

forum

Herausgegeben vom Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde

NR. 3 · APRIL 1983

Sie lesen u. a.

Dr. H.-W. Hey – Aufbruch in die Vergangenheit?

Dr. Kai Müller – Qualitätssicherung

Dr. Kai Müller – Gemeinschaftspraxis – ein Weg für Jeden?

Dr. Till Ropers – Gnathosophie

Dr. Christian Nielsen – Augsburger Bekenntnisse

Dr. Helmut Simon – Katastrophenmedizin

Dr. Till Ropers – Lieber Not als Dienst?

Dr. W. Illichmann – Kindergartenprophylaxe

E. Fritsch u. G. Hosang – Kinderbehandlung ...



Dental Museum

Digitalisat der Bibliotheca Dentaria

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

Dentalmuseum

Im Park 9b

04680 Zschadraß

DENT-O-CARE
PROPHYLAXE · SERVICE

PROPHYLAXE-Spezialprodukte
vieler namhafter Hersteller



Geräte, Instrumente, Materialien

Aus unserem Angebot:

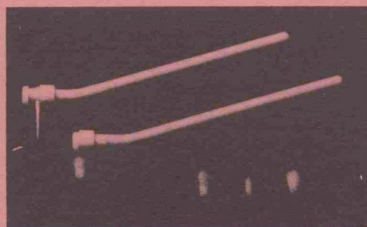
FLOSS-A-MATIC Zahnseidehalter

- mit 30 m ungewachster Zahnseide inliegend
- problemloses Fädeln
- sichere Führung



SUPER FLOSS ZAHNSEIDE

für Reinigung unter Brücken usw.



PROXIMAL-Halter

- als Set oder einzeln
- 4 verschiedene Bürsten für individuellen Bedarf
- preiswert auch für Patienten

Alle Prophylaxe-Produkte liefern wir auf Wunsch auch an Ihre Apotheke

P. J. KANE, DENT-O-CARE PROPHYLAXE-SERVICE

Postfach 11 51, 8011 Brunnthal, Tel. 0 81 02/41 12

Coupon:

Bitte senden Sie mir

Absender/Stempel

_____ Floss-a-matic Halter

_____ Floss-a-matic Nachfüllrollen

_____ Super Floss Zahnseide:

_____ mit 30 Fäden (Patientenpckg.)

_____ mit 500 Fäden (Profipckg.)

_____ Proximal-Set

_____ Katalog '83

Datum,

Unterschrift

Inhalt

| | |
|---|----|
| Dr. H.-W. Hey Aufbruch in die Vergangenheit? - zum Grundsatzprogramm des Freien Verbandes | 3 |
| Dr. Kai Müller Qualitätssicherung eine Herausforderung an den Berufs- stand | 11 |
| Dr. Kai Müller Gemeinschaftspraxis - ein Weg für Jeden? | 17 |
| Dr. Till Ropers Gnathosophie | 25 |
| Dr. Christian Nielsen Augsburger Bekenntnisse | 35 |
| Dr. Helmut Simon Katastrophenmedizin - Ausbildung für Zahnärzte? | 37 |
| Dr. Till Ropers Lieber Not als Dienst? | 40 |
| Dr. W. Illichmann Kindergartenprophylaxe - mehr als nur ein Schlagwort! | 43 |
| E. Fritsch u. G. Hosang Kinderbehandlung als Bestandteil der studentischen Ausbildung | 47 |

Leserbriefe

Bücher

Redaktion: Dr. J. Heidtkamp, Dr. W. Lell, Dr. R. Mauerer, M.
Blank, S. Schmid

Anschrift der Redaktion: Dr. W. Lell, Herrmann-Geib-Str. 59a,
8400 Regensburg, Tel.-Nr. 0941/72865

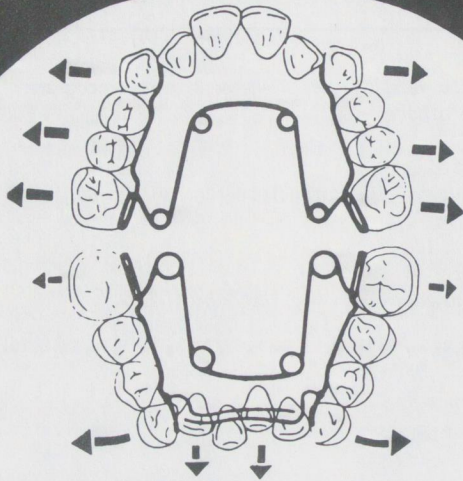
Sämtliche Beiträge geben die Meinung der Verfasser wieder. Of-
fizielle Stellungnahmen des Deutschen Arbeitskreises für Zahn-
heilkunde werden als solche gekennzeichnet.

Erscheinungsweise: Dreimal jährlich

NEU!

»MIA« SYSTEM

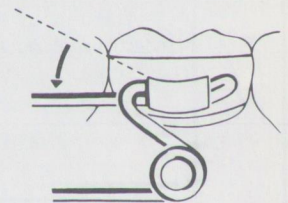
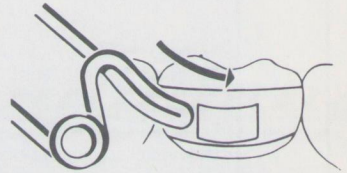
nach
»Bartels«



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

»MIA« SYSTEM

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



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

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

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

inter

UNITEK

QUALITÄT
FORSCHUNG
SERVICE

Aufbruch in die Vergangenheit?

Zum Grundsatzprogramm „Patient und Zahnarzt“ des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte

Nach den sogenannten 13 Thesen des Jahres 1980 hat die Hauptversammlung des Freien Verbandes auf ihrer letzten Versammlung in Berlin erneut ein Grundsatzprogramm vorgestellt. Es soll wohl so etwas wie eine Bestandsaufnahme der augenblicklichen Situation sein, vor allem aber Perspektiven für die nächsten Jahre aufzeigen, Ziele formulieren und Aufgaben zuweisen.

Vom Grundsatzprogramm eines Berufs- oder Interessenverbandes kann erwartet werden, daß es die Aufgaben dieses Verbandes, seine Ziele formuliert - doch wie so oft in der Vergangenheit, erhebt der Freie Verband hier wieder einmal vor allem Forderungen an andere, an Patienten, an Krankenkassen, an den Gesetzgeber; andererseits klingt vieles so selbstverständlich und vernünftig, daß man sich ständig die Frage stellt: gut, und weiter? Doch weiter geht es dann meist eben doch nicht.

"Im Mittelpunkt der zahnärztlichen Versorgung steht der Patient als Individuum" - wer sollte dem widersprechen? Ebenso wenig der Feststellung "ihm steht der grundlegende Anspruch auf freie Arzt- und Therapiewahl zu. Seinem Selbstbestimmungsrecht entspricht die Verantwortung für die eigene Gesundheit." Aber dann: "Der Patient entscheidet über die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen, über deren Art und Umfang" - tut er

das wirklich? Wie verträgt sich das mit dem immer wieder beklagten überzogenen Anspruchsdenken der Patienten?

Wie ein roter Faden zieht sich durch dieses Programm die Forderung nach Freiheitlichkeit und Selbstbestimmung, natürlich vor allem für die Zahnärzte. Patienten und Krankenkassen sollen mehr in die Verantwortung genommen, an ihre Pflichten erinnert werden, während die Zahnärzteschaft Zug um Zug von den Verpflichtungen des Sachleistungssystems zu entlasten ist: "Wegen des Ausschlusses privatvertraglicher Beziehungen ist das Sachleistungssystem jedoch einer an den individuellen Bedürfnissen des Patienten orientierten Versorgung abträglich", und "das Sachleistungssystem ist für die dauerhafte Sicherung eines Gleichgewichtes zwischen Leistungsvolumen und Finanzierbarkeit der Versorgung ungeeignet." Gleichzeitig soll das Positive, das Behandlungsmonopol (auch in der Prophylaxe) und damit das gesicherte Einkommen des Zahnarztes gewährleistet werden, dem alle Versicherten der Krankenkassen "sicher" sein sollen. Honorarobergrenzen werden nicht akzeptiert, sondern der "freien" Vereinbarung zwischen den vermeintlich gleichen Partnern Zahnarzt und Patient überlassen. Der Patient soll nur "Basiszuschüsse" (H. H. Bieg) erhalten - was er sonst noch bezahlen muß, geht niemanden etwas an.

Erfreulich, vom Freien Verband zu hören, daß "beratende, praeventive und kurative Zahnmedizin eine Einheit bilden müssen", doch: innerhalb oder außerhalb des Sachleistungssystems?

Positiv auch dies: "Freiberufliche Tätigkeit erfordert einen hohen Ausbildungs- und Persönlichkeitsstand

sowie ein hervorragendes berufsethisches Verhalten." Wie wahr! Was aber, wenn das bei vielen Kollegen unterentwickelt sein sollte? "Die Selbstverwaltungs-körperschaften haben ... auch die gesetzlich festgeschriebene Pflicht, Fehlentwicklungen ... aufzuzeigen und ... entgegenzuwirken" - richtig! Was aber, wenn sie dies aus falsch verstandener Kollegialität nicht in erforderlichem Maße tun?

In dem umfangreichen Programm findet sich ein einziger Satz zur Qualität der zahnärztlichen Leistung. Nach dem Selbstverständnis des Freien Verbands wird aber natürlich nicht die Verbesserung dieser Qualität gefordert, sondern "daß die Qualität der zahnärztlichen Leistung weiterhin gewährleistet wird." Die einzige Möglichkeit, die Leistungsqualität überhaupt erst einmal festzustellen, transparent zu machen, nämlich durch langfristige Aufzeichnung der Behandlungsdaten (nach dem Vorschlag des DAZ natürlich bei den zahnärztlichen Körperschaften) soll aber verhindert werden aus vermeintlicher Sorge um den Schutz der Patientendaten.

Weiter wird einerseits festgestellt, daß "zwischen Zahnarzt und (Privat)Versicherung keine rechtlichen Beziehungen bestehen", doch sorgt sich der Freie Verband offensichtlich trotzdem darum, daß "Beurteilungs- und Steuerungsinstrumentarium der gesetzlichen Krankenversicherung", also "sachfremde Kriterien", "in der Privatversicherung systemzerstörend wirken und damit den letzten Bereich unabhängiger und individueller Patientenbetreuung beseitigen."

Gruppenprophylaxe nur durch Zahnärzte, ab etwa dem 10. Lebensjahr nur noch Individualprophylaxe nur in der zahnärztlichen Praxis (Bieg)?

Ablehnung jeder Kontrollmöglichkeit zahnärztlicher Leistungen nach erfolgter Behandlung? Kein Wort zum Gutachterwesen, zur zahnärztlichen Ausbildung, zur Weiterbildung, zur Kinderbehandlung - kann man das als zukunftsorientiertes Programm der Mehrheit der deutschen Zahnärzteschaft bezeichnen? - wohl kaum.

Wie man hört, wurde die Verabschiedung selbst dieses elastischen und in weiten Teilen unverbindlichen Programms durch den maßgeblichen Widerstand des Landesverbandes Bayern des FVDZ verhindert und zur erneuten Diskussion an die Hauptversammlung zurückverwiesen. Nur Uneingeweihte kann das erstaunen - schließlich hat bayerischer Widerstand im Bereich der zahnärztlichen Standespolitik Tradition - es war derselbe Landesverband, der auch die 13 Thesen (im Grunde eine one-man's-intention des Kollegen Bieg) anfangs heftig kritisierte und als viel zu weitgehend ablehnte - ein unnötiger Kraftakt, da die Thesen in den Jahren danach ohnehin ein Lippenbekenntnis blieben und weder konkrete Titel noch erst recht das Temperament zur Realisierung folgten.

Bleibt die Frage, was denn der bayerische Landesverband will, wenn nicht dieses Programm? Was kann den bayerischen Kollegen selbst hier noch zu weit gegangen sein? Bei der Aussprache in Berlin machte einmal mehr die sogenannte "Münchener Gruppe" auf sich aufmerksam. So recht scheint zwar auch im Freien Verband niemand zu wissen, was der Wortführer der Gruppe, Kollege Gutmann, wirklich meint (das war schon immer etwas schwierig), ein wenig davon steht aber im Freien Zahnarzt Nr. 1, Seite 19: Gutmann spricht hier einerseits von der "immensen Mehrheit der Kollegen, die dieses

(jetzige) System bejahen" (warum wohl?), weiterhin von der "Berufsfreiheit der sechziger Jahre" (auch damals hatten wir das Sachleistungssystem!?), beklagt aber die Fortentwicklung dieses Sachleistungssystems als Ende unserer Berufsfreiheit und Entmündigung des Patienten (??).

Wie so oft finden sich akzeptable Gedankenansätze, doch dann wird wieder in den Mustopf von Pathos und Beweihräucherung gegriffen: da werden Begriffe gebraucht wie Verelendung (vor ein paar Jahren die der Zahnärzte, jetzt die des Systems), das Gefühl der "Ausweglosigkeit" beschrieben und die "neuerdings sogar durch Mehrarbeit nicht mehr wettzumachenden materiellen Einbußen" beklagt! Von wem kann - in einer Gesellschaft mit 2,5 Mill. Arbeitslosen - Verständnis erwartet werden, wenn der Berufsstand mit den inzwischen auch von zahnärzteeigenen Presseorganen nicht mehr bestrittenen höchsten durchschnittlichen Einkommen solche Klagen erhebt? Und wieder spricht Gutmann von "der sich immer mehr steigernden Unfreiheit und Einengung." Nur wer die mühsame Entwicklung der Kassenverträge nach dem Krieg vergessen hat, kann verkennen, daß das System der Einzelleistungsvergütung uns ein Maximum an Therapiefreiheit gebracht hat. Die alten Kollegen sind dazu aufgerufen, uns dies ab und zu wieder ins Gedächtnis zurückzurufen. Allerdings liegt es vor allem an uns Zahnärzten, wenn dieses System durch hemmungsloses Ausnutzen zu Fall gebracht werden sollte.

Unfreiheit, Einengung, Knebelung, Ausweglosigkeit, materielle Einbußen - hier wird das alte Lied der Selbstbemitleidung geheult, das uns Zahnärzte zusammen

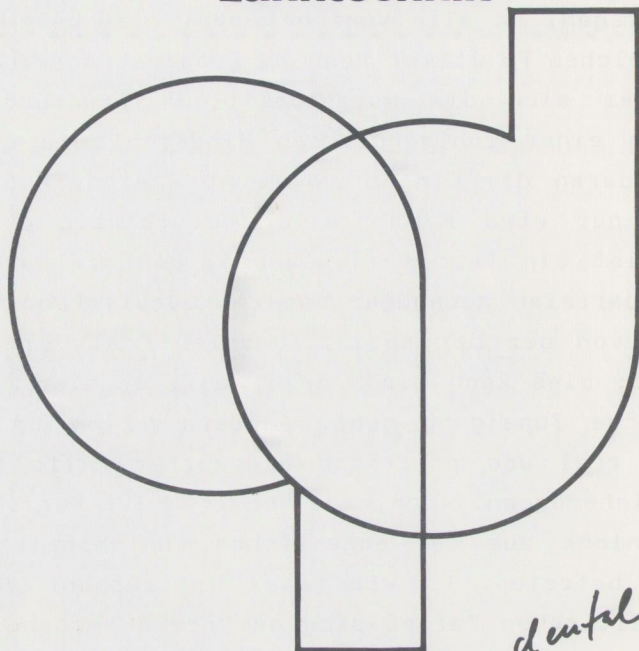
mit dem Anspruch der besten Zahnheilkunde der Welt zum Gespött der Leute gemacht hat.

