

**Nr. 45**

13. Jahrgang  
2. Quartal 1994

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

**DAZ**

**FORUM**

**Der Streit um  
die Begleitleistungen**

**Unternehmen Praxis:  
auch ein Wirtschaftsbetrieb**

**Das Medizin-Produkte-Gesetz**

**Bleaching – es müssen nicht  
immer Kronen sein**



Deutscher  
Arbeitskreis  
für  
Zahnheilkunde

**Schwerpunkt-Thema  
Sterilisation von  
Übertragungsinstrumenten**



# 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**

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.

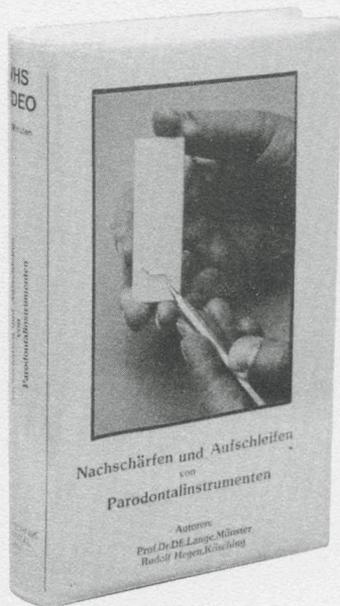
Schnelles, sicheres und effizientes Arbeiten ist nur mit scharfen Instrumenten möglich und kann die Behandlungsdauer bis zu 30% verringern. Stumpfe Instrumente entfernen nur unzureichend Zahnstein und infiziertes Wurzelzement, außerdem wird die Wurzeloberfläche verdichtet.

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  
85092 Kösching  
Telefon: 0 84 56 / 70 15  
Telefax: 0 84 56 / 81 39

Editorial: „Schirbort ist kein Chaos“	83
Der Streit um die Begleitleistungen	87
Die Sterilisation von Turbinen und Übertragungsinstrumenten	92
Alles steril?	100
Gesetze, Verordnungen, Vorschriften und kein Ende	105
Sterilisation von Übertragungsinstrumenten (Melaquick)	109
Erfahrungen mit der Sterilisation von Übertragungsinstrumenten (Odontoklave)	112
1,5 Jahre mit der „Dampfmaschine aus Toronto“ (Statim)	117
Der KaVoKlave – eine preiswerte Alternative?	121
Unternehmen Praxis: Auch ein Wirtschaftsbetrieb	125
Das Medizin-Produkte-Gesetz	131
Serie: Abgezockt – wie hemmungslose „Kollegen“ den Berufsstand in Mißkredit bringen (2. Teil)	136
Zahnarzt in der eigenen Praxis – Lust oder Frust (Teil 2)	140
Was will der DAZ?	146
Bleaching – denn es müssen nicht immer gleich Kronen sein	148
Impressum	154



# 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

# Editorial

## „Schirbort ist kein Chaot ...“

... befand Bundeszahnärztekammer-Präsident Willmes ein paar Tage vor der Wahl des neuen KZBV-Vorstandes. Was manchem in der heißen Wahlkampf-Phase als grober Verstoß gegen die Neutralitätspflicht des obersten deutschen Zahnarztes aufgestoßen sein mag, war - besonders niedersächsischen - Kennern des Kandidaten nichts Neues.

Es war ein unaufhaltsamer Aufstieg, dessen Erfolg weniger durch charismatische Ausstrahlung oder Sympathie, sondern durch Disziplin, Zielstrebigkeit, Härte, Fleiß und einen eisenharten Willen zur Macht und die dazu notwendige publizistische Begleitung begründet ist. Der begleitende Feuerschutz durch „Die Zahnarztwoche“ (DZW) war sicher eher durch Geistes-Verwandtschaft als durch die fünfstelligen Beträge aus dem Etat der KZVN zu erklären.

Chaot ist er also nicht, eher einer, der vom selbst inszenierten Chaos profitiert und es darum strategisch organisiert. Man muß das Ziel auch nicht mit dem unschönen Wort „Chaos“ belegen. Der neudeutsche Sprachgebrauch

ist „Deregulierung“. Gemeint ist aber dasselbe. Deregulierung (= Aufheben regelnder Maßnahmen) ist dann nötig, wenn bei begrenzten Ressourcen die Starken Angst haben, nicht mehr genug abzubekommen. Im ehemaligen Hause Möllemann gab es (gibt es noch?) Pläne zur Deregulierung der Berufsordnung. Sie hätten u.a. eine Aufhebung des Werbeverbots zur Folge. Das hieße bei den Heilberufen nichts anderes, als den Verteilungskampf um die zur Verfügung stehenden knappen Mittel vor allem gegen die eigenen Kollegen zu führen. Nicht etwa gegen Pfuscher und Vielabrechner und solche, die ausnutzen, daß niemand sie kontrolliert, sondern gegen die Trottel, die ehrlich arbeiten und abrechnen - kurz, die sich an die Regeln halten.

Die Stärke unseres Systems liegt in der Balance zwischen Freiheit und Ordnung. Die Warnlampen leuchten hell auf, wenn die traditionellen Ordnungsbewahrer schrill nach Freiheit rufen. Daß sich die Freiheit des Arztes nicht nur in seinem Honorar widerspiegelt, sondern auch in der

Therapiefreiheit gegenüber seinem Patienten, die ihm die Sozialversicherung ohne Rücksicht auf dessen Sozialstatus immer noch bietet, paßt in diese deregulierte Welt nicht hinein. Die Vorstellung, daß der Zahnarzt frei und zugleich sozial sein kann, trifft auf völliges Unverständnis.

Im Gegenteil: Wir seien „Lohnsklaven der Krankenkassen“, leben im „Gefängnishof“, sind umgeben von „Feinden“, die die Macht des Bösen vereinen (Krankenkassen, Politiker, Presse). Allesamt führen sie nur eins im Schilde: den ungestümen Drang, einer ausschließlich dem Wohl ihrer Mitmenschen verpflichteten Berufsgruppe mit „Vergütungsterror“ die „Existenz zu vernichten“.

Jeder Gedanke an Selbstreflexion oder -kritik, evt. sogar das Anmahnen von Verantwortung für die Zahngesundheit oder qualitativ abgesicherte Versorgung der Bevölkerung, wird als „sozialistischer vorauseilender Gehorsam“ gegenüber Kassen und Politikern gebrandmarkt. Schirbort beschwört das angeblich aus Meinungsumfragen bestätigte hohe Ansehen des Zahnarztberufes, tritt es aber als Funktionär ständig mit Füßen, indem er diejenigen Eigenschaften, die dieses hohe Ansehen begründen, mit Vokabeln belegt, von denen „sozialromantisch“ sicher noch die freundlichste ist.

Nein, Chaos ist er nicht. Er ist Aussteiger. Woraus, beschreibt der

FVDZ-Vorsitzende Anfang 1993: „Knapp einen Monat nach Inkrafttreten des GSG erkennen wir, daß sich Patienten und Zahnärzte verstärkt in der normalen, ungezwungenen Zweierbeziehung verständigen und zueinanderfinden. Wir stellen fest, daß bei Patienten und Zahnärzten die Bereitschaft sehr groß ist, sich durch Privatvereinbarungen von den Fesseln des GSG zu lösen. Es findet eine Privatisierung der Kassenpraxis, die zweite Schiene des Ausstiegs, statt.“

Und „die Kassenpraxis“ muß es ausbaden!

In Niedersachsen (!) hat es ein Amtsrichter (Az. 2C509/93 Amtsgericht Diepholz) beim Namen genannt. Er beschied dem Zahnarzt, der dem Rat der KZV (unter Schirborts Führung) folgte und eine Versorgung, für die er keine Gewährleistung übernehmen wollte, per Privatvereinbarung mit dem Patienten abrechnen wollte, daß er sich „in rücksichtsloser Weise an seinem Patienten schadlos zu halten versucht. Eine solche Vertragsgestaltung trägt den Makel der Sittenwidrigkeit auf der Stirn“.

Die Schäden, die die KZVN für die niedersächsischen Kollgen dadurch angerichtet hat, daß sie Kollegen und Patienten mit großen Zeitungsanzeigen verunsichern ließ, tragen ihren Teil dazu bei, daß das Budget für 1993 nicht ausgeschöpft wurde. In den ersten drei Monaten war in 93 über die

KZVN gar kein Zahnersatz abgerechnet worden - von dem in Deutschland mit 1,54 DM niedrigsten Punktwert für VdAK ganz zu schweigen.

Die derzeitigen Don-Quichoterien um den ZE- und KFO-Punktwert von 1992 (GSG + 10%), den die KZVN tatsächlich auszahlt, obwohl sie von den Kassen dafür kein Geld bekommt, zeigen, daß man nichts ausläßt, um die Kollegen GKV-müde zu machen. Denn die Kollegen müssen das Geld natürlich nur deswegen wieder zurückzahlen, weil die Krankenkassen so böse sind und die Aufsichtsbehörde so verbohrt ist.

Dabei gibt es reichlich Grund zur Nabelschau!

- Warum haben denn trotz den schon seit 1982 (!) „existenzgefährdenden“ Prothetik-Abwertungen die KZVn keinen eigenen Honorarverteilungsmaßstab erlassen, der ihnen schon seit eh und je und nicht erst seit Seehofer satzungsgemäß auferlegt ist?
- Warum hat in den letzten 20 Jahren die Menge und nicht die Qualität das Honorar gebracht, und warum war „Qualitätssicherung“ solange das Unwort der „offiziellen“ zahnärztlichen Standespolitik, bis sich der Gesetzgeber und neuerdings die Kassen dies nicht mehr gefallen lassen und selber handeln? Das Einkaufsmodell ist die Reaktion!
- Warum haben wir seit 1988 keine GOZ-Erhöhung bekommen, obwohl das Geld seitdem 25% weniger wert ist? Haben die Kammern genug unternommen, um den Mißbrauch der GOZ einzudämmen?
- Warum werden die Budgets der Kieferorthopäden immer noch nicht getrennt ausgewiesen? Warum ist das Honorar-Leistungs-Verhältnis in der KFO nicht Gegenstand interner standespolitischer Betrachtungen? Warum gelingt die Tabuisierung der KFO-Abrechnungsvolumina immer noch mit dem Trick „KFO ist Prophylaxe“ und „Wer an die KFO-Honorare rührt, handelt kinderfeindlich“?
- Sind die Bedenken der Krankenkassen, die längst überfälligen neuen PAR-Verträge in Kraft zu setzen, wirklich nicht auszuräumen?
- Hat die niedergelassene Zahnärzteschaft ihr ganzes politisches Gewicht in die Waagschale geworfen, um eine funktionierende Gruppenprophylaxe in Gang zu bringen?
- Unternimmt sie alles, um die Ausbildung des Berufsnachwuchses an den Universitäten und in den Ausbildungspraxen auf den zeitgemäßen Stand zu bringen? Warum gibt es nur in wenigen Kammerbereichen qualifizierte Angebote zur Aus- und Weiterbildung unseres Fachpersonals?

Die Liste ist nicht vollständig. Aber von uns selbst höchstdotierte „Fachleute“, deren einzige Aufgabe seit Jahren darin besteht, uns pleite zu rechnen, Kammerpräsidenten, die uns vorschlagen, wie man High-Tech-Spitzen-Privatzahnmedizin verkauft, Zeitungsmacher und Rechtsanwälte, die Tips und Tricks anbieten, wie man Patienten dazu bringt, daß es beim Zahnarzt „ein bißchen mehr sein darf“, als man eigentlich braucht, reichen nicht aus, um einem grundsoliden, aber zutiefst verunsicherten Berufsstand wieder Selbstvertrauen und Freude an der Arbeit zu geben.

Der neue Vorstand ist gewählt. Mit ihm wird die Zahnärztschaft wieder „mit einer Stimme“ sprechen. Königs-

macher in diesem Vorstand ist ohne Zweifel Kollege Kuttruff aus Stuttgart, der bisherige liberale Gegenpol von Gutmann im FVDZ-Vorstand. Ihm traut man zu, daß er auch konstruktive Elemente in die KZBV-Politik einbringen kann. „Zwischen uns stimmt die Chemie“, sagte Schirbort, auf sein Verhältnis zu Kuttruff angesprochen. Der schwieg dazu. Es bleibt spannend.

Dem in seiner Landpraxis um seine sozialversicherten Patienten bemühten Vertragszahnarzt bleibt der Glückwunsch im Halse stecken.

*Dr. Roland Ernst  
Edeweck*

*1. Vorsitzender des DAZ*

*Besuchen Sie unsere monatlichen*

## **Studientreffen!**

*Wir bieten:*

*praxisorientierte Fortbildung  
standespolitische Information  
und das kollegiale Gespräch*

# Der Streit um die Begleitleistungen

## Alte Geschichte oder Lehrstück?

Vor der Wahl zum neuen Vorstand der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung galt die erfolgreiche Politik der kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsens als Ausweis für den Anspruch des Kandidaten Schirbort. Hervorgehoben wurde dabei stets die außerordentliche Konsequenz in der Verfolgung einmal festgelegter Ziele.

Anhand der Auseinandersetzung um die sogenannten Begleitleistungen mag abgelesen werden, was dies auch bedeuten kann: Per Rundschreiben vom Februar 1991 verkündete der Vorstand der KZV Niedersachsen, daß „Begleitleistungen“ zum Zahnersatz und in der Kieferorthopädie vom 1. Juli 1991 an nicht mehr über den Krankenschein abgerechnet werden könnten. Er berief sich auf einen entsprechenden Beschluß der Vertreterversammlung, den er selbst initiiert hatte.

Zur Begründung wurde angeführt, daß mit dem Gesundheitsreformgesetz diese Leistungen zu Kostenerstattungsleistungen geworden seien: §30, SGB V: „Die Krankenkasse erstattet Versicherten 50 vom Hundert der Kosten der im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung durchgeführten medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahner-

satz (zahntechnische Leistungen und zahnärztliche Behandlung),...“. Welche Maßnahmen als „Begleitleistungen“ zu gelten hätten und somit über das Zahnersatzformular abzurechnen seien, unterliege der alleinigen Entscheidung des behandelnden Zahnarztes. In jedem Fall zählten dazu diejenigen Leistungen, die „bisher“ entsprechend den Krankenkassenverträgen mit dem Vermerk „ZE“ auf dem Krankenschein gekennzeichnet werden müßten, also Aufbaufüllungen, Anaesthesien und Röntgenaufnahmen.

Ob mit oder ohne qualifiziertem juristischen Rat versehen, auch dem Schirbort-Vorstand war klar, daß die Rechtsunsicherheit darin bestand, ob diese eher allgemeine Formulierungen des GSG einzelne Passagen der Krankenkassen-Verträge quasi automatisch außer Kraft setzen konnte. Die als Kronzeugen zitierten Sozialminister in Bonn und Hannover wiesen jedenfalls diese Auslegung des Gesetzes brüsk zurück. „Ihre Interpretation meines Schreiben vom 09.02.1989 ist abwegig“, meinte Minister Hiller in Hannover. Er verlangte, „den Beschluß der Vertreterversammlung der KZVN vom 09.11.90 mit der darin enthaltenen rechtswidrigen Feststellung aufzuheben.“

Die Vorgehensweise des Schirbort-Vorstandes stand in klarem Widerspruch zur Absicht der damaligen Bundes-KZV: Ausgehend von der Beschlußlage der Vertreterversammlung im Oktober 1991 in Leipzig war die KZBV-Führung bestrebt, eine Einigung mit den Krankenkassen darüber herbeizuführen, welche Leistungen künftig zum Bereich Zahnersatz zu rechnen seien. Die Verhandlungen gerieten ins Stocken, weil die Krankenkassenverbände unterschiedliche Auffassungen entwickelten, sie kamen zum Erliegen, als die niedersächsische Handlungsweise die Gerichte beschäftigte.

Spätestens nach der aufsichtsrechtlichen Anordnung des niedersächsischen Sozialministers (SPD) vom März 1991 wurde klar, daß der KZVN-Vorstand auf seiner Haltung beharren wollte und einen bewußten Konfliktkurs zu steuern beabsichtigte. Es entwickelte sich daraus eine schier unglaubliche Zahl von Gerichtsfällen. Neben mehreren Amtsgerichten befaßten sich vor allem das Sozialgericht in Hannover und das Landessozialgericht in Celle mit der Problematik, ersteres über einen Zeitraum von (bisher) drei Jahren. Es prozessierten Krankenkassen, deren Landesverbände, das Sozialministerium, einzelne Zahnärzte, Zahnärztegruppen und natürlich die KZVN. Häufig gab es gegenseitige Klageerhebungen sowie Anträge auf Erlaß einstweiliger Anordnungen.

Zunächst befaßte sich der Richter am Sozialgericht, Ebmeyer, mit der Thema-

tik und versuchte ganz offensichtlich, mit großer Akribie der Rechtsproblematik gerecht zu werden und durch behutsame Gesetzesinterpretation die betroffenen Parteien zu einer einvernehmlichen Lösung zu bewegen. Mit dem Urteil vom 21.08.1991 (Entscheidung gegen die KZVN) legte er dar, „es läßt sich jedoch auf Grund des Gesetzes (SGB V, §30) nicht ohne weiteres bestimmen, welche zahnärztlichen Leistungen als notwendig im Zusammenhang mit der prothetischen Leistung angesehen werden. ... (Es) ist daher eine vertragliche Ausgestaltung im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltungen von Krankenkassen und Zahnärzten erforderlich.

...Diese Abrechnungsabstimmungen (Bema Z) gelten auch fort, sie dürfen jedenfalls nicht durch §30 SGB V außer Kraft gesetzt worden sein.“

Die KZVN nahm diese Belehrung nicht an, sondern verkündete ihren Mitgliedern bereits am Tage darauf, der Prozeß sei lediglich aus formalen Gründen verloren worden, man könne aber weiter wie vorgesehen verfahren, weil auch das Gericht davon ausgehe, daß es sich bei den „Begleitleistungen“ um Kostenersatzleistungen handele.

Nachdem auch das Sozialministerium vor Gericht nicht erfolgreich war – das Gericht befand, die Beratung der KZVN sei nicht ausreichend gewesen –, hatte der KZVN-Vorstand Zeit gewonnen und glaubte offenbar, daß damit unumkehrbare Fakten geschaffen werden könnten.

Gegen Ende des Jahres 1991 erhielten dann mehrere Zahnärzte, zum größten Teil aus den Reihen des DAZ, Krankenscheine von der KZVN zurückgesandt, weil auf diesen Positionen mit dem Vermerk „ZE“ aufgeführt waren. Nachdem ihre Widersprüche durch den Vorstand der KZVN – nicht durch den zuständigen Prüfungsausschuß – zurückgewiesen worden waren, schlossen sie sich in zwei Klagegemeinschaften zusammen und zogen ebenfalls vor das Sozialgericht Hannover.

Neben den Klagen in der Hauptsache wurden auch hier Anträge auf einstweilige Anordnungen gestellt. Aus unerfindlichen Gründen teilte der Schirbort-Vorstand über seine „Internen Mitteilungen“ den „Zahnärztlichen Mandatsträgern“ im Lande mit, daß der Antrag auf einstweilige Anordnung vom Sozialgericht „in der Zwischenzeit“ zurückgewiesen worden sei. Tatsächlich entsprach das Gericht den Anträgen mit Beschluß vom 18.03.1992 in vollem Umfang und legte der KZVN auf, die Krankenscheine ohne Ausnahme abzurechnen.

Die KZVN schöpfte die Widerspruchsfrist aus und legte Beschwerde beim Landessozialgericht ein. In einem Fall allerdings ging der Antrag zu spät ein und wurde prompt zurückgewiesen. Im anderen Fall hatte der KZVN-Vorstand dann einmal Erfolg: Die Richter legten dar, daß an die Erteilung einstweiliger Anordnungen in Sozialgerichtsverfahren besonders strenge Maßstäbe zu legen seien, und da nicht erkennbar sei, daß

die betroffenen Zahnärzte existentiell gefährdet seien, könne man ruhig bis zum Hauptverfahren warten. Sie mochten sich ausdrücklich zum Streitinhalt nicht äußern, befanden aber, daß die Auffassung der KZV „nicht offensichtlich rechtswidrig“ sei. Dieser Erfolg war für den Vorstand der größte und zugleich einzige in allen Gerichtsverfahren während der drei Jahre.

In der Zwischenzeit gab es natürlich auch eine Behandlung des Themas jenseits der niedersächsischen Grenzen: Einige KZVN liebäugelten mit dem Wunsch, es den mutigen Hannoveranern gleich zu tun und ein entsprechendes Abrechnungsverfahren einzuführen. Im Bundestag mißbilligte die Staatssekretärin im Gesundheitsministerium, Bergmann, die Schirbortsche Interpretation des GSG. Wie bereits erwähnt, kamen die Verhandlungen zwischen KZBV und den Spitzenverbänden zu diesem Komplex zum Stillstand.

Mit Hilfe des Gesundheitsstrukturgesetzes machte der Gesetzgeber dann im wahrsten Sinne kurzen Prozeß und legte definitiv fest, daß hinsichtlich der Zuordnung von Leistungen alles beim Alten bleibe. „Begleitleistungen“ wurden damit ausdrücklich zu Sachleistungen erklärt und somit auch eine Absprache zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden über neue Zuordnungen ausgeschlossen.

Die Hauptverfahren vor dem Sozialgericht liefen natürlich gleichwohl wei-

ter, da die KZVN u.a. weiterhin keinerlei Bereitschaft zu einer Abwicklung durch Abrechnung der Krankenscheine erkennen ließ. Nach mehreren Vertagungen fand sich endlich am 2. Februar 1994 das Sozialgericht Hannover – mittlerweile mit neuem Richter – zur Hauptversammlung zusammen. Mehrere Verfahren waren dabei zusammengezogen worden: Während das Sozialministerium seine Anträge für erledigt ansah und daher zurückzog, verlangten die Krankenkassenverbände eine Klärung, da sie noch zahlreiche Fälle dahingehend zu entscheiden hätten, ob den Mitgliedern 50% bzw. 60% oder der volle Kostenausgleich für die sogenannten Begleitleistungen zustände. Außerdem waren sie nur mit Mühe davon abzubringen, ihre Anträge auf Schadensersatz für die entstandenen Mehrarbeiten zurücksustellen.

Das Sozialgericht mochte sich nicht dazu verstehen, eine grundsätzliche Feststellung zur Rechtswidrigkeit des Vorgehens der KZVN zu treffen, da ein Feststellungsinteresse für die Zukunft nicht mehr bestehe. Es entsprach aber den Begehren der einzelnen Zahnärzte auf Abrechnung der eingereichten Krankenscheine ohne Einschränkung. Dabei stellte das Gericht mehrere formale Fehler auf Seiten der KZVN fest: Der Schirbort-Vorstand hatte keine Befugnis zur Ablehnung der Abrechnung per Krankenschein, da hierzu das vertraglich vorgesehene Prüfverfahren hätte eingesetzt werden müssen. Es hätte eine

Aufteilung der Verfahren dahingehend geben müssen, ob die eingereichten Krankenscheine den Primärkassen oder den Ersatzkassen zugeordnet werden mußten.

Zum juristischen Kernproblem fand das Gericht deutliche Worte: „Die Vertreterversammlung der Beklagten war hier jedenfalls auch kompetenzmäßig nicht befugt, bundesweite vertragliche Vereinbarungen gemäß §82 Abs.1 SGB V und §87 Abs. 1 SGB V abzuändern“. Die Zurückweisung der Scheine war „ein vertragswidriges Verhalten“.

