



LANDES-
ZAHNÄRZTEKAMMER
T H Ü R I N G E N



Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

**THÜRINGER
ZAHNÄRZTE
BLATT 3** 7. Jahrgang
März 1997



**Vormerken: 4. Thüringer Zahnärztetag
18.-19.9.1998 in Suhl**

Impressum

THÜRINGER ZAHNÄRZTEBLATT

Offizielles Mitteilungsblatt der Landeszahnärztekammer Thüringen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen

Herausgeber: Landeszahnärztekammer Thüringen (verantwortl. für PZD) und Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

Gesamtherstellung: TYPE Desktop Publishing, Müllerstraße 9, 99510 Apolda, Telefon 0 36 44/55 58 12, Fax 0 36 44/55 58 95

Redaktion: Gottfried Wolf (v. i. S. d. P. für Beiträge der LZKTh), Thorsten Radam (v. i. S. d. P. für Beiträge der KZVTh), Christiana Meinel (Redakteurin)

Anschrift der Redaktion: Landeszahnärztekammer Thüringen, Mittelhäuser Straße 76-79, 99089 Erfurt, Tel.: 03 61/74 32-0, 03 61/74 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 0 36 44/55 58 12, Fax 0 36 44/ 55 58 95, 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 gestattet.

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 (1997): 1 Jahrgang mit 11 Heften

Zeitschriftenpreise (1997): 78,- DM zuzügl. Versandkosten; Einzelheftpreis: 8,- DM zzgl. Versandkosten. Rabatt für Studenten: 25 %. Für Mitglieder der Landeszahnärztekammer 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

Aufregung im Vertragsgeschäft 84

LZKTh

Patientenberatung wichtig 86
 GOZ-Urteile, die den Standpunkt des GOZ-Ausschusses stützen 88
 Fortbildungskalender 90

Helferinnen

Hinweise zur Abschlußprüfung Sommer 1997 92

KZV

Positive Entwicklung 93
 Erwiderung auf: „Hygieneberatung per Briefangebot“ 93
 Die KZV Thüringen – standespolitischer Vorreiter oder Hemmschuh? 94
 14. März: Neues KZV-Gebäude wird offiziell eröffnet 96

Praxis

Haftbar gemacht 98
 Die BGW behält nur die Kontrolle 101

Fortbildung

Grundzüge manueller Funktionsanalyse 102
 Praxisbericht: Prothetische Versorgung mit Doppelkronen 108
 Dentallegierungen und Titan in der Zahnärztlichen Prothetik 110

Veranstaltungen

111, 119

Berufspolitik

Zahnärzte zu Gast bei der Friedrich-Ebert-Stiftung 112
 Statement der KZV (Th. Radam): „Folgen und Probleme der Gesundheitsstrukturreform“ 114
 Fragwürdige Profilierung auf dem Rücken der Patienten 118

Praxisservice

121

Buchbesprechungen

122

Kultur

Prager Frühling ... – oder Frühling in Prag 125

*Titelfoto (Thüringer Landesfremdenverkehrsverband):
 Dornburger Schlösser,
 siehe auch Beitrag auf Seite 37*

Aufregung im Vertragsgeschäft Für ihren Omnipotenzanspruch mißachten die Krankenkassen die Spielregeln

Die Krankenkassen genießen beim Volk immer noch ein hohes Ansehen. Das ist kein Wunder, denn sie versprechen jedem alles.

Genau betrachtet können sie das schon lange nicht mehr halten. Die Zeiten, als das Prinzip der ausgabenorientierten Finanzierung galt, sind so lange vorbei wie das Wirtschaftswunder. Die Folge waren Kostendämpfungsgesetze in einer großen Zahl. Das letzte, das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993, haben wir Zahnärzte in Thüringen selbst erlitten, riß es uns doch aus den Träumen der Wendezeit. Obwohl sich die Krankenkassen nun seit 1993 durch die Budgetierung vieler Leistungsbereiche in der komfortablen Situation sehen, nur noch einen definierten Betrag ausgeben zu müssen, aber theoretisch dafür unbegrenzte Leistungen fordern zu dürfen, geraten sie erneut in ein Finanzdefizit von z. Z. geschätzten 7 Mrd. DM. Was ist der Grund? Die Wirtschaftlichkeitsreserven bei den „Leistungserbringern“ – soll heißen bei den Heilberufen – sind längst aufgebraucht. Mehr noch, deren Leistungsfähigkeit ist durch den durch die Budgetierung induzierten Kostendruck längst ausgelaugt. Nur so ist zu begreifen, daß im November letzten Jahres die Thüringer Ärzte eine große Demonstration auf dem Erfurter Anger veranstalten konnten.

Man muß ganz einfach sehen, daß eine Gesundheitsversorgung auf so hohem Niveau wie in Deutschland eben ihren Preis hat. Entweder man stellt die Mittel zur Verfügung, oder man schaut, auf welche Leistungen man im Zweifel verzichten kann. Diese Erkenntnis geht den Krankenkassen völlig ab. Motto: „Wir versprechen allen alles, nur kosten darf es nichts!“

Daß man mit solchen Versprechen in unserem Land Erfolg hat, ist klar. In der DDR wurde das Füllhorn der Sozialleistungen über das Volk ausgeschüttet, um die Überlegenheit des Sozialismus zu beweisen. Das Ergebnis war der unerklärte Staatsbankrott, der die

„Wende“ ermöglichte. In der alten BRD verfuhr man ebenso, weil das Wirtschaftswachstum es lange Zeit ermöglichte. Inzwischen gibt es kein Wirtschaftswunder mehr, und wir führen stattdessen die Debatte um den Wirtschaftsstandort Deutschland. Es ist also längst an der Zeit, den Leistungskatalog des deutschen Sozialsystems kritisch zu hinterfragen.

Nur die Krankenkassen verfahren wie immer. Sie versprechen allen alles. Sie fordern von der Politik nach wie vor Ausgabenobergrenzen, mit denen sie von den Heilberufen alles zu bekommen haben, um ihre Versicherten zu beglücken. Das ist, als ob man zum Autohändler gehen könnte mit der Forderung, für einen bestimmten Betrag eine beliebige Menge Autos zu kaufen, natürlich alle S-Klasse und mit allen Extras. Daß so etwas nicht geht, haben inzwischen die Politiker wenigstens in der Bonner Koalition erkannt, vor allem auch der Bundesgesundheitsminister.

Auf den Punkt gebracht heißt das: Die Budgetierung ist auch bei den verantwortlichen Politikern in Bonn mega-out. Noch nicht aber bei einigen Ministerialbürokraten im Bonner Bundesgesundheitsministerium und auch nicht in manchem Sozialministerium der Länder, auch nicht in Thüringen. Bei den Krankenkassen sowieso nicht. Wo die Mittel herkommen, lassen sie bewußt offen. Alle eben genannten. Denn sie sind sich einig: Die Kosten sollen die Angehörigen der Heilberufe selbst tragen.

Letzte Blüte dieser Art war die Idee der AOK, den Punktwert für Zahnersatz-Leistungen einfach auf 1,2285 DM zurückzusetzen. Das Ansinnen liegt auf der Hand: Wir bezahlen nur soviel, wie es uns paßt, kriegen müssen wir aber, was wir wollen und soviel wir wollen.

So etwas kann sich heute natürlich kein normaler Mensch bieten lassen. Und auch wir Zahnärzte gehören zu den normalen Menschen. Somit war die Reaktion der KZV Thüringen und ihrer

Mitglieder nur zu verständlich. Die AOK hat nicht nur versucht, mit Hilfe des TMSG den Schiedsspruch über die Vergütungen für das Jahr 1996 auszuhebeln. Sie hat auch in einmaliger Weise versucht, für 1997 Fakten zu schaffen, indem sie einseitig einen Punktwert festzusetzen versuchte. Daß bisher immer der letzte Vertragspunktwert fortgalt, sofern kein neuer Vertrag beschlossen wurde, interessiert die Oberen der AOK Thüringen offenbar überhaupt nicht. Ein solches Verhalten kann man nur als Aufkündigung der Vertragspartnerschaft werten.

Unsere Reaktion war eindeutig. Die KZV Thüringen hat einerseits den Rechtsweg beschritten und andererseits gesagt, wenn die Krankenkasse nicht bezahlt, muß der Patient selbst für die für ihn erbrachten Leistungen aufkommen. Die Kolleginnen und Kollegen in den Praxen haben das ebenso gesehen und so den nötigen Druck geschaffen, daß die AOK Thüringen an den Verhandlungstisch zurückkehren mußte. Der Ausgang der Punktwert-Verhandlungen für 1997 ist offen. Fakt ist auf jeden Fall, daß die AOK nicht machen kann, was sie will.

Für uns ist klar: Eine gesetzlich vorgeschriebene Budgetierung bei den zahnärztlichen Leistungen gab es nur von 1993 bis 1995. Für 1996 gab es eine Empfehlung der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. 1997 gilt nur die gesetzlich festgelegte Forderung nach der Sicherstellung der Beitragssatzstabilität auf der einen Seite und der Berücksichtigung der Entwicklung der Praxiskosten auf der anderen. Die Beitragssatzstabilität der Thüringer Krankenkassen subventionieren wir Zahnärzte seit Jahren mit Millionenbeiträgen. Darum können wir mit gutem Gewissen eine angemessene Honorierung unserer Leistungen fordern.

Peter Luthardt

Patientenberatung wichtig

Wegweisend für die Einrichtung einer Patientenberatungsstelle bei der LZKTh war bekanntlich der Beschluß der Kammerversammlung vom 20.05.95 über die „Richtlinie der Patientenberatungsstelle der LZKTh“, der nach umfangreicher Beratung im damaligen Vorstand und auf besondere Initiative des Präsidenten, Dr. Junge, gefaßt wurde. Gehäuften Anfragen von Patienten zu allgemein-zahnärztlichen Themen, aber auch Beschwerden offensichtlich verunsicherter Patienten sollte eine möglichst neutrale Beratung durch die Kammer angeboten werden. Dabei sollte bewußt auf eine Befunderhebung verzichtet und bei besonderen Problemen auf die Gutachter verwiesen werden. Obwohl die Beratung unserer Patienten in den Praxen tägliche Routine ist, waren wir uns über die Schwierigkeiten einer Patientenberatung durch die Kammer einig. Vorbilder gab es dafür nicht und Inhalte sollten in der Aufbauphase erst entwickelt werden.

Aus heutiger Sicht kann bestätigt werden, daß die damalige Entscheidung richtig war, und die beschlossene Richtlinie eine gute Basis für den Aufbau der Patientenberatungsstelle darstellt. Unsere Bemühungen liegen im Trend der zahnärztlichen Bundespolitik. Sowohl die Beschlüsse der Bundesversammlung 1995 in Bremen als auch des Vorstandes der BZÄK vom 6.3. und 28.6.1996 hatten die Einrichtung von Patientenberatungsstellen bei den Kammern empfohlen. Ein erster umfangreicher Erfahrungsaustausch fand mit der Koordinierungskonferenz der Patientenberatungsstellen am 18.9.96 in Köln statt. Hintergrund dieser Konferenz waren strategische Überlegungen der BZÄK zur Durchsetzung der gesundheitspolitischen Forderungen der deutschen Zahnärzte. Die Realisierung des Konzeptes der Vertrags- und Wahlleistungen führe zu einem höheren Informations- und Beratungsbedarf der Patienten, u.a. im Bereich des Zahnersatzes, der Füllungstherapie, der Prophylaxeleistungen und insgesamt über Neuerungen in der Zahnheilkunde (Dr.

Oesterreich). Aus den Länderberichten war zu entnehmen, daß es in allen Zahnärztekammern Einrichtungen oder Stellen gibt, an die sich Patienten mit ihren Anliegen wenden können, wenn auch in unterschiedlicher organisatorischer Form. Aus der Diskussion unter den Teilnehmern wurde die standespolitische Beurteilung der Einrichtung von Patientenberatungsstellen u. a. wie folgt thematisiert:

„ – es wird festgestellt, daß ein Beratungsbedarf der Patienten objektiv vorhanden ist, daher sei es dringend geboten, diesen Beratungsbedarf durch Einrichtungen der Zahnärzteschaft abzudecken. Anderenfalls würden andere, Krankenkassen oder Verbraucherschutzverbände, sich dieser Beratungsstellen annehmen.

– Die Einrichtung von Patientenberatungsstellen sei ein gutes Mittel der Öffentlichkeitsarbeit. Damit könnten sich die Zahnärztekammern als kompetente und qualifizierte Ansprechpartner für Belange der Patienten darstellen.

– Angesichts des erhöhten Informationsbedürfnisses des Patienten müsse auch der einzelne Zahnarzt dazu gebracht werden – u. a. durch Fortbildungsmaßnahmen – den Patienten besser zu informieren und sich dafür Zeit zu nehmen.

– Die Abgabe einer Zweitmeinung durch Patientenberatungsstellen wird abgelehnt. Es dürfe vor allem keine alternativen Diagnosen und Therapievor schläge geben. Für eine Zweitmeinung, sei es eine fachliche oder finanzielle Begutachtung, sei an andere zuständige Stellen zu verweisen. Dies gelte auch für Patientenbeschwerden. Bei Patientenbeschwerden jeglicher Art sei der dazu mögliche Weg aufzuzeigen.“

Damit entsprachen die Patientenberatungsstellen dem standespolitischen Auftrag, die fachkompetente Beratung der Patienten durch den Berufsstand selbst vorzunehmen. Dieser Auftrag deckte sich mit der Auffassung der Bundesregierung, die festgestellt hat, daß im Bereich der medizinischen Diagno-

stik und Therapie die Pflicht zur Beratung und Aufklärung der Patienten in erster Linie der Ärzte- und Zahnärzteschaft und ihren Organisationen obliegt. Einer weiteren Information der BZÄK ist zu entnehmen, daß anläßlich einer Anhörung vor dem Ausschuß für Gesundheit am 4.12.96 in Bonn der Präsident der BZÄK, Dr. Willmes, im Zusammenhang mit dem 2. NOG betont habe, daß der Patient nicht – wie von Seiten der Krankenkassen und der SPD behauptet – durch die geplanten Neuregelungen im Regen stehen gelassen werde. Im Gegenteil, das von den Kammern im Aufbau begriffene Instrument der Patientenberatungsstellen im Sinne eines Verbraucherschutzes gewinne zunehmend an Bedeutung, und werde bereits jetzt schon von den Patienten rege wahrgenommen.

