



Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

# THÜRINGER ZAHNÄRZTE BLATT 2

6. Jahrgang  
Februar 1996



**3. Thüringer Zahnärztetag**  
Landeszahnärztekammer Thüringen  
Thema: Moderne Prothetik mit neuen Technologien

**13. und 14. September 1996**  
**Congress Centrum Suhl**

The advertisement features a photograph of the Congress Centrum Suhl, a large, modern building with a prominent glass and steel entrance canopy. A large crowd of people is gathered in front of the building, and two flags (German and blue) are visible on the left. The background shows a hazy, mountainous landscape.

**Impressum**

THÜRINGER ZAHNÄRZTEBLATT

Offizielles Mitteilungsblatt der Landes Zahnärztekammer Thüringen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen

**Herausgeber:** Landes Zahnärztekammer Thüringen (verantwortl. für PZD) und Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

**Gesamtherstellung:** TYPE Desktop Publishing, Müllerstraße 9, 99510 Apolda, Telefon/Fax: 0 36 44/55 58 12

**Redaktion:** Gottfried Wolf (v. i. S. d. P. für Beiträge der LZKTh), Dr. Karl-Heinz Müller (v. i. S. d. P. für Beiträge der KZVTh), Christiana Meinl (Redakteurin)

**Anschrift der Redaktion:** Landes Zahnärztekammer Thüringen, Mittelhäuser Straße 76-79, 99089 Erfurt, Tel.: 74 32-0, 74 32-113

**Satz und Layout:** TYPE Desktop Publishing, Apolda

**Druck, Buchbinderei:** Gutenberg Druckerei GmbH, Weimar

**Anzeigenannahme und -verwaltung:** TYPE Desktop Publishing, Müllerstraße 9, 99510 Apolda, Telefon/Fax: 0 36 44/55 58 12, z. Z. gilt Anzeigenpreisliste vom 01.01.1995

**Anzeigenleitung:** Ronald Scholz

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers statthaft. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernimmt die Redaktion keine Haftung. Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte übernommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwirbt der Herausgeber das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

**Erscheinungsweise (1996):** 1 Jahrgang mit 12 Heften

**Zeitschriftenpreise (1996):** 78,- DM zuzügl. Versandkosten; Einzelheftpreis: 8,- DM zzgl. Versandkosten. Rabatt für Studenten: 25 %. Für Mitglieder der Landes Zahnärztekammer Thüringen ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten.

**Bezugshinweis:** Das Abonnement gilt bis auf Widerruf oder wird auf Wunsch befristet. Die Lieferung der Zeitschrift läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 31.10. eines Jahres abbestellt wird. Ihre Bestellung richten Sie bitte an Ihre Fachbuchhandlung, Ihren Grossisten oder direkt an TYPE Desktop Publishing in Apolda (Anschrift siehe oben).

**Bankverbindung:** Deutsche Bank Apolda, BLZ 820 700 00, Kto.-Nr. 2 084 259

**Urheberrecht:** Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Herausgebers.

**Wichtiger Hinweis:** Für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen in Beiträgen und Anzeigen kann keine Gewähr übernommen werden.

**Inhaltsverzeichnis**

**Editorial**

Amalgam, die unendliche Medienserie 46

**LZKTh**

Aufbau einer Patientenberatungsstelle 48  
 Strahlenschutzkurs 50  
 Das Gutachterwesen der LZKTh 51  
 GOZ Info-System „Recht“ 53  
 Fortbildungsprogramm 54  
 Letzte Mahnung 56  
 Keine Bearbeitung mehr von anonymen Hinweisen 56

**Zahnarzhelferinnen**

Hinweise zur Abschlußprüfung Sommer 1996 57

**KZV**

Fairsorgung á la AOCard 59  
 Arzneimittel und Medizinprodukte - neue Risiken für Arzt, Hersteller und Versicherer 60

**Berufspolitik**

Thesen zur Entwicklung des Datenschutzes im Gesundheitswesen 62

**Fortbildung**

Parodontologie-Symposium in Jena 66  
 Zahngesundheitspass - Erfurter Kariesrisiko-Studie 69  
 XXVIII. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde 71

**Recht**

Kein Schmerzensgeld bei Zurücklassen abgebrochener Nadelspitze im Körper 75

**Veranstaltungen**

78

**Finanzen**

80

**Praxisservice**

Produktinformationen 82

**Leserbriefe**

86

**Buchbesprechungen**

87

**Sonstiges**

Aufruf der Bundes Zahnärztekammer an alle Kolleginnen und Kollegen 90

# Amalgam, die unendliche Medienserie



Seit den Fernsehserien „Denver“ und „Dallas“ haben die Deutschen ihre Vorliebe für langatmige und sinnlose Unterhaltungsdauerbrenner entdeckt – siehe „Lindenstraße“. Das schönste an diesen Langweilern ist, daß man sie abschalten kann.

Immer spannender werden die in unregelmäßigen Abständen ausgestrahlten Sendungen zum Thema Amalgam. Hier entblödet sich das MDR-Fernsehen nicht, die Zahnärzte, die noch Amalgamfüllungen legen, des Pfusches zu beschuldigen. Der gottgleiche Moderator der Sendung „Escher hilft!“ – eine Mischung aus Medienmanager und engagiertem FDJ-Sekretär – inszeniert eine TV-Gerichtsverhandlung gegen die deutsche Zahnärzteschaft – natürlich ohne Verteidigung.

Über denselben Sender wurde vor einigen Wochen eine sehr einseitige Reportage zum Thema Amalgam ausgestrahlt. Hauptakteur war der bei den Zahnärzten so beliebte Herr Daunderer. Dieser warf den Zahnärzten vor, aus Geldgier Amalgamfüllungen zu legen. Wieviel Herr Daunderer mit der Therapie sog. Amalgamgeschädigter im Bereich der Privatliquidation verdient, verschwie er.

Übrigens ist dieser Mediziner (als Ärzte bezeichne ich nur solche, die zum Wohle ihrer Patienten ordinieren und nicht das Gebot der kollegialen Hochachtung verletzen) wohl nicht mehr gegen das Quecksilber im Amalgam (was er im Fernsehen verschwie) – das Kupfer ist schädlich!

Zwar brachte eine Woche später die Sendung „Praxis“ des Bayerischen Fernsehens in einer Gesprächsrunde eine ganz normale Darstellung zu diesem Füllungswerkstoff. Aber hilft uns das? Ich glaube kaum.

Inzwischen fand am 3.1.1996 eine Pressekonferenz des BUND statt, in der „Erste Ergebnisse der Amalgam-Studie sowie Forschungsergebnisse im Bereich Fertilität“ der Universität Tübingen vorgestellt wurden. In diesem Amalgam-Speicheltest-Feldversuch wurden bei 28 % von ca. 1000 Probanden die Grenzwerte für die tägliche Quecksilberaufnahme überschritten.

Schlußfolgernde Aussage des BUND ist, daß Quecksilber durch Amalgamfüllungen abgegeben werde. Dabei sei irrelevant, ob die Konzentration im Speichel durch mehr oder weniger starke Salivation zu- oder abnehme und deshalb keine verlässlichen Werte zu erzielen seien.

Das derzeit vorliegende Zwischenergebnis zeige, daß die Werte ohnehin 4 – 6mal so hoch sind wie vom BGA als zulässig vorgegeben. BUND will den Patienten empfehlen, zum Zahnarzt zu gehen und rät den Zahnärzten, sich auf diese Problematik einzustellen, denn „Kunststoffe sind besser als ihr Ruf“ (Zitat des BUND-Landesgeschäftsführers in Freiburg).

Sicherlich ist die erste Stellungnahme von Prof. Reich aus der Abteilung für Zahnerhaltung und Parodontologie der Universitätskliniken des Saarlandes für unseren Berufsstand beruhigend: Die Feststellung des Quecksilbergehaltes im Speichel ist nach WHO-Normen keine ausreichende Methode zur Feststellung der Quecksilberbelastung, da dieses Element auch durch Nahrung und Umweltverschmutzung aufgenommen wird.

Die von Politikern und anderen Minderheiten geforderten Kunststofffüllungen im Seitenzahnbereich anstatt Amalgam, aber ebenso wie das Amalgam zu legen, ist nicht möglich. Die Einschränkungen sind bekannt.

Die wissenschaftliche und zahnmedizinische Indikation einer Kunststofffüllung im Seitenzahnbereich und ihre kosten- und zeitaufwendige Applikation hat kürzlich Prof. Merte in einer IUZ-Veranstaltung deutlich dargestellt. Allerdings betonte er dabei immer wieder, daß dies zu Kassensätzen nicht möglich ist.

In einem Schreiben an die VdAK-Landesvertretung Thüringen formulierte der Vorsitzende der KZV Thüringen, DS Luthardt, die Problematik „... ergibt sich, daß Kunststofffüllungen im Seitenzahnbereich eher als Wunschleistungen der Patienten zu werten sind, die nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot nicht als Leistungen der Krankenkassen zu finanzieren sind. Sie müssen somit zweifelsfrei privat mit dem Patienten abgerechnet werden ...“.

Weiterhin mahnt Luthardt an, daß es für Kunststofffüllungen im Seitenzahnbereich kaum gesicherte Indikationen gibt. „Dem trägt auch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte Rechnung, indem es selbst nur unverbindliche Empfehlungen für die Verwendung von Kunststoffen im Seitenzahngebiet gegeben hat.“

Prof. Merte sprach am Anfang seiner Vorlesung, von zwei Patienten, die an einer Amalgamunverträglichkeit leiden und von zwei mit einer Hypersensibilität auf Kunststofffüllungen.

Sollen wir nun das Amalgam außen vor lassen? Diese Frage muß jede Kollegin und jeder Kollege für sich allein und immer auch für den einzelnen Patienten beantworten. Eine Unterschrift, daß der Patient mit der Amalgamfüllung einverstanden war, ist vor Gericht - sollte es denn zu einem späteren Rechtsstreit kommen - nutzlos. Sie dokumentiert nur, daß der Behandler seiner Aufklärungspflicht nachgekommen ist und erwirkt evtl. „mildernde Umstände“.

Eine Kunststofffüllung im Seitenzahngebiet größeren Ausmaßes bei gesicherter Indikation und Applikation lege artis dürfte wohl den Rahmen einer Kassenleistung sprengen. Denn jede höhere Qualität einer Leistung, egal welchen Berufsstandes, wird nie zu der einfacheren Güte kalkuliert (oder gibt es in Deutschland noch Luxusautos der 95er Produktion zum Preis von 1960?). Mit höherer Qualität meine ich in unserem beruflichen Fall lediglich die anspruchsvollere Ästhetik.

Mit den Festlegungen des Bundesgesundheitsministeriums im Sommer 1995 für eine Amalgameinschränkung hat die Politik über Wissenschaft und Vernunft wieder einmal gesiegt, und die Zahnärzte waren wieder einmal mehr die politischen Verlierer.

Viel schlimmer aber ist in meinen Augen das medieninszenierte Kesseltreiben gegen eine Berufsgruppe. Hier-

bei ist die Amalgamdiskussion doch nur das Vehikel der Antipathie.

Wehe unserem Berufsstand, wenn er nicht endlich auch wieder standespolitisch in jeder Kreisstelle und in jeder Praxis aktiv wird (im Südosten Thüringens findet sich nicht einmal eine Kollegin bzw. ein Kollege, der sich zur Wahl eines Kreisstellenvorsitzenden stellt).

In zwei, spätestens drei Jahren werden die Zahnärzte öffentlich angeklagt wegen der Schadstoffe in den Kunststofffüllungen.

Das könnte sich dann so lesen: „Die Männer sterben aus. Schuld sind Östrogene und östrogenähnliche Substanzen. Diese kommen in den Kunststofffüllungen vor. Die Zahnärzte sind verantwortlich für das Aussterben der Deutschen!“

*DS G. Wolf*

*(Dank an IDZ für Textmaterial zu Amalgam)*

LANDESVERSAMMLUNG  
FREIER VERBAND  
DEUTSCHER ZAHNÄRZTE  
THÜRINGEN  
03.05. – 04.05.96  
Hotel „Am Goldberg“  
Bad Blankenburg  
Übernachtung und Frühstück  
pro Person i. DZ 76.50 DM  
EZ-Zuschlag 39.00 DM

## Aufbau einer Patientenberatungsstelle

*Wie bereits mitgeteilt, veröffentlichen wir an dieser Stelle die zwei Referate zur Patientenberatungsstelle und zum Gutachterwesen, gehalten auf der Kammerversammlung der Landes Zahnärztekammer Thüringen am 2. Dezember 1995.*

Die Kammerversammlung der LZKTh hat in ihrer Sitzung am 20. Mai 1995 die Richtlinie für den Aufbau einer Patientenberatungsstelle der Landes Zahnärztekammer Thüringen beschlossen. Diese Richtlinie trat am 01. Juni 1995 in Kraft und wurde im tzb Heft 7/95 veröffentlicht.

Es war das Grundanliegen der LZKTh, mit der Patientenberatungsstelle eine Einrichtung zur Pflege eines guten Zahnarzt-Patienten-Verhältnisses einerseits und im Interesse der Qualitätssicherung andererseits mit der Zielstellung zu schaffen, ein fachkompetentes standeseigenes Gremium für die Beratung, Aufklärung und Information der Patienten und der Zahnärzte anzubieten.

Es hat sich inzwischen bestätigt, daß Thüringen damit im Trend der zahnärztlichen Bundespolitik liegt. Wie uns anlässlich des Gutachterseminars am 25.11.95 der Direktor der Landes Zahnärztekammer Westfalen-Lippe mitteilte, hat die Bundesversammlung der BZÄK auf ihrer Sitzung vom 16./18.11.95 in Bremen beschlossen, eine Empfehlung zur bundesweiten Einrichtung der Patientenbe-

ratungsstellen zu geben. Die Bundesversammlung gehe davon aus, daß mit den Empfehlungen der EU zunehmend von Seiten des Gesetzgebers Einrichtungen des Verbraucherschutzes einem in der Öffentlichkeit bestehenden Bedarf an Information angeboten würden. Denkbar wären hier Aktivitäten z. B. über den MDK oder über die Verbraucherschutzzentralen. Diese Einrichtungen würden aber meist parteipolitischen Aspekten folgen, erinnert sei hier nur an den Begriff des „Solidarverhaltens“ der SPD. Außer über den Gesetzgeber können Beratungsstellen über den Berufsstand angeboten werden, indem die Kammern selbst aktiv würden. Die Akzeptanz in der Öffentlichkeit wäre gut, wenn so etwas existiere. Der Druck von außen würde abfangen, wenn Beratungsstellen angeboten würden. Zur Frage der Ansiedlung der Patientenberatungsstelle - Kammer oder KZV - habe man sich für die Kammern entschieden, da diese die gesamte Zahnheilkunde und nicht nur das Vertragswesen repräsentierten. Es wäre aber sinnvoll, die KZVen zu beteiligen, da hierin ein Mittel der Zusammenarbeit der Körperschaften vorhanden wäre, für die ein permanenter Austausch erforderlich ist.

Persönlich halte ich diese Einbindung der KZV für sinnvoll, da es sich gezeigt hat, daß die vorgetragenen Beschwerden hauptsächlich

aus dem Vertragsbereich kommen. Wir sollten zu diesem Aspekt nochmals eine Entscheidung treffen! Was ist unser Anliegen?

Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Zahl von Schadenersatzprozessen gegen Ärzte und Zahnärzte und ständiger Schreckensmeldungen über zahnärztliche Fehlbehandlungen, die durch die Medien geistern, (Amalgamproblematik, Pfusch beim Zahnarzt), aber selbstverständlich auch einer Zunahme der Zahl selbstbewußter und kritischer Patienten gehen wir von der Intention aus, Prozesse zu vermeiden und Differenzen möglichst außergerichtlich zu klären.

In einem ersten Resümee kann festgestellt werden, daß die meisten Patienten eine gerichtliche Auseinandersetzung vermeiden wollen und mit ihrem Zahnarzt eine vernünftige Einigung anstreben. Diese außergerichtliche Regelung der Streitigkeiten hat für den Patienten den Vorteil, kostenlos zu sein. Würde vom Patienten dagegen auf Schadenersatz und Schmerzensgeld im Rahmen eines Zivilverfahrens geklagt, bedeutet dies in der Regel, daß der Patient das Prozeßrisiko trägt und möglicherweise zunächst mit einer erheblichen Geldsumme in Vorlage treten muß, um seinen Anwalt zu bezahlen und das Verfahren einzuleiten.

Geschädigte Patienten haben in solchen Prozessen die Be-

weislast zu tragen, d. h., sie müssen nachweisen, daß der Schaden durch einen Behandlungsfehler des Arztes eingetreten ist.

Da es keine Normen für Behandlungsmethoden und Sorgfaltspflichten gibt, ist die Beweisführung meist schwierig. Laut Statistik werden somit in der Bundesrepublik durchschnittlich die Hälfte aller Schadenersatzklagen abgewiesen, in nur rund 10 % der Fälle bekommen die Patienten Recht, in durchschnittlich 40 % der Verfahren einigt man sich auf einen Vergleich. Für den Zahnarzt dürfte diese Verfahrensweise unter dem Gesichtspunkt des Imagetransfers von Vorteil sein, da keine öffentlichen Auseinandersetzungen stattfinden.

Wir sind uns bewußt, daß der beratende Zahnarzt im besonderen Maße den Grundsätzen der Sorgfalt und Neutralität verpflichtet ist. Dabei darf die Kollegialität gegenüber dem angeschuldigten Zahnarzt nicht außer acht gelassen werden.

Im Streitfall allerdings ist es möglich, daß der Grundsatz der Kollegialität nachrangig nach den Kriterien Objektivität und Neutralität gilt. Wir würden uns vor unseren Patienten einen schlechten Dienst erweisen, wenn diese im Rahmen ihres Hilfeersuchens den Eindruck bekämen, einem unüberwindlichen Kartell hilflos gegenüberzustehen. Kollegialität bedeutet aber hauptsächlich, den anderen Kollegen zu respektieren. Fehler sind, wie wir wissen, möglich. Deshalb

sollte die Patientenberatungsstelle auch eine Stelle für die Verteidigung des Zahnarztes sein, und die Kollegenschaft sollte aus diesem Grund diese Einrichtung auch annehmen.

Die Grundlinie ist, wie erwähnt, absolute Neutralität und Objektivität. Hierin liegt offensichtlich die besondere Herausforderung an die Mitglieder der Beratungsstelle, die immer wieder das Einfühlungsvermögen fordert, um den zumeist hohen Erwartungen der Patienten entsprechen zu können.

Besonders schwierig gestalten sich die Fälle, in denen die Patienten schon einen erheblichen Streit mit ihrem Zahnarzt, eventuell einer Reihe weiterer Behandler und ihrer Krankenkasse hinter sich haben. Mitunter sind dies Patienten, deren weit-schweifige Äußerungen und Hinweise auf monatelange Schmerzen und ständigen Zahnarztwechsel auf eine mögliche psychogene Komponente hinweisen. Hier wird die Grenze der Kompetenz der Beratungsstelle erreicht. Diese Patienten haben eine sehr hohe Erwartungshaltung an die ihrer Meinung nach letzte Instanz, die ihnen noch helfen könnte. Sie unterliegen meist dem Irrtum, daß die Kammer im Sinne einer rechtsentscheidenden Stellungnahme ihnen wieder zu ihrem Eigenanteil verhelfen könnte, den sie zu un-recht an den Zahnarzt gezahlt hätten.