Der beklagten KZV wurde die Übernahme sämtlicher außergerichtlichen Kosten auferlegt.

Nachtrag: Unter Ausnutzung der eingeräumten Frist legte die KZVN Ende März Berufung beim Landessozialgericht ein, versehen mit dem Vermerk: Begründung wird nachgereicht. Der KZVN-Vorstand nimmt damit in Kauf, daß Zeit und Geld – das Geld anderer selbstverständlich – für die Klärung einer Frage aufgewandt werden, die der Gesetzgeber längst auf ebenso „souveräne„ Weise entschieden hat, wie dies in Hannover versucht wurde.

„Schirbort ist kein Chaos“, so begründete der Präsident der Bundeszahnärztekammer laut „Zahnarzt Woche“ seine Parteinarbeit vor der Neuwahl des KZBV-Vorstandes. Dem zu widersprechen dürfte einigermäßen schwerfallen. Darin aber einen ausreichenden Qualitätsnachweis zu sehen, könnte sich als fataler Irrtum erweisen. *D.O.*

# Gezielte Karies-Prophylaxe ist eine Frage der richtigen Dosierung.

Mit Zymafluor steht Ihnen ein Präparate-Programm zur Verfügung, das durch seine unterschiedlichen Wirkstoff-Konzentrationen eine Fluorid-Dosierung in optimaler Menge ermöglicht. Das bedeutet gezielte Karies-Prophylaxe für jedes Lebensalter.

Die Erstattungsfähigkeit prophylaktischer Maßnahmen wurde auf die Altersspanne vom 6. - 20. Lebensjahr ausgedehnt. So kann die Prophylaxe-Kette auch nach der 2. Dentitionsphase systematisch durchgeführt werden.

LEBENSALTER IN JAHREN:		0 bis 2	2 bis 3	3 bis 6	ab 6
FLUORID- GEHALT DES TRINK- WASSERS	bis 0,3 mg/l	Zymafluor <b>0,25 mg</b>	Zymafluor <b>0,5 mg</b>	Zymafluor <b>0,75 mg</b>	Zymafluor <b>1 mg</b>
	0,3 bis 0,7 mg/l	-	Zymafluor <b>0,25 mg</b>	Zymafluor <b>0,5 mg</b>	Zymafluor <b>0,5 mg</b>

TÄGLICH 1 TABLETTE

Zymafluor®  
gegen Karies  
Vorbeugung ein Leben lang

Den Prophylaxe-Plan bekommen Sie von uns - die Fluorid-Werte des Trinkwassers erfahren Sie von Ihrem Wasserwerk.

Zymafluor®  
gegen Karies  
Vorbeugung ein Leben lang



**Zymafluor® 0,25 mg; 0,5 mg; 0,75 mg; 1 mg** (Wirkstoff: Natriumfluorid). **Zusammensetzung:** Zymafluor 0,25 mg: 1 Tbl. enthält 0,553 mg NaF (entspr. 0,25 mg Fluorid). *Hilfsst.:* Poly(1-vinyl-2-pyrrolidon) vernetzt, Magnesiumstearat. Zymafluor 0,5 mg: 1 Tbl. enthält 1,105 mg NaF (entspr. 0,50 mg Fluorid). *Hilfsst.:* Magnesiumstearat, Aromastoff, Farbstoffe E 171 und E 172. Zymafluor 0,75 mg: 1 Tbl. enthält 1,658 mg NaF (entspr. 0,75 mg Fluorid). *Hilfsst.:* wie Zymafluor 0,5 mg. Zymafluor 1 mg: 1 Tbl. enthält 2,211 mg NaF (entspr. 1 mg Fluorid). *Hilfsst.:* Magnesiumstearat, Aromastoff, Farbstoff E 172. **Indikationen:** Zur Kariesprophylaxe. **Kontraindikationen:** Keine, soweit die Fluoridkonzentration des Trinkwassers bestimmte Grenzen in Abhängigkeit vom Lebensalter nicht überschreitet. Überempfindlichkeit gegenüber NaF. **Nebenwirkungen:** Bei Überschreitung der empfohlenen Fluoridzufuhr in den ersten 6-8 J. kann sich eine Zahnfluorose mit Schmelzflecken und Störungen des Knochenaufbaus entwickeln. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Die gleichzeitige Zufuhr von Calcium-, Magnesium- und Aluminiumverbindungen sowie Milch und Milchprodukten vermindert die Resorption von Fluorid. **Dosierung siehe Gebrauchs- oder Fachinfo.** **Handelsformen und Preise:** Zymafluor 0,25 mg: 250 Tbl./N3 DM 9,28. Zymafluor 0,5 mg: 250 Tbl./N3 DM 10,99. Zymafluor 0,75 mg: 250 Tbl./N3 DM 12,77. Zymafluor 1 mg: 250 Tbl./N3 DM 14,78. Stand: 1/94

Zyma GmbH München

# Die Sterilisation von Turbinen und Übertragungsinstrumenten

## Eine eigentlich selbstverständliche Sache wird zum Skandal

K. Kimmel

Folgender, leicht gekürzter Beitrag von Dr. Karlheinz Kimmel aus dem Dental Echo 8/93 gibt einen guten Einstieg in die nun überhitzt geführte Diskussion um die Sterilität der zahnärztlichen Übertragungsinstrumente. Neben der Mitgliedschaft im DAHZ (Deutscher Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnarztpraxis) ist der Autor u.a. Vorsitzender des EPICD (European Panel for Infection Control in Dentistry).

### Eine heute selbstverständliche Maßnahme?

Unabhängig von irgendwelchen nationalen und internationalen mehr oder weniger bürokratischen Regeln hinsichtlich des Infektionsschutzes in (zahn-)medizinischen Arbeitssystemen ist die Sterilisation von mit Blut und anderen u.U. infektiösen Substanzen kontaminierten Instrumenten seit Jahrzehnten Stand der Wissenschaft.

Wenn Turbinen und Übertragungsinstrumente bisher nur zögerlich in die Sterilisationssystematik einbezogen werden konnten, hatte dies mehrere Gründe, die aber – fachlich und technisch betrachtet – heute und morgen nicht mehr triftig sind. Seit die hauptsächlichen Anbieter auf dem deutschen Dentalmarkt autoklavierbare Arbeitsmittel entwickelt haben und produzieren, steht einer Sterilisation theoretisch nichts mehr im Wege.

### Kurzzeit-Autoklav und Doppelbestückung gegenwärtig optimal

Als derzeitigem Höhepunkt der hygienetechnischen Entwicklung sind die innovativen Kurzzeit-Autoklaven (MELAquick 12, Odontoclave, Statim) anzusehen, die mit ihrer Gesamtbetriebszeit von 8–12 min eine rationale Problemlösung ergeben. Wenn man dann – innerhalb einer systematischen Arbeits- und Terminplanung – seine Behandlungsplätze mit je mindestens 2 Sätzen an Turbinen und/oder den notwendigen Drehzahlbereich (z.B. 20–200 000 min<sup>-1</sup>) ausstattet, ist die Kombination Schnell-Autoklav + ausreichendes Instrumentarium die derzeit optimale Arbeitsmittelausstattung.

Die Anbieter der Turbinen und Übertragungsinstrumente verfügen über individuelle Daten über den Zusammenhang zwischen Gebrauchsdauer und Zahl der Sterilisationszyklen. Die bisher ver-

fügbaren Informationen lassen den Schluß zu, daß auch hier eine positive Entwicklung zu verzeichnen ist.

## Die Szene

Normalerweise werden neue Erkenntnisse, Verfahren und Arbeitsmittel in einem langwierigen Anpassungsprozeß von der Arbeitspraxis übernommen. Zwischen den „Modernen“ und den „Traditionalisten“ besteht veranlagungsbedingt oft ein auch zeitlich erheblicher Unterschied, ohne daß von außen davon besonders Notiz genommen oder gar Druck ausgeübt wird. Ganz anders stellt sich die Szene im Zusammenhang mit der hygienischen Beschaffenheit und Wartung der Turbinen und Übertragungsinstrumente dar. Offizielle zahnärztliche Vereinigungen wie die Bundeszahnärztekammer/BZÄK, die Bayerische Landes Zahnärztekammer/BLZK und die LZK Baden-Württemberg im Inland sowie die American Dental Association/ADA, die British Dental Association/BDA, die Schweizerische Zahnärztegesellschaft SSO und die California Dental Association/CDA haben in ihren Statements auf die Erfordernisse in Richtung Sterilisation der Turbinen und Übertragungsinstrumente hingewiesen, nachdem die Fachwelt und noch mehr die Öffentlichkeit durch die Medien aufgeschreckt wurden.

Immer waren diese „Aufklärungen“ mit der übertriebenen Aids-Bedrohung verknüpft. Mit den Schlagzeilen „Infizierte Geräte ungenügend gereinigt? –

Aids-Risiko bei Zahnbehandlung“ und „in Zahnarztpraxen lauert die Aids-Gefahr: ‚Winkelstücke‘ werden aus Kostengründen nicht sterilisiert – Bohrende Fragen an die Vertreter der bohrenden Zunft“ wurde – inmitten des tatsächlichen Skandals mit den HIV-infizierten Blutprodukten – von einem weiteren („neuen“) Aids-Skandal geschrieben.

Stuttgarter ‚Nachrichten‘-Autor W. Bok hatte die ersten Impulse für seine Artikel durch das Material eines Insiders erhalten, der dann in dem schlimmen Kommentar des DZW-Mit-Herausgebers und -Chefredakteurs J. Pischel verdeckt als „PR-Mann eines großen Dentalunternehmens“ bezeichnet wurde. Gemeint ist der frühere Leiter des Siemens-Depots Stuttgart und ehemalige Vizepräsident des Bundesverbandes Dentalhandel/BVD sowie Ex-Dental Magazin-Redakteur, Rudolf Taugerbeck, von dessen einschlägigen Aktivitäten sich der Siemens-Geschäftsbereich Dental in Bensheim nachdrücklich distanziert, soweit diese mit Aids als „Aufhänger“ einen so erheblichen Schaden angerichtet haben. Erneut stehen die Zahnärzte am Pranger der Nation – ausgelöst von einem Angehörigen der dentalen Fachwelt, der die Ehrennadel der Deutschen Zahnärzte trägt.

Apropos J. Pischel: seine Philippika mit der Schlagzeile „Dentalgeschäfte mit Aids – der Zahnarzt soll ‚bluten‘“ ist auf vielfältige Weise unverständlich. Seine Mischung aus Annahme, Behauptung und Wahrheit kann nicht toleriert

werden, am wenigsten wohl von dem DZW-Mit-Herausgeber, Prof. Dr. R. Hinz, der als Vorsitzender der KZV Westfalen-Lippe und als Mitträger der ZKWL-Aktion „Zahnheilkunde plus“ diesen Kommentar nicht hätte durchgehen lassen dürfen, denn die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe ist in puncto Praxishygiene der „Musterknabe“ schlechthin. Sie ist die Heimat der Zahnärzte D. Fabry und Dr. H. Kämper, die als ZKWL-Hygienebeauftragte in der „Szene“ eine richtungsweisende Position einnehmen.

Ihre Arbeit und noch mehr die des Sprechers des Deutschen Arbeitskreises für Hygiene in der Zahnarztpraxis/DAHZ, Prof. Dr. rer. nat. K. Bößmann (ebenso deutsches EPICD-Mitglied), wurde durch den DZW-Journalisten desavouiert. Sein Satz, daß „ein ‚Hygiene-papst‘, Wissenschaftler, erfahren in vielen von der Industrie finanzierten Studien, die Sterilisation von Hand- und Winkelstücken fordert, am besten vielleicht auch noch gleich das Auswechseln aller Absaug- und Wasserzuführungen“ ist infam und irreführend zugleich. Es grenzt an Verleumdung, die notwendige Gutachtertätigkeit von Prof. Bößmann mit irgendwelchen Vorteilsnahmen im Zusammenhang mit der hygienischen Wartung von Turbinen und Übertragungsinstrumenten „in einen Topf zu werfen“. Pischel stellt überdies mit dieser Aussage die Notwendigkeit dieser Maßnahme in Frage.

In- und ausländische Hygieneexperten

haben sich inzwischen mit K. Bößmann solidarisch erklärt und ihm spontan ihr volles Vertrauen ausgesprochen. Wir brauchen in puncto Infektionsschutz im zahnmedizinischen Bereich den Sachverständigen und den Rat von Fachwissenschaftlern außerhalb der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und werden nicht zulassen, daß ein praxisnaher Experte mit internationaler Anerkennung auf diese Weise verunglimpft wird.

Jürgen Pischel stellt dann als Reaktion auf den ihm übermittelten Text in einem Brief an mich eindeutig fest, daß er auch von der Notwendigkeit der Sterilisation kontaminierter Instrumente überzeugt ist, aber das kommt in seinem Kommentar nicht zum Ausdruck.

### **Die Kostenproblematik ist allerdings prekär**

Der DZW-Kommentar befaßt sich – wie kann es anders sein? – auch mit den erheblichen finanziellen Mehrbelastungen der Zahnärzteschaft durch konsequente Hygienemaßnahmen. Die Bundeszahnärztekammer und auch andere offizielle Zahnärzteverbände sind sich dieser nicht zu unterschätzenden Problematik gerade in dieser schwierigen Zeit bewußt. Während in anderen Ländern (z.B. in der Schweiz und in den USA) die Aufwendungen für Infektionsschutzmaßnahmen den Patienten berechnet werden können, ist dies in Deutschland nicht realisierbar.

Wenn der Patient ein Recht auf eine einwandfreie Praxishygiene und ein ste-

rilisiertes Instrumentarium (einschließlich der Turbinen und Übertragungsinstrumente) hat, muß der Zahnarzt einen Ausgleich erhalten, wenn man seine Existenz und seine Freude am Beruf nicht beeinträchtigen will. Hier haben die Verantwortlichen die Pflicht, die Lage sine ira et studio zu prüfen und für gesunde Verhältnisse zu sorgen. Die Rechtsprechung wird sich im Streitfall auf den Stand der Technik zu Lasten des Zahnarztes berufen. Bei einem fehlenden wirtschaftlichen Ausgleich kann Rechtsprechung zur „Unrechtsprechung“ werden. Der Zahnarzt ist kein Staatsbürger zweiter Klasse, dem man eigentlich selbstverständliche Rechte willkürlich vorenthalten darf.

### Die „böse“ Industrie

Hauptziel des Pischel-Kommentars – das zeigt schon der Titel „Dentalgeschäfte mit Aids“ – ist die Beschuldigung der Dentalindustrie, das Geschäft mit der Angst betreiben zu wollen. Es ist zugegeben, daß eine vor Jahresfrist in Spanien mit Zustimmung der dortigen Zahnärztesgesellschaft veröffentlichte KaVo-Anzeige manchem Kritiker zu weitgehend erschienen ist („Die Sterilisation kann das Leben Ihrer Instrumente verkürzen. Nicht-Sterilisation kann Ihr Leben und das Ihrer Patienten verkürzen. Sie entscheiden.“), aber eine Analyse der deutschen KaVo-Werbung läßt keine angstmachenden Tendenzen erkennen. Weder in der spanischen noch in den deutschen Anzeige(n) kommen

Begriffe „Aids“ und „HIV“ vor. Hygieneexperten in DAHZ und EPICD einerseits und die einschlägigen Industriefirmen andererseits sind sich inzwischen einig, daß jegliche Übertreibungen vermieden werden sollten. Das allgemeine Infektionsrisiko ist schon groß genug, um für optimale Verhältnisse sorgen zu müssen. Die Zahnärzteschaft muß auf plausible, wirtschaftlich erträgliche und damit überzeugende Art und Weise für ein gutes Hygienesystem gewonnen werden. Nur dies führt letztlich zum gemeinsamen Ziel.

### DAHZ mit neuen Empfehlungen auf „alter“ Basis – EPICD und EGZE um Einheitlichkeit bemüht

Der Deutsche Arbeitskreis für Zahnhygiene in der Zahnarztpraxis/DAHZ hat am 11. Dezember 1993 eine generelle Empfehlung zum Thema „Sterilisation und Sterilhaltung“ sowie eine zusätzliche Richtlinie für die hygienische Wartung von Turbinen und Übertragungsinstrumenten beraten und auch verabschiedet. Bei der Vorbereitung wurden alle gesicherten wissenschaftlichen, arbeitspraktischen und industriellen Erkenntnisse ausgewertet und in konzentrierter Form für die Zahnarztpraxis zusammengefaßt.

Die Europäische Arbeitsgemeinschaft für Infektionsschutz in der Zahnmedizin/EPICD und die Europäische Gesellschaft für Zahnärztliche Ergonomie/EGZE werden in einer gemeinsamen Sitzung anläßlich ihrer Jahrestagung '94 in

Barcelona nach einer einheitlichen Linie in puncto Sterilisation suchen.

Die Europäische Regionalorganisation/ERO der Internationalen Zahnärztervereinigung/FDI wird während ihrer Frühjahrstagung '94 in Budapest ebenfalls das Thema „Sterilisation“ ins Beratungsprogramm aufnehmen. Bei der Medizinprodukt-Gesetzgebung der Europäischen Union/EU und dem CEN-Normenwerk ist ebenfalls mit Aktivitäten hinsichtlich der Sterilisation zu rechnen. Hier ist es – das sei nur am Rande erwähnt – aus zahnärztlicher Sicht dringend erforderlich, die zwingende Einführung von Niederdruck-(Vakuum)-Sterilisatoren in die Zahnarztpraxis zu verhindern, wo bisher das Gravitationsverfahren völlig ausreichend war. Der DIN-Normenausschuß Medizin und die einschlägigen deutschen Hersteller wehren sich gegen diese Entwicklung im zahnärztlichen (und ärztlichen) Interesse. Das ist ausdrücklich anzumerken.

### **Normung nicht nur Industriesache**

So ist es auch an dieser Stelle erforderlich, einem weitverbreitetem Irrglauben zu begegnen, daß die „Dentalnormung“ ausschließlich Sache der Industrie ist. Ohne zahnärztlichen Sachverstand und ohne die finanzielle Unterstützung der DIN-, CEN- und ISO-Normungsarbeit durch die Zahnärzteschaft muß vieles Stückwerk bleiben. Die deutsche Dentalindustrie hat sich in nicht wenigen Fällen – alleine auf sich gestellt – gegenüber ihrer zahnärztlichen Kundschaft

überaus loyal verhalten. Eben diese „böse“ Dentalindustrie.

### **Quintessenz: Klarheit und Besonnenheit Gebot der Stunde**

Die hygienische Wartung von Turbinen und Winkelstücken kann im allgemeinen nur auf dem Wege der Dampfsterilisation optimiert werden. Die gegenwärtig auf dem deutschen Dentalmarkt hauptsächlich angebotenen Arbeitsmittel dieser Art können mit diesem Verfahren autoklaviert werden, ohne daß die Gebrauchsdauer – bei entsprechender technischer Wartung – wesentlich herabgesetzt wird. Wenn wir uns darüber im klaren sein müssen, daß auch Turbinen und Übertragungsinstrumente wie das andere im Mund benutzte zahnärztliche Instrumentarium mit Blut und anderen eventuell infektiösen Substanzen kontaminiert sein können, führt kein Weg an einer hygienischen Wartung bei jedem Patientenwechsel vorbei.

Durch die Panikmache und Verunglimpfung verschärfte Situation muß mit aller Besonnenheit beruhigt und damit auf den Boden einer realistischen Einschätzung und Einstellung zurückgebracht werden. Nicht das scheinbare Aids-Problem ist ein Skandal, sondern die Art und Weise, wie die Zahnärzteschaft und die Industrie an den Pranger gestellt wurden und werden. Verantwortungslos handelt derjenige Angehörige unserer Fachwelt, der wider besseren Wissen und Gewissen gegen die Grundregeln unseres gemeinsamen Leistungsgesche-

hens verstößt und dabei das Fachweltkonzept des gegenseitigen Erkennens und Anerkennens der Leistungen und Probleme außer acht läßt.

Auch an dieser Stelle wird für eine Erstattung tatsächlich entstandener Patienten-, Personal- und Umweltschutzaufwendungen plädiert. Es hat keinen Sinn und würde nur den Systemausbeutern nutzen, wenn einfach Punktwert erhöhungen oder zusätzlich Punkte „mit der Gießkanne“ gewährt werden würden. Die Gefahr wäre groß, daß das so gezahlte Geld anderen Zwecken dienen würde, aber ganz bestimmt nicht der

Qualitätssicherung in Sachen Praxis-  
hygiene.

Wissenschaft, Arbeitspraxis, Politik, Industrie, Handel und Krankenkassen sind gemeinsam gefordert, am „runden Tisch“ um Problemlösungen im Zusammenhang mit dem Thema dieses Beitrags bemüht zu sein. Eine eigentlich selbstverständliche Maßnahme darf nicht Spielball einer Handvoll von Leuten sein, die sich ihrer Verantwortung gegenüber dem Ganzen nicht bewußt zu sein scheinen.

*Dr. Karlheinz Kimmel  
Löhrstraße 139, 56068 Koblenz*

## METALLANALYSEN an festsitzenden Restaurationen

Die Bestimmung der Zusammensetzung von fest inkorporierten Restaurationen ist durch eine Metallpartikelanalyse bis auf ca. ein Gewichtsprozent möglich. Der Test ist bei unbekanntem Legierungen

- bei Verdacht auf allergene Reaktionen (Ni, Co, usw.)
- bei Verdacht auf Freisetzung toxischer Elemente
- zur Qualitätskontrolle und zur Verwechslungsprüfung
- zur Testung nach alternativen Methoden
- zur Vermeidung von mehreren Legierungen im Patientenmund angezeigt.

Informationen bitte anfordern bei:

**Dr. Michael Borchmann, Dipl.-Ing.-Werkstofftechnik**  
**Kolpingstrasse 7, 49196 Bad Laer**  
**Tel: 05424/7674 Fax: 05424/7982**

## Grundprobleme bei Investitionsentscheidungen

Investitionsentscheidungen in der Zahnarztpraxis müssen von rationalen Überlegungen einer konkreten Investitionsplanung geprägt sein. Dies gilt sowohl bei der Existenzgründung als auch bei Ersatz- oder Zusatzinvestitionen. Denn Investitionsentscheidungen wirken sich heute – aufgrund der veränderten Rahmenbedingungen – gravierender aus, als es noch vor einigen Jahren der Fall war. Der vor solch einer Entscheidung stehende Zahnarzt sollte nicht nur den medizinischen Aspekt beachten, sondern auch die Wirtschaftlichkeit bzw. Rentabilität der geplanten Investition beurteilen können. Eine einmal getroffene falsche Investitionsentscheidung ist sehr schwer, vor allem aber nur unter finanziellen Verlusten, korrigierbar.

Die Grundüberlegungen bei einer Investitionsentscheidung kann man in drei Phasen Unterteilen:

- Die erste Phase erstreckt sich auf die **Bedarfsermittlung**.
- In der zweiten Phase wird die Frage gelöst, welches „Modell“ angeschafft werden soll (**Bedarfsdeckung**).
- Die dritte und letzte Phase beschäftigt sich mit den Kriterien der Wirtschaftlichkeit und **Rentabilität**.

### Bedarfsermittlung und Bedarfsdeckung

Die Beurteilung, ob eine geplante Investition für die Praxis erforderlich ist, kann in aller Regel nur der einzelne Zahnarzt vornehmen. Er weiß, welche

diagnostische oder therapeutischen Geräte zur Abrundung seines Leistungsspektrums erforderlich sind.