Die Reaktion in der Öffentlichkeit zeige, daß dieser Punkt in Zukunft ein zentrales Thema in der Auseinandersetzung um das Für und Wider des 2. NOG sein werde. Dr. Willmes wäre sich sicher, daß den Kammern dabei eine wichtige Rolle zufalle und daß gemeinsam überzeugende Konzepte zur Patientenberatung vorgelegt werden müßten. Soweit meine Ausführungen zu den standespolitischen Aspekten der Patientenberatungsstellen.

Abschließend einige Hinweise zur konkreten Verfahrensweise in unserer Beratungsstelle. Zunächst versuchen wir, das Anliegen der Patienten zu trennen, ob der Wunsch nach einer Beratung besteht oder ob der Patient mit einer Beschwerde vorstellig wird. Wünscht der Patient – im Anteil relativ selten – eine Information/ Beratung z. B. über neue Erkenntnisse in der Zahnmedizin, Entwicklungstrends, Möglichkeiten und Risiken einer zahnärztlichen Behandlung usw., gibt die Patientenberatungsstelle die gewünschte Information, Beratung bzw. Aufklärung. Handelt es sich jedoch um eine Beschwerde – Hauptanteil der Vorstellungen – versucht die Beratungsstelle zunächst eine Klärung. Um nicht zusätzlich in das Vertrauensverhältnis Zahnarzt/Patient

mit möglichen negativen Folgen einzugreifen, führen wir Rücksprachen mit den betreffenden Zahnärzten nur durch, wenn seitens der Patienten das Einverständnis zur Entbindung von der Schweigepflicht vorliegt. Damit möchten wir vordringlich Patienten und Behandler wieder zusammenführen und mögliche Vertrauensverluste unsererseits nicht noch vertiefen. Sollte eine Klärung in diesem Rahmen nicht möglich sein, werden Verfahrenswege aufgezeigt und ggf. an die Gutachterstelle, den Schlichtungsausschuß, die KZV, die Krankenkassen usw. verwiesen. Zukünftig ist es unser Anliegen, in loser Folge über unsere speziellen Erfahrungen aus der Tätigkeit der Patientenberatungsstelle und des Gutachterausschusses zu berichten.

Dr. Lothar Bergholz



Zum Titelbild

Dornburger Schlösser

Einen unvergeßlich schönen Blick über das Saaletal gewährt Dornburg mit seinen Schlössern. Jedes dieser Schlösser repräsentiert eine andere Stilepoche (Renaissance-Schloß, Rokoko-Schloß, Altes Schloß). Die herrliche Lage und die gepflegten Gartenparks machen die drei Dornburger Schlösser zu wahren Kleinoden unter den Saaleschlössern. Das wußte bereits Goethe zu schätzen, von dessen vielen Besuchen die Einrichtungen der Schlösser Zeugnis ablegen.

Öffnungszeiten:

Januar – März:

9.00 – 12.00 Uhr/ 13.00 – 16.00 Uhr,
Mo./Di. geschlossen

April – Oktober:

Di. – So. 9.00 – 12.00/13.00 – 17.00 Uhr

November:

9.00 – 12.00/13.00 – 16.00 Uhr,
Mo./Di. geschlossen

Dezember. geschlossen

Café Di. – So. 12.00 – 18.00 Uhr,
Dezember geschlossen

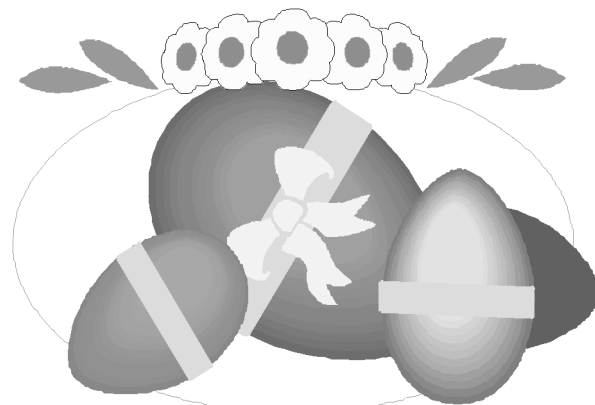
Tel.: 036427/22291

Ein frohes Osterfest

wünscht allen Lesern des tzb

Ihre Redaktion

im Namen der Vorstände
von Kammer und KZV





GOZ-Urteile, die den Standpunkt des GOZ-Ausschusses stützen:

GOZ-Nrn.	Gericht	Urteil vom	Aktenzeichen	Bemerkungen
Z236 neben Z241	Amtsgericht Ludwigshafen	29.11.1990	2 e C 411/90	
	Amtsgericht München	2.5.1991	1154 C 8591/91	
	Verwaltungsgericht Düsseldorf	26.6.1991	10 K 854/91	nicht rechtskräftig
	Bayer. Verwaltungs- gericht Augsburg	8.7.1991	2 K 91 A.222	
	Amtsgericht Spandau	22.7.1991	4 C 268/91	
	Bayer. Verwaltungs- gericht Ansbach	11.12.1991	AN 19 K 90.01977	
	Amtsgericht Neu- stadt/Rbge.	11.6.1992	22 Cs 1430/91	
	Amtsgericht Hannover	12.1.1993	535 C 6994/92	
	Oberverwaltungsgericht Rheinland-Pfalz	15.1.1993	2 A 10708/92	
	Amtsgericht Hameln	23.4.1993	23 C 20/93	
	Amtsgericht Frankfurt am Main	30.7.1993	32 C 1971/93 – 48	vgl. NZB 6/94
	Bundesverwaltungsgericht ebenso Vorinstanz:	17.2.1994	2 C 17.92	
	Bayer. Verwaltungsgerichtshof	18.3.1992	<u>3 B 91.2480</u> RO 1 K 90 1511	
	Bundesverwaltungsgericht ebenso Vorinstanz: Oberverwaltungsgericht für das Land Nordrhein-Westfalen	21.9.1995	2 C 33.94	
	Oberverwaltungsgericht für das Land Nordrhein-Westfalen	31.8.1994	12 A 3419/92	
Oberlandesgericht Düsseldorf	7.5.1996	4 U 43/95		
Z239 neben Z241	Bundesverwaltungsgericht	17.2.1994	2 C 27.92	vgl. NZB 6/94
	Bundesverwaltungsgericht ebenso Vorinstanz: Oberverwaltungsgericht für das Land Nordrhein-Westfalen	21.9.1995	2 C 33.94	
	Oberverwaltungsgericht für das Land Nordrhein-Westfalen	31.8.1994	12 A 3419/92	
	Oberlandesgericht Düsseldorf	7.5.1996	4 U 43/95	
Z504 neben Z508	Amtsgericht Speyer	17.10.1990	2 C 964/90	
	Amtsgericht München	2.5.1991	1154 C 8591/91	
	Amtsgericht Solingen	26.3.1992	13 C 330/90	
	Amtsgericht Solingen	10.7.1992	10 C 114/92	
	Amtsgericht Erkelenz	29.7.1992	6 C 497/91	
	Amtsgericht Duisburg	11.11.1992	49 C 350/91	
	Landgericht Duisburg	9.6.1995	4 S 468/92	
Anästhesiemittel berechnungsfähig	Amtsgericht Speyer	17.10.1990	2 C 964/90	
	Amtsgericht Backnang	6.2.1991	5 C 774/90	
	Amtsgericht Saarbrücken	10.4.1991	42 C 1118/90	
	Amtsgericht Tecklenburg	11.4.1991	11 C 126/90	
	Verwaltungsgerichtshof Baden- Württemberg	21.5.1992	4 S 1082/91	
	Amtsgericht Solingen	10.7.1992	10 C 114/92	
	Amtsgericht Erkelenz	29.7.1992	6 C 497/91	
	Verwaltungsgericht Stuttgart	6.11.1992	15 K 580/92	
	Amtsgericht Duisburg	11.11.1992	49 C 350/92	
	Amtsgericht Hannover	12.1.1993	535 C 6994/92	
	Amtsgericht Frankfurt am Main	30.7.1993	32 C 1971/93 – 48	

GOZ-Nrn.	Gericht	Urteil vom	Aktenzeichen	Bemerkungen
	Bundesverwaltungsgericht Verwaltungsgericht Stuttgart Landgericht Duisburg	17.2.1994 5.5.1994 9.6.1995	2 C 25.92 15 K 1245/94 4 S 468/92	vgl. NZB 7/94
Z008 neben Z009/Z010	Amtsgericht Neuss Amtsgericht Krefeld Verwaltungsgericht Stuttgart	30.3.1990 30.11.1992 5.5.1994	36 C 6/90 7 C 449/92 15 K 1245/94	
Kunststoff für prov. Kronen berechnungsfähig	Amtsgericht Remscheid Verwaltungsgerichtshof Baden- Württemberg Verwaltungsgericht Stuttgart Bundesverwaltungsgericht	11.9.1990 21.5.1992 6.11.1992 17.2.1994	8 C 355/90 4 S 1082/91 15 K 580/92 2 C 25.92	vgl. NZB 7/94 und 9/94
Nahtmaterial berechnungsfähig	Amtsgericht Tecklenburg	11.4.1991	11 C 126/90	
Überschreitung des Mittelwertes schlüssig	Amtsgericht Adelsheim Amtsgericht Backnang Amtsgericht Kempten Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg Verwaltungsgericht Stuttgart Bundesverwaltungsgericht	8.11.1990 6.2.1991 30.4.1992 17.9.1992 6.11.1992 17.2.1994	132/89 5 C 774/90 31 C 1723/91 4 S 2084/91 15 K 580/92 2 C 12.93	bei divergierenden Brückenpfeilern bei Schmelz-Ätz- Technik bei Präparation einer Verblendkrone bei Präparation von galvano-keramischen Inlays einer Verblendkrone neben patienten- bezogenen sind auch verfahrensbezogene Begründungen möglich bei Säure-Ätz-Technik bei Besonderheiten des angewandten Verfahrens Verblendkronen
Z501, Z507, Z512, Z514, Z517 sind proth. Leistungen	Amtsgericht Mannheim	29.10.1991	3 b C 241/91	
BEL, BEB finden bei privaten Leistungen keine Anwendung	Amtsgericht Dortmund Amtsgericht Hanau Amtsgericht Mannheim Amtsgericht Nürnberg Amtsgericht Frankfurt am Main Oberlandesgericht Düsseldorf	25.6.1991 12.11.1993 1.6.1994 14.10.1994 27.10.1995 7.5.1996	125 C 625/91 33 C 546/93 – 13 7 C 1142/94 (40) 31 C 3271/94 31 C 1221/93 – 10 4 U 43/95	
Montieren und Demontieren von Sekundärteilen	Amtsgericht Philippsburg	19.1.1996	Az.: C 480/94	

- wird fortgesetzt -

aus: Niedersächsisches Zahnärzteblatt Oktober 1996

Fortbildungsprogramm

Für folgende Kurse in den Monaten Mai und Juni aus dem Fortbildungsprogramm „Frühjahrssemester 1997“ der LZKTh werden noch Anmeldungen entgegengenommen. Ansprechpartner Frau Held/Frau Westphal, Tel.: 0361/7432-107/108, Fax: 0361/7432-150

** Kurs auch für Zahnarzthelferinnen bestimmt

Datum	Ort Kurs-Nr.	Thema	Wissenschaft- liche Leitung	Seite	Teilnehmer- gebühr
7.5.97 Mi	Erfurt 97/035	Verwaltungsaufgaben für die leitende Zahnarzthelferin	Wünsch, Kahla**	67	DM 120,-
10.5.97 Sa	Erfurt 97/036	Mut zu neuen Restaurationskonzepten: Wofür, wie und mit welchen Materialien?	Marx, Aachen	68	DM 250,-
10.5.97 Sa	Erfurt 97/037	Parodontologie – Einführungskurs	Kulick, Jena**	69	DM 150,-
2-Tage-Kurs					
23.5.97 24.5.97 Fr/Sa	Erfurt 97/038	Parodontalchirurgische Einzelzahnerhaltung mit/ohne Gesteuerte Geweberegeneration (GTR)	Gängler, Witten/Herdecke	70	DM 500,-
24.5.97 Sa	Erfurt 97/039	Goldgußfüllungen: Inlay, Teilkrone, Pinledge/Keramische Inlays	Meyer, Greifswald	71	DM 280,-
31.5.97 Sa	Nord- hausen 97/041	Abrechnungsbestimmungen in der GOZ	Wienbreyer, Nordhausen**	73	DM 180,-
4.6.97 Mi	Erfurt 97/042	Notfallkurs für Zahnarzthelferinnen	Siegmund, Erfurt**	74	DM 110,-
7.6.97 Sa	Erfurt 97/043	Erfolg ist dort, wo das Konzept stimmt! Dienstleistungsunternehmen Prophylaxepaxis	Stockleben, Hannover**	75	DM 250,-
7.6.97 Sa	Erfurt 97/045	Vollkeramische Restaurationssysteme Grundlagen, Anwendung, Klinische Bewertung	Grotten, Tübingen	77	DM 230,-
14.6.97 Sa	Erfurt 97/046	Endodontie in der täglichen Praxis	Beer, Essen	78	DM 250,-
14.6.97 Sa	Erfurt 97/047	Komplexe Zahnerhaltung – Parorestaurative Zahnerhaltung, Paroprothetik und Paroimplantologie	Merte, Leipzig	79	DM 250,-
14.6.97 Sa	Erfurt 97/048	Der neue Patient – Organisation komplexer Behandlungen	Cramer, Overath**	80	DM 250,- (ZÄ) DM 180,- (ZAH)
21.6.97 Sa	Erfurt 97/049	Abrechnung auf der Grundlage der aktuellen KFO-Richtlinien	Eismann, Nöda	81	DM 250,-
21.6.97 Sa	Jena 97/050	Neuraltherapie für Zahnärzte	Mudra, Jena	82	DM 200,-
21.6.97 Sa	Erfurt 97/051	Kombinierte Versorgung mit festsitzendem und herausnehmbarem Zahnersatz	Lenz, Erfurt	83	DM 250,-

Hinweise zur Abschlußprüfung Sommer 1997

1. Prüfungstermine

Schriftliche Prüfung:

Mittwoch, 28.05.1997 und Mittwoch, 04.06.1997

Mündlich-praktische Prüfung im Zeitraum:

27.06.1997 – 05.07.1997

2. Anmeldung

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

3. 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;
- Testat über in der Ausbildung erbrachte Röntgenleistungen;
- Testat über die Hospitation in einer allgemein-zahnärztlichen Praxis für Auszubildende aus kieferorthopädischen, kieferchirurgischen und oralchirurgischen Praxen.