Und da wird wieder einmal die "Gleichmacherei" beklagt. Doch wer betreibt diese denn mehr als die Zahnärzte selbst? Die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten wurde von den Ärzten und Zahnärzten eingeführt und wird von ihnen wider besseres Wissen aufrecht erhalten. Bei "Vielabrechnern" interessiert die Kammer nicht die Qualität des erbrachten Umsatzes, sondern nur seine Höhe über dem Durchschnitt. Bei der Frage der Assistentenbeschäftigung interessiert die Kammer nicht die Qualität der Ausbildungsmöglichkeiten, sondern die Höhe des Praxisumsatzes über dem Durchschnitt. Dies ist Gleichmacherei, auf diese Weise werden Probleme verschleiert und zugedeckt, statt daß man über Lösungsmöglichkeiten nachdenkt, über Antworten auf Fragen wie die nach Kostensenkung durch Vermeidung von Wiederholungsleistungen im konservierenden und prothetischen Bereich, auf die Frage nach Durchführung von Prophylaxe, die alle erreicht (nicht nur die, die ohnehin in die Praxis kommen und die man dann individuell betreuen kann), auf die Frage, wie man mehr Kinder früher und gründlicher behandeln kann etc. Wozu soll das Grundsatzprogramm eines zahnärztlichen Berufsverbandes gut sein, wenn es nur Allgemeinplätze und Unverbindlichkeiten enthält, auf die konkreten Fragen und Probleme aber keine Antwort gibt? Wieder einmal, so scheint es, beschwört der Freie Verband die angeblich guten Zeiten statt Zukunftsperspektiven aufzuzeigen. Kein "Weg zur Wende" (Gutmann) also, wenn Wunschdenken den Blick für die Realitäten trübt, hier ebenso wie in der Standespresse, die augenblicklich offen und versteckt Glauben

machen will, die Zahnärzteschaft müßte nur durch Unterstützung der "rechten" Partei zur politischen Wende beitragen, um alle Wünsche erfüllt zu bekommen. Doch von welchem Politiker kann im Ernst erwartet werden, daß er sich die sozialpolitisch fragwürdigen Forderungen einer wohl-situierten Minderheit zu eigen macht und daran die Finger verbrennt - einer Minderheit, die nur etwa 1/1000 aller Berufstätigen ausmacht? Es ist ein Irrtum zu glauben, daß die Haltung der Unionsparteien gegenüber unserem Berufsstand sich wesentlich von der der sozialliberalen Koalition unterscheidet; dies kann nicht sein, weil es hier nicht um politische Zuneigung geht, sondern u. a. um die Verteilung real und politisch begrenzter Mittel der Sozialversicherungen. Auch eine konservative Regierung wird uns nicht aus der angeblichen "Unfreiheit und Einengung" befreien. Es wird aber interessant sein, welcher politischen Partei sich der Freie Verband zuwenden wird, wenn seine Vorstellungen auch bei der neuen Regierung nicht den gewünschten Anklang finden.

Dr. Hanns-Werner Hey
Lindenschmidtstr. 44
8000 München 70

**die adresse für individuelle, moderne
zahntechnik**



quitera dental

quitera dental gmbh

landshuterstr. 18
8400 regensburg
tel. 0941/ 57436

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

CROZAT - MODELLGUSS - PROTHETIK - KFO

Qualitätssicherung

- eine Herausforderung an den Berufsstand

In den Debatten und Auseinandersetzungen um die wirtschaftliche Zukunft unseres Berufsstandes und um die Erhaltung unserer freien Berufsausübung ist dem Aspekt der Qualität unserer beruflichen Leistungen noch nie viel Aufmerksamkeit gewidmet worden. Die sogenannte öffentliche Meinung ergeht sich in pauschalen Verdächtigungen und kann sich dabei nur höchst selten auf Sachkenntnis stützen, die ebenso pauschalen Beschwichtigungen unserer Standesspitzen artikulieren mehr Wunschenken als daß sie überprüfbare Tatsachen vorlegen würden.

In der Zwischenzeit verringern sich Bereitschaft und Möglichkeiten, die Kosten für Zahnheilkunde in der Bundesrepublik weiter ansteigen zu lassen. Dies führt heute und wohl auch in Zukunft zu einem zunehmenden Druck auf die Zahnärzteschaft. Dieser Druck wird auch nolens volens dazu führen, daß Konkurrenz- und Wettbewerbsdenken innerhalb der Zahnärzteschaft Einzug halten werden, wenn es darum geht, Stücke des kleiner werdenden Kuchens für sich zu sichern. Das enorme wirtschaftliche Risiko, unter dem vor allem diejenigen stehen, die sich heute niederlassen, wird ein Übriges dazu tun.

In dieser, sicher nicht sehr sonnigen Landschaft wird die Frage nach der Qualität von den verschiedensten Seiten gestellt werden. Diejenigen, die die Regeln für die Bezahlung unserer Arbeit aufstellen, werden sie

May 1982, Volume 104, No. 5

THE Journal

of the American Dental Association



Emphasis

**Quality Assurance:
Five experts
examine the issues**

PAGE 608

ebenso stellen wie die Medien, die Patienten werden umso mehr nach der Qualität fragen, wie sie zur Kasse gebeten werden und nicht zuletzt der einzelne Zahnarzt wird sich fragen, ob es gerecht ist, daß seine Leistung fast ausschließlich nach quantitativen Kriterien beurteilt und bezahlt wird. Je gewissenhafter der einzelne Zahnarzt seine Leistung erbringt, umso fragwürdiger wird ihm ein Verzicht auf qualitative Aspekte bei der Honorierung seiner Bemühungen erscheinen.

Anders ausgedrückt: bis heute konnten wir Zahnärzte es uns vielleicht noch leisten, ein ausreichend hohes Qualitätsniveau in der deutschen Zahnheilkunde einfach als gegeben anzunehmen. In Zukunft wäre es besser, wenn wir einerseits belegen könnten, daß es so ist, und andererseits alle Anstrengungen unternehmen würden, dies Niveau zu heben oder wenigstens zu bewahren.

Ich bin es leid, immer wieder in den Medien und anderswo pauschal einer Gruppe von Drohnen und Schmarotzern zugerechnet zu werden, die sich an der Krankheit der Bevölkerung gesundstößt. Die einzige Waffe, die uns zur Verfügung stünde, wäre das beweisbare Argument, daß hier gutes Geld für gute Arbeit bezahlt wird, und daß unsere Berufsgruppe auch durchaus in der Lage ist, dafür zu sorgen, daß es dabei bleibt!

Anderswo hat man die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Qualitätssicherung längst begriffen. Anderswo heißt nicht, daß in irgendeinem totalitären Staat Qualitätsnormen für Zahnärzte aufgestellt worden wären - anderswo heißt, daß in einem der freiesten Länder der westlichen Welt, den USA, die Zahnärzteschaft freiwillig und unter Zusammenarbeit mit der Regierung seit

Ihr Spezialist für
rotierende Dental-Instrumente



Firma **JOSEF BRASSELER** GmbH
Verkaufsstelle d. Zahnbohrerfabrik Gebr. Brasseler

Killermannstr. 29 / Postfach 360

8400 Regensburg 1

Telefon 0 (0941) 33066

PARO · ESRO · ISOLA

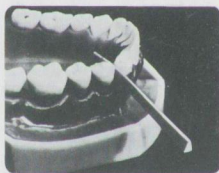
Ein weltweit einzigartiges
Prophylaxe-Sortiment

über 150
Mundhygiene-
Artikel



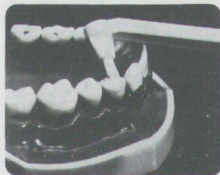
Zahnbürsten

PARO M43
PARO M43 mit Stimulator
PARO M43 mit Interdent.-ZB
PARO M27 Kurzkopf-Zahnbürste
PARO Kinderzahnbürste
LACTONA M39
LACTONA No. 18, charter
ORAL-B Zahnbürsten
ORTHODONTIC-ZB
SULCLAR-ZB



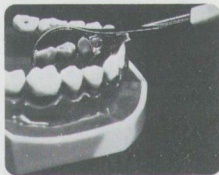
Zahnseide · Hölzer

TE-PE Zahnhölzer
SANODENT Zahnhölzer
ESRO-PICK Zahnhölzer
PARO Brush-and-Floss
PARO Floss
SUPER-FLOSS
J + J Dental-Floss
ESRO Bridge-Aid
BUTLER-Schlingen



Spezial-Zahnbürsten

PARO Prothesen-Zahnbürsten
PARO ISOLA Zwischenraum-ZB
LACTONA Interdental-ZB
ORAL-B-Stimulator
Reise-Zahnbürsten
PARO ISOLA Spiral-ZB
Zahnpflege-Setts
Zahnpflege-Beutel
End-luft-Zahnbürste



Mundhygiene-Kontrolle

ESRO-DENT Mundspiegel
ESRO-LAMP bel. Mundspiegel
ESRO-MAT Mundspülbecher
ESRO-TIMER Spiegel für Kinder
ESRO-PLAK, liquid Rondellen,
Stäbchen, Dis-Plaques
ESRO-PLAK 2-Ph. Tabletten
MUNDHYGIENE-Spiegel,
blendungsfrei beleuchtet
BEAUTY-FLEX Spiegel

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

Jahren an einem Programm zur Qualitätssicherung arbeitet. Gewiß gab es auch da Druck von außen: eine zunehmende Flut von Schadenersatzprozessen, das Interesse von Versicherungen und staatlichen Sozialorganisationen, die zunehmende Konkurrenz innerhalb der Zahnärzteschaft. Aber da gab es auch einen Druck von innen: Professionalität und Berufsstolz der amerikanischen Kollegenschaft und die Sorge, daß der Staat in eine Angelegenheit hineinregieren könnte, die besser der Kompetenz der Zahnärzte überlassen bliebe.

Deshalb gibt es seit 1977 ein "ADA Quality Assurance Project", wo die amerikanische Zahnärzteschaft in Zusammenarbeit mit Regierungsstellen folgende Zielsetzung verfolgt: "die bereits heute in der Zahnheilkunde angewandten Methoden der Qualitätssicherung festzustellen und zu beschreiben und Systeme professioneller Überprüfung zu finden oder zur probeweisen Anwendung zu entwickeln ..." (Übers. d. Verf.)

Die Projektgruppe, die mit dieser Aufgabe betraut war, fand zu Beginn ihrer Arbeit bereits ca. 50 existierende regionale und überregionale Qualitätssicherungssysteme vor, die von den verschiedensten Organisationen mit den verschiedensten Zielen und Methoden unterhalten werden. Es soll und kann an dieser Stelle nicht berichtet werden, was diese Gruppe im einzelnen erarbeitet hat - bedeutsam ist, daß die ADA in der Lage war, das Tabu der zahnärztlichen Behandlungsqualität leidenschaftslos und mit der erforderlichen Besonnenheit anzugehen. Wenn wir uns hier in Deutschland zu einer ähnlichen Haltung durchringen könnten, wäre es sicherlich möglich, von der intensiven und aufwendigen Vorarbeit der Kollegen in den USA zu profitieren.

Der Anfang wäre schon damit gemacht, daß der BDZ sich regelmäßig über die Fortschritte der ADA in dieser Hinsicht unterrichten würde und sich darauf vorbereiten würde, selbst mit solch grundlegenden Untersuchungen zu beginnen. Dazu müßte allerdings erst einmal ein Klima geschaffen werden, das die Diskussion des Qualitätsthemas auch in den Kreisen ermöglicht, die es vor allem angeht - nämlich in der Zahnärzteschaft.

Wer sich in der Bundesrepublik innerhalb der Zahnärzteschaft mit Qualitätssicherung beschäftigt, muß sich öffentlich als Spitzel bezeichnen lassen, der "executive director" der ADA dagegen kann ungestraft schreiben: "Der Berufsstand wird fortfahren, seine ihm zustehende Führungsrolle auf dem Felde der Qualitätssicherung wahrzunehmen und wird weiterhin seine Verantwortung und seinen Willen, sich selbst in die Hand zu nehmen, unter Beweis stellen." (Übers. d. Verf.)

Amerika - hast Du es besser?

Dr. Kai Müller
Hauptstr. 26
8032 Seefeld

=====

- INFORMATIONEN - INFORMATIONEN - INFORMATIONEN - INFORMATIONEN -

=====

Die Lobby der Fluoridgegner, die es auch in den USA gibt, konnte sich gegen die qualifizierten Aussagen der Fachleute nicht durchsetzen.

Es waren ausführliche Untersuchungen über den Wasserverbrauch der Kinder in den verschiedenen Altersgruppen vorausgegangen, um die optimale Dosierung sicherzustellen. Auf eine exakte Dosierung ist dabei nur vor dem Zahndurchbruch zu achten, um Schmelzflecken zu vermeiden. Akkumulationen von Fluorid wurden niemals festgestellt. Selbst 50 mg Fluorid pro Tag, die zu medizinischen Therapien eingesetzt werden mußten, haben nicht geschadet.

DOK 4/1983

=====

- INFORMATIONEN - INFORMATIONEN - INFORMATIONEN - INFORMATIONEN -

=====

Gemeinschaftspraxis

– ein Weg für Jeden?

Wer, wie ich in einer Gemeinschaftspraxis tätig ist, erlebt immer wieder bei Kollegen, daß diese Praxisform eine große Faszination ausübt. Man kann oft aus den Fragen eine heimliche oder eingestandene Sehnsucht erkennen, selbst eine solche Praxis 'aufzumachen'. Die Gespräche enden fast immer mit der Frage, wie man wohl herausfinden könnte, ob man dafür geeignet sei, ob das 'gutgehen' könnte. Zukünftige Zahnärzte und bereits niedergelassene halten sich dabei durchaus die Waage.

Woher kommen diese Wünsche? Bei Kollegen, die eben erst der Universität den Rücken gekehrt haben, scheint mir der Wunsch, die gewohnte Gruppenatmosphäre nicht aufgeben zu müssen, noch am leichtesten verständlich. Die Arbeitswelt des Zahnarztes ist vielen nicht bekannt. Die Ausbildung hat sich damit nur am Rande beschäftigt, nur die Zahnarztkinder haben eine genauere Vorstellung. Berufliche Selbstverantwortung konnte nicht eingeübt werden, die zukünftige Tätigkeit als Freiberufler, als 'Unternehmer', als Kassenzahnarzt ist eine unbekanntere Größe. Der Gedanke, dies alles zusammen mit anderen anzugehen, liegt nahe und entspricht den bis dahin vorherrschenden Verhaltensweisen. Was aber bringt 'gestandene' Frauen und Männer dazu, sich mit Gedanken an eine Gemeinschaftspraxis zu tragen? Hier sind doch die ersten Stürme bereits überstanden, hat sich Routine und Selbstbewußtsein eingestellt, kommt man nicht schlechter zurecht als die anderen. Diese Frage ist sicherlich nicht allgemeingültig und auch nur subjektiv zu beantworten. Ich glaube, daß bei manchem sich nach einiger Zeit der Berufsausübung der Verdacht einstellt, inmitten von Patienten, Helferinnen und Technikern menschlich und fachlich in die Isolation zu geraten. Die Möglichkeiten, dies zu verarbeiten sind verschieden - einige für unseren Beruf typische möchte ich hier aus meiner Perspektive beschreiben:

Da ist einmal der 'Geisterfahrer-Typ', der nicht verstehen kann, daß alle anderen in die falsche Richtung fahren. Die Isolation wird verinnerlicht und als gottgegeben akzeptiert. Wird etwas wunderlich und rechthaberisch, wechselt erst das Personal, dann den Ehepartner aus, bohrt sich in einem Fachgebiet in die Tiefe, opfert sich für die Patienten auf, kommt, zumindest in Gedanken, mit der Kolle-

genschaft, den Kassen übers Kreuz, neigt zu verbissener Aggressivität oder stillem Leid, geht spät und ungerne in den Ruhestand.

Der 'Tennisclub-Typ' tankt in der Freizeit nach, was ihm bei der Arbeit gefehlt hat. Ist seinen Mitarbeitern gegenüber von unverbindlicher Jovialität und Kameraderie, sonnig und freundlich mit jedermann. Er nimmt Beruf und Leben nicht so wichtig, hat immer das Gefühl, daß hinter der nächsten Ecke die Zufriedenheit liegt. Hat keinen Freund aber viele Kontakte. Seine Patienten mögen ihn, auch weil er anstandslos die schwierigen Fälle an 'Spezialisten' überweist.