In der zweiten Phase seiner Grundüberlegungen bei einer Investitionsentscheidung muß sich der Zahnarzt mit der Frage beschäftigen, welches Modell von dem betreffenden Gerät angeschafft werden soll. Der permanente technische Fortschritt und die Vielzahl der Anbieter machen die Entscheidung nicht einfach. In solchen Situationen denkt der Zahnarzt vielleicht gern an „alte Zeiten“, als er während einer Angestelltentätigkeit eine hochmoderne Ausstattung zur Verfügung hatte. Solche Überlegungen erscheinen zwar verständlich, sind jedoch aus wirtschaftlichen Gründen höchst bedenklich. Was in der Zahnklinik eine ausreichende Auslastung hatte, muß nicht für die freie Praxis „erste Wahl“ sein. In der Regel geht es auch mit „einer Nummer kleiner“.

Es ist ebenfalls unklug, sich in seinen Überlegungen von der Praxisausstattung des benachbarten Kollegen beeinflussen zu lassen. Der Zahnarzt kann nicht selbst beurteilen, ob der benachbarte Kollege seine Geräte wirtschaftlich einsetzt. Häufig hilft auch erst einmal ein gebrauchtes Gerät weiter.

### Der wirtschaftliche Aspekt (Rentabilität)

In der dritten Phase wird das geplante und einigermaßen konkretisierte Investitionsvorhaben auf seine Wirtschaft

lichkeit hin überprüft. Vereinfacht ausgedrückt, werden hier die Kosten aus dieser Investition den voraussichtlichen Einnahmen gegenübergestellt. Hierzu sind folgende Angaben erforderlich, die gegebenenfalls geschätzt bzw. ermittelt werden können:

#### **Kosten**

- Investitionskosten  
(Fremdkapazitäten, Abschreibungen)
- zusätzliche Personalkosten
- gegebenenfalls zusätzliche Raumkosten
- Versicherungskosten  
(z.B. Schwachstromversicherung)
- Verbrauchsmaterial (z.B. Strom)
- voraussichtliche Wartungs- und Reparaturkosten

#### **Einnahmen**

- Honorar je Leistung in Verbindung mit der erwarteten jährlichen Nutzungshäufigkeit.

Offt wird bei den Kosten zusätzlich noch ein anteiliger „Unternehmerlohn“ (=kalkulatorisches anteiliges Zahnarztgehalt) aufgeführt. Diese kalkulatorische Kostenposition sollte aber nur dann berücksichtigt werden, wenn der Zahnarzt zeitlich bereits völlig ausgelastet ist. Wegen des neuen Praxisgerätes kann er in einem solchen Fall weniger Patienten behandeln, oder er wäre gezwungen, „Überstunden“ einzulegen. Die betriebs-

wirtschaftliche Vollkostenrechnung – also unter Einbeziehung eines kalkulatorischen Zahnarztgehaltes – sollte wenigen Ausnahmefällen vorbehalten bleiben.

#### **Sonderproblem „Abschreibung für Abnutzung“**

Wenn es um Investitionen im Praxisbereich geht und vor allem wenn der Zahnarzt vor der Alternative steht, ein teures oder ein preiswertes Gerät anzuschaffen, wird häufig das Argument angeführt: „Das können Sie doch abschreiben“. Eine ausgesprochen verführerische Sichtweise, welche die Schlußfolgerung zuläßt: Je höher die Investition, um so größer der Steuervorteil.

Jedoch wird bei genauer Betrachtung die Gefährlichkeit einer solchen Aussage deutlich: Zusätzliche Praxiskosten in Höhe von 100.– DM (z.B. auch Investitionen) bewirken eine „Steuerersparnis“ von 50.– DM bei einer – modellhaft angenommenen – 50%igen Steuerprogression. Das zeigt, daß der Zahnarzt erst einmal 100.– DM ausgeben muß, um 50.–DM weniger Steuern zu zahlen. Denn solange der Spitzensteuersatz unter 100% (!) liegt, bewirkt eine Erhöhung der Praxiskosten immer eine Verringerung des verfügbaren Einkommens. Steuerliche Aspekte dürfen also nicht alleiniger Grund für eine Investitionsentscheidung sein.

 **Deutsche Apotheker-  
und Ärztebank eG**  
*Bank für die Heilberufe*

*Rechtsanwalt Dipl.-Kfm. Richard Deutsch,  
Vorsitzender des Vorstands der  
Deutschen Apotheker- und Ärztebank,  
Düsseldorf*

# Alles steril?

K. Müller

In diesem Heft des ‚DAZ-forum‘ finden sich verschiedene Artikel, die sich mit der Sterilisation von Übertragungsinstrumenten beschäftigen. Viele von uns werden sie mit Unbehagen, schlechtem Gewissen, oder gar mit Empörung lesen, weil daraus – wie selbstverständlich – hervorgehen mag, daß uns anderen gar nichts anderes übrigbleibt, als diese Methoden schnellstens in die Praxis umzusetzen. Ist das tatsächlich so? Wenn ja, warum? Wie soll dann vorgegangen werden?

Uli Happ hat mir zu diesem Thema die Aufzeichnung einer Magazinsendung der BBC überlassen, die sich in aller Breite (und einiger Tiefe) mit diesem Thema beschäftigt hat. Inhalte dieser Sendung werden zum Zeitpunkt des Erscheinens dieses Heftes auch in Deutschland gesendet worden sein, und die Öffentlichkeit in Unruhe versetzt haben.

Die Sendung geht zunächst auf die – bis heute ungelöste – HIV-Infektion von sechs Patienten einer Zahnarztpraxis in den USA ein. Trotz sehr intensiver Aufklärungsbemühungen ist es bis heute nicht gelungen herauszufinden, ob diese unglücklichen Opfer vorsätzlich oder fahrlässig infiziert worden sind. Es besteht nur kein vernünftiger Zweifel mehr, daß die Infektionen von einer Zahnarztpraxis ausgingen.

Es ist für uns müßig, die kriminalistischen Aspekte dieses Einzelfalles auszuloten, wichtig für alle Zahnmediziner ist allein die Frage, ob die Möglichkeit der Übertragung von Infektionen durch Turbinen, oder Hand- und Winkelstücke besteht.

Dazu liefert der BBC-Beitrag Informationen. Unsere Aufgabe ist es, ihren Wahrheitsgehalt zu prüfen und Schlüsse daraus zu ziehen. In der Sendung wurden drei Aspekte näher untersucht:

- Ein Prophylaxe-Winkelstück mit Gummikelch wurde zur Politur von Zahn- und Wurzeloberflächen verwendet. Man konnte in Großaufnahme sehen, wie die Mischung aus Blut, Speichel und Polierpaste an den Wänden des Kelches hochkroch und den Schaft des Mandrells erreichte. Danach wurde das Winkelstück mit dem Kelch unter fließendem Wasser abgespült, bis keine Verunreinigungen mehr zu erkennen waren. Ein anschließender Probelauf in einer Petrischale mit Wasser führte zu einer erkennbaren Einfärbung. Dies ist gewiß ein recht grober Test und jeder Profi könnte seine Schwachstellen benennen. Die meisten Menschen, die solche Sendungen sehen, sind allerdings keine Profis. Einige Unbehagenspunkte für die BBC also.

Als nächstes wurde der Läufer aus einem Turbinenkopf ausgebaut und unter ein Rasterelektronenmikroskop gebracht. An einigen Stellen (Basis der Turbinenschaufeln, Teile des Schaftes) waren eindeutig Gebilde zu erkennen, die man an dieser Stelle nicht erwartet, nämlich Bakterien und Erythrocyten. Interviews mit Hygienikern und Mikrobiologen wiesen auf Erkenntnisse hin, daß HIV-Viren in Blut auch extrakorporal bis zu 14 Tage überleben können. Hätten Sie geglaubt, daß ein Erythrocyt sich auf einem Karussell halten kann, das mit 400 000 Umdrehungen rotiert? Können Sie sich vorstellen, wie Blut und Bakterien „gegen den Strom“ auf einen Turbinenläufer geraten können? Dann fällt die Vorstellung wohl auch nicht schwer, daß sie von da auch wieder herauskönnen! Noch Fragen?

Zuletzt wurde ein Betrieb besucht, der Übertragungsinstrumente wartet und repariert. Als erstes werden die eingeschickten Instrumente dort sterilisiert – sic! Nach dem Zerlegen eines Instruments kommt eine Schmiere zum Vorschein, die aus verharztem Öl zu bestehen scheint und aus Gewinden und anderen Schlupfwinkeln der Mechanik herausbefördert werden kann. Von einem – nicht sterilisierten – Winkelstück wurde ein Abstrich entnommen und davon Kulturen angelegt. Es wuchsen: streptococcus sanguis und -aureus sowie candida albicans. Der Mikrobiologe meinte

im Interview: „That’s nothing I would want to have in my mouth.“ Who would?

Den Abschluß der Sendung bilden Berichte aus USA und Großbritannien über Stellungnahmen der zuständigen wissenschaftlichen Gesellschaften der Zahnärzteschaft und Berichte über - bereits rechtskräftige - Vorschriften aus diesen Ländern, die die Sterilisation unter Druck und Hitze obligatorisch machen, und wo deren Einhaltung auch überprüft wird (so in Illinois).

Es ist nicht wahrscheinlich, daß die Fernsehjournalisten der BBC einen Türken gebaut haben. Was wir an Journalisten fürchten, ist ihre Interpretation und Zusammenstellung von Fakten, weniger ihre mögliche Fälschung. Vielleicht mußten mehrere Turbinenläufer unters Mikroskop, bis ein so ‚schöner‘ Befund auftrat, aber hätte das eine Rolle gespielt?

Es macht mir wahrlich keine Freude, diese Umstände zu berichten. Die Konsequenzen sind offensichtlich. Die Stellungnahmen der zuständigen Institutionen lassen wenig Interpretationsspielraum. Einer Klage wegen fahrlässiger ‚Amalgamvergiftung‘ kann man - denke ich - einigermmaßen gelassen entgegensehen, den Beweis anzutreten, daß eine HIV- oder Hepatitis-Infektion in einer Zahnarztpraxis nicht möglich war, ist meines Erachtens ab jetzt nur noch zu führen, wenn jeder Patient mit sterilen Übertragungsinstrumenten behandelt

wird. Ebenso klar muß allerdings ein, daß die hohen Kosten dieser Maßnahmen kompensiert werden müssen. In Bema und GOZ müssen für alle jene Leistungen Anpassungen vorgenommen werden, die die Anwendung von Übertragungsinstrumenten erfordern. Die Dentalindustrie wird in Schwierigkeiten kommen, die Praxen schnell mit geeigneten(!) Geräten auszustatten. Gibt es technische Alternativen? (Gassterilisation?) Was tun, bis jedes Übertragungsinstrument sterilisiert werden kann? Mit

Viren kann man keine Moratorien aushandeln. In dieser Situation mißtraulich auf die Dentalindustrie zu schielen, und sie des Raubrittertums zu verdächtigen, wie bei den Amalgamabscheidern, wird die Lösung des Problems nicht näherbringen. Zahnärzte, Hygieniker, Industrie, Handel und der BMG müssen an einen Tisch – rasch, konstruktiv und zuverlässig!

*Dr. Kai Müller  
Hauptstr. 26  
82229 Seefeld*

## KaVo-Preis '95

### Zahnärztliche Präparationstechnik und Infektionsschutz

Die Kaltenbach & Voigt GmbH in Biberach hat je einen Preis in Höhe von DM 5000.– für den jeweils besten Beitrag über

**Die zahnärztliche Präparationstechnik mit routierenden Instrumenten und/oder anderen technischen Verfahren**

**Die hygienische Wartung von Turbinen, Handstücken, Motoren und Wasserzuführungen**

ausgeschrieben. Eingereicht werden können Beiträge in Fachzeitschriften und Büchern, Dissertationen, Habilitationsschriften, Videos usw. (Texte: in deutsch), die vor dem 31. März 1994 veröffentlicht oder von einer Universität angenommen wurden.

**Einsendeschluß ist der  
30. September 1994**

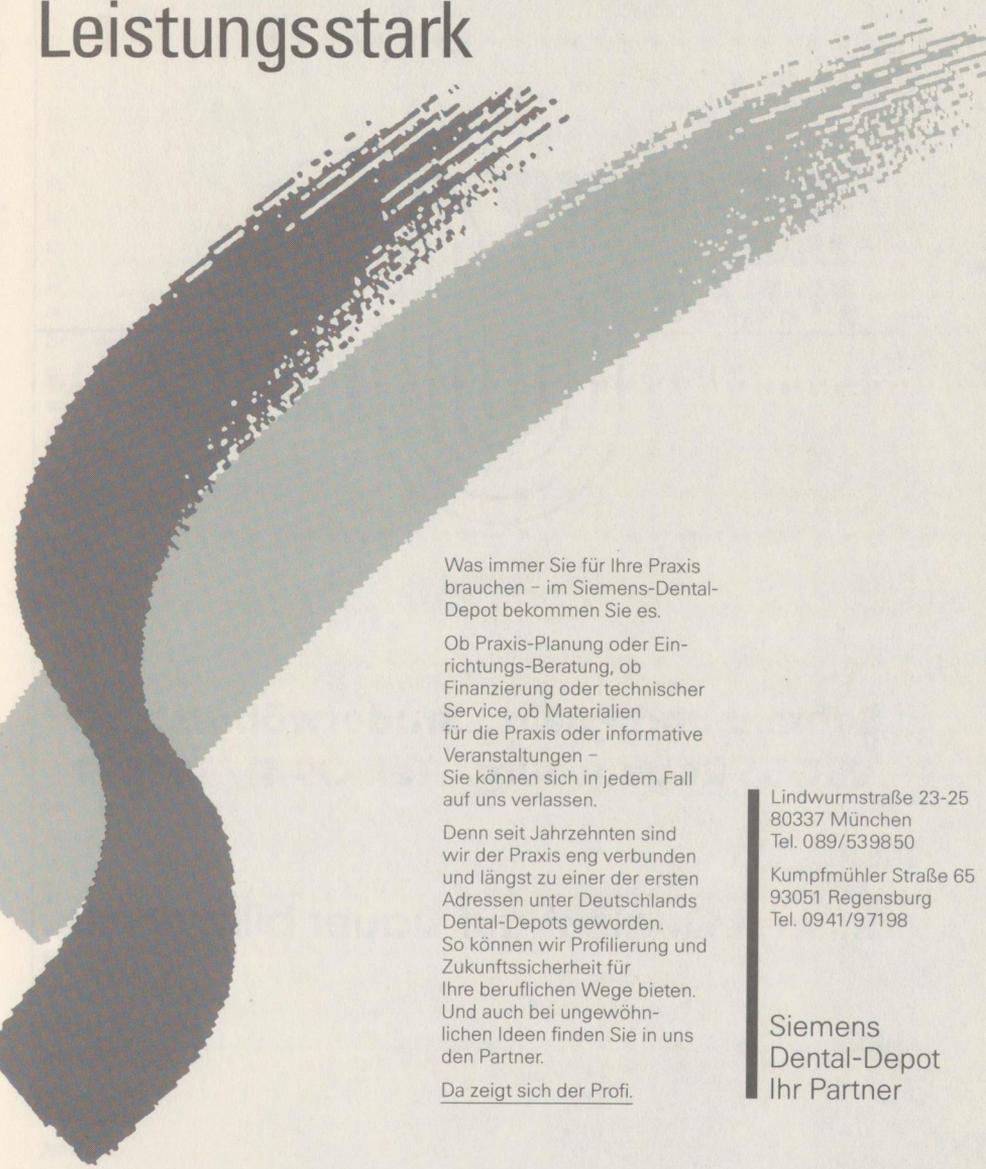
Der KaVo-Preis '95 wird anläßlich der Internationalen Dentalschau '95 in Köln überreicht.

Die Ausrichtung wird vom  
**Internationalen Institut für  
Zahnärztliche Arbeitswissen  
und Technologie**  
Löhrstraße 139, 56068 Koblenz  
Tel. 02 61/3 48 18  
Fax 02 61/3 46 09

übernommen, von dem alle Anfragen beantwortet werden und an das alle Anfragen zu richten sind. Die Jury, der namhafte Experten angehören, wird von Dr. K. Kimmel (IIZAT) geleitet.

# 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.

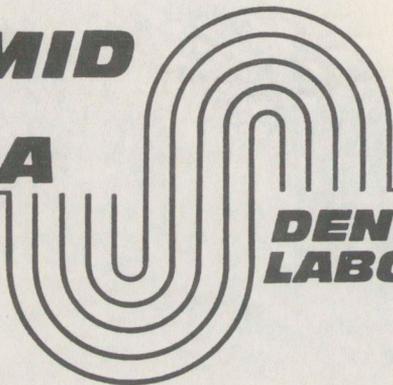
Lindwurmstraße 23-25  
80337 München  
Tel. 089/539850

Kumpfmühler Straße 65  
93051 Regensburg  
Tel. 0941/97198

Siemens  
Dental-Depot  
Ihr Partner

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

**SCHMID  
UND  
PAULA**



**DENTAL  
LABOR**

Schmid und Paula · Bruderwöhrdstr. 10  
93055 Regensburg · Tel. 0941/791521

... weil Qualität auf Dauer billiger ist!

# Gesetze, Verordnungen, Vorschriften und kein Ende

H. Diewald

Da haben wir in Deutschland – angeblich – die besten Ausbildungsstätten der Welt, die Studienzeiten sind die längsten, wir bilden uns ein Berufsleben lang fort – trotzdem werden wir laufend mit neuen Reglementierungen überzogen. Wegen einiger weniger Abrechnungskrocheten wird die GO-Z zum Schaden aller Zahnärzte novelliert. Obwohl es offensichtlich nie einen schwerwiegenden Unfall an einem zahnärztlichen Arbeitsplatz gegeben hat, wird eine Medizingeräteverordnung erlassen. Andere Verordnungen helfen uns, genügend Feuerlöscher in der Praxis zu haben, sie schützen uns vor explodierenden Kompressoren etc. etc. etc.

Nun hat man wieder ein neues Gebiet entdeckt: die Hygiene in den zahnärztlichen Praxen der Bundesrepublik!

Daß bei der Hygiene in manchen Praxen nicht alles zum Besten ist, muß man wohl annehmen. Daß auch bei bestem Willen Hygienefehler gemacht werden, kann kaum bestritten werden! *Aber wohl auch nicht, daß die seit kurzem entflammte Diskussion um Kleinststerilisation und Wasserentkeimungsanlagen weniger von Hygienikern entfacht wurde als vielmehr eher der Interessenslage*

*der Dentalindustrie nahekomm, die momentan offensichtlich in einer wirtschaftlichen Flaute steckt.*

Für mich gilt als oberster Grundsatz: „Alles, was sterilisierbar ist, muß sterilisiert werden!“

Das mag für viele eine Selbstverständlichkeit sein. Es ist aber keineswegs unumstritten! So gibt es noch heute Direktoren an Hygieneinstituten bundesdeutscher Universitäten, die in ihren Vorlesungen und sonstigen Veröffentlichungen die Meinung vertreten, daß es z.B. genügen würde, Untersuchungsbesteck und konservierendes Instrumentarium, Rosenbohrer, Schleifdiamanten usw. zu desinfizieren. Und so ganz falsch ist diese Meinung ja auch nicht. Desinfiziert bedeutet ja schließlich, daß der entsprechende Gegenstand frei von krankmachenden Keimen ist. Übersehen wird jedoch in diesem Zusammenhang, daß die Desinfektion wesentlich schwerer zu kontrollieren ist als die Sterilisation.

Hand- und Winkelstücke sind – möglicherweise – sterilisierbar. Bei einem „normalen“ Praxisablauf von 4 Patienten je Stunde verteilt auf zwei Sprechzimmer, diese bestückt mit jeweils 3

Sätzen Hand- und Winkelstücken bzw. Turbinen, ergibt sich hier keinerlei Problem. Der Sterilisationsvorgang in einem üblichen Autoklaven dauert rund 40 Minuten. Allerdings könnte es bei diesem laufend aneinandergereihten Sterilisationsvorgängen vorkommen, daß das Gerät nur teilweise gefüllt ist und das Vorgehen etwas unwirtschaftlich wird. Sinn macht es jedoch, wenn neben den Hand- und Winkelstücken häufig komplette Trays o.ä. zur Anwendung kommen und wenn eine Mitarbeiterin ganztätig mit Desinfektion, Reinigung, Sterilisation, Eintüten und Einsortieren beschäftigt ist.

Wenn man also von ein paar Gummipolierern und den anderen, wenigen, nicht sterilisierbaren Gegenständen absieht, ist auf dieser Ebene alles bestens geregelt.

Und jetzt kommt die Idee mit der Wasserentkeimungsanlage! Wieso soll das Wasser eigentlich entkeimt werden? In § 1, Absatz 1, Satz 1 der Trinkwasserversorgung heißt es: „Trinkwasser muß frei sein von Krankheitserregern.“ Damit ist alles gesagt. Das Wasser, das aus den öffentlichen Wasserleitungen in unsere Praxen gelangt, hat frei zu sein von Krankheitserregern. In einem Schreiben vom 31.03.1994 führt Kollege Dr. Kimmel als Sprecher des Deutschen Arbeitskreises für Hygiene in der Zahnarztpraxis wörtlich folgendes aus: „Im Prinzip ist es so, daß es bei den Wasserentkeimungsanlagen um die Entkeimung des zugeführten Wassers

geht, das nicht überall die notwendige Qualität aufweise.“

Die Zahnarztpraxis soll also dafür investieren, daß einzelne Kommunen nicht in der Lage sind, ihr Trinkwasser entsprechend der Trinkwasserverordnung zu liefern! Ein Unding sondergleichen! Nicht nur der Zahnarzt, sondern jeder Bundesbürger hat ein Anrecht auf einwandfreies, der Trinkwasserverordnung entsprechendes Trinkwasser!! Wir sollten uns zukünftig z.B. halbjährlich von der zuständigen Behörde bescheinigen lassen, daß das gelieferte Trinkwasser der Trinkwasserverordnung entspricht!

Alles klar? Alle Probleme gelöst? Nicht ganz: Es ist bekannt, daß möglicherweise beim Abschalten der Turbine oder des Hand- und Winkelstückes Flüssigkeit zurückgesaugt wird. Für dieses Problem gibt es nur eine einzige Lösung: Die vorhandenen Ventile, die absichtlich eine gewisse Menge Wasser zurücksaugen, müssen gegen Schalteinheiten ausgetauscht werden, bei denen zunächst der Antrieb abgeschaltet wird, anschließend die Luft und dann erst das Wasser. Auf diese Weise ist eine Rücksaugung absolut ausgeschlossen. Geeignete Schalteinheiten sind auf dem Markt und werden von einzelnen Firmen routinemäßig in neue Einheiten eingebaut. Die zuständigen Firmenmitarbeiter berichten jedoch, daß eine große Anzahl von Zahnärzten mit den so ausgelieferten Einheiten nicht zufrieden ist und die „Rückrüstung“ auf rücksaugende Ventile fordert. Es bedeutet doch eine ge-

wisse Umstellung, wenn nach dem Abschalten des Antriebes das Spraywasser noch für den Bruchteil einer Sekunde nachläuft.

### Zusammenfassung:

Das Problem des Refluxes läßt sich nur durch eine entsprechende Umrüstung der Einheit lösen. Alle anderen Probleme sind durch konsequente Anwendung der in jeder Praxis vorhandenen Mittel beherrschbar.