Zulassungsvoraussetzungen in besonderen Fällen sind:

a) vorzeitige Zulassung

- Kriterien wie bei regulärer Zulassung
- mindestens gute Leistungen in 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.

4. Prüfungshilfsmittel

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

5. 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 29.08.94 – 29.08.97 (Dauer 3 Jahre)

Bestandene Prüfung am 28.06.97, das Ausbildungsverhältnis endet am 28.06.97 und nicht, wie im Ausbildungsvertrag vereinbart, am 29.08.97.

6. 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. Ausbil-

dungsjahres. 2 Wiederholungsprüfungen sind möglich.

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

7. 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 verpflichtet, 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.

8. 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 auch zu gewähren, da nach bestandener Prüfung für das 2. Halbjahr ein Urlaubsanspruch als Zahnarzhelferin besteht.



Positive Entwicklung



DS Manuela Letzel,
Referentin für Kfo

Am Samstag, dem 1. Februar 1997 fand die diesjährige Kfo-Gutachtertagung der KZV Thüringen in Erfurt statt.

Hauptinhalte der Diskussion waren der Stand des Gesetzgebungsverfahrens und Auswirkungen auf die Kieferorthopädie sowie die Einschätzung der Arbeit des Kfo-Fachausschusses und der Gutachter Thüringens.

Als Ergebnis der neuen Gesetze ist für die Kieferorthopäden das Beitragsentlastungsgesetz von mittelbarer Bedeutung. Die Ausgrenzung der prothetischen Versorgung von Patienten, die nach dem 31.12.1978 geboren sind, betrifft nicht Patienten mit Nichtanlagen von Zähnen und Systemerkrankungen wie Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten. Diese Patientengruppen werden nach Festlegung des Bundesausschusses Zahnärzte-Krankenkassen weiterhin in kombinierten Behandlungskonzepten Kieferorthopädie-Prothetik zu den jeweils gültigen vertraglichen Richtlinien von den Krankenkassen in der Regel bezuschußt. Ob im konkreten Fall die Ausnahmeregelungen greifen, ist von den Krankenkassen durch Gutachten zu klären.

Für das Jahr 1996 konnte festgestellt werden, daß durch die Arbeit der Kfo-Gutachter und des Fachausschusses eine zielgerichtete Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen der §§ 28 und 29 SGB V sowie der Kfo-Richtlinien im KZV-Bereich Thüringen erreicht wurde.

Die Gutachter haben festgestellt, daß die Mitarbeit der Kollegen am Gutachterverfahren intensiver geworden ist und nur in wenigen Ausnahmen die vertraglichen Bestimmungen des Bundesmantelvertrages, Anlage 6, und des VdAK/AEV-Vertrages § 20 durch die Behandler nicht korrekt eingehalten wurden. In diesen Fällen wird der Kfo-Fachausschuß auch im Jahr 1997 kollegiale Aussprachen führen.

Diese positive Entwicklung im KZV-Bereich Thüringen kann durch weitere intensive Unterstützung aller KollegInnen weitergeführt werden.

ERWIDERUNG

„Der Beitrag von Herrn Dr. med. K.-H. Müller im tzb Heft 10/1996, S. 379, ist leider nicht korrekt recherchiert. Richtig ist:

1. Die Schließung des Hygieneinstitutes Gera zum 1.10.1996 war der vorletzte Akt bei der Aushöhlung der Hygienestrukturen in Thüringen. Die Öffentlichkeit war ahnungslos, der Eingeweihte ist fassungslos.
2. Eine flächendeckende privatwirtschaftliche Fortführung der krankenhaushygienischen Arbeit durch originäre Geraer Fachleute, wie es wünschenswert gewesen wäre, ergab sich leider nicht.
3. Als schwerpunktmäßig in Südthüringen tätiger Krankenhaushygieniker habe ich mich nachweislich u. a. bei einigen KZV-Obleuten persönlich vorgestellt: 1.8. Dr. Ho. (SLF), 2.9 Dr. Wi. (SCZ), 19.9. Dr. Ri. (RU), 27.9. Dr. Ka. (PN) und Dr. Fö. (SRO), 2.10. Dr. Hi. (LBS), 7.11. Dr. Rö. (G).

Übrigens: Wie nahe wir dem Kollaps der Infektionsprävention schon sind, kann in der Denkschrift deutscher Hygieniker und Fachgesellschaften zur Notwendigkeit einer neuen Präventionsstrategie nachgelesen werden (mhp-Verlag GmbH, 65205 Wiesbaden, Ostring 13).

Mit freundlichem Gruß

Dr. med. Bernd Bielau

Anger 13

96482 Ahorn bei Coburg – ein Südthüringer“

Wir baten Herrn Dr. Müller um einen kurzen Kommentar zu seinem Artikel in Heft 10/1996 und der diesbezüglichen Erwiderung seitens Dr. Bielaus. Dr. Müller betonte ausdrücklich, daß er mit seinem Beitrag die Thüringer Kollegenschaft bitten wollte, selbst gründlich das Angebot von Herrn Bielau zu prüfen. Herr Dr. Bielau hätte in seinem Brief den Eindruck erzeugt, daß ein Interesse an seiner Person von Seiten KZV und Kammer bestehe. Dies sei aber nicht der Fall gewesen, denn es hätten keinerlei Informationen vorgelegen.

red.



Die KZV Thüringen – standespolitischer Vorreiter oder Hemmschuh?

Die Diskussion der letzten Wochen über die ergänzende Vereinbarung zur Vergütungsvereinbarung der KZV des Ostverbundes mit dem VdAK/AEV möchte ich zum Anlaß nehmen, das Verhalten der KZV Thüringen in diesem Bereich zu analysieren. Es ist die Frage zu stellen, wie sinnvoll eine Koordinierungskonferenz im Ostverbund ist und inwieweit die wirtschaftlichen und standespolitischen Interessen der Thüringer Zahnärzte dort (noch?) berücksichtigt werden können.

Die KZV der anderen neuen Bundesländer hatten im Vorfeld des Schiedsamtes in Thüringen bereits auf dem Verhandlungsweg eine Punktwertvereinbarung in Höhe von 1,26 DM mit dem VdAK/AEV-Verband getroffen.

Durch diese Vereinbarung wurde die Position der Vertreter der Thüringer Zahnärzte erheblich geschwächt. Das Ergebnis im Schiedsentscheid der anderen Ost-KZV blieb weit hinter den Thüringer Forderungen und den berechtigten Erwartungen wegen des AOK-Schiedsspruches in Thüringen zum gleichen Thema zurück.

Tatsächlich folgte das Schiedsamt diesem Abschluß und legte für Thüringen im ZE-Bereich ebenfalls einen Wert von 1,26 DM ab dem 1.7.96 fest. Die gesetzliche Regelung der 10%igen Absenkung des kons./chir. Punktwertes im Kostenerstattungsbereich gegenüber dem Sachleistungsbereich wurde nicht berücksichtigt.

Das Schiedsamt führt dazu wörtlich unter Bezugnahme auf § 85 (2ff) SGB V und den Punktwert für Sachleistungen aus: „ ... Hiervon ausgehend hätte das Landesschiedsamt eigentlich den Punktwert für die streitigen Leistungsbereiche auf der Grundlage des bereits von den Beteiligten vereinbarten Punktwertes berechnen müssen ... “

Danach untersucht es, wie sich die BEMA-Relationen in den anderen

Bundesländern darstellen und kommt zum Schluß:

„ ... deswegen ist das Landesschiedsamt zu dem Ergebnis gekommen, die in den übrigen neuen Bundesländern vereinbarten Punktwerte für Thüringen zu übernehmen ... “

Weder das BMG noch der VdAK/AEV-Verband widersprachen dieser Schiedsamtsentscheidung.

Aber das Thüringer Gesundheitsministerium hat für die KZV Thüringen die geltenden Entscheidungen ohne Angabe von Gründen beanstandet.

Die KZV prüft gegenwärtig, ob wegen fehlerhafter Auslegung des Ermessensspielraumes des Landesschiedsamtes (Abstand größer als 10 %) ein Sozialgerichtsverfahren angestrebt werden muß.

Vertragsverhandlungen für 1997 fanden bis zum heutigen Tag in Thüringen nicht statt. Allerdings haben die KZV der anderen neuen Länder eine Ergänzungsvereinbarung getroffen. Inhalt dieser Vereinbarung ist die Absenkung des Punktwertes für ZE auf 1,2413 DM ab dem 1.2.1997 sowie im KFO-Bereich ab dem 1.1.1997 auf 1,2429 DM. Dieser Vertrag gilt aber nur bis zum 31.03.1997.

Der Punktwert ZE/Kfo soll danach durch einen Korrekturfaktor angepaßt werden unter Berücksichtigung der endgültigen Entwicklung der Veränderungsrate der ermittelten beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen im Beitrittsgebiet für das Jahr 1996.

Sofern eine Einführung von Festzuschüssen für den ZE-Bereich vor den 01.01.1998 erfolgt, wurde eine Ausgleichsverpflichtung vereinbart.

Diese Vereinbarungen kommen einer freiwilligen Budgetierung im Kostenerstattungsbereich mit Ausgleichsverpflichtung gleich.

Gleiches könnte der VdAK-Verband nun auch in Thüringen durchzusetzen versuchen.

Die KZV Thüringen lehnt aber eine Budgetierung im Kostenerstattungsbereich strikt ab und besteht auf einer klaren Einzelleistungsvergütung.

In einer Zeit, in der die Politik über die Ablösung von Arzneimittelbudgets und die Einführung fester Punktwerte bei der Ärzteschaft nachdenkt, in der die Einführung indikationsbezogener Festzuschüsse im Kostenerstattungsbereich für ZE eine gesundheitspolitische Tragfähigkeit erreicht hat und als politische Alternative zu prozentualen honorarbezogenen Erstattungssystemen gesehen wird, können Budgetregelungen und die Aufgabe der Einzelleistungsvergütung nicht Inhalt von Verhandlungen der Zahnärzte mit den Krankenkassenverbänden sein.

Einzig und allein die Beitragssatzstabilität und die Entwicklung der Praxiskosten sind für die Bemessung der Vergütung heranzuziehen.

Die KZV Thüringen vertritt den Standpunkt, daß Vertragsverhandlungen mit den Ersatzkassenverbänden zu deutlichen Erhöhungen der Punktwerte im Sachleistungs- und Kostenerstattungsbereich führen müssen. Die gesetzlich festgeschriebene Punktwertabsenkung des kons./chir. Punktwertes um 10 % im Kostenerstattungsbereich ist noch nicht erreicht. Durch ständig steigende Praxiskosten ist die betriebswirtschaftliche Liquidität gefährdet. Aus diesen, den Vertragspartnern bekannten, Gründen können wir einer Punktwertabsenkung auf keinen Fall zustimmen!

Der VdAK/AEV versucht, die Zustimmung der Vertreter der KZV Thüringen zu erzwingen, indem die Ersatzkassen damit drohen, den aktuellen Punktwert auf 1,215 DM zu reduzieren, falls Thüringen der Ergänzungsvereinbarung der anderen neuen Bundesländer weiter ablehnend gegenübersteht.

Der Honorarwillkür der Krankenkassen muß Einhalt geboten werden.



Zukünftige Verhandlungen mit dem VdAK/AEV betreffen gleichzeitig den Sachleistungskomplex und den Kostenerstattungsbereich.

Die Angemessenheit der Vergütung rechtfertigt die Forderung nach Punktwertenerhöhung in beiden Bereichen.

Angesichts dieser Entwicklung sollten wir unseren rechtlich gesicherten Standpunkt im Interesse aller Kollegen nicht aufgeben.

Im Jahresbericht, den der „Prüfdienst der Krankenversicherung“ des Bundesversicherungsamtes für 1995 vorlegte, heißt es wörtlich:

„Die Krankenkassen haben eine Schlacht um Marktanteile entfesselt, in der das geltende Recht in großem Stil mißachtet wird.“ Weiter: „... diese Krankenkassen akzeptieren die Spielregeln des Rechts vielmehr nur, so weit sie mit ihren Marketingzielen vereinbar sind. Ansonsten entfällt jede Rücksichtnahme auf das Recht.“ (ZÄB Niedersachsen, Heft 2/1997)

Geben wir deshalb unseren Standpunkt nicht auf und treten wir für unsere betriebswirtschaftlichen und rechtlichen Interessen ein.

Ein Honorarverlust durch Punktwertabsenkung hat, auch nach der Einführung von Festzuschüssen im ZE-Bereich, weitreichende Konsequenzen z. B. für die Kieferorthopäden, die weiterhin nach diesen Punktwerten ihre erbrachten Leistungen abzurechnen haben.

Unterstützen wir die Haltung der KZV Thüringen bei der Durchsetzung berechtigter zahnärztlicher Forderungen.

Um unsere Position zu stärken, brauchen wir die Geschlossenheit aller KZV bzw. der gesamten Zahnärzteschaft Deutschlands.

Die KZV Thüringen wird sich weiterhin für gemeinsame Standespolitik einsetzen, allerdings ein Honorardiktat der Krankenkassen nicht zulassen.