Unsere Aufgabe ist es, in solchen Fällen einfühlsam aber

auch mit der notwendigen Konsequenz die im Einzelfall nötige Hilfe und Unterstützung zu geben. Unser Bestreben ist es, dabei Emotionen abzubauen, das Gespräch auf eine sachliche Basis zu bringen, Vertrauensverluste auszugleichen und letztlich vermittelnd aufzutreten.

Zur Wahrung von Objektivität, Neutralität und Fachwissen wurde entsprechend der Richtlinie, auch mit dem Anliegen der Selbstkontrolle, die Beratungsstelle personell durch die Geschäftsführerin der LZKTh, Frau Müller, besetzt, die zumeist Ansprechpartnerin für die Ratsuchenden ist.

Die zahnärztliche Beratung erfolgt durch mich als Mitglied des Vorstandes und Referenten für die Patientenberatung in enger Abstimmung mit Herrn Dr. Schmidt als weiterem Vorstandsmitglied und Referenten für das Gutachterwesen.

Als beratender Jurist der Kammer steht uns Herr RA Schmetkamp zur Seite.

Abschließend einige Worte zum gegenwärtigen Service und möglichen Angeboten für die Zukunft:

Die Patientenberatung versteht sich als Clearingstelle, über die zunächst die Klärung einfacher Fragen, wie z. B. zur Amalgamproblematik, möglich ist. Weiterhin bietet sie die Möglichkeit, bei tatsächlicher oder angenommener fehlerhafter Behandlung schnell und unbürokratisch die von den Patienten vorgetragenen Sachverhalte zu prüfen, die erforderlichen

Maßnahmen zu deren Klärung in Form von Rücksprachen mit den betreffenden Zahnärzten, Krankenkassenvertretern und den innerhalb der Kammer sich bietenden eigenen Möglichkeiten (Jurist, Gutachterwesen usw.) einzuleiten und die abschließende Übergabe des Vorgangs an die Schlichtungsstelle der Kammer vorzubereiten.

In Zukunft denkbar ist die Einrichtung einer „Hotline“ der LZKTh, die über die Presse bekanntgegeben würde. Weiterhin denkbar wäre eine ebenfalls über die Presse angekündigte Telefonaktion, die z. B. aus unterschiedlicher fachlicher Sicht durch Anwesenheit der entsprechenden Fachvertreter (Jurist, KZV, Kammer) die Anfragen beantworten würden.

Möglich wäre es auch, die Patientenberatung im Zusammenhang mit anderen Institutionen, wie z. B. dem Verbraucherschutzverband durchzuführen. Entsprechend der Richtlinie ist hierfür ein Beschluß des Vorstandes der LZKTh erforderlich.

In Zukunft könnte die Patientenberatungsstelle ihre Bestätigung im Sinne der Qualitätssicherung im Konzept der Vertrags- und Wahlleistungen finden. Angedacht seitens der BZÄK ist die Kontrolle der Wahlleistungen. Sind sie etwa überzogen?, gibt es Alternativen?, sind die Rechnungen korrekt? usw..

Hierzu bin ich allerdings der Ansicht, daß wir weder Einfluß auf ausgestellte Heil- und Kostenpläne nehmen noch zu Alternativbehandlungen beraten sollten. Dies

soll und muß dem behandelnden Zahnarzt vorbehalten bleiben und würde einen weiteren Eingriff in die Therapiefreiheit bedeuten!

Die Patienten sollen aber die Möglichkeit haben, sich an neutraler Stelle über einen Behandlungsvorschlag eine zweite Meinung einholen zu können. Sie sollen wissen, daß man sich in Zweifelsfällen z. B. an die bei den Kammern eingerichteten Beratungs- bzw. Schlichtungsstellen wenden kann.

Neutrale Gutachter prüfen Behandlungsfälle. Patienten erhalten fachlichen Rat und fachlich fundierte Entscheidungshilfe.

*Dr. Lothar Bergholz*

## **Strahlenschutzkurs**

**am 11. Mai 1996 findet nochmals ein  
Kurs für Zahnarzhelferinnen zum Erwerb  
der Kenntnisse im Strahlenschutz gemäß  
Anlage 8a RöV statt.**

**Ort: Jena**

**Preis: DM 180,-**

**Zeit: 9.30 - 16.00 Uhr**

Interessenten melden sich bitte schriftlich bis spätestens  
30. April 1996 an bei:

Landes Zahnärztekammer Thüringen, Zahnärztliche  
Röntgenstelle (Frau Persicke), Mittelhäuser Straße 76 - 79,  
99089 Erfurt, Tel. 0361/7432-112.

## Das Gutachterwesen der LZKTh

Nach Beginn der 2. Legislaturperiode unserer Kammer möchte ich einige Erläuterungen zum Gutachterwesen und Gutachterverfahren in der LZKTh machen. Meine Tätigkeit als Referent für das Gutachterwesen im Vorstand bedeutet die Fortführung dieses Referates mit den Erfahrungen der ersten Legislaturperiode in Zusammenarbeit mit der neugeschaffenen Patientenberatungsstelle unter Leitung des Kollegen und Mitglied unseres Vorstandes Dr. Lothar Bergholz.

Die 1. Legislaturperiode unserer neugeschaffenen Kammer war geprägt vom Aufbau und vom Ausbau der zahnärztlichen Selbstverwaltung. Dazu gehörte die Installation des Gutachterwesens u. a. auch als Kontrollorgan der Qualitätssicherung, wie vom Heilberufegesetz vorgegeben.

Der Unterschied zu den Vertragsgutachtern besteht darin, daß die für die KZV tätigen Gutachter im Einvernehmen mit den Krankenkassen berufen werden, also auf der Grundlage kassenzahnärztlicher Verträge und Vorschriften tätig werden, während die Kammergutachter auf zahnärztlich wissenschaftlicher Grundlage und Beachtung fachlicher Richtlinien ausschließlich als Sachverständige der Wahrheitsfindung bzw. Beweissicherung dienen.

Ein Gutachterwesen brauchte Richtlinien, sie wurden mit Hilfe der hessischen Zahnärz-

tekammer aufgestellt, von unserer Kammerversammlung bestätigt und dienen bis heute als Arbeitsgrundlage. Diese Richtlinien regeln die Anforderungen an die Qualität der Sachverständigen, an Aufbau und Gliederung eines Gutachtens, kollegiale Verhaltensweisen und die Honorierung.

Die zur Zeit noch diskutierte Musterrichtlinie der Bundeszahnärztekammer wird unsere zukünftige Arbeit lenken, zeitgemäße Änderungen werden wir übernehmen.

Unser aller Unerfahrenheit mit dieser Materie in den Gründungsjahren unserer ZÄK kam zugute, daß Streitigkeiten eher selten mit Hilfe von Gutachten entschieden werden mußten, so daß wir mit unseren zwölf von der Kammerversammlung bestätigten Gutachtern bisher auskamen.

Nach Gesetz und Recht kann jeder approbierte Arzt bzw. Zahnarzt gutachterlich tätig sein, es ist aber zweifelsohne nicht jeder Kollege dafür geeignet, so daß nur eine Regulierung durch die zuständige Kammer eine sinnvolle Auswahl zuläßt.

Gutachter können nur berufserfahrene, wissenschaftlich interessierte und weitergebildete Zahnärzte sein, die auch kollegiale Hochachtung genießen. Gutachter müssen also bereit sein, ihren Sachverstand objektiv und neutral, ohne Ansehen der Person unter Wahrung der kollegialen Würde einzusetzen

und Behandlungsfehler auch beim Namen zu nennen.

Ein integriertes Gutachterwesen ist berufspolitisch ein wichtiger Fakt des Vertrauens in die Ehre unseres Berufsstandes, da saubere Lösungen von Problemen zwischen Patienten und ihren Behandlern nach streng objektivem Sachverstand Vertrauen bilden.

In letzter Zeit verzeichnen wir eine deutliche Zunahme von Anfragen oder Beschwerden durch Patienten, nicht zuletzt wohl auch unter dem Einfluß einer unsachlichen und einseitigen Medienpolitik gegen unseren Berufsstand. Das veranlaßte uns zu einer Erhöhung der Zahl der Gutachter auf zur Zeit 35 Kolleginnen und Kollegen, letztlich auch unter dem Aspekt der besseren räumlichen Verteilung im Lande. Jeder klagende Patient hat somit das Recht und die Pflicht und natürlich auch die Möglichkeit, sich seinen vermuteten Behandlungsfehler sachverständig bestätigen zu lassen, um weitere Maßnahmen zu ergreifen.

Lassen Sie mich bitte noch den Ablauf der Bearbeitung einer Beschwerde über einen Behandler in unserer Kammer erläutern: Zukünftig wird die neugeschaffene Patientenberatungsstelle erster Anlaufpunkt sein. Ein Gespräch wird erfahrungsgemäß schon vieles klären. Sollte sich beim Gespräch die Vermutung einer Fehlbehandlung ergeben, wird der Patient über seine Rechte in-



formiert, und sofern er es wünscht, seine Beschwerde an die Gutachterkommission übergeben. Diese Kommission, bestehend aus drei Zahnärzten, einem Juristen und dem Geschäftsführer, berät den Fall, informiert den beschuldigten Behandler und erbittet eine Stellungnahme. Nach Bewertung beider Aussagen wird weiter nach einem Vergleich gesucht, ein Schlichtungsverfahren durch die Schlichtungskommission der LZKTh ist immer erstrebenswert, bedarf aber der Einwilligung beider Parteien. An dieser Stelle kann, muß aber nicht, durch die beweispflichtige Partei ein Gutachten in Auftrag gegeben werden. Sollte kein Vergleich und auch keine Schlichtung zustande kommen, kann der Patient ein Gutachten in Auftrag geben, um weitere rechtliche Schritte einzuleiten.

Während dieser Klärungsphase ist uns der Kontakt zum Kollegen wichtig, da kein Zahnarzt Fehlbehandlungen beabsichtigt und Streit immer vermeiden möchte, befindet er sich in einer unangenehmen Situation und braucht Ratschläge zum richtigen Verhalten.

Unser Beruf ist risikobehaftet, niemand arbeitet fehlerfrei, andererseits ist aber auch keine Berufsgruppe frei von „schwarzen Schafen“. Verstöße gegen unsere Berufsordnung werden durch Patientenbeschwerden und gutachterliche Aussagen bekannt und können berufsrechtliche Konsequenzen haben.

Das Gutachterverfahren ist zum Abschluß gebracht mit der Aushändigung des Gutachtens an den Auftraggeber zu seiner persönlichen oder zur amtlichen Verwendung.

Gerichtsgutachten beschäftigen unsere Sachverständigen am häufigsten, denn Richter können keine Entscheidung ohne fachliche Beurteilung treffen, und oft stehen diffizile Fragen des Berufsrechtes und der beruflichen Pflichten zur Klärung an.

Andere Auftraggeber sind Versicherungen und natürlich auch kammerangehörige Zahnärzte.

Für die mühevoll gutachterliche Leistung angemessen honoriert zu werden, führt oft zu Unverständnis beim Auftraggeber Patient. Bessere Aufklärung darüber erhält der Patient zukünftig im Rahmen der neuen Beratungsstelle.

Gerichte als Auftraggeber für Gutachten honorieren nach dem Gesetz zur Entschädigung für Zeugen und Sachverständige, letztlich trägt die Kosten die unterlegene Partei. Die Übergabe des Gutachtens beendet auch die Arbeit der Gutachterkommission für diesen speziellen Fall. Der Auftraggeber Patient wird nochmals über die Möglichkeiten der Verwendung seines Gutachtens informiert. Eine Schlichtung empfehlen wir immer, als Voraussetzung muß allerdings die Zustimmung beider Parteien vorliegen.

Noch ein paar Erläuterungen zur Schlichtung. Sie ist der Versuch einer Befriedigung

zwischen zwei Parteien, also nicht Gerichtsverhandlung mit Urteil.

Der gerichtliche Weg steht auch nach einem Schlichterspruch immer noch offen. Vielfach ist für die Kollegen der Schlichtungskommission die Gratwanderung zwischen werksvertraglichen Mängeln und Verschulden des Zahnarztes in der konkreten Situation, die zu Differenzen geführt hat, nur grob nachvollziehbar. Damit wäre der Schlichtungsausschuß auch überfordert, bis ins letzte Detail zu klären. Ein Gutachten sollte dann weiterhelfen.

Bisherige Schlichtungen befaßten sich vorrangig mit Prothetik. Falsche Planungen, fehlende Aufklärung, ästhetische Mängel und subjektive Befindlichkeiten spielten die Hauptrolle.

Nicht selten sind Behauptungen von Patienten über zahnärztliche Behandlungsfehler unbegründet. Mit Hilfe von Rechtsschutzversicherungen, Prozeßkostenhilfe, mitunter auch anwaltlichen Patientenberatungen nimmt die Zahl gerichtlicher Auseinandersetzungen über Behandlungsfehler in Deutschland stetig zu.

Nach einer Statistik der „Stiftung Warentest“ gibt es in der Bundesrepublik jährlich ca. 30000 Streitfälle zwischen Arzt und Patient und ca. 8000 Anzeigen wegen ärztlicher Behandlungsfehler bei der Staatsanwaltschaft.

Rund die Hälfte aller berechtigten Ansprüche wird durch Haftpflichtversicherungen

reguliert, in der Regel aber erst nach jahrelangen Auseinandersetzungen, manchmal auch schon nach zwei bis drei Jahren!

Übrigens zur Beruhigung für uns: Haftpflichtansprüche aus zahnärztlichen Behandlungsfehlern spielen prozentual bei den Versicherern kaum eine Rolle, Rekordhalter sind die Gynäkologen und die Orthopäden!

Recht haben und Recht bekommen ist auf dem Feld der ärztlichen Kunst, der komplizierten Krankheiten, unterschiedlicher Behandlungsformen und der widerstreitenden Fachmeinungen nicht leicht. Unter der Pflicht der Beweislast, das ihm das deutsche Recht aufbürdet, darf auch der Geschädigte keine Fehler machen.

Nur ein fachlich kompetentes, neutrales und streng den gesetzlichen Grundlagen verpflichtetes Gutachterwesen kann Klärung in die Problematik bringen.

Daran wollen wir zukünftig weiterarbeiten, in der Hoffnung, daß Meinungsverschiedenheiten zwischen Zahnarzt und Patient möglichst selten zu ernsthaften Fehlerwürfen und Streitigkeiten führen.

*Dr. Ingo Schmidt*

## GOZ Info-System „Recht“

Von der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg wurde der Kollegenschaft ein computergestütztes GOZ Informationssystem „Recht“ angeboten.

Der hohe Informationsgehalt des Programms, verbunden mit einer einfachen Benutzerführung, und letztlich der große Anklang unter den Kolleginnen und Kollegen in Baden-Württemberg hat den Vorstand der Landes Zahnärztekammer Thüringen veranlaßt, dieses Programm ebenfalls anzubieten.

Als Hardware-Voraussetzungen sind erforderlich:

- IBM-kompatibler PC 386, 486 oder Pentium

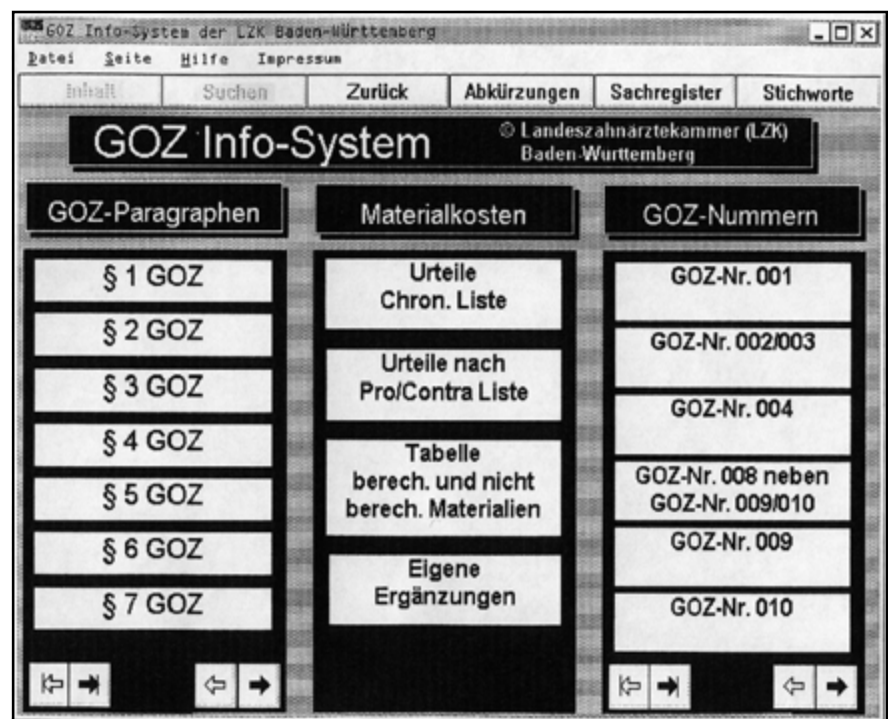
- mindestens 4 MB freier Platz auf der Festplatte
- mindestens 4 MB RAM, empfohlen 8 MB
- eine Maus
- zur Installation: 1 Diskettenlaufwerk 3,5" 1.44 MB

Als Software-Voraussetzung ist erforderlich:

- MS-Windows 3.1 oder höher, lauffähig auch unter Windows 95

Der Preis für das Programm beläuft sich pauschal auf DM 50,-.

Interessierte Kolleginnen und Kollegen wenden sich bitte an die Landes Zahnärztekammer Thüringen.



## Letzte Mahnung

Mit unserem Rundschreiben 3/94 und im „Thüringer Zahnärzteblatt“ Heft 9/95, Seite 357, haben wir alle Mitglieder der Landes Zahnärztekammer Thüringen nachdrücklich darauf hingewiesen, daß die **Führung der Berufsbezeichnung „Fachzahnarzt“** in dieser Form **nicht zulässig** ist.

Dennoch erhalten wir immer wieder von vielen unserer Kammermitglieder Briefe mit der Berufsbezeichnung „Fachzahnarzt“ im Briefkopf bzw. auf dem Stempel.

Wir sehen uns deshalb heute veranlaßt, Sie **letztmalig** darauf hinzuweisen, daß die Berufsbezeichnung **Fachzahnarzt** nur in Verbindung mit der in der Weiterbildung erworbenen Fachrichtung geführt werden darf.

Zu Ihrer Information hier nochmals der Text aus Heft 9/95:

Gemäß Artikel 37 Abs. 1 des Einigungsvertrages gelten die in der DDR erworbenen oder staatlich anerkannten schulischen, beruflichen und akademischen Abschlüsse oder Befähigungsnachweise im gesamten Gebiet der Bundesrepublik weiter (siehe auch § 15 Abs. 4 der Berufsordnung der Thüringer Zahnärzte).

Diese Regelung beinhaltet jedoch auch, daß bei Titel/Berufsbezeichnungen usw. – wenn rechtlich nicht anders geregelt – die Bezeichnung so lauten muß, wie sie auf der hierfür gültigen Urkunde festgelegt ist.

Das heißt, daß die vollständige Berufsbezeichnung

- **Fachzahnarzt für Allgemeine Stomatologie** oder
- **Fachzahnarzt für Kinderstomatologie** oder
- **Fachzahnarzt für Kieferorthopädie**

zu führen ist. (Der ehemals erworbene „Fachzahnarzt für Kieferchirurgie“ wurde per Gesetz aufgehoben.)