*Dr. Helmut Diewald  
Donaustaufferstraße 25  
93059 Regensburg*

### Aus einem Vortrag von Prof. Gräf, Erlangen, vom 9.2.'94:

Hygiene hat nur Sinn, wenn sie machbar ist.

Für Spiegel, Sonde, Pinzette sowie Winkelstücke ist die Desinfektion als voll ausreichend anzusehen, zumal keine pathogenen Keime danach mehr vorhanden sind.

Die Winkelstücke können im Kochtopf im normalen Wasserdampf desinfiziert werden. Auch ist eine chemische Desinfektion denkbar.

*Quelle: Kurzinfor. 1 + 2/94  
des Zahnärztlichen Bezirksverbandes Oberpfalz*

## Dental Umweltpreis 1995

Machen Sie mit! Umwelt geht uns alle an!  
Der Initiativ-Kreis Umweltschutz schreibt den ersten Dental-Umweltpreis aus.

Das Preisgeld beträgt insgesamt  
5 000.-DM.

Alle in Deutschland liegenden zahnärztlichen Praxen und zahntechnischen Laboratorien – oder jeder dort Beschäftigte – können den Umweltpreis gewinnen. Sie müssen bis zum Dezember 1994 aufschreiben, auf welche Weise Sie in Praxis und Labor aktiv für den Umweltschutz eintreten. Das können Fahrgemeinschaften ebenso sein wie umweltbewußtes Einkaufen, Müllvermeidung, Separieren von Problemüll, Entsorgen von Gips, galvanischen Bädern oder sparsames Umgehen mit Ressourcen.

Schreiben Sie Ihren Beitrag zum Umweltschutz in Praxis und Labor auf weißen DIN-A4-Blättern ohne Nennung Ihrer Identität auf. Legen Sie in den gleichen Umschlag eine mit vollständigem Namen und Adresse versehene Erklärung, daß Sie die beschriebene Maßnahme auch durchgeführt haben und schicken Sie beides an:

**Rechtsanwalt und Notar  
Alfred Oswald  
Frankfurter Straße 19  
64807 Dieburg**

Notar Oswald wird dafür sorgen, daß die Fach-Jury des Initiativ-Kreises anonym die besten Ideen auszeichnet. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Der Preis wird während der Internationalen Dental-Schau 1995 in Köln überreicht.

**Initiativ-Kreis Umweltschutz, Dr. W. Illichmann, Rilkestraße 1, 93128 Regensburg**



AESCULAP®

# process-control

die kontrollierte Sicherheit

*process-control*

der AESCULAP-Dampfsterilisator  
mit dem neuen  
elektronisch gesteuerten Überwachungssystem

*process-control*

denn . . .

Vertrauen ist gut  
Kontrolle ist besser

Fordern Sie bitte detaillierte Prospektunterlagen an



# Sterilisation von Übertragungsinstrumenten

A. Spies

Zwei Wochen lang erprobte unser Praxisteam einen Schnellautoklaven, den MelaQuick 12 von der Firma Melag, Berlin. Mit dem Gerät haben wir Hand- und Winkelstücke sowie Turbinen und Air Scaler nach einmaligem Gebrauch sterilisiert. Die Handhabung des Schnellautoklaven war einfach und übersichtlich. Nach einer Aufwärmzeit von 11 Minuten ist das Gerät den ganzen Tag ohne Abkühlphasen einsatzbereit.

Es gibt drei verschiedene Möglichkeiten der Instrumententräger für Turbinen, Hand- und Winkelstücke und Air Scaler, die vom Hersteller mitgeliefert werden.

1. Der Einsatzkorb hat ein maximales Fassungsvermögen von 10–12 Übertragungsinstrumenten. Sehr praktisch ist ein kleiner Korbbehälter zum Einhängen in den Einsatzkorb, wo z.B. chirurgische Fräsen und Endodontieinstrumente gleichzeitig mitsterilisiert werden können.

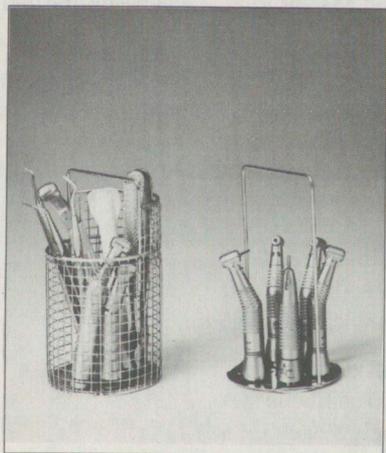
Die beiden anderen Möglichkeiten der Instrumententräger sind:

2. ein Träger mit ISO-Adaptoren, auf dem 7 Übertragungsinstrumente zur gleichen Zeit sterilisiert werden können,
3. ein Träger mit sieben zylinderartigen Halterungen, in dem die Übertragungsinstrumente „auf den Kopf“ sterilisiert werden können.

Auch bietet dieser Schnellautoklav die Möglichkeit – auch der inneren Dampfdruck – Desinfektion von älteren Modellen von Übertragungsinstrumenten mit Faseroptik an; Dauer ca. 8 Minuten.

Sofort nach Beendigung einer Behandlung wurden im Rahmen der üblichen Hygienemaßnahmen die bei der Behandlung angewendeten Übertragungsinstrumente wischdesinfiziert.

Nach möglicher Zerlegung der Übertragungsinstrumente erfolgte eine Schmierung mit Spraypflegeölen. Die (einzelnen Teile der) Übertragungsinstrumente oder das komplette Instrument wurden in chirurgischer Folie eingeschweißt. Der gefüllte Einsatzkorb wurde in die Sterilisationskammer gestellt und der Deckel mit der Hand mechanisch ver-



schlossen. Per Knopfdruck begann der Sterilisationszyklus, der nach 6 Minuten, optisch und akustisch erkennbar, beendet war. (Druckanzeige auf 0 und ein mehr akustisches Signal)

Der Deckel ließ sich sofort öffnen. Bei eingeschweißten Instrumenten empfiehlt es sich, sie ca. 5 Minuten bei geöffnetem Deckel in der Sterilisationskammer zu belassen, damit die anfangs noch feuchten Verpackungen nicht beschädigt werden.

Eine Sterilisation mit dem MelaQuick 12 ist auch ohne Einschweißung der Instrumente möglich, was die Trocknungsphase nach Beendigung des Zyklusses auf wenige Augenblicke reduziert, evtl. bei geöffnetem Deckel.

Nach weiteren 10 Minuten waren die Übertragungsinstrumente soweit abgekühlt, daß man damit problemlos am Patienten behandeln konnte. Damit trägt die benötigte Gesamtzeit zur Reinigung, Desinfektion und Sterilisation von Übertragungsinstrumenten mit diesem Schnellautoklaven ca. 20 Minuten.

Bei einer hohen Patientenfrequenz ist die zusätzliche Anschaffung von Übertragungsinstrumenten sicherlich notwendig.

Der MelaQuick 12 ist in den Außenmaßen sehr platzsparend. (h:38,5 cm; b:19,5 cm; t:46 cm; Leergewicht: 16,5kg)

Es ist zu beachten, daß der Kondensatbehälter auf einer tieferen Ebene stehen muß, das Gerät arbeitet nach dem

Einwegverfahren, das bedeutet, daß der abströmende Dampf außerhalb des Autoklaven kondensiert wird. Inzwischen wird eine Kühleinrichtung angeboten, mit der das Kondensat direkt in das Abwasser geleitet werden kann.

Der Wasserverbrauch ist nach unserer praktischen Erfahrung leicht abweichend von denen vom Hersteller angegebenen Werten. Bei vollem Tank (4,2 ltr.) war das Nachfüllen von aqua dest. nach 25 Sterilisationen (laut Hersteller 28) erforderlich (optische Anzeige). Der Stromverbrauch liegt (laut Bedienungsanleitung) bei 400 Watt bei 4 Sterilisationen in der Stunde.

Erwähnenswert ist die ebenfalls in der Bedienungsanleitung aufgeführte übersichtliche Angabe zur Fehlersuche bei Störungen.

Die Integration der Sterilisation von Übertragungsinstrumenten gestaltete sich wenig zeitaufwendig in der täglichen Routine von Hygienemaßnahmen.

#### Anmerkung:

Für eine detaillierte technische Übersicht und Vergleiche von Schnellautoklaven empfehle ich den Artikel in der Quintessenz von Mai und Juni 1993.

*ZMF Angela Spies  
Fackenburger Allee 20c  
23554 Lübeck*

# IHR FINGERSPITZENGEFÜHL

und die **bruchsichersten** und **schneidkräftigsten** Wurzelkanal-Instrumente von VDW sind ein Garant für erfolgreiche Endodontie.

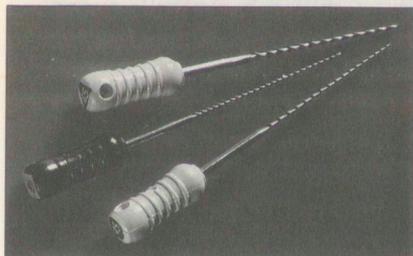


Harmonische Abstimmung zwischen Torsionsfestigkeit und Flexibilität bei jeder ISO-Größe sowie individuell abgestimmte Schneidkanten machen die Überlegenheit bei VDW-Instrumenten aus.



## **Geprüfte Qualität für Ihre Sicherheit!**

Die Qualität basiert auf den nationalen und internationalen Spezifikationen DIN und ISO.



Präzision bei der Wurzelkanal-Aufbereitung setzt präzise Instrumente voraus. Behandeln Sie deshalb mit DIN-geprüften Instrumenten vom führenden Hersteller VDW.

## **Das Markenzeichen VDW ist Ihre Qualitätsgarantie und das seit über 100 Jahren**

Für ausführliche Informationen fordern Sie bitte unseren Katalog an oder sprechen Sie mit Ihrem Dental Depot.

# **VDW**

VEREINIGTE DENTALWERKE  
ANTAEOS BEUTELROCK ZIPPERER  
ZDARSKY EHRLER GMBH & CO KG  
D-8000 MÜNCHEN 70  
POSTFACH 7019 49

# Erfahrungen mit der Sterilisation von Übertragungsinstrumenten am Beispiel des Odontoklaven/Goof

U. Happ

Obwohl die BZÄK in einer „Stellungnahme zur Gefährdung von Patienten durch HIV-kontaminierte Hand- und Winkelstücke in der zahnärztlichen Praxis (ZM 23,1.12.93, Seite 6)“ betont, daß in der BRD bislang „kein einziger Fall bekannt ist, bei dem eine HIV-Infektion im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung erfolgt ist“, empfahl sie „im Sinne vorbeugenden Gesundheitsschutzes, Hand- und Winkelstücke zu sterilisieren“ - so die DZW vom 17.11.93. Die weitergehenden Empfehlungen des DAHZ vom 14.12.93 wurden im *forum* 44, Seite 59f wiedergegeben. Die Erregung unter den Kollegen ist nur zu verständlich: Durch diese Empfehlungen stehen uns vermeintlich unnötige Mehrkosten und Mehrarbeit bevor, die nach einer von vielen nicht nachvollziehbaren Installationsaufgabe für Amalgamabscheider und abgesehen von den Folgen des GSG einen weiteren Kostendruck bringen.

Der PANORAMA-Film vom 31.3.94 zeigte in einer sehr publikumswirksamen TV-Show, daß eine Infektion durch die zahnärztlichen Übertragungsinstrumente durchaus möglich ist. Zwar ist

keine Infektion nachweisbar, aber es gibt zahlreiche Hepatitis- und HIV-Infektionen, deren Infektionswege bislang nicht nachvollziehbar sind. Eine zahnärztliche Behandlung als Ursache läßt sich nicht ausschließen. Die Justiz urteilt zunehmend nach einer Umkehr der Beweislast (siehe *forum* 42, Seite 204f) und als Maßstab für unsere Sorgfaltspflicht gilt der Stand der Technik.

Wir müssen uns diesem Problem stellen. Im folgenden möchte ich deshalb von meinen Praxiserfahrungen berichten. Daß für den ständig größer werdenden Mehraufwand für die Praxisführung dringend eine Honoraranpassung erforderlich ist, soll an dieser Stelle nur nebenbei erwähnt werden.

Seit etwa einem halben Jahr werden bei uns die zahnärztlichen Übertragungsinstrumente nach jeder Behandlung sterilisiert. Nach einer gewissen Umstellungsphase ließ sich dieser Mehraufwand in die bestehenden Arbeitsabläufe integrieren, ohne daß eine deutliche Mehrzeit notwendig wurde. Unter den drei auf dem Markt befindlichen Schnellsterilisatoren habe ich mich für den kleinsten entschieden, den

ODONTOKLAVE (Abb.1) von Goof/Dänemark<sup>1</sup>. Ich habe diesen Kauf bislang nicht bereut.

Durch einen Mikroprozessor gesteuert werden bei dem Odontoklave 700g Sterilisationsgut oder bis zu 8 Übertragungsinstrumente im auf  $\pm 0.1^\circ\text{C}$  genau erhitzten

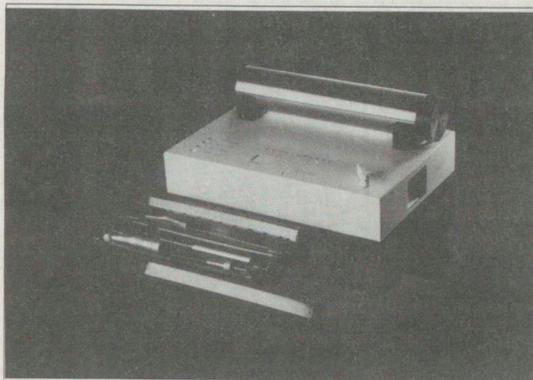


Abb. 1

Dampfdruck sterilisiert. In der neuen Version stehen 3 Sterilisationsprogramme ( $133^\circ\text{C}$  - 4 min,  $127^\circ\text{C}$  - 10 min,  $122^\circ\text{C}$  - 15 min) sowie ein Trocknungsprogramm (1 min) zur Verfügung. In der Regel setzen wir das  $133^\circ\text{C}$ -Programm ein. Nach Einfüllen von 25 ccm destilliertem Wasser und Schließen des Gerätes läuft das Programm vollautomatisch ab und ein Display zeigt die aktuelle Arbeitssituation. Nach ca. 1-2 Minuten Aufwärmzeit (abhängig von der Beschickung des Gerätes) läßt sich das heiße Instrumentarium nach exakt 4 Minuten (bzw. 5 Minuten mit Trocknungsgang) entnehmen. In der Kassette kühlen sich die Instrumente in ca. 5 Minuten ab - sollte es einmal eng werden, halten wir sie kurz unter kaltes Wasser. Da wir für jeden Behandlungstermin pro Patienten in der Regel mindestens 15 Minuten reservieren, bleibt ausreichend Zeit. Es würden pro

Behandler die wohl überall vorhandenen 2 Instrumentensätze ausreichen. Seit einem halben Jahr habe ich nun alle

Instrumente (auch die „stille“ Reserve) im Umlauf. Es sind nun insgesamt etwa 3 Sätze und ich konnte feststellen: es kommt zu keinen wirklichen Engpässen. Auch ist es zu keinen Aus-

fällen oder Schädigungen der Instrumente gekommen. Eher konnte das Gegenteil beobachtet werden: durch die vor dem Sterilisieren notwendige Pflege erfahren die Instrumente eine viel intensivere Wartung und werden sehr leichtgängig.

Der Odontoklave sterilisiert nun nicht mit normalem destilliertem Wasser, vielmehr schreibt er eine spezielle Lösung vor, die einen geringen Korrosionsschutz enthält. Was ich erst als Nachteil sah, entpuppt sich auch als Vorteil. Einmal wird nur sehr wenig Wasser im Vergleich zu anderen Geräten benötigt, was sich bei der Energiebilanz positiv auswirkt, zum anderen läßt sich durch den enthaltenen Korrosionsschutz ein weiteres Stiefkind der Zahnarztpraxis sterilisieren: die rotierenden Instrumente. Bei der Firma FRAGA<sup>2</sup> habe ich einen sehr praktischen, preiswerten Bohrerständer

(Abb.2) entdeckt, in dem sich Behandlungssätze zusammenstellen lassen und der sich auf dem Schwebetisch plazieren läßt. Nach der Behandlung werden die Bohrer und Fräser wieder hineingesteckt, der Standbügel des Ständers geschlossen und alles komplett in ein desinfizierendes Ultraschallbad



Abb. 2

gegeben, um nach dem Abspülen genauso komplett in den Schnellsterilisator zu kommen.

Der Odontoklave ist also nicht nur für die Übertragungsinstrumente geeignet, es lassen sich auch alle anderen Instrumente sterilisieren. Sie können in Sterilisationsbeutel verschweißt sein. Einzige Einschränkung bleibt die Größe des Sterilisationsraumes — und der ist lang, aber eng. Zur Vergrößerung des Nutzraumes können die Deckel der Rollkassette draußen bleiben, die Kassette selbst muß aber jedesmal eingeführt sein.

Wie schon erwähnt, hat der Odontoklave eine sehr präzise, mikroprozessor-gesteuerte Temperaturregelung, die Schädigungen der (Licht)Instrumente ausschließt. Dieser Mikroprozessor bringt noch weitere Vorteile: Er steuert, zeigt und speichert laufend die exakte Arbeitssituation. Sollte ein Fehler auf-

treten (z.B. zu wenig Aqua dest), so wird er angegeben, sollte ein Fehler in der Elektronik auftreten, so wird er selbst

analysiert und läßt sich durch die Werkstatt verifizieren. Die Sterilisationsdaten lassen sich nach jedem Vorgang durch einen einfachen Drucker als Prüfprotokoll (für die Patienten-

tenkartei?) ausdrucken. Die jeweils letzten 20 Vorgänge mit Fehlermeldungen werden vom Gerät zum Ausdruck gespeichert und geben so der eventuell notwendigen Wartung wertvolle Hinweise.

Mit entscheidend für den Erhalt der Übertragungsinstrumente ist die gründliche Wartung oder Schmierung mit einem zum Sterilisieren geeigneten Öl. Wie mir vom Handel vielfach bestätigt wurde, wird dazu in den meisten Praxen die anwendungseinfache 1x Spraydose verwandt. Dies ist nicht nur aus ökologischen Gründen abzulehnen. Wiederholt wurde berichtet und durch REM-Aufnahmen bewiesen (siehe z.B. U.Happ, ZAH 10.91), daß dieser Spray das Innenleben des Instrumentes sehr unzureichend reinigt und mehr zufällig Öl verteilt (was später wieder rausläuft und die Mikromotoren schädigen kann).

Zur guten Pflege ist es dringend erforderlich, diese Pflegemaßnahmen bei Bewegung der Übertragungsmechanik durchzuführen. Unter dieser Voraussetzung ist es nicht mehr notwendig, das Instrument auseinander zu nehmen – was z.B. bei dem Schnellaufwinkelstück (rot) auch gar nicht möglich ist.

Auf dem Dentalmarkt werden uns nun verschieden große Geräte zur Instrumentenpflege angeboten, die alle einen mehr oder weniger großen Aufwand an Installation, Zeit und Geld verlangen. Sie konnten mich alle nicht zufriedenstellen und so habe ich etwas eigenes entwickelt: Dieses Gerät ist handlich-klein (wie eine Spraydose) und mit Motor, es ist transportabel und läßt sich ohne Installation an (fast) jeder zahnärztlichen Einheit anschließen und damit steuern. Es bewirkt eine innere desinfizierende Reinigung und Schmierung,

wobei auch die Sprayleitungen erfaßt werden! Die Überschüsse werden ausgeblasen und können aufgefangen werden - und alle Arbeitsgänge können, je nach Bedarf, einzeln gesteuert werden. Die handelsüblichen Desinfektions- und Pflegemittel werden in die integrierten Tanks – je nach Einsatz täglich bis wöchentlich – eingefüllt. Neugierig geworden?? Sobald die Serienfertigung läuft, werde ich darüber berichten. Vorinformationen können angefordert werden. Ach ja, der Preis: er wird wohl unter der Abschreibe-Grenze liegen.

Dr. Ulrich Happ  
Spadenteich 1  
20099 Hamburg

<sup>1</sup> A/S L.GOOF, Usserød Mølle, 2970 Hörsholm, Dänemark

<sup>2</sup> A. FRAGA, Winzeldorfer Str. 2, 25470 Bönningstedt

Bitte beachten Sie die Aktion des DAZ zum Thema Sterilisation auf der Rückseite dieses *forums*!

### Der Weg zur konsequenten Prophylaxe-Praxis

– ein *forum*-Sonderdruck mit alltagsgerechten Hinweisen zur Durchführung einer kontinuierlichen individualprophylaktischen Betreuung erwachsener Patienten – kann gegen Versandpauschale von 5.– DM (Briefmarkent) in der Kölner DAZ-Geschäftsstelle angefordert werden.

### Moderne Zahnarztpraxis im Großraum Mönchengladbach

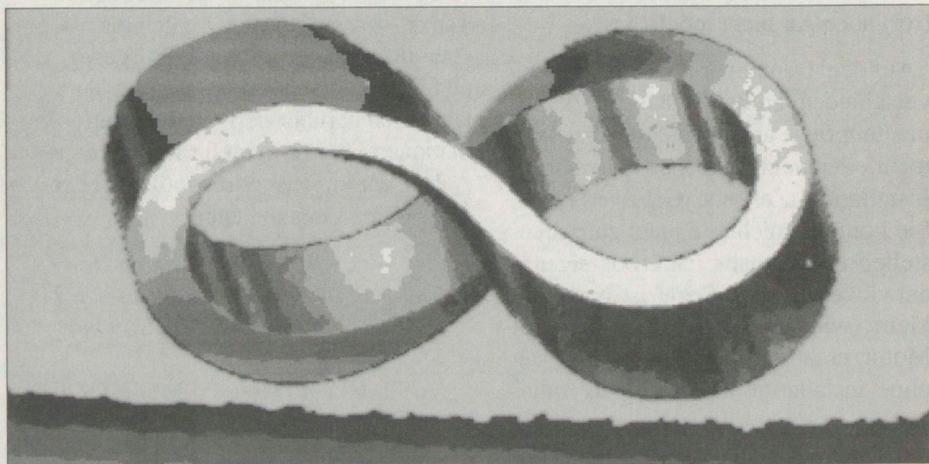
aus persönlichen Gründen abzugeben. 3 BHZ, OPG, komplettes Labor, sehr günstiger Mietvertrag.

Anfragen an: NAV-Wirtschaftsdienst  
Norbert Müller, Hilgenweg 2a  
45721 Haltern  
Tel. 0 23 64/6 95 12  
Fax 0 23 64/67 52

DEN WERT MANCHER DINGE  
LERNT MAN ERST MIT DER ZEIT  
SCHÄTZEN —

UNABHÄNGIGKEIT ZU BESONDERS  
INTERESSANTEN BEDINGUNGEN  
FÜR MITGLIEDER DES DAZ  
IM GRUPPENVERSICHERUNGS-  
VERTRAG

# UNABHÄNGIGKEIT



Eine private Krankenversicherung der CENTRAL macht unabhängig. Sie ermöglicht freie Entscheidungen, wenn es um etwas sehr wichtiges geht: um Ihre Gesundheit. Selbstbestimmung und Leben nach eigenem Anspruch als Maxime. Auch dafür steht die CENTRAL. Mit hochwertigen Leistungen, die jedem individuellen Anspruch gerecht werden. Und einem kompetenten Service, der da ist, wenn man ihn braucht.

