

**Nr. 41**

12. Jahrgang  
2. Quartal 1993

Herausgegeben vom Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde  
im Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands NAV - Virchowbund

**DAZ**

**FORUM**

**Die ewige Geschichte von der  
Gesellschaft der Krähen**

**Enteignung durch Recht und Gesetz**

**Pharmakologie der Fluoride**

**Zur Problematik präventiver  
Betreuung in der Zahnarztpraxis**



Deutscher  
Arbeitskreis  
für  
Zahnheilkunde

Schwerpunktthema:  
**Praxisteam**



# 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**



**Profi-Zahnpflege heißt:**

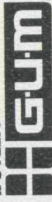
**BUTLER**

**GUM**®

**N o t i e r e n S i e :** Seit 1923 entwickelt und produziert die JOHN O. BUTLER Company nach den neuesten Erkenntnissen zahnärztlicher Wissenschaft Mundhygieneartikel, die apothekenexklusiv vertrieben werden. Wenn Sie mehr über dieses Programm erfahren wollen,

schicken Sie diesen Coupon an: JOHN O. BUTLER EUROPE GMBH, Elisabethenstraße 3, 6239 Kriefel

**BUTLER**



**Für lebenslang gesunde Zähne**

ADZ

# DAZ forum

## Ihre Meinung ist uns wichtig !

Während der Medienmarkt in den letzten Jahren zahlreiche Neuerungen und Veränderungen hervorbrachte und der DAZ sich durch die Anbindung an den NAV-Virchowbund und die Professionalisierung seiner Arbeit erkennbar verändertete, ist unsere Zeitschrift *DAZ-forum* nahezu die alte geblieben. Entspricht sie so noch den Bedürfnissen der Leserinnen und Leser? Was sollte beibehalten, was weggelassen, was modifiziert werden? Sagen Sie uns Ihre Meinung, helfen Sie mit bei der Neugestaltung! Redaktion und DAZ-Vorstand streben an, die DAZ-Medien stärker auf die Leserwünsche abzustimmen und zugleich durch eine kostengünstigere Versandform, durch die Straffung der Texte und möglicherweise durch Kooperation mit der NAV-Virchowbund-Zeitschrift den gestiegenen Produktions- und Portokosten zu begegnen.

Unter den Rücksender(innen) des Fragebogens verteilen wir zum Dank aktuelle Fachbücher - Informationen dazu am Ende des Fragebogens.

**Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen  
bis zum 01.06.1993 an die DAZ- Geschäftsstelle.**

Deutscher Arbeitskreis  
für Zahnheilkunde  
im NAV-Virchowbund  
z. H. Frau Irmgard Berger  
Belfortstraße 9  
5000 Köln 1



### 1) Meine Meinung über das DAZ-forum

	(Bitte ankreuzen!)			
	vollständig	teilweise	selten	gar nicht
Das <i>forum</i> gefällt mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lese das Heft regelmäßig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lese das Heft vollständig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lese nur die Überschriften.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schaue mehrmals in jede Ausgabe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich sammle jede Ausgabe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Themen sind gut gemischt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im <i>forum</i> finde ich nützliche Hinweise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Layout spricht mich an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Heft ist übersichtlich aufgebaut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2) Meine Meinung über die Verteilung des Inhaltes:

	(Bitte ankreuzen!)		
	zu wenig	ok	zu viel
Berufspolitik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitspolitik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbandsinformationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umwelt- und Arbeitsschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praxisführung, Betriebswirtschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzmeldungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rezensionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagungshinweise, -berichte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leserbriefe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleinanzeigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werbung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3) Zu folgenden Fachthemen wünsche ich mehr Beiträge:

	(Bitte ankreuzen!)
Prävention	<input type="checkbox"/>
Zahnerhaltung	<input type="checkbox"/>
Parodontologie	<input type="checkbox"/>
Prothetik	<input type="checkbox"/>
Materialkunde (Werkstoffbelastung)	<input type="checkbox"/>
Psychosomatik und Psychologie	<input type="checkbox"/>
Humanmedizin	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>



Die wachsenden Kosten zwingen zu Änderungen. Bisher werden vom DAZ neben dem vierteljährlich erscheinenden *forum* nach Bedarf aktuelle Informationen an alle Mitglieder oder an Teilgruppen versandt. Überlegenswert ist, beispielsweise bei monatlichem Erscheinen Aktuelles und *forum*-Beiträge zu kombinieren und sehr umfangreiche Original- und Hintergrundartikel nur auf Anforderung zu versenden sowie bei Produktion und Versand mit der NAV-Virchowbund-Monatszeitschrift „der niedergelassene arzt“ („nila“) zu kooperieren.

#### 4) Folgende Änderungen fände ich gut bzw. vertretbar:

(Bitte ankreuzen!)  
ja nein

- |                                                                                                              |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Monatliches Erscheinen des <i>forum</i> bei verringertem Umfang                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erscheinen jeden 2. Monat bei verringertem Umfang                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Veröffentlichung gekürzter Texte mit der Möglichkeit, die Langversion und/oder weiteres Material anzufordern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vergrößerung des Seitenformates auf DIN A 4                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Umstieg auf Zeitungsformat                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Layout mit mehr Bildern und graphischen Elementen                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erhöhung der Abonnementspreise                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einführung von Abobeiträgen (ermäßigt) für Mitglieder                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Umwandlung des <i>forum</i> in einen Beihefter zum „nila“                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gestaltung des <i>forum</i> als Beihefter im Stil des „nila“                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gestaltung des <i>forum</i> als Beihefter in abweichendem Layout                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ersetzung des <i>forum</i> durch ein Monatsinfo von max. 6 DIN-A-4-Seiten                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ersatzlose Streichung des <i>forum</i>                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### 6) Folgende Angaben nur zur internen Statistik:

(Bitte ankreuzen!)

- |                                                     |                                                      |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> männlich                   | <input type="checkbox"/> weiblich                    |
| <input type="checkbox"/> niedergelassener Zahnarzt  | <input type="checkbox"/> angestellter Zahnarzt       |
| <input type="checkbox"/> Student/in der Zahnmedizin | <input type="checkbox"/> .....                       |
| <input type="checkbox"/> aus einem neuen Bundesland | <input type="checkbox"/> aus einem alten Bundesland  |
| <input type="checkbox"/> Mitglied im DAZ            | <input type="checkbox"/> Mitglied im NAV-Virchowbund |

#### 7) Vorschläge an die *forum*-Redaktion?

---



---



---



---



---

Schicken Sie bitte Ihren Fragebogen (die Adresse ist Fensterkuvert-gerecht plaziert) an:

## **Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde**

im NAV-Virchowbund

z.H. Frau Berger

Belfortstr. 9

**5000 Köln 1**

---

Absenderadresse:

Unter den Einsender(inne)n verlosen wir 10 Bücher - von Kinderbüchern für Ihr Wartezimmer bis zu neu erschienenen zahnmedizinischen Fachbüchern. Wenn Sie den Fragebogen anonym beantworten, aber an der Verlosung teilnehmen möchten, legen Sie bitte eine Karte mit Absenderangabe bei.

Wenn Sie übrigens Interesse an der Mitarbeit in der *forum*-Redaktion haben oder Beiträge anbieten wollen, sollten Sie mit der DAZ-Geschäftsstelle in Köln Kontakt aufnehmen: Tel. 0221/973005-45, Fax 0221/7391239

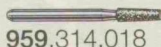


KOMET: MEHR QUALITÄT FÜR IHRE TÄGLICHE PRAXIS.

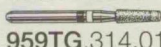
# Gestalten, Ausarbeiten, Konturieren und Finieren von nichtmetallenen Kauflächen künstlicher oder natürlicher Art.

Das hier vorgestellte OTF-System wird für die Anwendung unterschiedlicher Restaurationstechniken mit adhäsiven Füllstoffen im Rahmen direkter Applikationsverfahren im Seitenzahnbereich empfohlen. Von der Fissurenversiegelung bis zur Kompositfüllung.

Das OTF-System:  
Order Nr. 4208

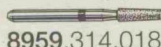


959.314.018



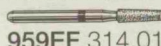
959TG.314.018

Kennzeichnung: gelb/rot



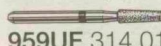
8959.314.018

Kennzeichnung: rot



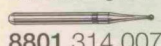
959EF.314.018

Kennzeichnung: gelb



959UF.314.018

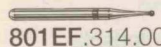
Kennzeichnung: weiß



8801.314.007

806 314 001514 007

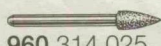
Kennzeichnung: rot



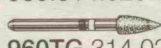
801EF.314.007

806 314 001504 007

Kennzeichnung: gelb

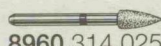


960.314.025



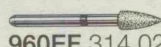
960TG.314.025

Kennzeichnung: gelb/rot



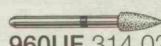
8960.314.025

Kennzeichnung: rot



960EF.314.025

Kennzeichnung: gelb



960UF.314.025

Kennzeichnung: weiß



Modellierinstrument  
150.147

FORSCHUNG · ENTWICKLUNG · BERATUNG



PRÄZISION

Wir schicken Ihnen  
gerne weiterführende  
Informationen.

GEBR. BRASSELER GmbH & Co. KG  
Fabrik für Dentalinstrumente  
Postfach 160 · D-4920 Lemgo  
Tel.: (0 52 61) 701-0 · Fax (0 52 61) 70 12 89



**NEU**

Die Natur ist Vorbild

# Baustein für die Zähne



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

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



Editorial – Wie geht's weiter?	109
Die ewige Geschichte von der Gesellschaft der Krähen	113
Enteignung durch Recht und Gesetz	117
Ärgerliches dent-tax	121
Fluoride zur Kariesvorbeugung – weltweit bewährt	123
Pharmakologie der Fluoride	127
Zur Problematik präventiver Betreuung in der Zahnarztpraxis	131
<b>Schwerpunktthema Praxisteam</b>	
Erweiterter Einsatzrahmen der zahnärztlichen Mitarbeiterinnen	145
Fortbildungsmöglichkeiten für Zahnärzthelferinnen	151
Schlüsselqualifikation ökologische Praxisgestaltung	157
Unternehmen Praxis	161
Dokumentation periodischer Tätigkeiten	165
Gegendarstellung	171
Leserbriefe	173
Verbands-Infos	178
Buchbesprechungen	181
Impressum	186

*Beachten Sie bitte den Leserfragebogen, der dieser Forum-Ausgabe beigelegt ist.*

*Beteiligen Sie sich an der Befragung – schreiben Sie uns Ihre Meinung über das Forum!*

*Eine Teilaufgabe von forum 41/93 enthält zusätzlich die Ausgabe 1/93 von „IGZ Kontakt“.*





Dental-  
Depot  
Hermann

**FÄGER**

Sup-Dent  
GmbH

*Für Münchner  
Unternehmen mit  
Tradition!*

## Testen Sie unsere Leistungsfähigkeit...

- ✿ im Materialverbrauch
- ✿ im Service
- ✿ in der Beratung (bei uns erhalten  
Sie objektive Informationen!)

## ... wann immer Sie können!

---

Pettenkoferstraße 4 · 8000 München 2  
Telefon 089/551800-0



# Editorial

## Wie geht's weiter?

Der Totalausstieg aus der gesetzlichen Krankenkasse (Korbmodell) ist gescheitert. Zeitweise wurde versucht, den DAZ, der dem FV mit seinen Verhandlungen im Ministerium „in den Rücken gefallen“ sei, für dieses Scheitern verantwortlich zu machen. Doch der Zulassungsandrang junger Kollegen in die Kassenpraxis spricht eine deutliche, andere Sprache: Wer nicht bereits ein dickes Privatpatientenpolster hat, muß mit den Einkünften aus der GKV rechnen. Verzögerungsfrei! Die Erfahrung zeigt jedoch, daß Patienten in einer Zeit der Ungewißheit (hier reicht schon ein Verziehen ihres bisherigen Behandlers) den nächsten Zahnarztbesuch durchaus ein bis zwei Jahre aufschieben. Die von einigen der Initiatoren einkalkulierten 10–15% Praxispleiten bei einem Greifen des „Korbs“ erscheinen daher realistisch und so ist es nicht verwunderlich, daß vermehrt Kritik hinsichtlich fehlender Konzepte für die Situation „danach“ laut wird.

Trotzdem hatte das Korbmodell eine hohe Faszination – übrigens durchaus auch unter DAZ-Kollegen. Warum? Die Ohnmacht gegenüber Gesetzgeber und Kassen und die daraus resul-

tierende Hoffnung, im Korb nun endlich kollektiv aufzutrumpfen zu können, müssen sehr stark gewesen sein. Das Gefühl der Fremdbestimmtheit bei gleichzeitiger Unmöglichkeit, auf konstruktive Weise etwas zu erreichen, wurde vom FV systematisch geschürt. Ob dies mehr aus dem Kalkül heraus geschah, die desinteressierte Individualistenschar der Zahnärzte politisch zu „aktivieren“ oder mehr dazu diente, die Mißerfolge und den Verlust an Verhandlungsposition der letzten Jahre zu überdecken, sei dahingestellt. Deutlich geworden ist zumindest eines: Was dem Chef in seiner Praxis manchmal (noch) weiterhilft, nämlich aufzutrumpfen und seinen Willen durchzusetzen, das führt im weitaus komplizierteren Beziehungsgefüge „Gesundheitssystem“ eher dazu, Einkommen und Ansehen, zumindest aber sein Gesicht zu verlieren. Die derzeitigen Rückzugsgefechte bei der Umsetzung des GRG (allerorten auf Druck der Basis eingeleitet) zeigen letzteres. Der Trick mit dem Gordischen Knoten, den man einfach mit dem Schwert zerteilen muß, um sich den Weg frei zu machen, ist verlockend, aber nicht realistisch.



Die aktuelle Lage hat aber einen schwerwiegenden Fehler der bisherigen Standespolitik aufgezeigt: lediglich Besitzstandsdebatten zu führen und drohenden wirtschaftlichen Ruin als Motivation für die politischen Forderungen anzuführen, ist wenig erfolgreich – auch wenn diese Gefahr zunehmend immer realistischer wird! Man muß sich vor Augen führen, daß die Öffentlichkeit den vorgebrachten Argumenten wenig Glauben schenkt. Welche Interessenvertretung jammert nicht über Benachteiligungen der eigenen Gruppe – bezüglich der vermeintlichen „Großverdiener“ Zahnärzte löste dies meist nur ein Lächeln aus. Statements wie: „Qualität (und damit: Qualitätskontrolle) ist bei deutschen Zahnärzten kein Thema“ erscheinen zumindest als arrogant. (Welche handwerkliche Arbeit kann ständig 100% mängelfrei erbracht werden: wie viele von denen, die dies hören, können sich an eine herausgefallene Füllung erinnern? Wo gäbe es dies, daß der Kostenträger auf jede Kontrollmöglichkeit über die zu bezahlenden Leistungen verzichtet?) Ein Versorgungsmonopol ruft in einem demokratischen Staat nach verantwortlicher Ausübung. Solche Äußerung aber machen mißtrauisch. Und Vertrauen, zumindest das der Patienten, ist unser einziges politisches Kapital.

Die einzige Chance, wieder ein besseres Image und damit politisch Bo-

den zu gewinnen, besteht also darin, *inhaltlich* immer einen Schritt voraus zu sein. Dies gilt besonders in der jetzigen Situation, in der weitere Reformschritte bereits freimütig angekündigt sind. Die zukünftige Argumentation und Wortwahl muß dabei den Widerhall in der Öffentlichkeit berücksichtigen: sie muß

- von vertrauensbildender Offenheit sein (der Durchschnittszahnarzt hat keinen Grund mehr, seine Zahlen zu verbergen...),

- neben der Vertretung legitimer Eigeninteressen deutlicher als bisher ärztlich-ethische Motiviertheit und soziale Verantwortung erkennen lassen und

- allgemeinverständlich sowohl neue Perspektiven für den Patienten als auch neue Erwartungen (!) an ihn formulieren: Als Perspektiven ließen sich aufzeigen: ein höheres Niveau an Mundgesundheit durch präventive Betreuung, sowie mehr Eigenbestimmung: Als Erwartungen an ihn ein Anerkennen der Eigenverantwortung – finanziell ebenso wie bezüglich des eigenen Mundgesundheitsverhaltens. (Aus diesem Grunde macht übrigens die bestehende Regelung, daß Prophylaxeleistungen für Erwachsene nicht erstattet werden, durchaus Sinn: Sie müssen sich entscheiden, ob sie ihr Geld für Zahnerhaltung und Mundgesundheit oder für Zahnersatz ausgeben wollen).



Dieser Öffentlichkeitsarbeit immanent muß aber auch folgendes sein: Die Krankenkassen dürfen gegenüber dem Patienten nicht länger (aus verständlichem Ärger über unerfreuliche Verhandlungen) als Buhmann hingestellt werden, der aus Böswilligkeit Zuschüsse verweigert. Vielmehr gilt es, Verständnis für die angespannte Finanzlage zu vermitteln, die allen, Leistungserbringern wie -empfängern Einschränkungen abverlangt. Wie die Ergebnisse der Meinungsumfrage von 1992 zum Thema Beitragserhöhung zeigen, reagiert die Bevölkerung hier durchaus einsichtig.

Alle reden vom mündigen Patienten – wagen wir es, ihm dabei zu helfen! Für den zeitweiligen Aufschub *noch* umfangreicherer Eigenbeteiligungen des Patienten (die unabwendbar sind), müßte man Seehofer eigentlich dankbar sein: Die verbleibende Zeit ist notwendig, die Patienten weiter an privat zu finanzierende Teilleistungen zu gewöhnen und sie darauf vorzubereiten (Ideal eignet sich hierzu z. B. das Gebiet der Prophylaxe bei Erwachsenen, kann hier doch zugleich

eine medizinisch-inhaltliche Bewußtseinschulung der Patientenschaft und ebenso eine Ummünzung des Zahnärzteimages vom ZE-„Großverdiener“ zum Betreuer und Partner des Patienten erfolgen. Ganz anders wären die Akzente bei Umsetzung des Korbmodells bei der Patientenschaft angekommen: Der GKV-Patient hört hinter dem Begriff „Therapiefreiheit“ schnell die Kasse klingeln. Von jemandem, der bisher nur seinen Schein abgegeben hat, das Honorar auf einmal bar aus der Tasche zu fordern, ist eine gänzlich andere Situation als mit ihm Zuzahlungen für Zusatzleistungen zu vereinbaren.

Der Weg zum Ziel „Gutes Geld für gute Arbeit“ scheint leider lang zu sein. Er kann nur über umfassende Vertrauensbildung führen. Dieses Prinzip, das jedem einzelnen Behandler eine Selbstverständlichkeit sein sollte, muß auch in der Öffentlichkeitsarbeit der Standesvertretungen Einzug halten.

Dr. Jörg Hendriks  
Julianenburger Str. 15  
2960 Aurich



# Highlights des Jahres

Die neue Gruppe unserer  
palladiumfreien Legierungen  
und Lote deckt fast den  
gesamten Indikationsbereich  
ab. Alle Legierungen  
besitzen hervorragende  
Verarbeitungseigenschaften  
und sind, wie die  
meisten unserer  
Legierungen,  
biologisch  
getestet.



**WIELAND**  
EDELMETALLE



# Die ewige Geschichte von der Gesellschaft der Krähen

H. Hey

Wer noch daran gezweifelt hat, daß bei den Ärzten ein Krähe der anderen kein Auge aushackt, genauer: aushacken darf, der wurde vor kurzem im Münchener Justizpalast eines besseren belehrt. Dort nämlich fand ein Berufsgerichtsverfahren gegen den Zahnarzt und Diplomingenieur (!) Dr. E. Marchner statt, der, nachdem er jahrelang immer wieder insuffiziente Restaurationen von Kollegen gesehen hatte, in zwei besonders krassen Fällen die Kronen und Inlays als das bezeichnet hatten, was sie zweifellos waren: „Schrott und Pfusch“. Im einen Fall handelte es sich um zwei Kronen ohne jedes Kauflächenrelief mit bis zu 4 mm überstehenden Rändern, die dem Patienten permanente Beschwerden verursachten, zu deren Abhilfe der Behandler aber lediglich eine Zahnpaste verordnet hatte. Marchner in seinem Befundbericht: „Selbst in der Zeit des ausgehenden 19. Jahrhunderts, als man mit einfachsten Materialien wie Stents, Trilbmassen, Abdruckgipsen, Gutta-percha etc., die schwierig zu handhaben waren, Abformungen durchführen mußte, konnte der Patient mit erheblich größeren Paßgenauigkeiten rechnen als die hier vorgefundene Prothetik aufweist. Die Überkronungen entsprechen keinesfalls dem Niveau zahnärztlicher Versor-

gung in der Bundesrepublik. Es handelt sich vielmehr um eine erschreckend minderwertige Arbeit, wobei kein ersichtlicher Grund für eine solche Fehlleistung zu erkennen ist (ausgezeichnete Mundöffnung, kein Würgereiz etc.).“ Und weiter: es sei „bezeichnend, daß für diese prothetische Fehlleistung der Höchstsatz der GOZ liquidiert wurde und daß die in einer weiteren Behandlung zur Überkronung vorgesehenen Zähne keiner Überkronung bedürfen, da sie konservierend versorgt werden können“. Klare Worte für einen eindeutigen Befund, der faktisch in allen Punkten gutachterlich bestätigt wurde. Aber um diese Fakten ging es bei dem Verfahren nur peripher, denn, und das ist das Entscheidende: vor dem Gericht stand nicht der, der den Schaden wissentlich verursacht hatte (Marchner: „es ist auszuschließen, daß eine Paßgenauigkeit dieses Umfangs von einem normal arbeitenden Zahnarzt übersehen werden kann“), sondern vor Gericht stand der, der wahrheitsgemäß dies dem Patienten bestätigt hatte.

Alle Versuche, während der über dreistündigen Verhandlung die Aufmerksamkeit des Gerichts auf den eigentlichen Schaden am Patienten zu len-



ken und auf die Frage, was man künftighin gegen solche Fehlleistungen tun könne, schlugen fehl: das sei nicht die Aufgabe des Gerichts, das nur über die Klage der Zahnärztekammer (!) gegen Dr. Marchner zu befinden habe, der laut Klageschrift „gegen seine Berufspflichten als Zahnarzt zu kollegialem Verhalten gemäß der Berufsordnung für die Bayerischen Zahnärzte verstoßen habe“. Wieviel gravierender die Zahnärztekammer einen Verstoß gegen die Kollegialität (§12) einstuft als einen solchen gegen die Sorgfaltspflicht (§1/1 der Berufsordnung), das zeigte sich zur Fassungslosigkeit der Zuhörer im Plädoyer des Anwalts der Zahnärzteschaft: Der forderte als Bestrafung für das „unkollegiale Verhalten eine Geldbuße von mindestens 5 000.–DM“ und meinte, es könne ja auch sein, daß Dr. Marchner mit diesem Verhalten eigennützige Motive (Werbung, Abwerbung des Patienten) verfolgt habe. Außerdem sei der normale Weg nicht beschritten worden, nämlich dem zahnärztlichen Bezirksverband die Fehlbehandlung des Patienten zur Kenntnis zu bringen. Genau dies aber hatte Marchner jahrelang immer wieder getan, jedoch, genau wie Kollege Roth aus Waldkirchen (siehe *forum* 40, S. 17), die Kammer nie zu irgendwelchen Konsequenzen veranlassen können.

Immerhin schloß sich das Gericht der Extremforderung des Kammeranwalts nicht an, verurteilte dennoch Dr. Marchner zu einem Verweis, den dieser, ver-

ständlicherweise, in einem Berufungsverfahren abwehren will. Dabei wird es dann aber natürlich wieder nicht um den eigentlichen Täter gehen, sondern um den, der über die Tat gesprochen hat.

Fazit: Zurück blieb ein fassungsloser Patient, der die Welt nicht mehr versteht, weil nicht der bestraft wurde, der ihm Schaden zugefügt, sondern der, der ihm seine Beschwerden genommen hat. Und zurück blieben ein paar Zahnärzte, denen in diesem Verfahren klar gemacht wurde, daß Kollegialität wichtiger ist als die Sorgfaltspflicht gegenüber dem Patienten.

Vollends scheinheilig wird die Angelegenheit, wenn man unmittelbar vor der Verhandlung in der Sondernummer des „Bayern Express“ liest: „Die Einführung des Begriffes ‚Gewährleistungen‘ in das GSG '93 ist letztendlich auf die Versäumnisse der KZVen in der sogenannten ‚Qualitätsfrage‘ zurückzuführen. Die KZVen sollten sich endlich darauf besinnen, berufsstandsintern die ‚schwarzen Schafe‘ zu eliminieren, und nicht dem Verlangen dieses gesetzgeberischen Eingriffes in das ärztliche Berufsrecht und Selbstverständnis nachzugeben.“ – und dieser Satz ausgerechnet vom bayerischen Kammerpräsidenten Dr. Kastenbauer stammt – eben demjenigen, den Dr. Roth vergeblich immer wieder zu einer Reaktion gegen Behandlungsfehler gedrängt hat. Und im aktuellen „Zahnärztlichen Anzeiger“ (7/93) Münchens tönt Dr. Kinner, eben-



falls Körperschafts-Amtsträger: „Unserre Stärke ist die ethische Verantwortung, in der wir als Zahnarzt zu unseren Patienten stehen.“

Wenn hinter diesen Sprüchen auch nur ein Funke Ernsthaftigkeit steht, dann muß die Kammer neben dem „Referat für Schilderfragen“ endlich auch Referate oder Kommissionen für Qualitätsfragen und für die Honorarprüfung in-

stallieren (siehe auch S. 173). Denn wenn es dabei bleibt, daß eine Minderheit von Stümpfern und Profiteuren zum Schaden *aller* Zahnärzte von der Kammer geschützt wird, dann wirft das zwangsläufig die Frage auf, aus welchen Zahnärzten sich denn die Kammervorstände rekrutieren...

Dr. H.-W. Hey  
Lindenschmitstraße 44  
8000 München 70

Meldung aus der Dentalindustrie

### Die Herstellung einer totalen Prothese nach Prof. Gysi

Das ist der Titel einer 1932 (!) gedruckten Broschüre. Sie wurde von Prof. Gysi in Zusammenarbeit mit der Firma DeTrey erarbeitet und von DeTrey herausgegeben.