Wir bitten Sie, Ihre Praxisschilder, Stempel, Briefköpfe u. ä. umgehend mit der korrekten Berufsbezeichnung zu versehen.

**Sollten nach dem 15. März 1996 weitere Briefe mit der Berufsbezeichnung „Fachzahnarzt“ bei uns eingehen, sieht sich der Vorstand der LZKTh veranlaßt, ohne weitere Vorankündigung ein Ordnungsgeld zu verhängen.**

---

## Mitteilung des Vorstandes der LZKTh

### Keine Bearbeitung mehr von anonymen Hinweisen

In der Vergangenheit erreichten die Kammer immer wieder Hinweise zu Verstößen gegen die Berufsordnung der Thüringer Zahnärzte ohne Nennung des Absenders. Bisher wurde diesen Dingen nachgegangen und die betreffenden Zahnärzte zur Anhörung in die Kammer eingeladen.

Dabei mußte immer wieder festgestellt werden, daß ein kollegiales Gespräch zwischen dem „Angezeigten“

und dem „Anzeiger“ sicher viel Mißverständliches aus dem Weg geräumt hätte.

Anläßlich der Beratung solch einer Angelegenheit in der Vorstandssitzung im November 1995 hat der Vorstand nun – unter Zugrundelegung des § 1 Abs. 1 der Berufsordnung „Der Zahnarzt hat gegenüber allen Berufsangehörigen jederzeit ein kollegiales Verhalten zu zeigen und sich im Verhältnis zu ihnen allerstandesunwürdigen Mittel zu

enthalten“ – beschlossen, zukünftig keine anonymen Mitteilungen mehr zu bearbeiten.

Nicht das gegenseitige Anzeigen kann zwischen den Mitgliedern der Freien Berufe das Mittel der Wahl sein. Bestehende Probleme, welche Ursachen sie auch immer haben mögen, sollten im kollegialen Miteinander, auch unter Einbeziehung des Kreisstellenvorsitzenden, geklärt werden.

# Hinweise zur Abschlußprüfung Sommer 1996

## I. Prüfungstermine

Schriftliche Prüfung: Mittwoch, 15.05.1996 und Mittwoch, 22.05.1996

Mündlich-praktische Prüfung im Zeitraum: 15.06.96 - 22.06.96

## II. Anmeldung

Die Anmeldung zur Prüfung muß 6 Wochen vor Prüfungsbeginn der Kammer vorliegen. Die Anmeldung ist durch die/den ausbildende/n Zahnärztin/ Zahnarzt schriftlich auf den zugesandten Anmeldeformularen vorzunehmen.

## III. Zulassung zur Abschlußprüfung

**Zulassungsvoraussetzungen sind:**

- Eintragung des Berufsausbildungsvertrages in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse
- Zurücklegung der Ausbildungszeit von 3 Jahren (mindestens 33 Monate); Erziehungsurlaub verlängert die Ausbildungszeit um den entsprechenden Zeitraum; Mutterschutzfristen bleiben ausbildungsrechtlich unberücksichtigt
- nachgewiesene Teilnahme an der Zwischenprüfung
- ordnungsgemäße Führung des Berichtsheftes

**Zulassungsvoraussetzungen in besonderen Fällen sind:**

a) vorzeitige Zulassung

- Kriterien wie bei regulärer Zulassung
- mindestens gute Leistungen in der Praxis und Berufsschule

b) externe Prüfung

- wer nachweisen kann, daß er mindestens 6 Jahre die Tätigkeit einer Zahnarzhelferin ausgeübt hat. Auf schriftliche Anfrage zur Anmeldung werden die Anmeldeformulare zugesandt.

Nicht zugelassen wird, wenn während der Ausbildungszeit Fehlzeiten von insgesamt mehr als 3 Monaten (Sonn- und Feiertage bleiben unberücksichtigt) auftreten.

## IV. Prüfungshilfsmittel

Erlaubte Hilfsmittel sind ein nicht programmierbarer Taschenrechner sowie Mini-BEMA und GOZ.

## V. Beendigung des Ausbildungsverhältnisses

Das Ausbildungsverhältnis ist befristet, es endet mit der vertraglich festgelegten Ausbildungszeit (3 Jahre). Einer Kündigung des Ausbildungsverhältnisses bedarf es nicht. Die Ausbildungszeit kann verkürzt oder verlängert werden, d. h. besteht der Auszubildende vor Ablauf der Ausbildungszeit die Prüfung, so endet das Ausbildungsverhältnis mit bestandener Abschlußprüfung.

**z. B. Beginn der Ausbildung 13.09.93 - 13.09.96 (Dauer 3 Jahre.)**

**Bestandene Prüfung am 15.06.1996, das Ausbildungsverhältnis endet am 15.06.1996 und nicht wie im Ausbildungsvertrag vereinbart am 13.09.96.**

## VI. Verlängerung des Ausbildungsverhältnisses

Wenn der Auszubildende eine Abschlußprüfung nicht besteht, so verlängert sich das Berufsausbildungsverhältnis auf sein Verlangen bis zur nächstmöglichen Wiederholungsprüfung, höchstens um ein Jahr (§ 14 BBiG). In dieser Verlängerung besteht Anspruch auf Vergütung des 3. Ausbildungsjahres.

Findet die Abschlußprüfung nach dem Ablauf der vertraglich vereinbarten Ausbildungszeit statt, so besteht in der Zwischenzeit ein unbefristetes Arbeitsverhältnis als Hilfskraft.

## VII. Weiterarbeit

Wichtig ist für alle Auszubildenden und Ausbilder rechtzeitig über die Weiterarbeit nach bestandener Prüfung zu sprechen.

Die Weiterbeschäftigung wird durch § 17 BBiG geregelt - „wird der Auszubildende im Anschluß an das Berufsausbildungsverhältnis beschäftigt, ohne daß hierüber ausdrücklich etwas vereinbart worden ist, so gilt ein Arbeitsverhältnis auf unbestimmte Zeit als begründet“ - . Diese Bestimmung beinhaltet keine Weiterbeschäftigung, jedoch kann die Annahme der Arbeitsleistung nach bestandener Prüfung dazu verpflichten und es ist ein Arbeitsverhältnis auf unbestimmte Zeit begründet worden.

Sollten Auszubildende für die Urlaubsplanung der Praxis mit einbezogen sein, bitte einen befristeten Arbeitsvertrag abschließen, da nach bestandener Prüfung Anspruch auf einen Arbeitsvertrag und auch auf Vergütung einer ausgebildeten Zahnarzhelferin besteht.

## VIII. Urlaubsregelung

Der Urlaub gilt für das Kalenderjahr, jedoch bei einer Auszubildenden im 3. Ausbildungsjahr ist der Urlaubsanspruch für das 1. Halbjahr als Auszubildende zu vergüten und nach bestandener Prüfung für das 2. Halbjahr als Zahnarzhelferin.

---

## **Strahlenschutzkurse**

**1. Halbjahr 1996**

**Die Ausbildung erfolgt nach Fachkunderichtlinie (Regelwerk 11).**

**Stoma-Hilfskräfte-Kurs (20 Stunden)**

**Gebühr: 300,- DM (incl. MwSt.)**

**10.-12.05.96**

**Ort: Schwarzburg; Hotel Schwarzburg**

**MioS**

**Ing.-Büro für Strahlenschutz**

**Rudolf-Breitscheid-Straße 91 · 06108 Halle · Tel./Fax (03 45) 2 02 64 69**

## *Fairsorgung á la AOCard*

### **(Nur mal so zur Info)**

Die größte, die es am längsten kann, strotzt angeblich vor Gesundheit. Gesundheit lehrt sie beim Essen, beim Tanzen, beim Fahrsicherheitstraining. Nur - bezahlen kann sie das nicht.

Obwohl man sich auch damit nicht so ohne weiteres abfinden will. So wie der kranke Spieler noch das letzte Hemd verwettet, investiert man in das AOK-Brot, die Bauchtanz- oder Yoga-Kurse oder in außervertragliche Leistungen. „Wir sind zwar am Ende, aber vielleicht merkt es keiner.“

Kein Wunder, daß bei so viel Investition in Nebensächliches (1994 leistete man sich 6000 AOK-Kurse mit 9000 Teilnehmern) für die Hauptaufgabe nicht viel bleibt. Sparsparnisse müssen her. Kostenersparnisse in der zahnärztlichen Versorgung wären ein solcher. Darf man sich dazu aber der kleinen Lüge bedienen?

Vor den Schranken des Schiedsamtes ging ein Rezept auf, nach dem man wohl auch das AOK-Brot gebacken hat: man fälsche den Beitragssatz der AOK um ein halbes Prozenpüktchen, suggeriere damit dem Schiedsamtsvorsitzenden die eigene Armut und erschleiche sich dessen Mitleid (Armut als Zweckgespenst). Für einen richtig sauren AOK-Teig muß man nachwürzen, denn die Argumente der Zahnärzte sind stark: also noch einen Schuß Angst vor der Aufsichtsbehörde in den Teig.

Damit er uns Zahnärzten richtig sauer werde, schnell noch ein wenig Sozialneid hinzu. Ab in den Ofen.

Was herauskam, ist sattsam bekannt - ein über alle Maßen magerer Punktwert. Nicht mager genug, um zu resignieren, dennoch mager genug, um sich auf keine weiteren Hinhalteargumente einzulassen.

Vorstand und Geschäftsführung der KZV drängten also auf sofortige Verhandlungen für das Jahr 1996. Der Geschäftsführer der AOK ließ sich für den ersten Termin unter fadenscheiniger Begründung entschuldigen, sein Abteilungsleiter präsentierte etwas, das anmutete wie der AOK-Blätterteig des Jahres 1996:

- kein Ausgleich für die Solidaropfer der Zahnärzte Thüringens in den vergangenen Jahren
- Anrechnung der Grundlohnsummensteigerung auf den Punktwert 1995, allerdings nicht die aus dem Bundesgesundheitsministerium zu erwartenden 5%, sondern das, was die AOK Thüringen selbst zu realisieren glaubt - angesichts des Bündnisses für Arbeit und steigender Fluktuation der „guten Risiken“ schätzungsweise unter einem Prozentchen!

Nur mal so zur Info: die Inflationsrate in den vergangenen Jahren lag bei ca. 6,85% (Mittel der letzten 5 Jahre).

- zu frühzeitigem Vertragsabschluß (bereits wieder seit über einem Monat arbeiten wir Zahnärzte ohne neuen Vertrag, und man besitzt die Unverfrorenheit, von „frühzeitig“ zu reden) ließe man sich ohnehin nicht hinreißen.

- und in Thüringen wären die Zahnbehandlungskosten sowieso viel zu hoch.

Allerdings kein Wort des AOK-Vertreters zu angemessener Vergütung, einsichtiger Regelung bei Kunststofffüllungen im Seitenzahnggebiet oder zu den Chancen für Beitragsstabilität durch Vertrags- und Wahlleistungen. Statt dessen das schelmische Angebot einer Pauschalvergütung.

Besonders interessant mit Blick auf den von anderen Primärkassen geschwarzmalten Zahnbehandlungsboom am Übergang zum neuen Gesundheitsgesetz. Das Mengenrisiko sollen die Zahnärzte also auch noch tragen!

Falls jetzt einem großen Teil von Zahnärzten der AOK-Brocken im Hals steckenbleibt, lassen Sie sich nichts anmerken! Zu leicht könnte man darin ein abgestimmtes Verhalten sehen!

*Nur mal so zur Info!*

*Dipl.-Stom. Th. Radam*

# Arzneimittel und Medizinprodukte – neue Risiken für Arzt, Hersteller und Versicherer

## *Kölner Symposium vom 18.11.1995*

Am 18.11.1995 führte die Arbeitsgemeinschaft „Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V.“ das VII. Kölner Symposium unter dem Thema „Arzneimittel und Medizinprodukte – neue Risiken für Arzt, Hersteller und Versicherer“ durch.

Das Symposium stand unter zwei inhaltlichen Aspekten. Zum einen wurde sich mit der Haftung des Herstellers und in einem zweiten Themenkomplex mit der Haftung des Anwenders (Arzt) beschäftigt.

Die Referenten kamen insgesamt zu der Auffassung, daß man mit dem bisherigen Arzneimittel- und Medizinprodukthaftungsrecht nicht zufrieden sein darf. Insbesondere Herr Dr. Dieter Hart kam bei der Auseinandersetzung verschiedener Lösungsansätze zur Neustrukturierung des Arzneimittel- und Medizinprodukthaftungsrechtes zu der Auffassung, daß das bisherige Haftungsrecht den Arzt oftmals zu wenig schütze.

Die Gerichte würden auf der Grundlage von durch Mediziner (Gutachter) entwickelten Standards oftmals versuchen, einen Anwendungs-/ Dokumentationsfehler beim Anwender (Arzt) nachzuweisen. Dies ergebe sich aus dem emotional sicherlich nachvollziehbaren Wunsch, dem geschädigten Patienten zu helfen.

Allerdings wird dabei übersehen, daß der Arzt oftmals auf den Haftungsansprüchen des Patienten sitzenbleibt, und der ggf. verantwortliche Hersteller eine Haftung nicht befürchten muß.

Auch aufgrund dieser Überlegungen machte Herr Rechtsanwalt Ratajczak in der Podiumsdiskussion darauf aufmerksam, daß die Anwendung von Arzneimitteln oder die Erbringung medizinischer Leistungen ohne Indikation regelmäßig einen Behandlungsfehler darstelle.

Herr Privatdozent Dr. Dr. Ludger Figgner, Universität Münster, kritisierte insbesondere die Vorgehensweise und Haltung des Bundesinstitutes für Arzneimittel (BIAM), nach welcher das Bewährte das Übel und das Fragwürdige (Composites) die heilbringende Lösung seien. Interessanterweise sei lediglich in Bezug auf das Amalgam ein Stufenplanverfahren nach dem Arzneimittelgesetz eingeleitet worden. Für die viel fragwürdigeren (in Bezug auf das Risikopotential) Composites sei ein solches Verfahren nicht eingeleitet worden.

Die Herangehensweise an die Arzneimittel- und Medizinproduktproblematik, insbesondere am Fall des Amalgams, zeige, daß, entgegen der von der Rechtsprechung geforderten Einschätzung der Indikation von Arznei-

mitteln nach wissenschaftlichem Erkenntnisstand, in der Praxis oft andere, mitunter populistische, Gesichtspunkte eine Rolle spielten. So habe besonders das Stufenplanverfahren des BIAM bzgl. des Amalgams gezeigt, daß, entgegen der herrschenden wissenschaftlichen Meinung zur Indikation von Amalgamen, Einschränkungen ausgesprochen wurden. Damit sei man derzeit in eine Situation geraten, daß erstens die Verwaltung (BIAM) und andererseits wohl dann auch die Gerichte konträr zur herrschenden wissenschaftlichen Meinung entscheiden werden.

In der weiteren Diskussion wurde insbesondere durch Herrn Ratajczak dargestellt, daß zu bedenken sei, daß ein gewisses Schadenspotential in Folge ärztlicher Behandlung im gewöhnlichen Lebensrisikobereich des Patienten liegen würde.

Gehe man davon aus, daß eine Krankheit im wesentlichen einen biologischen Defekt des Patienten darstelle und z. B. der Zahnarzt versuche, diesen mit Fremdmaterialien zu kompensieren und jede Kompensation mit körperfremden Materialien ein entsprechendes Risiko begründe, dann habe der Patient ein Grundrisiko mit zu tragen. Gleichzeitig müsse der Patient aber dann in die Lage gesetzt werden, das Für

und Wider eines bestimmten Materials einzuschätzen und bei der Auswahl Mitverantwortung zu übernehmen. Dies setze voraus, daß der Patient ordnungsgemäß und umfangreich zu den Vor- und Nachteilen der verwendeten Materialien aufgeklärt würde.

Die Risikozuweisung, zumindest teilweise, in den Bereich des Lebensrisikos des Patienten finde sich auch in der Qualifikation des ärztlichen Behandlungsvertrages als Dienstvertrag wieder. Der behandelnde Arzt/Zahnarzt schulde gerade eben keinen Erfolg (Gesundheit), sondern er hafte für nicht weniger aber eben auch nicht mehr als für die entsprechende notwendige ärztliche Sorgfalt bei der Auswahl und Durchführung der Behandlung. Die Sorgfalt bei der Materialauswahl habe nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu erfolgen.

Bei Zugrundelegung dieses Gesichtspunktes macht es sich notwendig, darüber nachzudenken, inwieweit der Patient in Form von Zahlungen stärker in das Verantwortungsgeflecht bzgl. seiner Gesundheit eingebunden werden soll und muß.

Somit läßt sich als Ergebnis des Symposiums zusammenfassen, daß das derzeitige Haftungsrecht nur unvollkommen den Anforderungen Rechnung trägt. Insbesondere werden die Anwender (Ärzte) viel stärker mit der Haftung belastet als die Hersteller. Dieses ist um so ver-

werflicher, als der Arzt in der Regel keinen Einfluß darauf hat, wie, was, wer, warum herstellt. Er muß sich auf den wissenschaftlichen Erkenntnisstand und die Angaben des Herstellers verlassen können. Gleichwohl trägt der Arzt eine hohe Verantwortung bzgl. der Auswahl, Anwendung und Aufklärung. Nur soweit diese (auch wenn

sie ggf. sehr kostenintensiv sind) Gesichtspunkte durch den Arzt beachtet werden, kann er sich vor eventuellen Haftungsansprüchen aus Arzneimittel- und Medizinproduktanwendungen schützen.

R. Rommeiß  
Assessor jur.

*Prof. Dr. Alexander Gutowski*  
Schwäbisch-Gmünd

Intensiv-Seminar für Zahnärztinnen  
und Zahnärzte

### **Vollkeramikrestorationen**

Präparation bis Eingliederung

Zweitätiges Intensiv-Seminar  
mit Live-Demonstration am Patienten

Sa./So. 9. und 10. März 1996  
"Kaiserin-Friedrich-Haus", Berlin

Referent: Prof. Dr. A. Gutowski

Seminargebühr: DM 1040,- incl. MwSt.  
Assistenzärzte: DM 800,- (Nachweis erbeten)

Anmeldung:

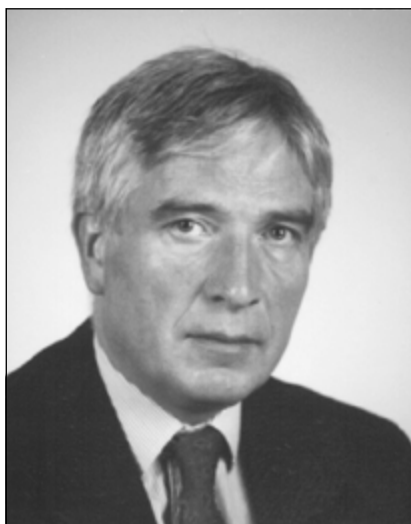
**GÖTTINGER DENTAL-LABOR**  
HEIKO DOHRN GMBH  
Zahntechnikermeister

Heinrich-Sohnrey-Str. 12a, 37083 Göttingen  
Tel.: (0551) 70 77-23 · Fax: (0551) 70 77-51



# Thesen zur Entwicklung des Datenschutzes im Gesundheitswesen

## Informationelles Selbstbestimmungsrecht



Der Griff zu den Daten ist teilweise durch Verwaltungsnotwendigkeiten bestimmt. Wo aber darf der Bürger selbst über seine Daten bestimmen und sie gegebenenfalls verweigern? Wo ist die Grenzlinie zwischen Datenmißbrauch und -gebrauch? Die Hüter dieser Grenze tragen den Titel „Datenschützer“ oder genauer „Datenschutzbeauftragter“. Einer von ihnen hat in Thesen zusammengefaßt, was bei einem rechtsgeschützten Umgang mit Daten zu beachten ist.