Dr. Martina Radam
Vorsitzende der Vertreterversammlung der KZVTh

14. März: Neues KZV-Gebäude wird offiziell eröffnet

Die neue Adresse der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen wird inzwischen den meisten Zahnärzten bekannt sein: Theo-Neubauer-Straße 14 und Rathenaustraße 52. Hingegen werden wohl die wenigsten das Gebäude Theo-Neubauer-Straße 14 schon persönlich besichtigt haben, wenn auch in allen Etagen bereits konzentriert die Tagesaufgaben bewältigt werden. Deswegen ist die bevorstehende offizielle Eröffnung am Freitag, dem 14. März 1997 willkommener Anlaß, sich davon zu überzeugen, daß dieses Gebäude als „Hauptquartier“ bestens geeignet ist und der Thüringer Zahnärzteschaft auch gute Zukunftsaussichten bieten kann.

Der Haupteingang in das neue Gebäude ist sehr leicht zu finden: er befindet sich ca. 100 m rechts neben der allen bekannten Hofeinfahrt Rathenaustraße 52. Der abweichende Straßename rührt daher, daß unser neues Gebäude als zweiflügeliges Eckgebäude gebaut ist, deren einer in die Rathenaustraße und der andere in die Theo-Neubauer-Straße hineinreicht.

Die neu bezogenen Räume werden derzeit von den Abteilungen EDV, ZE, der Buchhaltung, der Inneren Verwaltung, der Geschäftsführung, dem Vorstand und dem Prüfwesen belegt. Vor allem für die Mitarbeiter der Prüfteilung und die Prüfausschüsse selbst wurden teilweise unwürdige Arbeitsbedingungen abgeschafft. Jetzt können die oft sehr diffizilen Fragen der Wirtschaftlichkeitsprüfung in einem seriösen Umfeld behandelt werden.

Die völlig neue Umgebung ermöglichte es erstmals, eine EDV-Anlage zu installieren, die in diesem Umfang vorher nicht möglich war. Damit sind die Umgebungsvoraussetzungen für zeitgemäße EDV-Lösungen geschaffen. Die EDV-Abteilung hat gemeinsam mit den Generalauftragnehmern jedoch noch alle Hände voll zu tun, um

sämtliche EDV-Träume zu erfüllen. An dieser Stelle sei die enorme Einsatzbereitschaft aller mit der Neustrukturierung befaßten Mitarbeiter erwähnt. Der Vorstand der KZV konnte sich vom Engagement jedes Einzelnen überzeugen und möchte sich dafür an dieser Stelle herzlich bedanken. Es blieb nicht unbemerkt, wie z. B. in der inneren Verwaltung und der EDV-Abteilung teilweise bis an die Grenze der Belastbarkeit gearbeitet wurde.

Erfreulich ist zudem, daß mit dem Auszug aus den Häusern Löberstraße und Liebknechtstraße erhebliche Kostenfaktoren wegfallen.

Diejenigen Zahnärzte und KZV-Mitarbeiter, die Kunden der APO-Bank sind, werden zu schätzen wissen, daß die Erfurter Filiale der APO-Bank ihren Sitz nun im gleichen Haus wie die KZV hat. Zudem ist diese jetzt auch mit dem Fahrzeug recht gut zu erreichen, Parkplätze stehen zur Verfügung und sollen auch noch ausgebaut werden.

Alles in allem ist die neue Adresse als eine Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen seiner „Bewohner“ zu betrachten, und alle sind herzlich eingeladen, sich persönlich am Tag der offenen Tür am 14. März 1997 davon zu überzeugen.

red.

**14. März
Tag der offenen Tür**



Tag der offenen Tür und offizielle Eröffnung des Hauses Freitag, 14. März 1997

8.00 Uhr: Beginn des Tages der offenen Tür

10.00 Uhr: Beginn der Einweihungsveranstaltung

Ort: Dachgeschoß

12.00 Uhr: Mittagessen (kalt/warmes Buffet) im Hause

13.30 Uhr: Gesundheitspolitischer Nachmittag mit Podiumsdiskussion

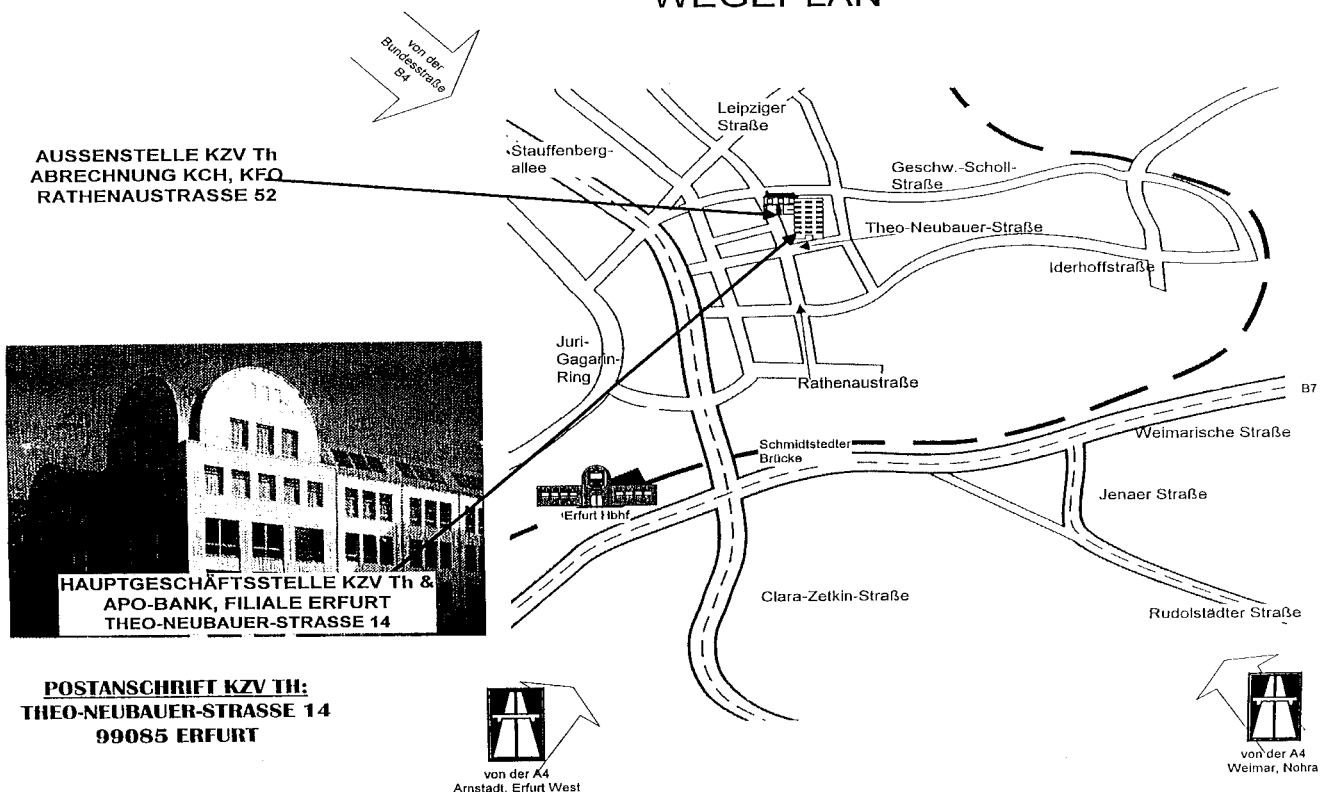
Thema: „Neudefinition der Eigenverantwortung – die Zahnheilkunde muß erstklassig bleiben“

17.30 Uhr: Kalter Imbiß in der Kantine

18.00 Uhr: Ende der Veranstaltung

(für Interessenten Ende offen)

WEGEPLAN



Haftbar gemacht

Ein Gerichtsurteil, das nachdenklich stimmen sollte!

Ein Zahnarzt wird beklagt, im Verlaufe von zahnärztlichen Behandlungen einen Patienten nosokomial mit Hepatitis B infiziert zu haben. Begründung: Der Zahnarzt habe keinerlei Vorsichtsmaßnahmen ergriffen, um eine Infektion mit Hepatitis B zu vermeiden. Selbst umfangreiche chirurgische Eingriffe seien ohne Schutzhandschuhe und ohne Mund-Nasenschutz durchgeführt worden. Der Kläger verlangt ein Schmerzensgeld in Höhe von DM 40.000 und die Begleichung aller durch die Erkrankung eventuell entstehenden Folgekosten.

Das Urteil

„Der Kläger hat gegen den Beklagten gemäß §§ 823,847 BGB einen Anspruch auf Zahlung eines Schmerzensgeldes in Höhe von DM 30.000. Es wird festgestellt, daß der Beklagte verpflichtet ist, dem Kläger sämtliche materiellen und immateriellen Schäden zu ersetzen, die aus der Infektion mit HB, die anlässlich der Behandlung in der Zeit vom 7.5. bis 17.6.1991 eingetreten sind, künftig entstehen werden.“

Die zur Diskussion stehenden Fragen sind:

1. War der Beklagte zum Zeitpunkt der Behandlung infektiös?
2. Wenn ja, war der Beklagte verpflichtet, passive Hygienemaßnahmen – Tragen von Schutzhandschuhen und Nasen-Mundschutz – zu ergreifen?
3. Stehen o. g. Fragen in direktem Zusammenhang mit der HB-Erkrankung des Klägers?

Alle Fragen wurden vom Gutachter im Sinne des Klägers beantwortet. Das Gericht schloß sich den Ausführungen des Gutachters an.

zu 1.: Die nachgewiesene Serologie des Beklagten deutet einwandfrei auf eine, wenn auch u. U. geringe Infektiö-

sität zum Zeitpunkt der Behandlung hin. Auch eine geringe Infektiösität kann zu einer Übertragung führen. Entscheidend dabei ist nicht allein das Ausmaß der Virämie des Überträgers, sondern auch die immunologische Disposition des Empfängers. Den Ausführungen des Gutachters ist in dieser Frage voll zuzustimmen. Unerklärlich ist die Aussage der behandelnden Ärzte des Beklagten, daß keine Infektionsgefahr von ihm ausgehe. Der von mir befragte führende Hepatologe Prof. Jilg bestätigte, daß bei dem im Gutachten beschriebenen serologischen Befund von einer Infektiösität ausgegangen werden muß. Aufschluß über den Grad der Infektiösität kann in einem solchen Fall erst eine DNA-Analyse geben, die in diesem Fall offensichtlich nicht vorlag.

zu 2.: Schon beim geringsten Verdacht einer bestehenden Infektiösität ist das Tragen von Schutzhandschuhen obligatorisch. Nur wenn der Behandler absolut sicher sein kann, daß ein Infektionsrisiko von ihm nicht ausgeht, kann eine Behandlung im nichtinvasiven Bereich nach hygienischer Händedesinfektion ohne Anlegen von Schutzhandschuhen toleriert werden.

Da eine absolute Sicherheit im Regelfall nicht garantiert werden kann – z. B. Virämie im Stadium zwischen Infektion und Serokonversion – ist allen Zahnärzten dringend zu empfehlen, in jedem Fall Schutzhandschuhe zu tragen.

Die Hepatitis B wird hauptsächlich parenteral übertragen. Blut zu Blut-Kontakte, Infektion über kontaminierte Instrumente und geschlechtliche Kontakte mit Flüssigkeitsaustausch stellen die eigentlichen Übertragungsmodalitäten dar. Trotz dieser Art der Übertragung ist das Tragen eines Mund-Nasenschutzes beim Behandler mit HBV-Infektionsstatus unbedingt zu empfehlen, wenn auch einschränkend gesagt werden muß, daß eine

HBV-Übertragung allein über den Speichel unwahrscheinlich ist. D. h., daß das Nichtanlegen des Mund-Nasenschutzes in diesem Fall nicht zu dem Vorwurf einer mangelhaften Hygiene führen dürfte.

zu 3.: Es ist laut Gutachten einwandfrei nachgewiesen, daß der Beklagte zum Zeitpunkt der Behandlung HBV-infektiös war. Ob tatsächlich die Behandlung zur akuten Hepatitis-B-Erkrankung geführt hat, ist mit letzter Sicherheit nicht nachzuweisen. Der Gutachter spricht unter Berücksichtigung aller Begleitumstände von „sehr wahrscheinlich“. Dieser Beurteilung würde ich mich anschließen, wenn ich auch dem verstärkenden „sehr“ nicht unbedingt zustimmen kann. Aufgrund der hohen Kontagiosität ist eine HBV-Infektion auch auf einem anderen Infektionsweg sehr gut möglich!

Quintessenz

1. Der Beklagte wurde verurteilt trotz seiner vom Gericht nicht bestrittenen Einlassung, daß seine ihn behandelnden Ärzte ihn als nichtinfektiös eingestuft hatten.

2. Auch das Gericht und der Gutachter konnten den ursächlichen Zusammenhang zwischen Zahnarztbehandlung und HBV-Infektion nicht mit letzter Sicherheit nachweisen, trotzdem wurde der Klage des Betroffenen weitgehend im Urteil entsprochen.

3. Das defizitäre Verhalten im Bereich der passiven Hygienemaßnahmen des Beklagten war entscheidend für das Urteil.

Folgende Frage soll zur Überlegung anregen: Was wäre passiert, wenn der Kollege tatsächlich alle passiven und aktiven Hygienemaßnahmen durchgeführt und das auch hätte nachweisen können?

Mit Sicherheit wäre dann die Frage erörtert worden, darf ein Zahnarzt mit

HBV-Carrierstatus überhaupt noch tätig sein. Genau diese Frage wurde im Bundesministerium für Gesundheit von uns mit anderen Experten diskutiert. Zu einer abschließenden Entscheidung ist es nicht gekommen. Weiter sind folgende Gesichtspunkte für die Kollegen von besonderer Bedeutung:

a) Patienten sind in Bezug auf Hygiene hochsensibilisiert. Fehlverhalten werden in höherem Maße erkannt und be-

obachtet und werden in Zukunft vermehrt die Gerichte beschäftigen.

b) Die Einlassung, man habe etwas nicht gewußt – in unserem Fall die HB-Infektiosität trotz bestehender Erkrankung – hilft vor Gericht, wenn überhaupt, nur wenig.

c) Die Wahrscheinlichkeit, daß durch ein hygienisches Fehlverhalten ein Schaden entstanden ist, reicht zur Verurteilung aus.

d) Unbedingte Empfehlung an alle Kollegen, die Maßnahmen der passiven Hygiene mit in das gesamthygienische System einzubeziehen.

e) Fortbildung im Bereich der Hygiene ist nach wie vor dringend erforderlich und müßte m. E. noch intensiver werden.