DeTrey stellte in den 30er Jahren auch den Gysi-Simplex-Artikulator her: Er war nicht nur als Mittelwert-Artikulator zu verwenden, sondern bot durch Gesichtsbogen und verstellbare Schneidezahnführung auf Wunsch eine halb-individuelle Arbeitsweise. Ein weiteres Produkt aus der jahrelangen Zusammenarbeit Gysi/DeTrey waren Anatoform Front- und Backenzähne. Sie waren bis Anfang der 50er Jahre, d.h. bis zur Einführung der Biodent-Zahnsorten, sehr populär.

Prof. Gysi, der 1956 starb, wird bis heute als bedeutendster Wissenschaftler auf dem Sektor Totalprothetik angesehen. Seine Er-

kenntnisse sind nach wie vor Bestandteil der Lehre an Zahntechnikerschulen und Hochschulen.

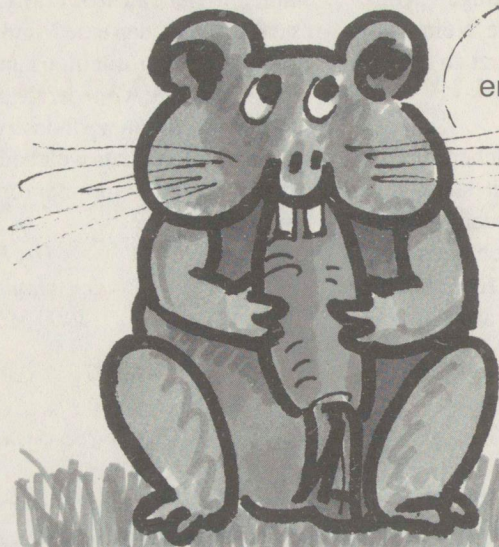
Es lag deshalb eigentlich nahe, eine der wenigen noch existierenden Broschüren aus dem Jahre 1932 neu aufzulegen. DeTrey Dentsply hat sich dieser Aufgabe mit Akribie angenommen und einen originalgetreuen Faksimile-Druck der Broschüre hergestellt, der auch äußerlich dem Original völlig gleicht.

Die reich illustrierte Broschüre ist nicht nur ein interessantes Zeitdokument, sondern mit seinen heute noch gültigen Regeln zur Herstellung einer totalen Prothese ein hervorragendes Lehr- und Arbeitsmittel.

Die Gysi-Broschüre kann gegen einen Unkostenbeitrag von DM 10,- abgerufen werden bei DeTrey Dentsply, Postfach 101074, D- 6072 Dreieich.



# Gesunde Zähne



Jetzt Kassen-  
erstattungsfähig!

# Zymafluor<sup>®</sup>

Wirkstoff: Natriumfluorid


Dosierungstabelle

Lebensalter	Fluoridgehalt des Trinkwassers (mg/l)		
	bis 0,3*	0,3-0,7	über 0,7
	Täglich eine Tablette Zymafluor		
Säuglinge und Kleinkinder bis zur Vollendung des 2. Lebensjahres	0,25 mg	-	-
Kinder ab dem 2. J. bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	0,5 mg	0,25 mg	-
Kinder ab dem 4. J. bis zum vollendeten 7. Lebensjahr	0,75 mg	0,5 mg	-
Kinder ab dem 7. J. und Erwachsene	1,0 mg	0,5 mg	-

\* in den meisten Gebieten Deutschlands liegt der Fluoridgehalt unter 0,3 mg/l. Die obere Grenze von 0,7 mg/l wird nur sehr selten erreicht. Auskunft erteilt jedes Wasserwerk.

**Zusammensetzung** Zymafluor 0,25 mg: 1 Tablette enthält 0,553 mg Natriumfluorid (entsprechend 0,25 mg Fluorid). Zymafluor 0,5 mg: 1 Tablette enthält 1,105 mg Natriumfluorid (entsprechend 0,50 mg Fluorid). Zymafluor 0,75 mg: 1 Tablette enthält 1,658 mg Natriumfluorid (entsprechend 0,75 mg Fluorid). Zymafluor 1 mg: 1 Tablette enthält 2,211 mg Natriumfluorid (entsprechend 1 mg Fluorid). **Indikationen:** Zur Vorbeugung gegen Zahnkaries. **Kontraindikationen:** Keine, soweit die Fluoridkonzentration des Trinkwassers bestimmte Grenzen in Abhängigkeit vom Lebensalter nicht überschreitet. Überempfindlichkeit gegenüber Natriumfluorid. **Nebenwirkungen:** Wird eine höhere als die empfohlene Dosis über einen längeren Zeitraum eingenommen, kann es zu einer fleckigen Veränderung des Zahnschmelzes kommen. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Die gleichzeitige Zufuhr von Calcium-, Magnesium- und Aluminiumverbindungen wie auch die gleichzeitige Einnahme von Milch und Milchprodukten vermindert die Resorption von Fluorid.

**Dosierungsanleitung und Art der Anwendung:** Siehe Tabelle oben. Die Dosierung ist abhängig vom Fluoridgehalt des Trinkwassers und vom Lebensalter des Kindes. Genaue Dosierung siehe Gebrauchs- und Fachinformation. **Handelsformen und Preise:** Zymafluor 0,25 mg; 250 Tbl. DM 9,20; 1000 Tbl. DM 23,70; Zymafluor 0,5 mg; 250 Tbl. DM 10,90; 1000 Tbl. DM 27,75; Zymafluor 1 mg; 250 Tbl. DM 14,65; 1000 Tbl. DM 35,60. Stand: 2/92

 Zyma GmbH München



# Enteignung durch Recht und Gesetz

K. Müller

Das Gesundheitsstrukturgesetz holt uns Zahnärzten das Geld nicht nur durch Honorarabschläge aus der Tasche, wir zahlen auch auf andere Weise kräftig drauf! In Zukunft kann ein Kassenzahnarztsitz nicht mehr einfach mit der Praxis verkauft werden. Als Folge der beschlossenen Zulassungsbeschränkungen haben die Zulassungsausschüsse ein entscheidendes Wort mitzureden: der Kassenzahnarztsitz muß ausgeschrieben werden, die Vergabe erfolgt durch den Ausschuß. Das hat erstens zur Folge, daß die eigenen Kinder nicht einfach die Praxis übernehmen können - sie sind vielmehr gleichberechtigt mit anderen Bewerbern. Zweitens besteht unter solchen Bedingungen wohl auch keine Chance, mit einem Nachfolger einen ideellen Praxiswert auszuhandeln. Die Zulassung für den Sitz bekommt er/sie ja woanders. Die Entscheidung, dann eben nicht zu verkaufen, kann auch nur bis zum 68sten Lebensjahr durchgehalten werden - danach ist die Zulassung sowieso verfallen. Seehofer sagt, daß sein Gesetz nach Meinung seiner Hausjuristen verfassungskonform sei. Das hat man schon von manchen Gesetzen dieser Koalition vernommen, bis dann das „Nein“ aus Karlsruhe kam. Der NAV-Virchowbund bietet dem ersten betroffenen Mitglied die Übernahme der Prozeßkosten durch die Instanzen an. Es

wird also nicht lange dauern, bis ein Musterprozeß in Gang kommt. Die Frage ist nur, wieviel Zeit bis zur Rechtskraft eines Urteils vergeht, und natürlich, wie es ausgeht.

Bis dahin sind besonders solche Praxen betroffen, die wegen Tod oder Berufsunfähigkeit des Vorbesitzers möglichst schnell übergeben werden sollen. Jeder weiß, wie wichtig es ist, eine solche Praxis nicht „kalt“ werden zu lassen. Ausschreibung und Vergabe werden ihre Zeit benötigen, vor allem dann, wenn sich in Analogie zur Rechtslage bei der Vergabe öffentlicher Aufträge noch herausstellen sollte, daß die Ausschreibung EG-weit erfolgen muß! Wenn die Patienten erst einmal längere Zeit nicht betreut worden sind, verlaufen sie sich rasch - besonders bei unserer Versorgungsdichte. Auch ein Weg, die Zahl der Kassenpraxen herunterzufahren! Zufall? Dazu weiß man im BMG zu gut Bescheid! Freier Beruf - ha, ha!

Nehmen wir einmal an, daß die geschilderten Paragraphen vom Verfassungsgericht tatsächlich gekippt werden. Dann gibt es noch ein weiteres Problem, das die Erzielung eines angemessenen Preises für den sogenannten „good will“ beeinträchtigt: der BGH hat in einem Urteil vom Dezember 91 fest-



gelegt, daß die Übergabe von Patientendaten - also der Kartei - vorher vom Patienten gebilligt werden muß. Zitat aus dem Urteil:

„Eine Bestimmung in einem Vertrag über die Veräußerung einer Arztpraxis, die den Veräußerer auch ohne Einwilligung der betroffenen Patienten verpflichtet, die Patienten- und Beratungskartei zu übergeben, verletzt das informationelle Selbstbestimmungsrecht der Patienten und die ärztliche Schweigepflicht; sie ist wegen Verstoßes gegen ein gesetzliches Verbot (§ 134 BGB) nichtig.“

Nun liegt ja die Übergabe der Patientenkartei nicht nur im Interesse des Praxisnachfolgers. Die Aufbewahrungspflicht betrifft ja nicht die Praxis, die keine Rechtsperson ist, sondern den, der die Aufzeichnungen und Röntgenaufnahmen gemacht hat. Ob es besonders sinnvoll ist, den ganzen Kram mit auf den Altersruhesitz nach Madeira zu nehmen, steht dahin. Den Patienten bleibt zwar ihre informationelle Selbstbestimmung gewahrt, dafür sind sie krankengeschichtslose Wesen geworden.

Einen Ausweg aus diesem Dilemma hat die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gesucht und ist zu folgenden Empfehlungen gekommen.

- Die Patienten sollten frühzeitig über den bevorstehenden Verkauf informiert- und gebeten werden, sich mit der Weitergabe der Unterlagen ein-

verstanden zu erklären. Diese Erklärung bedarf der *Schriftform*.

- Die Unterlagen der Patienten, die eine solche Erklärung abgegeben haben, sollten von denen der anderen getrennt werden.
- Im Übergabevertrag wird die Weitergabe jener Unterlagen vereinbart, für die Einverständniserklärungen vorliegen.
- Die Unterlagen jener Patienten, die ihr Einverständnis *verweigert* haben, verbleiben bis zum Ablauf der Aufbewahrungsfrist beim Veräußerer.
- Mit dem Nachfolger wird ein Verwahrungsvertrag abgeschlossen. In diesem Vertrag wird der Nachfolger verpflichtet, die Unterlagen jener Patienten, die nicht erreicht werden, oder sich nicht entschließen konnten, im Auftrag des Veräußerers gesondert aufzubewahren. Auf diese Unterlagen darf erst zurückgegriffen werden, wenn die Einverständniserklärung vorliegt. Die freigegebenen Unterlagen können dann in den laufenden Bestand übernommen werden.
- Dieser Vertrag muß eine *Vertragsstrafe-Klausel* enthalten. Der Vorbesitzer der Praxis bleibt mit dieser Regelung Eigentümer der Unterlagen, sie werden aber in seinem Namen vom Nachfolger verwahrt.

Mit dieser Lösung wird allen Interessen Rechnung getragen. Es empfiehlt sich natürlich, die Mitteilung an die Pa-



tienten so abzufassen, daß ihnen verständlich wird, welcher Nutzen für sie daraus entsteht.

Es wäre sicherlich auch zu aufwendig, mit einem Rundschlag alle Patienten aus der Kartei anzuschreiben und den Rücklauf verwaltungsmäßig zu verkräften. Sinnvoller scheint mir, in der Zeit vor der Übergabe jedem Patienten ein entsprechendes Formular auszuhändigen. Gleichzeitig sollte ein Gespräch geführt werden, das die Vorteile einer Einwilligung hervorhebt. Anschreiben

sollte man jene Patienten, die in den letzten Quartalen behandelt worden sind. Patienten, die länger nicht erschienen sind, sollten um ihr Einverständnis gebeten werden, wenn sie den Nachfolger tatsächlich aufsuchen.

Dr. Kai Müller  
Hauptstr. 26  
8031 Seefeld

(Die oben aufgeführten Empfehlungen entstammen dem „KV-Journal“, Heft 31, der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg)

## Für Sie gelesen:

### Hamburg ist Spitze

Der Verband der Deutschen Zahn-techniker-Innungen (VDZI) führte in 1992 eine Erhebung zum Zahlungsfluß durch. In die Auswertung flossen Betriebe ein, die Zahlungsrückstände von mehr als 2 Monaten meldeten. Dieses waren in Hamburg von 34 Betrieben 26 (= 76,5%). Pro Labor ergeben sich Außenstände in Höhe von 129.804,— DM, pro säumigen Zahnarzt 30.962,— DM. Umgerechnet auf den einzelnen Beschäftigten im Labor beliefen sich die Außenstände auf 8.976,— DM.

Mit diesen Zahlen liegt Hamburg einsam an der Spitze.

Aus einem KZV-Rundschreiben



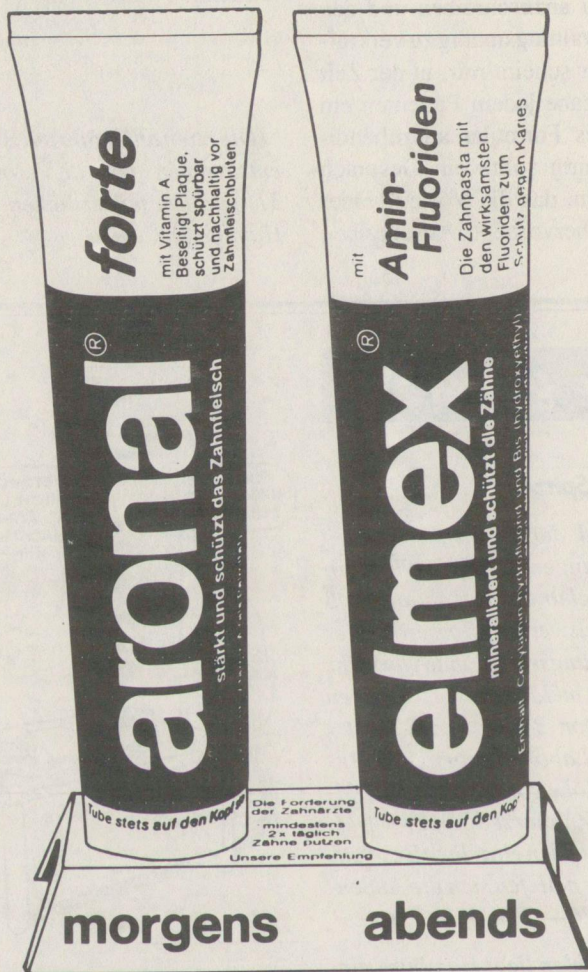
Quelle: Hamb. Wirtschaft



# Der medizinische Schutz

für das  
Zahnfleisch

für die  
Zähne



**Spezialisten bieten wirksamen Schutz**

Produkte aus der elmex Forschung



# Ärgerliches dent-tax

H.-W. Hey

Daß sich *dent-tax*, das „Wirtschaftsmagazin für den Zahnarzt: Steuern, Recht, Management etc.“ neuerdings ausschließlich von Naturheilkundlern redaktionell beraten läßt, ist sicher grundsätzlich nichts Negatives. Vielleicht ist die „naturheilkundlich orientierte Zahnheilkunde“ ja eine der neuen Marktlücken für die GSG-traumatisierte Kollegenschaft. Wenn aber diese Beratung dazu führt, daß jetzt wieder überwunden geglaubte alte und uralte, z. T. abenteuerlich unsinnige Behauptungen über Kariesentstehung und Fluoridwirkung verbreitet werden, dann ist das nicht nur ärgerlich, sondern zerstört vor allem mühsam aufgebautes Vertrauen in ein breitenwirksames Kariesprophylaxe-Konzept.

Was da – als Alternative der Naturheilkunde zu Fluoridierungsmaßnahmen herausgehoben – im *dent-tax* 1/93 angeboten wird, das fordert der DAZ – z. T. seit 12 Jahren – in all seinen Programmen:

- Ernährungsberatung mit dem Ziel des größtmöglichen Zuckerverzichts
- Verbot des Süßigkeitenverkaufs in Schulen
- Werbeverbot für Süßigkeiten
- Verwendung der Steuern auf Süßwaren für die Gesundheitserziehung

Wozu allerdings Mundhygienemaßnahmen gefordert werden, wenn an gleicher Stelle im *dent-tax* Dr. Brukers Weißheit wiedergegeben wird – „Zahnkaries ist keine Krankheit, die durch Plaques entsteht“ – das wird wohl das Geheimnis der *dent-tax*-Redaktion bleiben.

Selbstverständlich ist es jedem unbecommen, die Kariesprophylaxe mit Fluoriden zu befürworten oder abzuleh-

nen. Wer sie befürwortet, kann sich allerdings auf eine inzwischen nahezu unübersehbare Zahl seriöser Studien von einander unabhängiger Wissenschaftler und Institutionen berufen, die in vielen Ländern an riesigen Populationen von Kindern und Erwachsenen aller Altersgruppen und in Kliniken, Kindergärten, Kasernen oder in der zahnärztlichen Praxis durchgeführt worden sind. Darin ist die Wirksamkeit verschiedener Fluoridverbindungen in der Natur (Quellwasser) ebenso untersucht worden wie die industriell erzeugten Fluoride in Zahnpasten, in Lacken, Gelen, Tabletten und im Speisesalz. Der Nachweis der kariesprotektiven Wirkung ist dabei, auch unter den verschiedenartigsten Untersuchungsbedingungen, so häufig und so identisch erbracht worden, daß es nicht verwundert, daß alle regionalen, nationalen und internationalen Gesundheitsorganisationen (WHO) die Kariesprophylaxe mit Fluoriden empfehlen.



Demgegenüber argumentieren die Fluoridgegner mit Behauptungen und Zahlen, die z. T. schon seit Jahrzehnten widerlegt sind – selbst exotische Verdachtsbefunde aus dem Jahr 1854 müssen noch herhalten (siehe *forum* 33, S. 109) – oder nachweislich statistisch manipuliert würden (Ziegelbecker–Busse), oder stützen sich auf Untersuchungen mit Fluoridkonzentrationen, die um 1000- bis 10 000-fach über der kariesprotektiven Dosis liegen.

Daß dabei Fluor und Fluorid immer wieder durcheinandergemischt werden, ist noch das geringste Problem – schließlich geht es immer um das gleiche Ion, das wirksam wird. Übel aber ist, daß trotz mehrfachem Nachweis der statistischen Fehlinterpretation (Yiamouyiannis – Clemmesen) hier erneut die Behauptung aufgestellt wird, daß durch fluoriertes Trinkwasser (TWF) die Krebssterblichkeit steigt. Ganz abgesehen davon, daß die TWF nie in der Bundesrepublik realisiert wurde – jedoch nur aus praktischen und Kostengründen – und seit der Verfügbarkeit von fluoriertem Speisesalz auch von niemandem mehr gefordert wird, abgesehen davon erscheint es ziemlich widerlich, wenn aus rein ideologischen Gründen leichtfertig Krebsangst erzeugt wird, die natürlich viel nachhaltiger wirkt als eine Vielzahl seriöser Untersuchungen und Studien, die das Gegenteil beweisen.

Unverständlich weiterhin, daß da an einer Stelle empfohlen wird, auf Fluor-

ridzahnpaste völlig zu verzichten und „das Fluorzahnpaste-Märchen schonungslos aufzudecken“, auf der nächsten aber zu lesen ist, daß (eine andere Zahnpaste) „die Aufnahme natürlich vorkommenden Fluors aus Nahrung und Trinkwasser (da kommt gar kein „Fluor“ vor) im Zahnschmelz unterstützt und der Zahn dadurch widerstandsfähiger gegen Karies gemacht wird.“ Ein paar Seiten davor wird nicht nur Elmex Zahnpasta (mit Aminfluorid empfohlen, sondern auch das Buch „Gruppen- und Individualprophylaxe in der Zahnmedizin“ (in der Tat ein gutes Buch!), das die drei Säulen der Prophylaxe Mundhygiene, Ernährungslenkung und Fluoridierung heraushebt. Und während im vergangenen Jahr im „Naturarzt“ zu lesen war, daß „Fluor in geringen Mengen zur Festigung der Zahnschmelzsubstanz beiträgt“, erfahren wir in *dent-tax*, daß durch „Fluoridzahnpaste Sprünge im keramischen Zahnersatz entstehen“! (welche Rolle Fehlbelastungen und Brennfehler dabei spielen, ist – so scheint es – marginal).

Suggeriert werden soll mit alledem wohl, daß alles natürlich vorkommende Fluorid gesund und nützlich ist, während das chemisch identische Industrieprodukt als gefährliches Gift anzusehen ist (siehe auch S. 127).

Vielleicht setzt sich aber doch auch, bei den Naturheilkundlern eines Tages die Einsicht durch, daß man – bei allen berechtigten Vorbehalten gegen Chemie und Pharmaindustrie – bzgl. der Fluoridanwendung zur Kariesprophyla-



xe von ein paar Eiferern auf's falsche Pferd gesetzt wurde.

Viel sinnvoller und nützlicher für die allgemeine Gesundheit als der ewige besserwisserische Kleinkrieg um die Fluoride wäre es, wenn alle Zahnärzte zumindest im Bereich Ernährungslenkung und Mundhygiene zusammenarbeiten und besonders von Seiten der naturheilkundlich orientierten Zahnärzte eindeutig Stellung bezogen würde gegen die „natürlichen Süßmacher“ wie Honig, Trockenobst und Fruchtsäfte und z. B. auch auf die Schädlichkeit von Naturzahnbürsten hingewiesen werden würde. Ein neues Thema für *dent-tax*?

Das Entscheidende ist doch dies: so lange offenbar auch die Appelle der

Naturheilkundler zum Verzicht auf Zukergenuß wirkungslos bleiben und es noch nirgendwo gelungen ist, eine nennenswerte Population mit Ernährungslenkung und Mundhygiene *allein* kariesfrei zu bekommen, so lange macht sich jeder, der gegen die Fluoridanwendung polemisiert, mitschuldig daran, daß die Kariesschäden nicht wirklich so drastisch zurückgehen wie die Schweiz (mit z. T. 80% Reduktion) uns demonstriert hat. Naturheilkundler sollten schließlich am besten wissen, daß an gesunden wie erkrankten Zähnen auch ein gesunder oder kranker Körper hängen kann.

Dr. H.-W. Hey  
Lindenschmütstraße 44  
8000 München 70

## Fluoride zur Kariesvorbeugung – weltweit bewährt

T. M. Marthaler

Die Zeitschrift *dent-tax* hat in Nr. 1/93 auf S. 38–43 unter dem Sonderthema Fluoride mehrere Artikel veröffentlicht. Sie sind so formuliert, daß der Eindruck erweckt wird, es sei die Schädlichkeit und Unzweckmäßigkeit in neueren Arbeiten nachgewiesen worden. Das Gegenteil ist der Fall, und entsprechend wird die Kariesvorbeugung mit Fluoriden je länger je mehr benutzt. Irreführende Behauptungen kann allerdings jeder Beliebige in wenigen Minuten und

Zeilen formulieren. Dagegen würde allein schon eine Liste der Titel der wissenschaftlichen Arbeiten, auf Grund derer sich diese Behauptungen widerlegen lassen, 100 Seiten beanspruchen. Einige spezifische, klare Aussagen sind jedoch so falsch, daß ihnen entgegengetreten werden muß:

1. „Die Trinkwasserfluoridierung erhöht die Sterblichkeit an Krebs“ (S. 38) – *nicht*. Die in der Presse gedankenlos



immer neu aufgelegte Behauptung beruht auf fehlerhaften statistischen Auslegungen (zur Hauptsache dem in *dent-tax* Seite 39 oben genannten Dr. Yiamouyiannis anzulasten), deren Haltlosigkeit von der Krebsforschung mehrfach aufgedeckt wurde. Hätte sie sich bewahrheitet, wäre die Wasserfluoridierung, die rund 150 Millionen Menschen versorgt (USA, Australien etc.), längst aus diesem Grunde abgeschafft worden.

2. „Fluoride sind Enzymgifte“. Dabei wird übersehen, daß Fluorid in Mengen von mehreren Gramm im Skelett eingelagert ist, neben den Bestandteilen Phosphat und Kalzium (einige Kilogramm). Daß bei hohen Einnahmen „Gift“wirkungen auftreten, ist auch bei Phosphat, Kalzium, Magnesium, Eisen, Jod etc. der Fall. Dies sind jedoch alles körpereigene Substanzen, ohne die es kein Leben gäbe.
3. „Fluoride sind die Ursache verschiedenster Krankheiten“. Grundsätzlich gibt es nur eine Krankheit, die auf zu hohe Fluorideinnahme zurückgeht: die Skelettfluorose. Diese ist genauestens erforscht und tritt auf, wenn man *über Jahre* mindestens 20 oder mehr Milligramm Fluorid pro Tag zu sich nimmt. (Die optimale Tagesaufnahme wird demgegenüber mit 1,5 bis 4 Milligramm angegeben). Die Wirkungen auf die Knochen sind sehr gut bekannt, denn während 3 Jahrzehnten wurden an Patienten mit Osteoporose (also vor-

wiegend älteren Frauen) pro Tag 20–50 Milligramm Fluorid verabreicht, um die Osteoporose zu bekämpfen. Die körperlichen und geistigen Funktionen dieser Patienten waren trotz der – in diesem Falle unnatürlich hohen – Fluorideinnahme völlig normal. Diese weltweit von Ärzten gesammelten Erfahrungen zeigen, daß die in dem Artikel behaupteten Schädwirkungen nicht existieren.

Das Bedauerliche an der ganzen Angelegenheit ist nicht nur, daß der Leser sich einer Verunsicherung kaum entziehen kann – so geschickt ist darin Richtiges und Falsches vermischt –, sondern auch, daß über die Kariesentstehung Unsinn verbreitet wird, etwa Zahnkaries ist „... keine Krankheit, die durch Plaques entsteht...“ (S. 38, gemeint ist die bakterielle Plaque, die auf den Zähnen wächst); es gibt jedoch ohne den Bakterienbelag, und das ist bei keimfreien Tieren schon vor 30 Jahren gezeigt worden, keine Karies. Diese, und viele andere sehr genau und eingehend durchgeführte Forschungen über Fluoride haben die Autoren der *dent-tax*-Artikel nicht studiert oder, im Extremfall, verschwiegen.