### 1.

Das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung schützt jeden Einzelnen vor obrigkeitlicher Neugier; das Privatleben ist ein zu kostbares Gut, als daß es dem neugierigen Zugriff von Hinz und Kunz offenstehen dürfte.

### 2.

Unter den Bedingungen der automatisierten Datenverarbeitung ist dieses Grundrecht besonders gefährdet: Sekundenschnelle Um- und Zuordnung von Daten und ihre spurenlose Übermittlung lösen Ängste vor Persönlichkeitsprofilen, Dauerbeobachtung und ungezügelter Macht aus.

### 3.

Teilnahme und Teilhabe des Einzelnen am Gemeinwesen ist in einem auf Freiheit orientierten Staat nur möglich, wenn der Einzelne weiß, wer was zu welchem Zweck über ihn weiß: Klare gesetzliche Vorschriften müssen die Datenverarbeitung der öffentlichen Stellen überschaubar machen; sie darf nur stattfinden, wenn sie geeignet, erforderlich und zumutbar ist, um ein überwiegendes öffentliches Interesse zu sichern. Je tiefer die Persönlichkeit des Einzelnen berührt wird, um so größer muß die Zurückhaltung öffentlicher Datenverarbeitung sein.

### 4.

Das öffentliche Gesundheitswesen wird mittlerweile von automatisierter Datenverarbeitung beherrscht: Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Krankenanstalten, Abrechnungsstellen, staatliche und private Versicherungsunternehmen,

Gesundheitsclubs und Werbemanager tummeln sich auf dem Daten-Markt. Den einen geht es um Qualitätssicherung, anderen um die Macht, anderen aber geht es ums Geld. Es ist falsch, von „Gesundheitsdaten“ zu reden: Informationen über angeborene Fehler und Suchtleiden, über geistige Gebrechen und über Beruf oder Familie belastende Konstitutionsmängel gehören zu einem nicht hinterfragten und nicht durchleuchteten Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Die Last der Patienten, die Hoffnungslosigkeit mancher Behandlung und der Streß der Ärzte im Kampf gegen schicksalhafte Verläufe lassen uns vorsichtig werden, wenn wir über Datenautobahnen, Vernetzungen, riesige Datenspeicher und Controlling-Management nachdenken.

### 5.

Der Patient ist nicht „Herr seiner Daten“. Die Erfinder dieser These rechnen in Deutschland mit 80 Mio Chipkarten-Kunden. – Der 3000 Jahre alten Schweigege-meinschaft zwischen Arzt und Patient stehen die Daten zu. Die Vertraulichkeit ist eine Grundlage der ärztlichen Kunst. Denn genauer besehen ist jedes vom Arzt gespeicherte Patientendatum auch eine Aussage über den Arzt: Seine Anamnese Genauigkeit,

seine Diagnosefestigkeit, seine Behandlungsmethode, die von ihm verantworteten Kosten und schließlich der ärztliche Erfolg sind Gegenstand jeder Krankendokumentation. Deshalb sind die gesetzlichen Standesvertretungen aufgefordert, sich dem Datenschutz der Ärzte zu widmen.

Bei den Ärzten sind die Patient-/Arzt-Daten bestens aufgehoben: Strafbewerte Schweigepflichten und -rechte sowie der Beschlagnahmeschutz haben sich ebenso durchgesetzt wie die allgemein akzeptierte Zurückhaltung der Gesellschaft in Bezug auf Daten in der Obhut von Ärzten.

Die Patientenchipkarte bietet keinerlei Schutz, denn nicht nur Jugendamt, Sozialamt und Polizei, sondern auch

Freundin, Ehefrau und Arbeitgeber werden anklopfen: Ihrem liebenswürdigen Druck standzuhalten oder einzelne Felder für den Lesezugriff zu sperren fällt schwer. Selbst wenn gesetzliche Abfrage- und Leseverbote ergehen, der sublimale Druck im sozialen Umfeld wächst um so mehr, denn das Lesen ist doch „Vertrauenssache“.

## 6.

Die Chipkartentechnik ist auf Schlagworte angelegt: Eine problemorientierte Kommunikation von Arzt zu Arzt findet in Wahrheit nicht statt: Validität, Aktualität und Klarheit der Daten gehen verloren, wenn der Sendearzt sich angesichts unbekannter Dateneempfänger auf Unverfäng-

liches beschränkt und der Empfängerarzt vertrauensvoll auf eigenständige Feststellungen verzichtet.

## 7.

Chipkarten sind für die Notfallmedizin zu aufwendig: Die wenigen zeitlosen Notfalldaten können in Klarschrift auf dem mittlerweile EU-genormten Notfallpaß stehen; vielfältige Kartenmodelle bedingen unterschiedliche Lesegeräte; sie sind im Notfall (noch häufiger als die Karte) nicht vorhanden.

## 8.

Die Chipkarte führt zur gesunden Halbbildung des Normalpatienten auf dem Niveau eines AOK-Beratungsgesprächs. – Chipkarten können allerdings für chronisch

## **Keramik-Inlays, 1-4 fl. Empress**

**DM 198,50**

zuzügl. Mod., MwSt., im justierb. Artikulator

### **Empress-Vollkeramik-Brücken auf Anfrage**

**Erstklass. Teleskop-Arbeiten, o. MG-Verbinder  
Geschiebe-Rekonstruktionen (auch kombiniert, mit Teleskopen)  
umfangreiche Inlay/Onlay-Restaurationen**

### **Implantate Suprakonstruktionen – alle Systeme!**

Versand mit PKW möglich!

**GÖTTINGER DENTAL-LABOR**

HEIKO DOHRN GMBH

FILIALE ERFURT

Magdeburger Allee 59 99086 Erfurt

Tel. Kontaktaufnahme: Herr B. Kupke

Tel./Fax: (0361) 642 19 96

Kranke (z. B. Diabetiker, Dialysepatienten) hilfreich sein, die bei der verantwortlichen und informierten Selbstkontrolle auf aktuelle eigene Daten angewiesen sind, um an Stelle ihres Arztes selbst zu handeln.

## 9.

Vor der Chipkarte in der Hand des Patienten ist dem Hausarztprinzip der Vorzug zu geben. Er ist zentraler „Datenhalter“. In diesem Modell kann eine Chipkarte, die von Arzt zu Arzt geht, die technische Vorstufe zur Vernetzung der Ärzte und ihrer Helfer sein; diese Vision ist vernünftig.

## 10.

Zur Abrechnungskontrolle: Die Selbstverwaltungsorganisationen der Ärzte und Zahnärzte (KV und KZV) sind ortsnahe, fachkundige und relativ preiswerte Organisationen. Im Sinne des Subsidiaritätsprinzips sind sie gesetzlich dazu berufen, die Abrechnungslauterkeit der Mitgliedsärzte zu prüfen und Fehler zu sanktionieren. Konkrete und substantiierte Vorwürfe dahin, daß diese Prüfungen nicht oder nicht kon-

sequent durchgeführt wurden, sind bislang nicht erhoben worden; sie würden zum aufsichtlichen Einschreiten der Gesundheitsminister führen.

Der allgemeine gesetzliche Appell zur Wirtschaftlichkeit und zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung ist keine normenklare Grundlage für die Kassen, die Abrechnungslauterkeit zu prüfen; Auffälligkeits- und Zufälligkeitskontrollen, die im Gesetz speziell geregelt sind, bilden die Ausnahme. Deshalb gehen patientenbeziehbare Informationen der niedergelassenen Ärzte die Kassen grundsätzlich nichts an. Denn eine Aufgabe, die eine gesetzlich klar umrissene Befugnis zur patientenbeziehbaren Datenverarbeitung nach sich ziehen könnte, ist nicht ersichtlich.

Deshalb sind die ärztlichen und zahnärztlichen Standesorganisationen in ihrem Bestreben zu unterstützen, das ärztliche Berufsgeheimnis gegenüber den Krankenkassen zu wahren und den Übermittlungswünschen der Krankenkassen im allgemeinen kritisch zu begegnen.

## 11.

Die Leidenschaft, mit der die Krankenkassen um patientenbezogene Daten kämpfen, ist verdächtig: Die Erfahrung lehrt, daß vorhandene Datensammlungen zweckwidrig genutzt werden oder daß der Gesetzgeber die Verarbeitungszwecke kurzerhand ändert. Wissen ist Macht: Die Visionen einiger Gesundheits-

politiker (z. B. Bildung von Risikogruppen unter Ärzten und unter Patienten; detaillierte Vorschriften der Kassen zur Ausübung des ärztlichen Berufes) können nur dadurch „ausgebremst“ werden, daß der Wissensdurst der Kassen nicht gestillt wird.

## 12.

Die gleichen Grundsätze gelten auf dem Gebiet der Forschung sowie auf dem Gebiet der Qualitätssicherung: Zur internen Forschung und internen Qualitätssicherung in Krankenhäusern oder auch innerhalb eines KV-Bezirks dürfen Daten – möglichst frühzeitig sowohl in Bezug auf den einzelnen Patienten als auch in Bezug auf den einzelnen Arzt anonymisiert – verarbeitet werden.

Sobald der örtliche Rahmen jedoch verlassen wird und große, unüberschaubare Datensammlungen angelegt werden, besteht die Gefahr, daß der Patient Angst vor ungezügelter Verarbeitung seiner Daten bekommt und der einzelne Arzt sich einer übermächtigen Kontrollinstitution ausgeliefert sieht: Beide wissen nicht mehr, wer was zu welchem Zweck über sie weiß.

## 13.

Je zentraler geforscht oder an Qualitätssicherung gearbeitet wird, um so abgehobener und nicht mehr am Einzelfall orientiert ist das Arbeitsergebnis.

Angesichts der Komplexität jeder einzelnen Epikrise muß die Frage nach der wirkli-

**Für Ihre  
Anzeigenschaltungen  
zuständig:**

**TYPE-DTP  
in Apolda**

**Tel. 03644/55 58 12  
(Ronald Scholz)**

chen Effektivität zentraler Einrichtungen gestellt werden. Hinzu tritt naturgemäß eine zeitliche Verzögerung und damit eine In-Validität und In-Aktualität der Ergebnisse.

Der natürlich angelegte, vielfältige und erfolgreiche „Gesundheitsmarkt“ gerinnt; Forschung und Qualitätssicherung führen zum Einfrie-

ren eines Wettbewerbes an Ideen und Meinungen.

Schon aus der einfachen Erkenntnis, daß Wissenschaft immer nur die Suche nach der Wahrheit ist und niemals eine endgültige Wahrheit für sich gepachtet hat, wird deutlich, daß dezentralen, ortsnahen, flexiblen und rasch arbeitenden Forschungs- und Qualitätssicherungseinhei-

ten im allgemeinen der Vorzug zu geben ist.

*Dr. jur. Thomas Giesen  
Datenschutzbeauftragter des  
Landes Sachsen*

*Aus:  
Niedersächsisches Zahnärzte-  
blatt, Januar 1996*

## *Parodontologie-Symposium in Jena 1995*

### **Der schwierige Parodontalpatient**

Am 4. November 1995 fand die diesjährige Jahrestagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie und des Vereins zur Förderung von Lehre und Forschung in der Zahnmedizin am Klinikum der FSU im Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Friedrich-Schiller-Universität Jena statt.

Die Jahrestagung der Neuen Arbeitsgruppe Parodontologie fand in diesem Jahr erstmals in den neuen Bundesländern statt. Für den Verein zur Förderung von Lehre und Forschung in der Zahnmedizin am Klinikum der FSU Jena war es ein willkommener Anlaß, die Jahrestagung in diesem Jahr als gemeinsames Symposium mit der NAGP zu veranstalten. Die interessante Thematik: „Der schwierige Parodontalpatient“ führte mehr als 200 praktisch tätige Zahnärzte aus Thüringen und den angrenzenden Bundesländern in die Saalestadt. Ein kompaktes Programm mit praxisrelevanten Themen versprach, in umfassender Weise die Ursachen, Diagnose- und Therapiemöglichkeiten von rasch fortschreitenden Parodontitiden zu beleuchten.

Prof. Glockmann (Jena) und Priv.-Doz. Müller (Heidelberg) fanden herzliche Begrüßungsworte für die zahlreichen Teilnehmer. Prof. Glockmann verwies nicht nur auf die durch Prof. Witzel in Jena begründete hundertjährige akademische Tradition zahnärztlicher Ausbildung, sondern auch darauf, wie man heute an der Klinik um zukunftsweisende Konzepte der Zahnerhaltung ringt.

#### **Mitarbeit des Patienten**

Den Einstieg in das Tagungsprogramm fand Frau Prof. Klinger (Jena) auf sehr gelungene Weise. Sie sprach zur komplizierten Thematik der Compliance und Non-Compliance. Ein Problem, das jeden praktisch tätigen Arzt täglich beschäftigt. Sie vermittelte neues Wissen über Verhaltensmuster (Arzt, Patient) und bedenkenswerte Strategien im Arzt-Patient-Verhältnis, insbesondere Parodontologe-Parodontitispatient. Dabei wurde von ihr die zunehmende Bedeutung der Motivation als Grundvoraussetzung für den Therapieerfolg, vor allem bei Parodontitispatienten mit schwerem Verlauf, unterstrichen.

#### **Immunologische Grundlagen**

Der namhafte Parodontal-Immunologe Prof. Meyle aus Gießen konnte für den Hauptvortrag gewonnen werden. Er sprach zur Immun-Pathogenese entzündlicher Parodontalerkrankungen.

Der sehr interessante Vortrag vermittelte in anschaulicher Weise wichtiges Basiswissen der Immunologie. Prof. Meyle betonte die zentrale Rolle der Immunabwehr als wichtigstes Schutzsystem auch gegenüber der parodontopathogenen Flora in der Mundhöhle.

Anhand eigener Studien erörterte er die wichtigsten primären Immunmechanismen Chemotaxis und Phagozytose. Bei Patienten mit lokalisiert juveniler Parodontitis (LIP) wurden von ihm u. a. Chemotaxisdefekte der Blutleukozyten nachgewiesen. Am Beispiel ausgeprägter systemischer Immundefekte verdeutlichte Prof. Meyle die essentielle Bedeutung einer funktionierenden Immunabwehr vor allem im Kopfbereich.

#### **Epidemiologie und Mikrobiologie**

Prof. Hoffmann (Dresden) überzeugte durch seinen Vortrag zur epidemiologischen Situation der Parodontitis in Deutschland. Demnach sind 10-15 % der Parodontitispatienten von einer destruktiven Parodontitisform betroffen, bei diesen Patienten muß der Zahnarzt einen umfangreichen diagnostischen und therapeutischen Aufwand betreiben, um erfolgreich zu sein.

Nicht zuletzt unterstrich Prof. Hoffmann die entscheidende Rolle wichtiger Risikofaktoren, u. a. Rauchen und Diabetes mellitus, für das Auftreten einer schwer verlaufenden Parodontitis.

Frau Dr. Eick (Jena) referierte in einem übersichtlich gegliederten Vortrag über die Not-

wendigkeit der mikrobiologischen Diagnostik, insbesondere für die antibiotische Therapie der rasch fortschreitenden Parodontitisformen. Dabei spielen Anzucht und Kultur der Anaerobier eine zentrale Rolle. Detailliert dargestellt wurden: Entnahme, Transport und Kultur der subgingivalen Plaque.

In einem Ausblick wurden moderne Verfahren zur Diagnostik parodontopathogener Bakterien (u. a. ELISA, Immunfluoreszenz, Gen-Sonden) diskutiert.

Prof. Pfister (Jena) befaßte sich in seinem Vortrag mit den konkreten mikrobiologischen Grundlagen bei Patienten mit lokalisiert juveniler Parodontitis. Er begründet auf überzeugende Weise, warum diese Patienten unbedingt einer adäquaten Therapie bedürfen. Es wurden Kulturen von *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, dem wichtigen Indikatorbakterium der lokalisiert juvenilen Parodontitis, demonstriert.

## **Therapeutische Optionen**

Dr. Sigusch (Jena) stellte ein Therapiekonzept für die Behandlung der früh beginnenden und rasch fortschreitenden Parodontitiden vor. Dabei sind mechanisch-instrumentelles supra- und subgingivales Scaling Grundschritte, die die Hygienemaßnahmen des Patienten einschließen.

Sie sind grundlegende Voraussetzung für ein durch mikrobiologische bzw. immunologische Diagnostik fundiertes antibiotisches Thera-

pieregime. Dieses kann aber nur im Zusammenhang mit einem abschließenden instrumentellen Schritt (Wurzelglättung im OK/UK) nutzbringend sein. Antibiotikatherapie ist zwecklos und vor allem gefährlich, solange sich noch die geringsten Mengen mechanisch entfernbarer Beläge auf der Zahn- bzw. Wurzeloberfläche befinden.

Zu Beginn der Nachmittags-sitzung skizzierte Dr. Eichholz (Heidelberg) in seinem Vortrag in interessanter Weise die verschiedenen Möglichkeiten der Furkationsbehandlung und ging ganz konkret auf die verschiedenen Therapiemethoden ein. Neben Methoden der gesteuerten Geweberegeneration (GTR) beim Furkationsbefall der Grade 1 und 2, ergeben sich insbesondere beim Grad 3 noch andere Therapiemöglichkeiten. Anhand hervorragender Dias zeigte er sehr anschaulich die Methoden der Tunnelierung, Hemisektion und Prämolarisierung.

Der Vortrag von Dr. Hüttemann (Gießen) war eine gelungene Einführung in das inzwischen sehr umfangreiche Gebiet der gesteuerten Geweberegeneration. Er zeigte dem praktisch tätigen Zahnarzt durch beeindruckende klinische Bilder die Möglichkeiten und ehrlicherweise auch Grenzen der GTR.

Dr. Eger (Koblenz) ging in seinem Vortrag auf das für den klinisch tätigen Implantologen schwierige Problem der Periimplantitis ein. Auch der Parodontologe muß sich in seiner täglichen Praxis mit

der Therapie dieser wohl kompliziertesten Parodontitisform auseinandersetzen und gerät dabei nicht selten an seine Grenzen. Zukünftig wird man noch nach geeigneten Therapiestrategien für die Periimplantitis suchen müssen.

## **Zusätzliche Probleme der Parodontitistherapie**

Prof. Glockmann stellte in sehr anschaulicher Weise die Zusammenhänge zwischen Parodont und Pulpa-Dentin-System dar. Dabei beschrieb er die Irritationen des Parodonts ausgehend von Erkrankungen des Endodonts und die Einflüsse zu aggressiver Wurzelglättung auf den Gesundheitszustand der Pulpa.

Außerdem ging er anhand eigener Untersuchungen auf die Penetration parodontaler Bakterien über Dentinseitenkanälchen in zentrifugaler und peripherzentraler Richtung zwischen Pulpenraum und periradikulärem Bereich ein.

Frau Priv.-Doz. Heinrich-Weltzien (Jena) betonte in ihrem interessanten Vortrag die Rolle der Wurzelkaries in der parodontal geschädigten bzw. parodontal behandelten Dentition. Durch praxisbezogene Hinweise auf aktuelle Präventions- und Therapiekonzepte war dieser Vortrag ein gelungener Beitrag zu diesem Thema.