Der 'Wurler' hat eine Riesenpraxis mit allen Schikanen. Sein atemberaubendes Tempo, seine zahlreichen Aktivitäten, sein federndes Selbstbewußtsein machen ihn zum geachteten und ein wenig gefürchteten Kollegen. Wenn ihm der Beruf Zeit läßt, engagiert er sich in Politik, Leistungssport. Kann nicht gut zuhören. Weiß viel, duldet keine Schlamperei. Ist nur Zahnarzt geworden, weil schon der Großvater ... Klischees? - Gewiß, aber selten in so schöner Reinkultur wie bei uns Zahnärzten. Wer kennt sie nicht, wer hat nicht schon solche Züge bei sich gefunden, wer hat nicht Sorge, einmal 'so zu enden'?

Unser Beruf hat neben dem Vorteil der Selbständigkeit, der Vielfältigkeit, auch typische Nachteile, die ihre Wirkung auf unser Seelenleben auf Dauer nicht verfehlen. Von unseren Mitarbeitern trennt uns der große Unterschied in Kompetenz, Verantwortung, Prosperität. Unsere Patienten benötigen uns zwar, aber brauchen sie uns, schätzen sie uns? Zu wem haben wir in unserem Berufsalltag wirklichen Kontakt? Wir sprechen viel von Teamarbeit, meinen damit aber oft nur glattes Funktionieren. Versuchen wir -, gelingt es uns, die Freude an gelungener Arbeit auch auf die Mitarbeiter und die Patienten zu übertragen? Wohin wenden wir uns mit unseren Zweifeln an unserem Können, unserer fachlichen und menschlichen Kompetenz im Beruf? Es soll nicht wehleidig klingen, aber die Tendenz zur Vereinsamung besteht für uns ganz konkret inmitten unserer Arbeitshektik. Dies ist nur schwer zu glauben bei einem Beruf, der so viel 'mit Menschen zu tun hat'. Es gibt eben doch sehr verschiedene Arten, mit Menschen zu tun zu haben und es stellt sich die Frage, inwieweit wir uns nur an Menschen beschäftigen, statt mit ihnen. Ich glaube jedenfalls, daß eines der Hauptmotive für die von mir unterstellte 'Sehnsucht' nach der Gemeinschaftspraxis in den oben geschilderten Umständen zu suchen ist. Auf praktische und objektive Vorteile dieser Praxisform werde ich später eingehen. Zunächst soll ein Blick in Berufs- und Zulassungsordnung die geltenden Legaldefinitionen aufzeigen:

Die Berufsordnung für die bayerischen Zahnärzte beschäftigt sich im § 18 mit der gemeinsamen Ausübung zahnärztlicher Tätigkeit (Handbuch der Bayerischen Zahnärztekammer).

§ 18

Gemeinsame Ausübung zahnärztlicher Tätigkeit

1. Die gemeinsame Ausübung des zahnärztlichen Berufes (Gemeinschaftspraxis) ist nur niedergelassenen Zahnärzten gestattet. Die Errichtung und Auflösung einer Gemeinschaftspraxis ist dem zuständigen ZBV schriftlich anzuzeigen.
2. Die Ausübung einer Gemeinschaftspraxis soll durch schriftlichen Vertrag geregelt werden.
3. Auch die lediglich gemeinschaftliche Nutzung von Praxisräumen, diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen sowie die Beschäftigung von Personal (Praxisgemeinschaft) ist nur niedergelassenen Zahnärzten gestattet.
4. Bei allen Formen gemeinsamer Praxisausübung muß die freie Zahnarztwahl gewährleistet sein.

Die Berufsordnung ist, nach dem föderalistischen Prinzip, Angelegenheit der einzelnen Kammern und kann von Bundesland zu Bundesland verschieden sein. Ich empfehle deshalb den außerbayerischen Kolleginnen und Kollegen nach Besonderheiten in der jeweils gültigen Berufsordnung zu forschen.

Anders ist es mit der Zulassungsordnung für Kassenzahnärzte (ZO-Zahnärzte). Diese ist bundesweit gültig und kann in den Vertragsmappen gefunden werden. Der Abschnitt IX, § 33 lautet:

- (1) Die gemeinsame Nutzung von Praxisräumen und Praxiseinrichtungen sowie die gemeinsame Beschäftigung von Hilfspersonal durch mehrere Kassenzahnärzte ist zulässig. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind hiervon zu unterrichten. Nicht zulässig ist die gemeinsame Beschäftigung von Zahnärzten und Ärzten.
- (2) Die gemeinsame Ausübung kassenzahnärztlicher Tätigkeit ist nur zulässig unter Kassenzahnärzten. Sie bedarf der vorherigen Genehmigung durch den Zulassungsausschuß. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung und die Landes-

verbände der Krankenkassen sind vor Beschlußfassung zu hören. Die Genehmigung darf nur versagt werden, wenn die Versorgung der Versicherten beeinträchtigt wird oder landesrechtliche Vorschriften über die zahnärztliche Berufsausübung entgegenstehen.

Soweit die Vorschriften. Sie lassen einen erheblichen Gestaltungsspielraum zu. Ihr Nutzen als Steuerungsinstrument zur Verhinderung von durchrationalisierten Fließbandpraxen bleibt - sofern beabsichtigt - fraglich. Wichtig ist die Unterscheidung zwischen Praxisgemeinschaften und Gemeinschaftspraxen. Das Unterscheidungskriterium ist die gemeinsame Berufsausübung bzw. die gemeinsame Nutzung von Räumen etc. Eine weitergehende Kommentierung des Begriffes der gemeinsamen Berufsausübung habe ich nicht gefunden.

Auf einige Konsequenzen sei hingewiesen:

Ein Ausbildungsassistent kann nicht Sozius einer Gemeinschaftspraxis von Kassenzahnärzten sein (§ 33; 2).

Kassenzahnärzte und Zahnärzte, die lediglich Privatpatienten behandeln, können keine Gemeinschaftspraxis errichten.

Das gemeinsame Betreiben von Einrichtungen (Labor, Röntgenabteilung) ist anzeigepflichtig.

Zumindest in Gemeinschaftspraxen soll ein Vertrag die Rechtsverhältnisse regeln.

Die Kammer kann (zumindest in Bayern) die Errichtung einer Gemeinschaftspraxis nicht unterbinden.

Die KZV kann es, müßte aber den Beweis erbringen, daß durch die Errichtung einer Gemeinschaftspraxis die Versorgung der Versicherten beeinträchtigt wird. Weitere Einflußnahmen (wie z. B. die willkürliche Zuteilung von mehreren KZV-Nummern) sind den KZVen nicht gestattet.

Eine Organisationsform der Gemeinschaftspraxis, die den Patienten die freie Zahnarztwahl nicht möglich macht, ist unzulässig. Ich nehme sogar an, daß die Kammer schon eingreifen müßte, wenn die freie Arztwahl durch organisatorische 'Tricks' erschwert wäre.

Da das Thema dieses Beitrags die Gemeinschaftspraxis ist, werde ich mich im folgenden nur noch am Rande mit der Praxisgemeinschaft beschäftigen. Ich werde jetzt auf die Hauptproblematik der Gemeinschaftspraxis, nämlich die Verteilung von Investitionen und Einkünften und die Regelung der Rechte der Sozii eingehen.

Am Anfang dieses Kapitels eine These:

Jede andere, als die vollkommen gleichmäßige Verteilung von Ausgaben und Einkünften auf die Beteiligten an einer Gemeinschaftspraxis birgt den Hauptsprengstoff für das Gelingen des Vorhabens.

Dies klingt, zumal in den Ohren von Zahnärzten, reichlich sozialistisch. Leistungsbereitschaft und -fähigkeit des einzelnen sind persönliche Eigenschaften. Sie sind außerdem zeitlichen Schwankungen unterworfen. Unsere Erziehung und unser Gesellschaftssystem sind leistungsorientiert. Die wirtschaftlich bemessbaren Leistungen von Zahnärzten sind darüber hinaus einfach zu messen, die Kataloge dafür sind vorhanden. Warum also sollte es dann nicht möglich und sinnvoll sein, die Einkünfte der Beteiligten an einer Gemeinschaftspraxis nach Leistung aufzuschlüsseln und zu verteilen?

Möglich ist es, aber ist es sinnvoll, sich unter dem Leistungsaspekt die Konkurrenz ins eigene Haus zu holen? Wie begegnet man der Versuchung, sich die 'lukrativeren' Fälle zu sichern und die Fälle, wo man draufzahlt dem anderen zu überlassen? Bekommt man für einen hohen Prozentsatz von zufriedenen Patienten einen Sonderbonus aus dem Topf? Wie verteilt man die Gemeinkosten, wenn man doch weiß, daß man mehr Kosten verursacht, wenn man mehr Umsatz erbringt (Hilfspersonal, Material, Labor)? Geben die Gebührenordnungen tatsächlich die Leistung eines Zahnarztes wieder, oder sind sie lediglich Grundlagen für die Honorarbemessung? Kann man sich hohe Behandlungsqualität leisten, wenn man damit seine 'Quote' gefährden könnte? All dies sind Fragen, die natürlich den allein niedergelassenen Kollegen ebenso berühren, nur erfahren sie eine bedeutende Verschärfung, wenn der Kollege in der eigenen Praxis einen Zwitter zwischen Partner und Konkurrent darstellt. Man könnte nun sagen, Geld sei ja nicht alles, und mit gutem Willen und Toleranz seien die Klippen eines Aufschlüsselungsverfahrens wohl zu umschiffen. Nachdem aber jedes Quotensystem überhaupt nur sinnvoll ist, wenn das Geld für

die Beteiligten einen relativ hohen Stellenwert hat, ist dies eine entweder blau-
äugige oder heuchlerische Aussage. Der einzige Verteilerschlüssel, der nicht zum
Ausreizen der Möglichkeiten verführt, ist der nach der 'fifty-fifty'-Methode.
Auch diese hat ihr eigenes Konfliktpotential, denn auch dabei ist ja mit Lei-
stungsunterschieden eher zu rechnen, als mit dem Zufall ständig identischer Lei-
stung. Nicht jeder kann gut damit leben, daß der andere ihn 'mitzieht' oder um-
gekehrt. Über die Wahrscheinlichkeit, daß es dazu kommt, sollten sich die Partner
einer Gemeinschaftspraxis vorher klar geworden sein. Wer hier nach eingehender
Prüfung seiner selbst und des anderen Zweifel hat, sollte unter allen Umständen
den Gedanken an eine Gemeinschaftspraxis fallen lassen! Nochmals - über den
'nervus rerum' und den Umgang damit, muß vorher Klarheit und Einigkeit bestehen -
gibt es hier mehr als die generellen Zweifel an der menschlichen Zulänglichkeit -
Finger weg!

Daß die Partner einer Gemeinschaftspraxis in allen anderen Dingen außer den mone-
tären gleichberechtigt sein sollten, steht wohl für jeden außer Zweifel. Die Re-
alität kann aber anders aussehen. Bei einer Neugründung sehe ich da auch keine
Probleme. Schwieriger wird es schon, wenn ein neuer - meist jüngerer - Sozium in
eine bestehende Praxis einsteigt. Ich nenne dies das 'Platzhirsch-Problem'. Da
mag auf dem Papier des geschlossenen Vertrages alles klar sein, im Praxisalltag
kann es trotzdem dazu kommen, daß für Mitarbeiter und Patienten der Neue der
'Lehrbua' bleibt, während der 'Platzhirsch' ganz ohne Arg seine Rolle weiter-
spielt. Hier bedeutet, glaube ich, das Erkennen des Problems schon die halbe Lö-
sung. Den 'Neuen' aufzubauen und ihm mit den Rechten die dazugehörigen Pflichten
zukommen zu lassen, ist sicherlich kein sehr großes Problem. Man muß sich nur der
Situation allseits bewußt sein. Sollte der 'Platzhirsch' allerdings in Wirklich-
keit nur nach einem anders etikettierten Entlastungsassistenten gesucht haben,
gibt es mit Sicherheit Zunder oder Magengeschwüre.

Der Fall von Partnern, die in Alter und Status einigermaßen gleichgewichtig sind
und die nach einigen Jahren Alleinpraxis 'ihr Sach zusammenschmeißen wollen', hat
einige Aspekte des obengenannten Problems, vor allem aber ergeben sich hier sach-
lich-organisatorische Fragen: Standort (gemeinsam neu anfangen oder eine der
Praxen erweitern?), Versorgungslage (sind genug Patienten da?), etc. Ich bin der
Meinung, daß jemand mit Alleinpraxiserfahrung besonders gute Voraussetzungen für
eine Gemeinschaftspraxis mitbringen wird, wenn er sich schon einmal zu diesem

Insgesamt haben sich die Erwartungen, die wir in die Gemeinschaftspraxis als Möglichkeit der zahnärztlichen Berufsausübung gesetzt haben, erfüllt. Wir würden es jederzeit wieder so machen.

... wird fortgesetzt

Dr. Kai Müller
Hauptstr. 26
8032 Seefeld

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

Die Fluoridkampagne fährt in den USA zweigleisig:

Zum einen werden die Kinderärzte bzw. alle jene Ärzte, die mit der Behandlung von Kindern zu tun haben (z. B. die Allgemeinärzte), über die Wirksamkeit und Unschädlichkeit von Fluorid im Kampf gegen Karies informiert und als Multiplikator motiviert.

Mit finanzieller Unterstützung der drittgrößten Stiftung der USA wurde die Fluoridprophylaxe bei Ärzten propagiert. An insgesamt 52 000 Kinder- und Allgemeinärzte wurden Kassetten verschickt, auf denen namhafte amerikanische Experten auf dem Gebiet der Zahnheilkunde über Karies und ihre Vorbeugungsmöglichkeiten sprechen. Mit den gleichen Experten wurde ein 40minütiger Informationsfilm erstellt, der in allen medizinischen Ausbildungsstätten gezeigt wird. Darüber hinaus wurden Artikel in den sechs wichtigsten Fachzeitschriften veröffentlicht. Der Effekt der Aktion wurde an einer repräsentativen Stichprobe von Ärzten getestet: Es zeigte sich, daß der Informationsstand und das Verhalten der angesprochenen Ärzte verbessert bzw. in die gewünschte Richtung geändert werden konnte.

Zusätzlich laufen breitangelegte Informationskampagnen über die Massenmedien, um der Bevölkerung, insbesondere den Eltern, mitzuteilen, warum Fluorid für ihre Kinder so wichtig ist und warum es der Arzt verschreibt. Die Kampagnen dienen der Erhöhung der Bereitschaft der Patienten (hier: der Eltern), den Empfehlungen und Vorschriften des Arztes Folge zu leisten.

DOK 4/1983

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

'Abenteuer' durchgerungen hat. Eine Menge von Problemen, die ganz allgemein mit der Praxisgründung zusammenhängen, sind dann schon einmal bewältigt worden und stellen keine Unbekannten mehr dar.