Da die Schweiz mehrmals erwähnt wird, sei noch Folgendes ergänzt: Herr Kreuzer ist in der Schweiz seit Jahrzehnten bekannt. Seine Argumentation, soweit sich gegen das Fluorid richten, wird von der Mehrheit der Leute nicht mehr geglaubt, und der Gebrauch der Fluoride ist trotzdem sehr verbreitet;



nicht zuletzt, weil die Erwachsenen die Reparaturen ihrer Zahnschäden selber zahlen müssen und deshalb an effektiv wirksamer Kariesvorbeugung interessiert sind. Obwohl die Kinder in der

Schweiz vor 30 Jahren weit mehr karieskranke Zähne hatten als die deutschen Kinder (alte Bundesrepublik), ist heute der Kariesbefall in der Schweiz nur halb so hoch wie in Deutschland:

### An Karies erkrankte Zähne pro Kind

	8–9jähr.	10jähr.	12jähr.	13–14jähr.	14jähr.
Deutschland 1989	1,5			5,1	
Schweiz 1988			2,0		
Kt. Zürich 1991		0,7	1,1		2,0

Was unter „Marthaler: Korrektur seiner Fluor-Erfolgsberichte“ steht, ist eine Erfindung des Dr. Werner Becker. Ich habe keine „Erfolgsberichte korrigieren müssen, da die Statistiken falsch waren“ (S.41). Selbstverständlich würde ich das tun, wenn dies berechtigt wäre. Bei der Dosierung der Fluoridtabletten haben drei Schweizer Autoren (ich war davon einer) 1966 eine tiefere Dosierung der Fluoridtablette vorgeschlagen, die die ältere von ca. 1953 ersetzte. Das eben kennzeichnet die oft angegriffene „Schulmedizin“, daß sie nämlich neue Erkenntnisse einbezieht, wogegen in *dent-tax* viele Behauptungen wiederholt werden, die längst als falsch erwiesen sind. Herr Kreuzer andererseits müßte nach 20 Jahren Tätigkeit belegen können, daß „Kinder in den Schulzahnputz-

Exerzitien brutal denaturiert werden“; der allgemeine Gesundheitszustand der Schweizer Kinder ist jedoch durch die Fluoride keineswegs beeinträchtigt. Ihre Zähne sind im Gegenteil deutlich besser als die der deutschen und französischen Nachbarn.

Der Nutzen der Fluoridprophylaxe ist längst in der Fachwelt anerkannt, und die maßgebenden Gremien in Deutschland haben entsprechend dazu Stellung genommen.

Das Vernünftigste steht auf Seite 39: „Die Ernährungsberatung steht dabei an erster Stelle“. Das heißt vor allem: möglichst selten Zucker.

*Prof. T. M. Marthaler  
Zahnärztliches Institut  
der Universität Zürich*



# Die Qualität unserer Leistungen und unser Service sind Ausdruck der Ansprüche unserer Kunden.

Zahnärztinnen und Zahnärzte im DAZ stellen besonders hohe Anforderungen an die Qualität ihres privaten Krankenversicherungsschutzes. Sie erwarten

- ein variables Tarifangebot, das individuellen Gestaltungsspielraum bietet.
- hochwertige Tarifkombinationen, die ihren persönlichen Ansprüchen gerecht werden.
- ein überzeugendes Preis-/Leistungsverhältnis, das durch ein zukunftsorientiertes Beitragsrückstattungssystem geprägt wird.

Wir informieren Sie gerne detailliert über die handfesten Vorteile des Gruppenversicherungsvertrages mit dem DAZ, die Ihnen den privaten Krankenversicherungsschutz bei der CENTRAL bietet.

Damit Sie in wichtigen Risikobereichen fundierte Entscheidungen treffen können. Und frei sind für Ihre Pläne von morgen.



## **CENTRAL**

**KRANKENVERSICHERUNG AG**  
Hansaring 40-50 · 5000 Köln 1



# Pharmakologie der Fluoride – Natriumfluorid und Calciumfluorid

O. Strubelt

Immerhin räumen auch Naturheilkundler inzwischen ein, daß Fluor ein essentielles Spurenelement ist, daß Fluoride zur Festigung der Zahnschmelze beitragen und daß diese kariesprotektive Wirkung mit Calciumfluorid in natürlichem Quellwasser möglich ist. Andererseits wird behauptet, „daß Fluoride, welche nicht in natürlichen Wässern vorkommen, in vieltausendfacher Verdünnung schädlicher wirken als Calciumfluorid in natürlichen Wässern in hoher Menge.“

Daß diese Behauptung allen chemischen Grundkenntnissen widerspricht, und daß es für die Wirksamkeit des Fluoridions im Organismus ohne Belang ist, aus welchem Salz es dissoziiert wurde, das erläutert im folgenden der Lübecker Toxikologe Prof. Strubelt, Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat Kariesprophylaxe des DAZ.

Natriumfluorid (NaF) und Calciumfluorid ( $\text{CaF}_2$ ) sind Salze der Fluorwasserstoffsäure (HF). In trockenem Zustand liegen diese Salze in kristalliner Form vor. Bringt man sie in Wasser oder wässrige Medien (z.B. Magen- oder Darmsaft, Plasma, Gewebsflüssigkeit etc.), dissoziieren beide Salze in Ionen, d.h. sie zerfallen in elektrisch geladene Atome: aus NaF wird  $\text{Na}^+$  und  $\text{F}^-$ , aus  $\text{CaF}_2$  wird  $\text{Ca}^{++}$  und  $2\text{F}^-$ . Die positiv geladenen Metallionen wandern in einem elektrischen Feld zur negativen Elektrode, der Kathode, und werden deshalb als Kationen bezeichnet, das negative Fluoridion wandert zur positiv geladenen Anode und wird deshalb als Anion bezeichnet. Da die elektrolytische

Dissoziation von gelösten Salzen nahezu vollständig ist, gibt es im wässrigen Milieu des Körpers nicht mehr die Salze NaF und  $\text{CaF}_2$ , sondern nur die Kationen  $\text{Na}^+$  und  $\text{K}^+$  sowie das Anion  $\text{F}^-$ . Alle Fluoridanionen sind in ihrer Struktur und in ihren chemisch-physikalischen Eigenschaften und damit auch in ihren pharmakologisch-toxikologischen Wirkungen identisch, unabhängig davon, ob sie vor der Aufnahme in den menschlichen Organismus in einem Natrium- oder in einem Calciumsalz vorgelegen haben. Diese Salze gelangen auch nur zur Resorption, wenn sie sich vorher in den wässrigen Säften des Magen-Darmkanals gelöst und elektrolytisch dissoziiert haben: nicht Natriumfluorid und



Calciumfluorid werden durch die Magen-Darm-Wände resorbiert, sondern Natriumionen, Calciumionen und Fluoridionen.

Welche Ionen sind nun für die pharmakologischen und toxischen Wirkungen von Natriumfluorid und Calciumfluorid verantwortlich? Mit Sicherheit nicht die metallischen Kationen  $\text{Na}^+$  und  $\text{Ca}^+$ , und zwar deshalb nicht, weil die physiologischen Konzentrationen dieser beiden Kationen im Organismus so hoch sind, daß ihre zusätzliche Zufuhr im Rahmen kariesprophylaktischer Maßnahmen völlig zu vernachlässigen ist. So beträgt die übliche Tagesdosis von Fluorid ( $\text{F}^-$ ) zur Kariesprophylaxe 1 mg; dies entspricht etwa der doppelten Menge (2mg) der Salze  $\text{NaF}$  und  $\text{CaF}_2$ . Nach den Untersuchungen von Fuchs et. al. (1980) erhöht sich nach Zufuhr dieser Dosis von Natriumfluorid die Fluoridkonzentration im Plasma (d.h. die Konzentration des negativen Anions  $\text{F}^-$ ) von 10  $\mu\text{g/l}$  auf maximal 35  $\mu\text{g/l}$ , also um maximal 25  $\mu\text{g/l}$ . Da das Molekulargewicht von Fluor 19 beträgt, entspricht dies einem Anstieg von 0,53 auf 1,84  $\mu\text{mol/l}$ , also um + 1,3  $\mu\text{mol/l}$ . Da Natrium in Natriumfluorid in gleicher molarer Menge vorliegt wie Fluor, nimmt auch die Natriumkonzentration im menschlichen Plasma um 1,3  $\mu\text{mol/l}$  zu. Weil aber die Normalkonzentration an Natrium im menschlichen Plasma 145 000  $\mu\text{mol/l}$  beträgt, kann sich eine solche Erhöhung weder meßtechnisch noch physiologisch-pharmakologisch in

irgendeiner Weise bemerkbar machen. Man bedenke auch, daß die tägliche Aufnahme von Natrium mit Kochsalz (etwa 10 g) 5000fach höher ist als die Aufnahme von Natrium mit der Dosis von 2 mg Natriumfluorid. Summa summarum: die pharmakodynamisch-toxischen Wirkungen beruhen ausschließlich auf dem resorbierten Fluoridion. Gleiches gilt für Calciumfluorid: die physiologische Konzentration von Calcium im Plasma beträgt durchschnittlich 2 500  $\mu\text{mol/l}$  und liegt damit um mehr als drei Zehnerpotenzen höher als die Calciummengen, die mit einer zur Kariesprophylaxe angewendeten Dosis von Calciumfluorid zur Resorption kommen.

Es ist also festzustellen, daß für die pharmakologischen und toxischen Wirkungen der Salze der Fluorwasserstoffsäure ausschließlich die resorbierten Fluoridionen verantwortlich sind und daß deren Wirkungen und Nebenwirkungen völlig unabhängig davon sind, ob diese Ionen vorher in einem Natrium- oder einem Calciumsalz vorgelegen haben. Jedoch besteht ein wesentlicher Unterschied zwischen den beiden Salzen darin, daß ihre Wasserlöslichkeit unterschiedlich ist: in einem Liter Wasser lösen sich 42,2 g Natriumfluorid, aber nur 0,016 g Calciumfluorid. Das ist ein Unterschied von 2638:1. Dieser physikalisch-chemische Unterschied hat zur Folge, daß sich Natriumfluorid im Vergleich zu Calciumfluorid in den wässrigen Medien des Magen-Darm-Kanals



besser und schneller löst und dementsprechend auch besser und schneller zur Resorption gelangt. Hierauf beruht die höhere akute Toxizität dieses Salzes im Vergleich zu Calciumfluorid: bei gleicher Dosis werden aus Natriumfluorid erheblich mehr Moleküle gelöst, damit dissoziiert und zur Resorption gebracht. Die Folge ist ein schnelleres Ansteigen der für die toxischen Wirkungen entscheidenden Fluoridkonzentrationen im Blut mit entsprechenden Auswirkungen. Für die pharmakologischen und auch die chronisch-toxischen Wirkungen ist dieser Unterschied aber von geringer Bedeutung. Die übliche kariesprophylaktische Dosis beträgt 1 mg Fluorid pro Tag, entsprechend etwa 2 mg Calciumfluorid oder 2 mg Natriumfluorid. Zur Lösung von 2 mg Natriumfluorid reichen 47 µl Wasser, für die Lösung von 2 mg Calciumfluorid sind dagegen 125 ml erforderlich. Dies erklärt die bereits beschriebene unterschiedliche Resorptionsgeschwindigkeit von Fluoriden aus diesen Salzen. Da aber der menschliche Magen-Darm-Trakt täglich nicht nur 1-2 l getrunkene und gegessene Flüssigkeit aufnimmt, sondern zusätzlich noch etwa 8 Liter Verdauungs-

säfte produziert, ist genügend Flüssigkeit für die Lösung von 2 mg Calciumfluorid vorhanden. Deshalb ist die absolute Menge der aus Calciumfluorid einerseits und Natriumfluorid andererseits resorbierten Mengen an Fluoridionen kaum unterschiedlich, wie dies entsprechende pharmakokinetische Untersuchungen auch bestätigt haben. Für die pharmakologischen und chronisch-toxischen Auswirkungen einer Fluoridzufuhr ist deshalb die Art des verwendeten Salzes von untergeordneter Bedeutung. Insofern läßt sich aus dem Tatbestand, daß bei der Salzfluoridierung dem Kochsalz kein Natriumfluorid, sondern Calciumfluorid zugesetzt wird, kein Schluß auf eine bessere toxikologische Verträglichkeit, aber auch nicht auf eine geringere pharmakologische Wirksamkeit ziehen. Es kommt immer nur auf die Menge von Fluoridanionen an, die aus den Salzen in wässriger Lösung als Elektrolyte dissoziieren und in den Organismus gelangen.

*Prof. Dr. O. Strubelt  
Institut für Toxikologie  
der Med. Universität zu Lübeck  
Ratzeburger Allee 160  
2400 Lübeck 1*

**Kleine Zahnarztpraxis**

Nähe Bodensee,  
sofort zu verkaufen.  
NAV-Wirtschaftsdienst,  
Herrn Ottmar Soulier,  
Schwarzwaldstr. 36,  
7700 Singen Tel. 07731/67201

**Praxisübernahme**

Zahnarzt zur Übernahme einer Praxis  
in Wuppertal gesucht.  
Nachfragen bei Dietmar Lienen,  
NAV-Wirtschaftsdienst,  
Burgerstr.28, 5632 Wermelskirchen 1  
Tel. 2196/ 93031, Fax 02196/4310



Je länger die "Neuen" halten,  
desto billiger werden sie,

**SCHMID  
UND  
PAULA**



**DENTAL  
LABOR**

Schmid und Paula - Bruderwöhrdstr. 10 -  
8400 Regensburg Telefon 0941/791521

... weil Qualität auf Dauer billiger ist!



# Zur Problematik präventiver Betreuung in der Zahnarztpraxis

J. Hendriks, Th. Schneller

In der modernen Zahnheilkunde rückt der präventive Gedanke immer mehr in den Vordergrund. Die Grundidee ist klar und einfach: Da sich Erkrankungen wie Karies und Parodontitiden als plaquebedingte Veränderungen durch sogenannte Plaquekontrolle sicher verhindern lassen, sollten sie auch verhindert werden. So einfach die Zielformulierung ist, so problematisch ist häufig die Umsetzung.

Dies deshalb, weil die eigentliche Therapie (die Plaquekontrolle) nur bedingt in den Händen des Zahnarztes liegt, sondern in denen des Patienten selbst. Seine Bereitschaft hierzu (Compliance; siehe Tafel 1) zunächst zu erreichen, dann aber auch auf Dauer zu erhalten, ist eine äußerst vielschichtige Aufgabe.

## Zwei Ansätze der Mundgesundheitserziehung

Erstens ist anzustreben, daß jedes Individuum von Kindheit an zu einem adäquaten Mundgesundheitsverhalten erzogen wird, es also frühzeitig, zunächst spielerisch, entsprechende Gewohnheiten ausbildet. Diese erzieherische Beeinflussung von Kindern (direkt, vornehmlich in der Gruppe und indirekt über ihre Eltern) ist eine gesamt-

gesellschaftliche Aufgabe (siehe Tafel 2); der niedergelassene Zahnarzt kann hier durch Schwangeren- und Elternberatung sowie durch selektive individualprophylaktische Betreuung einen wesentlichen Beitrag leisten.

Der zweite Ansatz besteht in dem Versuch, heranwachsende und erwachsene Individuen zu einem *bewußten* gesundheitserhaltenden Verhalten zu motivieren. Im Idealfall zeigen diese dann *selbstverantwortliches* präventives Handeln *aus Einsicht*, die ihnen durch zahnärztliche Aufklärung vermittelt werden konnte. Nicht bei jedem Erwachsenen oder Jugendlichen läßt sich dieses Ziel jedoch (ganz) erreichen; auf Anhieb gelingt dies höchstens bei einem Drittel der Patienten; zumeist bedarf es spezieller kommunikativer Fertigkeiten und Vorgehensweisen. Diesbezügliche illusorische Erwartungen seitens des Behandlers sind eine häufige Ursache für Frustrationen und damit letztlich einer Abkehr von konsequenter präventiver Patientenbetreuung. Eine realistische Einschätzung der möglichen Erfolgchancen und zu erwartenden Schwierigkeiten bei der Patiententmotivierung ist somit eine wichtige Voraussetzung für eine dauerhafte eige-



## Compliance - Begriffserklärung

Compliance wurde zunächst aus ärztlicher Sicht definiert als die Bereitschaft des Patienten, (ärztliche) Anweisungen zu befolgen bzw. als seine „Bereitschaft zur Mitarbeit“. „Noncompliance“ bzw. „Lowcompliance“ beschreibt demnach ein Nichtbefolgen ärztlicher Anweisungen, bzw. ein Abweichen des Patienten vom erwarteten Verhalten, was den Therapieerfolg in Frage stellt. (Aber auch „intelligente Noncompliance“ ist denkbar, nämlich dann, wenn ärztliche Anweisungen unvollständig oder unangemessen waren.)

Die neue, erweiterte Definition umfaßt auch die arztseitigen Voraussetzungen für den Therapieerfolg: Neben der beschriebenen „Patienten-Compliance“ muß auch eine „Therapeuten-Compliance“ vorhanden sein. Behandlungsmethoden - auch Beratungen - sind nur dann optimal wirksam, wenn sie in Übereinstimmung mit dem aktuellen Stand der Wissenschaft ausgeführt werden und hinreichend ethisch motiviert sind.

Maßnahmen zur Verbesserung der Patienten-Compliance beginnen mit der Feststellung des Ausmaßes an Noncompliance und der selbstkritischen Analyse des Arzt-Patienten-Verhältnisses. Weiterhin gilt es, den Patienten besser zu verstehen, um ihn gezielter aufzuklären und motivieren zu können. Zu bedenken bleibt, daß der Patient ernste Beweggründe für die Nichtbefolgung haben kann, Beweggründe, die „Bedürfnisse widerspiegeln, die tiefer sind als die, die jene ärztliche Therapie befriedigen kann“ und daher für ihn schwerer wiegen als die negativen oralen Folgen der Noncompliance. Letztlich hat daher jeder Patient das Recht, „die Befolgung eines gesundheitlichen Ratschlags abzulehnen“.

Fiebig 1985

Tafel 1: Compliance (aus: Hendriks / Schneller 1992)

ne Motivation zu präventivzahnmedizinischer Arbeit. Dies gilt für Zahnärzte ebenso wie für zahnmedizinische Fachhelferinnen. Ziel dieser Abhandlung soll es daher sein, eine Übersicht darüber zu geben, welche Barrieren einem Motivierungserfolg entgegenstehen können und welche Voraussetzungen beachtet sein wollen, damit der Zahnarzt und die ZMF hierbei bessere (dauerhaftere) und leichtere Erfolge erzielen können.

### Ein Beispiel aus der täglichen Praxis

Zur Verdeutlichung soll von einer alltäglichen Praxissituation ausgegangen werden: Der Behandler entdeckt beim Patienten Gingivitis und Plaque. Er sieht

in einer Verbesserung der häuslichen Mundpflege durch den Patienten die ursächliche Therapie und entschließt sich (allen abrechnungstechnischen Problemen zum Trotz), den Patienten über

- die Gefahren der Plaque für Zähne und Zahnhalteapparat,
  - die erwiesene Verhinderbarkeit von Karies und Parodontitis,
  - die hierfür notwendigen richtigen Putztechniken und
  - die Notwendigkeit regelmäßiger Durchführung „morgens nach dem Frühstück und abends nach der letzten Nahrungsaufnahme“
- zu informieren. Darüber hinaus demonstriert er ihm die korrekte Putztech-



nik am Modell und gibt ihm eine Broschüre mit. Er hat das Gefühl, dem Patienten Wesentliches gesagt und somit wirklich etwas Gutes getan zu haben.

Beim nächsten Termin sind die Spuren lediglich flüchtiger Zahnpflege zu erkennen. Es ergibt sich die Frage, *warum* die zahnärztlichen Bemühungen nicht den erwünschten Erfolg hatten.

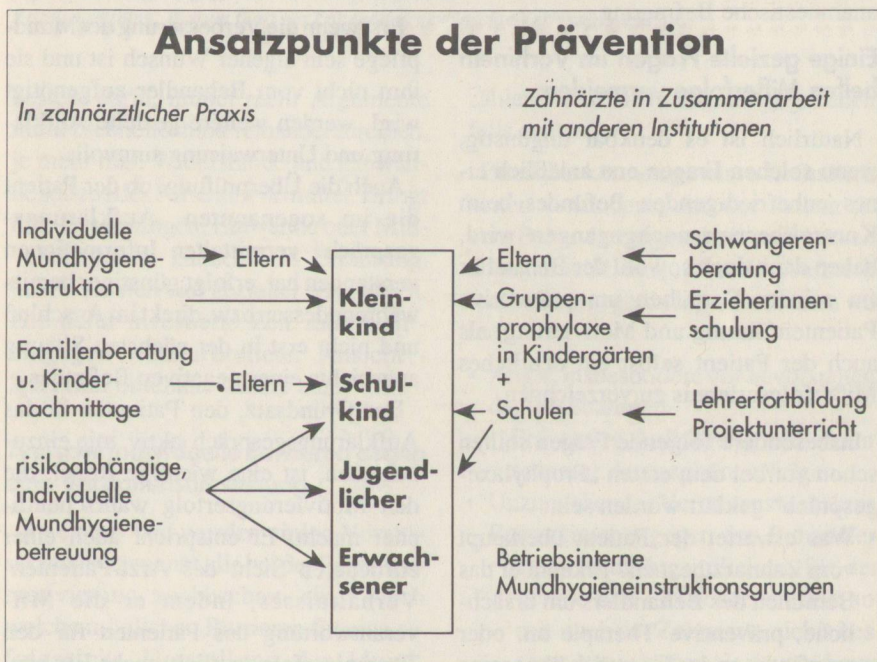
### Die Defizitanalyse ist essentiell für die „Individualprophylaxe“

Der geschulte Behandler wird zunächst eine sogenannte „Defizitanalyse“ vornehmen:

- Ist die unzureichende Mundpflege eine

Frage unzureichenden Wissens?

- Hat der Patient gewisse Zusammenhänge nicht verstanden - und somit nicht einsehen können?
- Hat er zwar die Notwendigkeit der Zahnpflege begriffen, nicht aber Sinn und Ablauf einer bestimmten Pflfetechnik?
- Ist das Defizit manueller Art?
  - Hat er zwar verstanden, warum er wie/womit putzen soll, scheitert es jedoch an der praktischen Umsetzung?
- Liegt das Problem in seiner Motivation?
  - Weiß er, warum und wie geputzt



Tafel 2: Mögliche Ansatzpunkte der Mundgesundheitserziehung



werden muß und erscheint ihm selbst eine bessere Zahnpflege durchaus wünschenswert, kann es trotzdem an der Konsequenz in der täglichen Umsetzung hapern: Die Motivation reicht u.U. nicht aus, alltägliche kleine „Barrieren“ (wie Müdigkeit vor dem Zubettgehen, zu wenig Zeit nach dem Frühstück) selbst zu überwinden.

Eine solche Defizitanalyse führt zu einer zahnmedizinisch-psychologischen Diagnose, aus der das weitere Vorgehen abgeleitet wird. Man kommt zu ihr über objektive Untersuchungen (z.B. Mundhygieneindices) und vor allem über eine anamnestiche Befragung.

### **Einige gezielte Fragen im Vorhinein helfen Mißerfolge vermeiden**

Natürlich ist es denkbar ungünstig, wenn solchen Fragen erst anlässlich eines unbefriedigenden Befundes beim Kontrollbesuch nachgegangen wird, haben dann doch sowohl der Behandler (in seinem Bemühen um präventive Patientenführung und Motivierung) als auch der Patient selbst ein deutliches Mißerfolgserlebnis zu verzeichnen.

Insbesondere folgende Fragen sollten schon vor/bei dem ersten „Prophylaxegespräch“ geklärt worden sein:

- Was erwartet der Patient überhaupt vom Zahnarztbesuch? Erkennt er das Bemühen des Behandlers um ursächliche, präventive Therapie an, oder empfindet er das Gespräch über seine Zahnpflege angesichts eines viel dring-

licher empfundenen Problems als „Zu-mutung“?

- Ist der Patient wirklich bereit, seine Mundpflege zu verbessern, weiß er, daß er sich damit auf eine unbequeme Verhaltensumstellung und eine lebenslange Aufgabe einläßt?
- Kennt und versteht er die Gründe (Befunde), die eine Verbesserung der Mundpflege angeraten erscheinen lassen?
- Kennt und anerkennt er wirklich die Vorteile, die gute Mundpflege ihm bringen würde? Wie ist seine generelle Einstellung zur Gesundheit und speziell zur Zahngesundheit?

Erst wenn die Verbesserung der Mundpflege sein eigener Wunsch ist und sie ihm nicht vom Behandler aufge-nötigt wird, werden weitere gezielte Aufklärung und Unterweisung sinnvoll.

Auch die Überprüfung, ob der Patient die im sogenannten „Aufklärungsgespräch“ vermittelten Informationen verstanden hat, erfolgt günstiger bereits währenddessen bzw. direkt im Anschluß und nicht erst in der nächsten Sitzung angesichts eines negativen Befundes.

Der Grundsatz, den Patienten in das Aufklärungsgespräch aktiv mit einzu-beziehen, ist eine wichtige Regel, die den Motivierungserfolg wahrscheinlicher macht. Er entspricht auch einer ehrlicheren Sicht des Arzt-Patienten-Verhältnisses, indem er die Mitverantwortung des Patienten für den Therapieerfolg deutlich macht. Ein häufiger Fehler bei der Überzeugungsarbeit



<b>Wissensdefizit:</b>	Kenntnisse fehlen, warum und wie Zahnpflege betrieben werden muß Verständnis für die Zusammenhänge der Krankheitsentstehung und der Präventionsmöglichkeiten fehlen
<b>Interventionsansatz:</b>	Wissen und Verständnis vermitteln
<b>Fertigkeitsdefizit:</b>	Manuelle Fertigkeiten im Umgang mit Zahnbürste und/oder Zahnseide sind unzureichend Patient kann z.B. die Rückstände einer Plaqueeinfärbung nicht selbst entfernen
<b>Interventionsansatz:</b>	Demonstrieren, Üben, Kontrollieren
<b>Durchführungsdefizit:</b>	Wenn der Patient alles Nötige weiß und kann, das gewünschte Verhalten aber nicht ausführt
<b>Interventionsansatz:</b>	Vertiefte Motivationsanalyse Bedingungen für Durchführung verändern

Tafel 3: Wichtige Begriffe zur Verhaltensdiagnostik

Problemstellung: Warum führt ein Patient das gewünschte Verhalten nicht aus?

besteht darin, immer mehr Argumente immer schneller hintereinanderzureihen, je mehr man Widerstände und Einwände seitens des Patienten vermutet. Bringt man Erwartungen, Einwände oder Mißverständnisse zunächst in Erfahrung, lassen sie sich viel gezielter ausräumen. Die dafür investierte Zeit zahlt sich - entgegen weitverbreiteter Ansicht - späterhin durchaus wieder aus.