Abschließend sprach Priv.-Doz. Müller (Heidelberg) über die okklusalen Aspekte der Parodontaltherapie, insbesondere im Zusammenhang mit der oft schwierigen

prothetischen Versorgung von Patienten mit rasch fortschreitender Parodontitis. Dabei werden oft traumatisch schädigende Einflüsse der prothetischen Rekonstruktion präventiv nicht ausreichend berücksichtigt und führen daher in der Folge zur weiteren Progression

von entzündlich-destruktiven Veränderungen des Alveolarknochens. Das Fazit seines Vortrages bestätigte die zunehmende Forderung nach adäquater Schienungstherapie von Zähnen mit fortgeschrittener alveolärer Destruktion.

Dr. B. Sigusch

Klinikum der  
Friedrich-Schiller-Universität  
Zentrum ZMK,  
Poliklinik für Konservierende  
Zahnheilkunde,  
Bachstraße 18, 07740 Jena



**Wir haben Deine Zähne, den Bakteriengehalt im Speichel und die Schutzwirkung des Speichels untersucht.**

(Deine Befunde sind mit einem Kreuz gekennzeichnet)

**Kariesbefall**

- niedrig
- mittel
- hoch

**Mundhygiene**

- sehr gut
- gut
- verbesserungsbedürftig
- schlecht

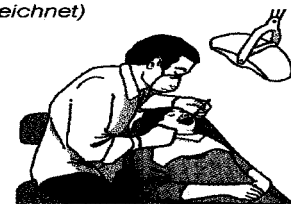
**Speicheltest**

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| Bakteriengehalt<br>( <i>S. mutans</i> ) | Schutzwirkung<br>(Pufferwirkung) |
| niedrig <input type="radio"/>           | niedrig <input type="radio"/>    |
| mittel <input type="radio"/>            | mittel <input type="radio"/>     |
| hoch <input type="radio"/>              | hoch <input type="radio"/>       |

**Für die Gesunderhaltung Deiner Zähne achte besonders auf:**

(Die Empfehlungen für Dich sind mit einem Kreuz gekennzeichnet)

- Nutze das **Individualprophylaxe**-Angebot Deines Zahnarztes
- Laß Dir die richtige **Zahnreinigung** von Deinem Zahnarzt zeigen
- Nutze unbedingt das **Fluoridangebot** Deines Zahnarztes  
entweder **Fluoridlack**  
**Fluoridgelee**  
oder **Fluoridlösung**
- Verwende zum Zähnebürsten (2-3mal täglich) **fluoridhaltige Zahnpaste**
- Ergänze Deine häusliche Zahnpflege mit der Verwendung **bakterienreduzierender Spüllösungen**
- Vermeide süße Zwischenmahlzeiten und wenn ... dann bevorzuge **zahnfreundliche Süßigkeiten** oder **zuckerfreien Kaugummi**
- Verzichte auf **süße Getränke** (Fruchtsaft, Cola, Fanta) vor dem **Schlafengehen**



## Zahngesundheitspass – Erfurter Kariesrisiko-Studie

Die Problematik der Früherkennung des kariesgefährdeten Kindes und Jugendlichen steht im Mittelpunkt einer klinisch kontrollierten Längsschnittuntersuchung, die seit 1992 an der Poliklinik für Präventiv- und Kinderzahnheilkunde (Direktor: Prof. Dr. Dr. Stößer) am Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde/Bereich Erfurt der Friedrich-Schiller-Universität Jena im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (BMBF) durchgeführt wird.

Unter Zugrundelegung der derzeit gebräuchlichen epidemiologisch bestimmten „Kariesrisikodefinition“ wurden zu Beginn der Untersuchung 435 Erst- und Fünftklässler der Stadt Erfurt, die die Verteilungssituation der Karies in ihrer jeweiligen Altersgruppe reflektieren, in die Studie einbezogen.

Unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu den Kariesbefalls-Gruppen „Niedrig“ (kariesfrei), „Mittel“ oder „Hoch“ wurden die Kinder jährlich umfassend klinisch untersucht; ihre Streptokokken- und Laktobazillen-Keimzahlen wurden mit mikrobiologischen Speicheltests bestimmt.

Etwa 10 Kinder jeder Gruppe wurden mit Zustimmung bzw. im Beisein ihrer Eltern in ein sehr aufwendiges klinisch-experimentelles Monitoring einbezogen.

Neben den klinischen Standardparametern – flächenbezogener Kariesbefall, Entzündungszustand des Parodonts, Mundhygienestatus – wurde das Vorkommen von Zahnstellungs- und Kieferanomalien, die Morphologie und Sondierbarkeit der Fissuren von Prämolaren und Molaren, das Vorhandensein von Fissurenversiegelungen sowie der Gebrauch fluoridhaltiger Zahnpasten bzw. die Inanspruchnahme der zahnärztlichen Individualprophylaxe erfaßt.

Die diagnostische Sicherheit der kommerziellen mikrobiologischen Speicheltests (Dentocult® SM und LB) wurde durch umfangreiche konventionelle Speichel- und Plaqueuntersuchungen (Proben aus dem Approximalraum und von Glattflächen) geprüft. Dazu wurde die komplexe und insbesondere die kariogene (Mutans-Streptokokken) Mundhöhlenflora mit unterschiedlichen Nährmedien angezüchtet.

Der Umfang dieser Untersuchungen kann daran gemessen werden, daß nicht mehr als zwei Patienten pro Tag in den Genuß einer solchen umfassenden mikrobiologischen Kariesrisiko-Diagnostik kommen konnten.

Als Ergebnis dieser aufwendigen mehrjährigen Untersuchungen wurde deutlich, daß bei kariesfreien und sanierten Patienten ohne Anzeichen von initial kariösen Lä-

sionen kommerzielle mikrobiologische Speicheltests als routinemäßige Untersuchungen geeignet sind.

Die Analyse der nichtbakteriellen Speichelparameter schloß die Speichelfließrate, die Pufferkapazität, das Säureneutralisationsvermögen sowie die Konzentration von Kalzium-, Phosphat- und Fluoridionen ein.

Die zahnärztliche Betreuung der Kinder durch ihren Familienzahnarzt blieb durch das gewählte Untersuchungsspektrum bei kariesfreien und sanierten Kindern unberührt. Eltern von Kindern mit kariösen Läsionen, parodontalen Erkrankungsständen und gegebener kieferorthopädischer Behandlungsnotwendigkeit wurden angehalten, ihren behandelnden Zahnarzt aufzusuchen.

### **Welche Informationen kann der Zahnarzt dem Zahngesundheitspass entnehmen?**

Nach einer mehrwöchigen Auswertungsphase der zahlreichen Einzelbefunde werden mit Beginn des Jahres 1996 die ersten Kinder ihren Zahngesundheitspass (Abbildung S. 68) ausgehändigt bekommen.

In diesem Paß findet der Zahnarzt graduiert die Höhe des Kariesbefalls und die Qualität der Mundhygiene ausgewiesen. Der mit dem Speicheltest Dentocult SM ermittelte Streptokokken-Gehalt sowie die Pufferkapazität



zität des Speichels werden in den Graduierungen „niedrig, mittel und hoch“ dokumentiert.

Alle Empfehlungen zur Erhaltung der Gebißgesundheit konzentrieren sich vor allem auf die zahnärztlichen Prophylaxemaßnahmen, die im Rahmen des Individualprophylaxe-Programmes erbracht werden können. Aus der Sicht des von der Bundeszahnärztekammer vorgelegten Konzeptes „Prophylaxe – ein Leben lang“ wird dem Zahnarzt mit dem Zahngesundheitspaß die Möglichkeit gegeben, diesen als Motivationsinstrument in sein gesundheitserzieherisches Prophylaxekonzept einzubauen und ihn als Hilfe zum Aufbau einer eigenmotivierten Vorbeugung seines Patienten nutzen.

Im Lichte der gegenwärtigen Diskussion um die effektive Betreuung des Kariesrisiko-Patienten (Papier der Spitzenverbände der Krankenkassen) läßt die Fortführung der Erfurter Kariesrisiko-Studie um weitere zwei Jahre insbesondere für die Jugendzahnärzte der Stadt Erfurt verbindliche Indikatoren für ein erhöhtes Kariesrisiko in bestimmten Altersgruppen erwarten.

Bislang bestehende Unsicherheiten bezüglich einer sicheren Beurteilung des Kariesrisiko-Kindes dürften sich einerseits damit verringern und andererseits könnte durch eine recht- und frühzeitige individualprophylaktische Betreuung des Kindes der kariösen Erkrankung effektiv vorgebeugt werden.

Nach den bisherigen Befunden weisen entsprechend der Risikoordnung der Kinder neben den klinischen Zeichen initial kariöser Läsionen sowohl nichtbakterielle Speichelparameter wie z.B. das Säureneutralisationsvermögen als auch der Mutans-Streptokokkengehalt im Speichel und in der Approximalkaule auf Unterschiede zwischen kariesaktiven und -inaktiven Kindern hin. Die Sensibilität dieser möglichen Prädiktoren, als Qualitätsmaß für die sichere Erkennung tatsächlich kariesgefährdeter Kinder, gilt es in den nächsten zwei Jahren zu prüfen.

*Priv.-Doz. Dr. Roswitha Heinrich-Weltzien, Erfurt*

## STN

System-Technik-Neuhaus am Rennweg GmbH  
Am Herrenberg 15, 98724 NEUHAUS am Rwg.

### **Alles aus einer Hand - Praxislabor, Praxismöbel, gewerbliches Labor?**

Wir planen in 3D, realisieren mit eigenen Monteuren und bieten den Service:

- für die **Kompletteinrichtung von Zahnarztpraxen**
  - für die **Kompletteinrichtung mit Möbeln und Geräten von Praxislabor**
  - für die **Kompletteinrichtung mit Möbeln und Geräten von gewerbl. Labors**
- Möbel und Geräte aus eigener Produktion!**

Tel.: (03679) 724035 o. 724036 Fax: (03679) 724038

## XXVIII. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde am 3. und 4. November in Gotha

Es ist einerseits ein Geheimtip und hat andererseits doch lange Tradition – das alljährlich in Thüringen stattfindende Symposium der DGZPW.

Auch im Jahre 1995 stand es unter der bewährten organisatorischen Leitung des thüringischen Kammerpräsidenten Dr. Jürgen Junge.

Dem Ruf zum kollegialen Erfahrungsaustausch waren ca. 100 (!) Teilnehmer gefolgt, sogar aus dem Nachbarland Polen. Unter der wissenschaftlichen Leitung der Professoren Kobes, Göttingen; Lehmann, Marburg; Pfeiffer, Köln und Walter, Dresden; standen neue Aspekte des festsitzenden Zahnersatzes zwei Tage lang im Mittelpunkt der Diskussionen. Dabei wurde die Verbindung zwischen klinischen und werkstoffkundlichen Problemen debattiert.

Die Diskussion um den Einsatz der Turbine versus das schnellaufende Winkelstück bei der Präparation der Zähne konnte nicht entschieden werden. Zu sehr vom Behandler abhängig sind solche Größen wie Anpreßdruck, Wahl der Schleifinstrumente, Intervalle der intermittierenden Präparation, Einstellung der Kühlung, Geräuschentwicklung, Kompetenz der Absaugung usw. Einigkeit bestand weitgehend darin, daß die vitale Pulpa oberstes Gut ist, deren Erhalt im Mittelpunkt zahnärztlichen Strebens steht.

Innengekühlte Präparationsinstrumente lassen auf sich warten. Insofern räumt man deren Entwicklung in der Zukunft große Chancen ein. Dabei soll das Kühlwasser zusätzlich durch den Schaft des

Schleifkörpers geführt werden. Dadurch gelangt das Kühlmedium zuverlässig an den Ort der Präparation (kein Spray-„Schatten“ mehr). Derzeit ist auch das Problem des Antriebsaggregates nicht gelöst.

Im übrigen rangiert der immer lauter werdende Ruf nach umfassender Ästhetik erst hinter dem Erhalt der Pulpa. Das immer größere Angebot an Schleifinstrumenten erleichtert die angestrebte Präparationsform. In diesem Zusammenhang erlebte die Idee vom Führungsstift an der Spitze des Schleifinstrumentes eine Renaissance. Davon verspricht man sich größere Sicherheit beim Präparieren. Doch es wurde auch angeregt, die Vielzahl der Schleifkörperformen zu reduzieren, um dem Prakti-



*Bild 1 und 2: Dem Ruf zum kollegialen Erfahrungsaustausch waren ca. 100 (!) Teilnehmer gefolgt ...*

ker die Übersicht zu erleichtern. Vergeblich lauerte der Berichterstatter auf Aussagen zum Einsatz von Steinen für die Präparation.

## Sag mir, wo die Pulpa ist...

Dem Bedürfnis nach Sicherheit bei der Präparation entspricht auch ein völlig neuer Lösungsansatz – die Bestimmung der Pulpaausdehnung durch elektrische Widerstandsmessung, (Gente, Marburg). Für alle Teilnehmer eine faszinierende Vorstellung, daß es möglich sein soll, die Präparationstiefen nunmehr objektiv zu messen. Prinzip der Idee ist, daß der elektrische Widerstand des die Pulpa bedeckenden Dentins ein Maß für die Schichtdicke, damit also für die Durchlässigkeit schädigender Noxen ist. Das Wissen um die tatsächliche Schichtdicke erlaubt dem Behandler die gezielte Be-



Bild 3: Frau Prof. Kleinrock aus Lublin



Bild 4: Prof. Kobes (links) und Prof. Lehmann

grenzung der Präparationstiefe und damit die Reduktion der traumatischen Potentiale.

Dem Schutz der Pulpa widmete sich auch ein Beitrag von Frau Prof. Kleinrock, Lublin. Mit viel Charme trug sie die Forderung vor, bei der Präparation an der Zahnkrone intermittierend vorzugehen, und zwar in Zyklen, in denen die Pausen doppelt so lang wie die Arbeitsphase sein soll. Damit würde eine weitgehend schmerzfreie Präparation möglich. Ob dies mit Pulpaschutz gleichzusetzen sei, blieb offen.

## Ein bißchen Platz muß sein...

Unbestritten allerdings ihre Forderung nach ausreichendem interokklusalem Abstand unter Berücksichtigung sowohl der statischen

als auch der dynamischen okklusalen Beziehungen. Aber selbst bei ausreichendem okklusalem Substanzabtrag und optimaler Okklusionsgestaltung lassen sich während der ersten Monate nach der Eingliederung einer Krone Änderungen in der Lage und der Stärke der okklusalen Kontakte nachweisen (Schmidt-Hurtienne).

Berichte zum Einsatz dentinkanalobturierender anorganischer Substanzen (Strontiumkarbonat) ließen erkennen, daß die Entwicklungen auf dem Gebiet des Pulpaschutzes noch nicht abgeschlossen sind (Kobes).

## Präparationsgrenze und Kronenrandschluß

Die Lage der Präparationsgrenze hat Einfluß auf die erzielbare Präzision der Randschluß einer Krone.

Sofern definierte, supragingival gelegene Präparationsgrenzen möglich sind, führen diese im Routinebetrieb zu einem exakteren Kronenrandschluß als Präparationsgrenzen, welche infragingival gelegen sind (Wöstmann).

Die Geometrie der Präparationsgrenze scheint die Kronenpassung nicht in dem Maße zu beeinflussen, wie das bisher angenommen wurde. Es konnte am Beispiel von Primärkronen belegt werden, daß sich bei (supragingival gelegenen) Schulter- und Hohlkehlpräparationen optimale Kronenrandschlüsse erzielen lassen, sofern die Korngröße des Befestigungszementes dies zuläßt (Kern).

Untersuchungen zum Gefüge gegossener Kronen zeigten, daß die von der Präparation vorgegebene Form des Kronenrandes keinen Einfluß auf das (Metall-) Gefüge am Kronenrand hat (Kobes).

Die Kontrolle eines Kronenrandes mittels des Röntgenbildes ist nicht zuverlässig möglich. Orthopantomographische Darstellungen führen stets zu einer verzerrt abgebildeten Krone. Auch bei exakter Passung werden die zervikalen Bereiche unrichtig, z.B. im Sinne eines Überhanges dargestellt. Andererseits können abstehende Ränder im orthoradialen Röntgenfilm (Mundfilm) eine exakte Passung vortäuschen. Wiederum treten bei erhöhter Röhrenspannung an den Rändern exakt passender metallischer Kronen Überstrahlereffekte auf, die einen abste-

henden Kronenrand vortäuschen können. Steht allerdings der Kronenrand bei orthoradialer Darstellung im Röntgenbild ab, so steht er auch im Mund ab (Kobes).

Die Beiträge verdeutlichen, daß am ersten Tag wichtige Aspekte der Kronenpräparation abgehandelt werden konnten.

Der zweite Veranstaltungstag widmete sich den „Stift- und Stumpfsystemen aus werkstoffkundlicher und klinischer Sicht“. Die Beiträge und die Diskussionen zeigten, daß bezüglich einiger Gesichtspunkte weitgehende Einigkeit bestand, währenddessen andere durchaus kontrovers betrachtet wurden.

## Biomechanik

Von den Teilnehmern wurde kontrovers diskutiert, ob wurzelgefüllte Zähne unabhängig von der verbliebenen Zahnhartsubstanz mit einem endodontischen Stift versorgt werden müssen. Bisher fehlen klinische Studien, die eindeutig belegen, daß endodontische Stifte die Überlebenszeit der Zähne gegenüber wurzelgefüllten Zähnen mit ausreichender Zahnhartsubstanz verlängern.

Die vorgetragenen Finite-Elemente-Analysen bestätigen, daß die Kraftverteilung am Zahn bei langen Stiften gleichmäßiger als bei kurzen Stiften ist. Die Form des Stiftes, ob konisch oder zylindrisch, hat dagegen keinen Einfluß auf die Kraftverteilung. Retentionskästen führen zu einer gleichmäßigeren Kraftaufleitung auf den

Zahn. In der Diskussion wurden auch die Grenzen der Finite-Elemente-Analysen deutlich. Für zukünftige Untersuchungen scheint die Berücksichtigung des Gesamtsystems Krone-Aufbau-Zahn wichtig zu sein.

Dabei könnten biomechanisch relevante Aspekte wie die vertikale Umfassung des Aufbaus durch die Krone sowie das Belassen unterschiedlicher Anteile tragfähiger Zahnhartsubstanz Berücksichtigung finden.

## Gegossene Stiftaufbauten

Titanstifte sind nicht angußfähig. Hochgoldhaltige Stifte sind dagegen problemlos angußfähig, die Materialkosten liegen aber deutlich über denen der Titanstifte. Um doch edelmetallfrei arbeiten zu können, wurden verschiedene Lösungsansätze vorgeschlagen.

### 1. Guß des modellierten Stumpfaufbaus ohne Stift

Das Verfahren des geteilten Aufbaus hat sich an mehreren Kliniken bereits über einige Jahre bewährt. Valide Daten werden vermutlich im nächsten Jahr zur Verfügung stehen.

### 2. Umguß von NEM-Stumpfaufbaulegierungen um NEM-Stifte

### 3. Das Einstückgußverfahren

Die beiden letztgenannten Verfahren werden zur Zeit weiter werkstoffkundlich überprüft. Klinische Erfahrungen liegen nur vereinzelt vor. Zu Risiko und Nutzen der im Einstückguß herge-

stellten Stift-/Stumpfaufbauten aus Reintitan ergab sich eine kontroverse Diskussion.

### Plastische Aufbaumaterialien

Werden plastische Aufbaumaterialien verwendet, sind Komposits den lighthärtenden Glasionomeren und diese wiederum den einfachen Glasionomeren hinsichtlich (Biege-)Festigkeit und Randspaltverhalten überlegen.