Jetzt einige Worte zu den eigenen Erfahrungen mit einer Gemeinschaftspraxis:

Unsere Praxis besteht seit 7 1/2 Jahren. Mein Sozius und ich hatten Gelegenheit gehabt, uns an der Universität kennen- und einschätzen zu lernen. Geistige und weltanschauliche Vorstellungen stimmten weitgehend überein. Die materiellen Erwartungen und Wünsche ebenfalls. Wir verbrachten viel Zeit (ca. 1 Jahr) damit, Arbeits- und Einrichtungskonzepte zu entwickeln. Es gelang uns dabei, unsere Vorstellungen über Behandlungsverfahren, organisatorische Konzepte etc. ziemlich detailliert abzustimmen. Wir übernahmen eine bestehende Praxis, deren Erweiterung und Ausstattung zu gleichen Teilen finanziert wurde. Ein Vertrag zur Regelung der Rechtsbeziehungen wurde geschlossen. Dieser Vertrag umfaßt 10 Seiten und kann bei Interesse vielleicht in einem weiteren 'DAZ-FORUM' veröffentlicht werden. Schon in unserer nachuniversitären Tätigkeit zeigten sich verschiedene fachliche Schwerpunkte, die wir auch weiter verfolgten. Dies bedeutet, daß jeder von uns, was Fortbildung und Tätigkeit anbelangt, bestimmte Teilgebiete der Zahnheilkunde intensiver betreibt, als der andere. In diesen Fällen 'überweisen' wir uns die Patienten gegenseitig. Ansonsten hat der Patient 'seinen' Zahnarzt. Die Verteilung der Patienten auf die Zahnärzte erfolgt nach Wunsch. Wenn keine 'Vorlieben' bestehen, nach freien Terminen. Wir entnehmen pro Monat einen gleichen Festbetrag aus den Einkünften. Sonderentnahmen sind nach Rücksprache möglich. Die Überschüsse werden jährlich einvernehmlich entnommen. Eine ausreichende Liquiditätsreserve bleibt (falls vorhanden) im Topf. Neuinvestitionen, Einstellungen von Personal etc. erfolgen einvernehmlich. Im Laufe der Zeit haben sich für die innerbetrieblichen Aufgaben Zuständigkeitsgebiete ergeben, deren Grenzen fließend sind. Eine regelmäßig abgehaltene Praxisbesprechung dient der Lösung organisatorischer Probleme und auch mancher personeller Konflikte, die sich aus der Zusammenarbeit einer relativ großen Zahl von Menschen (15) ergeben können. Die oft von Kollegen im Gespräch befürchtete 'Fremdbestimmung' durch unsere Ehefrauen ist unbedeutend geblieben. Gelegentlich wechseln Patienten von sich aus den Behandler. Wir versuchen dann, uns über die Gründe dafür klar zu werden. Das ständige konsiliarische und kritische Gespräch gibt viel Sicherheit und Motivation. Persönliche Konflikte und Mißstimmungen wurden, wohl aus einem immer zunehmenden 'Gruppenegoismus' heraus ausgesprochen und gelöst.

Gnathosophie

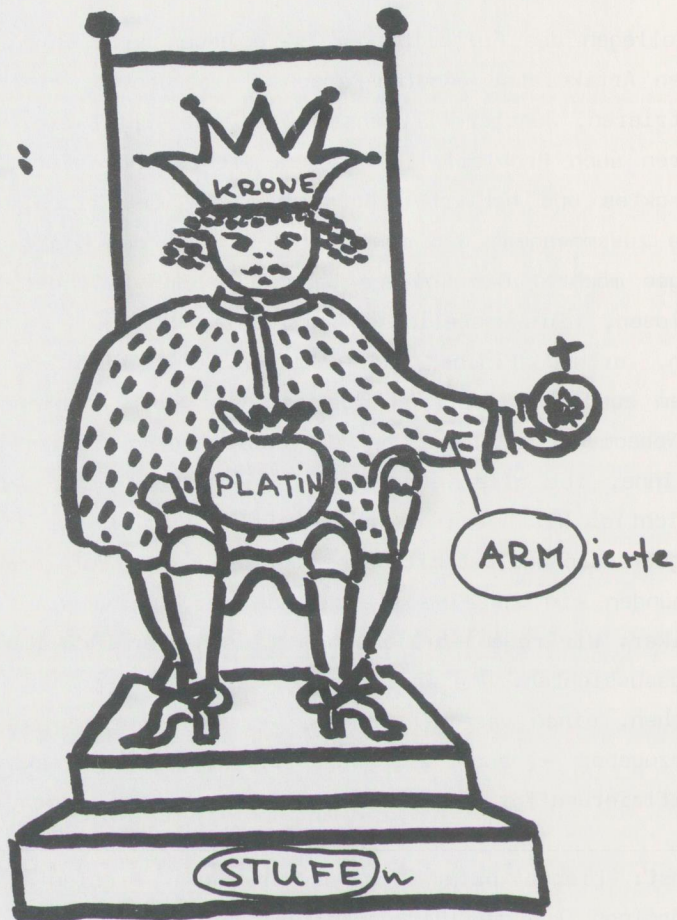
Die Kollegen des Fortbildungszirkels haben alle ihren individuellen Artikulator (Gnatho-Porsche) mitgebracht, ein eifriges Registrieren, Justieren, Wachsen und Gipsen setzt ein. Wir diskutieren auch Problemfälle, und da steht schon wieder so ein vertracktes und häßliches Modellpaar auf dem Tisch, bei dem nichts zusammengeht und man die Hände über dem Kopf zusammenschlagen möchte. Der Kollege beschreibt den Fall detailliert: Myogelosen, Diskusstellung, okklusale Statik, parodontale Sorgen, orthodontische Möglichkeiten. "So sieht also mein Problem aus", schließt er. "Ja, das ist Dein Problem", wirft mein Nebenmann ein, "aber hat der Patient denn Probleme?" Alles hält inne, ist allein über die Fragestellung ganz verblüfft. Und richtig. Wir hören: "Nein. Der Patient hat keine Schmerzen, kann gut kauen und ist mit seinem Aussehen ganz zufrieden."

Wir münden ein in eine Sternstunde der Gnathologie für den Praktiker: Wir reden ehrlich und kritisch über Indikationen und Erfolgsaussichten. Und weil dies so selten ist, möchte ich hier versuchen, einen vereinfachenden, verständlichen Abriß hieraus wiederzugeben - auch wenn die Gnatho-Spitzen-Freaks manche Simplifizierung für unzulässig und falsch halten werden.

Zunächst: Liegen beim eingangs erwähnten Problemfall keine keilförmigen Defekte, Parodontalläsionen oder artikuläre Traumata mit Schmerzen vor, sollten ohne großen apparativen Aufwand nur okklusale Frühkontakte beseitigt werden. Darüber hinaus sollte dieser Patiententyp, der großen Normabweichungen eine noch größere Widerstandskraft des stomatognathen Systems entgegensetzt (gar nicht so selten anzutreffen), zumeist auch seinem eigenen Wunsche entsprechend nicht therapiert werden.

Kosmetisch perfekt!

umS te :



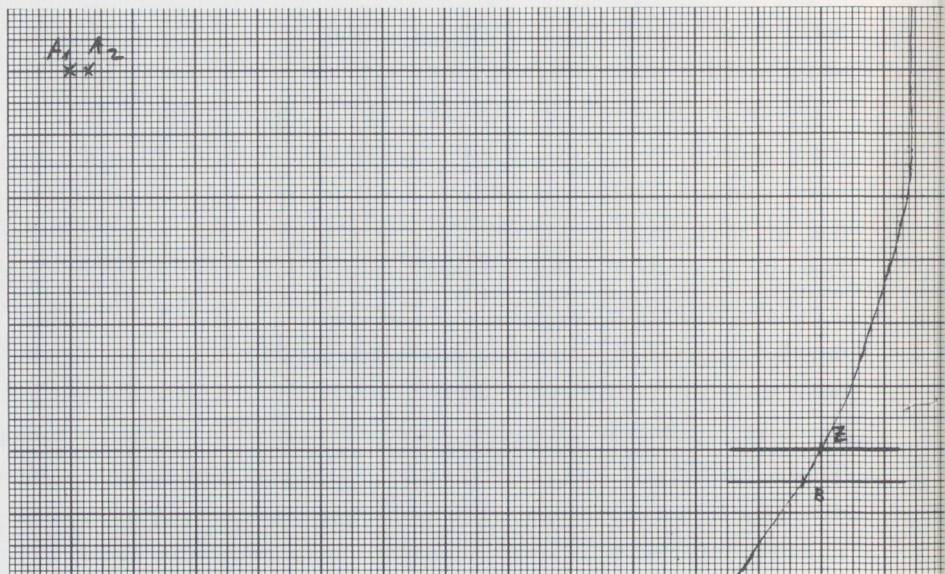
Dental-Labor
reichel

8440 Straubing Ludwigsplatz 16
Fernruf (09421) 12221

Bei kleinen prothetischen Arbeiten, wobei im unbearbeiteten Restgebiss Okklusion und Artikulation gesichert bleiben, wird ein Mittelwertartikulator ausreichen. Selbst ein Schnellmontage-Gesichtsbogen scheint entbehrlich, da die Zentrik in habitueller Schlußbißstellung genommen wird, also nicht abgesenkt werden muß, und das nähere Umfeld der Zentrik durch bestehende Kauflächen determiniert ist. Dieser vorgenannte Fall wird aber dann sofort zu einer schwierigen Aufgabe, wenn Hinweise darauf bestehen, daß die habituelle Okklusion nicht mit der gelenkbezogen richtigen Zentrik übereinstimmt. Hier muß die Zentrik ermittelt werden, wobei gerade bei einer großen Zahl unbearbeiteter eigener Zähne und womöglich steiler Artikulation der Seiltanz darin besteht, zwar soweit den Biß sperren zu müssen, daß die Höcker voneinander freikommen, jedoch keineswegs so weit, daß die Kondylen aus der reinen Scharnierbewegung heraus nach vorn zu gleiten beginnen. Hierzu muß axiographisch die räumliche Beziehung zwischen Okklusionsebene und hypothetischer Interkondylarachse ermittelt und übertragen werden, da nur aus exakter räumlicher Zuordnung heraus die Absenkung der ermittelten Zentrik in die richtige Bißhöhe im zumindest halbindividuellen Artikulator erfolgen kann.

Hier meldet sich aber schon ketzerisch die Praxis zu Wort: Die Ergebnisse der Axiographie können von Untersucher zu Untersucher durchaus um einige Millimeter schwanken, wobei man sich dann bereits im Genauigkeitsbereich des Quick-Mount mit Ohrstopfen befindet. Als weitere Ungenauigkeiten gesellen sich hierzu: Elongation der Pfeiler während der Bearbeitung (auch trotz temporärer Epimin-Brücken), unterschiedlicher Zementspalt beim Einsetzen (Forderung: keine Krone ohne Stufe), Dimensionsverhalten und Qualität des Gegenkiefenabdrucks (Forderung: nur vakuum- oder maschinengemischte Alginate, sofortiges Ausgießen).

Um die Wirksamkeit von Fehlern bei der Axiographie zu demonstrieren, zeichne ich nachstehend einen ungünstigen Fall: Achse um 3 mm nach mesial falsch ermittelt, Absenkungsbedarf in der Front 5 mm.



Ich schlage also erst um den Achsenpunkt A1 einen Kreisbogen mit dem Radius A1 - Z, danach um den Achsenpunkt A2 einen Kreisbogen mit dem Radius A2 - Z und beobachte den Verlauf der Bögen im Bereich von Z (Zentrik) bis B (Bißlage). In diesem Nahbereich sind also Unterschiede graphisch nicht zu ermitteln.

Dennoch - um des guten Gewissens willen - das Postulat: Muß das Zentrik-Registret in der Höhe noch abgesenkt werden, Axiographie und halbindividueller Artikulator. Bei Totalprothetik oder ganz geringem Restzahnbestand, der die Zentrikermittlung in richtiger Bißhöhe ermöglicht, wäre hierfür der Quick-Mount völlig ausreichend (zudem noch große Fehlermöglichkeit durch Schleimhaut-Resilienz), doch fehlen uns hier andererseits Hinweise auf die richtige Neigung der Gelenkbahnen und - davon ab-

hängig - der Höcker der Zähne. Diese Angaben sind beim Alterspatienten wiederum fast immer entbehrlich, da fast stets mit flachen Winkeln zu rechnen ist und sich hierbei etwaige Fehler besonders gering auswirken. Von echtem Interesse kann die Darstellung der Gelenkbahnen bei der Totalprothetik also nur im Extremfall etwa eines Gutachterstreites sein, wo z. B. eine entschieden zu tiefe Bißlage dadurch belegt werden kann, daß aus ihr heraus keine Seitbewegungen mehr möglich sind.

Das Feld der Arbeit mit dem individuellen Artikulator, der die Gelenkbahn als Kurve und nicht als Gerade darstellt, sollte außergewöhnlich großen Rekonstruktionen in Aufwachstechnik zur kompletten Korrektur und Neufestlegung der Bißlage und Okklusionsflächen vorbehalten sein. Die Indikation hierfür sollte - wie eingangs bemerkt - außerordentlich streng gestellt sein und die Belange des Patienten berücksichtigen. Zudem muß immer wieder gefragt werden, ob auf dem Weg der Arbeit durch das Labor vom anfänglichen Genauigkeitsanspruch noch wirklich viel übrigbleibt. Stimmt nach Einzementierung irgendwo die Okklusion nicht mehr, war eigentlich alles für die Katz'.

Bleibt als eigentliches Feld der großen Gnathologie die Diagnostik und Therapie von Kiefergelenkserkrankungen, mit Berücksichtigung des immediate-side-shift und der Diskusresilienz. Es muß auch hier nicht ein Stewart sein, es gibt viel billigere Geräte mit annähernd der gleichen Leistung und besserer Handtierbarkeit.

Zu den Erfolgsaussichten sagte Motsch: "Kümmert man sich nicht um gnathologische Belange, wird man eine Trefferquote von etwa 50 bis 60 % erzielen. Arbeitet man regelmäßig auch mit sehr einfachem System, wird man bei etwa 92 % liegen, die sich bei bester Ausrüstung und Erfahrung steigern können auf fast 98 %."

Ganz sicher, die Gnathologie ist integraler Bestandteil moderner Zahnheilkunde, ohne den wichtige Problemstellungen unseres Faches nicht lösbar sind. In völliger Analogie zu unseren Erfahrungen mit der Parodontologie gilt: Die Gnathologie muß heraus aus dem Elfenbeinturm des Elitären, sie gehört eigentlich in jede Praxis. Ihre Anwendung erfordert aber eine intensive Fortbildung, die die theoretischen, technischen und manuellen Voraussetzungen für den Erfolg schafft.

Jeder Praxis muß die Standardisierung auf ein System empfohlen werden, weil bei entsprechender Erfahrung mit jedem der zumindest teiladjustierbaren Geräte sehr gute Ergebnisse erzielt werden können.

Jede gnathologische Arbeit sollte dem Patienten zur Vorlage bei den Krankenkassen berechnet werden, damit die Kostenträger auf Dauer erkennen, daß es sich hierbei um sinnvolle und normale zahnmedizinische Diagnostik und Therapie handelt.

Zu guter Letzt ein offenes Wort über die Rechnungshöhe: Die Referenten einer meiner letzten Gnatho-Fortbildungen nehmen für Einbringung eines Vollregistrator in ein Sanierungskonzept, also für Diagnostik und Therapie DM 300,--. Da sollten wir doch nicht teurer sein.

Dr. Till Ropers
Alter Marktplatz 4
2162 Steinkirchen

LESERBRIEF zu:

OKKLUSION - FUNKTIONELLE REKONSTRUKTION - ALTE DOGMEN?
DAZ-FORUM Nr. 2, Seite 32 von Dr. Ruprecht.

Vorab:

Leider kenne ich nicht den Originalbeitrag von Nikolaus P. Lang: Was heißt funktionelle Rekonstruktion im parodontal reduzierten Gebiß?

Daß Karies und Parodontitiden Plaque-Krankheiten sind und durch Plaque-Kontrolle vermieden bzw. gestoppt werden können, wird wohl von niemandem mehr bestritten!

Widerspruch fordern jedoch sofort die Punkte II, III und Punkt V heraus.