### Typische individuelle Barrieren gegen eine Verhaltensumstellung

Im ersten Teil wurden einige Voraussetzungen genannt, die bei der Patientenmotivierung zu beachten sind. Doch welche möglichen Barrieren für eine erfolgreiche Umstellung der Mundhygienegewohnheiten lassen sich auf-

zählen? Worauf muß man gegebenenfalls achten?

Zunächst können gewisse Befindlichkeiten verhindern, daß der Patient der vom Behandler angeschnittenen Präventionsthematik ausreichende Aufmerksamkeit entgegenbringt. Zu nennen wären:

- Angst, insbesondere vor bevorstehenden Maßnahmen
- Präventive Aufklärung muß in entspannter Atmosphäre erfolgen.
- Unzureichendes Vertrauensverhältnis/Ressentiments gegen den Behandler.
- Bei einem Jugendlichen, für den gerade alle Erwachsenen und somit auch der Zahnarzt „nichts besseres zu tun haben als dauernd gute Ratschläge zu verteilen“, wird man



Motivierungssuche entweder einem selbst noch jugendlichen Teammitglied überlassen oder tunlichst auf einen späteren Zeitpunkt verschieben.

- Ressentiments gegen das Thema sind denkbar, z.B. wenn ungeschickte Motivierungsversuche mit ständig wiederkehrenden Ermahnungen vorangegangen sind (ein solcher Verdacht muß offen angesprochen werden!).
  - Hier ist deutlich zu machen, daß unzureichende Mundpflege mit ihren Konsequenzen die Probleme des Patienten, nicht die des Behandlers sind. Der Patient ist aufzufordern, sich zu überlegen, was er will. Halbherzige Aufklärungsversuche sind (ebenso wie heruntergespulte Monologe) nicht nur nicht erfolgreich; sie wirken sogar kontraproduktiv!
- Zur Zeit vorherrschende andersgelagerte Bedürfnisse.
  - Das Hauptanliegen des Patienten (z.B. ein verfärbter Frontzahn oder Unzufriedenheit mit einer Prothese) muß erfragt werden. Besitzt die Lösung dieses Problems für ihn eine hohe subjektive Dringlichkeit, wird man ihm eine (häufig sinnvolle) vorausgehende Mundhygiene unterweisung nur nahebringen können, wenn es gelingt, ihm diese als notwendigen Schritt zu einer sinnvollen Befriedigung eben seines Hauptanliegens plausibel zu machen.

### **Vorläufiges Ziel: Erreichen von Problembewußtsein**

Nur wenn eine ausreichende Bereitschaft des Patienten, sich auf das Thema Prävention und Mundhygiene einzulassen, sichergestellt ist, sollte ein Aufklärungs- und Beratungsgespräch fortgesetzt werden. Inhaltlich-motivational sind dabei (in Anlehnung an das sogenannte Health-Belief-Modell, siehe Tafel 4) zunächst folgende Ziele anzustreben:

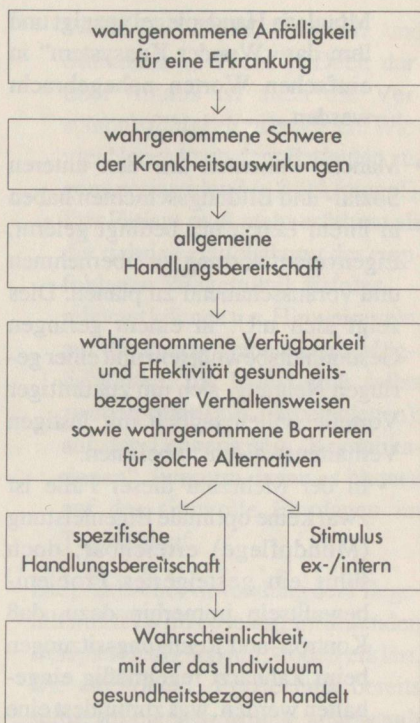
1. Der Patient muß - rational und emotional - positive Grundhaltung zum angestrebten Ziel „Mundgesundheit“ bekommen: diese zu erreichen und aufrechtzuerhalten muß ihm ein Bedürfnis werden.
2. Er muß über die bei ihm zur Zeit bestehenden individuellen Risiken bezüglich Karies und Parodontitis aufgeklärt werden.
3. Er sollte verstehen und anerkennen, daß er diese Risiken durch entsprechendes Verhalten, das ihm erklärt bzw. mit ihm eingeübt wird, vollständig verhindern kann. Hierzu braucht er Hintergrundinformationen, z.B. über die plaquebedingte Entstehung dieser Krankheiten.
4. Wissen bedeutet noch lange nicht Handeln! Wurde ein grundsätzliches Problembewußtsein erreicht, muß nun sichergestellt werden, daß der Patient tatsächlich zu handeln beginnt.



Dieses Modell geht von einem rational gelenkten und beeinflussbaren Patienten aus und weist auf vier Voraussetzungen oder „Gesundheitsvorstellungen“ hin, die erfüllt sein müssen, damit der Patient ein erwünschtes (präventives) Verhalten zeigt:

1. muß er einsehen, daß er von einer bestimmten Krankheit tatsächlich betroffen werden kann und
2. daß dies schwerwiegende negative Konsequenzen für ihn haben würde;
3. muß er konkrete und durchführbare Möglichkeiten kennen, sie zu verhindern; er muß
4. bereit sein, die damit verbundenen Anstrengungen auf sich zu nehmen (der erforderliche Aufwand muß in angemessenem Verhältnis zum erwarteten Nutzen stehen).

Sind diese Voraussetzungen gegeben, so bedarf es noch eines Anstoßes (z.B. durch einen ärztlichen Hinweis auf seine persönlichen Risiken), damit der Patient das erwünschte sinnvolle Verhalten mit einiger Wahrscheinlichkeit ausführt (83).



Tafel 4 Das Health-Belief-Modell

## Soziale und kulturelle Barrieren gegen eine Verbesserung des Mundgesundheitsverhaltens

Auf diesem Weg sind unter anderem folgende Barrieren für den Motivierungserfolg zu bedenken:

- Es existiert kein angeborenes Bedürfnis nach Zahnreinigung. Die Folgen unterlassener Mundpflege treten erst nach langer Zeit ein.
- Das Aufzeigen von negativen Konsequenzen (auch Vernunftappell genannt) *alleine* ist ein unzureichender

Motivator. Der Patient braucht auch emotionale - positive - Argumente für das erwünschte Verhalten: Gesundheit bedeutet nicht (nur) lästige Pflichten, sondern sollte auch für Leistungsfähigkeit, Attraktivität etc. stehen.

- Voraussetzung für Wertschätzung (in diesem Fall der eigenen Zähne) ist Beachtung. Es gilt also die Achtung des eigenen Gebisses durch Beachtung und Beobachtung zu fördern: Dem Patienten soll möglichst viel im eigenen



Mund via Handspiegel gezeigt und ihm das „Wunder Kausystem“ in einfachen Worten nahegebracht werden.

- Manche Patienten aus den unteren Sozial- und Bildungsschichten haben in ihrem Leben nur bedingt gelernt, Eigenverantwortung zu übernehmen und vorausschauend zu planen. Dies zeigt sich u.U. in einem geringen Gesundheitsbewußtsein und einer geringen Neigung, sich um zukünftiger Vorteile willen täglich mit lästigen Verhaltensweisen zu belasten.
  - In der Mehrzahl dieser Fälle ist zwar keine optimale Eigenleistung (Mundpflege) erreichbar, doch führt ein gesteigertes Problembewußtsein immerhin dazu, daß Kontroll- und Reinigungssitzungen beim Zahnarzt regelmäßig eingehalten werden, was zumindest eine Schadensbegrenzung gewährleistet.
- Der Zahnarzt wird für den Behandlungserfolg verantwortlich gehalten oder hält sich selbst dafür verantwortlich. Der Patient hat u.U. subjektiv kein Problembewußtsein.
  - Bleibt es hierbei, sind Mißerfolge vorprogrammiert, denn ein Handeln dem Zahnarzt zuliebe ist unwahrscheinlich, ein Handeln auf Anweisung erfahrungsgemäß nicht von langer Dauer, zumal die häusliche Durchführung der Mundpflege nicht ausreichend kontrollierbar ist.
- Angekündigte parodontalchirurgische Maßnahmen verursachen beim Patienten Angst (häufig aufgrund von „Schauermärchen“ aus dem Bekanntenkreis). Er neigt daraufhin dazu, das gesamte Problem zu verdrängen, und läßt sich auch auf die Mundhygieneinstruktion nur unwillig ein.
  - dies ist ein nicht seltener Vorbehalt. Durch sachliche Aufklärung sollten realistische Erwartungen etabliert werden. Der Patient sollte erkennen, daß er selbst durch sein Mitwirken wesentlichen Einfluß auf Notwendigkeit, Umfang und Verlauf späterer Behandlungen hat. Er sollte sich nicht dem Behandler und seinem Therapievorschlag ausgeliefert fühlen.
- Der Patient glaubt nicht so recht, daß er seinen Gebißverfall beeinflussen/verhindern kann.
  - Die Vorstellung, schlechte Zähne seien angeboren, ist weit verbreitet. Da sie den zahnärztlichen Erläuterungen widerspricht, wird sie je doch vergleichsweise selten geäußert (nachfragen!). Sie sollte nicht kategorisch wegdiskutiert werden; eher kann argumentiert werden, daß bei höherem individuellem Risiko eben ein höherer Pflegeaufwand notwendig sei, um die Gesundheit zu erhalten.
  - Auch generelle Zweifel an den eigenen Fähigkeiten können die Ursache sein. Läßt sich diese negative Einschätzung nicht beseitigen, ge-



winnt sie die Bedeutung einer „Sichselbst-erfüllenden Prophezeiung“. Hier helfen schnelle Erfolgserlebnisse durch besonders kleine Lernschritte, verbunden mit Lob und Bestärkung.

### **Mißerfolgsmöglichkeiten trotz vorhandener Bereitschaft des Patienten**

Nur wenn beim Patienten eine grundlegende Handlungsbereitschaft - möglichst aus Einsicht - erreicht werden konnte, kann sinnvoll mit der Instruktion begonnen werden. Dabei ist immer zu vergegenwärtigen, daß eine verbesserte Mundhygiene nicht nur ein Umlernen im Gebrauch der Zahnbürste bedeutet, so schwierig dies für manchen - insbesondere älteren - Patienten bereits sein kann. Vielmehr handelt es sich um eine weitreichende Verhaltensumstellung, die nicht von einer Sitzung zur anderen bewältigt werden kann.

Auf dem Weg von der Einsicht, daß eine Verbesserung der eigenen Mundhygiene sinnvoll wäre, bis hin zur tatsächlichen täglichen Anwendung einer optimierten Mundpflege sind wiederum eine Vielzahl von Hindernissen und erschwerenden Umständen denkbar, von denen hier einige genannt werden sollen:

- Die Instruktionen sind nicht ganz verständlich oder nicht vollständig. Dies bedeutet, daß die praktische Umsetzung zu Hause erschwert ist oder der mögliche Erfolg geschmälert wird.
  - Verständlichkeit hat ihre Regeln (gute Gliederung, Einfachheit der

Worte und Sätze, Prägnanz und Stimulanz („Würze“). Doch darüber hinaus ist auch die *Verständnisfähigkeit* zu beachten: Wieviel Neues kann dem Patienten zugemutet werden? (- Rückfragen!)

- Der Patient muß mehr erfahren als die richtige Handhabung der empfohlenen Pflegemittel. Erfolgsrelevant können u.a. Hinweise sein: auf die Putzsystematik; auf Möglichkeiten, die Effektivität selbst zu überprüfen (z.B. Färbetabletten); auf den Umgang mit „Komplikationen“ (was tun, wenn es blutet); auf das sinnvolle Einplanen im Tagesablauf.
- Die praktische Anwendung der Pflegehilfsmittel wird (wie im einführenden Beispiel) lediglich am Modell erklärt. Die empfohlene Putztechnik bereits selbst im eigenen Munde angewandt zu haben, hat für den Patienten entscheidende Vorteile: Erstens ist damit die bedeutsame Schwelle von der Absicht zum tatsächlichen Handeln überschritten. Zweitens ist dies die effektivste Art der Verständnisprüfung (bei beobachteten Schwierigkeiten wird man den Umfang der Instruktionen reduzieren). Drittens konnte sich der Patient so selbst beweisen, „daß es geht“ und er es auch kann. Hierin sollte der Behandler ihn ausdrücklich bestärken („Verstärkung“).
- Der Patient verläßt die Praxis mit dem Gefühl, daß der Zahnarzt zwar in allem Recht hat, aber ...



- Die Anweisungen müssen realistisch sein - und zwar aus der Sicht des Patienten! Zahnpflege am Arbeitsplatz z.B. ist sicherlich fast überall möglich, aber vielleicht fehlt zunächst noch die Überzeugung, um den erwarteten gutmütigen Spott der Kollegen hinzunehmen bzw. adäquat zu erwidern ...
  - Trotz bester Vorsätze scheitert die konsequente Umsetzung des Erlernen/Erfahrenen. Der Patient sieht sich zu Hause mit vielen kleinen, aber unerwartet hemmenden Hindernissen konfrontiert. Zum Beispiel: Wenn morgens die Zeit zur Zahnpflege naht, stellt er fest, daß er bereits dringend zum Bus muß. Abends putzt er zwar nach dem Abendbrot, nach dem Fernsehnack vergißt er das (wie verabredet besonders gründliche) Putzen jedoch häufig „vor Müdigkeit“.
  - Solche Patienten tun sich offensichtlich schwer, die sprichwörtliche Macht alter Gewohnheiten zu brechen. Ist ihr guter Wille nicht nur vorgetäuscht, lohnt es sich, ihnen detaillierte Hilfestellung zu geben, wie sie sich quasi selbst überlisten/zwingen können: Der Tagesablauf wird gemeinsam durchgesprochen, und es werden – ggf. schrittweise – die Mundhygienemaßnahmen fest im bisherigen Ablauf verankert und durch Erinnerungstützen gesichert.
  - Der Patient weist unzureichende Motivation auf.
  - Diese (Verhaltens-)Diagnose darf nicht voreilig gestellt werden (die bereits aufgeführten Punkte sollten dies verdeutlicht haben). Bleiben deutliche Fortschritte jedoch trotz intensiver Unterstützung aus, ist zu vermuten, daß es dem Patienten an der generellen Wertschätzung seines Kauorganes mangelt. Immer wiederkehrende Ermahnung wäre hier eher schädlich. Angemessen sind Maßnahmen zur Schadensbegrenzung und begleitende Versuche, das Interesse und die Wertschätzung des Patienten für seine Zähne (z.B. durch behandlungsbegleitende Aufklärung, aber auch durch den Hinweis auf finanzielle Konsequenzen) sukzessive zu steigern.
  - Die Mundhygienewerte des Patienten verzeichnen nach einer gewissen Zeit vergleichsweise guter Pflege wieder einen Rückfall.
    - Dies ist die Regel und nicht die Ausnahme. Nicht nur der Behandler, sondern auch der Patient muß dies wissen. Die Notwendigkeit eines individuellen Recalls und sogenannter „Remotivierung“ sollte von Anfang an klar sein.
- Abschließend seien in der Tafel 5 noch einige weitere Tips zur praktischen Mundhygieneunterweisung aufgeführt.

### Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß der Zahnarzt mit der präventiven



## Praktische Hinweise zur Unterrichtung oraler Hygienefertigkeiten

### Taktik

### Beispiel

- |                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Beschreiben Sie, was gelernt werden soll                                                             | „Heute werden wir Ihnen eine neue Zahnpflegetechnik zeigen, mit der Sie besonders gut den Zahnfleischsaum reinigen können. Wir wollen das etwas üben und Ihren Erfolg damit dann in der nächsten Woche überprüfen.“ |
| 2. Verteilen Sie das Training über mehrere Sitzungen, wenn es sehr komplex ist                          | „Unsere Fachhelferin Tanja wird Ihnen dies zeigen und später auch die Zahnzwischenraumreinigung. Dafür können Sie mit ihr direkt einen weiteren Termin abmachen.“                                                   |
| 3. Konzentrieren Sie das Training am Anfang, später reichen größere zeitliche Abstände                  | „Heute werden wir für das Vorsorgeprogramm etwa 45 Minuten brauchen; in den nächsten beiden Sitzungen etwa 20-30 Minuten.“                                                                                          |
| 4. Beginnen Sie mit den einfachsten Aufgaben, um ein frühes Erfolgserlebnis vermitteln zu können.       | „Das Zähnebürsten ist äußerst wichtig, und Sie führen es schon ganz gut aus. Durch eine Verbesserung der Technik können Sie noch bessere Plaquewerte erreichen.“                                                    |
| 5. Am Anfang nur besonders wichtige Informationen geben und Aufgaben stellen                            | „Das Zahnfleisch an diesen beiden Backenzähnen ist besonders entzündet. Sehen Sie das? Lassen Sie uns dort anfangen!“                                                                                               |
| 6. Kombinieren Sie verbale Beschreibungen mit Demonstrationen                                           | „Legen Sie die Bürsten in einem Winkel von 45° gegen den Zahnfleischsaum.“                                                                                                                                          |
| 7. Verwirren Sie den Patienten nicht durch zuviele Aufgaben oder Instruktionen                          | „Okay, wie Sie Ihre Zahnzwischenräume mit Zahnseide reinigen können, zeige ich Ihnen das nächste Mal.“                                                                                                              |
| 8. Verstärken Sie alle Annäherungen an das korrekte Verhalten                                           | „Ja, so sind die Rüttelbewegungen richtig. Nur ein ganz wenig die Bürsten hin und her, sehr schön.“                                                                                                                 |
| 9. Geben Sie Ihre Rückmeldungen in einer unterstützenden Art                                            | „Ja, so ist es richtig. Bewegen Sie die Zahnseide langsam. Legen Sie sie noch etwas mehr um den Zahn herum. Ja, so!“                                                                                                |
| 10. Wiederholen Sie vorher Gelerntes, bevor Sie mit einer neuen Übung fortfahren wollen                 | „Prima. Den Bürstkopf im 45°-Winkel anlegen, einige Male rütteln und nach innen auswischen. Lassen Sie uns nun zu den Frontzähnen überwechseln ... Sehr schön, das haben Sie richtig verstanden.“                   |
| 11. Setzen Sie die Übung über den Punkt hinaus fort, an dem der Patient es das erste Mal richtig machte | „Das letzte Mal zeigten Sie mir ja schon eine nahezu perfekte Zahnpflege. Ich möchte heute noch mal sehen, ob wir wirklich nichts mehr verbessern können.“                                                          |

Quelle: Chambers, D. W. und Abrams, R. G.: Dental Communication



Betreuung eine Aufgabe übernommen hat, die ihn im Einzelfall mit Schwierigkeiten konfrontieren kann, welche er während seiner universitären Ausbildung weder zu erkennen noch zu managen gelernt hat. Ziel dieses Artikels war es, den Zahnarzt für die Vielfältigkeit der Ursachen zu sensibilisieren, die hinter einem unbefriedigenden Prophylaxeerfolg stehen können. Weiterhin sollte aufgezeigt werden, welche Bewußtseins- und Lernvorgänge beim Patienten (nacheinander) ablaufen bzw. hervorgerufen werden müssen, um eine langfristige Verbesserung der Mundhygiene zu erreichen.

Es wurde klargestellt, daß auch mit effizienterem psychologischen Rüstzeug nicht bei *jedem* Patienten ein voller Präventionserfolg erzielt werden kann. Um häufigere, sicherere und zugleich leichtere Erfolge zu haben, bedarf es jedoch einer stärkeren Einbeziehung des Patienten, basierend auf einem eher partnerschaftlichen Grundverständnis der Arzt-Patient-Beziehung mit geteilter Verantwortung, bestimmter kommunikativer Fertigkeiten, sowie eines wohl-durchdachten Präventionskonzepts für die Praxis.

## Verwendete und weiterführende Literatur:

Hendriks, J. und Schneller, Th.:  
Patientenführung, Beratung und Motivierung in der präventiven Zahnheilkunde. Quintessenz-Verlag, Berlin 1992

Institut der deutschen Zahnärzte (IDZ):  
Curriculum Individualprophylaxe in der kassenzahnärztlichen Versorgung. Sonderband; Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1991

Schneller, Th., Mittermeier, D. Schulte am Hülse, D. Micheelis, W.:  
Mundgesundheitsberatung in der Zahnarztpraxis  
Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1990

Weinstein, P., Getz, T., Milgrom, P.:  
Prävention durch Verhaltenänderung.  
Deutscher Ärzte-Verlag 1989

Dr. Jörg Hendriks  
Julianenburger Str. 15,  
2960 Aurich  
Dr. Thomas Schneller  
Abteilung Medizinische  
Psychologie der Medizinischen  
Hochschule Hannover  
3000 Hannover 61



# **Prophylaxe Die Zukunft der Zahnheilkunde**

**Der Zahnarzt und sein Team**

Einladung  
für Zahnärzte und zahnärztliche Assistenzberufe

„Stuttgarter Präventive Tage“  
Im Kultur- und Kongreßzentrum Liederhalle in Stuttgart

10. Juni 1993 – 12. Juni 1993

Auskunft und Anmeldung:  
Zahnärztliches Fortbildungszentrum  
Herdweg 50, 7000 Stuttgart 1  
Fax: 0711/22716-41

**Arbeitsgemeinschaft „Arbeitswissenschaft und Zahnheilkunde“  
der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde**

## **Jahrestagung**

**am 22., 23. Oktober 1993 in Hannover**

*Tagungsort:*  
ZMK-Klinik Hannover  
Konstanty-Gutschow-Str. 8, 3000 Hannover 61

*Tagungsthema:*  
Gesunderhaltung durch entspannte Arbeitshaltung  
- Anspruch und Wirklichkeit

*Tagungsleiter:*  
Dr. Bert Wagner/ Zahnarzt Hans K. Jaeger

*Information und Anmeldung:*  
Dr. K. Kimmel, Löhrrstr. 139, 5400 Koblenz  
Telefon 0261-34818, Fax 0261-34609



Alles, was Zähne und Zahnfleisch gesund hält.



**Oral-B**

Zahnpflege, wie sie sein soll.



# Erweiterter Einsatzrahmen der zahnärztlichen Mitarbeiterinnen durch das GSG abgesegnet

U. Happ

Durch Teamarbeit können in der Praxis Motivation, Arbeitsablauf und Ergebnisse deutlich verbessert werden. Doch blieb lange unklar, welche Tätigkeiten am Patienten an die Mitarbeiterinnen deliegiert werden dürfen. Der Zahnarzt bewegt sich im rechtsunsicheren Raum und die einzelnen Kammerbereiche interpretieren die Situation durchaus widersprüchlich.

Auf einer Koordinierungskonferenz ist es der Bundeszahnärztekammer am 23.3.91 und abschließend am 6.5.92 gelungen, einen einheitlichen Einsatzrahmen für Zahnarzhelferinnen mit berufsbegleitender bzw. Aufstiegsfortbildung gemäß §46 Berufsbildungsgesetz festzulegen, der den bisherigen §1 des Zahnheilkundengesetzes sehr dehnt.

Der konkret beschlossene Einsatzrahmen:

„Je nach objektiven Qualifikationsstufen eröffnet sich ein zulässiger Rahmen von Hilfeleistungen, der bis an den durch nachfolgende konkrete und beispielhafte Aufzählung beschriebenen Rahmen reichen kann.

## Radiologische Untersuchungen

Einsatzrahmen ist die technische Erstellung des Röntgenbildes. Die Rönt-

genanordnung ist vom Zahnarzt zu erteilen.

## Dokumentation

z.B. Teiltätigkeiten bei der Kieferabformung zur Erstellung von Situationsmodellen,

z.B. Erheben und Dokumentieren von nicht-invasiv ermittelten Indizes.

## Konservierender / prothetischer Bereich

z. B. relative Trockenlegung von Zähnen und Teiltätigkeit beim absoluten Trockenlegen

z. B. Teiltätigkeiten bei der Anfertigung von Provisorien

z. B. Endpolitur von Füllungen

## Kieferorthopädie

z.B. Anpassung von Bändern zur Vorbereitung der Multibandbehandlung,

z.B. Befestigen von Bögen nach Eingliederung durch den Zahnarzt,

z.B. Ausligieren von Bögen

## Karies- und Gingivitisprävention

z.B. lokale Fluoridierung nach Verordnung

z.B. Reinigung der supra-gingivalen Zahnoberflächen

## PAR-Bereich

z.B. Teiltätigkeiten bei der Wundversorgung: Verbände

z.B. Remotivation und Instruktion“



Mit dem GSG (Gesundheitsstrukturgesetz) wurden diese Grundsätze nun legitimiert und (den langjährigen Forderungen des DAZ und der DGP folgend) sogar ausgeweitet:

### **Änderung Zahnheilkundegesetz – Einsatzrahmen für qualifizierte Helferrinnen –**

Neu eingefügte Absätze 5 und 6 zu § 1 Zahnheilkundegesetz:

*(5) Approbierte Zahnärzte können insbesondere folgende Tätigkeiten an dafür qualifiziertes Prophylaxe-Personal mit abgeschlossener Ausbildung wie Zahnmedizinische Fachhelferin, weitergebildete Zahnarzthelferin, Prophylaxehelferin oder Dental-Hygienikerin delegieren: Herstellen von Röntgenaufnahmen, Entfernen von weichen und harten sowie klinisch erreichbaren subgingivalen Belägen, Füllungsplastiken, Legen und Entfernen provisorischer Verschlüsse, Herstellung provisorischer Kronen und Brücken, Herstellung von Situationsabdrücken, Trockenlegen des Arbeitsfeldes relativ und absolut, Erklärung der Ursachen von Karies und Parodontopathien, Hinweise zu zahngesunder Ernährung, Hinweise zu häuslichen Fluoridierungsmaßnahmen, Motivation zu zweckmäßiger Mundhygiene, Demonstration und praktische Übungen zur Mundhygiene, Remotivation, Einfärben der Zähne, Erstellen von Plaque-Indizes, Erstellen von Blutungs-Indizes, Kariesrisikobestimmungen, lokale Fluoridierung z.B. mit Lack oder Gel, Versiegelung von kariesfreien Fissuren.*

*(6) In der Kieferorthopädie können insbesondere folgende Tätigkeiten an Zahnmedizinische Fachhelferrinnen, weitergebildete Zahnarzthelferrinnen oder Dental-Hygienikerinnen delegiert werden: Ausligieren von Bögen, Einligieren von Bögen im ausgeformten Zahnbogen, Auswahl und Anprobe von Bändern an Patienten, Entfernen von Kunststoffresten und Zahnpolitur auch mit rotierenden Instrumenten nach Bracketentfernung durch den Zahnarzt.*

Zu beachten ist, daß dieser erweiterte Einsatzrahmen laut Gesetzestext nur für qualifiziertes Prophylaxe-Personal mit abgeschlossener Ausbildung gilt. Dieser im Gesetz gewählte Begriff ist neu, und es wird eine Erläuterung gegeben: Zahnmedizinische Fachhelferin, weitergebildete Zahnarzthelferin, Prophylaxehelferin oder Dental-Hygienikerin. Dies sind z.T. Berufsbezeichnungen, die in den verschiedenen Ländern der Bundesrepublik verschieden interpretiert werden oder die es bei uns (noch) gar nicht gibt. Im folgenden Beitrag geht Frau M. Poswa-Scholzen sehr detailliert auf die verschiedenen derzeitigen Qualifizierungsmöglichkeiten in den einzelnen Ländern der Bundesrepublik ein; auch stellt sie den Ausbildungsrahmen, den Einsatzbereich sowie die Gehaltsvereinbarungen dar.