### Neuere Stift-/ Stumpfsysteme

Auch Keramiken können als Aufbaumaterial eingesetzt werden. Sie sind bekanntermaßen biologisch unbedenklicher als Legierungen und nicht durchscheinend.

Vorgestellt wurden:

1. Stumpfaufbauten aus Glas-keramik in Verbindung mit Titanstiften
2. Stift-/Stumpfaufbauten aus Aluminiumoxidkeramik
3. Stifte aus Zirkonoxid

Die bisherigen (allerdings in vitro) Ergebnisse geben Hinweise für eine kontrollierte klinische Anwendung. Klinische Erfahrungen liegen aber bisher kaum vor.

### Klinische Nachuntersuchung von Behandlungsergebnissen

Orientierende, retrospektive Nachuntersuchungen von Zähnen mit individuell gegossenen Stiftaufbauten oder mit geschraubten Stiften und

Kompositaufbau oder mit präfabrizierten Stiften und angegossenem Aufbau zeigen in den ersten drei Jahren jeweils durchschnittlich etwa 4% Mißerfolge. Man diskutiert intensiv die Aussagekraft retrospektiver Studien mit höheren Drop-Out-Raten.

Für weitere Untersuchungen wurde angeregt, auch das Design der Suprakonstruktionen mit zu berücksichtigen.

Alles in allem war das XXVIII. Symposium wiederum eine fachlich sehr anregende wie auch organisatorisch äußerst gelungene Veranstaltung, die bereits die Vorfreude auf die Jubiläumsveranstaltung im Jahre 1997 nährt.

*Dipl.-Stom. Th. Radam*

## Wir gratulieren!

**zum 84. Geburtstag  
am 10.2.**

**Herrn SR Wilhelm Sondern**  
Straße des 8. März 48c, 98544 Zella-Mehlis

**zum 83. Geburtstag  
am 27.2.**

**Herrn SR Rudolf Axmann**  
Fritz-Reuter-Straße 7, 98527 Suhl

**zum 83. Geburtstag  
am 27.2.**

**Herrn SR Dr. med. dent. Heinz Häußner**  
Bertolt-Brecht-Straße 7, 07745 Jena

**zum 65. Geburtstag  
am 24.2.**

**Herrn Dr. med. dent. Elmar Weidenhaun**  
Waldstraße 19, 98646 Hildburghausen

**zum 60. Geburtstag  
am 24.2.**

**Frau Dr. Eva-Maria Peters**  
Landgrafenstieg 1, 07743 Jena



# Kein Schmerzensgeld bei Zurücklassen abgebrochener Nadelspitze im Körper

*Urteil des Oberlandesgerichts Oldenburg vom 20.12.1994 - 5 U 157/94 -*

Der vom Oberlandesgericht entschiedene Fall ist ein anschauliches Beispiel dafür, daß auch die Rechtsordnung anerkennt, daß ein operativ tätiger Arzt nicht wie eine Maschine funktionieren und in jedem Falle zwischenfallsfreie OP-Verläufe garantieren kann. Zu den vom Patienten ersatzlos zu akzeptierenden schicksalhaften Verläufen kann es auch gehören, daß eine Nadel beim Legen der Naht abbricht und der Operateur sich entschließt, die Nadelspitze im Körper des Patienten zu belassen.

## **Zum Sachverhalt:**

Der Kläger verlangt Schmerzensgeld aus fehlerhafter ärztlicher Behandlung und Verletzung der Aufklärungspflicht.

Am 4.6.1984 führte der Beklagte beim Kläger eine Bandscheibenoperation durch. Während des Wundverschlusses brach beim Legen der oberen Subcutannaht die obere Nadelspitze mit einer Länge von etwa 2 cm ab. Da der Beklagte die Spitze nicht ertasten konnte, beließ er sie in der Operationswunde, um die Infektionsgefahr nicht durch eine Verlängerung der Operation zu erhöhen. Über dieses Geschehen wurde der Kläger nach der Operation nicht unterrichtet.

In den folgenden Jahren wurde der Kläger wiederholt - auch vom Beklagten - wegen

Rückenbeschwerden behandelt, ohne daß die Nadelspitze bemerkt bzw. entfernt worden wäre. Erst im Rahmen einer Kur vom 6.9. bis 4.10.1989 wurde der Kläger auf einen im Röntgenbild sichtbaren Fremdkörper unter der Haut hingewiesen. Darauf begab er sich am 12.10.1989 erneut in die Behandlung des Beklagten, der die Spitze nach Hinweis, daß sie die anhaltenden Beschwerden des Klägers nicht verursacht haben könnte, auf Wunsch des Klägers entfernte.

Der Kläger hat behauptet, er habe bis zur Entfernung der Nadelspitze unter stechenden Schmerzen im Rücken mit Ausstrahlung in das rechte Bein gelitten. Seither sei er beschwerdefrei. Ferner hätte der Gedanke, einen Fremdkörper im Körper gehabt zu haben, bei ihm Angst- und Ekelgefühle ausgelöst.

Der Kläger hat gemeint, die Verletzung durch den Beklagten rechtfertige ein Schmerzensgeld in Höhe von 20.000,- DM.

Der Beklagte hat behauptet, die Nadelspitze sei seinerzeit im Körper belassen worden, weil dies völlig ungefährlich gewesen sei. Da die Nadel intraoperativ nicht habe ertastet werden können und ein Bildwandler erst nach 20 Minuten zur Verfügung gestanden hätte, hätte ein erhöhtes Infektionsrisiko bestanden,

das er nicht habe eingehen wollen. Es sei vergessen worden, den Kläger über den Verbleib der Nadelspitze aufzuklären, weil dieser vorzeitig aus der Klinik entlassen worden sei.

## **Aus den Gründen: ..**

Dem Kläger steht ein Anspruch auf Schmerzensgeld unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt zu.

### **1.**

Weder in dem Abbrechen der Nadelspitze noch in deren Zurücklassen im Körper des Klägers kann eine fehlerhafte Behandlung gesehen werden.

Ein Abbrechen der Nadel stellt ein allgemeines Operationsrisiko dar, aus dem ohne weitere Anhaltspunkte nicht auf eine fehlerhafte Behandlung geschlossen werden kann. Da den Kläger für fehlerhaftes Verhalten die Darlegungs- und Beweislast trifft, kommt eine Haftung aus diesem Gesichtspunkt nicht in Betracht.

Auch das Belassen eines Fremdkörpers unmittelbar am Ende der Operation in einem Bereich, in dem er keine Komplikationen verursachen kann, stellt - wie sich aus dem Gutachten des Sachverständigen ergibt, keinen Behandlungsfehler dar.

Aus dem Operationsbericht geht hervor, daß der Beklagte versucht hat, die Nadelspitze

zu lokalisieren und zu entfernen. Nachdem dies nicht gelungen war, hat er nach Abwägung aller Risiken die Wunde sogleich verschlossen. Auf der Grundlage des Sachverständigengutachtens steht fest, daß die Nadelspitze weit außerhalb der Wirbelsäule, der Wirbelgelenke und der abgehenden lumbalen Nervenwurzeln lag, wo sie keine Gefahr für den Kläger darstellte. Die intraoperative Entscheidung des Beklagten ist danach medizinisch vertretbar.

## 2.

Auch die unterbliebene Aufklärung vor bzw. nach der Operation darüber, daß eine Nadel abbrechen könne, und darüber, daß der Beklagte die Nadelspitze im Körper belassen hatte, rechtfertigt nicht die Zuerkennung eines Schmerzensgeldes.

Eine unterbliebene Aufklärung über die Möglichkeit, daß eine Nadel abbrechen könne, stellt sich nicht als eine Verletzung der Pflicht zur sog. Eingriffsaufklärung dar, die zur Rechtswidrigkeit der Bandscheibenoperation im Jahre 1984 führen würde. Der Kläger hatte nach Aufklärung über die Erfolgchancen und Risiken der Operation in diese eingewilligt.

Eine Aufklärung darüber, daß eine Nadel beim Legen der Naht abbrechen könne, schuldete der Beklagte dem Kläger nicht, weil dies zu den allgemeinen Gefahren einer jeden Operation gehört, die jeder einsichtige Patient

kennt und die darüber hinaus für seinen Entschluß, in die Operation einzuwilligen, keine Bedeutung haben kann.

Eine Körperverletzung durch Unterlassen kommt allerdings dadurch in Betracht, daß der Beklagte den Kläger nach erfolgter Operation über die im Körper belassene Nadelspitze nicht aufgeklärt hat und deshalb der Kläger nach dem Abheilen der Operationswunde die Entfernung der Nadelspitze aus Unkenntnis nicht verlangt hat, die Nadel also längere Zeit im Körper verblieb. Denn der Tatbestand der Körperverletzung im Sinne des § 823 Abs. 1 BGB ist schon dann gegeben, wenn eine Handlung oder Unterlassung zu einer Störung der körperlichen Lebensvorgänge führt, ohne das dies mit Schmerzen verbunden sein müßte (vgl. Palandt/Thomas, BGB, 52. Aufl., § 823 Rdn. 4).

Das Verbleiben der Nadelspitze und die damit verbundene Abkapselung in Fettgewebe stellt eine solche Störung dar. Ein darauf gestützter Schmerzensgeldanspruch würde aber voraussetzen, daß der Kläger Einbußen immaterieller Art, also Schmerzen oder auf der Körperverletzung beruhende psychische Beeinträchtigungen in einem die Zuerkennung eines Schmerzensgeldes rechtfertigenden Umfang erlitten hätte. Das hat er jedoch nicht beweisen können.

Seine ursprüngliche Behauptung, die Rückenbeschwerden mit Ausstrahlung in die

Beine seien nach Entfernung der Nadelspitze nicht mehr aufgetreten und deshalb auf den Verbleib der Nadelspitze zurückzuführen, hat er nach der schriftlichen Aussage des Arztes Dr. ... nicht mehr aufrechterhalten. Aus dieser sowie der Aussage seiner Ehefrau und aus dem Gutachten ergibt sich vielmehr, daß diese Beschwerden auch danach nicht abgeklungen waren und durch das Bandscheibenleiden hervorgerufen wurden und werden.

Darüber hinaus bleibt nur noch die vom Sachverständigen in Übereinstimmung mit dem im Schlichtungsverfahren eingeholten Gutachten des Sachverständigen und der Aussage des Hausarztes des Klägers, als vorstellbar bezeichnete Möglichkeit, daß der Kläger insbesondere in der ersten Zeit nach der Operation im Jahre 1984 lokale Schmerzen im Sinne eines Fremdkörpergefühls verspürt hat, die in Relation zu den belastungsabhängigen Lumboischialgien lediglich einen minimalen Anteil der Beschwerdesymptomatik bedingen könne.

In der Zusammenfassung der Beantwortung durch den Sachverständigen werden die möglichen Symptome gar nur als lokale Irritationen im Hautbereich mit Fremdkörpergefühl bezeichnet. Damit reichen die möglichen Beschwerden aber nicht über eine Bagatellverletzung hinaus, die kein Schmerzensgeld rechtfertigen würden, so daß offen bleiben kann, ob der Kläger sie auch bewiesen hat.

Daß der Kläger mehr als solche möglichen Irritationen verspürt hat, ist aber auch durch die Aussage der Zeugin nicht bewiesen. Zwar hat sie bestätigt, daß der Kläger ihr gegenüber von stechenden Schmerzen beim Hinsetzen und beim Umlegen eines Gürtels gesprochen habe. Ob aber diese Schmerzen tatsächlich auf die Nadelspitze zurückzuführen sind, ist zumindest zweifelhaft, weil der Kläger nach ihrer Aussage diese Schmerzen noch etwa ein halbes Jahr nach deren Entfernung gehabt habe.

Auch wenn die Zeugin eine genaue Vorstellung von den zeitlichen Abläufen eventuell nicht mehr haben mag, so ist ihre Aussage zugunsten des beweisbelasteten Klägers nicht ohne weiteres dahingehend zu verstehen, daß er solche Schmerzen nur bis zum viel früheren Abheilen der Operationswunde gehabt habe. Gegen die Richtigkeit ihrer Aussage spricht ferner, daß der Kläger gegenüber den ihn behandelnden Ärzten über solche Schmerzen nie geklagt hat, was aber naheliegend gewesen wäre, wenn er auch seiner Frau darüber berichtet hätte und sie für ihn so genau zu lokalisieren gewesen wären.

Grundsätzlich können zwar auch psychische Beeinträchtigungen wie Angst- und Ekelgefühle zu einem Schmerzensgeldanspruch führen. Sie müssen sich aber als adäquate, also zumindest objektiv vorhersehbare Folge der Körperverletzung darstellen (vgl. Palandt/Thomas,

a. a. O., § 847 Rdn. 8). Das ist hier nicht der Fall. Denn es stellt eine völlig unangemessene psychische Verarbeitung des Geschehens dar, wenn trotz des ihm vom Beklagten gegebenen Hinweises, daß von der Nadel keinerlei Gefahr für seine Gesundheit ausgehe, daraus Angst- und Ekelgefühle entstehen.

Als adäquat verursachte psychische Beeinträchtigung kommt allenfalls in Betracht, daß der Kläger in der Zeit von der Entdeckung der Nadelspitze bis zu deren Entfernung unter der für einen medizinischen Laien verständlichen Unsicherheit gelitten hat, ob die trotz der Bandscheibenoperation anhaltenden Rückenbeschwerden über einen Zeitraum von immerhin fünf Jahren vermeidbar gewesen wären.

Diese Unsicherheit brauchte der Kläger aber nur kurze Zeit zu erdulden, weil ihm dann vom Beklagten die medizinischen Zusammenhänge insoweit erläutert worden sind. Dies hätte er, falls er den

Auskünften des Beklagten als des objektiven Verursachers nicht trauen wollte, auch bei seinem Hausarzt erfahren können, wie sich aus dessen Zeugenaussage ergibt.

Damit stellt sich auch diese Beeinträchtigung als Bagatelle dar, die ebenfalls keinen Schmerzensgeldanspruch rechtfertigt.

Die Operation zur Entfernung der Nadelspitze vermag ebenfalls einen Schmerzensgeldanspruch unabhängig davon, ob sie medizinisch erforderlich war, nicht zu begründen, weil ihr kein ursächliches rechtswidriges Verhalten des Beklagten zugrundelag. Das Abbrechen der Nadelspitze und deren Belassen im Körper im unmittelbaren Zusammenhang mit der Bandscheibenoperation hat der Beklagte, wie ausgeführt, nicht zu vertreten. Nur aus diesen Handlungen konnte sich aber gegebenenfalls die Notwendigkeit ergeben, sie zu entfernen.

Das spätere Unterlassen der Entfernung ohne Aufklärung

## SCHLEIFSERVICE

**Wir schleifen kostengünstig und schnell Ihre Instrumente. Fordern Sie bitte unsere Preisliste an.**

**Uwe Platzeck**

**Dental-Service**

Bahnhofstraße 35

07985 Elsterberg

Tel./Fax: (036621) 21150

• *Dental-Optik*

• *R. Quéting Schleifeinheit*

• *Schleifservice*

• *Hu-Friedy*

• *Dental-Lehrmaterial*



des Klägers bewirkte demgegenüber lediglich, daß die Nadelspitze mit zeitlicher Verzögerung entfernt wurde, daß also der Kläger die Operation im Jahre 1989 über sich ergehen lassen hat, statt im Jahre 1984 oder 1985.

3. Schließlich stellt die unterbliebene Aufklärung und die damit einhergehende Verletzung des Selbstbestimmungsrechts des Klägers darüber, ob er mit der Nadelspitze leben wolle oder nicht, auch keine ein Schmerzensgeld rechtfertigende Verletzung des Persönlichkeitsrechts dar, wie es dem Kläger offenbar vorschwebt.

Zwar ist das Selbstbestimmungsrecht ein Teilbereich des Persönlichkeitsrechts im Sinne der Wahrung der Entscheidungsfreiheit. Eine Beeinträchtigung liegt aber nur dann vor, wenn damit in eine geschützte Sphäre in der Weise eingegriffen wird, daß die persönliche Eigenart des Menschen in seinen Beziehungen zur Umwelt nicht gewahrt wird (vgl. Palandt/Thomas, a. a. O., § 823 Rdn. 177, 178).

Allein eine Übergehung des tatsächlichen oder mutmaßlichen Willens eines Patienten durch unterbliebene Aufklärung erfüllt diese Voraussetzungen nicht.

Darüber hinaus kommt ein Schmerzensgeld bei Verletzung des Persönlichkeitsrechts nur bei dessen schwererer Verletzung in Betracht (vgl. Palandt/Thomas, a. a. O., § 823 Rdn. 200). Auch daran fehlt es hier.

*Mitgeteilt von Rechtsanwalt  
Dr. B. Dehong, Karlsruhe*

*Aus: Arztrecht 10/1995*

### **Die nächste Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie**

innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde wird

**vom 16. - 18. Mai 1996**

als gemeinsame Tagung mit dem **Arbeitskreis Oralpathologie**  
in Bad Homburg v. d. H. stattfinden.

Das Tagungsthema der Arbeitsgemeinschaft Kieferchirurgie lautet:

#### **Risikopatienten und Komplikationen bei zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen**

Der Sitzungsabschnitt des Arbeitskreises Oralpathologie wird unter dem Thema

#### **Orale Manifestationen bei Systemerkrankungen**

stehen.

Nähere Auskünfte erteilt der Schriftführer der Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie,  
Herr Prof. Dr. Jürgen Becker, Abteilung für Oralchirurgie und zahnärztliche Röntgenologie,  
Universitätsklinikum Charité, Föhrer Straße 15, 13353 Berlin,  
Tel.: 030/45 92-330, Fax: 45 92-232.

**4. Unterfränkischer Zahnärztetag  
mit integrierter Helferinnen-Fortbildung und einer Dentalausstellung**

**12. - 13. Juli 1996 im Congress-Centrum Würzburg**

**Hauptthema: Zahnheilkunde als Erlebnis  
Realität oder Vision für das Praxis-Patiententeam?**

Rahmenprogramm: Wiedersehenstreffen ehemaliger Würzburger Studierenden der Zahnmedizin  
Festliche Weinprobe in der Kelterhalle des Bürgerspitals  
Festliches Konzert im Kaisersaal der Residenz Würzburg

Auskunft: Zahnärztlicher Bezirksverband Unterfranken,  
Dominikanerplatz 3d, 97070 Würzburg,  
Tel.: 09 31/57 18 68, Frau Schöffner

### Frühjahrsfortbildung

Thema:

#### **Füllungsmaterialien im Seitenzahnbereich**

**11. Mai 1996, 9.30 Uhr**

Kassel-Baunatal,  
Stadthalle

#### **Information:**

Landes Zahnärztekammer  
Hessen, Außenstelle Kassel,  
Mauerstraße 13,  
34117 Kassel,  
Tel.: 05 61/7 09 86 11.