– Die gleiche Maxime –  
– Das gleiche leistungsstarke Tarifwerk –  
kombiniert mit „handfesten“ Vorteilen des Gruppenversicherungsvertrags wie zum Beispiel:

- günstiger Beitrag
- Erlaß aller Wartezeiten
- Mitversicherungsmöglichkeit für Familienangehörige.

Nutzen Sie diese Möglichkeit!

Auch bereits CENTRAL-Versicherte können ihren Vertrag nachträglich ohne große Formalitäten umstellen!

Wenn Sie weitere Informationen über unser Leistungsangebot wünschen, schreiben Sie uns.

 **CENTRAL**  
KRANKENVERSICHERUNG AG

 Aachener und Münchener Gruppe

CENTRAL Krankenversicherung AG  
Abt. MV/ZV, Tel. 0221 / 1636-2452  
50670 Köln, Hansaring 40-50

# 1,5 Jahre mit der „Dampfmaschine aus Toronto“

## Ein Bericht aus der Praxis über die Arbeit mit dem Schnellsterilisator *STATIM*

W. Kolossa

Seit 1992 verwenden wir in unserer Praxis den Schnellsterilisator *STATIM* zur Sterilisation von Hand- und Winkelstücken neben einem „normalen“ Melag-Autoklaven für das sonstige Instrumentarium.

Angeregt durch einen Artikel des Kieler Mikrobiologen Prof. Bößmann über den erfolgreichen Einsatz des *STATIM* in der Kieler Universitätszahnklinik beschloß ich vor 1,5 Jahren die letzte Hygienelücke meiner Praxis weiter zu verkleinern.

Die Einsicht, daß sich 100%ige Keimfreiheit in einer Zahnarztpraxis nie verwirklichen läßt, diese Erkenntnis jedoch nicht als Entschuldigung für fehlendes Bemühen um möglichst große Keimarmut dienen darf, veranlaßte mich ca. 30 000.- DM zu investieren.

In unserer stark frequentierten (Land)-Zahnarztpraxis arbeiten in der Regel 2 Behandler gleichzeitig an 3 Behandlungsstühlen.

Hygienemaßnahmen werden von unserem Praxisteam sehr ernst genommen. So tragen zum Beispiel alle an der Be-

handlung beteiligten Praxismitarbeiter Einmalhandschuhe, die nach jeder Behandlung konsequent gewechselt werden, da jedes bei der Behandlung benutzte Instrument als kontaminiert gilt.

Als wir mit der Sterilisation von Hand- und Winkelstücken nach jeder Behandlung begannen, wurde folgende Grundausstattung angeschafft:

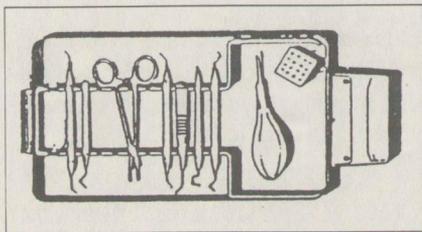
- 1 *STATIM* (für ca. 5 000.-DM)
- 1 KAVO Sprayrotor (ca. 1 100.-DM)
- 9 KAVO LUX 2 Turbinen (640 B, je ca. 1 400.-DM)
- 9 Intra LUX 2 Unterteile und Köpfe (je ca. 1 000.-DM)
- 3 Intra C Reduzierunterteile mit Endokopf (je ca. 850.- DM)

Der Grundgedanke war, zusätzlich zu den bereits vorhandenen Turbinen und Winkelstücken jeweils 3 Sätze je Behandlungseinheit zur Verfügung zu haben.

Das *STATIM* selbst ist ein schubladengroßer Sterilisator (37cm breit, 44,5cm tief und 14,7cm hoch), dessen Sterilkammer eine Kassette in der Größe eines Normtrays ist.

In diese Kassette wird durch einen externen Dampferzeuger aus destilliertem Wasser hergestellter Wasserdampf geführt, der innerhalb von 6 Minuten einen Sterilisationsdurchgang bei 135 Grad Celsius ermöglicht.

Das destillierte Wasser wird auf der Oberseite des Gerätes eingefüllt und nach Beendigung des Sterilisationszyklusses in einem Abwasserbehälter, der unterhalb des Gerätes aufgestellt und mit einem Teflonschlauch fest verbunden werden muß, aufgefangen.

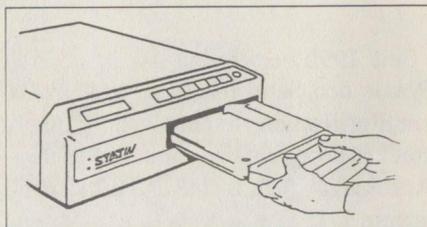


Diese Methode, bei der der stark mit Pflegeöl verunreinigte Wasserdampf jeweils nur einmal verwendet und nicht zurückkondensiert wird, und die vergleichsweise kleine Sterilkammer ermöglichen den kurzen Sterilisationszyklus.

Allerdings benötigen die Instrumente anschließend einige Zeit, um zu trocknen und abzukühlen. Beschleunigen lassen sich diese Vorgänge durch ein Schnelltrocknungsprogramm von 6 Minuten Länge.

Ein Sterilisationsvorgang benötigt also mindestens

- 1 Minute Pflegedurchgang mittels Sprayrotor
- + 6 Minuten Aufheizen und Sterilisieren
- + 6 Minuten Schnelltrocknung
- + 10 Minuten Abkühlung (je nach Empfindlichkeit des Behandlers)
- 23 Minuten



## Probleme bei der Sterilisation von Hand- und Winkelstücken

### 1. Akzeptanz der Helferin

Obwohl unser Praxisteam, wie bereits zuvor erwähnt, Hygienemaßnahmen durchaus aufgeschlossen gegenüber steht, erwies sich die Integration dieser zusätzlichen Maßnahme als schwierig.

Das Pflegen mittels Sprayrotor ist ein umständlicher, allerdings unverzichtbarer Vorgang.

Das *STATIM* ist nicht zuletzt dank aufwendiger Elektronik ausgesprochen bedienerfreundlich:

- ein Kunststoffgriff an der Kassette ermöglicht es, diese stets anzufassen und ohne größere Kraftanstrengung waagrecht in das Gerät zu schieben bzw. herauszuziehen
- die Kassette kann wie ein Tray beschickt werden.

- ein Druck auf die Starttaste leitet die Sterilisation ein und akustische Signale verkünden das Ende
- zusätzlich zeigt das Gerät einen eventuellen Mißerfolg des Sterilisationsvorganges an.

## 2. Öl

Alle Hand- und Winkelstücke müssen vor Beginn der Sterilisation mit einem Ölgemisch gepflegt werden. Ein Abtropfenlassen ist laut KAVO nicht erforderlich, da durch den Dampfdruck im *STATIM* überschüssiges Öl entfernt wird.

Trotzdem haben wir erhebliche Ölprobleme:

- auf den Hand- und Winkelstücken befindet sich häufig ein Ölfilm,
- Mikromotore verölen schnell, werden täglich durch Abwischen vom Ölfilm befreit,
- die Lämpchen der Mikromotoren brennen schneller durch (durch den Ölfilm?) – übrigens scheinen KAVO-Motoren anfälliger zu sein als SIEMENS-Motoren, wohl weil das Lämpchen weiter vorn sitzt.

## 3. Verschleiß?

Kein Problem!

Wir verwenden ausschließlich Turbinen, Hand- und Winkelstücke der neuesten KAVO-Generation (LUX 2) und haben seit eineinhalb Jahren keinerlei Defekte gehabt – vielleicht bewirkt der Zwang zur konsequenten Pflege hier etwas Positives.

Ein Verschleiß der Lichtleiter konnte nicht festgestellt werden.

Die Bedienungsanleitung des *STATIM* spricht davon, daß nach ca. 500–800 Sterilisationszyklen die Kassetten-dichtung erneuert werden muß (was übrigens auch angezeigt wird). Bei unserem Gerät war eine Erneuerung bisher nicht erforderlich.

## 4. Anzahl der Hand- und Winkelstücke

Die zusätzlich benötigte Anzahl von Turbinen, Hand- und Winkelstücken variiert sicherlich erheblich bei unterschiedlichen Praxisstrukturen (z.B. viel Füllungstherapien – viel Bedarf, viel Recall – weniger Bedarf an Turbinen).

Generell haben wir die Erfahrung gemacht, daß wir eher zu viele Instrumente angeschafft haben. Unerwartet war die hohe Anzahl von Behandlungen, bei denen keine Hand- und Winkelstücke erforderlich sind. Die Beschränkung auf eine Art von Reduzierstücken war nach kurzer Eingewöhnungszeit problemlos.

Sollten Sie an die Anschaffung zusätzlicher Hand- und Winkelstücke denken, so würde ich heute zunächst über einen längeren Zeitraum den individuellen Bedarf mittels Strichliste ermitteln. Bei plötzlich auftretenden Engpässen wird der Schnellsteri seinem Namen gerecht und bringt einen Gewinn an Flexibilität.

## 5. Lagerung des Sterilgutes

Nachdem wir zunächst jedes Hand- und Winkelstück einzeln in Sterilisationsfolie eingeschweißt haben, wie es z.B. in den USA üblich ist, verzichteten wir bald auf diesen „Showeffekt“, der

erhebliche Mengen an vermeidbarem Abfall produzierte.

Jetzt lagern sterilisierte Instrumente in einer Schublade in der Nähe der Mikromotoren.

### 6. Konsequenz

Schon nach kurzer Zeit entstand der Wunsch, die Hygienekette weiter zu perfektionieren:

- Mehrere Spraysätze wurden (teuer) beschafft und
  - die Sterilisierbarkeit der Ultraschallgeräte wurde verbessert.
- Dabei erwies sich „Rittertron“ und „Cavitron“ mit ihren Lamellenbündeln als umständlich. „Satelec“ oder „Sonicflex“ von KAVO (paßt auf jede Multiflex-Kupplung) sind durch die

einzelnen sterilisierbaren Spitzen vorteilhafter.

### Fazit

In kurzer Zeit werden alle verantwortungsbewußten Zahnärzte nach jeder Behandlung das gesamte Instrumentarium sterilisieren.

Warum nicht schon heute damit anfangen?

Mit der hier beschriebenen Ausstattung gibt es keine unlösbaren Probleme.

Ein Ausgleich für den massiven finanziellen Aufwand muß bei zukünftigen Vertragsverhandlungen eingefordert werden.

Wolfram Kolossa

Bahnhofstraße 42, 24217 Schönberg

Suche Stelle als

#### Vorbereitungsassistentin

in einer qualitätsorientierten Praxis.  
Studium Witten/Herdecke,  
Promotion in den USA  
Tel. 05 21/16 25 26

#### Assistentenstelle in Köln gesucht!

Engagierte Zahnärztin, 26 Jahre, westdt. Examen, 8 Monate Berufserfahrung, sucht Vorbereitungsassistentenstelle in qualitätsorientiertem Praxisteam ab sofort. Tel. 0 21 61/2 30 37

#### Steuerfreie Zuwendungen ans Praxisteam

– wer seinen Mitarbeiter(inne)n ohne Steuerabzug etwas zukommen lassen will, kann über die DAZ-Geschäftsstelle eine Gratis-Kurzinformation oder eine Broschüre des NAV-Wirtschaftsdienstes (8.– DM) anfordern.

Engagierter, zuverlässiger Zahnarzt (26J.), Examen 12/93 in Bonn, z.Z. Promotion, sucht ab Juni '94 Stelle als

#### Vorbereitungsassistent

in fortbildungsorientierter Praxis im Raum Koblenz-Trier-Mainz.

Kontakt: M. Coenen, Markusstraße 8,  
53129 Bonn, Tel. 02 28/23 67 31

# Der KaVoKLAVE – eine preiswerte Alternative?

U. Happ

Spätestens nach der PANORAMA-Sendung vom 31.3.94 wird jedem von uns wie unseren Patienten klar geworden sein, daß mit unseren Übertragungsinstrumenten etwas in Sachen Sterilisation geschehen muß. War das bisherige, mehr gelegentliche Sterilisieren für den Praxisautoklaven noch tolerierbar, so bedeutet das regelmäßige Sterilisieren für den herkömmlichen Autoklaven das AUS durch technisches KO: durch die für die Instrumente jedesmal notwendigen Pflegemittel wird das destillierte Wasser des Autoklaven verunreinigt und durch den Wasserkreislauf die Mechanik des Gerätes zerstört. Zusätzlich werden die übrigen Instrumente usw. verschmutzt. Insgesamt dauert die Prozedur auch viel zu lange.

Neuentwickelte Kleinautoklaven (Melaquick, Odonotklave, Statim) bieten einen schnellen Sterilisationszyklus mit jedesmal frischem Wasser, doch haben sie einen hohen Preis. Der KaVoKlave 2100 ist in

der Anschaffung sehr viel günstiger (etwa 1/3) und sterilisiert beständig mit dem gleichen Wasser ohne Kreislauf – ist das die Alternative?

Das Gerät sieht fast wie ein herkömmlicher Dampfdrucktopf aus und funktioniert ähnlich: In das Gerät (den Topf) werden 0.75 l aqua dest. eingefüllt, darüber kommt ein Einsatz (Kassettenhalter), der mit 6 Instrumentenkassetten für jeweils 3 Übertragungsinstrumente oder anderem Instrumentarium bestückt werden kann. Zusätzlich soll jeweils ein Indikatorstreifen beigelegt werden, um

das Erreichen der Sterilisationstemperatur (nicht der Sterilität!) überprüfen zu können. Nun wird der Deckel verschlossen und verriegelt und die Heizung angeschaltet. Der Dampfdruck treibt durch das Gravitationsverfahren<sup>1</sup> (dieses Wort habe ich in diesem Zusammenhang nun neu gelernt) – also durch Schwerkraft wie bei unseren anderen Autoklaven die Luft aus dem Topf,



bis laut Bedienungsanleitung mit einem hörbaren Klicken das Entlüftungsventil schließt und die Temperatur auf 121°C steigt. Nun läuft automatisch die eigentliche, 16 Minuten lange Sterilisationszeit ab, bei dem sich das ganze Gerät mit Deckel erhitzt. Es folgt eine entsprechend längere Abkühlphase, sodaß die Instrumente nach frühestens 45 Minuten wieder zur Verfügung stehen. Eine lange Zeit, aber mehr Sterilisationsvorgänge verkraftet das Gerät auch nicht, denn es ist laut Hersteller nur für 10 Sterilisationszyklen pro Arbeitstag ausgelegt. Sollte die Praxis von mehr Patienten frequentiert werden – auch das eine Empfehlung aus der Bedienungsanleitung, sogar in Fettdruck – „empfiehlt es sich, einen zweiten KaVoKLAVE Sterilisator anzuschaffen“. Nett. Die zusätzlich notwendigen

Übertragungsinstrumente kauft man ja gerne dazu. Trotz alledem: ein solides, robustes, preiswertes Gerät, geeignet für den, der die Zahnmedizin als Hobby auserkoren hat – er wird auch mit der aufwendigen Wartung fertig werden.

Wie aus gut informierten Kreisen zu hören ist, bereitet KaVo ein neues Gerät vor.

Dr. Ulrich Happ  
Spadenteich 1, 20099 Hamburg

<sup>1</sup> Neben dem Gravitationsverfahren kennen wir das Zirkulationsverfahren aus dem Heißluft-Steri, das durch einen Ventilator kältere Luftnester im Sterilisationsgut verhindert. Als Folge des EG-Rechtes werden wir uns bald mit dem Vakuumverfahren befassen müssen, das in den Großautoklaven der Krankenhäuser eingesetzt wird.



*Geben Sie Ihre  
Anzeigen immer  
rechtzeitig auf!*

*Anzeigenschluß für  
die nächste Ausgabe:*

*15.07.1994*

*Erhalt der  
Einzelleistungsvergütung  
vernünftige Therapiefreiheit,  
Integration der  
Qualitätssicherung  
Darum:*



Die Natur ist Vorbild

# Baustein für die Zähne



Tag für Tag Bad Reichenhaller Jodsatz 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.**

# 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 · 92224 Amberg · Telefon 096 21 / 379-0

# Unternehmen Praxis: Auch ein Wirtschaftsbetrieb

K. J. Bäumler

**Der Verfasser des nachfolgenden Beitrages kennt die Probleme der betriebswirtschaftlichen Führung einer Praxis aus eigener Erfahrung. Er hat die Hilfe eines unabhängigen Betriebsberaters kennen- und schätzengelernt.**

Wir alle sind bemüht, unsere Patienten bestmöglich zu versorgen. Das haben wir gelernt.

Wir alle haben uns in die Selbständigkeit gestürzt ohne darüber nachzudenken, daß eben dies auch die Etablierung eines Wirtschaftsbetriebes bedeutet.

Einen solchen zu leiten haben wir nicht gelernt. Die Folgen zeigen sich oft in der bisweilen chaotischen Organisation, im unüberlegten Einkauf, falschem Personal- und Finanzmanagement. Viele Zahnärzte haben sich durch „learning by doing“ im Lauf der Jahre ein individuelles Praxismanagement zusammengestrickt und sich als Einzelkämpfer durch die gleichen Fehler durchgekämpft. Die Kolleginnen / Kollegen haben so – jeder für sich – in verschiedenen Punkten brauchbare individuelle Lösungen ihrer Probleme entwickelt.

Diese Stärken kommen aber, weil im stillen Kämmerlein erdacht, nicht an die Öffentlichkeit, da eine Kommunikation unter Kollegen zur Vermeidung der gleichen Fehler allenfalls im zufälligen persönlichen Gespräch stattfindet.

Weiterbildung – eigentlich müßte es Ausbildung heißen – wird auf diesem

Gebiet oft hinter die fachbezogene Wissenserweiterung zurückgestellt.

Durch die staatlichen Eingriffe der letzten 15 Jahre und eine überproportionale Zunahme der Niederlassungen steigen die Einnahmen nicht mehr, wie lange gewohnt.

Die Ausgaben andererseits steigen – z.T. ebenfalls durch gesetzliche Maßnahmen – weiter.

Es kommen viele Kolleginnen und Kollegen in eine finanzielle Schieflage, die sie oft nicht bemerken, da die Liquidität weiter fließt, besonders dann, wenn ein finanzielles Polster aus besseren Tagen vorhanden ist.

Dieses Polster fehlt aber bei den vielen Zahnärzten der Niederlassungswelle der Jahre 1992/93 im Westen und bei den Kolleginnen/Kollegen im Osten der Republik.

Erschwerend kommt bei letzteren noch der ungewohnte Umgang mit dem System der Marktwirtschaft hinzu (Steuerfalle nach ca. 2 Jahren laufender Praxis).

Sich aus dieser Misere zu befreien, bedeutet Selbstüberwindung und ist mit Schmerzen verbunden. Wirtschaftliche

Konkurse bzw. Gesamtvollstreckungsverfahren, bei uns nahezu ein Fremdwort, rücken in greifbare Nähe.

Es muß aber nicht soweit kommen.

Wenn wir über den Tellerrand des eigenen Berufes hinausschauen, z.B. den Wirtschaftsteil der Tageszeitung lesen, können wir sehen, daß es in Industrie und Handel vielfältige Instrumente gibt, um den Betrieb zu rationalisieren. Gerade gestandene Kaufleute sind begierig zu lernen, wie der eigene Betrieb gesund und zukunftsfruchtig erhalten werden kann. Da gibt es keine Bedenken aus Gründen der Konkurrenz und des Wettbewerbs, welche die Wirtschaft sonst in erheblichem Maß bestimmen.

Der zahnärztlichen Ethik tut's keinen Abbruch. Sie tangiert die eigene wirtschaftliche Stellung nur insofern, als ohne ein sicheres finanzielles Fundament eine geordnete und qualitätsgesicherte Behandlung unmöglich ist. Jemand, der mit unzureichenden Mitteln hochwertige Arbeiten abliefern will, wird sehr schnell auf dem Konkurs-Müllhaufen der Marktwirtschaft enden. Eine Umsatz-Ausweitung wie in früheren Jahren wird nur noch selten möglich sein.

Wir sind also gezwungen, unser Augenmerk auf die wirtschaftlichen Abläufe in der Praxis zu richten. Ein rigoroses Kostenmanagement ist erforderlich. Ein betriebswirtschaftlich unerfahrener – ja sogar in großen Teilen diesem Thema abgeneigter Berufsstand braucht Hilfe von außen.

Was kann man tun? Es gibt zwei Möglichkeiten:

1. Die Beratung durch einen unabhängigen Betriebsberater, der per Vertrag und gegen Honorar die Praxis und den finanziellen Privatbereich in ihrer Gesamtheit untersucht. Anschließend erfolgt die Erarbeitung des Ergebnisses sowie der Vorschläge zur Änderung / Verbesserung. Unabhängigkeit bedeutet hier keinerlei Bindungen an einen Vertragspartner auf Provisionsbasis bzw. Vertretung von Interessen anderer. Ausschließlicher Auftraggeber ist der Mandant (Praxis).

Eine Beratung läuft in etwa nach folgendem Schema ab:

**Stufe I:** IST-Analyse, Grundkonzept, Plan; erfordert etwa drei Mann-Tage.

**Stufe II:** Detailbeschreibung des neuen Konzepts und der Maßnahmen.

**Stufe III:** Einführen und Erfolgskontrolle.

Von einem erfahrenen Betriebsberater kann erwartet werden, daß er die Abläufe gründlich hinterfragt und die IST-Analyse dennoch die geringste Zeit der Beratung in Anspruch nimmt.

Absolute Offenheit, auch in der privaten Finanzsphäre, ist erforderlich. Die Honorare bewegen sich im Bereich von DM 2 000.– je Tag zuzüglich angefallener Kosten.

2. Eine Gemeinschaft von ca. 8–10 Kolleginnen / Kollegen findet sich

zusammen und erarbeitet unter Anleitung des Betriebsberater Konzepte zur Verbesserung der betriebswirtschaftlichen Grundlagen. In der Gruppenarbeit zeigen sich dann besonders die o.a. angesprochenen persönlichen Leistungen der Gruppenmitglieder. Durch Kommunikation unter Anleitung sollen die positiven Ansätze verstärkt und die negativen beseitigt werden.

Diese Gruppen sind in der gesamten Wirtschaft zu finden, bei den Großunternehmen bis hin zum Einzelhandel. Sie werden dort als Erfahrungsgruppen – kurz „Erfa-Gruppen“ bezeichnet. Nach unserem Verständnis sind sie Selbsthilfegruppen.

Grundsätzlich ist hier der Ablauf dem unter 1. beschriebenen ähnlich. Der Betriebsberater funktioniert hier als Moderator und Koordinator in der Erfahrungsgruppe. Die Gruppe tagt bei einem Kollegen, der vorher mit dem Berater die oben beschriebene Vorarbeit geleistet hat.

Nach Offenlegung der Zahlen und einer Betriebsbegehung durch die Gruppe werden die Ergebnisse diskutiert. Es wird ein gemeinsamer Verbesserungs-/Lösungs-Vorschlag erarbeitet, der der untersuchten Praxis direkt zugute kommt. Da jeder im vorhinein aufgrund der durch den Betriebsberater vorgegebenen Papiere die betriebswirtschaftlichen Daten seiner Praxis erarbeiten muß, evtl. mit Hilfe des Steuerberaters, ist ein Vergleich möglich. So können alle

von diesen Tagungen profitieren. Zu jeder Sitzung – meist zwei im Jahr unter persönlicher Betreuung des Betriebsberaters – wird eine andere Praxis aus der Gruppe untersucht und vorgestellt. Daß in der Gruppe nur die betriebsrelevanten Zahlen zur Sprache kommen und eine absolute Diskretion gefordert ist, darf als selbstverständlich vorausgesetzt werden. Die Kosten des Beraters werden unter den Mitgliedern der Erfahrungsgruppe aufgeteilt. So ist zu einem Bruchteil des Beraterhonorars ein hoher Nutzen und eine effektive Betriebswirtschaft in der Praxis möglich.