Leider gibt es bei diesen Weiterbildungsmöglichkeiten erhebliche Landesunterschiede in der Bundesrepublik, und es ist auf eine kommende Anpassung zu hoffen, wie sie in den BDZ-Grundsät-



zen zum Helferinnen-Tätigkeitsrahmen vorgesehen ist:

*Aufgrund der Aufgabenstellung und der Zuständigkeit nach dem Heilberufsgesetz und dem Berufsbildungsgesetz und auf Grund der zahnärztlichen Verantwortung wird die Zahnärztekammer einen gleichen und objektiven Fortbildungsstand bei Zahnarztthelferinnen überwachen und überprüfen.*

Gemeinsame Voraussetzung für eine qualifizierende Weiterbildung zum Ausfüllen des erweiterten Einsatzrahmens der Zahnarztthelferin sind hierbei (B. Stern, *Delegierbare Aufgaben in der Praxis- Voraussetzungen, Quintessenz Journal* 22 (1992) 883-890):

- Ausbildung nach §§3,4 Berufsbildungsgesetz (= Inhalte des Berufsbildes Zahnarztthelferin)
- Abschlußprüfung vor einer Zahnärztekammer
- 2-jährige Tätigkeit als (ausgebildete) Zahnarztthelferin

Bleibt die Frage der im GSG erwähnten *Dental-Hygienikerin*, die es bei uns nicht gibt. Gemeint ist vielleicht die in anderen Ländern (USA, Dänemark, Holland, Schweiz) ausgebildete *Dental-Hygienist*: dürfen wir dieses gut ausgebildete Fachpersonal, durch EG-Recht erleichtert, nun entsprechend ihrer Ausbildung einsetzen? Auf meine entsprechende Frage hat mir der Jurist und Verbandsdirektor des BDZ, Herr Schulze-Wilk, Anfang des Jahres wie folgt geantwortet:

„Die EG und die Verwirklichung des Binnenmarktes haben keinen Einfluß auf die Anerkennung einer ausländischen Ausbildung von Helferinnen. Es bleibt dabei, daß die Helferin mit ausländischer Ausbildung hier einen Abschluß nach dem Berufsbildungsgesetz machen muß, um sich als „Zahnarztthelferin“ zu betätigen... Die „klassische“ Form der Dental-Hygienist kann nach wie vor in Deutschland nicht selbstständig tätig werden. Die Verwendung des Begriffes DH im GSG ist ein Mißgriff, da es diese Berufsbezeichnung offiziell in Deutschland nicht gibt .... Bei einer Zahnarztthelferin mit einem Abschluß nach dem Berufsbildungsgesetz ist eine objektive Qualifikation gegeben, die dem Zahnarzt Rechtssicherheit gibt...“

Heißt also **nein**, denn nach GSG und BDZ-Interpretation dürfen wir in der Praxis im angesprochenen Bereich nur dafür *qualifizierte Zahnarztthelferinnen* beschäftigen. Für die anderen Arbeitsbereiche der Zahnarztthelferinnen können wir jede beliebige Person einsetzen, wenn wir sie angelehrt haben und beaufsichtigen. Hierüber gibt es laut RA Fiebelkorn keine gesetzlichen Vorschriften und auch § 2 der Unfallverhütungsvorschrift bietet diese Möglichkeit.

Dr. U. Happ  
Spadenteich 1  
2000 Hamburg 1



# Amalgamabscheider

## Falsch und Richtig

Sehr verehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor!

Eine große Schar eifriger Verkäufer zieht zur Zeit alle Register, um den Zahnärzten, die ja zum Kauf verpflichtet sind, dezentrale Einzelplatz-Amalgamabscheider (Zentrifugen) zu verkaufen. Sie tun dies, obwohl sie wissen, daß es einen besseren und billigeren Weg gibt.

**Falsch:** Zentrale Abscheidung ist nur bei einem Gefälle der Rohre möglich.

**Richtig:** Wenn die Saugleitungen benutzt werden, ist kein Gefälle erforderlich; es darf sogar sanft bergan verlaufen. Sollen die Abflüsse der Einheiten vakuumfrei in den Abscheider geleitet werden, beträgt das vorgeschriebene Mindestgefälle nur 2%.

**Falsch:** Die Länge der Rohrleitungen von den Einheiten zum Abscheider darf 6m nicht überschreiten.

**Richtig:** Es gibt zur Länge der Rohre im Hause der Praxis keine gültigen Beschränkungen.

**Falsch:** Zentrale Abscheidung erfordert viel Platz, ein Keller muß vorhanden sein.

**Richtig:** Der Sedas 4 benötigt eine freie Wandfläche von 180cm Höhe und 100cm Breite bei einer Einbautiefe von 15cm. Kelleraufstellung ist von Vorteil, doch ist ebenerdige Aufstellung auch oft möglich.

**Falsch:** Nur wo bisher eine Feuchtabsaugung bestand, ist zentrale Abscheidung möglich.

**Richtig:** In den meisten Praxen mit Trockenabsaugung sind die Rohre zur Aufnahme einer Feuchtabsaugung geeignet. Hinter dem Abscheider, der auch separiert, können alle bekannten Vakuumzeuger verwandt werden.

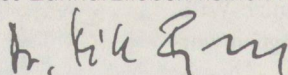
**Falsch:** Die Einleitung der Speischalen in das Saugsystem ist ein ungelöstes Problem.

**Richtig:** Der Einbau eines tauglichen Saugstromventils (Platzwähler) ist jedem Dentaltechniker, der guten Willens ist, leicht möglich. Es gibt eine Vielzahl tauglicher Platzwähler, die von den Herstellern der Einheiten auch serienmäßig verwandt werden: Dürr, Cattani, Depla, Slaby. Wenn kein kooperationswilliges Depot gefunden wird, kann ich überregional praktische Hilfe vermitteln.

**Falsch:** Mehr High-Tech erleichtert den zahnärztlichen Alltag.

**Richtig:** Einfache Prinzipien schaffen Unabhängigkeit und Sicherheit.

Ich empfehle Ihnen meinen Sedas 4,  
weil er ein langes Zahnarztleben keinen Ärger machen wird.



(Dr. Till Ropers)

Dental-Geräte-Technik Dr. Till Ropers GmbH  
Alter Marktplatz 4 2162 Steinkirchen Tel. 04142 / 4377



# Überzeugend in Qualität und Wirkung.

## Die medizinische Zahncreme

AJONA amin-o-med erfüllt durch ihre wertvollen Bestandteile alle Bedingungen für eine wirksame und wissenschaftlich abgesicherte individuelle Mund- und Zahnpflege.

Klinisch erprobt am Zahnärztlichen Institut der Universität Zürich.

## Bewährte Wirkstoffkombination

Aktuelle Erkenntnisse aus Wissenschaft und Natur vereint in AJONA amin-o-med ergeben ein hervorragendes Wirkungsspektrum: ■ stark kariesprotektiv ■ reduziert Glattflächen- und Dentinfissurenkaries ■ fördert Remineralisation ■ hemmt Plaque- und Zahnsteinbildung ■ hoher Keratinisationsindex

enthält: Bis-(hydroxyethyl)-aminopropyl-N-hydroxyethyl-oktadecylamin-dihydrofluorid und Natriumfluorid 1200 ppm F

## Fortschrittliche Deklaration

Die freiwillige Deklaration der Inhaltsstoffe von AJONA amin-o-med und die quantitative Angabe der aktiven Wirkstoffe auf der Packung und dem Beipackzettel ermöglichen der Zahnärzteschaft und dem Verbraucher eine objektive Beurteilung von Qualität und Wirksamkeit.

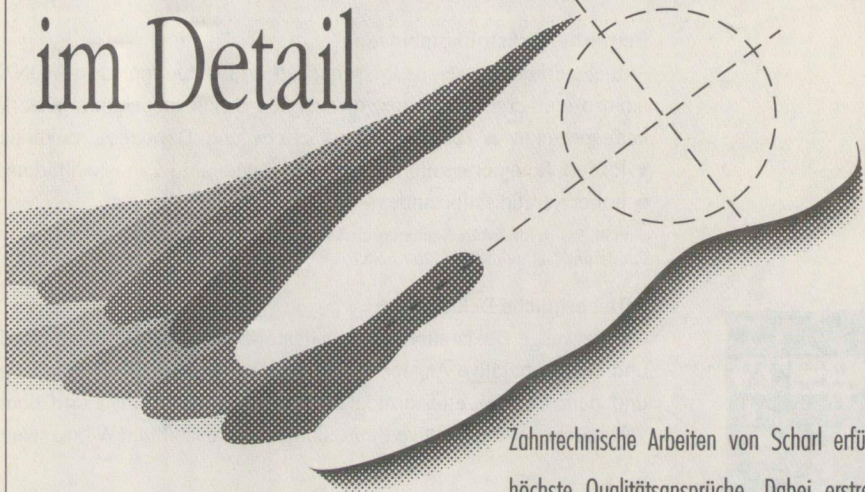
**AJONA®**  
amin-o-med  
Fluorid-Kamillen-  
Zahncreme





# Präzision

im Detail



Zahntechnische Arbeiten von Scharl erfüllen höchste Qualitätsansprüche. Dabei erstreckt sich das Know-How unserer Techniker auf alle Spezialgebiete. Wählen Sie die Fachrichtung - wir sorgen für die fachgerechte Realisierung. Unser breites Leistungsspektrum steht zu Ihrer Verfügung.

Übrigens: Kompetenz kommt von Können, Qualität von Niveau.

ZAHNTECHNIK  
**Scharl**

Zahntechnik Scharl • Kleinraigerling 66 • 8450 Amberg • Telefon: 0 96 21/379-0



# Fortbildungsmöglichkeiten für Zahnärzthelferinnen

Mechtild Poswa-Scholzen

## Allgemeines

Man unterscheidet:  
Fortgebildete Zahnärzthelferinnen  
Prophylaxehelferinnen  
Zahnmedizinische Fachhelferin  
Zahnmedizinische Verwaltungshelferin

## Fortgebildete Zahnärzthelferinnen

Fortbildungskurse für Zahnärzthelferinnen zur Erlangung von Kenntnissen und Fertigkeiten auf dem Gebiet der Gruppen- und Individualprophylaxe und Herstellung von Situationsabdrücken und Provisorien ermöglichen in verschiedenen Kammerbereichen interessierten Zahnärzthelferinnen, ihr Wissen und ihren Aufgabenbereich zu erweitern. Diese Fortbildungen enden mit der Feststellung, ob die Zahnärzthelferinnen die vermittelten Kenntnisse und Fertigkeiten erworben haben. Ist dies der Fall, erhalten die Absolventinnen einen Fachkundenachweis, der sie berechtigt, die erlernten Fertigkeiten in der Praxis auszuüben.

Diese Fortbildungen sind durch die Berufsordnung der Zahnärzte geregelt.

Die Intensität und die fachlichen Inhalte sind je nach Kammer unterschiedlich.

Die Stundenzahl variiert zwischen 30 und 160 Stunden.

Die Fortbildungskurse werden bei den

Fortbildungseinrichtungen der jeweiligen Zahnärztekammern (auch dezentral) durchgeführt.

Die Gebühren für die Kurse sind unterschiedlich hoch.

In einzelnen Kammerbereichen liegt das Tarifgehalt für fortgebildete Zahnärzthelferinnen zwischen 7 und 10 Prozent höher.

In der Regel können nur Zahnärzthelferinnen aus dem jeweiligen Kammerbereich diese Fortbildungskurse besuchen. Fortgebildete Zahnärzthelferinnen sind nicht überall anerkannt.

## Prophylaxehelferinnen

Prophylaxehelferinnen sind Zahnärzthelferinnen, die intensiv in Prophylaxe fortgebildet wurden. Bislang gibt es Prophylaxehelferinnen in Berlin. Die Intensität dieser Fortbildung kann man mit ZMF-Fortbildung vergleichen.

Die Stundenzahl liegt bei 420 Stunden.

In anderen Kammerbereichen gibt es zwar auch Fortbildungen für Prophylaxehelferinnen, aber diese Zahnärzthelferinnen sind fortgebildete Zahnärzthelferinnen.

## Zahnmedizinische Fachhelferin

Die Zahnmedizinische Fachhelferin ist eine besonders qualifizierte Zahnarzt-



helferin, die vielseitig einzusetzen ist. Schwerpunkte sind die Prophylaxe und Hilfeleistung bei allen Behandlungstätigkeiten und der Verwaltung.

Die Fortbildungsinhalte sind in einer Musterfortbildungsordnung des BDZ festgelegt, variieren aber von Kammer zu Kammer.

Die Fortbildung endet mit einer Abschlußprüfung.

Das Gehalt liegt tariflich 25% über dem der Zahnärzthelferin.

Der Abschluß zur Zahnmedizinischen Fachhelferin ist in allen Kammerbereichen anerkannt.

### **Zahnmedizinische Verwaltungshelferin**

Die Zahnmedizinische Verwaltungshelferin ist eine besonders qualifizierte Zahnärzthelferin, die für die Verwaltungstätigkeit in der zahnärztlichen Praxis eigenverantwortlich zuständig ist.

Die Fortbildungsinhalte sind in einer Musterfortbildungsordnung festgelegt.

Die Fortbildung endet mit einer Abschlußprüfung.

Das Gehalt liegt tariflich 25% über dem der Zahnärzthelferin.

Der Abschluß zur Zahnmedizinischen Verwaltungshelferin ist in allen Kammerbereichen anerkannt.

### **Gebühren**

Alle Fortbildungsmaßnahmen sind mehr oder weniger kostenintensiv. Bei bestimmten Voraussetzungen gibt es Förderungen nach dem Ausbildungsförderungsgesetz.

## **Berufsbildungsgesetz**

Bei der Fortbildung zur ZMF und ZMV handelt es sich um Fortbildungsmaßnahmen nach §§46,1 und 91,1 des Berufsbildungsgesetzes.

## **Fortbildungsformen**

### **Fortgebildete Zahnärzthelferin**

Die theoretische Fortbildung wird zentral oder dezentral durchgeführt. Der praktische Teil der Fortbildung wird in der Praxis oder zentral an einem Kammerinstitut oder der Klinik durchgeführt.

### **Prophylaxehelferin**

Theoretische und praktische Fortbildung am Intensivseminar für Prophylaxe.

### **Zahnmedizinische Fachhelferin und Zahnmedizinische Verwaltungshelferin**

Man unterscheidet verschiedene Formen:

- Vollverschulung
- Duales System
- Offene Fortbildung
- Bausteinsystem

### **Vollverschulung**

Bei der *Vollverschulung* erfolgt die Vermittlung der Kenntnisse und Fertigkeiten, die die ZMF und ZMV benötigen, also die gesamte Fortbildung in einem Institut. Solche Institute finden sich zur Zeit in Hamburg und Stuttgart (ZMF) und München (ZMV). Die Fortbildung findet im Vollzeitunterricht, meistens 40 Wochenstunden statt. Für



die Fortbildung stehen in den Instituten Seminarräume, Hörsaal, Phantomraum und ein zahntechnisches Labor zur Verfügung. Den Instituten ist eine Lehrpraxis angegliedert, die einer normalen zahnärztlichen Praxis entspricht. Dadurch ist eine besonders praxisnahe Unterrichtung möglich. Die Fortbildung dauert zwischen 4 und 6 Monaten.

### Duales System

Beim *Dualen System* ist, wie der Name schon sagt, die Fortbildung geteilt oder gegliedert. Ein Teil der Fortbildung - zumeist die Theorie - findet an der Zahnklinik oder in Räumen der Zahnärztekammer statt. Beim dualen System findet zumeist ein 6-8 wöchiger theoretischer, ganztägiger Unterricht mit praktischen Übungen statt. Die Zahnärztekammer wählt Fortbildungspraxen aus, die für die Weiterbildung besonders geeignet sind.

### Offene Fortbildung

Die offene Fortbildung ist eine neue Form der Weiterbildung zur ZMF und ZMV. Der theoretische Unterricht läuft als berufsbegleitendes Kurssystem, der praktische Unterricht berufsbegleitend in einem Institut (Nordrhein) oder berufsbegleitend in Fortbildungspraxen (Bayern) ab.

Die Fortbildungszeit beläuft sich auf ca 1 1/2 Jahre.

### Bausteinsystem

Beim Bausteinsystem kann die Zahnärzthelferin in berufsbegleitenden Fortbildungskursen alle oder Teil-Quali-

fikationen der ZMF-Fortbildung erwerben. Die Bausteine sind in sich abgeschlossen und entsprechen in den Lerninhalten dem Themenkomplex der ZMF: Jeder Baustein schließt mit einer Prüfung ab. Die praktische Fortbildung erfolgt in der Praxis. Erst nach Absolvierung aller Bausteine ist die Zahnärzthelferin ZMF. Absolviert sie nur einzelne Bausteine ist sie eine fortgebildete Zahnärzthelferin.

## Welche Fortbildungsmöglichkeiten gibt es bei den Zahnärztekammern?

*Eine sehr detaillierte Aufstellung der Fortbildungsmöglichkeiten in den einzelnen Bundesländern von Frau Poswa-Scholzen kann bei der DAZ-Geschäftsstelle angefordert werden.*

## Gesundheitsstrukturgesetz

Nach der Änderung des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde Artikel 20 §§1,6 ist es möglich bestimmte Tätigkeiten an qualifiziertes Prophylaxepersonal mit abgeschlossener Ausbildung wie Zahnmedizinische Fachhelferinnen, weitergebildete Zahnärzthelferinnen, Prophylaxehelferinnen oder Dental-Hygienikerinnen zu delegieren.

Somit werden durch die Änderung des Artikels 20 bislang evtl. bestehende Rechtsunsicherheiten beseitigt. Es ist für jede Zahnärzthelferin wichtig, bei ihrer Fortbildung darauf zu achten, daß es sich um eine qualifizierte Fortbildung handelt.



## EG-Öffnung

Durch die EG-Öffnung ändert sich für die Zahnärzthelferin in Deutschland lt. ersten Auskünften nichts. In Deutschland darf sich nur die Zahnärzthelferin nennen und als Zahnärzthelferin tätig sein, die entsprechend der Ausbildungsordnung für Zahnärzthelferinnen ausgebildet wurde. Das gleiche gilt für die Fortbildungsmaßnahmen.

Umgekehrt gilt für die anderen EG-Länder das gleiche.

Inwieweit die Dental Hygienist in Deutschland tätig werden kann, gab es noch keine sichere Auskunft. Nach meiner Meinung wird es wohl möglich sein, da der Artikel 20 des Zahnheilkundengesetzes den Einsatz von Dental-Hygienikerinnen nennt.

## Anschriften zur Übersicht über die verschiedenen Fortbildungsmaßnahmen

### Baden-Württemberg

Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg, Herdweg 50, 7000 Stuttgart 1,  
Tel. 0711/ 292946

### Bayern

Bayerische Landes Zahnärztekammer  
Fallstr. 34, 8000 München 70  
Tel. 089/ 72401-1

### Berlin

Intensivseminar für organisierte  
Individualprophylaxe  
Föhler Str. 15. 1000 Berlin 65,  
Tel. 030/ 4535096/7

### Hamburg

Landeszahnärztekammer Hamburg  
Möllner Landstraße 21,  
2000 Hamburg 74, Tel. 040/73345050

### Hessen

Landeszahnärztekammer Hessen  
Lyoner Str. 21, 6000 Frankfurt 71,  
Tel. 069/ 6607-0

### Niedersachsen

Zahnärztekammer Niedersachsen  
Hildesheimer Str. 35, 3 Hannover 1  
Tel. 0511/ 8112-0

### Nordrhein

Zahnärztekammer Nordrhein  
Emanuel-Leutze-Str. 8,  
4000 Düsseldorf 1,  
Tel. 0211/525605-0

### Rheinland-Pfalz

Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz, Frauenlobplatz 2, 6500 Mainz  
Tel. 06131/614488

### Schleswig-Holstein

Zahnärztekammer Schleswig-Holstein  
Westring 498, 2300 Kiel,  
Tel. 0431/ 38970

### Westfalen-Lippe

Zahnärztekammer Westfalen-Lippe  
Auf der Horst 29, 4400 Münster,  
Tel. 0251/4909-02

M. Poswa-Scholzen

Karlsbader Str. 39

4050 Mönchengladbach 2



Die enge Zusammenarbeit von Forschung, zahnärztlichen Praktikern und Instrumentenherstellern führte zur Konstruktion neuer Parodontalinstrumente. Die neu entwickelten Parodontalinstrumente befähigen den Zahnarzt, moderne Therapieverfahren, wie Scaling und Root Planing als Teilschritt der chirurgischen Parodontaltherapie durchzuführen.

Schnelles, sicheres und effizientes Arbeiten ist nur mit scharfen Instrumenten möglich und kann die Behandlungsdauer bis zu 30% verringern. Stumpfe Instrumente entfernen nur unzureichend Zahnstein und infiziertes Wurzelzement, außerdem wird die Wurzeloberfläche verdichtet.

Die Rezidivquote ist in derartigen Fällen außerordentlich hoch. Mit stumpfen Küretten ist eine gezielte Küretage praktisch unmöglich. Moderne Parodontalinstrumente bestehen aus gehärteten Spezialstählen von längerer Standzeit. Um die Standzeit zu optimieren, ist nach jedem Eingriff ein Nachschärfen der Instrumente angezeigt. Darunter versteht man bei sicherer Anwendung der im Film an acht verschiedenen Parodontalinstrumenten gezeigten Technik ein Verfahren, welches zu einer optimalen Schärfe führt. Ebenfalls wird demonstriert, wie sich das Nachschärfen der Instrumente von dem Aufschleifen unterscheidet.

Durch eine übersichtliche Filmdemonstration und eine gute didaktische Darstellung können die zahnärztlichen Mitarbeiterinnen speziell durch diesen Film in die Technik des Aufschleifens und Nachschärfens eingeführt werden.

## JETZT NEU AUF VIDEO

### Nachschärfen und Aufschleifen von Parodontalinstrumenten



#### Autoren

Prof. Dr. D. E. Lange, Münster  
Rudolf Hegen, Kösching

18 Min. DM 250,- plus MWST

#### Videovertrieb:

HEGEN-DENTAL-TECHNIK

Lentinger Straße 25

8073 Kösching

Telefon: 084 56 / 70 15

Telefax: 084 56 / 81 39

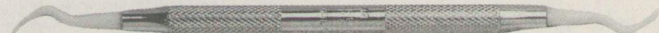


# INNOVATIV HOCHWERTIG LANGLEBIG

Bei *Hu-Friedy* ist jeder bemüht, Sie mit den besten zahntechnischen Instrumenten zu beliefern. Der Leitgedanke dieser Firma heißt einfach ausgedrückt: Qualität ohne Kompromiß.

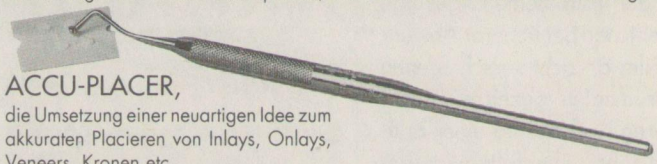
Seit mehr als 80 Jahren wurden die Techniken immer wieder verbessert, neue Designs entwickelt, neue Arbeitsmethoden untersucht, um den höchsten Stand der Technik zu gewährleisten - um stets Instrumente bester Qualität zu liefern.

Die Auswahl ist enorm, mit fast 3000 Instrumenten kann *Hu-Friedy* schnell Ihren Anforderungen gerecht werden. ... und daß *Hu-Friedy* immer einen Schritt voraus ist, sehen Sie an den beiden neuesten Entwicklungen aus diesem Hause:



## IMPLACARE,

ein Instrument mit Spezialkunststoffspitzen (ohne Füllstoffe) zum Entfernen von Zahnbelag und Zahnstein am Implantat, ohne die Titanoberfläche zu beschädigen.



## ACCU-PLACER,

die Umsetzung einer neuartigen Idee zum akkuraten Placieren von Inlays, Onlays, Veneers, Kronen etc.

In USA und Kanada haben 95 % der Universitäten und Institute *Hu-Friedy*-Instrumente für die Ausrüstung ihrer Studenten ausgewählt und die Beliebtheit wächst weiter weltweit, denn man weiß, auf *Hu-Friedy* kann man sich verlassen.

Vertrauen auch Sie dem großen Erfahrungsschatz und entscheiden Sie sich für *Hu-Friedy*-Qualität, um damit beste Arbeitsergebnisse erzielen zu können. Ihre Patienten werden es Ihnen danken.



**Hu-Friedy**<sup>®</sup>  
ERÖFFNET NEUE PERSPEKTIVEN

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



# Schlüsselqualifikation ökologische Praxisgestaltung

B. Hölke

In dieser Ausgabe des *forum* werden Rolle und möglicher Einsatz unserer Mitarbeiterinnen aus verschiedenen Perspektiven betrachtet. Bei allen Überlegungen soll das Miteinander, der Teamgeist im Vordergrund stehen, denn dieser ist nötig, um den durch das GSG noch weiter erschwerten Berufsalltag zu bestehen. *Birgitt Hölke* hat in ihrer sehr interessanten und gründlich recherchierten Examensarbeit „Abfallentsorgung bzw. Abfallvermeidung in Kleinbetrieben des Gesundheitswesens am Beispiel von Zahnarztpraxen“ 1992 gezeigt, daß diese Probleme nur gemeinsam mit Gesetzgeber, Industrie und Standesvertretung gelöst werden können und daß in der Praxis der Mitarbeiterin im Team eine entscheidende Position zukommt. Aus dieser sehr umfangreichen Arbeit soll im folgenden nur ihr *Ausblick* wiedergegeben werden, die gesamte Arbeit kann von der Autorin zum Selbstkostenpreis (DM 20,-) bezogen werden.

