sondernummern 6000

Bezugsbedingungen Das DAZ-forum ist im Abonnement erhältlich. Jahresabo 40.-DM

Für Mitglieder des DAZ ist das Abo im Mitgliedsbeitrag enthalten. Interessenten erhalten das DAZ-forum auf Anfrage.

Layout, Satz, Anzeigenverwaltung, Mediadaten

Karla Hey, Riedweg 5, 82541 Münsing,
Tel. 08177-92045, Fax -92046, ISDN Mac -92047,
E-Mail KarlaHey@aol.com

Druck Universitätsdruckerei Wolf & Sohn
München



Der DAZ stellt sich vor

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

Cooperation mit dem NAV-Virchow-Bund

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

Studiengruppen

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

Informationen

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

Hilfe für den Zahnarzt-Alltag

Für Studierende der Zahnmedizin vermittelt der DAZ Hospitationsmöglichkeiten, er bietet Beratung zur Assistentenausbildung und bei der Praxisneugründung, er leistet Unterstützung bei der Ausrichtung der Praxisarbeit nach Gesichtspunkten des Umwelt- und Arbeitsschutzes. In Ver-

bindung mit dem NAV-Virchow-Bund offeriert er seinen Mitgliedern darüber hinaus eine Fülle von Informations- und Service-möglichkeiten. Näheres dazu bei der Geschäftsstelle in Köln.

Standespolitik

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

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

Zahnärztliche Ausbildung

Der DAZ fordert eine Reform des Zahnmedizinstudiums mit folgenden Veränderungen:

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

Delegation

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

Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe

Breitenwirksame Vorbeugungsmaßnahmen in Kindergarten und Schulen sind zwingend erforderlich. Der DAZ fordert: bundesweit einheitliche Regelungen durch ein Jugendzahnpflegegesetz, Ausbildung und Einsatz von Prophylaxepersonal,

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

Qualität

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

- vermünftige, an Qualität orientierte Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch die KVZen
- die Entwicklung und Einführung von Qualitätssicherungsprogrammen durch Kammern und KZVen.

DAZ-Kontaktadressen

Baden-Württemberg

Dr. Wolfgang Schempf, Wilhelmstraße 3,
72764 Reutlingen,
Tel. 07121 338551, Fax 07121 338517

Berlin

Edeltraud Jakobczyk, Jenaer Straße 54,
12627 Berlin, Tel. 030 9915003,
Fax 03342 99284908
Dr. Annette Bellman,
E-Mail AKP.Bellmann@t-online.de

Sachsen / Chemnitz

Dr. Ralf Eisenbrandt, Markusstr.8,
09130 Chemnitz,
Tel. 0371 4012228, Fax 0371 4028686,
E-Mail Ralf_Eisenbrandt@t-online.de

Elbe - Weser

Dr. Frank Kopperschmidt,
Bahnhofstraße 5, 21717 Fredenbeck,
Tel. 04149/1066;
Dr. Till Ropers, E-Mail Dr.Ropers_Dzingel
@t-online.de

Freiburg

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

Hamburg

Thomas Murphy, Poppenbütteler
Chaussee 45, 22397 Hamburg,

Tel.040 6074151, Fax 040 6074152
Dr. Ulrich Happ, E-Mail DrHapp@talknet.de

Oberbayern / München

Dr. Johann Brosch, Ammerseeestr.6,
82061 Neuried, Tel./Fax 089 7556341
Dr. Kai Müller,
E-Mail Kai_F_Mueller@t-online.de

Nordrhein

Nordrhein, Dr. Rainer Küchlin,
Am Buschhof 12, 53227 Bonn,
Tel. 0228 440231, Fax 0228 462862

Oberpfalz

Dr. Gerd Ebenbeck, Hochweg 25,
93049 Regensburg, Tel 0941 297290,
Fax 0941 2972999.

Oldenburg

Rolf Tödtmann, Oldenburgerstraße 291,
26180 Rastede, Tel. 04402 928811,
Fax 04402 928831,
E-Mail Rolf.Toedtman@t-online.de
Dr. Roland Ernst, E-Mail
Ernst.Roland@t-online.de

Rhein Hessen

Dr. Andreas Vahlenkamp, Betzelsstr.27,
55116 Mainz, Tel. 06131 222218,
Fax 06131 237294

Schleswig Holstein

Wolfram Kolossa, Bahnhofstraße 43,
24217 Schönberg, Tel. 04344 9020,
Fax 04344 3349,
E-Mail Wolfram.Kolossa@t-online.de

Thüringen

Dr. Bernd Kröplin, Leine-Einkaufszentrum,
37308 Heilbad Heiligenstadt, Tel./ Fax
03606 9518, E-Mail MKroeplin@aol.com