Beiden Möglichkeiten liegt derselbe Gedanke zugrunde:

Aus einem schlechten Unternehmer einen besseren, oder aus einem erfolgreichen einen noch erfolgreicherem zu machen. Ziel einer solchen Beratung ist also die Sicherung und die Verbesserung der wirtschaftlichen Lage eines Unternehmens.

Für wen ist eine solche Beratung notwendig?

Von den wenigen Naturtalenten in Organisation und kaufmännischem Denken abgesehen, sind wir es eigentlich alle, die an dem Wissensmangel im betriebswirtschaftlichen Bereich mehr oder weniger kranken.

Eine wirtschaftlich gesunde Praxis wird sich eher mit der 2. Lösung, der Erfahrungsgruppe, befassen. Hier geht es ja „nur“ um Verbesserungen und um die Sicherung für die Zukunft.

Eine in die Prédouille geratene Praxis braucht u.U. Soforthilfe. Möglicherweise muß sie sich der teureren Individual-Beratung bedienen, wenn die Zeit drängt.

Im Westen Deutschlands wie im Ostteil ist die Situation im Zusammenhang mit den angesenkten Honoraren, den GSG-Folgen, dem Einbruch in den Umsätzen infolge der Wirtschaftslage einerseits, den Forderungen der Finanzämter nach ca. 2-3 Jahren Niederlassung andererseits, angespannt. Hier ist Soforthilfe für „Brandfälle“ erforderlich. Wegen der Gleichartigkeit der Probleme ist ebenfalls eine „Gruppentherapie“ möglich.

Der Betriebsberater sammelt dann ab einer Mindestzahl von etwa 10 Praxen die Unterlagen, bearbeitet sie und setzt sich dann mit den Banken, Finanzämtern etc. in Verbindung. Er führt in enger Abstimmung die Verhandlungen zur Bereinigung der Verbindlichkeiten und

macht Vorschläge für das weitere Überleben der Arzt- oder Zahnarztpraxis.

Selbst in den hoffentlich wenigen hoffnungslosen Fällen, läßt sich oft noch eine Lösung erreichen, die ein menschenwürdiges Überleben sichert. Hier muß von den Betroffenen Kolleginnen / Kollegen die persönliche Schamswelle überwunden werden. Daß dies schwer ist, weiß auch der erfahrene Betriebsberater. Es ist aber immer noch besser, sich erfahrenen Wirtschaftsfachleuten anzuvertrauen, als möglicherweise sich weiter im Gestrüpp des uns fremden Métiers des Betriebsmanagements zu verheddern.

Interessenten können vom Verfasser des Beitrages gerne weitere Informationen erhalten.

Dr. Karl Jürgen Bäuml  
Postfach 1105, 50301 Brühl  
Tel. 0 22 32/4 77 66  
Fax 0 22 32/4 99 05

Suche Stelle als  
Vorbereitungsassistentin

in Zahnarztpraxis ab Sommer 1994.  
Informationen bitte an:  
Gerhard Frank, Hedwigstraße 10  
93049 Regensburg  
Tel. 09 41/2 52 05

*Kollegial, Kritisch  
konstruktiv, Kompetent*

*Darum:*



KOMET: BEHADELN UND AUFBEWAHREN MIT SYSTEM.

# Behandlungsständer für die transdentale Fixation mit dem »Erlanger TDF-System«



- Aluminium, eloxiert
- sterilisierbar, recyclebar
- bestückbar mit dem kompletten Instrumentarium des TDF-Systems
- Symboldruck = Behandlungsablauf ist dargestellt
- Boxendeckel mit Systembenennung und Systemsymbol bedruckt

**TDF-System**  
Transdentales-  
Fixations-System.

**Behandlungsständer  
und Steribox**  
(ohne Instrumentarium)

Order Nr. **4230**

FORSCHUNG · ENTWICKLUNG · BERATUNG



**PRÄZISION**

# Steht eine Wirtschaftsprüfung an: Bitte keine Panik!

Ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Arzt und Zahnarzt ist längst kein autonom entscheidender und agierender „Halbgott in Weiß“ mehr, sondern Teil des komplizierten Dreiecksverhältnisses Arzt-Patient-Kasse und eingebunden in eine Fülle rechtlicher Regelungen. Diese verpflichten ihn insbesondere auf die Kriterien einer zweckmäßigen, ausreichenden, notwendigen und wirtschaftlichen Versorgung. Eine umfassende Einführung in das für den – in Kategorien von Therapiemethoden und Indikationen denkenden – Mediziner zunächst fremde Thema gibt die vom Asgard-Verlag herausgebrachte Publikation:

## **Die Wirtschaftlichkeit der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Versorgung in der Rechtsprechung – WKR, St. Augustin**

erhältlich zum einen als Loseblattsammlung (360.–DM für die Grundaussage, ca. 30–50 DM für die ca. halbjährlich erscheinenden Ergänzungslieferungen), zum anderen seit 1993 als Buchausgabe (78.–DM, 640 Seiten, ISBN 3-537-72580-9). Der interessierte Arzt bzw. Zahnarzt erhält Informationen über die rechtlichen Grundlagen der Wirtschaftlichkeitsprüfung, die Prüfungsver-

fahren, die Methoden und Kriterien der Prüfung, die Verfahren vor den Sozialgerichten. Wer von einer Prüfung betroffen ist und nicht tiefer in die Materie einsteigen will, kann sich auch darauf beschränken, anhand von Inhalts- und Stichwortverzeichnis genau die für den eigenen Fall zutreffenden Punkte sowie die Gebühren-Positionen der eigenen Abrechnung, die zum Prüfungsbegehren der Kasse Anlaß haben, herauszusuchen und die dargestellten Argumentationen und Urteile für die eigene Stellungnahme, z.B. für den Nachweis von Praxisbesonderheiten, kompensationsfähigen Ersparnissen usw., zu verwerten. Leistungen, die man als verantwortungsvoller (Zahn-)Arzt und in Abwägung verschiedener Alternativen für nötig gehalten hat, sollte man auf jeden Fall gegenüber den Prüfungsgremien vertreten. Denn die den Anstoß zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen gebenden statistischen Vergleiche können, wie nicht zuletzt die Lektüre des WKR-Readers bestätigt, der *einzelnen* ärztlichen Entscheidung nicht gerecht werden.

Ein zusätzlicher Hinweis: Mitglieder des DAZ erhalten **kostenlose Rechtsberatung**, auch im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung, über die Geschäftsstelle. (ib)

# Das Medizin-Produkte-Gesetz (MPG)

## Eine neues Gesetz mit großer Bedeutung für Zahnärzte und Zahntechniker

H. Wiese

Nicht nur die Dental-Industrie und der Dentalhandel, sondern auch die Zahnärzte als Betreiber von „Medizinprodukten“ sind von dem zur Zeit in parlamentarischer Beratung befindlichen Medizinprodukte-Gesetz betroffen. Viele Details liegen noch nicht fest und werden erst in den kommenden Monaten in Einzelverordnungen konkretisiert. Dieser erste Überblick soll über Ziel und Zweck des Gesetzes informieren und vor allem aufzeigen, in welcher Weise Zahnärzte als Betreiber von Medizinprodukten betroffen sein werden.

### I Kurzinformationen zum Inhalt des MPG

#### 1. Zweck und Ziel des Gesetzes

Ziel des Gesetzes ist die Umsetzung der Richtlinien 90/385/EWG (aktive implantierbare medizinische Geräte) und 93/42/EWG (Medizinprodukte) der Europäischen Union in deutsches Recht, die Sorge für die Gesundheit und den erforderlichen Schutz der Patienten, Anwender und Dritter bei dem Umgang, dem Betreiben und der Anwendung von Medizinprodukten sowie die Zukunftssicherung des Standortes Deutschland. Zahnärzte und Zahntechniker gehören also zu den Anwendern von Medizinprodukten.

#### 2. Was wird durch das MPG geregelt?

Einheitlich für alle Länder der Europäischen Union wird der Verkehr und die Inbetriebnahme von Medizinprodukten nach gleichen Anforderun-

gen geregelt. Dadurch wird ein freier Warenverkehr innerhalb der EU ermöglicht.

#### 3. Was gehört zu den Medizinprodukten?

Zu den Medizinprodukten, deren Anzahl auf etwa 400 000 geschätzt wird, gehören alle Instrumente, Apparate, Vorrichtungen und Stoffe, die für die Erkennung, Verhütung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten, Behinderungen oder Verletzungen eingesetzt werden. Von den Arzneimitteln grenzen sich die Medizinprodukte dadurch ab, daß ihre Wirkung nicht auf pharmakologischem, sondern mehr auf physikalischem Wege erfolgt. Je nach der Risikowahrscheinlichkeit, Leben oder Gesundheit schädigen zu können, werden die Produkte in 4 Klassen eingeteilt (Klasse I, IIa, IIb, III). Nahezu alle Geräte, Instrumente und

Materialien, die in der Zahnarztpraxis benutzt werden, sind von diesem Gesetz erfaßt. Lediglich Geräte und Instrumente, die im zahntechnischen Labor eingesetzt werden, sowie z.B. Demonstrationsmaterial gehören nicht zu dem erfaßten Produktkreis.

#### 4. Wer ist von dem Gesetz betroffen?

Das Gesetz gilt sowohl für die Hersteller von Medizinprodukten als auch für diejenigen, die Medizinprodukte betreiben, ausstellen, in den Verkehr bringen und montieren (Arbeitsschutz) und auch für diejenigen, die Medizinprodukte, ihr Zubehör und ihre Software anwenden. Es handelt sich also um eine sehr breit angelegte gesetzliche Regelung, die zum einen eine sehr breite Produktpalette umfaßt und zum anderen für all diese sehr unterschiedlichen Produkte auch Regelungen beinhaltet, die den gesamten Produktlebenszyklus umfassen, von der Entwicklung über die Produktion, den Vertriebsweg bis hin zur Anwendung.

#### 5. Wie erfolgt die Regelung?

Medizinprodukte werden dann im EU-Bereich zum freien Verkehr zugelassen sein, wenn sie eine CE-Kennzeichnung tragen. Sie darf nur dann angebracht werden, wenn das Produkt die grundlegenden Anforderungen und die einschlägigen Richtlinien erfüllt. Zur Feststellung dieser Übereinstimmung (Konformität) muß der Hersteller eines der verschiedenen Konformitäts-Bewertungsverfahren durchlaufen, in dem er durch entsprechende, teilweise umfang-

reiche, Dokumentation darlegen muß, wie die Anforderungen und Richtlinien erfüllt werden. Anschließend erst darf er sein Produkt entsprechend kennzeichnen.

#### 6. Wann tritt es in Kraft?

Das Gesetz befindet sich zur Zeit in der parlamentarischen Beratung. Es soll bis zur Sommerpause verabschiedet sein und wird dann zum 1.1.1995 in Kraft treten. Nach einer Übergangszeit bis zum 13.6.1998, in der für einen Teil der Medizinprodukte noch altes und neues Recht parallel bestehen, werden dann alle Medizinprodukte in der EG das CE-Zeichen tragen müssen.

## II Bedeutung des MPG für Zahnärzte und Zahntechniker

Ein Teil der Medizinprodukte unterlag bisher dem Arzneimittelgesetz, ein anderer Teil der Medizingeräteverordnung. Außerdem war das Gerätesicherheitsgesetz, das Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz, die Röntgenverordnung, die Strahlenschutzverordnung, die Druckbehälterverordnung, die Eichordnung zu beachten. Das neue Medizinprodukte-Gesetz schafft nun eine einheitliche Rechtsbasis und einheitliche Regelungen – auch für die Betreiber.

Die teilweise sehr strengen Qualitätssicherungsmaßnahmen, die auf Hersteller- und Handelsebene verlangt werden, werden den Zahnärzten und ihren Patienten größtmögliche Sicherheit garantieren. Die konkreten Umsetzungsvorbereitungen in Industrie und Handel lau-

fen bereits, obwohl das Gesetz noch nicht verabschiedet ist, denn trotz der relativ lang bemessenen Übergangszeit (für die meisten Produkte bis Juni 1998), sind die organisatorischen Maßnahmen zur Dokumentation der Konformität mit den „Grundlegenden Anforderungen“ für Industrie und Handel eine ganz beträchtliche Organisationsarbeit. Die deutsche Dental-Industrie und der deutsche Dental-Handel sind jedoch bestens auf die neuen Vorschriften vorbereitet und werden so auch weiterhin ein wichtiger und zuverlässiger Partner der zahnmedizinischen Fachwelt bleiben.

Neu für Zahnärzte wird sein, in welcher Weise sie in das europa-weit organisierte Beobachtungs- und Meldesystem zur Risikoerfassung und Risikoabwehr eingebunden sein werden. Hierzu wird das Bundesministerium für Gesundheit noch spezielle Verordnungen erlassen, über die wir zur gegebenen Zeit ebenfalls berichten werden. Auf Hersteller-Ebene und teilweise auch auf Handels-Ebene wird es einen Kreis von Sicherheitsbeauftragten geben, die die Aufgabe haben werden, Meldungen über Risiken bei Medizinprodukten zu sammeln, zu bewerten und die notwendigen Maßnahmen zu koordinieren. Ein datenbankgestütztes Informationssystem im Deutschen Institut für medizinische Do-

kumentation und Information (DIMDI) wird den Vollzug des Gesetzes unterstützen.

Ganz ausdrücklich sind im Gesetz auch die Straf- und Bußgeldvorschriften geregelt, die zur Anwendung kommen, wenn jemand aus dem Kreis der vom Gesetz Betroffenen den Vorschriften zuwider handelt.

Dieses Gesetz vollzieht eine tiefgreifende inhaltliche und systematische Umgestaltung der rechtlichen Basis für Medizinprodukte und wird die Grundlage dafür sein, daß in Zukunft nur medizinisch und technisch unbedenkliche Produkte in den Handel kommen und wird darüberhinaus in seine Schutzregelungen Patienten, Anwender und Dritte einbeziehen.

Inwieweit die Qualitätssicherungsmaßnahmen auf Hersteller- und Handelsebene ihre Fortsetzung auch in der Zahnarztpraxis finden könnten, ist durch dieses Gesetz noch nicht geregelt, wird aber unabhängig davon sicherlich weiterhin in der Diskussion bleiben.

*Dipl. Volkswirtin Heide Wiese  
Gesundheitspolitische Referentin für  
die Verbände BVD und VDDI  
Forststraße 5  
64678 Lindenfels-Seidenbuch*

**Stärkung der Kollegialität und  
Zusammenarbeit mit allen Ärzten!**

**Darum:**



# Amalgamabscheidung

## – Grünes Licht für die einfache Lösung

T. Ropers

Mit der Veröffentlichung „Deutsche Regelung für Amalgamabscheider ist sehr kritisch zu sehen“ von *Dr. Kurt Walter* in „ZM“ 2/94, S. 40 ff, ist nicht nur die Bürokratie betroffen. Es müssen vielmehr die Einsatzmöglichkeiten unterschiedlicher Abscheidesysteme neu beurteilt werden. Nach der bisher zugrundegelegten sog. „Deutschen Standardkurve“, die 1986 von *Prof. Gerome Rotgans* erarbeitet wurde, sollte 80% des Abscheidegutes aus Partikeln – kleiner als 100 Mikrometer – bestehen, während nach den neuen Untersuchungen nur noch 20% dieser Kleinst-Fraktion zugeordnet werden müssen. Die Normierungsexperten der ISO haben sich auf eine noch weiter nach „rechts“ (=größere Partikelgröße) verschobene Kurve geeinigt. Dabei werden realistischerweise auch Teilchen größer als 3 000 Mikrometer mitberücksichtigt. Nach

diesen Beurteilungskriterien erzielen Sedimentationsabscheider wie der SEDAS 4 bereits nach sehr viel kürzerer Zeit einen Abscheidegrad von fast 100%.

Die zu behandelnden Abwassermengen werden z.Zt. ebenfalls überprüft. Etwa 600 Praxen, die bereits mit dem SEDAS-System arbeiten, sind gebeten worden, die Abwassermenge zu messen. Der Rücklauf dieser Frageaktion läßt statistisch verwertbares Material erwarten, das im Rahmen einer Dissertation die Frage der Abwassermenge objektivieren wird. Sicherlich wird hiernach eine Mengenbegrenzung durch Drosselung des Abflusses für Sedimentationsabscheider nicht mehr gefordert werden können.

*Dr. Till Ropers*  
Bürgerei 74  
21720 Steinkirchen

**Wiedergewinnung ärztlicher Autorität, Wiederherstellung des Ansehens  
unseres Berufsstandes, Wiederaufbau des politischen Einflusses**

**Darum:**



Dental-  
Depot  
Hermann

**FÄGER**

Sup-Dent  
GmbH

*Ein 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 · 80336 München  
Telefon 089/551800-0

# Abgezockt

Chr. Nielsen, H.-W. Hey

Mit zwei weiteren Beispielen extensiven Liquidationsgebarens setzen wir die im *forum* 44 begonnene Serie fort. Es geht dabei nicht um fachliche Besserwisserei. Es geht um das Aufdecken von Praktiken, die *alle* Kollegen in Mißkredit bringen. Wir wehren uns dagegen, daß einige Zahnärzte Patienten und Versicherungen ausnehmen und dies mit dem Deckmantel „Fortschritt“, „Therapiefreiheit“, oder „Qualität“ kaschieren.

## Fall 3:

### „Freundlich – Rationell – Hand in Hand“

Patient: Heinz O., geb. 1924, Kosten bisher DM 74 386,32

*Sehr geehrter Herr O.,*

*Bei Ihrer Vorstellung in unserem Hause sind auch beiläufig die Kosten der Behandlung angesprochen worden. Tatsächlich sind aber lediglich die prothetischen Kosten angesprochen worden. Diese belaufen sich auf DM 30–40 000.– Angaben zu chirurgischen Maßnahmen können erst nach deren Durchführung gemacht werden...*

Dies ist auszugsweise die Antwort (v. 13.12.93) der XY-Klinik „für Aesthetik und Medizin“ in Wuppertal an den Patienten. Herr O. macht sich Sorgen über die unerwartet hohen Rechnungen. Seine private Krankenversicherung hat Zweifel an Sinn und Rechtmäßigkeit der berechneten Maßnahmen und die Erstattung vorerst abgelehnt.

Was war vorausgegangen?

Am 11.10.93 wird das Restgebiß, die parodontal insuffizienten Zähne 14 bis

24 einschließlich des sie noch haltenden Kronenblockes in Lokalanästhesie entfernt. Berechnung durchgehend 3,5-facher Satz GOZ, Begründung: „Besondere Umstände bei der Ausführung“. Kosten einschließlich „Untersuchung“, „Visite“ (Ä4b) plus „Zuschlag“ (Ä4c) und „Konsilium“ (Ä10a) DM 1 173,89.

In der gleichen Sitzung – also unmittelbar nach den Extraktionen am 11.10.93 – erfolgt im nun zahnlosen Kiefersystem die „Funktionsdiagnostik“: Je 2 x 801, 802, 804, 3 x 805, 807, 808, 809, fast alles, was die GOZ hergibt – außer der Pos. 800 (Funktionsstatus). Honorar: stereotyp 3,5fach mit der Begründung: „Nicht konzeptionsgerechte Okklusion“ (!), „Muskuläre Verspannung“. Kosten: DM 1 216,60.

Praktischerweise bleibt Herr O. gleich über Nacht im Hause (Stichwort: „freundlich!“), was zuzüglich „Pflegekosten von 1 160,–“ auslöst. Diagnose für die stationäre Aufnahme: „Extreme

Alveolarkammatrophy“. Am nächsten Tag – 12.10.93 – wird Herr O nach „Visite“ samt „Zuschlag“ und einem „Kaltpack“ (DM 6,90) nach Hause entlassen.

Am 22.10.93, 10 Tage nach den „besonders umständlichen“ 8 Zahnentfernungen, werden in OK und UK je 7 „Diskimplantate“ gesetzt. Alles 3,5fach GOZ unter Zutat allerlei kieferchirurgischer und implantologischer Raffinessen:

- 5 x Pos. 900 (Analyse)
  - 2 x sind zulässig,
- 14 x Pos. 901
  - (Präparation Knochenkavität)
- 14 x Pos. 902/903 (Schablone/Implantat)
- 14 x Pos. 905
  - (Auswechseln Sekundärteil)
  - nicht berechnungsfähig
- 2 x Pos. Ä1467
  - (Eröffnung der Kieferhöhle)
- 2 x Pos. Ä2255
  - (Verpflanzung eines Knochens)
- 2 x Pos. Ä2386
  - (Schleimhauttransplantat)
- 2 x Pos. Ä2583 (Neurolyse)
- 2 x Pos. Ä2670
  - (Entfernung Schlotterkamm)
- 2 x Pos. Ä273 (Lagerbildung für Knochen bei Defekten)

(Stichwort „Rationell!“) Anschließend geht Herr O. nach Hause. – Honorar für diese Sitzung: DM 14 605,14.

Als besondere Einnahmequelle des Hauses erweist sich die Vermarktung von „Hydroxylapatit-Keramik“ (5cc = DM 2 840,-) sowie der 14 Implantate mit den standesgemäßen Aufschlägen für Lagerhaltung und Zwischenhandel, „IDD-Primärimplantet“ zum Stückpreis von DM 1 999,50. (Stichwort: „Hand in Hand!“). Der Eigenlaborbeleg für Materialkosten beläuft sich auf DM 28 135,72.

Am gleichen Tag – 22.10.93 – erlaubt sich der „Ärztliche Direktor“ des Hauses, Herr Dr. S., über die Abrechnungsstelle FRH (Freies Rechenzentrum für Heilberufe mit dem Slogan „freundlich – rationell – Hand in Hand“) DM 42 740,86 in Rechnung zu stellen.

Da sich die PKV weigert, die beiden Liquidationen mit der Gesamtsumme von DM 74 386,32 anzuerkennen, lebt Herr O. bis heute noch ohne Suprakonstruktionen. Die avisierten „DM 30–40 000,- für prothetische Kosten“ und diese Behandlung selbst stehen ihm noch bevor!

#### Fall 4: Provisorien für DM 45 000,-

Sicher standen bei Herrn R. St. an zwei Zähnen im Oberkiefer rechts die Kronenränder über und zweifellos mußten zumindest die Kronen auf 26 und 27 wegen einer progressiven Parodontitis er-

neuert werden. Außerdem war da noch ein Kunststoff-Brückenprovisorium 22–24, das durch etwas Definitives ersetzt werden mußte. Ob es aber notwendig war, daß Dr. B., München, deshalb gleich

an 11 Zähnen im Oberkiefer und an 3 Zähnen im Unterkiefer die vorhandenen Kronen entfernte, um sie durch neue zu ersetzen, muß zumindest stark bezweifelt werden.

Noch fragwürdiger erscheint es, daß Dr. B. die Stümpfe danach mit metallkeramisch (?) verblendeten Palladiumkronen als Langzeitprovisorien (angeblich für 3–6 Monate) versorgte, obwohl Herr St. weder Muskel- noch Kiefergelenksprobleme hatte noch irgendwelche Okklusions- oder Kaubeschwerden.