ZA Fabry

Regeln zum Infektionsschutz

Hygieneplan/Unterweisung

- Für jede Zahnarztpraxis muß ein Hygieneplan aufgestellt werden.
- Alle Mitarbeiter müssen mindestens einmal jährlich in der Anwendung der notwendigen Schutzmaßnahmen unterwiesen werden.
- Maßnahmen zum Hautschutz sind zu berücksichtigen.

Händehygiene

- Durch systematisches Instrumentieren Kontamination der Hände vermeiden.
- Desinfizieren immer zwischen zwei Patienten – waschen nur bei Verschmutzung, dann aber richtig; erst desinfizieren, danach waschen.
- Hautschonende Präparate nach den Angaben im Hygieneplan nur aus Direktspendern entnehmen. Hände regelmäßig eincremen – vor allem in den Pausen, nach Arbeitsschluß und zu Hause.
- Handtücher zum einmaligen Gebrauch verwenden.
- Keine Stückseife – keine Gemeinschaftshandtücher – keine Nagelbürsten verwenden.
- Keinen Schmuck an Armen und Händen bei der Arbeit tragen.

Persönliche Schutzausrüstung

- Bei der Arbeit Schutzkleidung tragen – für Reinigung, Desinfektion und Instandhaltung muß der Zahnarzt sorgen.
- Schutzkleidung nicht mit nach Hause nehmen.

- Bei möglichem Kontakt mit Blut oder Speichel dünnwandige, flüssigkeitsdichte Handschuhe tragen.
- Bei Arbeiten unter Sprayanwendung Mund-Nasen-Maske und Schutzbrille mit Seitenschutz tragen.
- Beim Umgang mit Instrumenten- und Flächendesinfektionsmitteln feste, chemisch resistente Schutzhandschuhe tragen.

Instrumentenwartung

- Instrumentenwartung nach den Anweisungen im Hygienplan durchführen.
- Benutzte Instrumente zuerst desinfizieren, dann reinigen.
- Nach Möglichkeit thermische Desinfektion im Thermodesinfektor bevorzugen.
- Bei chemischer Desinfektion auf die Einhaltung der Einwirkungszeiten achten – Wannen mit Deckeln verschließen.
- Beim Abspülen der Instrumente nach der Desinfektion feste Schutzhandschuhe tragen.
- Dosierhilfen und Instrumentenzangen verwenden.
- Beim Umgang mit Desinfektionsmitteln Betriebsanweisungen beachten.
- Funktionsfähigkeit der Sterilisatoren regelmäßig durch Sporenpäckchen überprüfen.

Abdrücke und Zahnersatz

- Abdrücke und Zahnersatz vor der weiteren Bearbeitung oder Fremdvergabe nach den Anweisungen im Hygieneplan desinfizieren.

Absauganlage

- Desinfektion und Reinigung der Absauganlage nach den Anweisungen im Hygieneplan durchführen.

- Beim Ansetzen der desinfizierten Reinigungsflüssigkeit Schutzhandschuhe und Schutzbrille tragen.
- Beim Wechseln der Filter Schutzhandschuhe tragen.

Flächenhygiene

- Desinfektion und Reinigung kontaminierter Flächen, Einrichtungsgegenstände und Fußböden nach den Anweisungen im Hygienplan durchführen.
- In Praxisräumen immer staubbindende Reinigungsverfahren (Feuchtreinigung) anwenden.
- Unnötiges Sprühen vermeiden – nach Möglichkeit wischen.
- Einwirkungszeiten der Desinfektionsmittel beachten.

Abfallentsorgung

- Scharfe, spitze und zerbrechliche Gegenstände in durchstichsicheren und bruchfesten Gefäßen sammeln und diese verschlossen in den Abfall geben.
- Schutzhüllen nicht auf Kanülen zurückstecken – oder Hilfsmittel zum gefahrlosen Zurückstecken ohne Zuhilfenahme der Finger verwenden.

Medizinische Maßnahmen

- Regelmäßige arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen (Erst- und Nachuntersuchungen) von einem ermächtigten Arzt durchführen lassen.
- Möglichkeiten zur Immunisierung zur eigenen Sicherheit nutzen – entsprechende Maßnahmen müssen vom Zahnarzt kostenlos angeboten werden.

aus: Zahnärzteblatt Westfalen-Lippe 4/96

Die BGW behält nur die Kontrolle

Nach langen Aufbau Problemen wird das Auffangkonzept der Betriebsärztlichen und Sicherheitstechnischen Betreuung der Berufsgenossenschaft für Wohlfahrtspflege (BGW) nicht realisiert. Der BuS-Dienst ist einfach zu teuer, weil über drei Viertel der Betriebe, welche schon jetzt die Betreuung umsetzen müssen, Kammer- oder Innungskonzepten beigetreten sind.

Mit dem Beschluß der Vertreterversammlung der BGW geht eine lange Diskussion über die Finanzierung des BGW-eigenen BuS-Dienstes zu Ende. Der Gesetzgeber hat reagiert und die Vorschriften entsprechend geändert. Die Unfallverhütungsvorschriften 122 „Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ und 123 „Betriebsärzte“ bleiben unverändert in Kraft. Aber die Berufsgenossenschaft hat nur noch eine Überwachungs- und keine Ausführungspflicht.

Dem folgend wird die BGW alle Mitgliedsbetriebe anschreiben und einen Nachweisbogen ausfüllen lassen. Darin weisen Sie die Betreuung nach. Die Zahnarztpraxen werden diesen Bogen im Juni 1998 erhalten und bis September 1998 ausgefüllt zurücksenden müssen. Unser Rahmenvertrag wird damit sicherlich noch wichtiger werden, denn nun können wir noch bestimmteren Einfluß auf die Kosten, die Qualität und vor allem die Quantität nehmen.

Die Landes Zahnärztekammer wird Ihnen zeitgerecht im September 1997 einen Rahmenvertrag vorlegen. Danach können Sie selbst entscheiden, ob Sie diese Variante wählen oder eigene Verhandlungen vorziehen.

*Dr. Olaf Wünsch
Referent für Zahnärztliche Berufsausübung der LZKTh*

Inserentenverzeichnis	Seite
Fachlabor Dr. W. Klee, Frankfurt/M.	2. US
Gebr. Brasseler GmbH & Co. KG, Lemgo	85
Pharmacia & Upjohn GmbH	91
John O. Butler Europe, Krißfel	95
DBV-Winterthur Versicherungen, Wiesbaden	99
DELAB, Erfurt	101
Teak & Garden GmbH, Reinbek-Ohe	101
VITA Zahnfabrik GmbH & Co. KG, Bad Säckingen	109
VOCO, Cuxhaven	113
R. + R. Daume Finanzdienstleistungen, Erfurt	119
Kleinanzeigen	121
MULTIDENT	3. US
ChreMaSoft GmbH, Bremen	4. US

Wohnen im Garten...

... mit massiven Teakmöbeln in englischer Tradition. Garantiert überwachter Plantagenanbau! Weiterfest rund um's Jahr. Klassisch schöne Bänke, Tische, Sessel, Liegen, Deck-Chairs, Sonnenschirme und Accessoires. 116seitiger Farbkatalog frei! Direkt vom Importeur! Lieferungen frei Haus!



Teak & Garden
TEAK & GARDEN SCHMIDT-PARIS
Gut Schönau · 21465 Reinbek-Ohe
Tel. 0 4104/30 33 · Fax 0 4104/43 83 THZA

Titan-Technologie

Kronen - Brücken - Modellguß
Suprakonstruktionen für Implantate

Laserverbindungen Golden Gate System

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**

Versand mit PKW möglich!

DELAB ERFURT
HEIKO DOHRN GMBH
Zahntechnikermeister

Am Kühlhaus 27 · 99085 Erfurt · Kontaktaufnahme: Herr B. Kupke
Tel. (03 61) 5 66 11 77 · Fax (03 61) 5 66 11 78

¹ *Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena, Poliklinik für Kieferorthopädie (Direktor: Prof. Dr. med. dent. habil. H. Graf),*

² *Privatpraxis; Zahnarzt; Maximilianstraße 20, 80569 München*

³ *Privatpraxis; Orthopäde, Rheumatologe, Chirotherapie/Manuelle Medizin; Holstenstraße 2, 24768 Rendsburg*

Grundzüge manueller Funktionsanalyse

S. Kopp¹, W. G. Sebold², G. Plato³, H. Graf¹ und U. Langbein¹

Keywords

Manuelle Diagnostik, Funktionsstörung, Kiefergelenk, CMD, CMS

Zusammenfassung

Der klinisch tätige Zahnarzt, Kieferorthopäde, Orthopäde und Physiotherapeut findet eine Systematik zur schnellen praxisbezogenen Diagnostik funktioneller Störungen im craniomandibulären System (CMS).

Einleitung

Patienten mit funktionellen Störungen des craniomandibulären Systems (= CMS) und des craniocervicalen Systems (= CCS) befinden sich mit ihrer Krankheit oft in einer aussichtslosen Lage. Nicht wenige von ihnen gehen von Arzt zu Arzt, von Klinik zu Klinik und finden doch niemanden, der ihnen Erleichterung von ihren Beschwerden verschafft. Deshalb ist es wichtig, daß möglichst viele Kollegen über Erfahrungen und Erkenntnisse verfügen, die sie in die Lage versetzen, diese – oft schwerst leidenden – Patienten möglichst schnell der kausalen Therapie einem Zahnarzt und einem Arzt für Orthopädie zuzuführen. Dazu ist es notwendig, über Techniken zu verfügen, die möglichst schnell durchzuführen und in den Ablauf der täglichen Praxis einzupassen sind.

Das vorgestellte System manueller Diagnostik wurde in Teilbereichen von unterschiedlichen Autoren (Bumann, 1992; Engelhardt, 1985; Farrar, 1971; Groot-Landeweer, 1992; Hansson und Nilner, 1975; Helkimo, 1974, 1975; Krogh-Poulsen 1966; Krogh-Poulsen und Carlsen 1981; Lückerrath et al. 1988; Meyer und Motsch, 1987; Müller et al., 1991) entwickelt und einzelne Teile in verschiedenen Kombinati-

onen als Diagnostiksysteme publiziert. Das hier vorgestellte System ist die pragmatische Lösung des „Problems Funktionsstörung“ aus der Sicht der Autoren – ein System, das an vielen tausend Patienten erprobt ist (Ewers et al., 1987, 1988; Bumann et al. 1986, 1987, 1988; Kopp, 1990, 1992a, 1992b; Kopp et al., 1987, 1989a, 1989b, 1992; Kopp und Plato, 1991, 1993, 1995, 1996a, 1996b, 1996c; Plato und Kopp, 1991a, 1991b, 1992, 1993, 1994, 1995a, 1995b, 1995c; Sebold und Kopp 1994, 1995).

Klinisches Bild und Befunde

Patienten, die an einer Funktionsstörung des craniomandibulären Systems leiden, klagen zunächst über Schmerzen im Bereich des gesamten Schädels. Sie berichten über Knacken und/oder Reiben im Kiefergelenk und zeigen Bewegungsstörungen bzw. Bewegungseinschränkungen bei Mundöffnung/Mundschluß, Protrusion/Retrusion oder Laterotrusion/Mediotrusion. Oft treten auch Symptome im Ausbreitungsgebiet der Gehirnnerven auf. Darüber hinaus finden sich in den meisten Fällen Befunde an den Zähnen oder der Okklusion – oft erst nach arbiträrer Montage der Modelle über einen Gesichtsbogen und ein Zentrikregistrat mit anteriorem Jig.

Es ist festzuhalten, daß diese Beschwerden zunächst in 4 Gruppen einteilbar sind:

A primär dento-/okklusogene Ursache

B primär myogene Ursache

C primär arthrogene Ursache

D primär neurogene Ursache

Ziel und Zweck erster grundlegender Eingangsdagnostik muß es demzufolge sein, möglichst zweifelsfrei die ge-

schilderten Befunde einer oder mehrerer dieser Gruppen zuzuordnen, um für Patient und ggf. überweisenden Kollegen die Frage nach Vorliegen einer funktionellen Störung des CMS klar und eindeutig beantworten zu können.

Zur Differentialdiagnostik des Komplexes A (dento-/okklusogen) dient die Artikulatoranalyse. Myogene (Komplex B) und arthrogene (Komplex C) Funktionsstörungen werden durch manuelle Techniken differenziert, während eine grobe neurologische Erstuntersuchung (Komplex D) Aufschlüsse über das Vorliegen einer neurogenen Störung gibt. In der vorliegenden Besprechung findet ausschließlich eine Auswahl der Techniken für die Ursachenkomplexe B und C Beachtung. Im Falle dento-okklusogener und neurogener Störungen muß auf weitere differentialdiagnostische Techniken verwiesen werden.

An dieser Stelle darf allerdings nicht versäumt werden, darauf hinzuweisen, daß über die hier dargestellten sogenannten „lokalen Störungen“ die funktionelle Bedeutung dieser Läsionen im Rahmen des gesamten Regelkreises des Körpers von nicht zu unterschätzender Wichtigkeit ist. Untersucht man diese Patienten mit manuellen Techniken aus dem Fachgebiet der Orthopädie, lassen sich funktionelle Zusammenhänge über den vorderen bzw. hinteren Hals, über die Clavicula und das Sternum zur Schulter bzw. den Rippen oder über die Wirbelsäule und die Dura mater bis hin zum Sacrum und den Iliosacralgelenken aufzeigen. Grundsätzlich gilt, daß alle Strukturen, die funktionell miteinander verbunden sind, auch mit an einer entsprechenden Dysfunktion beteiligt

sein können. In diesen Zusammenhang passen Funktionsstörungen wie Cephalgie und Migräne, Tinnitus, Globusgefühl, funktionelle Herzbeschwerden und viele andere mehr. Zum funktionellen Verständnis dieser Zusammenhänge sei auf orthopädische Literatur verwiesen (Plato und Kopp, 1996).