Westfalen - Lippe

Dr. Ulrich Zibelius, Mittelstr. 17,
32657 Lemgo, Tel. 05261 10166, Fax -92901
E-Mail Ulrich.Zibelius@t-online.de

DAZ-Geschäftsstelle

Irmgard Berger-Orsag, Belfortstraße 9,
50668 Köln Tel. 0221 973005 - 45, Fax
7391239, E-Mail DAZ.Koeln@t-online.de

Beitrittserklärung

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

Name, Vorname _____ Geb. Datum _____

Straße, PLZ, Wohnort _____

Telefon _____ Fax _____ E-Mail-Adresse _____ Internet-Adresse _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

DAZ- Mindestjahresbeitrag ab 1.1.1999

- Stud./cand.med.dent und Fördermitglieder 12.- DM
- Assistenz ZÄ/ZA, 180.- DM
- Niedergel.ZÄ/ZA, 360.- DM
- ZÄ/ZA im Ruhestand 60.- DM

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

Anmeldung zur Frühjahrestagung

von DAZ und VDZM in Frankfurt/Main, Bürgerhaus Bornheim

Hiermit melde ich mich zur Tagung von DAZ und VDZM am 12./13.Mai 2001 an.

- Ich bin niedergelassener Zahnarzt.....
- angestellter Zahnarzt.....
- Student.....

- Ich komme zum Treffen am 11.5. ab 20Uhr
- Ich nehme am Vormittag 12.5. um 10Uhr teil
- Ich komme zur Fortbildung am 12.5. um 14Uhr
- Ich nehme an der DAZ-Ratssitzung am 13.5. teil

Meine Adresse/ Tel./Fax/ e-mail

An den
**Deutschen Arbeitskreis
für Zahnheilkunde - DAZ-**
im NAV Virchow-Bund
Belfortstraße 9
50668 Köln

Fax 0221 - 7391239

e-mail:
DAZ.Koeln@t-online.de

Aventis Pharma

im INTERNET

<http://www.pharma.aventis.de>

Ultracain[®] D ohne Adrenalin 1,7 ml · Ultracain[®] D ohne Adrenalin 2 ml. Wirkstoff: Articainhydrochlorid · **Verschreibungspflichtig. Zusammensetzung:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: 1 ml Injektionslsg. enthält 40 mg Articainhydrochlorid. Sonstige Bestandteile: Natriumchlorid, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Lokalanästhetikum zur Infiltrations- und Leitungsanästhesie in der Zahnheilkunde. Ultracain D ohne Adrenalin eignet sich vor allem für kurze Eingriffe an Pat., die aufgrund bestimmter Erkrankungen (z. B.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Allergie gegen den Hilfsstoff Sulfid) kein Adrenalin erhalten dürfen sowie zur Injektion kleiner Volumina (Anwendung in der Frontzahnregion, im Bereich des Gaumens). **Gegenanzeigen:** Ultracain D ohne Adrenalin darf nicht angewendet werden bei Überempfindlichkeit gegen Articaïn oder andere Lokalanästhetika vom Säureamid-Typ. Ultracain D ohne Adrenalin darf außerdem nicht angewendet werden bei schweren Störungen des Reizbildungs- oder Reizleitungssystems am Herzen (z.B. AV-Block II. u. III. Grades, ausgeprägte Bradykardie), akuter dekomp. Herzinsuffizienz (akutes Versagen der Herzleistung) oder schwerer Hypotonie. Eine Injektion in entzündetes Gebiet sollte unterbleiben. Das Arzneimittel ist nicht geeignet für länger dauernde Eingriffe (über 20 Min.) sowie für größere zahnärtl.-chirurg. Eingriffe. Bei Pat. mit Cholinesterasemangel muß Ultracain D ohne Adrenalin mit Vorsicht angewendet werden, da mit verlängerter u. u. U. verstärkter Wirkung zu rechnen ist. **Nebenwirkungen:** Dosisabhängig können Störungen des Zentralnervensystems auftreten: Unruhe, Nervosität u. Schwindelgefühl, Benommenheit bis z. Bewußtseinsverlust, Koma, Atemstörungen bis zum Atemstillstand, Muskelzittern, Muskelzuckungen bis zu generalisierten Krampfanfällen, Übelkeit bis Erbrechen. Während oder kurz nach der Injektion kann es zu vorübergehenden Sehstörungen (Flimmern vor den Augen, Blindheit, Doppelbilder) kommen. Gleichfalls dosisabhängig können Herz-Kreislauf-Störungen auftreten wie z.B. Blutdruckabfall u. Störungen der Herzrhythmik, in sehr seltenen Fällen bis hin zum Kreislaufzusammenbruch (Schock), u. Herzversagen. Unverträglichkeitsreaktionen (allergische u. allergieähnliche) können auftreten. Diese können sich äußern als ödemat. Schwellung bzw. Entzündung an der Injektionsstelle, daneben unabhängig von der Injektionsstelle als Rötung, Juckreiz, Konjunktivitis, Rhinitis, Gesichtsschwellung (Quincke-Ödem) mit Schwellung von Ober- u./o. Unterlippe u./o. Wangen, Glottisödem mit Schluckbeschwerden, Nesselsucht. In den schwersten Fällen kann es zu starker Atemnot (auch durch Verkrampfung der Bronchien) u./o. zum Kreislaufzusammenbruch (anaphylakt. Schock) kommen. Eine solche Reaktion erfordert sofortige ärztl. Behandlung. Nervenschäden sind keine spezifischen Nebenwirkungen von Ultracain D ohne Adrenalin, sie können jedoch als nicht ausschließbares Risiko jedes zahnärztlichen Eingriffs auftreten.