Massive Schmerzen bekam er dann allerdings nach der 8stündigen (Nach-)Präparation im Oberkiefer und einer weiteren 4 Stunden-Sitzung für das Abnehmen und Nachpräparieren von 3 Kronen im Unterkiefer. Als offensichtliche Folge dieser Behandlung mußten unmittelbar danach 6 Zähne wurzelbehandelt werden. Als sich auch damit die Schmerzen nicht völlig beseitigen ließen, wurde schließlich der Zahn 16 zum Teil entfernt (Hemisektion), der Zahn 27 ganz extrahiert, offensichtlich infolge einer Endo-Instrumentenfraktur mit anschließender Wurzelhautentzündung.

Abgesehen von diesen rein fachlichen Fragwürdigkeiten, die zwar nicht in dieser Kumulation, aber doch im Einzelfall gelegentlich passieren können, verblüfft in der Folge die Bedenkenlosigkeit, die Dr. B. bei der Anwendung der GO-Z und der Gestaltung seiner Liquidationen an den Tag legt. Auf 26 Rechnungs-

blättern werden da zahllose Leistungswiederholungen abgerechnet – z.B. 7 x 233 (CP) an einem Zahn innerhalb weniger Wochen – das Touchieren empfindlicher Zahnstümpfe ebenfalls als Pos. 233 liquidiert und für zahlreiche Mehrfachleistungen (Äl, Vitprf, Zst etc.) unterschiedliche Steigerungssätze vom 2,3fachen bis zum 8fach-Satz GO-Z (für eine 01-Untersuchung) gefordert. Die Wiederholung frisch gelegter Füllungen wird ebenso berechnet wie die Abnahme von Provisorien mit der Pos. 229 (EKR) und das Wiederbefestigen provisorischer Kronen mit der Pos. 708. Elektrophys.-chem. Maßnahmen bei Wurzelbehandlungen werden berechnet, ohne daß das dafür vorgesehene Gerät angewendet wird. Auf diese Weise wundert es nicht, daß Herr St. für die *provisorische* Versorgung seiner Zähne schließlich insgesamt DM 35 867,42 allein an Dr. B. bezahlen muß und zusätzlich DM 9 000,– an weitere 10 Zahnärzte, die er wegen hochakuter Schmerzzustände aufsuchen mußte, wegen Endobehandlungen, WSR oder Hemisektion dorthin überwiesen wurde, oder weil Dr. B. ihm die akute Schmerzbehandlung schlicht verweigerte.

Da weder der Patient – 39 Jahre alt und von Beruf Entwicklungsingenieur – noch seine Krankenversicherung die Höhe dieser Liquidationen nachvollziehen konnten, wandte sich St. an den Zahnärztlichen Bezirksverband München. Dort riet man dem Patienten, sich von Dr. P. ein Honorargutachten erstellen zu

lassen, das dann auch auf 21 Seiten unzweifelhaft feststellte, daß Dr. B. zahlreiche Leistungspositionen abgerechnet hat, deren Leistungsinhalte nicht erfüllt wurden, und daß der Behandler „Abrechnungsbestimmungen nicht eingehalten hat und der Patient eine Korrektur dieser Liquidationen verlangen kann.“

Die Konsequenz aus diesem Gutachten wäre jetzt natürlich, daß der Zahnärztliche Bezirksverband Dr. B. dazu veranlaßt, seine Rechnungen entsprechend zu korrigieren. Aber nichts geschieht – außer einer zusätzlichen Forderung von DM 2 000,- an den Patienten für das Honorargutachten. Auch das Schreiben eines von der Krankenkasse beauftragten Gutachters an den Bezirksverband, in dem es u.a. heißt: „Der finanzielle Aufwand der bisherigen Behandlung steht in keinem Verhältnis zum therapeutischen Effekt. Geplant war eine Sanierung des Kauorgans. Ende 1993 muß festgestellt werden, daß die Krankenversicherung und der Patient fast DM 50 000,- bezahlt haben und der Patient in einem sanierungsbedürftigeren Zustand ist (wie auch die letzte Panoramaaufnahme deutlich zeigt) als zu

Beginn der Behandlung 1989“. Auch dieses Schreiben bleibt unbeantwortet.

Nicht verwunderlich übrigens für den, der weiß, daß Dr. B. selbst Gutachter der Kammer für Privatpatienten ist. Wie war das doch mit der einen und der anderen Krähe?

Wen erstaunt es, daß Herr St. inzwischen zur Selbsthilfe gegriffen hat und – per Inserat und mit Erfolg – 4 weitere Patienten fand, die Dr. B.'s „Skrupellosigkeit bis heute nicht vergessen können“, und die nun gemeinsam juristisch gegen ihn vorgehen wollen. Natürlich ist auch die Einschaltung der Medien geplant, in denen man dann wieder einmal lesen wird, wie skrupellos „die Zahnärzte“ mit ihren Patienten umgehen. Und – wir kennen das ja inzwischen zur Genüge – die zahnärztlichen Standespolitiker werden sich wieder darüber beklagen, wie übel uns die Presse mitspielt und wie schlecht der Rest der Welt uns gesonnen ist.

*Dr. Chr. Nielsen  
Dr. H.-W. Hey  
Lindenschmitstraße 44  
81371 München*

**Für eine kluge Öffentlichkeitsarbeit, sinnvollen Einsatz des Instituts  
der Zahnärzte, Demokratisierung standeseigener Medien**

**Darum:**



# Zahnarzt in der eigenen Praxis – Lust oder Frust?

A. Ernst, R. Ernst

## Praxisinterne Fortbildung mit einem Kommunikationstrainer zur Analyse der Praxissituation – ein Erfahrungsbericht, Teil 2

### Kommunikation

Beschäftigte sich das erste Seminar-Wochenende mit (Selbst-) Wahrnehmung, der Analyse der bevorzugten Sinneskanäle jedes einzelnen und dem Stellenwert von Paradigmen und Glaubensmustern, waren für das zweite Seminar die Instrumente geschärft, um in die Kommunikation einzusteigen.

Auch hierzu gab es zwei Tage lang eine Fülle von Übungen allein, zu zweit und in der Gruppe.

Um nur ein Beispiel zu nennen: Sehr deutlich sichtbar wurde der Einfluß des Verhaltens der Zuhörer (Ablehnung, Langeweile, offensichtliches Desinteresse) auf die Psyche des Erzählers, dem damit geradezu das Wort im Halse steckenblieb.

Alle Beteiligten haben das Wochenende als sehr spannend und anregend in Erinnerung.

Unser erworbenes Wissen um die bevorzugten Sinnessysteme (Wahrnehmungskanäle) unserer Kommunikationspartner hat unsere Einsicht in das Entstehen von Mißverständnissen und Kommunikationsmißerfolgen wachsen lassen. Wenn ich z.B. jemandem, dessen bevorzugter Sinneskanal das Auditive ist, etwas in bilderreicher Sprache

erkläre, kann er mich nicht gut verstehen. Zur erfolgreichen Kommunikation muß ich den anderen möglichst auf seiner „Wellenlänge“ (besser: Wahrnehmungskanal) ansprechen.

Wir waren uns einig, daß in der Qualität der Kommunikation in unserer Praxis am ehesten etwas zu verbessern ist. Dazu müssen ein paar Grundregeln eingehalten werden. Als wichtigste über allen anderen steht eine: „Hole den anderen da ab, wo er ist.“ Dieser Satz, einmal von allen verinnerlicht, verursacht einen enormen Qualitätssprung im Umgang miteinander.

Voraussetzung für jede Kommunikation ist, zu wissen, was man selbst will. Ebenso wichtig ist es aber, herauszufinden, was die andere Person will oder gerade tut. Der dritte Schritt ist, festzustellen, was das gemeinsame Interesse ist.

Ein Beispiel ist das 4 Schnabel- und 4 Ohren-Modell von Schulz von Thun. Dieses Modell besagt, daß jede Kommunikation aus 4 Komponenten besteht, die sowohl beim Sender als auch beim Empfänger aktiv sind und die – mißverstanden – Anlaß zu Fehldeutungen und Konflikten sind.

Diese vier Komponenten sind:

1. Sachinformation (Inhalt)
2. Selbstkundgabe (Ich-Botschaft, Sehnsüchte und Ängste, die Personal-diagnose)
3. Beziehungshinweis (Betroffenheit)
4. Appell (Versuch, Einfluß zu nehmen)

*Ein Beispiel:* Ich sage: „Es ist kalt hier.“

Der Inhalt der Aussage läßt sich in Grad Celsius angeben. Das ist die Sachebene. Meine Selbstkundgabe ist: „Ich friere.“ Der Beziehungshinweis in der Aussage läßt sich in der Frage „Ist Dir auch kalt?“ fassen und der Appell in dem Satz „Es ist kalt hier“ liegt in der Aufforderung, das Fenster zu schließen oder die Heizung höher zu stellen. Je nachdem, wie der Empfänger den Sprechenden kennt oder gerade selbst gestimmt ist, hört er eine dieser Ebenen besonders stark und reagiert wahrscheinlich völlig anders, als es der Sprechende beabsichtigt hat. Das ist ein einfaches Beispiel, verdeutlicht aber die Kompliziertheit schon der alltäglichen Kommunikation.

Meisterhafte Beispiele am laufenden Band liefert übrigens Loriot in seinen Sketchen, der seine Kommunikatoren ständig auf diesen vier Ebenen springen, sich aber nie begegnen läßt (z.B. „Das Ei ist hart.“)

### **Leitsätze Kommunikation**

- Hole den anderen da ab, wo er ist.
- Du kannst nicht nicht kommunizieren.
- Ich will niemanden verändern, ich will nur Angebote machen.

Widerstand ist die Folge der Unflexibilität des Kommunikators.

### **Konflikte – Störungen**

Jedes Zusammenleben von Menschen führt zu Störungen. Der Wunsch, ohne Konflikte zu leben, ist so alt wie die Menschheit selbst – es ist die Sehnsucht nach dem Paradies. In einer Gesellschaft ohne Konflikte ist die Apfelfrage gelöst. Es herrscht Friedhöflichkeit, verordneter Konsens und Verödung der Kommunikation. Kreativität und Leben gibt es nur über Konflikte. Dabei haben Konflikte aber immer zwei Seiten. Einerseits verursachen sie Angst vor Rückzug und Beziehungsverlust, andererseits schaffen sie Lebendigkeit und Kontaktflächen. Einerseits führen sie in eine risikobehaftete Ungewißheit, andererseits gibt es durch sie neue (bessere) Strukturen. Für das Team in der Praxis wie auch z.B. für die Familie zu Hause ist wichtig zu wissen, welche Ursachen Konflikte haben. Dazu braucht man keine Psychologen. Die können nur helfen, daß die Sicherungen nicht durchknallen. Man braucht eine Diagnose des Konfliktes. Die läßt sich in drei Kategorien teilen:

1. den **Sachkonflikt**. Dabei geht es um richtig und falsch, ja oder nein, um Argumente, Beweise, Fakten.
2. den **Beziehungskonflikt**. Dabei geht es darum, wie man gesehen und behandelt wird. Es geht um den Beziehungsvertrag. Wer ist oben, wer ist unten? Die meisten Konflikte in der Praxis sind in dieser Ebene angesiedelt.

3. der *verschobene (Untergrund-) Konflikt*, der in der Praxis eine geringere Rolle spielt. Dabei geht es um Übertragung und Projektion („Du bist wie meine Mutter“).

Wenn Konflikte in Dis-Streß ausarten, ist es wichtig, daß es keine Verlierer gibt und am Ende des Konfliktes kein Scherbenhaufen bleibt, über dem zwei Streitähne gar nicht mehr wissen, worum es am Anfang eigentlich ging.

Der neurologische Mechanismus ist folgender: Bei einer Angriffs-Reaktion wird das Groß-(Denk-)Hirn automatisch blockiert, und Stamm- und Zwischen-Hirn übernehmen die Kontrolle. Adrenalin als Kampfhormon wird ausgeschüttet. Die beiden Gehirnhälften werden entkoppelt: die linke Gehirnhälfte ist für den Angriff verantwortlich, die rechte für Flucht. Beides löst unsere Konflikte nicht. Unsere tiefen Hirn-Strukturen sind auf Überleben programmiert, d.h. auf Siegen und nehmen dabei den Untergang in Kauf. Ganz anders reagiert unser Gehirn bei positivem Streß: beide Gehirnhälften sind voll eingeschaltet. So entsteht neues kreatives Konfliktlösungspotential. Dazu gehören z.B. die anfangs erwähnten „Roten Kästchen.“

Wir appellieren darum zu Lust am Konflikt. Lassen wir uns durch Einwände und Widerspruch motivieren, nicht frustrieren. Akzeptieren und ermuntern wir unseren „Gegner“. Bringen wir uns in Stimmung für neue Lösungen. Holen wir den anderen da ab, wo er ist, um mit

ihm gemeinsame Lösungen zu finden und zu vereinbaren. Gewinn/Gewinn ist eine Einstellung, bei der Kopf und Herz immer Vorteile für beide Seiten suchen. Gewinn/Gewinn heißt, daß alle Abmachungen oder Lösungen für beide Seiten zuträglich und befriedigend sind. Bei einer Gewinn/Gewinn-Lösung fühlen sich alle Parteien mit der Entscheidung wohl und sind innerlich dem vereinbarten Vorgehen verpflichtet. Gewinn/Gewinn beruht auf dem Paradigma, daß der Erfolg des einen Menschen nicht auf Kosten oder unter Ausschluß anderer stattfindet.

#### **Leitsätze:**

- Kritisiere nie eine Person, immer nur eine Leistung.
- Wir brauchen Fehlertoleranz uns selbst und unseren Mitarbeitern gegenüber.
- Veränderungen machen grundsätzlich Angst.
- Es geschieht nichts ohne gute Absicht.
- Wie ich mir, so ich Dir.

#### **Führung und Management oder „Verlassende Kommunikation“**

Entstanden ist unsere Seminarreihe aus der Erkenntnis heraus, daß die am Beginn des Berufslebens vorhandene Energie mit den Jahren immer weniger, die Anforderungen immer größer und Lust langsam aber unaufhaltsam durch Frust ersetzt wird.

Heute ahnen wir die Lösung: *Energie wird freigesetzt durch Leitbilder, durch gemeinsame Ziele.* Gemeinsam nehmen wir uns vor, welche Zahnheilkunde wir

betreiben, wie wir mit Patienten umgehen, welches Image unsere Praxis hat, welche gemeinsame Werte wir pflegen. Die Führung der Praxis besteht darin, die Fähigkeiten aller Mitglieder des Teams synergistisch einzusetzen. Damit sind sie größer als die Summe ihrer Teile, weil die Beziehungen der Teile untereinander selbst der wichtigste Teil sind. Das Geistkapital des Teams (z.B. die Erfahrungen mit bestimmten Patienten, Marktkenntnisse, aber auch Wissen um externe Meinungen über die Praxis, das Wissen über Labors und Lieferanten, die eingespielten Beziehungen untereinander, auch das Wissen um die Schwächen des Chefs, die es auszugleichen gilt) ist viel größer als angenommen wird. Es ist größer als die Summe der Einzelintelligenzen und setzt Energien frei.

Unsere Führungs-Aufgabe besteht in der Entwicklung und Mobilisierung dieses Geistkapitals. Es hat keinen Sinn, Genies anzuheuern. Vielmehr gilt es, das Potential der vorhandenen Mitarbeiter zu nutzen.

Führungswissen heißt Ziele zu setzen, den Willen zu haben, diese Ziele zu erreichen und Techniken einzusetzen, mit denen sie erreicht werden.

Führungswissen ist einerseits Steuerung von Sachaufgaben.

Führungswissen ist aber vor allem Steuerung von zwischenmenschlichen Prozessen.

Je geringer dabei der Führungsaufwand ist, desto effektiver ist die Führung.

Management ist, wenn man die Dinge richtig macht (Effizienz).

Führung ist, wenn man die richtigen Dinge macht (Effektivität).

Effizientes Management ohne effektive Führung ist, wie jemand sagte, „wie die Liegestühle auf der Titanic in Reih und Glied aufzustellen“. Es gibt keinen Management-Erfolg, der Führungs-Versagen wettmachen könnte. Aber Führung ist schwierig, da wir oft in einem Management-Paradigma gefangen sind. In unserem Kampf durch den Dschungel des Alltags ist der Führer derjenige, der auf den höchsten Baum klettert, die ganze Situation von oben betrachtet und runterrufft: „Wir sind im falschen Dschungel!“

Wir hoffen, mit diesem Bericht die Augen für den Weg durch den richtigen Dschungel ein wenig weiter geöffnet zu haben.

#### **Leitsätze:**

- Es ist besser, die richtigen Dinge zu tun, als Dinge richtig zu tun.
- Wer nicht mit der Zeit geht, der geht mit der Zeit.
- Energien erzeugen statt Strukturen managen – Bewußsein schärfen statt Optimierungen anzustreben.

*Dr. Angelika Ernst, Dr. Roland Ernst  
Waldblick 2  
26188 Edeweicht-Friedrichsfehn*

#### **Literaturliste:**

DEBORAH TANNEN, Du kannst mich einfach nicht verstehen

KABEL MIHALSKY CSIKSZENTMIHALYI,  
Flow, Klett-Cotta

STEPHEN R. COVERY, Die sieben Wege  
zur Effektivität, Campus

GENIE Z. LABORDE, Kompetenz und  
Integrität, Junfermann

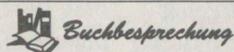
DR. ERIC BERNE, Spiele der Erwachse-  
nen, ro ro ro

F. SCHULZ VON THUN, Miteinander re-  
den, ro ro ro

MOSCHE FELDENKRAIS, Die Entdeckung  
des Selbstverständlichen, Insel

Weitere Literatur bei den Verfassern.

Wir danken unserem Coach Reinhard  
Nagel, Marschweg 48, 26122 Olden-  
burg, für seine vielfältigen und enga-  
gierten Anregungen, mit denen er uns  
beruflich und privat ein großes Stück  
weitergebracht hat.



## Orofaziale und craniozervikale Myotherapie

Mario Bondi

128 S., 262 Farbbabb., 11 s/w, DM 168.-, Quintessenz Verlag, 1994

Störungen des orofazialen-craniozervicalen Komplexes wie z.B. falsches Schluckverhalten, Mundatmung, Kiefergelenkdysfunktion, Sprachprobleme sind nicht nur für den Kieferorthopäden sondern auch für den Prothetiker, Parodontologen, Chirurgen und Sprachtherapeuten von eminenter Bedeutung.

Mario Bondi erläutert seine Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der funktionellen und dysfunktionellen Problematik des stomatoganten Systems. Nach einer einführenden Problematisierung der einzelnen Themengebiete (Atmung / Körperhaltung / Schlucken / Zunge / Gesichtsdyskinesien) mit umfangreichen Literaturangaben gibt der Autor einen Überblick über Anamnese / klinische Untersuchung / Röntgenographische Analyse.

Er geht dann im Diagnostik-Teil auf die einzelnen Bereiche Stillen, Atmung, Zunge, Schlucken, Lippen, Wangen, Gaumen, Bänder, Tonsillen, Kiefergelenk, Haltung, Phonetik, Lutschgewohnheiten intensiver, zum Teil mit Fallbeispielen ein.

Im Bereich Myo-Therapie werden umfassende Arbeitshilfen durch ausführliche Dar-

stellung myofunktioneller Übungen gegeben. Die Übungen werden schrittweise dargestellt und durch wirkungsvolle Bilddokumentation veranschaulicht. Als Beispiele seien genannt Massageübungen, Zungenerziehungsübungen, Schluckübungen, Atmungsübungen etc. Es werden ebenfalls komplette Übungsprogramme genannt. Zum Abschluß geht der Autor auf Besonderheiten und Patientenmitarbeit ein.

Die Übersetzung des Buches aus dem Italienischen erfordert unbedingt eine Überarbeitung auf anspruchsvollerem Niveau. Das unbefriedigende Niveau der vorliegenden Übersetzung zeigt sich sowohl in der mangelhaften Terminologie als auch im ungenügenden logischen Aufbau, fehlenden Erklärungen sowie unzureichenden Darstellungen einzelner Probleme.

Das Buch bietet wohl eher für den myofunktionell-spezialisierten Kollegen eine interessante Ergänzung ist aber als diagnostisches oder therapeutisches Handbuch nicht zu empfehlen.

C. Wohlgemuth

# Der medizinische Schutz

für das  
Zahnfleisch

für die  
Zähne



**Spezialisten bieten wirksamen Schutz**

Produkte aus der elmex Forschung

# Was will der DAZ?

R. Ernst

- 1) Ein breites Behandlungsspektrum erhalten für alle Zahnärzte, die bereit sind, die zwei Drittel der Bevölkerung zahnmedizinisch zu versorgen, die sich eine Privat-Behandlung nicht leisten können.

Im Kampf um ein angemessenes Honorar ist er bereit, ein gewisses Maß an Selbstkontrolle und Transparenz hinzunehmen.

- 2) Die Solidarität und Kollegialität, die Sie beschwören, ist die der Anständigen und Ehrlichen mit den Zerstörern des Systems. Solidarität ist aber keine Einbahnstraße. Die fehlende Punktwertanhebung in BEMA und GOZ ist direkte Reaktion von Gesetzgebern und Kassen auf unsere eigenen Versäumnisse. Der Gesetzgeber und die Kassen sind nicht gottgegeben böse, der FVDZ hindert die Selbstverwaltung nur daran, ihre Freiräume auszunutzen, und schadet der Zahnärzteschaft, wo er vorgibt, Schaden von ihr abzuwenden.
- 3) Das System der zahnmedizinischen Versorgung hat nach Auffassung des DAZ vor allem die Aufgabe, die orale Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten und wiederherzustellen. Wenn man dem FVDZ zuhört, muß man annehmen, es diene in erster Linie der Alimentierung von Zahnärzten.

Seit 10 Jahren rechnen uns die Herren Wilk und Götzke pleite. Heute, wo vielen von uns tatsächlich das Wasser am Hals steht, glaubt uns keiner mehr.

## Kollegiale Solidarität

wird eingefordert, wenn man Kollegen daran hindern will, guthonorierte Verträge mit den Kassen abzuschließen bei Verzicht auf wiederholte Abrechnung von Leistungen.

Frage: Zerstören nicht vielmehr diejenigen die kollegiale Solidarität, die ohne begleitende Auffangstrategien ihre Kollegen in den selbstmörderischen „Korb“ locken, in dem nur die mit den gepanzerten Ellenbogen überleben und die anderen durch die Maschen fallen?

## „Bund freier Bürger“ und die Zahnärzte

In seiner Sitzung am 22.1.1994 hat der Bundesvorstand des FVDZ das politische Engagement seines Vorsitzenden Ralph Gutmann in der neuen Partei „Bund freier Bürger“ begrüßt, zumal diese neue Partei in ihrem Programm das Ideengut des Freien Verbandes so dezidiert vertritt wie keine Partei bisher (aus dem Protokoll der Bundesvorstandssitzung des FVDZ)\*.

Der Wähler wird schon zeigen, wer wirklich Splittergruppe ist. Der Nieder-

gang zahnärztlicher Interessenvertretung in Deutschland wird so lange anhalten, wie die Standesführung Politik von außerhalb der politischen Realitäten macht.