Wie anhand der Abfallentsorgung und Abfallvermeidung in Zahnarztpraxen gezeigt werden konnte, findet betriebliches Umweltmanagement und der Aufbau von umweltfreundlichen Betriebs- und Produktionsstrukturen heute noch viel zu wenig Beachtung.

Bereits vorhandene Gesetze und Verordnungen können von den zuständigen Behörden nicht wirksam angewendet werden, wenn diese mit Aufgaben der Genehmigung und Überprüfung schon hoffnungslos überfordert sind. An eine statistische Erfassung und die notwendige Bilanzierung der von Indirekteilnehmern verursachten Hg-Emissionen ist momentan nicht einmal zu denken. Die Landesregierung muß sich jetzt entscheiden, wie sie damit umgehen will, denn

ein Rechtsstaat zu sein heißt eben nicht nur, viele Gesetze zu haben.

Die Zahnärzte verstehen die erlassenen Gesetze und Verordnungen vorrangig als Reglementierung ihrer Arbeitssituation und scheuen die komplexen Anforderungen, die sich daraus für sie ergeben. Das Spektrum der sich aus ihrer Tätigkeit ergebenden Anforderungen ist vielfältig und wird als aufreibend erlebt. Die Bereitschaft, für den Umweltschutz zu investieren, ist noch sehr gering, was bei der doch allgemein als gut einzuschätzenden Einkommenssituation dieser Berufsgruppe nicht nachvollziehbar ist. Es zeigt sich hier, daß gerade auf dieser Ebene Umweltschutz immer noch als Kostenfaktor bewertet wird, dem scheinbar kein meßbarer Erfolg gegen-



übersteht. Die Einsicht in die Notwendigkeit von Umweltschutzmaßnahmen, deren Charakteristikum es ist, daß einzel- und gesamtwirtschaftliche Interessen gemeinsam betrachtet werden müssen, ist scheinbar noch nicht vollzogen worden.

Die sich als Standesvertretung verstehende Zahnärztekammer kommt beim Thema Abfallentsorgung im allgemeinen und Amalgamsorgung im speziellen den Notwendigkeiten nur unzureichend nach. Wenn man die ökotoxikologische Bedeutung des Amalgams als Füllungsmaterial nicht anerkennen will, dann kann die Entsorgung von Amalgamschlamm auch nur periphere Bedeutung bekommen.

Einsichtig ist, daß es von dieser Seite auf gar keinen Fall erwünscht ist, reglementierend auf die Kollegen einzuwirken.

Als Betreuung und Serviceleistungen verstandene Angebote sowie die Unterstützung bei der täglichen Anforderung zum Thema Abfallentsorgung und Umweltschutz würden dagegen wahrscheinlich von jedem Zahnarzt gerne angenommen werden.

In der Branche der Entsorgungsindustrie herrscht (auf diesen Bereich bezogen) noch überwiegend Unsicherheit im Umgang mit den Anforderungen. Der Konkurrenzdruck am expandierenden Markt wird als hart eingeschätzt, aber es handelt sich m.E. eben auch um einen boomenden Markt mit den sich daraus ergebenden Bedingungen...

Die Produktion von umweltverträglichen Arbeitsstoffen scheint, zumindest tendenziell, nur dort zu funktionieren, wo sich mit Umweltschutz verdienen läßt (Beispiel: Desinfektionsmittel, Verpackungen). Hier wäre es an der Zeit, echtes Interesse durch entsprechende Angebote deutlich zu machen. Das Angebot, die Kostenübernahme für eine Entsorgung der von ihnen gelieferten Produkte „ab Hof“, hier entsprechend ab Praxis, wäre ein deutliches Signal und ist in anderen Bereichen bereits umgesetzt worden.

Für Zahnarzhelferinnen sollte der Umweltschutz zukünftig den Stellenwert einer „Schlüsselqualifikation“, also einer „sozialen Kompetenz“ bekommen, denn sie müssen täglich mit den Materialien umgehen.

Der Arbeitsaufwand, der z.B. beim Sortieren der als Wertstoffe gesammelten Abfallfraktionen entsteht, ist nur vordergründig größer und einige Arbeitsgänge werden vielleicht sogar überflüssig werden. Spätestens wenn die getrennte Sammlung zur Routine geworden ist, wird dies deutlich werden.

Der Berufsschule kommt schließlich dabei die Aufgabe zu, dies in den Lehrplänen zu berücksichtigen und im Unterricht mit den Auszubildenden lebendig zu gestalten.

Birgitt Hölke  
Prätoriusweg 10  
2000 Hamburg 20



Unsere aktuellen  
**Berufshaftpflicht-Angebote  
für Zahnärzte!**

**Kennen Sie günstigere Konditionen?**

**Schicken Sie uns  
den Antwortcoupon.**

**Sie erhalten  
umgehend einen  
individuellen  
Vorschlag.**

**NAV-Wirtschaftsdienst  
für Ärzte GmbH**

Sedanstraße 13-17 • 5000 Köln 1  
Telefon (0221) 97 355 124



**Wenn Sie ambulant  
behandeln:**

**DM 341,-\***

Für diesen Beitrag wird geboten:

- Deckungssummen von  
DM 2.000.000 pauschal für Personen- und  
Sachschäden und  
DM 50.000 für Vermögensschäden
- Sachschäden an gemieteten Praxisräumen
- Abwässerschäden
- Mitversicherung der von Patienten und  
Besuchern eingebrachten Sachen.

**\* Stand: 1. April 1993  
zuzüglich 10 % Versicherungssteuer**

## Antwortcoupon

Bitte ausschneiden und einsenden an: NAV-Wirtschaftsdienst für Ärzte • Sedanstraße 13-17 • 5000 Köln 1.

**Bitte senden Sie mir Ihren Vorschlag zur Berufshaftpflicht-Versicherung!**

Ich bin tätig als Zahnarzt und behandle

nur ambulant

ambulant und stationär mit

\_\_\_\_\_ Belegbetten

niedergelassenen seit \_\_\_\_\_

Ich habe bereits eine Haftpflicht-Ver-  
sicherung abgeschlossen, bitte sprechen

Sie mich spätestens im \_\_\_\_\_

19 \_\_\_\_\_ wieder an.

Absender nicht vergessen

03(50/51)843/DAZ



**Kostendämpfung** leicht gemacht

Wir zeigen Ihnen den Weg \_\_\_\_\_

**Corona Dental**

Zahntechnisches Labor

Corona-Dental GmbH

Berg-am-Laim-Straße 64  
8000 München 80

Telefon (089) 4 313008/09

Telefax (089) 4 312779

**Ihr Ansprechpartner  
für Dentitan  
und Funkenerosion  
Der Technik der Zukunft**

**SAE**



# Unternehmen Praxis

## Organisationsberatung und -fortbildung für niedergelassene (Zahn-)Ärzte und ihr Praxispersonal

Die Brendan-Schmittmann-Stiftung des NAV-Virchowbundes, unseren Lesern bereits einmal vorgestellt in der *forum*-Ausgabe 36, hat ein neues Angebot entwickelt, das auch für Zahnärzte und ihre Mitarbeiter(innen) von Interesse sein könnte.

P. Röhrig

Die Praxis des niedergelassenen Arztes und Zahnarztes steht als Dienstleistungsunternehmen in einem Wettbewerb, der sich zunehmend verschärft. Für den einzelnen Praxisinhaber haben sich die Rahmenbedingungen seiner Arbeit kontinuierlich verschlechtert. Dies macht sich nicht nur bei den Erwartungshaltungen von Patienten bemerkbar, sondern immer stärker auch beim Praxispersonal. Daher wird es immer wichtiger, Effektivitätsreserven zu nutzen und Reibungsverluste in der Ablauforganisation zu verringern. Praxismarketing, Mitarbeiterführung und Praxisorganisation gewinnen zunehmend an Bedeutung.

Für die Praxis bietet die Organisationsberatung die Chance, die Abläufe des Dienstleistungsunternehmens besser verstehen zu lernen. Praxisinhaber und Mitarbeiter werden in die Lage versetzt, ihr gemeinsames Arbeiten so zu verändern, daß es konfliktärmer, effektiver und letztendlich humaner wird.

Die Vorteile liegen auf der Hand:

- Die Entwicklung von klaren Zielvorstellungen und deren Umsetzung in der Praxis erhöhen die Zufriedenheit der Patienten und die Motivation des Personals.
- Durch eine effektivere Praxisorganisation ergibt sich mehr Zeit für qualifizierte medizinische Tätigkeit sowie für Familie, Freizeit und Kreativität.
- Durch gezieltes Praxismarketing erhöht sich die Wettbewerbsfähigkeit der Praxis.

Die Brendan-Schmittmann-Stiftung des DAZ-Partnerverbandes NAV-Virchowbund bietet zwei unterschiedliche Formen der Organisationsberatung an:

### 1. Coaching

*(Beratungsgespräch exklusiv für den niedergelassenen Arzt/Zahnarzt):*

Beim Coaching erhält der Arzt/Zahnarzt eine Einzelberatung. Er kann gemeinsam mit einem Berater/Supervisor



Probleme der Praxis durchsprechen und erhält so eine größere Transparenz und Einsicht vor allem in den Bereichen Praxisorganisation und Praxisführung. Auf diese Weise entwickelt er größere Rollenflexibilität. Themen können sein:

- *das Arzt-Patienten-Verhältnis*, insbesondere die Bereiche Compliance, Umgang mit schwierigen Patienten,
- *Die Mitarbeiterführung*, insbesondere die Bereiche Kooperation, Delegation und Umgang mit Verantwortlichkeit,
- *die Arbeitsorganisation* der Praxis, insbesondere die Überprüfung von Abläufen und Aufgabenverteilungen,
- *das Selbstverständnis* der Praxis, insbesondere anhand von Leitbildern und Konzepten der Corporate Identity,
- *das Praxismanagement*, insbesondere die Problembereiche Abrechnung, Marketing und Umgang mit Zeitstreß.

## 2. Teamberatung in der Praxis

Bei der Teamberatung arbeiten in der Regel zwei Berater mit dem gesamten Mitarbeiterstab, einschließlich des Arztes bzw. der Ärzte. Es werden Fragen der Kommunikation und Kooperation sowie die organisatorischen Bedingungen der Praxis bearbeitet. Es hat sich gezeigt, daß Veränderungen leichter umzusetzen sind, wenn sie vom gesam-

ten Team entwickelt und getragen werden. Insofern handelt es sich auch bei der Teamberatung um eine Prozeßberatung, bei der sich alle Beteiligten um eine Neuorganisation bemühen und dazu beitragen, diese gemeinsam umzusetzen.

Die Brendan-Schmittmann-Stiftung versteht sich als praxisorientiertes Service-Institut für niedergelassene Ärzte und Zahnärzte. Sie hat im Rahmen eines vom Bundesministerium für Forschung und Technologie geförderten Forschungsprojektes drei Kooperationsberatungsstellen für Ärzte und Selbsthilfegruppen über einen Zeitraum von zwei Jahren erfolgreich erprobt. Sie verfügt darüberhinaus über fundierte Erfahrungen in praxisorientierter Gesundheitsforschung, beschäftigt sich in einem vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Modellvorhaben mit der Verbesserung der Kooperation zwischen Ärzten und Lehrern in einem laufenden Modellvorhaben, und plant die Organisation von Qualitätszirkeln für niedergelassene Ärzte. Diese Service-Leistungen werden vorerst bevorzugt im Großraum Köln, Bonn, Düsseldorf angeboten.

Dr. Peter Röhrig  
Brendan-Schmittmann-Stiftung  
Belfortstraße 9, 5000 Köln 1



## Unternehmen Arztpraxis: Praxisprofil

### Identität der Arztpraxis entwickeln und bekanntmachen

#### Referenten:

Dr. Peter Röhrig, Organisationsberater, Brendan-Schmittmann-Stiftung Köln  
Christoph Müller, Organisationsberater, Institut für Sozialmanagement, Bonn

#### Inhalte:

- Corporate Identity als Wechselwirkung von Betriebszielen, Personalverhalten, Erscheinungsbild und Servicequalität der Praxis
- Marketing als Führungs- und Kommunikationsstrategie
- Gewinnung und Bindung von Patienten
- Selbstdarstellung von Arztpraxis und ärztlicher Leistung

**Nächster Termin: 19. Juni 1993**

Information und Anmeldeformulare für diese wie für Veranstaltungen zu den Themen

- Ziel und Zeitmanagement – Entlastung für den Arzt- und Zahnarztalltag
- Teamentwicklung - Bessere Kommunikation und Delegation in der Arzt- und Zahnarztpraxis

erhalten Sie über: Brendan-Schmittmann-Stiftung, Dipl.-Psych Melittà Schneider  
Belfortstraße 9, 5000 Köln 1, Tel. 0221/973005-55, Fax. 0221/973005-59

Informationen aus der Dentalindustrie

### **Infektionsschutz beim Röntgen**

Immer wieder werden wir Zahnärzte mit an Hepatitis, Aids o.a. erkrankten Patienten konfrontiert. Um bei dieser Patientengruppe den Infektionsschutz beim Röntgen zu optimieren, ist es sinnvoll, jeden einzelnen Zahnfilm in eine Sterilverpackung einzuschweißen.

Das umständliche und doch aufwendige Einschweißen der Filme kann man sich jetzt sparen: Die Firma Kodak hat Infektionsschutzverpackungen entwickelt, um die eigentliche Filmverpackung vor Kontamination

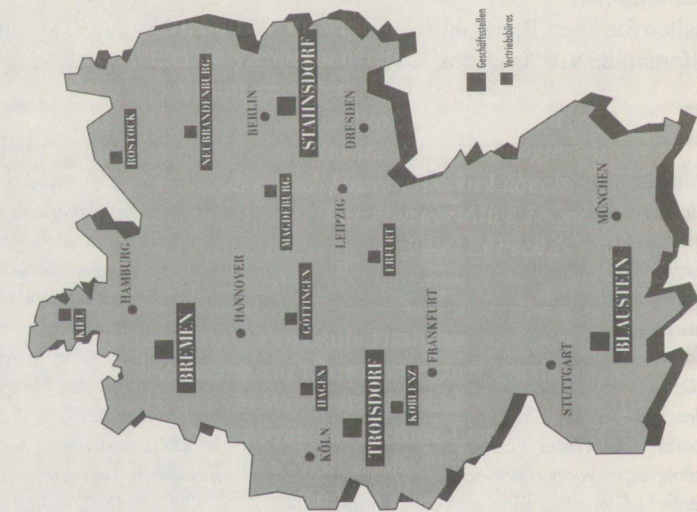
zu schützen. Bei der „Kodak-Clinasept“-Infektionsschutzverpackung handelt es sich um eine bakterien- und virendichte Klarsichtverpackung, die die eigentliche Röntgenfilmverpackung sicher vor Kontamination schützt. Die Handhabung ist einfach und sicher.

Die Clinasephülle wird sowohl mit dem Ektaspeed als auch mit dem Ultra-speed Zahn-röntgenfilm im Format 3 x 4 cm geliefert, wobei der Ektaspeed wegen seiner höheren Empfindlichkeit zu bevorzugen ist.

Dr. Diewald, Regensburg



# Sichern Sie sich mit ChreMaSoft Ihre Zukunft!



ChreMaSoft Datensysteme GmbH  
Linzer Str. 11 · 2800 Bremen 33

Geschäftsstellen in Ihrer Nähe:

Nord ☎ 0421/20146-41 · West ☎ 02241/95280

Süd ☎ 07304/20967 · Ost ☎ 03329/682130

**CHREMA SOFT**

DATENSYSTEME GMBH

ChreMaSoft – Das Programm für Zahnärzte bietet die passenden Hard- und Softwarebausteine als bedarfsgerechtes EDV-System für Ihre Praxis! Damit werden Sie spielend mit der Verwaltungsarbeit fertig.

Schon nach einer halbtägigen Einweisung können Sie und Ihr Team locker loslegen. Dafür sorgen eine ergonomische Benutzeroberfläche, die klare Funktionalität und konsistente Bedienung des Programms in allen Teilen.

Zögern Sie nicht, sondern setzen Sie sich mit uns in Verbindung. Unsere Berater kommen auch gerne persönlich zu Ihnen!



# Dokumentation periodischer Tätigkeiten

B. Mattuschka

Die Aufgabe einer zahnärztlichen Praxis ist die Prophylaxe von Erkrankungen des Kausystems bzw. deren Behebung. Um diese möglichst optimal zu erfüllen, bedarf es einiger Voraussetzungen, zu denen auch organisatorische Maßnahmen, die Dokumentation und die Selbstkontrolle nicht nur der Behandlung sondern auch der Praxisführung gehören. Andernfalls muß ein so hochkomplexes System ins Chaos abgleiten, wenn es nicht mit unverhältnismäßig hohem Aufwand immer wieder aufgefangen wird - eine sicherlich vertraute Erfahrung. Um dieser Entwicklung im Ansatz zu begegnen, bedarf es einer Reihe von Checklisten und Formularen (im übrigen auch aus forensischen Gründen), die letztlich auch noch Zeit, Geld und Adrenalin sparen. Zudem ist ein wesentliches Problem nicht ein Mangel an Fachliteratur auch zu diesem Thema, sondern die Möglichkeit zur unverzüglichen Umsetzung in die Praxis mittels knapper und klarer Arbeitsanleitungen.

Ein tragender Pfeiler der Praxisführung sind die periodischen Termine und Aufgaben. So möchte ich im folgenden eine kombinierte Arbeits-, Dokumentations- und Kontrollhilfe vorstellen, die zwar für jede Praxis individualisiert werden muß, aber bereits alle wesentlichen Tätigkeiten enthält. Ergänzt werden muß

das Ganze noch durch eine Sammlung von Arbeitsanleitungen zu den einzelnen Punkten.

Die Herstellung erfolgt am einfachsten auf kariertem Papier, DIN A 4 quer mit Bleistift (wegen späterer Änderungen) oder natürlich per EDV, (die vorgestellten sowie weitere Beispiele können bei der DAZ-Geschäftsstelle als Kopiervorlage bestellt werden). Der Tätigkeitsplan enthält ausschließlich - nach Zeitintervallen unterteilt - die gelisteten Tätigkeiten, der dazu passende Dokumentationsplan die Kalenderwochen, in denen diese zu erledigen sind (Ausnahme Tätigkeitsplan täglich). Die Wochen, in denen die jeweiligen Tätigkeiten erledigt werden sollen, werden durch Nachzeichnen der entsprechenden Felder mit weichem Bleistift markiert (hier drucktechnisch mit einem X). Erledigte Tätigkeiten werden in einmal jährlich anzufertigenden Kopien von den MitarbeiterInnen abgezeichnet. Die Pläne werden am zweckmäßigsten in Prospekthüllen in einem Ordner abgelagert, der auch Arbeitsanleitungen für die periodischen Tätigkeiten sowie all die Dokumente enthält, die aufgewahrungspflichtig sind (s. Kimmel, K.: Praxisdokumentation, Art. Nr. 090210, DM 98,-, Spitta-Verlag 7460 Balingen, Postfach 100963, Tel. 0130/847090; Secura, PKV-Verlag, Subskriptionspreis



DM 198,—, Postfach 401449, 8000 München 40, Fax 089/3002047 u.a.)

Die Hauptschwierigkeit liegt in der Einführung dieses Systems bei den MitarbeiterInnen. Hier ist Personalführung (Akzeptanz, Schulung) gefragt.

So läßt sich mit dieser einfachen Maßnahme bei vertretbarem Aufwand die

kontinuierliche Funktionsfähigkeit der Praxis aufrechterhalten. Natürlich ist das System dadurch nicht immun gegen Störungen, jedoch werden sie ungleich seltener.

Bernd Mattuschka  
Steindamm 3  
20099 Hamburg

TÄTIGKEITSPLAN		DOKUMENTATION											JAHRGANG: .....				
1/2-jährlich	Woche	01	02	03	04	05	06	11	23	24	25	26	27	35			
	A Kühlschrank reinigen																
	B Kompressor Außenreinigung	X								X							
	C Steril-Prüfung	X								X							
	D Notfall -O <sub>2</sub> -Medikamente prüfen	X								X							
	E Instrumente aufschleifen	X								X							
	F	X								X							
	G	X								X							
	* H Behelungen, Impfungen (ZA) Hepatitis B, Tetanus, Diphtherie, Kinderlähmung Röteln, Influenza		X								X						
	* I Laborschätzpreisliste aktualisieren		X								X						
	* J Lamellenreinigung		X								X						
<b>1-Jährlich</b>																	
	A Dunkelkammer-Raumlicht prüfen (§16.2 RöV)	X															
	B Gerätebuch prüfen	X															
	* C Ablageordner neu anlegen	X															
	* D Schulung, Instrumentenwartung	X															
	* E Terminplaner bestellen						X										
	* F Terminplaner Jahrestermine übertragen												X				
	* G Urlaubskartei bestellen												X				
<b>-Jährlich</b>																	
	* A Feuerlöscher überprüfen		X														
	B Arbeitsmedizinische Untersuchung		X														
	C		X														
<b>5-Jährlich (90,95,00,05)</b>																	
	* A Druckbehälterprüfung (Kompressor, Autoklav, Drucktopf (§ 10.2 DruckbehV)		X														
	* B Röntgen-Wiederholungsprüfung (§18.4 RöV)		X														
	* C Amalgamscheiderprüfung (§ 11.3 Hamb AbwG)		X														

X: nach erfolgter Wartungsarbeit abzeichnen

\*: Verwaltungsarbeiten



Wartungsplan		Woche						
		01	02	03	04	05	06	usw.
MONATLICH		Dokumentation						
	I Ausbildungsnachweits nachsehen	X			X			
	A R6-Chemikalien wechseln + Gerät reinigen	X				X		
	B Kompressor Filtereinsatz reinigen	X				X		
	C Praxiskontrolle	X				X		
	D Dentomat reinigen	X				X		
	E Saugpumpenfilter reinigen	X				X		
	F R2	X				X		
	G R3 Schrankreinigung + Schubladenauf-	X				X		
	H R4 füllung gemäß Bestandsverzeichnis	X				X		
	I Konstanzprüfung Röntgengerät R2	X				X		
	J Sterilreinigung	X				X		
	K Kühlwassermenge Hand- und Winkelstücke kontrollieren	X				X		
*	L EDV-Archivisierung	X				X		
*	M ZE (15ter, 30ter) KB-PA (15ter) Abrechnung	X				X		
*	N Notdienstausgang (gelb) erneuern	X				X		
*	O Recall	X				X		
	P Zeitschriften aussortieren	X				X		
	Q Wartungsprotokoll MONATLICH-1/4 JÄHRLICH vorlegen (ZA)							
	R Drucktopf Sicherheitsventil prüfen	X				X		

## VOR/NACH DEM URLAUB

*	A Vertretung organisieren und aushängen (incl. Notdienst), abfragen und bedanken
*	B Anrufbeantworter Urlaubsansagekassette einlegen und besprechen, bzw. Normalkassette einlegen und kontrollieren, Aufnahmekassette abhören
*	C Pflanzenpflege organisieren / bedanken
*	D Heizung absenken / hochfahren

## 1/4-JÄHRLICH

	A R6-Entwicklungsgerät chemisch reinigen (Perioclean)	X
	B Trays/Steriverpackungen prüfen, nachsterilisieren	X
	C	
*	D Karteikarten, die zuletzt vor >8 Quartale abgerechnet wurden, ins Archiv sortieren	X
*	E Quartalsabrechnung (bis zum 9. des ersten Monats im Folgequartal)	X
*	F Krankenscheinmahnungen (Quartalsmitte)	X
	G Notfallübungen	X
*	H Düngestäbchen in Pflanztöpfe	X
	I Wartungsplan 1/4 JÄHRLICH kontrollieren	X

X: nach erfolgter Wartungsarbeit abzeichnen

\*: Verwaltungsarbeit



Wartungsplan	täglich
	* <i>Verwaltungsarbeit</i>
morgens	Elektrohauptschalter an Lüften Wasser an Umziehen * Türöffner an * Anrufbeantworter abhören, ausschalten * Tagesterminplan auslegen Behandlungseinheiten an Schläuche spülen (20 sec.) Sauganlage durchsaugen (je 1 l kaltes Wasser) Desinfektionsmittelspender auffüllen Alginat aufschütteln Hand- und Winkelstücke probelaufen lassen (30 sec) * Tageszeitung vom Vortag abräumen
tagsüber	* Karteikarten des folgenden Arbeitstages zusammenstellen (incl. Pano etc.) * Terminpläne Praxis + Privat des folgenden Arbeitstages kopieren/schreiben * Terminerinnerungen telefonisch (für den folgenden Arbeitstag) * Terminerinnerungen schriftlich (für den übernächsten Arbeitstag) * HKP's schreiben (ZE,PA,KB) * Rechnungen schreiben (Privat, Eigenlabor) * Leistungserfassung * Post vorbereiten * Instrumentenpflege, Sterilisation
mittags	Thermodesinfektor vorbereiten (12.30 Uhr) Lüften Plaque-Sweep durchpusten Hand- und Winkelstücke durchölen (außer Scaler und Multiflex) Thermodesinfektor an (Mittagspause) Schleifkörper ultraschallen (Mittagspause)
abends	Thermodesinfektor vorbereiten (17.00 Uhr) Thermodesinfektor an (17.30 Uhr) Schleifkörper ultraschallen Sauganlage durchsaugen (je 3 l heißes Wasser + Spülmittel) Reinigung Behandlungsplätze Plaque-Sweep durchpusten Hand- und Winkelstücke ölen (außer Scaler + Multiflex) Behandlungseinheiten hochfahren, einfahren, aus Multifunktionsspritze entlasten * Datensicherung * Karteikarten, Kasse, Rezepte, Schlüssel, Stempel einschließen * Anrufbeantworter an * Türöffner aus * Computer/Monitor/Drucker aus, Wechselfestplatte an Praxisleiter * Lamellen auf (Pflanzenlicht!)
<b>Verantwortungsplan:</b>	* Wasser aus * Umziehen * Anrufbeantworter kontrollieren (2 rote Leuchten!) * Elektrohauptschalter aus, Eingangstür abschließen * Post einwerfen
Mo/Mi: (Name) _____	
Di/Do: (Name) _____	
(Bei Abwesenheit der Verantwortlichen die jeweils andere!)	