Ultracain[®] D-S 1 : 200.000 (1,7 ml, 2 ml, 20 ml)

Ultracain[®] D-S forte 1 : 100.000 (1,7 ml, 2 ml, 20 ml)

Wirkstoffe: Articainhydrochlorid und Epinephrinhydrochlorid. **Verschreibungspflichtig. Zusammensetzung:** Ultracain D-S 1:200.000: 1 ml Injektionslsg. enth. 40 mg Articainhydrochlorid u. 0,006 mg Epinephrinhydrochlorid. Ultracain D-S forte 1:100.000: 1 ml Injektionslsg. enthält 40 mg Articainhydrochlorid und 0,012 mg Epinephrinhydrochlorid. Sonstige Bestandteile: Max. 0,5 mg Natriumdisulfid (entsp. max. 0,34 mg SO₂), Natriumchlorid, Wasser für Injektionszwecke. Die Zubereitungen Ultracain D-S 1:200.000 u. Ultracain D-S forte 1:100.000 in Mehrfachentnahmeflaschen enthalten zusätzl. 1mg Methyl-4-hydroxybenzoat pro ml als Konservierungsmittel. **Anwendungsgebiete:** Lokalanästhetikum zur Infiltrations- u. Leitungsanästhesie i. d. Zahnheilkunde. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Articaïn und Epinephrin oder einen der anderen Inhaltsstoffe. **Warnhinweis:** Ultracain D-S 1:200.000 u. Ultracain D-S forte 1:100.000 nicht bei Bronchialasthmatikern mit Sulfid-Überempfindlichkeit anwenden. Bei Pat. mit Cholinesterasemangel mit Vorsicht anwenden, da mit verlängerter u. u. U. verstärkter Wirkung zu rechnen ist. Wg. des Gehalts an Epinephrin Ultracain D-S 1:200.000 u. Ultracain D-S forte 1:100.000 nicht anwenden bei: Pat. mit paroxysmaler Tachykardie; Pat. mit hochfrequenter absoluter Arrhythmie; Pat. mit Kammerengwinkelglaukom; Pat., die nicht-kardioselektive Betablocker (z.B. Propranolol) einnehmen; u. bei Anästhesien im Endstrombereich. Bei Pat. mit "Paragruppenallergie" nur die parabenfreien Zylinderamp. verwenden (1,7 ml, 2 ml). Die iv. Anwendung ist generell kontraindiziert. Eine Injektion in entzündetes Gebiet sollte vermieden werden. **Nebenwirkungen:** Dosisabhängig können zentralnervöse Störungen auftreten: Benommenheit bis zum Bewußtseinsverlust, Atemstörungen bis hin zum Atemstillstand, Muskelzittern, Muskelzuckungen bis zu generalisierten Krampfanfällen, Übelkeit bis Erbrechen. Blutdruckabfall bis hin zum Schock und Herzversagen. Selten vorübergehende Sehstörungen (Flimmern vor den Augen, Blindheit, Doppelbilder). Allergische und allergieähnliche Unverträglichkeitsreakt., wie ödematöse Schwellung bzw. Entzündung an der Injektionsstelle, daneben unabhängig von der Injektionsstelle Rötung, Juckreiz, Konjunktivitis, Rhinitis, Gesichtsschwellung (Quincke-Ödem) mit Schwellung von Ober- u./o. Unterlippe u./o. Wangen, Glottisödem mit Schluckbeschwerden, Nesselsucht. In den schwersten Fällen starke Atemnot (auch durch Verkrampfung der Bronchien) u./o. Kreislaufzusammenbruch (anaphylaktischer Schock). Eine solche Reaktion erfordert sofortige ärztl. Behandlung. Häufig Kopfschmerzen, vermutl. auf den Epinephrin-Anteil zurückzuführen. Selten andere durch Epinephrin bedingte Nebenwirkungen (Tachykardien, Herzrhythmusstörungen, Blutdruckanstieg). In Einzelfällen können durch unbemerkte intravasale Injektion ischämische Zonen im Injektionsbereich bis hin zu Gewebnekrosen entstehen. Nervenschäden sind keine spezifischen Nebenwirkungen von Ultracain D-S 1:200.000 u. Ultracain D-S forte 1:100.000, sie können jedoch als nicht ausschließbares Risiko jedes zahnärztlichen Eingriffs auftreten. Allergische Reaktionen gegen das Konservierungsmittel Methyl-4-hydroxybenzoat möglich (Mehrfachentnahmefl.). Besondere Hinweise: Aufgrund des Gehalts an Natriumdisulfid im Einzelfall, insbes. bei Bronchialasthmatikern, Überempfindlichkeitsreaktionen, die sich als Erbrechen, Durchfall, keuchende Atmung, akuter Asthmaanfall, Bewußtseinsstörungen oder Schock äußern können. Im Rahmen verschiedener unerwünschter Wirkungen (s.o.) möglicherweise Einschränkung von Konzentrationsfähigkeit und Reaktionsvermögen. Pharmazeutischer Unternehmer: Hoechst Marion Roussel Deutschland GmbH, 65926 Frankfurt (Main); Stand: Oktober 1998. AV 510 00 047. Angaben gekürzt – weitere Einzelheiten siehe Fach- bzw. Gebrauchsinformation, die wir auf Wunsch gern zur Verfügung stellen. Aventis Pharma Deutschland GmbH, 65926 Frankfurt (Main).