Differentialdiagnostische Strategie

Im folgenden wird der Ablauf einer Untersuchungskaskade skizziert, wie sie bei sicherer Beherrschung der einzelnen Techniken innerhalb von etwa 10 Minuten durchgeführt werden kann. Voraussetzung für diese differentialdiagnostische Sicherheit und Schnelligkeit ist allerdings, daß der Arzt seinen Patienten exakt kennt.

Aus diesem Grunde muß am Anfang jeder funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Anstrengung die Aufzeichnung einer ausführlichen Anamnese stehen, die wir während der laufenden Behandlung auch „Status praesens“ nennen.

Danach müssen die geschilderten Beschwerden den vier oben näher beschriebenen Ursachenkomplexen zugeordnet werden.

01. Aufzeichnung der aktiven Bewegungen bei Mundöffnung/Mundschluß, Protrusion/Retrusion und Mediotrusion nach rechts und links

Dabei wird zunächst besonderes Augenmerk auf die quantitative Erfassung der Bewegung gelegt (Abb. 1). Die Assistenz fixiert das Ausmaß der Bewegung in Millimetern schriftlich auf einem entsprechenden Formblatt. Mit dieser Vorgehensweise können Aussagen zu Bewegungsstörungen getroffen werden. Diese Störungen können myogen, arthrogen (Bewegungshindernis) oder neurogen sein.

Der zweite Teilaspekt bei der Aufzeichnung der aktiven Bewegung ist die qualitative Bewertung der Bewegungen. Es wird dokumentiert, ob die Bewegung zügig ohne Unterbrechung

oder nur mit Mühe, geradlinig oder kurvenförmig ausgeführt wird. Auch diese Störungen können myogen, arthrogen (Bewegungshindernis) oder neurogen sein.

Grundsätzlich muß der Patient befragt werden, ob er selbst Geräusche während der Bewegung bemerkt hat. Wird diese Frage mit „ja“ beantwortet, soll der Patient zwischen Knacken, Reiben oder Tönen differenzieren und zusätzlich Angaben darüber machen, in welchem Teilabschnitt einer Bewegung diese Störungen aufgetreten, verstärkt oder abgeschwächt worden ist. Die gemachten Angaben werden als „subjektiver Befund“ notiert, und nur wenn die Befunde für den Behandler ohne weitere Zuhilfenahme anderer Techniken hörbar sind, als objektive Befunde dokumentiert. Befunde dieser Art deuten auf eine arthrogene Störung hin oder sind im Zusammenhang mit Beschwerden im Regelkreis der gesamten Körperstatik zu sehen. Die exakte Differentialdiagnostik der Störungen des Diskus articularis, Störungen in der Gelenkbahn, Vorliegen einer Hyper-



Abb. 1: Aufzeichnung der aktiven Bewegungen bei Mundöffnung/Mundschluß

mobilität oder einer Funktionsstörung des Ligamentum laterale erfolgt später im Zuge der Tests bei „Tests in Dynamik“.

Abschließend soll der Patient darüber berichten, ob er bei Ausführen der aktiven Bewegungen Schmerz empfunden hat. Wichtig ist, den Patienten darauf aufmerksam zu machen, daß damit nicht nur Veränderungen seiner Wahrnehmung in der Region des Mundes gemeint sind, sondern daß man auch besonderen Wert auf seine Befindlichkeit im gesamten Kopf-/Hals-/Nacken-/Schulter-/Rumpfbereich bis hinab zum Beckenboden legt. Darüber hinaus ist der Patient zu befragen, ob die bei Ausführen aktiver Bewegung geschilderten Beschwerden der Natur sind, wie sie in der Anamnese dargestellt wurden. Man fragt den Patienten „Kennen Sie diesen Schmerz?“ oder „Spielt dieser Schmerz oder Ihr momentanes Empfinden eine Rolle bei dem von Ihnen beklagten Beschwerdebild?“.

02. Aufzeichnung der passiven Bewegungen bei Mundöffnung, Retrusion und Mediotrusion nach rechts und links

Das Wesen der Testung sogenannter „passiver Bewegungen“ liegt in der Tatsache begründet, daß jenseits der aktiven Bewegung unter Zuhilfenahme manueller Techniken das Gelenk – nicht nur das Kiefergelenk und somit der Unterkiefer, sondern auch alle anderen Gelenke im Körper – ohne aktive Muskelbewegung vom Behandler noch weiterbewegt werden können. Diese „passive Bewegung“ ist also nicht durch muskuläre Aktivität erreichbar, sondern wird passiv durchgeführt. Die passive Bewegung gibt Aufschluß über den Funktionszustand der Bänder und Kapseln, aber ggf. auch der Gelenkflächen und der antagonistischen Muskulatur.

Das Ausmaß dieser „passiven Bewegung“ wird gemessen und für jede einzelne Bewegungsart exakt schriftlich aufgezeichnet (quantitative Bewertung). Darüber hinaus ist noch eine

qualitative Aussage zum physiologischen bzw. pathophysiologischen Bewegungsende möglich. Das Ende des physiologischen Bewegungsraumes entspricht unter dem Blickwinkel dieser Betrachtungsweise dem Ende der passiven Bewegung. Beinahe alle Gelenke im Körper werden physiologisch durch Bänder in ihrer Bewegung limitiert. Deshalb bezeichnet man das Gefühl, das man am Ende der „passiven Bewegung“ normalerweise erfahren kann, auch als „hart ligamentär“. Die Orthopäden nennen die Bewertung des Bewegungsendes auch „endfeel“, deutsch besser „Endgefühl“.

Man unterteilt grob in zwei Arten von Endgefühl:

- a) nicht schmerzhaft und
- b) schmerzhaft.

Zunächst sollen die „nicht schmerzhaften Endgefühle“ erläutert werden. Das Endgefühl mit der Bezeichnung „zu weich“ hat meist ein myogenes Korrelat. Durch eine Vielzahl möglicher Gründe kann in diesem Falle das Band-/Kapselsystem des Gelenkes die Bewegungsbegrenzung nicht mehr wahrnehmen – wenn man eine „passive Bewegung“ durchführt, werden nur noch Muskelfasern gedehnt, die sich, vergleichbar einem Gummiband, immer „weich“ anfühlen.

Die Bezeichnung „zu hart“ basiert auf verkürzten oder fibrosierten Bändern/Kapselanteilen. Man kann davon ausgehen, daß sich durch unterschiedliche morphologische oder funktionelle Störungen die proximale und distale Gelenkfläche aufeinander zubewegt hat und es zu einer Verkleinerung des Gelenkspaltes gekommen ist. Zunächst liegt nur eine Gelenkkompression vor, an die sich später auch die funktionellen Komponenten – Bänder und Kapseln – strukturell adaptieren. Selbstverständlich kann es im Zuge einer derartigen Funktionsstörung auch zur Verkürzung der Muskulatur kommen. Kommt es im Verlauf einer Funktionsstörung zum Vorfall des Diskus articularis, kann man das sogenannte „zurückfedernde“ Endgefühl

diagnostizieren. Man kann sich den Pathomechanismus derart vorstellen, daß der Diskus vor dem Kondylus liegt. Die dorsale Aufhängung des Diskus ist zumindest beim noch nicht chronischen Fall weitestgehend erhalten. Den cranialen Anteil der bilaminären Zone nennt man Ligamentum menisco-temporale, ein Ligament, das zu großen Teilen aus elastinhalten Fasern besteht. Bei Mundöffnung gelingt es dem Kondylus nicht, sich an dem Hindernis „Diskus“ vorbeizubewegen. Der Kondylus schiebt den Diskus nach anterior und dehnt gleichzeitig die posterioren Ligamente – es entsteht bei passiver Mundöffnung ein Endgefühl des „Zurückfederns“.

Das erste „schmerzhaftes Endgefühl“ nennt man „zu weich“. Wieder ist eine Funktionsstörung der Muskulatur beteiligt. Passive Mundöffnung verursacht in diesem Falle beim Patienten einen Schmerz in der Muskulatur, während der Behandler ein „weiches Endgefühl“ angibt. Zu differenzieren sind neben diesen myogenen Befunden aber auch arthrogene, da durch die passive Mundöffnung auch Gelenkflächen belastet werden könnten. Die Differentialdiagnostik kann in diesem Falle über die Lokalisation der Schmerzen erfolgen. Eine myogene

Funktionsstörung kann darüber hinaus aber so schwer sein, daß über eine Kontrolle im arthromuskulären Regelkreis ein primär „schmerzhaft weiches“ Gefühl am Ende der Bewegung plötzlich und „abrupt“ endet. Man spricht dann von einem „abrupten Endgefühl“. In seltenen Fällen kann die gesamte Regelfähigkeit des Systems – ggf. auch durch neurogene oder neoplastische Ursachen bedingt – herabgesetzt sein. Der Patient empfindet stärksten Schmerz bei „passiver Bewegung“, während der Behandler davon überzeugt ist, die Bewegung endlos fortsetzen zu können. Man bezeichnet dieses Endgefühl dann als „leer“.

Die Differenzierung der Endgefühle erfordert viel Übung und tägliches Praktizieren. Die einfache und logische Systematik sichert jederzeit reproduzierbare Befunde.

03. Palpation der Muskulatur

Seit Krogh-Poulsen (1966) werden die einzelnen Muskeln des stomatognathen Systems durch Bewertung ihrer Palpation in Statik (in Ruheschwebe) und Dynamik bewertet (Abb. 2). Krogh-Poulsen hat ein einfaches Schema entwickelt, in das Schmerzbezirke blau schraffiert, ausstrahlende Schmerzen mit einem blauen Pfeil,



Abb. 2:
Palpation des Muskulus temporalis

Druckpunkte statisch mit einem roten Kreuz, Druckpunkte in Dynamik mit einem roten Doppelkreuz und besonders schmerzhaft Punkte mit einem umrandeten Kreuz gekennzeichnet werden. Auf diese Weise erhält man eine „Palpationslandkarte“ des Kopf-/Hals-/Nackensbereiches, die visuell sehr schnell erfassbar und im Zuge der Erhebung des Status praesens jederzeit problemlos nachvollzieh- und nachpalpierbar ist. Wenig Eintragungen bedeuten wenig Störungen und umgekehrt. Der Therapeut kann das Schema zur Steigerung der Compliance einsetzen, da objektiv auch durch den Patienten nachvollzogen werden kann, wie sich von Sitzung zu Sitzung die Zahl der Eintragungen verringert. Die Palpationstechniken können bei der Darstellung der Grundzüge manueller Funktionsanalyse nicht im einzelnen erläutert werden. Die Palpation der Muskulatur – richtig ausgeführt – ist ein sehr feines Instrument der Diagnostik myogener Funktionsstörungen und zeigt bereits kleinste Dysfunktionen an. Nicht jeder einzelne Muskelbefund muß und kann therapiert werden. Aus dem Palpationsbefund kann aber die Tendenz der Funktionsstörung – eher Mundöffner, Mundschließer, Mediotraktor, Protraktor etc. – abgeleitet werden. Die Effizienz der Therapie, die basierend auf den entsprechenden Befunden eingesetzt wird, kann jederzeit direkt visuell kontrolliert werden.

04. Isometrische Testung der Muskulatur

Frisch (1970, 1987) beschreibt die isometrische Testung der Muskulatur als das differentialdiagnostische Kriterium einer myogenen Funktionsstörung. Die isometrische Testung der Muskulatur erfolgt für die Muskelgruppen a) Mundschließer, b) Mundöffner, c) Protraktoren und d) Mediotraktoren beider Seiten. Aus palpationstechnischen Gründen sollte auf die isometrische Testung der Retraktoren verzichtet werden, da das Widerlager der Bewegung, dorsal am aufsteigenden Ast



Abb. 3: *Isometrische Testung der Mundöffnungsmuskulatur- der Patient hält den Mund leicht geöffnet- der Behandler gibt die Anweisung „Bitte meiner Kraft standhalten und den Unterkiefer nicht bewegen“; danach wird am Kinn Druck nach cranial ausgeübt*

des Unterkiefers, bei allen Patienten Schmerzen hervorruft.

Beispielhaft soll das Vorgehen der isometrischen Testung der Muskulatur an der Gruppe der Mundöffner (Abb. 3) dargestellt werden. Man fordert den Patienten auf, den Mund in zentrischer Kondylenposition gerade so weit zu öffnen, daß Zeige- und Mittelfinger beider Hände gerade kaudal der Kinnspitze plaziert werden können. Es ist darauf zu achten, genügend Abstand zum Mundboden und zur Kehle zu halten. Der Behandler fordert den Patienten nunmehr auf, dem Druck standzuhalten, der gleichzeitig in kranialer Richtung vom Behandler aufgebaut wird. Keinesfalls darf sich der Unterkiefer bewegen, da es sich definitionsgemäß sonst nicht mehr um eine isometrische Testung handelt. Man baut den Druck 3 Sekunden auf, hält für ca. 10 Sekunden und baut den Druck langsam – niemals schlagartig – in einem Zeitintervall von 3 Sekunden wieder ab.

Der Patient gibt an, ob und wo er während der Untersuchung Schmerz verspürt hat. Man kann auf diese Weise myogene von arthrogenen Befunden trennen, da bei dieser Art der Untersu-

chung durch den massiven Druck auch Gelenkflächen belastet werden könnten. Darüber hinaus ist auch an Reaktion der antagonistischen Muskeln zu denken.