Zu Punkt II: Übereinstimmung von IKP und RKP

Die Tatsache, daß bei 90 % der Bevölkerung IKP und RKP nicht identisch sind, ist kein Beweis für etwas "Physiologisches". Es kann eine signifikante Relation zwischen der Größe der Abweichung und parafunktionellem Geschehen hergestellt werden. Jeder Kollege, der gelernt hat, funktionell einzuschleifen, kann bestätigen, wie erleichtert Patienten nach Beseitigung von Vorkontakten reagieren. Ich habe noch nie einen Patienten untersucht, der nicht bei Differenzen von RKP - IKP > 1,5 - 2 mm Myopathien der m. pterygoid. lat. aufwies. Ein neuromuskuläres Gleichgewicht ist m. W. nur bei sehr geringen Abweichungen von RKP - IKP möglich (konkret < 0,5 mm).

Der vielstrapazierte Begriff des "individuellen Anpassungsvermögens" muß für jeden Kollegen erhalten, der nicht funktionsorientiert arbeitet!

Nur - wann ist die Adaptationsreserve ausgeschöpft?

Nach Untersuchungen von Fuchs, München, und Siebert, Mainz, sowie zweier amerikanischer Untersuchungen von Fuchs auf dem 3. IFZ-Symposium in Tübingen zitiert, und eigenen Untersuchungen in meiner Praxis haben 70 - 80 % der Patienten objektiv-funktionelle Störungen. 30 - 35 % dieser Patienten haben subjektiv massive Beschwerden. Ich brauche nicht zu betonen, daß diese Patientengruppe mit oft langer Leidensgeschichte und iatrogenen Zahnunheilkunde "vorbehandelt", unseren vollen Einsatz fordert.

Zu Punkt III: Dogma der axialen Belastung der Zähne

Es geht nicht primär um die axiale Belastung beim Kauakt. Es ist bekannt, daß beim Kauen fast keine Okklusionskontakte zustande kommen (neuromuskuläre Steuerung), außerdem die Dauer des Kauaktes in 24 Stunden vernachlässigbar kurz ist. Wir haben aber beim "Leerschlucken" maximalen Okklusionskontakt und (oft Stunden!) beim zentrischen Bruxismus. Mit dem Prinzip der Dreipunktkontakte lassen sich diese auftretenden Kräfte am einfachsten steuern.

Zu Punkt V: Dogma des vollbezahnten gesunden Kauorgans

Seit etwa vier Jahren restaurieren wir, bevorzugt im Unterkiefer bei fehlenden Molaren, nicht mehr durch kombinierten Zahnersatz, sondern durch Überkronung der beiden Prämolaren mit distal angehängtem Freiende zur Abstützung des mesiopalatalen Höckers des ersten, oberen Molaren.

Die im Beitrag von Dr. Ruprecht zitierte "adaptive Kapazität" ist aber, wie schon erwähnt, die große Unbekannte.

In bisher zwei eigenen Fällen mußte ich nach einiger Zeit Beschwerden im Sinne eines "Kompressions-Syndroms" feststellen.

Fazit:

Funktionstüchtigkeit ist eben am sichersten im vollbezahnten Gebiß zu erreichen, was nicht ausschließt, daß auch ein reduziertes Gebiß funktionstüchtig sein kann.

Im parodontal reduzierten Gebiß ist funktionelle Rekonstruktion mit Hilfe der Prinzipien der "organischen Okklusion" technisch am einfachsten zu bewältigen. "Individuell optimale Okklusion", "freedom in centric", "wide-centric" etc. liest sich gut, ist technisch aber kaum machbar!

Machen wir uns nichts vor: Eine Rekonstruktion in sorgfältiger Dreipunktzentrik ist nach Remontage oder Korrektur im Munde eine für den Patienten komfortable "wide"-, "long"- oder was auch immer für "centric" in den Dimensionen, wie diese 1976 in Las Vegas festgelegt wurden: Quantitative Werte von 0,1 - 0,2 mm. In diesem Zusammenhang ein empfehlenswertes Buch: "Celenza/Nasedkin: Okklusion, Der Stand der Wissenschaft, Quintessenz-Verlag."

Dr. F.-J. Ahrens
Friedrich-Ebert-Str. 23
4047 Dormagen 1

SCHMIDPAULA

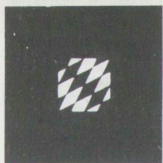
SP

DENTALLABOR

FRÄSTECHNIK · KONOMETRIE
KERAMIK · MODELLGUSS
PROTHETIK

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

RÖDL



München, im Februar 1983

Einladung zum XXIV. Bayerischen Zahnärztetag am 13. und 14. Mai 1983 im Kongreßsaal des Deutschen Museums in München

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege!

Man sagt uns Deutschen Neigung zu Extremen nach, genauer: Neigung zu extremen Schwenks; und etwa Wahres ist dran. (Erstaunlich genug, wo wir doch die „Nibelungentreue“ so hoch achten und politisch Schwenks gleich geneigt sind, als abgrundtiefen Verrat zu bezeichnen).

Erstaunlich auch, daß die Deutschen als Zahnärzte sehr, sehr konservativ sind. Oder vielleicht weniger erstaunlich, wenn man – wie schon oft gesagt – bedenkt, daß der Hauptteil unserer Berufsausübung auf Erhaltung gerichtet, also konservativ ist.

Auch standespolitisch fühlt sich der Vorstand der Bayerischen LandesZahnärztekammer dabei wohl. Ihn stört auch nicht, daß konservativ, noch moderner: neo-konservativ, von gewissen Kreisen bereits als Schimpfwort gebraucht wird.

Daß wir heuer zum 24. Mal einen Bayerischen Zahnärztetag abhalten, ist auch ein Zeichen von Beharren und Tradition. Wir sind uns dabei seit vielen Jahren sicher, einen richtigen Weg zu gehen. Nämlich die Mischung von gediegener und aktueller wissenschaftlicher Fortbildung, standespolitischer Demonstration und kulturellen Rahmen anzubieten. So soll es auch heuer sein.

Die wissenschaftliche Fortbildung widmet sich der Implantologie. Es wird wohl gelingen, den Beweis zu führen, daß Kinderkrankheiten endgültig überwunden sind, daß ein gesicherter Platz im Spektrum zahnärztlich-therapeutischer Leistungen erreicht wurde. Ein Rundtischgespräch mit Fallbesprechung bildet den samstägigen Abschluß.

Die umrankenden Veranstaltungen würden für sich allein bereits Grund genug sein, den Bayerischen Zahnärztetag zu besuchen:

● Internationale Dentalschau

Daß sich der Verband der Deutschen Dentalindustrie ohne unser Wissen schon vor Jahren entschloß, die IDS zur gleichen Zeit in München abzuhalten, wird für viele Kollegen ein weiterer Grund sein, nach München zu kommen. Der Besuch der Dentalschau wird erleichtert durch einen Gratis-Bus-Pendelverkehr zwischen beiden Veranstaltungsorten.

● Ausstellung „Der Zahnarzt als Künstler“

Das durch die IDS freigewordene Foyer im Kongreßsaal des Dt. Museums wird eine Ausstellung beherbergen, in der Kollegen und Kolleginnen Werke bildender Kunst, Malereien, Graphiken, Plastiken etc. ausstellen.

● Colloquium „Schwierigkeiten und Fehlermöglichkeiten in Praxis und Zahntechniklabor“

Losgelöst von Standespolitik sollen hier die rein fachlichen Berührungspunkte mit der Zielsetzung Qualitätsverbesserung diskutiert werden.

● Die Helferin in der Fortbildung

Nicht nur den Zahnarzttheferinnen, auch den Praxisleitern werden hier aktuelle Schwerpunktinformationen geboten.

● „Othello“ von Verdi als geschlossene Aufführung der Bayerischen Staatsoper, die Kleine Komödie und ein Gesellschaftsabend bieten den Kongreßbesuchern „nach des Tages harter Arbeit“ bemerkenswerte Ausgleichsmöglichkeiten.

Bedarf es nach dieser glanzvollen Aufzählung noch einer gesondert auszusprechenden Einladung? Wir sind sicher, daß noch mehr Besucher als in der Vergangenheit den Weg ins Deutsche Museum finden werden. Darüber würde sich der Vorstand der Bayerischen LandesZahnärztekammer freuen und als seine Sprecher

Ihre

Dr. Erich Pillwein
Präsident

Dr. Hermann König
Vizepräsident

Augsburger Bekenntnisse

Im Mai findet der übliche alljährliche Bayerische Zahnärztetag statt. Dazu ergingen die Einladungen der beiden BLZK-Präsidenten Kollegen Pillwein/München und König/Augsburg. Wir möchten nicht versäumen diese "glanzvolle Aufzählung" einer kritischen Würdigung zu unterziehen.

Vorweg: "Konservativ" ist nach unserem Verständnis kein Schimpfwort; deshalb fühlt sich der DAZ auch nicht in die vorsorglich erwähnten "gewissen Kreise" projiziert, nur: Denken muß erlaubt sein! Dann wird man hellhörig, wie hier mit unübersehbarer Koketterie und naivem Selbstbewußtsein "die Deutschen als Zahnärzte" ideologisch gleichgeschaltet werden: "sehr, sehr konservativ!" Die Selbsteinschätzung beider Herren als sehr, sehr konservativ, "noch moderner: neo-konservativ" ist glaubhaft und unbestritten, doch wäre es ein Zeichen echt konservativer, nobler Geisteshaltung, wenn dieses Bekenntnis nicht wie ein Faschingsorden eitel demonstriert würde. Es verträgt sich weder mit Amt noch Anspruch der Kammerpräsidentschaft, ebensowenig mit zeitgemäßem Demokratieverständnis, selbstgefällig über "konservatives Wohlgefühl" einschließlich "hochgeachteter Nibelungentreue" zu schwadronieren. Die schlichte Erklärung, daß die sehr, sehr konservativen Zahnärzte ja wegen ihrer "konservativen Berufsausübung" so seien, soll dann selbst dem letzten halbgebildeten Zweifler einleuchten. Reim dich oder ich fress dich!

Wenn die Standespolitik nicht häufig auf so verkürztem Konservatismus beharren würde, die gesundheitspolitische Situation nicht in weiten Bereichen so verfahren wäre, könnte man diese Einladung als (etwas mißglückte) Wortspielerei abtun, aber offensichtlich sollte allen Ernstes ein tieferer Sinn vermittelt werden. Als dramaturgisch hilfreich erweist sich dann auch der Kunstgriff, diese ziemlich normale 24. Folge eines Zahnärztes Tages zum "Zeichen von Beharren und Tradition" hochzustilisieren. Was wird uns nur zum "historischen" 25. Bayerischen Zahnärztetag 1984 an konservativem Weihrauch entgegenstauben? Sei's drum, wir gehen trotzdem hin!

Dr. Christian Nielsen
Lindenschmidtstr. 44
8000 München 70



Dr. Hermann König

Wetten, Sie schütteln ungläubig den Kopf?

Kürzlich fragte mich ein Patient während einer Behandlungspause: „Warum machen eigentlich die Zahnärzte so was wie Prophylaxe?“ Eine interessante Frage, und, in der Tat, nicht nur Patienten fragen sich das, auch wir Zahnärzte müssen uns immer wieder diese Frage stellen. Aus der Schweiz oder auch aus Skandinavien ist zu erfahren, daß die Zahnärzte in freier Praxis geringere Umsätze und erheblich weniger Behandlungsfälle im kostenträchtigen Bereich Zahnersatz verzeichnen.

Auch wenn die Verhältnisse in der Schweiz und in Skandinavien nicht ohne weiteres auf die Bundesrepublik zu übertragen sind, muß ein Berufsstand nachdenklich werden. Er muß zur eigenen Sicherheit und zur Glaubwürdigkeit vor sich selber auf diese Frage eine schlüssige Antwort finden.

Die Antwort ist einfach und dennoch sehr komplex: Die Zahnärzteschaft forciert den Gedanken der Vorbeugung und Krankheitsverhütung ausschließlich deswegen, weil sie sich in ihrer Gesamtheit der ethischen Verpflichtung ihres Arztberufes verpflichtet fühlt. Diese Antwort zudem konfrontiert mit dem in der Öffentlichkeit leidlich ausgeschlachteten Popanz vom „Spitzenverdiener Zahnarzt“, erregt in unserer heutigen materialistischen Zeit verständlicherweise Kopfschütteln.

Aber überlegen Sie selbst einmal, verehrter Leser: Die Ergebnisse umfassender Vorbeugung, wie sie in Teilen der Schweiz praktiziert wird, sind eindeutig. Die Zahnerkrankungen gehen zurück. Das ist die eine Seite. Die andere: Die Unkosten (Personal, teure Geräte und Raummiete) sind in zahnärztlichen Praxen um vieles höher als bei anderen Heilberufen.

Und schließlich: Wer gibt schon gerne etwas ab, was er einmal besitzt. Damit meine ich die fraglos guten Einkommen der Zahnärzte. Es bleibt – bei Abwägung dieser Faktoren – tatsächlich nur der Hinweis auf die Verpflichtung des Zahnarztes, nicht nur Krankheiten zu heilen, sondern sie auch zu verhüten – auch wenn Sie immer noch ungläubig den Kopf schütteln sollten.

W E T T E N , S I E S C H Ü T T E L N

U N G L Ä U B I G D E N K O P F !

Katastrophenmedizin

– Ausbildung für Zahnärzte

Die zunehmende gesellschaftliche Militarisierung hat auch für Zahnärzte Folgen. Für unseren Berufsstand bemühen sich seit 1981 einige Standesfunktionäre unter der Anleitung von Militärärzten im neugegründeten Ausschuß "Zahnärztlicher Katastrophendienst", uns in kriegsmedizinische Denk- und Handlungsmuster einzuüben. ("Den Zahnärzten fehlt vieles, um für Katastrophenfälle gewappnet zu sein", von: Dr. D. Bretschneider, ZM 9/82, Seite 1024)

Zivile Notfallmedizin ist zweifellos notwendig. Es muß aber jene Verwischung der Grenze zwischen zivilem und militärischem Bereich, der die gesamte zivile Notfallmedizin für militärische Zwecke mißbraucht, ausgeschlossen werden.

Im Mai 1982 wurde der Referentenentwurf zum Gesundheitssicherstellungsgesetz (aus dem vollständigen Titel: "... Anpassung des Gesundheitswesens an besondere Anforderungen eines Verteidigungsfalles ...") nach zahlreichen öffentlichen Protesten vom zuständigen Minister zurückgezogen. Bereits im Juni 1982 fand, nahezu unbemerkt, die erste Lesung eines entsprechenden neuen Gesetzes (Gesundheitsschutzgesetz) statt. Die zur Verhinderung dieser Gesetze entstandene Bewegung gegen militärisches Denken im zivilen Bereich gründet sich nicht nur auf einige Phantasten, die die "... illusionäre Vorstellung (haben), durch die Verneinung eines solchen Gesetzes auch einen Krieg verhindern zu können ..." (hpk im:

Freien Zahnarzt 10/82, Seite 56), sondern sie ist international verbreitet. Mit dem wesentlichen Unterschied allerdings, daß in anderen Ländern die Initiative von den offiziellen Ärztereinigungen und Berufsverbänden (z. B. BMA-Vereinigung der britischen Mediziner) initiiert und getragen wird. Gemeinsam ist diesen Bewegungen die Ablehnung von Zivilschutzübungen, bezogen auf den Fall eines Atomkriegs, da es für den größten Teil der Bevölkerung im nuklearen Krieg keinerlei Überlebenschance gibt.

Kennzeichnend für die mangelnde Vorstellungskraft bzw. Spießigkeit, selbst den atomaren Untergang noch bürokratisch planen und verteilen zu wollen, ist die Diskussion um absolute Nebensächlichkeiten. In der ZM 9/82 wird indirekt über die lege artis gelegte

Füllung nach der Atombombenexplosion diskutiert. Ich zitiere Seite 1027: "... Generatoren zur Energieversorgung in der Praxis sowie ein Wasseraufbereitungsgerät mit Filtern dürften besonders interessant für alle Kollegen sein, die sich Gedanken über die Aufrechterhaltung ihrer Praxistätigkeit im Katastrophenfall machen ...". Daß für die wenigen Überlebenden Parodontose und Karies keine lebenswichtigen Fragen mehr sind, können sich die Mitglieder dieser Planungsstäbe nicht vorstellen.