<b>WAS?</b>	<b>PRAXISREINIGUNG</b>	<b>WIE?</b>
-------------	------------------------	-------------

*abends an jedem Sprechtag!*

Elektro an		Elektrohauptschalter
Wasser an		Wasserhauphahn (WC)
Pflanzen gießen	Mo + Do	je ...ml Wasser
Abfallkörbe leeren	Wertstoffe, Glas, Papier, Häcksel trennen	Müllsäcke, Kisten
Zeitschriften (aus-)sortieren		Wartezimmer
Auffüllen: Händedesinfektion		Händedesinfektion
Flüssigseife		Flüssigseife
Handtücher		Handtücher
Toilettenpapier (WC)		Toilettenpapier
Mundspülbecher (WC)		Mundspülbecher (Kunststoff)
Zahnbürsten (WC)		Zahnbürsten
Spiegel putzen		Glasreiniger, Zeitungspapier
Geschirr spülen		Geschirrspüll. + Gesch.-bürste
Tischflächen feucht abwischen		dito + Wischlappen
Speißen, Filter reinigen		dito + Geschirrspülbürste
Waschbecken, Wasserhähne reinigen		dito + Wischlappen
Toilettenbecken, -bürstenständer reinigen		dito + Wischlappen
Fußböden saugen, reinigen, feucht wischen		dito + Staubsauger, Eimer, Scheuerlappen
Wasser aus		Wasserhauphahn (WC)
Elektro aus		Elektrohauptschalter
Müllabfuhr	Mo + Do	Müllsäcke an die Straße

**MONATLICH (jede Woche ein Raum)**

alle Oberflächen feucht wischen incl. Handtuchspender innen, Praxistür	(außer Tapete, Zimmerdecke, Textilfußboden)	Geschirrspüll., Wischlappen
MONAT	1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 .....	
Januar		
Februar		
März		
April		
Mai		
Juni		
Juli		
August		
September		
Oktober		
November		
Dezember		
Fensterputzer		Spezialfirma

**VIERTELJÄHRLICH**

Kühlschrank reinigen		Geschirrspüll., Wischlappen
Pflanzen düngen		Düngestäbchen
MONAT	1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 .....	
Januar		
April		
Juli		
Oktober		

**EINJÄHRLICH: Generalreinigung**


MONAT	1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 ....	
Jalousetten reinigen		Spezialfirma
Fußböden Grundreinigung		Spezialfirma

Nach Erledigung betr. Feld abzeichnen



# SIEMENS

## Leistungsstark



Was immer Sie für Ihre Praxis brauchen – im Siemens-Dental-Depot bekommen Sie es.

Ob Praxis-Planung oder Einrichtungs-Beratung, ob Finanzierung oder technischer Service, ob Materialien für die Praxis oder informative Veranstaltungen – Sie können sich in jedem Fall auf uns verlassen.

Denn seit Jahrzehnten sind wir der Praxis eng verbunden und längst zu einer der ersten Adressen unter Deutschlands Dental-Depots geworden. So können wir Profilierung und Zukunftssicherheit für Ihre beruflichen Wege bieten. Und auch bei ungewöhnlichen Ideen finden Sie in uns den Partner.

Da zeigt sich der Profi.

Lindwurmstraße 23  
8000 München 2  
Tel. 089/539850

Kumpfmühler Straße 65  
8400 Regensburg  
Tel. 0941/97198

Siemens  
Dental-Depot  
Ihr Partner



## Gegendarstellung

1. In DAZ-forum Nr. 40 wird auf Seite 89 in einem Beitrag „Massenaus-tritte aus dem Freien Verband“ behauptet, daß „etwa 10.000 Kollegen dem Freien Verband Deutscher Zahnärzte den Rücken gekehrt und ihren Austritt vollzogen“ hätten.

Diese Behauptung ist falsch. Im Jahr 1992 traten im Gegenteil 1028 neue Mitglieder dem Freien Verband bei. Diesen Beitritten stehen 488 Aus-

tritte gegenüber. Im Januar und Februar 1993 traten 342 Zahnärztinnen und Zahnärzte dem FVDZ bei.

2. Weiterhin wird in dem Beitrag behauptet, „daß der FVDZ noch etwa 14.000 Mitglieder habe.“

Diese Behauptung ist falsch. Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte zählte am 31.12.1992 insgesamt 24.454 Mitglieder.

Bonn, den 3. März 1993

Manfred Gilles  
Verbandsdirektor

Die kleine Mitteilung auf den hinteren Seiten des *forum* Nr. 40 über Austritte beim FVDZ war keine „Wunschtraummeldung“ sondern sollte einer Akzeptanz-Überprüfung dienen, wie die Verweigerung des FVDZ von der Kollegenschaft bewertet wird. Über „Massenaus-tritte“ liegen uns mehrere mündlich-persönliche Mitteilungen vor. Diese sind jetzt Gegenstand der Gegendarstellung des FVDZ, die wir selbstverständlich in dieser Ausgabe des *forum* veröffentlichen.

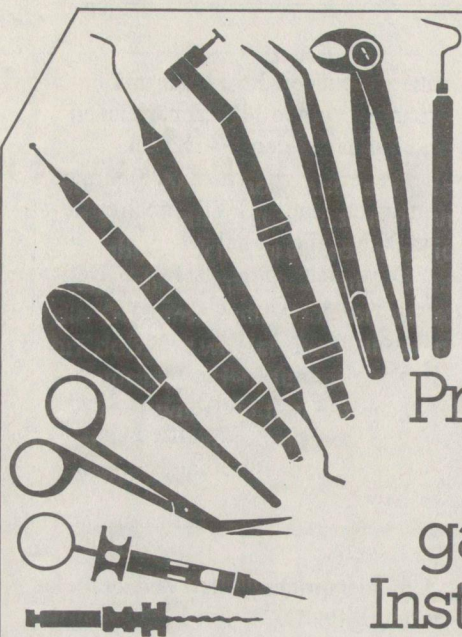
Wir bedauern, wohl offensichtlich inkorrekte Meldungen weitergegeben zu haben und die berufspolitische Auseinandersetzung mit dem FVDZ damit auf einen wenig konstruktiven „Neben-kriegsschauplatz“ verlagert zu haben.

Unwidersprochen blieb dennoch eine Meldung der DZW 40/91 über Mitgliederbewegungen des FVDZ, die „trotz steigender Zahnärztezahlen einen Mitgliederrückgang“ aufwies. Danach hatte der FVDZ 1990 einen „Mitgliederstand von 10 726, nicht berücksichtigt die Studenten, Assistenten und nicht mehr aktiven Zahnärzte“, die beitragsfrei sind.

Die Statistik der Bundeszahnärztekammer weist 1992 die Zahl von 66 385 Zahnärzten in Deutschland auf, zuzüglich „rund 4000 sächsischer Zahnärzte“. Niedergelassen waren 39 924 Zahnärzte. (zit. ZM 5/93) Damit ist bestenfalls jeder 4. Zahnarzt Mitglied des FVDZ.

c.n.





Differenzierte  
Probleme  
verlangen ein  
ganz spezielles  
Instrumentarium.

Auch in Geldfragen.  
Deshalb wenden sich die  
Angehörigen der Heilberufe  
mit Vorliebe an uns,  
die Bank für die Heilberufe.  
Weil sie hier neben dem  
selbstverständlichen Service  
einer modernen Bank

die Betreuung erfahren,  
die den speziellen Gegebenheiten  
des Berufsstandes angepaßt ist.  
Gleich, ob es sich um Fragen der  
Kreditaufnahme, der Geldanlage,  
der Wertpapierdisposition oder  
der Vorteile der Kontoführung  
bei uns handelt.

Sprechen Sie bald mit uns.



**Deutsche Apotheker-  
und Ärztebank eG**

*Bank für die Heilberufe*

Hauptverwaltung  
Emanuel-Leutze-Straße 8  
4000 Düsseldorf 11  
Telefon (0211) 59 98-0

Filialen im gesamten Bundesgebiet



# Leserbriefe

## Tummelplatz für Halsabschneider?

**Provokante Aussagen des Kollegen Ebenbeck im forum 39 mit Überlegungen**

### Was stimmt?

Wie nicht anders zu erwarten, hat Herr Kollege Ebenbeck mit seinem provokanten Untertitel welcher im Sonderheit an die Adresse der zahnärztlichen Implantologie gerichtet war, eine Diskussionslawine ausgelöst. Im DAZ-Artikel werden, für einen Beratungszahnarzt verständlich, einseitige, nur die Nöte der privaten Krankenversicherungen angeführt und Aspekte der Behandler bewußt übergangen. Man sollte nicht verkennen, daß Herr Ebenbeck, wie wohl Zahnarzt, der Kollegenschaft loyal weniger verpflichtet ist als seinen Auftraggebern. Er spricht immerhin als Zahnarzt mit entsprechend verheerenden Auswirkungen. In einer solch einseitigen Stellungnahme ist vieles unterschlagen. Der Punktwert der GOZ 88 hat sich seit Inkrafttreten inflationsbereinigt um ca. 20% vermindert.

Die privat abrechnenden Zahnärzte können dies nur durch Anpassung des Steigerungssatzes kompensieren. Der

Gesetzgeber hat durch Nichttätigwerden unsere Schwierigkeiten selbst ausgelöst. In der alten Preugo galt Steigerungsfaktor 1–10, in der BUGO 1–6, in der GOZ 1–max. 3,5. Somit sind die Tendenzen klar.

Bei anhaltender Situation (Untätigkeit durch Nichtanpassung seitens des Gesetzgebers) werden immer mehr Kollegen nach Par. 2 Absatz 1 und 2 GOZ abdingen müssen.

Herr Ebenbeck hatte in einer früheren Verlautbarung erkennen lassen, daß nur 0,2–0,3% aller zahnärztlichen Liquidationen nach Par. 2 GOZ abgedungen werden. Hiermit wird von ihm selbst zum Ausdruck gebracht, daß Par. 2 GOZ in der Anwendung für die Versicherungen derzeit noch eine Quantité négligeable darstellt.

In der Vergangenheit haben die privaten Versicherungen in ihrer Werbung den umfassenden Versicherungsanspruch gerade bei privaten Versicherten im Gegensatz zu gesetzlichen Leistungen immer wieder herausgestellt. Es geht nicht an, frühere Werbungsaussagen mit Verweis auf die Kostenbelastung auf dem Rücken der Behandler wieder einzuholen.

Implantologisch tätige Zahnärzte sind – auch mit Fragezeichen versehen – in der Summe keine Halsabschneider innerhalb der Gruppe privat liquidierender Zahnärzte. Der Versuch, implantierende Zahnärzte und Kieferchirurgen als eine Sonderheit böser Buben in der



Zahnärzteschft auszumachen, ist in Wahrheit das Bemühen, zwischen implantierende und nicht implantierende Kollegen Keile zu treiben.

Gewichtige Einwände, welche Herr Ebenbeck ausgelassen hat. Ist es angesichts dessen statthaft, Herrn Ebenbeck als Nestbeschmutzer zu etikettieren und zur Tagesordnung überzugehen? Ich meine nein. Implantologische Liquidationen, wiewohl umfangreich, in einer Höhe bis 100.000,- DM und mehr, somit das Vielfache dessen, was dem Durchschnittsimplantologen als Honorarforderung auch für aufwendige Leistungen als angemessen erscheint, werfen doch Fragen auf. Ich meine: Wer das privatrechtliche Abrechnungssystem aus noch so berechtigtem kassenwirtschaftlichen Frust derart überfrachtet, gibt jenen Oberwasser, welche da behaupten, freie Honorarvereinbarungen seien im Gegensatz zur freien Wirtschaft in der Medizin nicht praktikierbar, also den Reglementierern und Funktionären und bringt jede Freiheitsperspektive zu Fall. Es gilt – gerade heute – die Zukunft der Privatpraxis zu erhalten. Die DGZI (Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Implantologie) ist nicht gewillt, solchen „Kollegen“, wie von Herrn Ebenbeck ausgemacht, fürderhin den Rücken zu stärken. Im gleichen Sinne verhalten wir uns gegen jede negative Pauschalisierung unserer Mitglieder. Wir wollen nicht verkennen, daß schamlose Abrechnungsbetrügereien der 70er und 80er Jahre im Kassenbereich zu den

entsprechenden politischen Quittungen geführt haben, unter denen jetzt alle Kollegen bestraft sind. Exzessive Honorarforderungen führen zu Zahlungswiderstand und Prozeßlawinen.

Ich will nicht verhehlen, daß die DGZI, wie andere auch, Problemkinder unter ihren Mitgliedern hat. Gemessen an unserer Gesamtmitgliederzahl machen sie gerade 1% aus. Aber ich bin es leid, in jeder Vorstandssitzung immer wieder die gleichen Namen zu hören. Ein engagierter Vorstand, welcher sich in einem achtstündigen Sitzungsmarathon den Kopf zerbricht, was alles zu tun und zu lassen sei für das Ansehen dieser uns lieb gewordenen Gesellschaft, den trifft es hart, wenn Einzelne in Kollegenanschriften, übertriebener PR in der Lokalpresse und mehr als stattlichen Honorarforderungen immer wieder auf sich aufmerksam machen, sogar mit Hinweis auf DGZI und andere Mitgliedschaften. Was da auf der einen Seite Gutes geschieht, wird andererseits durch sinnlose Eigentore einiger weniger total vermässelt. Selbstverständlich ist das doch eigentlich Kammerangelegenheit, und man könnte mit Verweis auf die Ordnungsfunktion der Kammern sich die Sache leicht machen. Aber leider zielt das an der Wahrheit vorbei. In der Regel ist es doch so, daß bis zum Tätigwerden der Kammer massiv zusammengetragen werden muß. Das ist auch gut so. Schließlich geht es um harte Sanktionen, bis zum Verlust der beruflichen Existenz. Die Mitgliedschaft in der DGZI aber ist



nach unserem Verständnis Mitgliedschaft in einer Exklusivgesellschaft. Niemand muß aus existenziellen Gründen Mitglied der DGZI sein. Insofern sind unsere Sanktionsgründe anders gelagert als bei den Kammern. Ich habe mich in der Lösung dieses Problems weltweit umgesehen. Eine qualitativ hochwertige und somit gute Zahnheilkunde ist zweifelsohne in der Schweiz zu finden. Wie lösen die Schweizer die Qualitätsproblem? Abgesehen davon, daß der Markt von sich aus vieles regelt, gibt es in der Schweiz die Honorarprüfungs-

kommission der jeweiligen kantonalen Zahnärztesgesellschaft. Diese Kommission wird von einem Obmann angeführt. Der Obmann ist nicht irgendeiner, welcher sich als Gewählter eben zur Verfügung stellt. Es muß eine zweifelsfrei anerkannte fachliche Reputation haben. Etwas anderes als unser „medizinischer Dienst“. Und das, liebe Mitglieder, funktioniert in unserem Nachbarlande. Etwas ähnliches stelle ich mir für die DGZI vor.

Dr. G. Takács  
Präsident DGZI  
8630 Coburg

## Die Zukunft der Privatpraxis sichern!

Mein lieber Herr Kollege Takács – der provokante Untertitel war nicht von Herrn Ebenbeck, sondern von mir. Er schien mir aber dem Inhalt seiner Ausführungen durchaus angemessen. Zudem sind Tummelplatz (da können schließlich auch andere rumrennen) und Fragezeichen m. E. Hinweis genug auf das, was gemeint ist: die *Möglichkeit* zum Halsabschneiden.

Der Beitrag war auch nicht „in Sonderheit an die Adresse der Implantologie gerichtet“, sondern, und das kam durch die verschiedenen Beispiele klar heraus, an alle Zahnärzte, die Privatliquidationen ausstellen. Es stimmt weiterhin nicht, daß „einseitig die Nöte der PKV angeführt werden“ und es stimmt auch nicht, das Dr. Ebenbeck „der Kollegenschaft loyal weniger verpflichtet ist als seinen Auftraggebern“.

Worum es in dem Artikel ging, war nicht mehr, aber auch nicht weniger als dringend an die Kollegenschaft zu appellieren, daß die private Krankenversicherung ebensowenig wie die GKV als Selbstbedienungsladen für beliebig hohe und allzuoft auch völlig unbegründete Honoraransprüche benützt werden darf. Motiv hierzu war einzig – und das schreiben Sie ja auch selbst – die Zukunft der Privatpraxis, und vor allem der privaten Abrechnungsmöglichkeiten, zu erhalten! Wie gut, daß Sie „nicht verkennen, daß schamlose Abrechnungsbetrügereien der 70er und 80er Jahre im Kassenbereich zu den entsprechenden politischen Quittungen geführt haben, unter denen jetzt alle Kollegen bestraft sind“. Als der DAZ genau dies damals immer wieder ansprach, wurde das vom Freien Verband als Verrat und Nestbeschmutzung hingestellt! Daran hat sich leider bis heute nichts geändert, wie der Brief von



Herrn Dr. Roth (*forum* 40, Seite 17 und der Bericht auf Seite 113 dieses Heftes) zeigen. Und wie schrieb Kollege Römhild in der DZW 13/93, Seite 11?: „Ungeachtet der Tatsachen und der erkennbaren Konsequenzen für den ganzen Berufsstand solidarisiert sich der Großteil der Zahnärzteschaft mit den Totengräbern des eigenen Berufsstandes, um nur ja jede Kritik im Keim zu ersticken (sie kommt ja aus der falschen Ecke!)“. Genau das ist das Problem. Denn ebenso wie damals ist der Beitrag von Herrn Ebenbeck nur ein weiterer Versuch, den Kollegen zu verdeutlichen, daß sich die Zahnärzte den größten Teil ihrer Schwierigkeiten selbst machen.

Private Krankenversicherungen sind gewinnorientierte Unternehmen und keine Sozialeinrichtungen – überhöhte Honorarforderungen führen über kurz oder lang – meist über kurz – zu Leistungseinschränkungen und Tarifierhöhungen, und damit langfristig zur Reduzierung der Privatpatientenbehandlung. Genauso klar ist, daß Privatabrechnungen selbstverständlich von den Versicherungen bzw. deren Fachberatern auf ihre Übereinstimmung mit der geltenden Gebührenordnung durchgesehen und die Begründungen für Steigerungssätze – soweit möglich – nachgeprüft werden müssen, wozu natürlich die Transparenz des Leistungsgeschehens erforderlich ist. Wer Leistungen erbringt, die nicht in der GO-Z enthalten sind, oder wer besonders hohe Sätze verlangt, der muß die Zahlungsbereitschaft des Patienten – und der wieder die seiner

Versicherung – *vorher* abklären. All dies sind eigentlich Selbstverständlichkeiten für die meisten Kollegen, wo nicht, ist es Sache der Kammern, darüber deutlich genug aufzuklären.

Sie wünschen sich Schweizer Verhältnisse? Ich auch. Aber bei uns wird dabei meist nur auf das vermeintlich Angenehme, das Fehlen von „Kassenpatienten“, hingewiesen. Es ist aber so, daß sowohl die Prävention als auch unser Problem der Honorardisziplin dort besser funktioniert bzw. weniger Schwierigkeiten bereitet, weil die Zahnärzte mit beiden Bereichen ernsthaft und glaubwürdiger umgehen und die Selbstkontrolle und Selbstreinigung des Berufsstandes offensichtlich besser funktioniert als bei uns.

Wenn, wie Sie schreiben, 1% der Mitglieder der DGZI bzgl. Qualität und Honoraransprüchen aus dem Ruder laufen, und die Kammern, denen dies immer wieder zur Kenntnis gebracht wird, nichts unternehmen, dann muß man sich doch fragen, was die Kammervorstände selbst zu verbergen haben, wenn sie diese wenigen Kollegen zum Schaden der anderen 99% decken. Zumindest wird damit deutlich, wo die größten Versäumnisse liegen und wo Handlungsbedarf zuallererst vonnöten ist.

Solange Kollegialität mit Kumpanei verwechselt wird, sollte man jedenfalls nicht über den Staat greifen, sondern erst einmal den Dreck aus dem eigenen Haus kehren.

Dr. Hey  
München



## Aktion Helferinnentausch - wer macht mit?

Bei der Mai-Tagung des DAZ in Chemnitz wurde die Situation der in den neuen Bundesländern entstehenden Zahnarzt-Praxen diskutiert und der Vorschlag gemacht, durch Hospitationen von Ost-Mitarbeiterinnen in West-Praxen schneller die derzeit noch vorhandenen Wissens- und Erfahrungsdefizite in Bezug auf Abrechnungsmodalitäten, Materialien und Methoden zu überwinden. Damit sich auf beiden Seiten solche Hospitationen besser in die Arbeitsabläufe integrieren lassen, empfiehlt sich ein gleichzeitiger Austausch von Helferinnen - wahrscheinlich für alle Beteiligten eine interessante Erfahrung. Aus einigen Praxen kamen bereits Nachfragen; wir könnten aber noch mehr Tauschpartner gebrauchen.

Interessenten sollten sich wenden an die DAZ-Geschäftsstelle in Köln,  
Tel. 0221/973005-45. (ib)

### Alteingesessene Zahnarztpraxis

mit Immobilie in Bergischer Stadt  
kurzfristig abzugeben.  
Chiffre DAZ 1275

**Kollegial, kritisch  
konstruktiv, kompetent**

Darum:



# Innovativ...

unsere neueste Technik.

# Zeitgemäß...

im Einklang mit modernem Design.

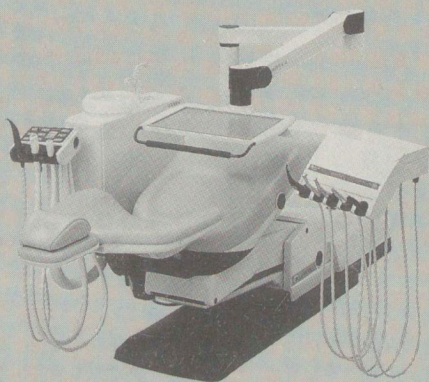
# Individuell...

da wir den Arbeitsplatz nach Ihren

Wünschen ausstatten...

werden Sie von unserem Angebot

begeistert sein.



Ultradent Arbeitsplatz U 1300

# ULTRADENT

Coupon

Bitte schicken Sie mir  
die komplette Prospektmappe



Name

Telefon

Straße

PLZ/Ort

Ultradent, Kutzner & Ostner

Stahlgruberring 26, D-8000 München 82

Tel. 089/420992-0, Fax 089/420992-50

U1300 -37- 92



## Termine

(Bitte Änderungen beachten!)

- |                |        |                                                                                                                                                                                                 |
|----------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8.5.1993       |        | Frankfurt/Main: <b>Frühjahrstagung der VDZM</b><br>(Themen: Endodontie, Zukunft der GKV)                                                                                                        |
| 5.6.1993       | 9-17 h | Köln/WIDI, Sedanstraße 13-17: <b>DAZ-Ratssitzung</b><br>(Terminänderung!)                                                                                                                       |
| ca. 9.6.1993   |        | Berlin/ Geschäftsstelle des NAV-Virchowbundes:<br><b>Prophylaxe-Fortbildung</b> der DAZ-NAV-Virchowbund-Studiengruppe Berlin                                                                    |
| 15.6.1993      | 10 h   | Mainz: <b>Mitgliederversammlung des Deutschen Ausschusses für Jugendzahnpflege (DAJ)</b>                                                                                                        |
| 2.7.1993       |        | Regensburg: Veranstaltung der DAZ-Studiengruppe Niederbayern/Oberpfalz mit Förderverein Fachgruppe Zahntechnik zu „ <b>Dentallegierungen und Gesundheit</b> “, Referent: Prof. Dr. Wirtz, Basel |
| 22.9.1993      |        | Dresden, Gartensaal des Dtsch. Hygiene-Museums:<br><b>Zentrale Auftaktveranstaltung zum „Tag der Zahngesundheit 1993“</b>                                                                       |
| 25.9.1993      |        | <b>Bundesweiter Aktionstag „Tag der Zahngesundheit 1993“</b> mit Beteiligung des DAZ und des NAV-Virchowbundes                                                                                  |
| 8.10.1993      |        | Regensburg, Veranstaltung der DAZ-Studiengruppe Niederbayern/Oberpfalz mit Förderverein Fachgruppe Zahntechnik zu „ <b>Lichtbrechung/Keramik</b> “<br>Referent: Dr. Ludwig                      |
| 15.-17.10.1993 |        | Köln/Hotel Consul, Belfortstr. 9:<br><b>DAZ-Jahreshauptversammlung</b> mit öffentlicher Veranstaltung am 16.10.1993 (Terminänderung!)                                                           |
| 22.-24.10.1993 |        | Bielefeld: <b>13. Bundeskongreß des Bundesverbandes der Arzt-, Zahnarzt- und Tierärzthelferinnen</b><br>(Thema: „Kommunikation“)                                                                |
| 12.-14.11.1993 |        | Berlin/Charité: <b>Öffentliche Veranstaltung und Arbeitstagung der NAV-Virchowbund-Bundeshauptversammlung 1993</b>                                                                              |



## Info-Angebote für Sie

Bei der DAZ-Geschäftsstelle können Sie - wenn nicht anders angegeben kostenlos- zur eigenen Information und zur Weitergabe an Kolleg(inn)en und Patienten einige Materialien anfordern. Einfach ankreuzen, Coupon ausschneiden, auf Postkarte kleben und an folgende Adresse schicken:

**Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)  
im NAV-Virchowbund  
Belfortstraße 9  
5000 Köln 1**

Absenderadresse / Stempel:

- DAZ-Faltblatt „Hilfen für den Zahnarzt als Unternehmer“
- DAZ-Faltblatt „Ökotips für den Zahnarzt“
- DAZ-Faltblatt „Gesund durch Prophylaxe“
- DAZ-Faltblatt „Berufspolitik geht auch Sie an“
- Information zur Einführung der Krankenversichertenkarte (NAV-Virchowbund)
- Checkliste zur Auswahl von Praxiscomputern (NAV-Virchowbund)
- Checkliste zur Niederlassung (NAV-Virchowbund)
- Jahresbericht 1992 des NAV-Virchowbundes (mit DAZ-Teil)
- Patienten-Info zur Kariesvorbeugung durch fluoridiertes Speisesalz
- Infobroschüre für Praxismitarbeiter über Kariesprophylaxe durch fluoridiertes Speisesalz
- Indikationskarte zur Kariesprophylaxe mit Fluoriden
- Infofaltblatt zur Prophylaxe für Patienten „Liebe Eltern....“ (100 St. á 20 DM)

**Notieren Sie bitte auch Ihre NEUE Postleitzahl!**



# Amalgamabscheider

## Falsch und Richtig

Sehr verehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor!