Treten bei der isometrischen Testung der Muskulatur Befunde auf, ist grundsätzlich immer zu fragen, ob es sich bei den Empfindungen um für den Patienten bekannte Phänomene handelt oder nicht. Nur dem Patienten bekannte Schmerzen müssen dann konsequent behandelt werden. In sehr vielen Fällen berichten die Patienten während der isometrischen Testung der Kaumuskulatur von Befunden in anderen Regionen des Körpers. Diese Befunde müssen sorgsam aufgezeichnet werden und vom Orthopäden bzw. Physiotherapeuten exakt nachuntersucht werden. Das sollte deshalb mit Akribie verfolgt werden, da die Weiterleitung lokaler Muskelbefunde des CMS im funktionellen Regelkreisgeschehen des gesamten Körpers oftmals auf Funktionsstörungen weit entfernt von denen unseres Fachgebietes aufmerksam macht. Man wird feststellen, daß Funktionsstörungen, die bis zum Untersuchungszeitraum niemals mit Dysfunktionen im zahnmedizini-

schen Fachgebiet in Verbindung gebracht wurden, plötzlich durch den Einsatz gezielter Techniken viel einfacher – und mit verminderter Rezidivgefahr – im interdisziplinären Therapeutenkreis dauerhaft beherrscht werden können (Plato und Kopp, 1996).

05. Tests in Statik: Gelenkspieltechniken

Die unter dem Begriff „Gelenkspieltechniken“ zusammengefaßten Untersuchungen dienen der Differenzierung arthrogener Symptome. Es handelt sich um Befunde der Gelenkbänder, der Gelenkkapsel und der bilaminären Zone. Die Techniken sollen aus diesem Grund nur ausgeführt werden, wenn die groborientierende Eingangsuntersuchung (aktive Bewegung, passive Weiterführung, Palpation und isometrische Testung der Muskulatur) Hinweise auf eine arthrogene Mitbeteiligung ergibt.

Es handelt sich im einzelnen um passive Kompressionen (der Kondylus wird in verschiedenen Richtungen relativ zur temporalen Gelenkfläche in die Fossa hineingeführt, was einer manuell herbeigeführten Verengung des Gelenkspalts an unterschiedlichen Gelenkflächenarealen entspricht), Traktion (Wegbewegen des Kondylus von der temporalen Gelenkfläche senkrecht nach caudal – entspricht einer manuell herbeigeführten Verbreiterung des cranialen Gelenkspalts) und Translationen (Kondylus wird parallel zur temporalen Gelenkfläche verschoben) (Menell, 1970; Kaltenborn, 1982; Frisch, 1987).

Die Befunde der passiven Kompressionen ermöglichen die Differentialdiagnostik von Schmerzen arthrogener Ursprungs und Schmerzen, die bei der isometrischen Testung der Muskulatur (myogene Ursache oder Belastung der Gelenkflächen durch die Untersuchungstechnik selbst) ausgelöst werden können. Darüber hinaus können spezifische Abschnitte der bilaminären Zone auf ihre Funktionalität untersucht werden.

Durch (Kaudal-)Traktion der Kiefergelenke (Abb. 4) können Läsionen der Gelenkkapsel, des Ligamentum laterale und ggf. der Elevatoren (Antagonisten der passiv durchgeführten Kaudalbewegung = Traktion) exakt differenziert werden.

Die passive Translation nach ventrokaudal belastet die posterioren Fasern des M. temporalis, die Fasern des Venter posterior des M. digastricus, das Ligamentum sphenomandibulare und das Ligamentum stylomandibulare sowie das Stratum superius der bilaminären Zone und die posteriore Gelenkkapsel. Gibt der Patient Schmerzen während der Anwendung dieser Untersuchungstechnik an, kann auf eine Dysfunktion der gelisteten Strukturen geschlossen werden.

Während der Translation nach lateral kommt es zur Anspannung des Ligamentum laterale und der lateralen Gelenkkapsel. Die schmerzfreie Verhärtung der Gelenkkapsel stellt sich als „zu hartes“ Endgefühl dar, während eine Überdehnung der Kapsel bzw. der Bänder ein „zu weiches“ Endgefühl produziert.

Bei der Translation nach medial wird die mediale Gelenkkapsel angespannt.

Die schmerzfreie Verhärtung der Gelenkkapsel stellt sich als „zu hartes“ Endgefühl dar, während eine Überdehnung der Kapsel bzw. der Bänder ein „zu weiches“ Endgefühl produziert. Liegt ein nach medial verlagertes Diskus vor, wird sich das Endgefühl als „zurückfedernd“ darstellen.

06. Tests in Dynamik

Bei den Funktionstests in Dynamik handelt es sich um aktive Bewegungen des Unterkiefers, die durch einen konstanten Druck des Behandlers am Kieferwinkel nach kranial (kraniale Kompression) oder nach medial (Translation nach medial) bzw. lateral (Translation nach lateral) manipuliert werden. Diese Tests werden grundsätzlich nur dann ausgeführt, wenn Gelenkgeräusche differenziert werden müssen.

Kraniale Kompression bei Protrusion verengt den Gelenkspalt, was funktionell im Falle einer anterioren Diskusverlagerung mit Reposition zum Auftreten des Knackens zu einem späteren Zeitpunkt in der Gelenkbahn führt (verglichen mit der nicht manipulierten Bewegung).

Dagegen treten Knackgeräusche bei Überbeweglichkeit des Kondylus unter



Abb. 4: Tests in Statik, Kaudaltraktion, eine Untersuchung aus der Gruppe der Gelenkspieltechniken: der Daumen liegt auf den Okklusalfächen der Seitenzähne, der Behandler übt Druck vektoriell nach caudal aus, der Unterkiefer darf nicht rotiert werden

kranialer Kompression in Dynamik meist in Höhe des Tuberculum articulare, also bei weiter Mundöffnung auf. Das Knacken tritt bei Exkursiv- und Inkursivbewegung meist an derselben Stelle auf.

Formveränderungen der knorpeligen Gelenkflächen stellen sich bei kranialer Kompression in Dynamik auch immer an derselben Stelle der Gelenkbahn dar. Im Gegensatz zum zuvor geschilderten Fall wird aber die fühlbare Intensität des Knackens durch die Kompression verstärkt; die hörbare Intensität nimmt ab; das Knacken wird eher dumpf und kann gelegentlich, verschwinden – die Deflexion zur erkrankten Seite wird dabei aber verstärkt.

Liegt ein Knacken des Ligamentum laterale vor, nimmt die Intensität des Knackens bei kranialer Kompression in Dynamik ab. Dagegen werden Reibegeräusche bei Diskusperforation und Osteoarthrosis durch die kraniale Kompression in Dynamik verstärkt.

Die medialen bzw. lateralen Translationen in Dynamik dienen zur Differenzierung der Lage des Diskus articularis. Liegt eine anteriore Diskusverlagerung mit Reposition vor, kann bei partieller Verlagerung des Diskus durch eine mediale Translation in Dynamik der Kondylus unter dem Diskus stabilisiert werden (Abb. 5). Bei erneuter Öffnungsbewegung wird kein Knacken mehr auftreten. Es gilt, daß der Kondylus-Diskus-Komplex um so stabiler ist, je weniger Kraft aufgewendet werden muß, um bei medialer Translation in Dynamik das Knacken zu verhindern. Daraus leitet sich ab, daß eine totale anteriore Diskusverlagerung dann vorliegt, wenn der Kondylus durch die Anwendung medialer Translation in Dynamik nicht mehr unter dem Diskus stabilisiert werden kann.

Umgekehrt gewährt die Anwendung der lateralen Translation in Dynamik einen Einblick in die Stabilität des Kondylus-Diskus-Komplexes, wenn bei aktiver Bewegung primär kein Ge-



Abb. 5:

Dynamische Translation nach medial: während der Patient den Mund öffnet bzw. schließt, gibt der Behandler am Kieferwinkel einen Druck nach medial; auf der Gegenseite stützt man den Kopf temporal gegen den medial gerichteten Druck ab, um eine Irritation der Halswirbelsäule zu vermeiden

lenkgeräusch diagnostizierbar ist. Durch Translation nach lateral in Dynamik schiebt man den Kondylus unter dem Diskus weg. Tritt ein Knacken auf, kann davon ausgegangen werden, daß eine initiale Funktionsstörung des Kondylus-Diskus-Komplexes im Sinne einer geringfügig partiellen Verlagerung des Diskus vorliegt.

Durch das konsequente Anwenden der beschriebenen Techniken ist es möglich, dem Patienten schon während der ersten Minuten der Untersuchung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit Auskunft über die Pathophysiologie seiner Gelenkgeräusche und die sich daraus ableitenden therapeutischen Konsequenzen aufzuzeigen.

Quintessenz

Die systematische Anwendung manueller Techniken zur Differenzierung funktioneller Störungen des CMS ist aus der Sicht des Patienten und des Behandlers eine dringliche Notwendigkeit, um Zeit und Geld in der Behandlung dieser Störungen effektiv einzusetzen.

Alle Techniken sind leicht erlernbar, wenn anatomische und physiologische

Grundkenntnisse vorliegen. Der logische Aufbau der Untersuchungssequenz erlaubt die volle Integration des Systems in den täglichen Praxisablauf, da nur relativ wenig Zeit eingeplant werden muß, um ein Maximum an diagnostischer Sicherheit zu erlangen. Das komplette Management von Patienten mit Funktionsstörungen des CMS erfordert darüber hinaus aber noch die Differenzierung dento-okklusogener und neurogener Störungen.

Literatur:

Ein umfangreiches Literaturverzeichnis ist bei den Verfassern erhältlich.

Korrespondenzadresse:

*Dr. Stefan Kopp
Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena
Poliklinik für Kieferorthopädie
Bachstraße 18, 07743 Jena*

Prothetische Versorgung mit Doppelkronen

Ein Praxisbericht



Das Praxisteam

Bei der prothetischen Versorgung unserer Patienten stellen Konstruktionen mit Doppelkronen im Hinblick auf die meist schwierige Ästhetik und Funktion hohe Anforderungen an Zahnarzt und Zahntechniker.

Als Material werden überwiegend Kombinationen von edelmetallfreien Legierungen (für Basisteile) mit Edelmetallegierungen (für Primär- und Sekundärteile) verwendet, da eine friktive Haftung bei Konuskronen nur bei Einhaltung des optimalen Konuswinkels und bei Verwendung von Hochgoldlegierungen erzielt werden kann. Die Konstruktionsteile werden meist durch Löten oder Kleben miteinander verbunden. Nachteile dieser Technik sind der hohe Kostenaufwand für das Edelmetall und die Legierungsvielfalt. Massive Korrosionserscheinungen, verbunden mit Schleimhautbrennen oder anderen Erscheinungen und manches abgebrochene oder gelöste Sekundärteil können beobachtet werden.

Mit dem SAE-Funkenerosionsverfahren steht uns ein Verfahren zur Verfügung, kompakte Doppelkronenkonstruktionen – hergestellt im Eingußstückverfahren aus einer NEM-Legierung – friktiv miteinander zu verbinden. Die friktive Verbindung der Primärkrone mit der Sekundärkrone erfolgt über 0,7 – 0,9 mm starke Stifte, deren Passungen mit dem Funkenerosionsverfahren im Approximalbereich an der Sekundärkrone erodiert und mit dem Laser lotfrei befestigt werden.

Sie bestehen aus der gleichen NEM-Legierung wie die übrigen Metallteile des Ersatzes. Das Anbringen der Friktionsstifte nach Aufpassen der Sekundärteile auf die Primärteile garantiert einen präzisen Sitz und eine gleichmäßige Friktion. Ein Nachstellen, und damit eine steuerbare Haftung, ist problemlos möglich. Auf die strikte Einhaltung des Konuswinkels im labialen und lingualen/palatalen Kronenbereich kann verzichtet werden, wodurch ästhetisch optimale Eingliederungen in die Zahnreihe auch bei Vorliegen ungünstiger Gebißsituationen möglich werden.

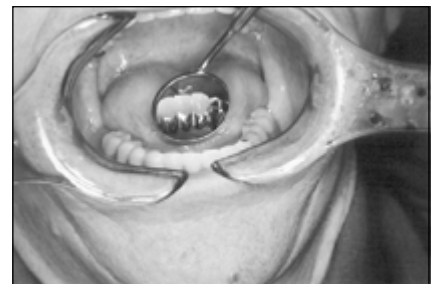
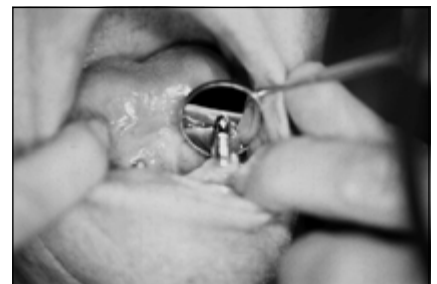
Die NEM-Legierungen lassen es zu, dünnwandiger zu arbeiten als bei Verwendung von hochgoldhaltigen Legierungen und weisen eine für den Patienten günstigere Temperaturleitfähigkeit



keit auf. Durch die Einführung des Lasers in die moderne Zahnheilkunde sind sehr selten auftretende Reparaturen – meist Lösen des Stiftes bei zu geringen Metallstärken – ohne großen Aufwand möglich und äußerst wirtschaftlich zu erbringen. Hinsichtlich

kassenärztlicher Richtlinien sind Friktionsstifte zusätzliche Verbindungselemente und über Mehrkostenformular (Technikpreis ca. DM 60,-) zu berechnen.

Der finanzielle Mehraufwand für den Patienten ist trotz Privatleistung erheblich geringer als bei der Verwendung von hochgoldhaltigen Legierungen.



Weitere Anwendungsgebiete des Funkenerosionsverfahrens – intra- und extrakoronale Geschiebekonstruktionen und die Herstellung von Schub- und Schweberiegeln – sind Ausdruck für die vielseitige Einsatzmöglichkeit dieses Verfahrens.

Ergebnis: Prothetische Versorgungen, die vom Patienten sehr schnell und dauerhaft angenommen werden und alle Beteiligten – Patient, Zahnarzt und Zahntechniker – auf lange Sicht zufriedenstellen!