Die aktuellen Planungen gehen davon aus, daß Mitteleuropa der Schauplatz eines zukünftigen Atomkriegs sein wird. Beim atomaren Angriff auf eine Stadt mit drei Millionen Einwohnern bietet sich folgendes Bild (nach: New England Journal of Medicine):

1 000 000 Tote sofort.

1000000 Schwerverletzte,
die sterben werden.
ca. 10 % der Ärzte über-
leben, d. h. 650 von 6500
Ärzten.

Dies bedeutet: Auf einen
Arzt kommen rund 1700
Verletzte. Kümmert sich
dieser Arzt um jeden Ver-
letzten nur 10 Minuten
(!), würde er bei 20 Ar-
beitsstunden pro Tag 14
Tage brauchen, um auch
noch den letzten Patien-
ten zu "behandeln". Ganz
nebenbei, diese Behand-
lung findet statt, in ei-
ner zerstörten Großstadt
mit radioaktiver Strah-
lung, ohne Strom- und
Wasserversorgung, mit
Flächenbränden, kaum Nah-
rungsmitteln, unter der
dauernden Gefahr eines
Zweitangriffs und letzt-
lich trotz Gesundheits-
schutzgesetz keine bzw.
verstrahlte Medikamente
und Materialien.

Der einzig sinnvolle Ka-
tastrophenschutz vor der
atomaren Vernichtung ist
die Verhinderung einer

solchen Katastrophe.
Krieg ist keine Naturka-
tastrophe, sondern von
Menschen geplant.

Die ersten Schritte dazu
sind eine rückhaltlose
Aufklärung der Bevölke-
rung, damit sie nicht an
den Zynismus glaubt, ihre
Gesundheit wäre im Atom-
krieg sicherzustellen.
Mit dieser Aufklärung un-
terstützen wir einen Be-
schluß des Dtsch. Ärzte-
tages 1982 in Münster,
"... die Bevölkerung über
die Folgen und Wirkungen
insbesondere der atoma-
ren, chemischen und bak-
teriologischen Massenver-
nichtungsmittel rückhalt-
los aufzuklären ...", da
die Bundesärztekammer
ihrer selbstgestellten
Aufgabe bisher in keiner
Weise nachgekommen ist.

Literatur:

Militärpolitik, Dokumenta-
tion, Heft 16, ISSN
0171-9033 "Atomkriegsfol-
gen", Verlag: Haag/Her-
chen, Frankfurt
Preis: DM 8,--.

Lieber Not als Dienst?

Bei wohl allen Zahnkliniken gibt es einen zahnärztlichen Notdienst rund um die Uhr. Wohnt man aber fernab von jeder Klinik und hat gar zufällig nicht an einem Samstag-, sondern an einem Dienstagabend plötzlich Zahnschmerzen, dann wählt man die Nummer seines Zahnarztes, um zu erfragen, wer denn wohl Notdienst habe. Es wird sich mit Zuversicht spendender Stimme ein Alibi-phon melden und Hilfe für morgen früh ankündigen.

Aus der Zeit, da fast alle Zahnärzte noch im eigenen Wohnhaus praktizierten und die meisten Abende introvertiert entweder am Schreibtisch oder aber mit Prothesenaufstellungen verbrachten, hat sich bis heute die Überzeugung überliefert, wochentags sei eine Notdienstregelung ganz überflüssig.

Heute aber liegen die Praxen in bester Geschäftslage, in Ärztehäusern o. ä., die Wohnungen aber (Telefon auf den Namen der Ehefrau angemeldet) in adäquaten freundlichen Wohnlagen außerhalb. So kommt es, daß nicht wie früher spätestens der zweite Zahnarzt, bei dem man es versucht, auch hilft, sondern unter Umständen auch der siebte unerreichbar bleibt.

Mementote: Auch wenn immer wieder Kollegen vorbringen, unsere Patienten sollten sich wieder an ein physiologisches Verhältnis zum Schmerz gewöhnen; die Naturvölker könnten so etwas schließlich viel länger aushalten (so kürzlich mein Kreisstellenleiter, Kollege B.), bleiben wir nach ärztlicher Ethik und unserem Auftrag verpflichtet, für Schmerzfälle unverzügliche Hilfeleistung sicherzustellen.

Weil ich seit längerem und wiederholt von praktischen Ärzten in meiner Umgebung verärgert darauf hingewiesen wurde, daß zahnmedizinische Notfälle sich unter der Woche abends und nachts an sie zu wenden pflegen, habe ich die Installierung eines durchgehenden Notdienstes auf Kreisebene seit über vier Jahren betrieben. Eher amüsiert hat man mir zuletzt schon im Vorwege bedeutet, mein Begehren kenne man ja, aber daraus würde nun einmal nichts; nach so einem Dienst bestünde auch gar kein Bedarf.

Getragen von breiter Solidarität der Praktikerkollegen meiner Umgebung und beauftragt vom DAZ habe ich zu Beginn des ersten Quartals 1983 flächendeckend alle Alternativ-Instanzen für zahnmedizinische Notfälle im Kreisgebiet, als da sind Praktiker, Krankenhäuser, Apotheken, letztlich Polizei, gebeten, mir mitzuteilen, von wievielen Notfällen unseres Faches sie pro

Quartal um Hilfe gebeten werden. Diese Umfrage sollte also erste Basiszahlen zur Bedarfsermittlung bringen.

Als dies meine Zahnartzkollegen erfuhren, reagierten sie geradezu hysterisch. Ein Ghostwriter meines Kammerpräsidenten Dr. Bunke mit dem Diktatzeichen dt - ko schickte mir am 14.01. einen Brief ohne irgendwelche substanzielle Aussage, der eindeutig nur darauf abzielte, mich einzuschüchtern. So wurde der (ganz sicher falsche) Eindruck erweckt, ich sei nicht befugt, eine solche Umfrage durchzuführen. Andererseits schien der Schreiber dieses Briefes schon zu ahnen, daß meine Umfrage die Notwendigkeit eines solchen Dienstes ergeben würde: Die Ehre und Integrität des zahnärztlichen Berufsstandes würde gefährdet, wenn "die Zahnärztekammer bislang in Unkenntnis der Gegebenheiten keinerlei Maßnahmen einzuleiten in der Lage war."

Zur Aufrechterhaltung dieser schützenden Unkenntnis holte der gleiche Schreiber dann zu einem großen Rundumschlag aus: Er versandte ein Rundschreiben, das wiederum (und mit Erfolg, wie ich aus einzelnen Rückfragen erfuhr) den falschen Eindruck erweckte, ich habe diese Umfrage nicht durchführen dürfen. Er schrieb auch subtil diffamierend von einer "angeblich quantitativen Auswertung".

Ein Kammerpräsident aber muß Präsident aller Zahnärzte sein. Im Interesse der Freiheit des Berufsstandes hat er auch dafür Sorge zu tragen, daß die Kollegen auch unpopuläre, innerhalb des Standes mehrheitlich abgelehnte Pflichten erfüllen. Verweigert auch die Standesführung nachhaltig ihre Mitarbeit an notwendigen Regelungen, droht schließlich eine sachunkundige fremdbestimmte Regelung über die Köpfe der gesamten Kollegenschaft hinweg (Beispiel: Kostendämpfungsdebatte - nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung). Die Freiheit des Berufsstandes ist also nur zu erhalten, wenn die Kollegenschaft sich aufrafft, eigene Aufgaben aus eigener Kraft zu lösen. Ein Nicht-Wahr-Haben-Wollen von Problemen führt in die Sackgasse.

In der üblichen Art des Informationsflusses liegt auch eine Schwäche des Systems: Will der Präsident der Kammer sich über den Stand einer Angelegenheit informieren, fragt er im Kreise seiner "Garnisonskommandeure", wie es denn so stehe. Die Bezirks- oder Kreisstellenleiter ihrerseits sind - was menschlich und verständlich ist - nicht sonderlich daran interessiert, aus ihrem Bereich Nachteiliges zu berichten.

Konkret: Der für mich zuständige Kollege R. war - an Diktion und Lautstärke deutlich hörbar - über die Umfrageaktion ganz aufgebracht: "Da könnte ja jeder kommen und so eine Umfrageaktion durchführen wollen! Das Problem stellt sich bei uns doch gar nicht. Ich jedenfalls habe alle Praktiker in meiner Umge-

bung aufgefordert, mich sofort anzurufen, wenn ein zahnmedizinischer Notfall bei ihnen auftaucht!" Hierzu zwei Anmerkungen:

1. In der Tat, da könnte und kann jeder kommen. Besser, ein Kollege, ein Mitglied von Kammer und KZV tut es, als etwa ein "Bild"-Reporter.
2. Zahnmedizinische Notfälle pflegen sich ja erst dann an einen Praktischen Arzt zu wenden, wenn sie eben einen Zahnarzt nicht erreichen konnten. Die Aufforderung an die Praktikerkollegen zielt somit ganz ins Leere.

Wenn nun ebendieser Kollege R. seinem Präsidenten nach Hannover meldet, in seinem Bereich sei mit den abendlichen Notfällen an den Wochentagen alles gut geregelt, oder das Problem stelle sich nicht, so ist ihm Themenverfehlung und unzulässige Verallgemeinerung vorzuwerfen.

Ich hielt es also für geboten, mich an meinen Kammerpräsidenten selbst zu wenden. Uneingedenk der erlittenen Diffamierungen und Einschüchterungsversuche habe ich ihm sehr ausführlich und offen meine Zielsetzungen und Motive dargelegt sowie die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Installation eines Wochentags-Notdienstes auch ohne Umfrage-Ergebnisse argumentativ belegt.

Mein Präsident Dr. Bunke - und zwar er selbst (Diktatzeichen bu - gr) - hat hierauf zwar zum Inhaltlichen nicht Stellung bezogen, auch eine erbetene juristische Beratung, die mir als Kammermitglied wohl zustehen dürfte, noch nicht veranlaßt, jedoch durch Konzilianz und freundliche Umfangsform Gesprächsbereitschaft signalisiert. Dr. Bunke schloß sein Schreiben: "Die verhältnismäßig kleine Zahl von Berufsangehörigen bedingt eine Einigkeit nach außen. Ich würde mich freuen, wenn Sie diese Grundeinstellung teilen könnten."

Ich teile diese Grundeinstellung, allerdings unter der zwingenden Voraussetzung, daß die Zahnärzteschaft auch um des Erhaltes ihrer Freiheit willen die Kraft aufbringt, die Erfüllung auch unpopulärer Pflichten intern zu regeln.

Wir werden im Gespräch bleiben müssen, und ich hoffe zusehends, daß wir im Gespräch bleiben können.

Dr. Till Ropers
Alter Marktplatz 4
2162 Steinkirchen

Kindergartenprophylaxe

– mehr als nur ein Schlagwort!

Es erübrigt sich, über die Notwendigkeit von Prophylaxe noch zu diskutieren. Aber auch hier führen viele Wege nach Rom. Kindergartenprophylaxe ist per se Kollektivprophylaxe. Die Mitglieder des DAZ sind sich darüber einig, daß Prophylaxe im Kindergartenalter systematisch erfolgen muß, da dieser Zeitpunkt psychologisch der günstigste ist.

So versuchten einige Kollegen des DAZ, mit Elan in den Kindergärten Prophylaxe einzuführen. Das ging nicht so leicht, wie man sich das vorher ausgemalt hatte.

In einer Vorstandssitzung des ZBV Oberpfalz Ende 1980 wurde die geplante Durchführung der Kindergartenprophylaxe-Maßnahmen unter die Oberhoheit des ZBV gestellt:

- Kindergartenprophylaxe grundsätzlich über ZBV
- Koordinierung über ZBV
- Strikte Einhaltung des vom ZBV ausgearbeiteten Konzepts
- Dafür stiftet der ZBV DM 4.000,-- aus seinem Fonds für Öffentlichkeitsarbeit
- Alle diesbezüglich vom DAZ geplanten Aktionen dürfen nur nach vorheriger Absprache mit dem ZBV ablaufen.

Hier zeigte sich aber wieder einmal, je mehr beschlossen wird, umso weniger wird gehandelt.

Im Gegensatz dazu sieht unser Konzept folgendermaßen aus:

1. Vorarbeit

- direkte Kontaktaufnahme mit Kindergarten in Eigeninitiative
- Aufklärung der Erzieherinnen und Eltern über die Notwendigkeit prophylaktischer Maßnahmen
- Angstabbau bei den Kindern durch "Tag der offenen Tür"

2. Eigentliche Kindergartenarbeit

- Demonstration der Putztechnik und kindgemäße Aufklärung über gesunde Ernährung
- täglich regelmäßiges Putzen mit eigenen Bürsten unter Aufsicht der jeweiligen Erzieherin
- Fluoreinbürsten unter unserer Kontrolle

Kontaktaufnahme und Erklärungen des Ziels besorgte Dr. G. Ebenbeck in Form eines Informationsabends mit Erzieherinnen der Katholischen Kindergärten in Regensburg. Hiermit waren jedoch bei weitem noch nicht alle Schwierigkeiten aus dem Weg geräumt. Vielmehr sah jeder Kollege sehr schnell Grenzen, über die hinwegzukommen es jetzt gilt.

Hier meine persönlichen Erfahrungen, kurz zusammengefaßt:

- Die Bedeutung gesundheitsprophylaktischer Maßnahmen wird - bedingt durch die Ausbildung der Erzieherinnen - vom Kindergarten nicht voll erkannt: "Wenn wir Zahnärzte in den Kindergarten kommen lassen, müssen die anderen auch Tür und Tor öffnen."
- Die Integration der Mundhygiene-Maßnahmen in das Kindergartenprogramm ließe sich organisatorisch nicht bewältigen und stelle eine unzumutbare Belastung für das Kindergartenpersonal dar.
- Unsere Aktionen würden als Propaganda für unsere eigene Praxis dienen
- Zähneputzen nicht Aufgabe des Kindergartens
- Organisationsprobleme (Aufbewahren der Becher und Bürsten)

Laut Fragebogenaktion unter Regensburger DAZ-Mitgliedern sind 18 Kollegen in Kindergärten tätig. Hierbei zeigte sich allgemein, je mehr Erzieherinnen schon motiviert sind, umso unproblematischer ist der Ablauf der Kindergartenaktion.

Nach diesen anfänglichen Schwierigkeiten ergab sich aber mittlerweile einiges recht Erfreuliche:

Zunächst wurden Dr. Moser (Regensburg) und ich im Kindergarten unserer eigenen Kinder tätig. Wir bestritten einen Elternabend mit dem Thema "Ist richtige Zahnpflege schon im Kindesalter notwendig?" Dabei hatten wir Gelegenheit, den zahlreichen erschienen Eltern die Bedeutung der Mundhygiene, Ernährung sowie Fluoridierung für ein gesundes Gebiß zu erklären. Die Dias mit Hinweisen auf die Kosten einer Defektversorgung (im Ggs. zu den Kosten für Prophylaxe verfehlten ihre Wirkung nicht.

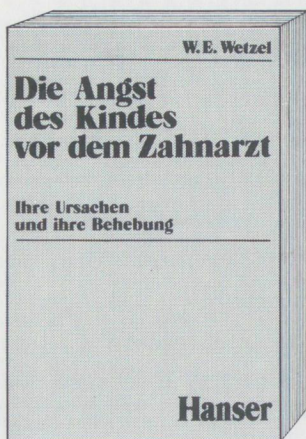
Kurz darauf meldete ein weiterer Kindergarten Interesse. Während einer Besprechung erklärte ich den Erzieherinnen den Sinn des Prophylaxe-Programms. Wiederum wurde ein Elternabend veranstaltet. In diesem zweiten Kindergarten ist das Engagement des Personals besonders hervorzuheben: Die "Ganztagskinder" putzen seit längerer Zeit regelmäßig unter Aufsicht der Erzieherinnen, ohne daß diese von einem Zahnarzt speziell über Prophylaxe unterrichtet worden wären. Für diese beiden Kindergärten werden regelmäßig "Tage der offenen Tür" durchgeführt mit dem Ziel, Angst vor dem Zahnarzt abzubauen. Bei dieser Gelegenheit wird den kleinen Besuchern auch ein kindgemäßer Film über Karies und Zähneputzen vorgeführt.