### **10. Jahrestagung der Europäischen Gesellschaft für Zahnärztliche Ergonomie**

(EGZE/SEED/ESDE)

**25. - 26. Oktober 1996  
in Prag**

Tagungsthema:

#### **Berufliche Erkrankungen und Gesunderhaltung des Zahnarztteams**

Tagungssprachen: englisch,  
französisch, tschechisch,  
deutsch

#### **Korrespondenzadresse:**

Dr. Bert Wagner,  
Goethestraße 9,  
95163 Weißenstadt,  
Tel.: 0049/(0)9253/223,  
Fax: 1553

## Sonder-AfA und Tilgungsaussetzungen: Vorteile mit Haken

Es erscheint reizvoll, wenn man in den ersten Jahren der Selbständigkeit finanzielle Belastungen vermeiden und sie in die Zukunft verlagern kann. Dieser Effekt läßt sich durch vorgezogene Abschreibungen oder durch eine Tilgungsaussetzung erreichen. Doch solche eigentlich vorteilhaften Gestaltungsmöglichkeiten können auch leicht in die Irre führen, wenn man sich von der Liquidität in den ersten Jahren blenden läßt und künftige Verpflichtungen außer acht bleiben.

Die Deutsche Apotheker- und Ärztebank weist darauf hin, daß diese Gefahr besonders bei selbständigen Heilberuflern in den neuen Bundesländern droht.

### **EKH-Darlehen zehn Jahre tilgungsfrei**

Bei den Eigenkapitalhilfedarlehen der Deutschen Ausgleichsbank (EKH-Darlehen) handelt es sich - wie der Name sagt - um Darlehen mit einem eigenkapitalähnlichen Charakter. Die Zinskonditionen sind besonders günstig, und zudem hat der Darlehensnehmer keine Sicherheiten zu stellen.

EKH-Darlehen müssen in der Regel während der ersten zehn Jahre nicht getilgt werden, womit in dieser Zeit eine ansonsten vorhandene Belastung des Einkommens vermieden wird. Doch Stundung heißt nicht Schenkung. Denn vom elften Jahr an erfolgt die Tilgung in 20 gleich hohen Halbjahresraten. Wer in der Zeit davor keine ent-

sprechenden Rücklagen gebildet hat, muß dann unter Umständen seine Lebenshaltung deutlich einschränken. Denn das verfügbare Einkommen per annum kann sich in beträchtlichem Umfang reduzieren.

### **Auch SonderAfA haben ihre Tücken**

Neben den üblichen Absetzungen für Abnutzung (AfA) können unter bestimmten Voraussetzungen auch Sonderabschreibungen geltend gemacht werden. Doch durch eine Sonder-AfA erhöht sich nicht das gesamte Abschreibungsvolumen. Es werden lediglich Abschreibungsbeträge zeitlich vorgezogen, um zu Beginn des gesamten AfA-Zeitraums eine Steuererminderung zu erreichen. Es können selbstverständlich insgesamt nur maximal 100 % der Anschaffungs- bzw. Herstellungskosten eines Wirtschaftsguts abgeschrieben werden.

Je mehr der einzelne Heilberufungsangehörige also zu Beginn seiner selbständigen Tätigkeit bzw. während der ersten Nutzungsjahre eines Wirtschaftsguts abschreibt, desto weniger kann er in den Folgejahren steuerlich geltend machen. Um so höher fallen später dann - unter sonst gleichen Bedingungen - das zu versteuernde Einkommen und damit die Steuerlast aus, und um so geringer ist das verfügbare Einkommen.

Diesen Aspekt sollte man als Selbständiger mitberücksichtigen, damit man bei der Nut-

zung von Sonderabschreibungen in späteren Jahren eine unerwartet hohe Steuerbelastung und damit eine ungeplante Verringerung des

verfügbaren Einkommens vermeiden kann. Deshalb gilt auch hier: Rechtzeitig Rücklagen bilden, die verzinslich angelegt werden, um auf die

höheren Belastungen in späteren Jahren vorbereitet zu sein.

## Geringere Freibeträge bei der Praxisabgabe

Für Heilberufsangehörige, die ihre Praxis veräußern, gelten seit Beginn dieses Jahres geänderte Freibeträge bei der Versteuerung von Veräußerungsgewinnen. Darauf weist die Deutsche Apotheker- und Ärztebank hin.

Unter Veräußerungsgewinn versteht der Gesetzgeber jenen Betrag, um den der Veräußerungspreis nach Abzug der Veräußerungskosten den Wert des Betriebsvermögens (oder Wert des Anteils am Betriebsvermögen) übersteigt. Ein solcher Veräußerungsgewinn fällt dann an, wenn das Betriebsvermögen ganz oder teilweise abgeschrieben ist, am Markt dafür aber noch ein Preis erzielt werden kann. Ob die Praxis tatsächlich veräußert oder nur aufgegeben wird, ist unerheblich. Sofern kein Veräußerungsgewinn vorliegt, schätzt das Finanzamt den erzielbaren Preis.

### **Unter 55 Jahre: Kein Freibetrag**

Bei einer Praxisabgabe bis zum 31.12.1995 galten unterschiedliche Freibeträge - je nach dem, ob der Veräußerer unter 55 Jahre oder älter war. Dies wurde insofern geändert, als künftig bei einer Praxisabgabe oder -aufgabe im Alter von weniger als 55 Jahren kein Freibetrag mehr in Anspruch genommen werden kann.

Zudem sind Freibeträge, die ein Heilberufler bei einer Abgabe nach Vollendung des 55. Lebensjahres oder bei dauernder Berufsunfähigkeit in Anspruch nehmen kann, gekürzt worden. Künftig gilt die folgende Regelung:

### **Veräußerungsgewinn**

-> **Freibetrag**

**1 - 60.000 DM**

-> **Höhe des Gewinns**

**60.001 - 300.000 DM**

-> **60.000 DM**

**300.001 - 359.999 DM**

-> **Der Freibetrag in Höhe von 60.000 DM wird um den Betrag gekürzt, um den der Veräußerungsgewinn 300.000 DM übersteigt.**

**Mehr als 359.999 DM**

-> **Kein Freibetrag.**

Der Freibetrag wird einem Steuerpflichtigen nur einmal gewährt, wobei er im Gegensatz zur bisherigen Rechtslage bei einer Teilbetriebsaufgabe nicht anteilig zu mindern ist. Der Gewinn, der auf die Veräußerung von Material und Waren entfällt, gehört hingegen zum laufenden Gewinn und unterliegt damit ohne Freibetrag der vollen Einkommensteuer.

Ganz unabhängig vom Alter des abgebenden Heilberufers unterliegt die Versteuerung des Veräußerungsgewinns unverändert dem jeweiligen halben durchschnittlichen persönlichen

Steuersatz, sofern der Veräußerungsgewinn 30 Millionen DM nicht übersteigt und die Praxis als Ganzes übertragen wird.

### **Sonderzahlung bei der Veräußerung: Ratenzahlung und Rentenbasis**

Die Neuerungen bei den Freibeträgen berühren die Besteuerung eines Veräußerungsgewinns bei Ratenzahlung bzw. auf Rentenbasis nur dann, wenn der Veräußerungsgewinn im Jahr des Verkaufs versteuert wird und die Freibetragsregelungen Anwendung finden. Werden hingegen die Raten- bzw. Rentenzahlungen erst zum Zeitpunkt des Zuflusses versteuert - was unter bestimmten Voraussetzungen möglich ist -, findet die Freibetragsregelung - wie schon vorher - sowieso keine Anwendung.

Gerade aufgrund der komplizierten steuerrechtlichen Vorschriften bei einer Veräußerung empfiehlt es sich, vor Unterzeichnung eines entsprechenden Kaufvertrags einen Steuerberater hinzuzuziehen. Er kann die möglichen und im Einzelfall günstigsten Varianten aufzeigen.

*Beide Beiträge:*

*Leser-Service*

*Deutsche Apotheker- und Ärztebank*

## Produktinformationen

### Neues Projekt

Auf Anregung von Zahnärzten und im Interesse der Zahnärzte definieren die Einrichtungsgruppe des VDDI und die Gruppen des Dentalhandels eine einheitliche neutrale Schnittstelle, die den offenen Datentransfer zwischen allen dentalen Datenverarbeitungssystemen ermöglicht.

Hierbei soll es sich nicht nur um die existierenden Praxisverwaltungs- und Abrechnungssysteme, Bildverarbeitungssysteme, wie digitales Röntgen, handeln, sondern es soll auch die Wahrnehmung zukünftiger Angebote digitaler Dienste, wie zu Onlinedatenbanken, ermöglichen.

Diese, nach allen Seiten hin offene Schnittstelle, sichert dem Zahnarzt in der Zukunft

die notwendige Flexibilität in der Auswahl aller am Markt befindlichen DV gestützten Arbeitsmittel.

Alle im Dentalmarkt tätigen Anbieter werden aufgefordert, sich diesem Projekt anzuschließen, um im Interesse der Zahnärzteschaft eine schnelle Verbreitung dieser einheitlichen Schnittstelle sicherzustellen. Nur mit dieser einheitlichen Schnittstelle ist es dem Zahnarzt möglich, unabhängig von derzeit existierenden firmenspezifischen Datenverarbeitungssystemen, auch in Zukunft das für ihn geeignete, beste Arbeitsmittel auszuwählen und zu nutzen.

Die nach allen Seiten hin offene Schnittstelle wird bereits am 1. Juli 1996 zur Verfügung stehen.

Die an dem Projekt beteiligten Firmen sichern zu, die Anbindung ihrer derzeit auf dem Markt befindlichen DV gestützten Produkte an diese Schnittstelle durchzuführen.

#### Die Einrichtungsgruppe im VDDI

**Baisch**  
**Dürr**  
**KaVo**  
**Siemens**  
**Ultradent**

#### Die Fachhandelsgruppen

**Dental Union**  
**Dental Liga**  
**Orbis**  
**Siemens**

Für weitere Auskünfte steht Ihnen die Geschäftsstelle des Bundesverbandes Dental (BVD) in Köln zur Verfügung:  
Tel.: 0221/240 93 42,  
Fax: 0221/240 86 70.

### Kleinanzeigen

**ZA, 27 J., 12 Monate KFO-BE, sucht Ass.-Stelle in moderner KFO-interessierter ZA-Praxis** ab Herbst '96. Gerne Raum EF, WE, J, nicht Bedingung.

Interessenten wenden sich bitte unter tzb 022 an TYPE-DTP, Müllerstr. 9, 99510 Apolda.

**Suche ab 9/96 Praxisübernahme oder Sozietät** in Jena.

Tel. (0 36 41) 5 06 24 oder (0 36 41) 39 67 47.

**Sozius bzw. Sozia** für Top-Praxis in Südnieders. **gesucht.** Kein Kapitaleinsatz nötig, da im 1. Jahr 30%ige Umsatzbeteiligung durch Juniorpartnermodell.

Bew. bitte mit Lebenslauf und Lichtbild unter tzb 021 an TYPE-DTP, Müllerstr. 9, 99510 Apolda.

#### Inserentenverzeichnis

#### Seite

R.+R. Daume Finanzdienstleist., Erfurt	2. US
MioS Ing.-Büro für Strahlenschutz, Halle	58
Gött. Dental-Labor, Prof. Dr. Gutowski	61
Göttinger Dental-Labor, Filiale Erfurt	63
NewTech GmbH & Co. KG, Denzlingen	65
System-Technik-Neuhaus a. Rwg. GmbH	70
Uwe Platzeck Dental-Service, Elsterberg	77
Beycodent, Suhl/Hammerbrücke	85
TYPE-DTP, Apolda	86
Teac & Garden GmbH, Reinbek-Ohe	89
Friatec AG, Fortbildungsztr., Mannheim	4. US
Kleinanzeigen	83

### 3M wird eigenständiges Unternehmen gründen

## Für Daten-Speicherprodukte und Bildverarbeitung

3M hat angekündigt, eine eigenständige Aktiengesellschaft für seine Geschäftsbereiche Daten-Speicherprodukte und Bildverarbeitungs-Systeme zu gründen. Livio D. DeSimone, Chairman und Chief Executive Officer, erklärte: „Wir sind davon überzeugt, daß beide, nämlich das neue, eigenständige Unternehmen und 3M, eine bessere Position für ein profitables Wachstum erhalten. Beide werden kundentorientierter sein als bisher, größere Chancen für die Mitarbeiter bieten und den Wert für die Anteilseigner steigern.“

3M selbst wird aus zwei Business Sectors bestehen, dem Industrial & Consumer Sector und dem Life Sciences

Sector. Die Electro and Communications Group, derzeit Teil des Information, Imaging and Electronic Sector, wird dem Industrial & Consumer Sector zugeordnet. Der Gesamtumsatz dieser Geschäftsbereiche, die sich auf viele der traditionellen 3M Technologiestärken stützen, betrug 1994 über 12 Mrd. US Dollar.

Das neu zu gründende Unternehmen umfaßt die 3M Geschäftsbereiche für Daten-Speicherprodukte und Bildverarbeitungs-Systeme. Es wird ein schnelles, schlankes Unternehmen in Märkten sein, wo es weltweit eine führende Rolle einnimmt. 1994 betrug der Umsatz dieser Geschäftsbereiche über 2 Mrd. US Dollar.

Diese Entscheidungen sind Ausdruck einer intensiven Analyse des 3M Business-Portfolios.

Als Teil dieser Analyse wird 3M sein Audio- und Video-Geschäft innerhalb eines Zeitraumes von etwa einem Jahr umstellen. Der Umsatz dieser Geschäftsbereiche belief sich auf etwa 650 Mio. US Dollar im letzten Jahr.

L. DeSimone: „Die Unternehmenskultur als Basis für den 3M Erfolg, nämlich Innovation, Mut zum Risiko, Respektierung des Individuums, Teamwork und Integrität, wird in beiden Unternehmen fortgesetzt werden.“

3M Presseinformation

## Umweltzeichen „Blauer Engel“ für aronal öko-dent

aronal öko-dent, eine Zahnbürste mit auswechselbaren Bürstenköpfen, wurde jetzt von der Jury Umweltzeichen mit dem „Blauen Engel“ ausgezeichnet.

Ausschlaggebend für das von der Bundesumweltministerin Angela Merkel berufene Gremium war die besondere Abfallarmut der Zahnbürste. Das von der elmex-Forschung Basel/Lörrach entwickelte Zahnpflegeinstrument ist die einzige Wechselpfand-Zahnbürste, die aus voll recyclebarem Monomaterial gefertigt wird.

Durch das Auswechseln des Bürstenkopfes kann der Griff wiederverwendet werden.

1920 Tonnen Abfall könnten nach Berechnungen des Herstellers bei vollständiger Umstellung damit pro Jahr vermieden werden.

Das Umweltzeichen „Blauer Engel“ kennzeichnet ökologisch empfehlenswerte Produkte.



*Neu von der blend-a-med Forschung:*

### Elektrozahnbürste blend-a-dent Medic Control jetzt mit Wellenprofil-Aufsteckbürsten

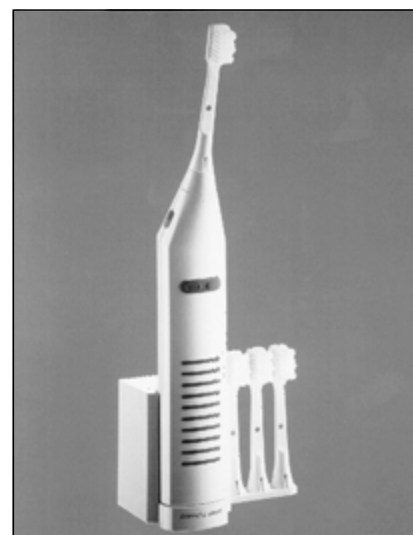
Die blend-a-med Forschung hat jetzt die Elektrozahnbürste blend-a-dent Medic Control noch weiter optimiert. Ab sofort wird sie mit Wellenprofil-Aufsteckbürsten ausgestattet. Damit ist eine bessere Reinigung der Zähne und der Zahnzwischenräume bei gleichzeitiger Schonung der Gingiva und der Hartschubstanz gewährleistet.

Das innovative Wellenprofil ist den Zähnen anatomisch angepaßt und ermöglicht nicht nur eine gründliche Reinigung der bukkalen Zahnflächen, sondern vor allem auch die der Problemzonen im Approximalraum, in dem es bis zu 37 % mehr Fläche erreicht als eine flache

Multituftbürste. Entsprechend entfernen die Wellenprofil-Aufsteckbürsten insgesamt bis zu 30 % mehr bakteriellen Zahnbelag.

Die blend-a-med Forschung hat die Wellenprofil-Aufsteckbürste in Zusammenarbeit mit führenden Zahnmedizinern nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen entwickelt. Die blend-a-dent Medic Control ist die erste elektrische Zahnbürste, in die sowohl die richtige Putztechnik (nach Bass) als auch eine optische Anpreßdruck- sowie eine Putzzeit-Kontrolle eingebaut sind. Das bedeutet: diese Zahnbürste kann weitverbreitete Fehler wie falsche Putztechnik, zu kurze

Putzdauer und zu starken Bürstendruck mit intelligenter Technik verhindern. *blend-a-med Forschung, Mainz*



### Solobond Plus

Solobond Plus, das lighthärtende Dentin- und Schmelzbond der neuesten Generation aus der VOCO Forschung, ermöglicht schnelles und sicheres Bonden.

Solobond Plus bietet über die CTR-Haftung ein einzigartiges Haftpotential: Chemische Ankopplung über Komplexbildung am Calcium des Dentins, Tags, d. h. Zapfenbildung in den Tubuli und retentive Haftung durch das Anlösen des Smearlayers und anschließende Vernetzung des Primers mit den freiliegenden Kollagenfasern.

Bei Solobond Plus wird bewusst auf die Total-Etch-Technik verzichtet. So ist So-

lobond Plus besonders pulpaschonend. Der Primer ist selbstkonditionierend, d. h. speziell für die Anwendung auf Dentin abgestimmt.

Weitere Besonderheit und großer Anwendungsvorteil ist der Sofort-Klebe-Effekt. Das nach dem Bonden applizierte Composite haftet sofort am Bond und läßt sich nun leichter modellieren und ausarbeiten.

Solobond Plus enthält speziell von VOCO entwickelte Co-Polymere. Sie verleihen dem Haftungssystem elastische Eigenschaften, die starke Belastungen absorbieren und den dichten Randschluß dauerhaft sichern.

Handelsformen: Set 4 ml Adhäsiv, 4 ml Primer, 5 ml Voco-cid

Nachfüllpackung 2 x 4 ml Primer

Nachfüllpackung 2 x 4 ml Adhäsiv

VOCO GmbH, Postfach 767, 27472 Cuxhaven



**Optimale Prävention in der Zahnarztpraxis:**

**Neuartige Einmalkanüle für Multifunktionsspritzen**

Eine unkomplizierte, schnelle und 100 % wirksame Lösung, die das Risiko der Kontamination ausschließt.

Die Einmalkanüle zur optimalen Prävention in der Zahnarztpraxis wurde von dem französischen Unternehmen Riskontrol entwickelt und auf den Markt gebracht. Sie besteht aus einem ungiftigen Kunststoff und weist eine Länge von 55 mm auf.

Mit Hilfe eines Zwischenstückes aus Aluminium wird sie vom Zahnarzt auf die Spritze aufgesetzt. Ihre Anwendung verhindert eine virale Ansteckung. Daneben hat Riskontrol eine Reihe von Zusatzelementen (52 Ausführungen) entwickelt, die es ermöglichen, die Kanüle an die meisten multifunktionalen Spritzen auf dem Weltmarkt anzupassen.

Die Multifunktionsspritze ist ein medizinisches Gerät, das von Zahnärzten täglich benutzt wird. Durch die Luftzufuhr und die Sprühfunktion trägt sie allerdings dazu bei, daß sich septische Stoffe aus Zahnfüllungen, Zahnablagerungen sowie Blut und Speichel verbreiten.