In den USA rangieren in der Ansehensskala die Zahnärzte an vorletzter Stelle. Dort ist der hier vom FVDZ in Gang gesetzte Prozeß schon trauriger Alltag: Einige „freie“ Zahnärzte arbeiten in Spitzenpraxen mit modernster Ausstattung neben vielen „freien“ Zahnärzten für den ärmeren Teil der Bevölkerung, der abgekoppelt ist von Sozialleistungen.

Die zahnmedizinische Versorgung einer Gesellschaft ist so gut wie die Versorgung der weniger wohlhabenden zwei

Drittel. Wer sich ausschließlich das andere Drittel zum Maßstab (und zur Zielgruppe) nimmt, stellt sich ins sozialpolitische und ärztlich-ethische Abseits. Ein (Zahn-)Arzt-Verband, der dieses Drittel im ökonomischen Visier hat, darf sich nicht wundern, wenn er für seine gesundheitspolitischen Vorstellungen eine eigene Partei gründen muß.

*Dr. Roland Ernst*

*1. Vorsitzender des DAZ*

*Waldblick 3*

*26188 Edewecht*

*-Friedrichsfehn*

\* Inzwischen hat Herr Gutmann die Partei wieder verlassen.



### *Buchbesprechung*

## **Atlas der Hauttumoren im Gesicht**

Franz Härle

183 S., 291 Abbildungen, ISBN 3-446-16067-1, Verlag Carl Hanser, München 1993

In diesem Atlas wird die Biologie der Gesichtshauttumoren unter Berücksichtigung der modernen diagnostischen Methoden übersichtlich und zusammenfassend für Ärzte, Zahnärzte, Dermatologen, HNO-Ärzte sowie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen dargestellt.

Durch die sehr gute, überwiegend farbige Präsentation vieler verschiedener Hauttumoren im Gesicht (Nävi, Melanome, Basaliome, Karzinome und Hämangiome) soll der Blick des Arztes geschärft werden, um auch harmlos erscheinende Befunde richtig beurteilen zu können, denn Früherkennung und -therapie sind die besten Voraussetzungen für eine gute Prognose.

Das Buch will den Ärzten, die sich mit der Diagnose und Therapie der Gesichtstumoren

beschäftigen müssen, ein Ratgeber, Nachschlagewerk und Operationsatlas sein, in dem moderne diagnostische Techniken und bewährte Standardverfahren der Gesichtschirurgie sowie neue operative Entwicklungen erläutert werden, denn die Behandlung der Tumoren im Gesicht hat sich in den letzten Jahren als eine Domäne der Chirurgie herauskristallisiert.

Obwohl der Preis des Buches nicht unerheblich ist und der Anwendungsbereich für den zahnärztlich tätigen Kollegen eher klein ist, halte ich das Werk für eine interessante Bereicherung des Wissens aus dem Studium, dessen vorbildliche Aufmachung überzeugt.

*S. Lange*

# Bleaching – denn es müssen nicht immer gleich Kronen sein

A. Maurer

Bleichen – wer will das schon. Wer macht dies schon in Deutschland, wo die Kassen dies doch nicht bezahlen, andererseits Kronen hoch bezuschussen, egal, ob sie aus konservierenden oder aus kosmetischen Gründen angefertigt werden?

Gespräche z.B. mit amerikanischen Kollegen zeigen uns sehr rasch Unterschiede im System und folglich auch in der Einstellung der Patienten: wo bei uns üblicherweise Keramikronen angefertigt werden, müssen in den USA oft noch Zähne mit konservativen Mitteln wiederhergestellt werden. Fortbildungskurse, wie etwa die des Kollegen Paul Belvedere aus Minnesota, stoßen denn auch bei vielen hiesigen Zahnärzten auf Ablehnung, zeigen doch die Dias praktizierte Zahnheilkunde, welche wir manchmal bereits in der Nähe von Flickschusterei ansiedeln. Nicht daß die gezeigten Resaturationen nicht perfekt vorgenommen wären, nur sind wir gewöhnt, in solchen Fällen mit Kronen zu versorgen.

Einen solchen typischen Fall stellt ein endodontisch behandelter, stark gefüllter und dunkel verfärbter Frontzahn dar. Bei uns eine klare Indikation für Überkronung, in Amerika versucht man unter Kostenaspekten oftmals eine Ver-

besserung der Ästhetik mit Compositen und mit *Bleichung*.

Lassen wir beiseite, welche Effekte heute mit modernen Compositen zu erzielen sind, und befassen wir uns mit der Möglichkeit, einen verfärbten Zahn der Farbe der übrigen Zahnreihe ohne Überkronung anzupassen.

Sind Verfärbungen durch *Auflagerungen* bedingt, wie etwa durch Tee oder Rotwein, so lassen sie sich natürlich durch Politur beseitigen.

*Bleichung* verfärbter Zähne – ob vital oder devital – führt meist zu einem akzeptablen Ergebnis, ohne Kronen oder Facetten, es sei denn, es handelt sich um Tetracyclin- oder Fluoroseverfärbungen starken Ausmaßes. Verfärbungen, die nur auf die Oberfläche beschränkt sind, lassen sich leichter beeinflussen, als wenn tiefere Schichten betroffen sind.

*Zwei verschiedene Arten von Bleichung* lassen sich anwenden: einmal die Bleichung in der Zahnarztpraxis, zum anderen eine Bleichung, die der Patient zuhause über einen längeren Zeitraum selbst durchführt.

## Bleichung in der Zahnarztpraxis

Hierbei kommen üblicherweise hochprozentige Wasserstoffperoxid-Lösungen zur Anwendung.

Die Vorgehensweise ist gleich, ob es sich um vitale oder devitale Zähne handelt, allerdings wird man bei devitalen Zähnen in der Regel die Kunststofffüllung entfernen, das Cavum intern bleichen und dann eine auf die gewünschte Farbe abgestimmte Neufüllung vornehmen. Bei interner Bleichung ist allerdings auf eine Abdeckung der Wurzelkanalfüllung durch Zemente zu achten, um eine Parodontalschädigung infolge diffundierenden hochprozentigen Peroxids zu vermeiden.

Mit *Hi-Lite*<sup>®</sup> der Firma Shofu steht uns ein Fertigpräparat zu Verfügung, das frühere Versuche mit Peroxid-Gemischen eigener Herstellung vergessen läßt. Seine Anwendung ist denkbar einfach und sollte auch ins Repertoire HVM-geschädigter deutscher Kollegen Einzug halten, ist doch Bleichung nicht im Katalog der GKV eingeschlossen.

Auch *Hi-Lite*<sup>®</sup> wirkt durch Wasserstoffperoxid. Einige Tropfen 35prozentiger H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>-Lösung, vermischt mit *Hi-Lite*<sup>®</sup>-Pulver, erzeugen eine grüne Paste, die während ihrer Einwirkung auf den Zahn langsam zu cremefarben umschlägt, was das Ende der Peroxidabspaltung anzeigt. Mit Unterstützung einer Polymerisationslampe

dauert dieser Prozeß 3–4 Minuten, rein chemisch (ohne Licht) ca. 8–10 Minuten. Bisweilen empfiehlt sich eine zweite Durchführung desselben Vorgangs, um die erwünschte Farbaufhellung zu erzielen.

Die *Arbeitsschritte* im einzelnen: Die Gingiva muß gut geschützt sein – entweder durch Kofferdam, oder durch Vaseline. Auf den gereinigten (Polierpaste) Zahn geben wir die angemischte grüne Paste und belichten das Areal gegebenenfalls mit einer Polymerisationslampe. Nachher einfach abspülen. Unter Umständen müssen bestehende Compositfüllungen zu neuer Farbpassung ausgetauscht werden. Vorheriges Ätzen der Zahnoberfläche ist nicht erforderlich.

Es lassen sich auch einzelne Flecken auf Zähnen punktförmig mit dieser Methode bleichen.

Eine so erzielte Farbaufhellung soll bleibend sein, was jedoch von einigen Autoren bestritten wird. Es empfiehlt sich daher, diese Unsicherheit mit dem

Patienten zu besprechen.

### Bleichbehandlung zu Hause

Ist aber nicht ein einzelner Zahn dunkler als die Nachbarzähne, sondern die ge-



samte Zahnreihe relativ dunkel, wird die Praxis-Methode der Bleichung zu zeit-aufwendig und umständlich. Hier bietet sich die „Nightguard-vital-bleaching technique“ als preiswerte und praktikable Alternative an.

Home-Bleaching gehört mittlerweile zum Standardrepertoire der meisten amerikanischen Zahnarztpraxen. Zwar werden in den USA eine Vielzahl von Bleichmitteln über Drogerien direkt an den Kunden verkauft, doch sollten Bleichungen nicht kritiklos eingesetzt werden wegen möglicher Schädigung der Zahnhartsubstanz durch wiederholte Anwendungen.

Zahnärzten steht eine große Auswahl von Präparaten zur Verfügung. Um nur einige zu nennen: *Rembrandt Lighten*<sup>®</sup>, *Brilliance*<sup>®</sup>, *Opalescence*<sup>®</sup>, *Nu-Smile*<sup>®</sup>, *White and Brite*<sup>®</sup> usw. Diese Mittel sind bewährt und bieten größtmögliche Sicherheit.

Fast alle dieser Mittel erzielen die Bleichwirkung mit einem 10- bis 15prozentigen Cabamid (=Harnstoff)-Peroxid-Gel, das langsam und für mehrere Stunden Sauerstoff freisetzt, was in etwa der Wirkung einer 3–5prozentigen  $H_2O_2$ -Lösung entspricht.

Eine Pulpenschädigung oder auch nur eine Hypersensibilität scheint ausgeschlossen. Da zudem Peroxid-Gele antimikrobiell auf anaerobe Keime wirken, beobachtete man eher eine Verbesserung bestehender Gingivitiden. Sehr selten soll es zu geringfügigen Farbveränderungen an Kompositmaterialien kommen.

In unserer Praxis verwenden wir seit zwei Jahren das Präparat *Opalescence*<sup>®</sup> ohne Probleme und mit gutem Erfolg. Die Anwendung ist sehr einfach. Wir gehen dabei wie folgt vor: Nach gründlicher Aufklärung des Patienten über denkbare Überempfindlichkeiten, sowie über die Vorgehensweise, formen wir die Kiefer ab und stellen Gipsmodelle her.

Alle Labial- bzw. Buccalflächen der Gipszähne erhalten eine Auflage aus lichthärtendem Komposit in dünner Schicht, damit später unter der Tiefziehschiene ein Hohlraum als Reservoir für das Bleichgel entsteht.

Auf das so vorbereitete Modell ziehen wir eine Schiene, wobei sich Doppelschichtplatten sehr bewährt haben, die eine weiche, den Zähnen anliegende Seite, sowie eine harte formstabilisierende Außenseite besitzen.

Meist lassen sich diese Schienen wegen ihrer weichen Innenseite ohne Beschädigung des Modells abnehmen und werden dann mit einer Schere so zugeschnitten, daß sie girlandenförmig dem Gingivalsaum folgen und diesen ca. 1–2 mm überlappen.

Nach Fertigstellung dieser Schiene(n) polieren wir gründlich die Zähne des Patienten, weisen ihn an, wie er die Bleichung vorzunehmen hat und bestellen ihn nach einer Woche zur Kontrolle wieder ein.

Er erhält die Schiene(n), sowie pro Kiefer drei Applikationsspritzen mit Bleichgel mit nach Hause.

Sechs Nächte lang soll er die Schiene tragen, bestückt mit einer dünnen Schicht

Bleichgel. Wegen der Sperrung der Occlusion empfiehlt es sich, nicht gleichzeitig Ober- und Unterkiefer zu bleichen, sondern nacheinander.

Sollten Beschwerden auftreten (was so gut wie ausgeschlossen ist), muß der Patient die Praxis aufsuchen.

Als Abschluß kontrollieren wir das Ergebnis und fluoridieren alle Zähne gründlich. Die Schiene bleibt im Besitz des Patienten. Falls die Bleichwirkung jemals in Zukunft nachlassen sollte, kann ohne großen Kostenaufwand nachgebleicht werden.

Durch den Einsatz niedrigprozentiger Peroxid-Bleichpasten hat sich in den

USA und vielen anderen Ländern diese Homebleaching-Methode stark durchgesetzt. Bei uns in Deutschland steht diese Entwicklung noch aus. Vielleicht sind wir und unsere Patienten zu sehr gewöhnt, unbefriedigende Ästhetik mit Überkronungen zu verbessern.

Während angeblich in den USA Bleaching ein Selbstläufer ist, interessieren sich zumindest in unserer Praxis überraschend wenig Patienten hierfür. Und das, obwohl wir im Wartebereich gut sichtbar einen Hinweis auf diese Methode angebracht haben.

Dr. Armin Maurer

Wöhlerstraße 20, 81247 München



Buchbesprechung

## Systematisch angewandte Individualprophylaxe – der Weg zum Erfolg

Werner Hein

112 S., 85 Abbildungen, DM 128.–, Quintessenz Verlag GmbH, Berlin 1994

Prophylaxe ist das zentrale Thema unseres täglichen Praxisablaufes. Der Quintessenz Verlag legt mit dem Buch *Systematisch angewandte Individualprophylaxe – der Weg zum Erfolg* von Werner Hein eine straffe Zusammenfassung aktuellen Wissenstandes auf dem Gebiet der Prävention vor.

Das Buch ist praxisorientiert und didaktisch gut geordnet. Von der Problemdarstellung bis zur konkreten Umsetzung in der Praxis werden alle Schritte umfassend erläutert.

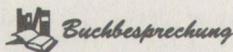
Die IP-Abrechnungspositionen sowie die heranziehenden GO-Z und GO-Ä-Positionen werden genau aufgeführt. Die Umsetzung

der Individualprophylaxe über Information, Instruktion und Motivation wird übersichtlich dargestellt.

Grundlagen der Entwicklung, Funktion und Prävention des Kauorgans werden ebenso erläutert wie Ätiologie und Prävention von Parodontopathien und Karies. Hein widmet sich dem Thema *Ernährung* erfreulicherweise besonders intensiv und betont die Bedeutung der Ernährungsberatung im Rahmen der Individualprophylaxe.

Ein praxisnahes, empfehlenswertes Buch.

C. Wohlgemuth



## Rehabilitation des Lückengebisses mit herausnehmbaren Zahnersatz

Schriftenreihe APW Band 10, Carl Hanser Verlag, 130 Seiten, DM 78.-

Die Akademie Praxis und Wissenschaft der DGZMK wendet sich mit aktueller Zahnmedizin an alle praktisch tätigen Kollegen, an die Newcomer wie an die alten Hasen. Das ist ein sehr hoher Anspruch und diesem Anspruch werden die einzelnen Beiträge unterschiedlich gerecht. Meine ursprüngliche Frage, die mich zum Lesen dieses Buches verleitet, wurde durch dieses Buch nicht beantwortet, nämlich ob zur Rehabilitation eines Lückengebisses die Versorgung jeder Zahnücke oder (einseitigen) Freiendes notwendig ist. Auf die wissenschaftliche Diskussion hierzu wird nicht eingegangen, es findet sich nur ein Hinweis von M. Hofmann zur Versorgung alter Patienten (Seite 61): „Es ist im fortgeschrittenen Alter nicht mehr so wesentlich, ob alle Stützzonen ersetzt werden können oder nicht“....erstaunt hat mich der zweite Teil des Satzes: „und auch die Frage, ob die subgingivale Präparation das marginale Parodontium möglicherweise schädigt, ist absolut zweitrangig, wenn Karieschutz im Vordergrund steht“.

Das Thema wird durch 9 Aufsätze aus sehr verschiedenen Blickrichtungen beleuchtet.

So bringen K.Fuhr und B. Wiethoff im ersten Aufsatz sehr verständlich eine als Rekapitulation geeignete Übersicht über die Konstruktionsmöglichkeiten einer Teilprothese und beschreiben deren Merkmale. Überraschend, da mit der praktischen Wirklichkeit nicht übereinstimmend der Hinweis, daß für

die partielle Prothese Keramikzähne zu bevorzugen sind.

Im zweiten, kieferorthopädischen Beitrag von R.Frisch fand ich u.a. das vorgeschlagene Therapiekonzept sehr interessant, bei einseitig verkürzter UK-Zahnreihe den 2. Prämolaren so zu distalisieren, daß er am Ort des 1.Molaren stehend als Brückenpfeiler eingesetzt werden kann.

Die verschiedenen Möglichkeiten der präprothetischen Chirurgie werden mit ihren Prognosen sehr anschaulich von G.Wahl dargestellt. Hier fällt ein Dogma aus der Studienzeit: nach einer Exzision die Alveole nicht komprimieren!

Dem Beitrag Doppelkronen (zusammenfassende Wortschöpfung für Teleskop- und Konuskronen) von U.Süttgen konnte ich neben sehr praxisnahen Vorschlägen zur Präparation, Abformung und Gestaltung auch entnehmen, daß NEM-Legierungen auf Basis von Chrom-Kobalt das Material der Wahl sind: sie sind grazil und so stabil, daß eine ästhetisch befriedigende Frontzahnversorgung und sogar Keramik-Verblendung möglich wird, sie sind nahezu verschleißfrei und metallurgisch unbedenklich (nahezu gleich wie der Werkstoff der Modellgußbasen).

Der folgende, sehr interessante Abschnitt über die Implantatversorgung von Richter und Spiekermann versucht, eine Übersicht

über die vielfältigen Möglichkeiten der Suprakonstruktionen zu bringen, für die es bislang keine allgemein verbindlichen Richtlinien gibt.

*P.Ludwig* bringt dann sehr pointiert viele Prämissen zur Abformung und Basisgestaltung von herausnehmbaren Zahnersatz in Erinnerung und *K.M.Lehmann* befaßt sich abschließend sehr eingehend mit den neuen ZE-Richtlinien des GSG, wobei sein deutlicher Schwerpunkt bei der Heraushebung des „un-

sinnigen“ Teils der Richtlinien liegt.

Dieses Buch bringt mit seinen verschiedenen Aufsätzen die verschiedenen Ansichten der Autoren und das ist auch gut so. Jeder Leser wird seine Erkenntnisse aus dem Buch ziehen können, sein Aha-Erlebnis haben. Es ist zur Auffrischung des eigenen Wissens, zum Überdenken oder zur (Wieder-)Findung des eigenen Standpunktes sehr geeignet - wenn der Preis nicht so hoch wäre.

*U.Happ*

## Zahnärztliches Fortbildungszentrum Stuttgart Sommer-Akademie

# Neues aus Prävention und Parodontologie

### 1. Tag: 11.7.1994

Moderne Kariesprophylaxe – Ein Gesamtkonzept –  
Pädagogische Grundlagen der Motivation und Instruktion

Einwag  
Magri

#### Seminar A:

Praxis der Basis und Intensivprophylaxe

Einwag

#### Seminar B:

Praxis der Patientenmotivation und -instruktion

Magri

### 2. Tag: 12.7.1994

Neues aus der PAR-Forschung – Konsequenzen für die Praxis

Mombelli  
Bolz

Praxis der systematischen PAR-Behandlung

#### Seminar C (ZÄ):

Die Betreuung von Risikogruppen

Mombelli

#### Seminar D (ZÄ):

Parodontalchirurgie – Operationstechniken im Vergleich

Bolz

#### Seminar E (ZMF/ZAH):

Abrechnungsmodelle prophylaktischer und parodontologischer Leistungen

Schatz

### 3. Tag: 13.7.1994

Grundlagen eines modernen Praxismanagements

Bouveret

Praxismarketing im Bereich der Individualprophylaxe

Scholz

Moderne EDV-Systeme – Hilfen zur Organisation und Durchführung  
der Individualprophylaxe und PAR-Behandlung

Sandberg

Medieneinsatz im Rahmen der Individualprophylaxe und PAR-Behandlung

Suchy

Für weiter Informationen wenden Sie sich bitte an: Zahnärztliches Fortbildungszentrum  
Herdweg 50, 70174 Stuttgart, Tel. 0711/2 27 16-18, Fax 0711/2 27 16-41

# 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, 50668 Köln,  
Tel. 0221/973005-45, Fax. 0221/7391239
- **Redaktion:**  
Irmgard Berger-Orsag, Dr. Ulrich Happ,  
Dr. H.-W. Hey, Silke Lange, Dr. Stefan Zimmer  
**Anschrift:** Redaktion DAZ *forum*,  
Belfortstraße 9, 50668 Köln  
Tel. 0221/973005-45, Fax. 0221/7391239
- **Erscheinungsweise / Auflage**  
DAZ *forum* erscheint viermal jährlich  
Auflage: 2.000 Stück
- **Bezugsbedingungen**  
DAZ *forum* ist im Abonnement erhältlich.  
Jahresabonnement: 40,00 DM.  
Für DAZ-Mitglieder ist das Abonnement im Mitgliedsbeitrag 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. Nachdrucke mit Quellenangabe DAZ *forum* sind erlaubt, soweit mit den Autoren der Beiträge abgesprochen.
- Rezensionsexemplare neuer Bücher sind erwünscht, eine Besprechung kann aber nicht zugesichert werden.
- **Zuständig für Annoncen:**  
Dr. Wolfgang Lell  
Hermann-Geib-Str. 59a, 93053 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 Bedarf 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, 93053 Regensburg.
- **Satz:** Brack, Bruderwöhrdstraße 4  
93055 Regensburg, Tel.: 09 41/79 20 43
- **Druck:** Druckerei Franz Arnold  
Kötzingenstr. 10, 93057 Regensburg

---

## Der DAZ stellt sich vor



### **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 Service-möglichkeiten. Näheres dazu bei der Geschäftsstelle in Köln.

### **Standespolitik**

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

Der DAZ setzt sich ein für:

- eine vorurteilsfreie Diskussion der Berufsprobleme in den Medien der Körperschaften,
- die Entwicklung eines sozial ausgewogenen Systems von Vertrags- und 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:

**Berlin**, Dr. Claudia Barthel, Klopstockstraße 18, 14163 Berlin, Tel./Fax 030/8023651

**Chemnitz**, Dr. Ralf Eisenbrandt, Markustraße 8, 09130 Chemnitz, Tel. 0371/412228, Fax 0371/428686

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

**Freiburg**, Dr. Jörg Krämer, Hauptstraße 215, 79211 Denzlingen, Tel. 076666/2410

**Hamburg**, Dr. Thomas Murphy, Poppenbütteler-Chaussee 45, 22397 Hamburg, Tel. 040/6074151, Fax 6074152

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

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

**München**, Dr. Armin Maurer, Wöhlerstraße 20, 81247 München, Tel. 089/8111428, Fax 089/8117768

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

oder an Irmgard Berger-Orsag

DAZ-Geschäftsstelle, DAZ im NAV-Virchowbund, Belfortstraße 9, 50668 Köln

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

oder an das Pressereferat des DAZ

Lindenschmitstraße 44, 81371 München, Tel. 089 / 7 250 246, Fax. 089 / 7 250 107



## Eine Aktion des DAZ-forum:

(nur für DAZ-Mitglieder)

Im Zusammenhang mit dem Schwerpunktthema dieses forums können wir zu sehr guten Konditionen Schnellsterilisatoren und Übertragungsinstrumente verschiedener Hersteller vermitteln.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte schriftlich an die

DAZ-Geschäftsstelle  
z. Hd. Frau I. Berger-Orsag,  
Belfortstraße 9  
50668 Köln

**Die Aktion läuft nur bis zur nächsten forum-Ausgabe (Nr. 46)!**

---

Bitte  
freimachen

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

Belfortstraße 9  
50668 Köln