Aventis

In deutschen
Zahnarztpraxen
das meistangewendete
Lokalanästhetikum

Ultracain®



... und wenn es die
Anamnese erfordert ...

neu **Ultracain® D**
ohne Adrenalin

... oder eine kurze Anästhesie ausreicht

IP4

Effektive Fluoridierung im Rahmen der Individualprophylaxe

Nach dem Individualprophylaxe-Vertrag (IP4) sind Arzneimittel zur lokalen Fluoridierung (z.B. **elmex® gelée**) als Sprechstundenbedarf zu verordnen.



**effektiv –
ohne großen
Zeitaufwand**

Zusammensetzung:
100g **elmex® gelée** enthalten:
Aminfluoride Dectaflur 0,287g,
Olafur 3,032g, Natriumfluorid 2,210g
(Fluoridgehalt 1,25%), gereinigtes Wasser,
Propylenglycol, Hydroxyethylcellulose,
Saccharin, Aromastoffe.

Anwendungsgebiete:

Prophylaxe: zur Kariesprophylaxe.

Therapie: Zur Unterstützung der Behandlung der Initialkaries, zur Behandlung überempfindlicher Zahnhälse.

Gegenanzeigen: Bei Überempfindlichkeit gegen einen der Inhaltsstoffe, Abschilferungen der Mundschleimhaut und fehlender Kontrolle über den Schluckreflex soll **elmex® gelée** nicht angewendet werden.

Nebenwirkungen: In Einzelfällen desquamative Veränderungen der Mundschleimhaut.

Dosierung und Art der Anwendung:

Soweit nicht anders verordnet, 1x wöchentlich ca. 1 cm **elmex® gelée** auf die Zahnbürste auftragen, 2 bis 3 Minuten die Zähne bürsten und ausspülen. Soweit nicht anders verordnet, für Erwachsene und Kinder ab dem vollendeten 6. Lebensjahr.

Packungsgrößen und Preise:

25g Dentalgel DM 11,25 (apothekenpflichtig); 38g Dentalgel DM 15,56 (verschreibungspflichtig); 215g Anstaltspackung DM 41,53 (verschreibungspflichtig).

Stand: Dezember 2000



elmex® gelée zur Karies-Intensivprophylaxe bei Kindern und Erwachsenen; zur lokalen Fluoridanreicherung des Zahnschmelzes und zur Remineralisation.

Durch die zusätzliche Verordnung von **elmex® gelée** 38 g (verschreibungspflichtig) zur 1x wöchentlichen Anwendung wird sichergestellt, dass die eingeleiteten Maßnahmen sinnvoll durch den Patienten Zuhause weitergeführt werden.

In der Praxis wird **elmex® gelée** mit dem Applikator oder mit der Miniplastschiene angewendet.

GABA Lörrach – elmex Forschung
Internet: www.elmex.de