Ganz offensichtlich als Folge von G. Ebenbecks Vortrag vor Erzieherinnen aus Katholischen Kindergärten riefen mich zwei weitere Kindergärten an und bekundeten Interesse an einem Elternabend mit Vorstellung unseres Prophylaxe-Programms. Letzteres sowie ein Tag der offenen Tür wurden bereits durchgeführt.

Nach diesen Einstiegsveranstaltungen steht nun die Durchführung und Überwachung der prophylaktischen Maßnahmen in Kindergärten an.

Darüber werde ich später berichten.

Dr. W. Illichmann
Rilkeweg 1
8413 Regenstauf

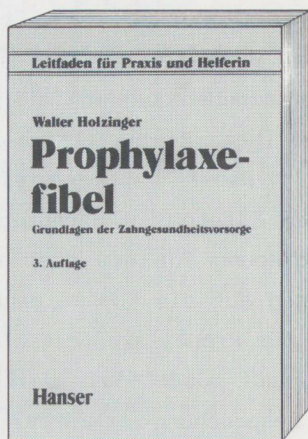


Von Prof. Dr. W. E. Wetzel, Gießen. 128 Seiten, 25 Abbildungen. 1982. Kartoniert 28,- DM.

Fast täglich sieht sich der praktizierende Zahnarzt kindlichen und jugendlichen Angstpatienten gegenüber. Mit der Zunahme der zivilisationsbedingten Gebißzerstörung im Kindesalter wächst diese Patientengruppe, und die Frage nach den Ursachen der Angst und ihrer Behebung ist in den letzten Jahren immer drängender geworden.

Deshalb muß man kindgerechte Behandlungsweisen entwickeln, welche die psychische Belastbarkeit des Kindes berücksichtigen. Praxisrationalisierung allein, straff kalkulierte und organisierte Behandlungsabläufe nämlich, sind im Bereich der Kinderbehandlung wenig geeignet.

Der Verfasser gibt mit diesem Buch Anregung und Hilfestellung zur allgemeinen Kinderbehandlung und zur speziellen Therapie bei Angstkindern.



Von Dr. W. Holzinger, Herrenberg. 3., völlig überarbeitete Auflage mit 160 Seiten und 55 Abbildungen. 1982. Kartoniert 26,- DM.

Die 3. Auflage wurde überarbeitet und neu gestaltet. Die Abbildungen sind noch aussagekräftiger als bisher. Die Prophylaxefibel ist eine gute Grundlage für präventive Maßnahmen im Sprechzimmer, in Schulen und Kindergärten. Nicht nur für die Aufklärungsarbeit ist das Buch wertvoll, es gibt auch Ratschläge, wie man bei der prophylaktischen Beratung und Anleitung vorgehen muß.

Carl Hanser Verlag
Postfach 86 04 20
8000 München 86



DIE SEHR BEMERKENSWERTEN AKTIVITÄTEN VON DR. K. PIEPER AN DER UNIVERSITÄT GÖTTINGEN AUF DEM GEBIET DER KINDER- UND JUGENDLICHENBEHANDLUNG, WIE WIR SIE IM FORUM-SONDERHEFT "ZAHNMEDIZINISCHE VERSORGUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN - PROPHYLAXE UND THERAPIE" BEREITS VORGESTELLT HABEN, SOLLEN HIER ERGÄNZT WERDEN DURCH EINEN BEITRAG AUS DER SICHT DER STUDIERENDEN.

Kinderbehandlung als Bestandteil der Studentischen Ausbildung

– am Beispiel der Universität Göttingen

Wie wohl jedem Zahnarzt aus eigener (meist bitterer?) Erfahrung bekannt, stellen sich besondere Probleme bei der zahnmedizinischen Behandlung von Kindern. Neben spezifisch - technischen Besonderheiten konfrontiert diese Patientengruppe den Zahnarzt mit erheblichen psychologischen Problemen, die ihn oft überfordern, da er nicht die Gelegenheit hatte, zu lernen, wie man Angst - und Trotzreaktionen erkennt, unterscheidet und auf sie reagiert. In diesem Zusammenhang sei gesagt, daß bei weitem nicht alle Kinder Problempatienten sind; nur ca. 1 - 3 % der jungen Patienten stellen den Behandler vor schwierigere Aufgaben.



Um diesen gewachsen zu sein, erfordert es allerdings eine spezielle Ausbildung, an der seit geraumer Zeit an der Göttinger Zahnklinik unter der Leitung von Dr. Pieper gearbeitet wird. Es werden seit mehreren Semestern im Kurs der Konservierenden Zahnheilkunde I im 7. Semester neben den erwachsenen Patienten auch Kinder behandelt.

Immerhin ist es keine Seltenheit, daß der bevorstehende Besuch beim Zahnarzt zu Angst und daraus resultierend zur Verweigerung der Be-

handlung führt. Allzuoft ist die Ursache hierfür in einem Fehlverhalten der Eltern oder auch des Zahnarztes zu suchen. So kommt es auch heute nicht selten vor, daß

- den Kindern mit dem Besuch beim Zahnarzt gedroht wird,
- die Behandlung fälschlicherweise als "bestimmt schmerzlos" bezeichnet wird,
- verängstigte Kinder beim ersten Behandlungstermin durch ungeschicktes Verhalten des Zahnarztes "verprellt" werden.

In diesem Zusammenhang bleibt festzustellen, daß das einmal verspielte Vertrauen bei Kindern nur schwer und mit einigem Zeitaufwand wieder zurückzugewinnen ist.

Im Wintersemester 82/83 wurde in Göttingen erstmals ein Kinderbehandlungstag pro Woche eingerichtet, an dem wir Studenten die Kinder jeweils ca. 1 1/2 Stunden lang konservierend und präventiv behandelt haben.

An diesem Tag wurde die jeweilige Kinderbehandlungsgruppe von in dieser Beziehung erfahrenen Assistenten betreut. Die Organisation lag in den Händen von Dr. Pieper, dessen diesbezügliches Engagement - ebenso wie das der beteiligten Helferinnen und Assistenten - besondere Beachtung verdient. So steckt hinter dem Aufbau dieses Kurses, für den Außenstehenden nicht ohne weiteres erkennbar, ein großer Aufwand an Organisation, Terminplanung, etc.



In einigen gesonderten Veranstaltungen wurden uns spezifische Verhaltensweisen und Techniken vermittelt, mit deren Hilfe die Kinderbehandlung kein unlösbares Problem darstellt. Dies sollte noch vertieft werden, so daß auch unerwartete und schwierige Situationen besser bewältigt werden können.

Unserer Meinung nach gehören hierzu u. a.:

- die Technik der Fissurenversiegelung,
- das Vorgehen bei der Amputation der Kronenpulpa,
- das Anpassen konfektionierter Stahlkronen,
- die Restauration frakturierter Frontzähne mit Hilfe der Säure-Ätz-Technik und ggf. von Frasaco-Strip-Kronen.

Da heute die technischen Möglichkeiten vorhanden sind, bietet es sich an, diese und weitere Behandlungsmethoden zur Ergänzung der studentischen Ausbildung und zur Fortbildung der niedergelassenen Zahnärzte auf Videokassetten aufzunehmen, wie dies bereits in anderen zahnmedizinischen Bereichen üblich ist.

In der Literatur werden bestimmte Ängste bei Kindern als entwicklungs- und reifungsbedingt angesehen und erscheinen in diesem Zusammenhang als durchaus normal.

So war es für uns wichtiger, die Zahnarztangst des Kindes abzubauen, und ein vertrautes Verhältnis zu schaffen, als unbedingt eine große Anzahl von Füllungen zu applizieren.

Die Erfahrung aus diesem Kurs zeigt, daß in den meisten Fällen nach einer beiderseitigen Eingewöhnungsphase auch für uns Anfänger eine erfolgreiche Behandlung möglich war. Allerdings erfordert es schon eine einfühlsamere Einstellung zum Patienten, wenn man plötzlich Fragen wie: "Warum gehen denn beim Röntgen alle raus?" oder "Warum schläft mein Zahn nach der Spritze ein?" zufriedenstellend beantworten muß.

Auch ließen wir uns - wenn nötig - viel Zeit, um die Kinder an den ersten Behandlungsschritt zu gewöhnen. Durch das Vorführen des Spiegels und anderer Instrumente, durch vorsichtiges Kratzen mit der Sonde und durch behutsames Bohren, wobei die Kinder erst an das Geräusch gewöhnt wurden, gelang es zumeist, die Kleinen zur Mithilfe (wie Absaugen etc.) zu gewinnen.

Weitere Möglichkeiten, mit denen man den Kindern eine angenehmere Situation schaffen konnte, waren u. a.:

- Behandlung, wenn nötig auf dem Schoß der Mutter oder des Vaters,
- kurze Behandlungsintervalle,
- bei Kleinkindern nicht vom Bohrer u. ä. sprechen,
- das Kind sollte Einfluß auf die Behandlungsgeschwindigkeit nehmen können.

Auch scheinen Kinder sensibler als Erwachsene zu registrieren, ob ihr Gegenüber bereit ist und Zeit hat, sich mit ihnen zu befassen und auf sie einzugehen. Für uns erwies sich dies als zentrales Problem und zugleich als Schlüssel zum Erfolg der Kinderbehandlung.

Der Kinderkurs an der Göttinger Zahnklinik ist inzwischen zu einem wichtigen Bestandteil unserer Ausbildung geworden. Ein bisher zu stark vernachlässigtes Gebiet der Zahnmedizin konnten wir so intensiv kennenlernen; nebenbei gesagt: es hat meist sehr viel Spaß gemacht.

E. Fritsch

G. Hosang

LESERBRIEF zu:

"WERDEN ZAHNÄRZTE VON EDV-FIRMEN GENEPPPT?"

DAZ-FORUM Nr. 2

Entgegen dem Bericht des Kollegen Koller kann ich anderes über meine EDV-Erfahrungen berichten.

Ich besitze eben das System Wang/Schön als Mehrplatzanlage, von dem in obigem Artikel berichtet ist, und zwar ist die Anlage seit 01.10.1977, also seit nunmehr über fünf Jahren im Einsatz. In dieser Zeit habe ich reichlich Erfahrung über Hard- und Software sammeln können.

Die Anschaffungskosten waren zur Zeit des Kaufes, Mitte 1977, wesentlich höher als dies von Herrn Kollegen Koller angegeben wird. Seit 1977 sind die Preise für die Geräte ganz wesentlich, wohl um 50 % oder mehr, gefallen. Die Programme wurden weiter entwickelt und haben derzeit einen sehr hohen Perfektionsgrad erreicht, der sowohl einem kleinen Anwendungsbereich innerhalb der Praxis, als auch einer universellen Praxisverwaltung gerecht wird.

Bei der Finanzierung habe ich mich nicht für Leasing entscheiden können, da eine exakte Durchrechnung für mich gezeigt hat, daß eine Direktfinanzierung durch mich günstiger war. Auch eine Direktfinanzierung mit Hilfe eines (zinsgünstigen) Praxiskredits erschien günstiger (damals 6 %, vier Jahre fest bei voller Auszahlung). Der Vorteil des Leasings, die Anlage während der Laufzeit des Leasingvertrages wieder im Tausch gegen eine andere abzugeben, erschien mir nicht bedeutend, da der Entwicklungsstand der Geräte so weit gediehen war, daß innerhalb der nächsten fünf bis sieben Jahre wesentliche, vorteilhafte Verbesserungen nicht zu erwarten waren. Dies hat sich bestätigt, da die Anlage auch heute allen Anforderungen hinsichtlich Arbeitsgeschwindigkeit und Unempfindlichkeit gerecht wird und keinen Wunsch offen läßt.

Die Kapazität der 10 Mio-Platte war ausreichend bemessen für 5 000 Patienten (entsprechend einem Zeitraum von fünf Jahren). Die jetzt nötige Kapazitätserweiterung wurde im Herbst 1982 auf einfache Art durch Parallelanschluß eines weiteren 10 Mio-Laufwerkes (gebrauchtes Laufwerk) von der Fa. Schön geliefert und durchgeführt. Da diese 10 Mio-Platte nicht mehr die Programme aufnehmen muß, steht die gesamte Plattenoberfläche für Patien-

tendaten zur Verfügung, reicht also wesentlich weiter als für 5 000 Patienten.

Die Anlage führt bei mir alle Arbeiten der Praxisverwaltung durch, mit Ausnahme der Abrechnung von Parodontalbehandlung, Kieferbruch, Kfo., sowie Terminplanung.

Die Wartungskosten für die Geräte sind bei meiner Anlage im Laufe der Jahre niedriger geworden, trotz Erweiterung der Anlage um zwei Bildschirme. Die Datensicherung ist für eine Platte in ca. sieben bis acht Minuten durchgeführt und dieser Vorgang benötigt keine Spezialkenntnisse.

Hinsichtlich der Reife der Programme gibt es in meiner Praxis mit der Fa. Schön keine Probleme. Die Programme, welche der Verarbeitung der vertraglichen Leistungen dienen, werden immer sofort zum Zeitpunkt der Vertragsänderung berichtigt, d. h. dem neuen Vertragsinhalt angepaßt.

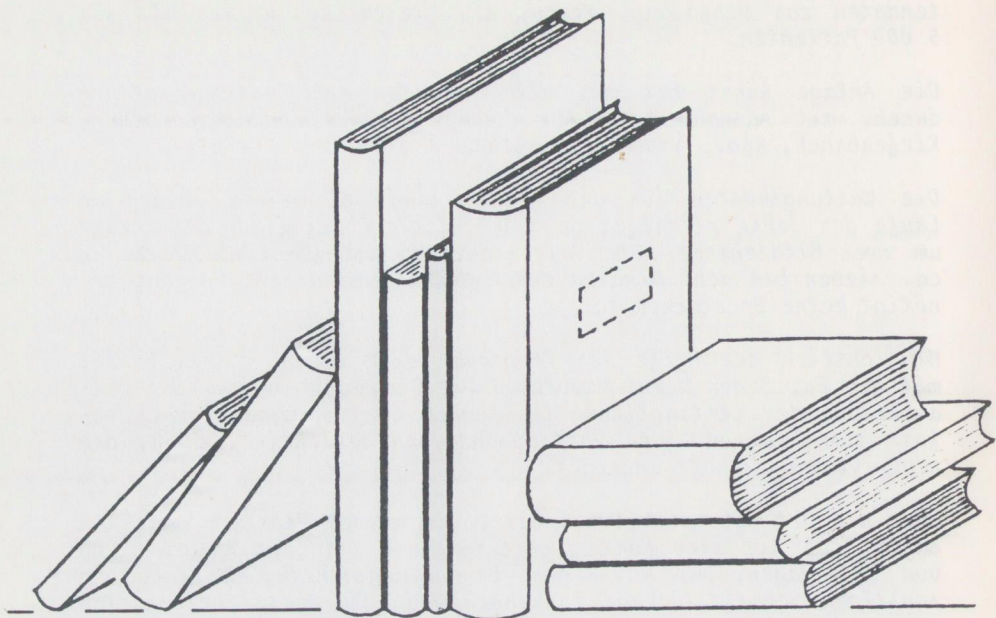
Über die Methodik des EDV-Einsatzes in meiner Praxis möchte ich sagen, daß die alte Kartei weitergeführt wird zur Aufbewahrung von Unterlagen, wie Rö.-Filme, Behandlungsschein, HK-Pläne und sonstigen Schriftstücken. Zunächst wurde die Kartei beibehalten aus rechtlichen Gründen (Anerkennung der elektronischen Datenverarbeitung und Dokumentation war in der Anfangsphase 1977/78 zunächst nicht sicher). Die Kartei dient auch dazu, eventuell umfangreiche forensisch bedeutsame Einzelheiten festzuhalten oder die Unterschriftsleistung von Patienten für Vereinbarungen oder für ausgehändigte Unterlagen bei Überweisung festzuhalten.