Eine große Schar eifriger Verkäufer zieht zur Zeit alle Register, um den Zahnärzten, die ja zum Kauf verpflichtet sind, dezentrale Einzelplatz-Amalgamabscheider (Zentrifugen) zu verkaufen. Sie tun dies, obwohl sie wissen, daß es einen besseren und billigeren Weg gibt.

**Falsch:** Zentrale Abscheidung ist nur bei einem Gefälle der Rohre möglich.

**Richtig:** Wenn die Saugleitungen benutzt werden, ist kein Gefälle erforderlich; es darf sogar sanft bergan verlaufen. Sollen die Abflüsse der Einheiten vakuumfrei in den Abscheider geleitet werden, beträgt das vorgeschriebene Mindestgefälle nur 2%.

**Falsch:** Die Länge der Rohrleitungen von den Einheiten zum Abscheider darf 6m nicht überschreiten.

**Richtig:** Es gibt zur Länge der Rohre im Hause der Praxis keine gültigen Beschränkungen.

**Falsch:** Zentrale Abscheidung erfordert viel Platz, ein Keller muß vorhanden sein.

**Richtig:** Der Sedas 4 benötigt eine freie Wandfläche von 180cm Höhe und 100cm Breite bei einer Einbautiefe von 15cm. Kelleraufstellung ist von Vorteil, doch ist ebenerdige Aufstellung auch oft möglich.

**Falsch:** Nur wo bisher eine Feuchtabsaugung bestand, ist zentrale Abscheidung möglich.

**Richtig:** In den meisten Praxen mit Trockenabsaugung sind die Rohre zur Aufnahme einer Feuchtabsaugung geeignet. Hinter dem Abscheider, der auch separiert, können alle bekannten Vakuumerzeuger verwandt werden.

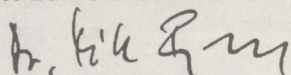
**Falsch:** Die Einleitung der Speischaalen in das Saugsystem ist ein ungelöstes Problem.

**Richtig:** Der Einbau eines tauglichen Saugstromventils (Platzwähler) ist jedem Dentaltechniker, der guten Willens ist, leicht möglich. Es gibt eine Vielzahl tauglicher Platzwähler, die von den Herstellern der Einheiten auch serienmäßig verwandt werden: Dürr, Cattani, Depla, Slaby. Wenn kein kooperationswilliges Depot gefunden wird, kann ich überregional praktische Hilfe vermitteln.

**Falsch:** Mehr High-Tech erleichtert den zahnärztlichen Alltag.

**Richtig:** Einfache Prinzipien schaffen Unabhängigkeit und Sicherheit.

Ich empfehle Ihnen meinen Sedas 4,  
weil er ein langes Zahnarztleben keinen Ärger machen wird.



(Dr. Till Ropers)

Dental-Geräte-Technik Dr. Till Ropers GmbH  
Alter Marktplatz 4 2162 Steinkirchen Tel. 04142 / 4377





# Buchbesprechungen

## Qualitätskontrolle

### Self Assessment - Manual and Standards. Clinical Standards in Dental Practice.

Royal College of Surgeons of England, 35/43 Lincoln's Fields, London WC2A3PN  
150 Seiten in Ringbuchform, London 1991, zirka 70,— DM

Direkte Bezugsadresse: Faculty of General Dental Practitioners, Fax: 0044 71 8317999

Welcher Kollege wollte nicht auch schon mal nachprüfen können, ob seine Kronen oder Amalgamfüllungen noch dem Standard der heutigen Zahnmedizin entsprechen oder nicht? Das Prüfungsergebnis sollte allerdings ihm allein bekannt sein und geheim bleiben. Für die britischen Kollegen ist diese Selbstbeurteilung im stillen Kämmerlein jetzt möglich geworden. Mit dem Ziel, Standards für die gesamte klinische Zahnmedizin in Großbritannien zu definieren, hat sich ein Team des Royal College of Surgeons of England an diese Fleißarbeit gemacht. Das Resultat ist ein hundertfünfzig Seiten starkes Ringbuch. Behandlungsergebnisse und nicht Behandlungsmethoden werden detailliert aufgelistet und als fachtechnisch genügend, bzw. ungenügend qualifiziert. Diese Qualifikation erfolgt in jedem Fachgebiet in Tabellenform.

Dieses Buch wurde an alle Zahnärzte des britischen Gesundheitssystems und an alle Peer-Review-Kommissionen abgegeben. Die einzelnen Behandlungsstandards sind praxisnahe definiert und für jeden Zahnarzt selber rasch nachzuvollziehen. Der einzelne Standard wird dabei nach Grad A,B,C und D bewertet, wobei B als der für alle Zahnärzte minimal zu erreichende Standard definiert

ist. Die Wertung A bedeutet ein überdurchschnittliches Resultat; C und D sind nicht akzeptable Leistungen, welche beim Patienten reversible bzw. irreversible Schäden verursachen. Für jeden Teilbereich der klinischen Zahnmedizin, inklusive Behinderten Zahnmedizin und Praxishygiene, werden die ABCD-Standards tabellarisch einzeln definiert. Die Tabellen werden ergänzt durch klinische Hinweise und Literaturangaben. Wenn wir den Teilbereich „Kronen und Brücken“ etwas näher betrachten, so erfolgen Teilbewertungen für „Ästhetik“, Biologie und Funktion“, „Randschluß“, „Okklusion“ und „Nachsorge“. Ein Minimalrandschluß Grad B ist gewährleistet bei einer nur leichten Unebenheit bei Sondierung von Krone zum Zahn und/oder einem kleinen Unterschub im supragingivalen Bereich, welcher vom Patienten sauber gehalten werden kann (subgingivale Unterschüsse und alle Überschüsse sind ungenügend, Grad C oder D). Ein ästhetisches Minimalresultat Grad B bedeutet, daß die Restauration vom Profi wahrgenommen werden kann, vom Patienten und seinen Bekannten aber nicht erkennbar ist; eine ästhetisch überdurchschnittliche Krone Grad A ist auch für den Zahnarzt/Zahn-techniker aus 90 cm Distanz optisch nicht



erkennbar. Es folgen in diesem Kapitel acht Seiten klinische Hinweise und Überlegungen sowie Literaturreferenzen.

Werner Fischer, SSO, Vol. 102:5/1992, Seite 633

### Kommentar:

Dieses kleine Buch ist ein echtes Aha-Erlebnis für jeden englischsprechenden Kollegen, der konkrete Anleitungen und Tips für die Überprüfung der eigenen Arbeit sucht. Der Preis für dieses „Lehrbuch“ ist in Relation zu deutschen Verlagspreisen schon fast ein „Schmankerl“.

So um 1979 hat sich die erste DAZ-Gruppierung in München an die mühsame Definition von Standards bei Amalgamfüllungen gewagt. Mühsam und aufregend, da es zu diesem Thema damals keine Literatur gab.

1983/84 zirkulierte (in Form von vergilbten Photokopien) als „Geheimtip“ das CDA-Buch: „Quality evaluation for dental care. Guidelines for assessment of clinical quality and professional performance“ der California Dental Association in der Erstausgabe von 1977 in unseren Reihen. In Team-Arbeit wurden die siebenzig Seiten übersetzt, weiter-

gegeben und diskutiert. Aber es blieb ein Geheimtip.

1988 brachte die Arbeitsgruppe um Prof. Dr. R. Naujoks in Würzburg - unter kräftiger Mitarbeit von DAZ-Mitgliedern der ersten Stunde - das „Studienhandbuch des Projektes Qualitätssicherung in der Zahnmedizin - Definitionsphase-“ heraus. Ein anscheinend ungeliebtes Kind, das weder vom BDZ noch von der breiten Fachöffentlichkeit angenommen wurde.

1992 überraschte uns England mit diesem Buch, das sich im Aufbau und der Struktur eng an das CDA-Buch hält, aber wesentlich umfangreicher und praxisbezogener als dieses ist. Es sollte unser Ziel sein, daß ein freiberufliches Gesundheitssystem wie in Deutschland von sich aus, auf freiwilliger Basis, ein entsprechendes *Qualitäts- und Selbstkontrollbuch* erarbeitet und publiziert. Damit würden wir einen großen Schritt nach vorne in unserer beruflichen Fortbildung und in unserem professionellen Selbstverständnis machen. Ein bedeutendes Projekt, dessen Ausführung der neugegründeten Bundeszahnärztekammer (BZÄK) gut zu Gesicht stünde.

Dr. Helmut Simon

Romanstr. 39, 8000 München 19

## Kosmetische Zahnheilkunde mit Hilfe von Komposit

### Praktische Anwendung der direkten Technik

Joost Roeters/ Hein de Kloet

Quintessenz-Verlag Berlin, 1992

170 Seiten DM 178,- ISBN 3-87652-153-X

Zugegeben: dem Thema, dem Titel habe ich mich ein wenig skeptisch genähert. Hat nicht der Schwerpunkt „Kosmetik“ in der Zahnheilkunde die Aura des Unnatürlichen, des Übertriebenen, des Fragwürdigen, ja des Unärztlichen?

Gleichzeitig lese ich jüngste Zahlen in der Fachpresse: 86% aller (deutschen) Patienten halten eine „längere Zahnerhaltung“ für so wichtig, daß sie sogar „aus eigener Tasche zuzahlen“ würden. 34% würden das auch für „schöneres Aussehen“ tun. Ca 30% der täg-



lichen Arbeit eines Zahnarztes in den USA gehöre zur kosmetischen Zahnheilkunde. 20-40% aller Patienten - je nach Altersgruppe - sind mit dem „Aussehen eines oder mehrerer Frontzähne nicht zufrieden“. -Vor dem Hintergrund dieser Umfragen gewinnt das Thema Kosmetik dann doch Seriosität, der Bedarf ist offensichtlich gegeben. Den beiden holländischen Autoren gelingt es sehr bald, das Interesse an bisher nicht gewohnten Indikationen und Techniken zu wecken. Roeters und de Kloet vermitteln einen enormen Erfahrungsschatz in der klinischen Anwendung von Komposit. Sie demonstrieren dessen große Indikationsbreite mit hervorragenden, dauerhaften Ergebnissen.

Mir selbst ist durch dieses Werkbuch die Kompliziertheit, aber auch Anwendungsvielfalt der modernen Adhäsivtechnik deutlich geworden. Bisher nicht probierte, ja ungeahnte Möglichkeiten des Komposit-Einsatzes werden eröffnet. Dies freilich nicht selten auf Kosten der hierzulande etablierten Kronenprothetik. Diese Tendenz ist doch nur zu begrüßen, sind doch alle bisherigen Appelle zu einer „defensiven Zahnheilkunde“ folgenlos geblieben. Wieviel Frontzahnüberkronungen wurden mit einem vielleicht vermeidbaren Opfer an gesunder Zahnhartsubstanz erkauf? Haben wir nicht andererseits bei manchen kosmetischen Wünschen unserer Patienten z.B. bei Schmelzhypoplasien, Verfärbungen, Zahnhalssproblemen, Fehlstellungen, Mikroformen und Schmelzfrakturen keine befriedigende Korrekturmöglichkeit gesehen, sie und uns selbst zu motivieren versucht, „damit zu leben?“

Dieses Buch bietet kompetent und kritisch einen unerwartet breiten Fächer der Einsatzvarianten von Komposit/Kunststoff in Verbindung mit der Schmelz-Ätztechnik. Die

jeweiligen Präparations- und Applikationsbedingungen werden Schritt für Schritt durchgespielt, in Fotos und Skizzen erläutert. Diagnostische, klinische, therapeutische, prognostische und werkstoffkundliche Details werden - für den Praktiker aufbereitet - erörtert, bewährte Tips weitergegeben. Für wissenschaftlich ambitionierte gibt es eine reiche, gut gegliederte Literaturübersicht.

Insgesamt könnte diese Neuerscheinung eine Renaissance der konservierenden/restaurativen Tätigkeit bewirken, eine Patienten- und Image-gewinnende Qualitätsverbesserung bei Frontzahnbehandlungen auslösen. Die weitgehend atraumatischen, schnell durchführbaren ästhetisch-überzeugenden und vergleichsweise kostengünstigen Maßnahmen haben wohl auch einen Motivationseffekt für die prophylaktische Selbstverantwortung unserer Patienten. Mundhygiene gelingt denen besser, die ihre Zähne „schön finden“. Patienten mit kosmetischen Wünschen (welcher Zahnarzt hätte nicht solche Patienten, welcher Patient hätte nicht solche Wünsche?) können wir mit Hilfe dieses Lehrbuches ein noch professionellerer Begleiter sein. Unserem ärztlichen Prestige tut das keinen Abbruch.

Ich möchte deshalb allen Kosmetik- und Komposit-Skeptikern, vor allen denen mit dem „prothetischen Blick“, diese 170 Seiten zum Studium ans Herz legen, bevor sie weiter mit gewohnter Bravour zu Turbine und Technikauftrag greifen.

Die Aufmachung, Text und Bild sind in gewohnter Quintessenz-Qualität. Der Preis ist stolz, aber marktkonform.

Dr. Christian Nielsen  
Lindenschmitzstr. 44,  
8000 München 70



## Kariesprophylaxe und Konservierende Therapie

Peter Riethe

Thieme Verlag, 1988, 263 Seiten, 651 meist zweifarb. Abb., geb., 340.- DM

In der gewohnt hervorragenden Ausführung der Reihe „Farbatlanten der Zahnmedizin“ des Thieme Verlages sei nachfolgend der sechste Band „Kariesprophylaxe und konservierende Therapie“ von Peter Riethe (Tübingen) besprochen.

Das hervorragende Bildmaterial wird durch graphische und schematische Darstellungen sowie knappe und prägnante Texte ergänzt. Die Lektüre dieses reich illustrierten Bandes vermittelt dem Leser umfassend die einzelnen Themen. Zitate neuerer Fachliteratur ergänzen die Aussagen.

Der erste Teil des Buches ist der Prophylaxe gewidmet und beschäftigt sich in vier Kapiteln mit bakterieller Plaque, Prophylaxe, Fluoriden und Fissurenversiegelung. Hier wäre eine Überarbeitung und Neuauflage wünschenswert, um den Veränderungen der letzten fünf Jahre (seit dem Erscheinen dieses Bandes) im Bereich der professionellen Prophylaxe Rechnung zu tragen. Die Bedeutung der Infektionskontrolle („Speichel-diagnostik“, „individuelles Kariesrisiko“, „kausale Kariestherapie“ als Schlagworte) sollte hier unbedingt stärker herausgestellt werden.

Im zweiten Teil des Buches werden zunächst

die Zahnhartsubstanzen sowie die Zahnkaries ausführlich dargestellt. Neben der Ätiologie der Karies werden hier die Bereiche Diagnostik, Pulpitis und Therapie umfassend erläutert. Ein weiteres Kapitel ist der Kavitätpräparation gewidmet. Hier sollte im Zusammenhang mit zunehmender Bedeutung der Individualprophylaxe eine stärkere Differenzierung der Präparationsregeln hervorgehoben werden.

Der Hauptteil des Buches umfaßt das Thema „Restauration“, unterteilt nach Füllungsmaterialien (Kunststoff, Amalgam, Gußrestauration).

Besonders ausführlich wird hier die Wiederherstellung stark zerstörter Zähne behandelt (Teilkronen vitaler und devitaler Zähne). Gerade im Kapitel „Restauration“ ist die Darstellung mittels „Step-by-Step-Vorgehens“ optimal zur überzeugenden Vermittlung der Arbeitsabläufe.

Obwohl eine Überarbeitung wünschenswert wäre, ist der Atlas jedem Studierenden und Praktiker als Standardwerk zu empfehlen.

Dr. Claudia Wohlgemuth  
Lindenschmitzstr. 44, 8000 München 70



## Warnung vor einem Buch „Waschzettel“ können fürchterlich in die Irre führen

Es ist eine erfreuliche Tatsache, daß die überwiegende Mehrheit der zahnmedizinischen und zahntechnischen Fachbücher von versierten Autoren verfaßt wird und damit für die Leserinnen und Leser eine wichtige Informationshilfe darstellt. Es gibt aber ein paar „Ausreißer“, die mit ihrem Inhalt regelrecht Unheil anstiften können. Zu diesen Laboraten gehört das Wörterbuch *Zahnmedizin* des Ex-Professors und Kieferbruch-„Spezialisten“ E. Lauterbach, der jetzt schon den dritten Verlag mit seinem Machwerk über den Tisch zu ziehen vermochte, ohne daß zum Beispiel die Hygiene, die Präparationstechnik und die Werkstoffe betreffenden Begriffe und deren Definitionen auch nur annähernd ausreichend überprüft wurden.

Schon in früheren Rezensionen über die bei Fischer und Karger erschienen „Lexika“ habe ich unwidersprochen und „ungestraft“ geschrieben, daß eine Auszubildende bei einer Klassenarbeit über eines der drei genannten Gebiete die Note „Ungenügend“ bekommen würde. Auch beim dritten Anlauf hat sich das nicht geändert.

Die Unverfrorenheit und Ignoranz des besagten Autors sind einmalig in der Geschichte des fachspezifischen Informationswesens. Das wirklich Schlimme aber ist als unverzeihlicher Skandal anzusehen; nämlich die ungekürzten Publikationen des „Waschzettels“, dessen Text mit dem Anzeigenteil

des Verlags für Zahnmedizin/Verlag Werner Dausien in Hanau völlig identisch ist. Zwischen dem tatsächlichen Inhalt dieses 1866seitigen „Wälzers“ im übergroßen Backsteinformat und den maßlosen Übertreibungen der Anpreisungen besteht ein unüberbrückbarer Abgrund. Wer die Lauterbach'schen Ergüsse bei seinen Infektionsschutzmaßnahmen, bei der Präparationstechnik und in puncto Werkstoffkunde berücksichtigen würde, würde seine Turbinen und Winkelstücke fast ausnahmslos zerstören, Kunstfehler bei der Präparation begehen und bei der Zusammensetzung und den Eigenschaften von Füllungsmaterialien und Dentallegierungen hinters Licht geführt.

Der Beweis für diese für manche Leser sicherlich unglaublichen Behauptungen liegt in einem mehrseitigen Memorandum an den gutgläubigen Lauterbach-Verleger vor. Sinn und Zweck dieser Buchbesprechung an dieser Stelle ist einerseits die Warnung vor dem Kauf und andererseits meine Kritik an der Verfahrensweise einer leider nicht kleinen Zahl von Redaktionen, die die übertriebenen Lobeshymnen ohne jegliche sachliche Nachprüfung übernommen haben. In dieser Form und mit der dadurch möglichen Wirkung ist auch dies ein wohl einmaliger Vorgang.

Dr. K. Kimmel  
Löhrstraße 139  
5499 Koblenz



# DAZ forum

**Zeitschrift von Zahnärzten für Zahnärzte**  
**Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)**  
im NAV-Virchowbund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands,  
ist der zweitgrößte bundesweit vertretene  
zahnärztliche Berufsverband in Deutschland.  
DAZ *forum* ist die Verbandszeitschrift des DAZ.

## Impressum

- **Herausgeber:**  
Deutscher Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ)  
im NAV-Virchowbund,  
Belfortstraße 9, 5000 Köln 1,  
Tel. 0221/973005-45, Fax. 0221/7391239
- **Redaktion:**  
Irmgard Berger, Dr. Ulrich Happ, Dr. Hanns-W.  
Hey, Silke Lange, Dr. Stefan Zimmer  
**Anschrift:** Redaktion DAZ *forum*,  
Belfortstraße 9, 5000 Köln 1  
Tel. 0221/973005-45, Fax. 0221/7391239
- **Erscheinungsweise / Auflage**  
DAZ *forum* erscheint viermal jährlich  
Auflage: 2.400 Stück
- **Bezugsbedingungen**  
DAZ *forum* ist im Abonnement erhältlich.  
Jahresabonnement: 40,00 DM.  
Für DAZ-Mitglieder ist das Abonnement im Mit-  
gliedsbeitrag enthalten. Interessenten erhalten DAZ  
*forum* auf Anfrage, soweit die Auflagenhöhe dies  
zuläßt.
- Der **Inhalt der Beiträge** entspricht nicht immer  
der Meinung der Redaktion oder des DAZ. Nach-  
drucke mit Quellenangabe DAZ *forum* sind er-  
laubt, soweit mit den Autoren der Beiträge abge-  
sprochen.
- Rezensionsexemplare neuer Bücher sind er-  
wünscht, eine Besprechung kann aber nicht  
zugesichert werden.
- **Zuständig für Annoncen:**  
Dr. Wolfgang Lell  
Hermann-Geib-Str. 59a, 8400 Regensburg  
Tel. 0941/90238, Fax. 0941/90359
- Für eine **Anzeige** im DAZ *forum* senden Sie  
bitte eine Druckvorlage an die Redaktion.  
Die Inserate erscheinen in der Zeitschrift  
schwarz-weiß.
- Für die **Gestaltung** Ihres Inserates stehen wir  
gerne zur Verfügung. Wir entwerfen bei Be-  
darf Ihre Anzeige nach Ihren Angaben oder  
Skizzen.
- **Inseratpreise:**  
Auskünfte über Anzeigenformate und -preise,  
Platzierungsmöglichkeiten, Beilagen, Einkleber  
usw. gibt unsere Anzeigenpreisliste 6. Bitte  
anfordern bei Dr. Lell, Hermann-Geib-Str. 59a,  
8400 Regensburg.
- **Satz:** GASSENHUBER desktop publishing  
Obere Bachgasse 7, 8400 Regensburg
- **Druck:** Druckerei Franz Arnold  
Kötztingerstr. 10, 8400 Regensburg



---

## Der DAZ stellt sich vor



Deutscher  
Arbeitskreis für  
Zahnheilkunde

### **Berufsverband**

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

### **Kooperation mit dem NAV-Virchowbund**

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

### **Studiengruppen**

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

### **Informationen**

Über die örtlichen Aktivitäten werden die Mitglieder durch regelmäßige Rundschreiben ihrer Studiengruppenvorsitzenden informiert. Überregional gibt der DAZ viermal jährlich die Zeitschrift „forum“ mit Fortbildungsberichten und Informationen zur Standes- und Berufspolitik sowie das Informationsblatt „Kontakte“ heraus. Die DAZ-Mitglieder erhalten zudem die Zeitung „IGZ Kontakt“ der Interessengemeinschaft zahnärztlicher Verbände in Deutschland (IGZ), der der DAZ angehört.

### **Hilfe für den Zahnarzt-Alltag**

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

### **Standespolitik**

Standespolitik muß sich aus der Kollegenschaft heraus entwickeln und an der Praxis orientieren.

Der DAZ setzt sich ein für:

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

### **Qualität**

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

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



### Jugendzahnheilkunde und Prophylaxe

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

- bundesweit einheitliche Regelungen durch ein Jugendzahnpflegegesetz
- Ausbildung und Einsatz von Prophylaxepersonal
- finanzielle Anreize für Versicherte bei Inanspruchnahme regelmäßiger Kontrollen
- Zulassung von Fluoridkochsalz in Backwaren, Konserven, Kantinenessen

### Delegation

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

Prophylaxe und Hygieneaufklärung; Ernährungsberatung; Behandlungsassistenz

### Zahnärztliche Ausbildung

Der DAZ fordert eine Reform des Zahnmedizinstudiums mit folgenden Veränderungen:

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



Bei Interesse an unserer Arbeit wenden Sie sich bitte an eine der folgenden Studiengruppen-Geschäftsstellen:

- DAZ-Studiengruppe Berlin, Dr. Claudia Barthel, Klopstockstraße 18, W-1000 Berlin 37  
DAZ-Studiengruppe Chemnitz, Dr. Ralf Eisenbrandt, Markusstr. 8, O-9072 Chemnitz  
DAZ-Studiengruppe Elbe-Weser, Dr. Frank Kopperschmidt, Bahnhofstraße 5, 2161 Fredenbeck  
DAZ-Studiengruppe Freiburg, Dr. Jörg Krämer, Hauptstraße 215, 7819 Denzlingen  
DAZ-Studiengruppe Hamburg, Dr. Thomas Murphy, Poppenbütteler-Chaussee 45, 2000 Hamburg 65  
DAZ-Studiengruppe Oberpfalz, Dr. Martin Ostermeier, Bernsteinstraße 1, 8419 Nittendorf  
DAZ-Studiengruppe Oldenburg, Dr. Anke Brinkmann, Bachstraße 22, 2900 Oldenburg  
DAZ-Studiengruppe München, Dr. Armin Maurer, Wöhlerstr. 20, 8000 München 60  
DAZ-Studiengruppe Schleswig-Holstein, Wolfram Kolossa, Bahnhofstr. 43, 2306 Schönberg

oder an Irmgard Berger

DAZ-Geschäftsstelle, DAZ im NAV-Virchowbund  
Belfortstraße 9, 5000 Köln 1

Tel.: 02 21 / 973 005 - 45, Fax: 02 21 / 7 391 239

oder an das Pressereferat des DAZ

Lindenschmitstraße 44, 8000 München 70

Tel. 089 / 7 250 246, Fax. 089 / 7 250 107



- Ich bin Mitglied im DAZ und möchte wissen, wieviel ich mit dem  
CENTRAL-GRUPPENVERSICHERUNGSVERTRAG sparen kann.  
Hier sind meine persönlichen Daten für ein individuelles Angebot

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Ort \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Geb.-Datum Ehefrau \_\_\_\_\_

Zahl der Kinder \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_



**Beitrittserklärung**

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den  
Deutschen Arbeitskreis für Zahnheilkunde (DAZ) im NAV-Virchowbund

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Ort \_\_\_\_\_

Tel. / Fax \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Ich bitte um Zusendung der Satzung und Beitragsordnung.

DAZ-Mindestjahresbeitrag für Mitglieder

- |                                                           |          |
|-----------------------------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Stud./ cand. med. dent.          | 12,- DM  |
| <input type="checkbox"/> ZÄ/ZA, alte Bundesländer         | 360,- DM |
| <input type="checkbox"/> angest. ZÄ/ZA, alte Bundesländer | 180,- DM |
| <input type="checkbox"/> ZÄ/ZA, neue Bundesländer         | 180,- DM |

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_



Bitte  
freimachen

An den  
Deutschen Arbeitskreis  
für Zahnheilkunde – DAZ –  
im NAV-Virchowbund

Belfortstraße 9  
5000 Köln 1

Bitte  
freimachen

An den  
Deutschen Arbeitskreis  
für Zahnheilkunde – DAZ –  
im NAV-Virchowbund

Belfortstraße 9  
5000 Köln 1