Einige dieser Ablagerungen können sich in der Spritze absetzen. Da es beinahe unmöglich ist, sie zwischen den einzelnen Behandlungen zu reinigen und zu desinfizieren, kann sie somit zu einem Infektions- und Ansteckungsherd werden.

Die Einmalkanüle versorgt über zwei dünne Kanäle den geöffneten Mundraum mit

Luft und Wasser und stellt somit für die Patienten eine sichere und zuverlässige Lösung dar.

Darüberhinaus macht es die Flexibilität der Einmalkanüle möglich, auch die schwer zugänglichen Stellen im Mundraum behandeln zu können. Man benötigt nur einige Sekunden, um von einem zum anderen Patienten zu wechseln. Das bedeutet einen Zeitgewinn und eine Kosteneinsparung, da es nicht mehr notwendig ist, zu dekontaminieren oder zu sterilisieren.

Die Einmalkanülen Riskontrol sind durch Elektronenbündel sterilisiert, in Beuteln á 200 Stück oder abgepackt in Einheiten á 100 Stück im individuellen Blister lieferbar.

Riskontrol-Vertretung in Deutschland:

Hager und Werken GmbH & Co KG, Postfach 100654, 47006 Duisburg



**Zu dem Artikel „Der Gummizahn im Fenster...“ im tzb Heft 12/1995, Seite 481, wurde folgender Leserbrief an die Redaktion geschickt:**

*Sehr geehrter Herr Kollege Schmidt,*

*Ihre Veröffentlichung im tzb 12/95 kann nach unserer Meinung in Teilen nicht unwidersprochen bleiben.*

*Zum einen ist Ihre Aussage zum Fachzahnarzt befremdend. Der Fachzahnarzt ist nicht eine Ziselierung oder Nostalgie, sondern wurde ähnlich der Promotion in harter Arbeit erworben. Es gibt genügend Kollegen, die sich weder dem einen noch dem anderen unterzogen haben. Eine im Schnitt fünfjährige praktische und theoretische Weiterbildung, welche mit einer meist mehrstündigen Prüfung abgeschlossen wurde, braucht nicht verschwiegen zu werden.*

*Die Zeiten der Gleichmacherei sind doch vorüber. Unsere Berufsordnung ist gut und wichtig. Es braucht gewiß auch Gremien, die die Einhaltung begleiten und verteidigen. Ihr „Aufruf“ aber an die Kollegenschaft, Informationen weiterzugeben, erinnert in fataler Weise an sozialistische Gepflogenheiten.*

*In der Hoffnung, daß es dem Vorstand der LZÄK gelingt, den „Rest“ der Kollegialität ohne restriktive Maßnahmen zu wahren und zu pflegen, verbleiben wir*

*mit kollegialer Hochachtung*

**Dr. Schmidt hat bereits darauf geantwortet:**

*Sehr geehrte Kollegen,*

*Ihr Stolz auf den „Fachzahnarzt“ ist durchaus berechtigt, und eine gesamtdeutsche Übernahme dieser bewährten Weiterbildung wäre wünschenswert gewesen.*

*Darum geht es aber nicht, sondern es geht um den Fachzahnarzt auf dem Praxisschild, Briefkopf und Stempel in der unzulässigen Form – lesen Sie bitte dazu in diesem Heft „Letzte Mahnung“. Mit „sozialistischen Gepflogenheiten“ hat es nichts zu tun, wenn man sich gegen unsaubere Werbeversuche von Berufskollegen zur Wehr setzt.*

*Wie, bitte, sollte Ihre Berufsvertretung reagieren können, wenn solche Fälle nicht bekannt werden?*

*Im übrigen freuen wir uns über Ihre Meinungsäußerung und würden gern mehr Leser- bzw. Kollegenbriefe veröffentlichen, Diskussionsstoff bietet die Berufspolitik jede Menge!*

---

**Wir stellen her und liefern kurzfristig  
Drucksachen**

**wie Visitenkarten, Briefbögen, Geschäftspapiere ... !**

**Rufen Sie uns an, wir unterbreiten Ihnen Ihr Angebot.  
TYPE-DTP, Ronald Scholz, Müllerstraße 9, 99510 Apolda  
Tel./Fax 036 44/55 58 12**

## Zahnfleischohwund ist kein Schicksal

*Deutsche Gesellschaft für Parodontologie legt Empfehlungspapier für gesundes Zahnfleisch vor / Vorbeugungsmaßnahmen noch zu wenig bekannt*

Nach dem heutigen Stand der Prophylaxe könnte praktisch jeder Bundesbürger bis zu seinem Lebensende mit den eigenen Zähnen kauen. Darauf hat in Hamburg der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie, Professor Dr. Wolfgang Krüger, hingewiesen. Zwar leidet fast jeder Jugendliche schon an einfachen Zahnfleischentzündungen (Gingivitis), die dann im Laufe der Jahre schubweise auch die tiefer liegenden Gewebe erfassen und letztendlich zum Knochenabbau (Parodontitis) führen können. Dennoch seien Entzündungen des Zahnfleisches ebenso wie Karies kein Schicksal sondern vermeidbare Krankheiten, so Krüger.

Mehr als 80 % der Zahnfleischerkrankungen könnten allein durch verbesserte Zahnreinigung beherrscht oder ganz verhindert werden, erläuterte der Hamburger Zahnarzt Dr. Bernd Heinz. Die vollständige Beseitigung von bakteriellen Zahnbelägen, vor allem in den schwer zugänglichen Zahnzwischenräumen, steht dabei im Mittelpunkt. Die dazu nötigen Hilfsmittel wie Zahnseide, Interdentalbürstchen, Zahnholzchen oder medizinische Mundspüllösungen sind jedoch noch zu wenig bekannt. Um die Kenntnis und Anwen-

dung dieser Vorbeugemaßnahmen zu verbessern, zur Früherkennung von Erkrankungen des Zahnfleisches und Zahnhalteapparates beizutragen und die Behandlungsverfahren des Zahnarztes zu erläutern, startet die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie jetzt eine Aufklärungskampagne.

Zentraler Inhalt ist ein neu erstellter „Ratgeber für gesundes Zahnfleisch“. Er wird über Zahnärzte kostenlos an Patienten abgegeben. Der richtige Gebrauch von Hilfsmitteln für die effektive Zahnreinigung wird darin ebenso anschaulich erklärt wie die Ursachen von Gingivitis und Parodontitis. Als besondere Orientierungshilfe diene ein Fragenkatalog, der dem Patienten die Selbsteinschätzung seines Zahnfleischzustandes ermöglichen soll.

Die Behandlung einer Parodontitis erfordert eine zeitaufwendige und intensive Betreuung durch ein Team von Zahnarzt und speziell ausgebildeten Fachkräften. Bei rechtzeitiger Behandlung und guter Mitarbeit des Patienten sei aber auch eine chronische Erkrankung günstig zu beeinflussen und sogar zum Stillstand zu bringen. Eine arbeits- und kostenintensive Prävention sei auf lange Sicht billiger als die Behandlung von Zahnverlust, sagte Krüger.

An Krankenkassen und Kammern appellierte der Präsident, adäquate Behandlungskonzepte für eine Parodontalbehandlung zu verabschie-

den, und die Parodontologie als Weiterbildungsfach für Zahnärzte zu etablieren.

*Presseinformation der DGP*

## Qualitätssicherung in der Zahnheilkunde

Anspruch und Wirklichkeit

*Hrsg.: W. Walther und  
M. Heners*

*Mit Beiträgen von R. Biffar, M. Heners, Th. Holste, Th. Kerschbaum, M. Noack, D. Pahncke, P. Proff, W. Rumetsch, H. von Schwanewede, H. Stark, I. Strehler, H. Toutenburg und W. Walther*

*167 Seiten, DM 44,-, ISBN: 3-7785-2443-7. Hüthig GmbH, Heidelberg 1995.*

„Wann muß eine prothetische Arbeit erneuert werden?“

Die Antwort gibt das von Holste entwickelte Indexsystem, das sich wie folgt gliedert:

Index „Objektiver Prothesenzustand“

Index „Subjektives Gebißempfinden“

Index „Kauvermögen“

Über den Begriff der Qualitätssicherung streiten sich die Geister, seit ihn der Gesetzgeber in das Sozialgesetzbuch aufgenommen hat. Bis heute ist der Begriff der Qualität in der Zahnheilkunde nicht eindeutig definiert worden.

Begreift man „Qualität“ als „Wirksamkeit und Bedeutsamkeit“ des zahnärztlichen Eingriffs, so kann Qualitätssicherung als Inventur derjenigen zahnärztlichen Behandlungsroutinen verstanden

werden, die Gesundheit und Wohlbefinden des Patienten bestimmen.

Die Autoren dieses Werkes haben ausgewählte Bereiche der zahnärztlichen Behandlung exemplarisch einer solchen „Inventur“ unterzogen. Der Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis zur Qualitätsproblematik wurde untersucht und praktische Anregungen und Erfahrungen dargestellt. Das Buch dient als Beitrag zur Versachlichung der Diskussion um die Qualitätssicherung. Nur so kann die Kluft zwischen Anspruch und Wirklichkeit in dieser bedeutsamen Frage geschlossen werden.

### **Das Prüfungswissen der Zahnarthelferin**

Fachkunde und Prüfungsfragen

*R. H. Schönfeld*

*9., vollständig neu bearbeitete Auflage, 228 Seiten, 331 Abbildungen, DM 34,-, ISBN: 3-87706-421-3. Schlütersche Verlagsanstalt und Druckerei, Hannover 1995.*

Mit Hilfe dieses umfassenden Nachschlagewerkes erwirbt sich die Auszubildende in der Zahnarztpraxis kompetentes Fach- und Prüfungswissen. Darüber hinaus kann die Zahnarthelferin ihr erlerntes Wissen über die einzelnen Fachgebiete und Arbeitsbereiche eigenständig überprüfen und ihre Zuverlässigkeit gewährleisten.

Empfehlenswert ist dieses Buch ebenfalls für zahnärztliches Personal ohne Berufsabschluss „Stomatologische

Schwester“ in Vorbereitung der Prüfung zur Anerkennung als „Zahnarthelferin“. Anschauliches Bildmaterial ergänzt die Texterläuterungen. Im Anhang dieses Buches werden Behandlungsabläufe und ihre Lösungen dargestellt. Bewußt wurde der abrechnungstechnische Teil ausgeklammert und vom Prüfungswissen getrennt.

Ein umfangreicher und systematischer Fragenkatalog aus Histologie, Anatomie und Physiologie, Pathologie, Konservierende Zahnheilkunde, Chirurgie, Prothetik, Kieferorthopädie, Röntgenkunde, Hygiene, Mikrobiologie, Desinfektion und Sterilisation und Arzneimittellehre einschließlich Rezept wird dem Textteil anschaulich und leicht verständlich zugeordnet.

Der Bereich der Abrechnungen wird in dem ebenfalls in der Schlüterschen Verlagsanstalt erschienenen Buch „Das Abrechnungsbuch für die zahnärztliche Praxis“ umfassend und verständlich dargestellt. Die beiden Bücher ergänzen sich in idealer Weise und vermitteln der Zahnarthelferin fundiertes Fachwissen.

Der Autor, Dr. med. dent. Rüdiger Schönfeld, ist seit einigen Jahren Fortbildungsreferent am Bildungszentrum der Landeszahnärztekammer Hessen und Vorsitzender des Prüfungsausschusses. Das Buch wendet sich an Zahnarthelferinnen während und nach der Ausbildung. Dem Zahnarzt ist es ein Leitfaden für das Ausbildungsspektrum seiner Mitar-

beiterinnen – ein unentbehrliches Handbuch und Nachschlagewerk für jede Zahnarztpraxis.

### **Handlungsfeld Praxis – Wirtschaftslehre für Arzt-, Zahnarzt- und Tierarthelferinnen**

*P. J. Schneider, M. Zindel, R. Lötzerich und A. Pollert*

*288 Seiten, vierfarbig, DM 35,80, ISBN: 3-8045-9534-0. Winklers Verlag, Gebrüder Grimm, Darmstadt 1995.*

Ein völlig neuartiges Lehrbuch im modernen Layout, im Zeitschriftenstil, mit Einstiegsfällen aus der Erfahrungswelt der Helferinnen, leichtverständlichen Sachtexten und Arbeitsvorschlägen. Aufgelockert durch viele Fotos, Karikaturen und Comics. Das ist keine langweilige Stoffvermittlung, sondern interessant und jugendnah. Zudem werden viele Tips für die Bewältigung von Alltagssituationen gegeben. So macht das Lernen Spaß. Die Auszubildenden werden motiviert arbeiten und sich das notwendige Wissen gern aneignen.

Mir ist es schwergefallen, mich in diese Broschüre hineinzu lesen. Für junge Menschen erscheint es mir hingegen denkbar einfach, da hier ein logischer Aufbau ähnlich einer Computeranwendung gewählt wurde. Wichtig sind die abgehandelten Rechtsfragen und finanzwirtschaftliche Betrachtungen.

Von den gleichen Verfassern erscheint im Frühjahr 1996: Fitmacher Wirtschaftslehre, die optimale Hilfe für Klas-

senarbeiten, Zwischen- und Abschlußprüfungen (104 Seiten, ISBN: 3-8045-9570-7, DM 18,60).

Eine lohnende Ausgabe: Mit diesen beiden aufeinander abgestimmten Büchern wird die Angst vor Klassenarbeiten und Prüfungen genommen.

### **Dental Atlas**

*Hrsg.: M. Ebnetter, H. F. Wolff und A. Wolgensinger*

*132 Seiten, 428 Abbildungen, 2 Ringbücher im Format 25 x 31,5 cm, mit Einsteckfach für das Textheft im Format 11 x 23 cm, DM 398,-, ISBN: 3-87652-010-X, Quintessenz Verlag, Berlin 1994.*

Mit dem zweibändigen Dental Atlas wird Ihnen ein drucksvolles Bildmaterial für die Aufklärung des Patienten zu restaurativen Fragen und zu den Möglichkeiten der Prophylaxe an die Hand gegeben.

Dem Verlangen der Zahnärzte nachzukommen, ein komplettes Demonstrationshandbuch für die verschiedensten Therapievarianten bzw. für die Gesundheitsaufklärung herauszugeben, war sowohl dem Verlag als auch den Autoren gelungen. Trotz des Erscheinungsjahres - 1983 - hat der Atlas noch eine überzeugende Aktualität im Gespräch mit dem Patienten. Für die moderne Zahnheilkunde fehlen allerdings die Themen

- Individualprophylaxe
- zahnfarbene Seitenzahnrestaurationen
- Implantologie

Dieser Mangel an eminenten Aufklärungsvorlagen rechtfertigt meines Erachtens heute den Preis von DM 398,- nicht mehr. In puncto der sonst vorhandenen Themenvielfalt war die Patientenaufklärung mit diesem Atlas optimal.

Band I enthält vor allem Bilder für die Instruktion und Motivation zur Mundhygiene und die Erklärung der Füllungstherapie.

Band II enthält Bildmaterial zur restaurativen Therapie, zur Parodontologie und zur Kieferorthopädie.

#### **Band I**

Ätiologie von Karies und Gingivitis

Prophylaxe

Karies - Füllungen

Wurzelbehandlung

Einzelkrone Front

Einzelkrone Seitengebiet

Parodontologie allgemein

Chirurgie

#### **Band II**

Die gestörte Funktion  
spezielle Parodontologie  
(Diagnostik und Therapie)

Brückenprothetik

partielle Prothetik

Totalprothetik

Kieferorthopädie

Ein separater Begleittext zu jedem Bildband gibt dem Zahnarzt „Stichwörter“ für sein Instruktionsgespräch. Zusätzlich helfen ausführlichere, in der Wortwahl einfach gehaltene „Erklärungen für den Patienten“ bei der Patientenaufklärung.

Der Dental Atlas besteht aus zwei praktischen Ringordnern mit jeweils 66 hochwertigen, abwischbaren Hochglanz-Seiten und zwei 66seitigen Begleittext-Broschüren. Er wurde für die täglichen Bedürfnisse der Praxis geschaffen und hat sich dort seit seinem Erscheinen bestens bewährt.

*Buchbesprechungen:  
G. Wolf, Suhl*

### Das Dental Vademekum

Das Dental Vademekum ist in seiner 5. Ausgabe erschienen. Dieses Materialhandbuch des Zahnarztes beschreibt auf 1100 Seiten 7000 verschiedene Produkte für die Zahnarztpraxis und gilt damit zu Recht als das zahnärztliche Pendant zur „Roten Liste“ der Ärzte.

Das Dental Vademekum, gemeinsam herausgegeben von Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung, leistet mit seinen ausführlichen Produktinformationen einen Beitrag zur Qualitätssicherung in der Zahnarztpraxis. Es bietet mehr Sicherheit bei

der Auswahl und Anwendung zahnärztlicher und zahntechnischer Arbeitsmittel, Werkstoffe und Instrumente.

Mit der Unterstützung von Wissenschaftlern hat das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) die Datenbestände von ca. 350 bundesweit tätigen Dentalfirmen auf den aktuellen Stand gebracht. Durch die übersichtliche Einteilung nach Produktnamen, Herstellern, Lieferform und Produkteigenschaften bekommt der Zahnarzt einen schnellen Überblick über das Marktangebot.

Eine ergänzende EDV-Version ermöglicht ein rasches Auffinden und Auswerten

von Produkten, wobei für die erläuternden Vorworttexte und die inhaltlichen Kommentare auf das Buch verwiesen wird.

Interessierte Zahnärzte können das Dental Vademekum schriftlich bestellen bei: Deutscher Ärzteverlag GmbH, Buchverlag, Postfach 400265, 50832 Köln, Fax: 02234/49498.

Ein Exemplar kostet DM 148,-.

Bei Abonnementbestellung (zwei aufeinanderfolgende Ausgaben) kostet die aktuelle Ausgabe DM 118,-.

Die Diskette zum Buch ist für DM 68,- erhältlich.

*info-Z*

## Aufruf der Bundeszahnärztekammer an alle Kolleginnen und Kollegen

Durch Gesetz wurde in Kroatien eine Zahnärztekammer installiert.

Der gewählte Präsident, Dr. Zeljeko Zubovic, hat viele Jahre in Deutschland als Assistent und als selbständiger Zahnarzt gearbeitet. Er möchte die kroatische Kammer gern nach deutschem Vorbild aufbauen und bittet um Unterstützung.

Der Kammer gehören alle kroatischen Zahnärzte als Pflichtmitglieder an.

Die Kammer finanziert sich durch Beiträge. Sie hat durch den Staat kein Startkapital für den Etat erhalten, so daß sehr sparsam gewirtschaftet werden muß. Für Büroein-

richtungen, Schreibautomaten, Computer etc. fehlt es an finanziellen Mitteln.

Der kroatische Zahnärztekammerpräsident bittet in einem Schreiben den ERO-Präsidenten (Regionale Organisation der FDI für Europa) Adolf Schneider um Unterstützung.

Leider sind im Kölner Zahnärztheus z. Zt. keine für die Zahnärztekammer Kroatien in Frage kommenden Geräte vorrätig.

Daher die Bitte an alle Zahnärztinnen und Zahnärzte, der Bundeszahnärztekammer evtl. vorhandene funktionsfähige Gerätschaften zu melden. Den Transport wür-

den dann die ERO bzw. die kroatische Zahnärztekammer organisieren.

**Die Adresse lautet:**

**Bundeszahnärztekammer,  
Postfach 410168,  
50861 Köln,**

**Tel.: 0221/4001-0,  
Fax: 0221/404035**