Ausgewertet und verwaltet werden die Leistungen nur über die EDV-Anlage. Dies hat zu einer ganz außerordentlichen Vereinfachung im Büro und zu einem bedeutenden Rationalisierungseffekt geführt. Dort ist nunmehr nur eine Helferin für alle Abrechnungsarbeiten eingesetzt und es bleibt genügend Zeit für Terminplanung und sonstige Tätigkeiten im Empfang, wo früher zwei Kräfte eingesetzt werden mußten. Die Fehlerquote bei Quartalsabrechnung oder den sonstigen Abrechnungsarbeiten ist auf praktisch Null zurückgegangen.

Das umfangreiche Programmangebot ermöglicht es sicher, die Arbeitsbereiche der Praxen im einzelnen in größerem oder kleinerem Umfang, je nach Bedarf abzudecken.

Nachdem nunmehr auch von der KZV und den Kassen nach Überprüfung der Programme die Abrechnung mittels EDV-Anlagen zugelassen ist, kann bereits für eine mittelgroße Praxis der Schritt zur Datenverarbeitung nur empfohlen werden.

Dr. Otto Mühlbauer
Schillerstr. 16
8400 Regensburg



Wir empfehlen:

SIEGWART PETERS:

PROPHYLAXE

Ein Leitfaden für die zahnärztliche Praxis

1978, 396 S. mit Abb.

DM 148,-

Kaum ein Fachgebiet der Medizin hat so weitgehenden Nutzen aus dem allgemeinen technischen Fortschritt gezogen wie die Zahnheilkunde. Forschung und Entwicklung sind erfreulicherweise so weit gediehen, daß Prophylaxemaßnahmen, die eine fast vollständige Verhinderung von Karies und Parodontapien ermöglichen, als praxisreif bezeichnet werden können. Damit ist **wirksame Prävention kein Wunschtraum für die ferne Zukunft mehr - Prophylaxe ist vielmehr hier und heute durchführbar.**

Das vorliegende Werk will dies belegen. Unter Berücksichtigung der geschichtlichen Entwicklung und mit dem Ausblick auf die Zukunft der Prophylaxe werden das notwendige Grundlagenwissen und praxiserprobte Modelle zur Durchführung gleichermaßen vorgestellt. **Kein Aspekt dieser Thematik, der nicht vertreten wäre.** Alle Autoren haben sich bemüht, ihren Beitrag so praxisnah darzustellen, daß jedes Kapitel eine fertige Gebrauchsanleitung ist, nach der der Leser selbst sofort aktiv werden kann. Alle vorgestellten Modelle haben ihre Wirksamkeit in der täglichen Praxis bewiesen.

FACKLER & WAGENBAUER

Fachbuchhandlung für Zahnmedizin

Beethovenstraße 12

8000 München 2

BÜCHER:

LANGE, PARODONTOLOGIE IN DER TÄGLICHEN PRAXIS

QUINTESSENZ-VERLAG, DM 320,--

Der Inhalt des Buches spricht in erster Linie den Studenten und den parodontologisch arbeitenden Praktiker an.

Die ersten Kapitel beschäftigen sich mit der Anatomie und Physiologie des Parodontiums, wobei der Stoff kurz, sachlich, und prägnant durchgearbeitet erscheint. Weiter werden die Ursachen der Parodontalbehandlung und die Befundaufnahme dargestellt. Die klinischen Diagnosen der Parodontalerkrankung werden eng an die Empfehlungen der ARPA skizziert, was im Besonderen aus kassenrechtlichen Gründen (Diagnosestellung bei PA-Erkrankung) von Vorteil erscheint.

Die Kapitel 6 und 7 gelten der Patientenmotivation und der Initialbehandlung. Gemäß den Zeichen der Zeit werden diese Punkte sehr ausführlich und umfangreich abgehandelt.

Der nächste Teil des Buches befaßt sich mit der Prognose parodontal erkrankter Zähne, ohne daß hierbei praktische Verbindlichkeiten für das Vorgehen am Stuhl zum Ausdruck kommen.

Der neunte Teil des Buches beschäftigt sich mit den notwendigen Instrumentarien. Die Fülle des Gebotenen erscheint erdrückend; Spezielles wiederholt sich zu oft.

Nun geht der Verfasser unmittelbar zu den chirurgischen Maßnahmen über. Die Darstellung in Verbindung mit dem

Bildmaterial ist vorzüglich; man merkt, daß Dr. Lange ein erfahrener Lehrer und Pädagoge ist, was insbesondere in seinem reich dargebotenen Detailwissen zum Ausdruck kommt.

Die Kapitel 15 und 18 behandeln die Anatomie und Therapie der mukogingivalen Regionen ausführlich und vollständig. Jeder Praktiker, der die didaktisch außerordentlich gut gehaltenen Fortbildungskurse von Dr. Lange absolviert hat, findet hier die genaue Nachlese des Gebotenen. Dies zeigt die wohltuende klare Linie der Münsteraner Schule.

Wundheilung und -versorgung sind den chirurgischen Maßnahmen unmittelbar angeschlossen.

Kapitel 20 bis 22 befaßt sich mit dem heißen Eisen der Okklusion; das Thema wird in der für die LANGE-Schule charakteristischen zurückhaltenden Art und Weise, was eine Beteiligung der Funktion an der Parodontalerkrankung betrifft, behandelt. Ein Statement, dem sich auch der Rezensent nach 10-jähriger praktischer Erfahrung vorsichtig anzuschließen wagt.

Praktische Tips und Hilfen für den Praktiker beschließen das Werk.

Die Abhandlung des Themas insgesamt, geschieht didaktisch klar und konzentriert. Der Stil wirkt manchmal etwas schulmeisterhaft; im Ganzen jedoch ist das Werk dem Praktiker vorbehaltlos zu empfehlen.

Dr. T. Eckert

Dieses Buch will, wie man dem Titel bereits entnehmen kann, keinesfalls eine vollständige Darstellung der in der Literatur beschriebenen und in der Praxis benutzten Geräte bringen, sondern stellt ausführlich die Grundtypen der herausnehmbaren Geräte vor und zeigt auf, in welcher Weise Modifikationen durchgeführt werden können. Dem Autorenteam - ein Hochschulprofessor aus Würzburg und eine Zahn-technikermeisterin aus Marburg - lag viel daran, die Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und Techniker bei der Herstellung funktions-tüchtiger kieferorthopädischer Geräte herauszustellen. Die Wichtigkeit, den für den jeweiligen Behandlungsabschnitt günstigsten Gerätetyp festzu-legen und den Apparat zu planen sowie die Fähigkeit entsprechend einer Kon-struktionszeichnung eine einwandfreie Apparatur herzustellen, werden in

diesem Buch, durch zahlreiche Bild-darstellungen unterstützt, ein-dringlich dargelegt.

Für den Praktiker ist dabei wohl von größter Bedeutung, daß die einzelnen Arbeitsgänge bei der Herstellung der verschiedenen herausnehmbaren und festsitzenden Geräte genau besprochen und erklärt werden. Darüber hinaus werden bei den einzelnen Gerätetypen die besonderen physikalischen und physiologischen Probleme, die bei ihrer Herstellung und beim Tragen der Apparate entstehen, diskutiert.

Zusammenfassung:

Durch gut aufeinander abgestimmte Bild- und Textdarstellungen gelingt es den Autoren in verständlicher Wei-se die Geräte-Grundtypen, deren Her-stellung, Modifikationen und auftre-tende Probleme zu schildern.

J. Grabowsky

Druckfehlerberichtigung:

SONDERHEFT "ZAHNMEDIZINISCHE VERSOR-GUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN"
Seite 57 in der Arbeit von Herrn Prof.
Dr. H. F. M. Schmidt "Möglichkeiten
ökonomischer Kariesprophylaxe" muß es
richtig heißen:

... Kariesreduktion von ca. 45 % und
nicht 4,5 % ...

...

auf Seite 58 muß es richtig heißen:
... Der von den Ortskrankenkassen ge-

tragene Anteil des Aufwandes für eine
Verblendkrone könnte 3 Jahre (nicht
100 Jahre) den Prophylaxeaufwand für
eine ganze Schulklasse von 30 Kindern
abdecken ...

...

auf Seite 5 in Heft Nr. 2 unten muß es
heißen:

... Mühlemann, H. R.: SSO 92: 252-53,
1982 ...

Duraphat®

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

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

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

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

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

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

Duraphat

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

Anwendungsgebiete: Desensibilisierung, Kariesprophylaxe.

Gegenanzeigen: Ulcerierende Gingivitis.

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

Woelm Pharma GmbH & Co., Eschwege

Packungsform u. Preis

Normalpackung 10 ml DM 36,78

Stand Jan. 83

Woelm Pharma

▶ *Betrifft: EINLADUNGEN ZU DEN STUDIENGRUPPEN-
SITZUNGEN*

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

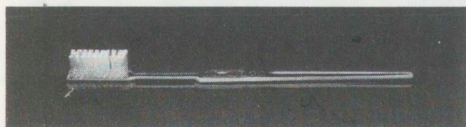
▶ - *Studiengruppe München*
Dr. Hanns-Werner Hey,
Lindenschmitstr. 44, 8000 München 70
Tel.: 0 89 / 7 25 23 49

▶ - *Studiengruppe Regensburg*
Dr. L. Koller,
Frühlingstr. 9, 8458 Sulzbach/Rosenberg
Tel.: 0 96 61 / 21 50

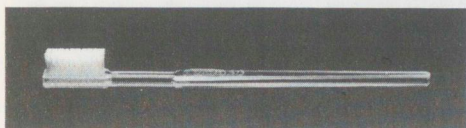
▶ - *Studiengruppe Hamburg*
Dr. W. Schories,
An der Alster 67, 2000 Hamburg 1
Tel.: 0 40 / 24 70 46

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

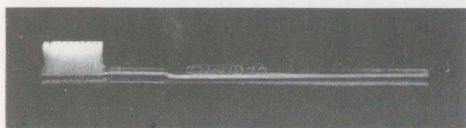
Richtige Zahnpflege fängt mit der richtigen Zahnbürste an.



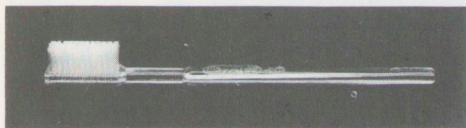
Oral-B 20 Die ideale Zahnbürste für Kinder. Mit 3reihigem Borstenfeld und handlich kurzem Griff.



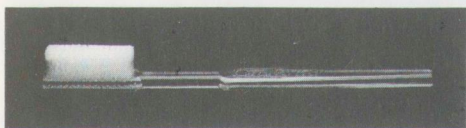
Oral-B 30 Die Zahnbürste für Jugendliche. Mit 3reihigem Borstenfeld auf dem Kurzkopf.



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



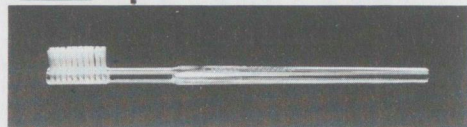
Oral-B 40 Zahnbürste für Erwachsene. Mit 4reihigem Borstenfeld und 1920 Einzelborsten auf dem normalen Kurzkopf.



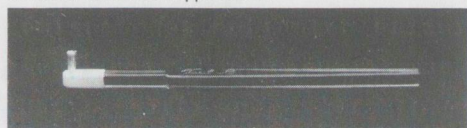
Oral-B 60 Zahnbürste für Erwachsene. Mit 4reihigem Borstenfeld und 2400 Einzelborsten auf großem Kopf. Ideal auch zur Zahnfleischmassage bei Gebißträgern.

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

Oral-B Spezialzahnbürsten



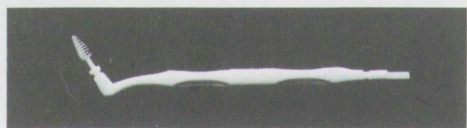
Oral-B Sulcus Die 2reihige Spezialbürste zur Reinigung des Zahnfleischsaumes. Auch empfohlen für Kinder in kieferorthopädischer Behandlung sowie bei feststehenden Apparaturen.



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



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



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

Cooper Dental. Wir behandeln Ihre Zähne gut.

Cooper
Dental

Cooper Laboratories (Deutschland) GmbH
2908 Friesoythe/6000 Frankfurt

Ich erkläre meinen Beitritt zum Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde ab

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

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

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

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

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

Name: Vorname:

geb.:

Straße: Wohnort:

Tel.:

Berufl. Stellung bzw. Arbeitgeber:

Unterschrift:

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

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

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

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

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

Das ist die erste Seite des Dokuments. Es enthält die Kopfzeile und den Anfang des Textes. Die Kopfzeile enthält die Nummer 101 007 007 (B). Der Text beginnt mit dem Satz 'Das ist die erste Seite...'.

Das ist die zweite Seite des Dokuments. Es enthält den Fortsetzungstext. Der Text beginnt mit dem Satz 'Das ist die zweite Seite...'.

Das ist die dritte Seite des Dokuments. Es enthält den Fortsetzungstext. Der Text beginnt mit dem Satz 'Das ist die dritte Seite...'.

Das ist die vierte Seite des Dokuments. Es enthält den Fortsetzungstext. Der Text beginnt mit dem Satz 'Das ist die vierte Seite...'.

Das ist die fünfte Seite des Dokuments. Es enthält den Fortsetzungstext. Der Text beginnt mit dem Satz 'Das ist die fünfte Seite...'.

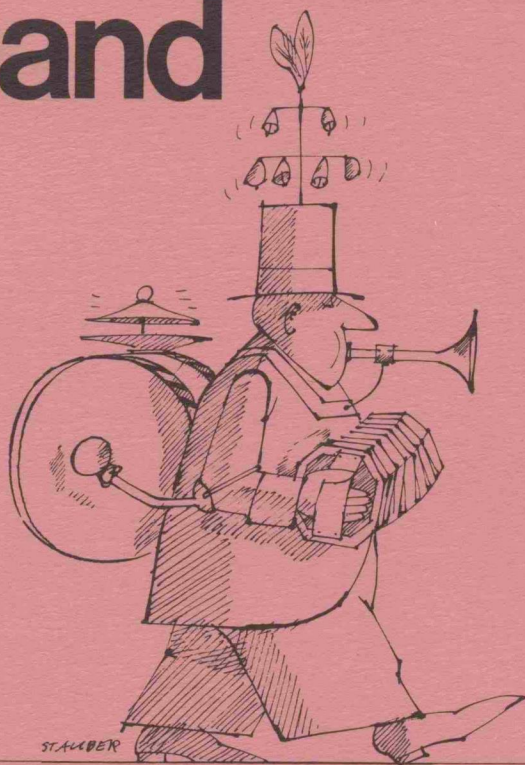
Das ist die sechste Seite des Dokuments. Es enthält den Fortsetzungstext. Der Text beginnt mit dem Satz 'Das ist die sechste Seite...'.

Das ist die siebte Seite des Dokuments. Es enthält den Fortsetzungstext. Der Text beginnt mit dem Satz 'Das ist die siebte Seite...'.



SIEMENS

Alles aus einer Hand



... so lautet unser lückenloses Angebot an technischem Gerät, an Materialien und Dienstleistungen für die zahnärztliche Praxis.

Einschließlich Beratung, Planung und Einrichtung, Wartung und Technischem Service. Damit Ihr „Betrieb“ einwandfrei läuft.

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

Postkarte bitte an eines der aufgeführten Dental-Depots.

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

8500 Nürnberg
Frauentorgraben 61
Telefon 0911/209271-74

8580 Bayreuth
Telemannstraße 1
Telefon 0921/69644

8400 Regensburg
Kumpfmühler Straße 65
Telefon 0941/97198