Dipl.-Med. Axel Walter, Meuselbach

Fotos (5): G. Wolf, Suhl

Dentallegierungen und Titan in der Zahnärztlichen Prothetik

Zusammenfassung einer Fortbildungsveranstaltung über aktuelle Probleme, wissenschaftliche Bewertung und praktische Lösung von Univ. Prof. Dr. E. Lenz, Erfurt

Die zunehmende Konfrontation des Zahnarztes mit Unverträglichkeitsreaktionen auf bestimmte zahnärztliche Werkstoffe fordert eine gewissenhafte Information zu und über die in unseren Praxen verwendeten Materialien. Die psychisch bedingten und über die Medien suggerierten Unverträglichkeiten sind allerdings genau so ernst zu nehmen. Wenn wir unsere Arbeit kritisch betrachten, so fehlen uns in der Regel fundierte Informationen über die von uns eingesetzten prothetischen Materialien. Wir überlassen dem zahntechnischen Labor die konkrete Auswahl. Dies ist auch logisch und nicht verwerflich bei dem Überangebot von zahnärztlichen Materialien und Dentallegierungen. Aber die Hauptverantwortung für diese am Patienten verwendeten Werkstoffe trägt zuletzt der Zahnarzt. Zitat des Bundesamtes für Arzneimittel und Medizinprodukte zu Legierungen in der zahnärztlichen Therapie: „Der Zahnarzt hat den Patienten über die Gründe der Auswahl und der Qualitätsmerkmale aufzuklären.“

Dieser Problematik trug Prof. Lenz am Anfang seines Vortrages Rechnung. Der Weltgoldverbrauch für zahnärztliche Restaurationen betrug 1978 „nur“ 90 Tonnen. Davon fällt ca. ein Drittel auf den Bedarf in Deutschland. Die Frage nach Alternativlegierungen, die in Verarbeitung und Verwendung dem Gold identisch und außerdem auch noch kostengünstiger sind, ist auch heute noch sehr aktuell. Derzeit werden ca. 1000 unterschiedliche Metallegierungen für die Verwendung in der Zahnmedizin angeboten. Das Arzneimittelgesetz der Bundesrepublik Deutschland (§ 2 (2)) legt fest:

- Dentallegierungen sind Grundstoffe (keine Arzneimittel)
- Zahntechniker sind Hersteller des Arzneimittels
- Zahnärzte sind die Auftraggeber für

die Arzneimittelherstellung und somit dafür verantwortlich.

Dies zeigt die Brisanz der Thematik. Wesentlich besser wird es dann nach dem Medizinproduktegesetz der EU im § 3 (15) im Jahr 1998: „Zahnärzte und Zahntechniker sind Personen, die bereits in den Verkehr gebrachte Medizinprodukte (Dentallegierungen) ‚nur noch‘ anpassen und montieren.“

Durch eine negative Sensations-Öffentlichkeitsarbeit werden die im Mund verwendeten Metalle sehr oft diskriminiert und ihnen eine überzogene gesundheitsschädigende Wirkung zugeschrieben.

In einer ersten Fallvorstellung wurde das Bild einer Patientin gezeigt mit risigen, trockenen Lippen und gräulich verfärbter marginaler Gingiva. Mittels eines Splittertestes wurden unter dem EDAX-Mikroskop folgende Bestandteile nachgewiesen: Palladium 82,04 %, Kupfer 9,29 %, Gallium 8,47 %.

In der marginalen Gingiva wurden neben Phosphor, Schwefel, Fe, Si, Zn, Ni vor allem Kupfer 32,3 % und Gallium 10,1 % LS Gewebsanreicherung festgestellt. Die inkorporierte und untersuchte Arbeit kam aus einer Zahnarztpraxis in Thüringen, die Laborarbeit erfolgte auf den Philippinen.

Fall 2 demonstrierte ausgeprägte Mundwinkel-Rhagaden mit der Diagnose *Candida albicans*. Die Abgrenzung von mikrobiologischen oder mechanischen bzw. metallisch-toxischen Reaktionen ist nicht immer präzise möglich. Die Korrosion der Metalle kann die Denaturierung von Körperweiß zur Folge haben, und in diesem Fall handelte es sich um Kontaktkorrosion im Bereich der Lötstellen.

Metallunverträglichkeiten stellen sich in lokalen Gewebsreaktionen dar wie Cheilitis, Stomatitis/Gingivitis, Parodontitis, Leukoplakie, Lichen ruber und

Knochennekrosen. Der Patient empfindet oft Lippenbrennen, Mundtrockenheit, Schleimhautbrennen und Geschmackssirritationen als Faktoren, die ihn in die Sprechstunde führen. Metallgeschmack selbst ist mehr dem psychischen Unwohlbefinden des Patienten zuzuschreiben und nicht objektiv.

Die biologischen Reaktionen werden von den Metallionen ausgelöst und nicht von den Metallen bzw. den Legierungen selbst und ist immer abhängig von Konzentration und Toxizität. D. h. eine hohe Korrosionsbeständigkeit der zum Einsatz kommenden Materialien verringert das Risiko von Metallunverträglichkeitserscheinungen und ist auch vom Mundhöhlenmilieu bzw. dem „Korrosionsmilieu“ (Speichel, Plaque und Nahrungsmittel) abhängig.

Im ersten vorgestellten Fall handelte es sich um eine sog. selektive Korrosion, bei der ein Metall in Lösung geht. Für die zweite demonstrierte pathologische Veränderung war die Kontaktkorrosion durch die Kombination von Materialien mit unterschiedlichen elektrochemischen Eigenschaften verantwortlich. Dies finden wir vor allem beim Einsatz verschiedener Legierungstypen in Geschieben oder Doppelkronen bzw. Materialverbindungen mittels Lötungen.

Eine weitere Möglichkeit ist die Spaltkorrosion, die dort auftritt, wo Spalträume wenig oder schlecht belüftet bzw. hygienisiert sind: Geschiebe, die z. B. großflächig die Gingiva überdecken oder Kronenränder im Sulcus gingivae. In diesen genannten Spalträumen kann u. U. der pH-Wert bis auf 1,0 absinken und somit eine Säurekorrosion auslösen. Alle anorganischen Speichelbestandteile können Korrosionen auslösen, die organischen dagegen vermögen Korrosionen zu hemmen.

Die NEM-Legierung wird bei Beachtung der angeführten Kriterien weiterhin ihre Berechtigung neben der Edelmetall- und edelmetallhaltigen Legierung behalten.

Diese kurz angerissenen Vorgänge liegen in erster Linie in der Verantwortung der Zahnärzte. Mit seinem Wissen über die Metallkunde und den Einsatz der favorisierten Materialien kann er möglichen unerwünschten Vorgängen im Mundhöhlenmilieu vorbeugen. D. h. der Zahnarzt bestimmt die Auswahl der zu verwendenden Legierung, und nicht das Labor. Damit hat das Thema auch eine große berufspolitische Brisanz. Nicht eine „Gesundheitskasse“ trägt die Verantwortung für den Billigzahnersatz, den sie mit ihren entsprechenden „Billigzahnarztlisten“ von ihren Versicherten fordert. Diese wird rechtlich und medizinisch immer beim Behandler liegen.

Eine Sonderstellung nimmt Titan als Element im Periodensystem sowie durch sein völlig andersartiges Verhalten im Mundhöhlenmilieu ein. Erstaunlich ist das geringe Gewicht der Arbeiten gemessen z. B. an einer großen Edelmetallarbeits. Die Wärmeleitfähigkeit ist sehr gering. Bei den

bisher von mir inkorporierten Titanarbeiten waren die Temperaturüberempfindlichkeiten der ersten Tage des Tragens nicht zu verzeichnen. Vor allem bei Patienten mit nachgewiesenen Allergien bietet sich dieses Material bevorzugt für den Einsatz von Kombinationsarbeiten an, da die „Ein-Material-Applikation“ möglich ist. Nach längerem Zögern und bedingt durch einen Allergiefall entschied ich mich für Titan und setze es heute dort ein, wo der Patient keine Goldlegierung wünscht.

Im Periodensystem ist Titan ein sogenanntes Übergangselement mit der Ordnungszahl 22 (mindestens zwei nicht vollständig mit Elektronen gefüllte äußere Schalen des Atoms). So besitzt es eine sehr hohe Reaktivität zu Sauerstoff, Wasserstoff, Stickstoff und Kohlenstoff. Als Folge der hohen Sauerstoffaffinität passivieren Titanoberflächen unter atmosphärischen Bedingungen. In wässrigen Elektrolyten bilden sich elektrisch nichtleitende oxidische Deckschichten. Dadurch kommt es nicht zu elektrochemischen Reaktionen mit dem umgebenden Milieu. Die spontane Passivierung und Repassivierung (nach Beschädigung der

Deckschichten) ist die Ursache für das biokompatible Verhalten von Titan. Seine Anwendung in der zahnärztlichen Implantologie steht außer Frage. Durch die o. g. große chemische Reaktivität stellt Titan allerdings ein Problem in der gußtechnologischen Verarbeitung dar. Mit Fremdelementen finden Grenzflächenreaktionen statt, die zur Veränderung der Kristallgitterstruktur des Titans führen. Diese Fremdelemente sind in unserem Fall O_2 und aus der Einbettmasse Si, Mg, P. Diese entstehende Schicht wird als alpha-case bezeichnet. Durch entsprechende technologische Vorgaben kann man diese unliebsamen Sekundärreaktionen verhindern.

Wegen der Biokompatibilität des Materials wird es in den nächsten Jahren sicherlich eine feste Position im Bereich Zahnersatz einnehmen.

Literatur:

Scriptum der Fortbildungsveranstaltung, eigene Aufzeichnungen

DS G. Wolf

11. Jahrestagung der Europäischen Gesellschaft für Zahnärztliche Ergonomie (EGZE/SEED/ESDE)

27. - 28. Juni 1997 in Kopenhagen

Tagungsthema:

„Ergonomie bei der Prävention und Prophylaxe“

Tagungssprachen:

Englisch, französisch, deutsch

Informationen:

H.-P. Küchenmeister,
Daldorfer Straße 15, 24635 Rickling,
Fax: 04328/1516

Wichtige Änderung

(siehe tzb Heft 1/97, S. 33)

4. Jenaer Symposium

Moderne klinische Methoden, dentale Technologien und Werkstoffe
22. März 1997

Neuer Ort: Aula der Friedrich-Schiller-Universität Jena

Nicht vergessen!
2. THÜRINGER ZAHNÄRZTEBALL
20. September 1997
Erfurt - „Kaisersaal“

Zahnärzte zu Gast bei der Friedrich-Ebert-Stiftung



Das Präsidium der Veranstaltung

Die SPD-nahe Friedrich-Ebert-Stiftung setzt durch ihre Arbeit Akzente in der Gesundheits- und Sozialpolitik der SPD. Immer häufiger geschieht es jedoch, daß dabei die Interessen von Patienten und Ärzten als gegensätzlich dargestellt werden. Innerhalb einer Fachtagung „Folgen und Probleme der Gesundheitsstrukturreform“ am 14. Februar in Eisenach stellte die KZV Thüringen die Haltung der Zahnärzte und deren Vorstellung von einer finanzierbaren Gesundheitspolitik vor. Daß die zahnärztlichen Ideen bei der SPD nicht auf große Sympathien treffen, wurde auch an diesem Tag wieder deutlich.

Die Tagung wurde von Gerhard Neumann, MdB, moderiert. Ein Statement des BGM mußte leider ausbleiben – am gleichen Tag fielen in Bonn wichtige Entscheidungen in der Fortführung der Gesundheitsreform.

Dr. Schröter, Staatssekretär im TMSG, hielt das Einführungsreferat. Er stellte in Frage, daß mit den bevorstehenden Änderungen der solidarische Charakter der GKV erhalten bliebe. Die Einschränkungen durch Beitragsentlastungsgesetz und 1. und 2. NOG würden dazu führen, daß das solidarische Miteinander in der GKV verlorengehe. Maschinengewehrartig reihte er die Argumente gegen echte Strukturveränderungen aneinander. Die Zusammenfassung sozialdemokratischer Elemente ist, daß alle sich

abzeichnenden Veränderungen zum Nachteil der Versicherten gereichen, das gegliederte Krankenkassensystem („Krankenkassenvernichtungsgesetz“) und wichtige Arbeitsplätze gefährdet würden. Das Gesundheitssystem sei zu schade, um es zusammenzufahren. Da man vor der aktuellen GKV-Krise auch bei der SPD die Augen nicht verschließen kann, sieht man die Lösung des Problems in der Fortsetzung der Budgetierung.

Die Positionen der Krankenkassen vertrat AOK-Vorstand Naumann mit Argumenten von der zunehmenden Entsolidarisierung und der Forderung nach der Änderung der Finanzierungsgrundlagen. Die Vorstellungen der zahnärztlichen Standespolitik zu verzerren, gab sich Naumann besondere Mühe und sprach vom ungebildeten Patienten als Opfer des Zahnarztes, vom angeblichen Streben der Zahnärzte nach frei aushandelbarer Vergütung.

Die Krankenkassen stellen sich gern als Patientenschützer dar, unterstellen den Zahnärzten, nur am Geldverdienen interessiert zu sein. Sie wollen eine „am Wettbewerb orientierte Beziehung zu den Leistungserbringern“, wollen Einkaufsmodelle, um somit Preise diktieren zu können.

Im weiteren Verlauf der Tagung kamen Vertreter der Therapeuten, der Pflegedienste, der Krankenhäuser und der Kureinrichtungen zu Wort. In der



Das aufmerksame Auditorium



Dr. Schröter vom Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit

Hauptsache befürchten diese die Sekundärfolgen der Spargesetze (Arbeitsplätze, Einkommen, Steuern). Deutlich angesprochen wurde, daß vor allem die mangelnde Information der Betroffenen zu überschießenden Reaktionen führt. So schnell kann schließlich kein Gesetz greifen, daß jetzt schon Kureinrichtungen zusammenbrechen.

Der Tagungsbeitrag der Zahnärzte bildete den Abschluß der Statements aus der Sicht der an der GKV Beteiligten. Zahnarzt Th. Radam, Meiningen, stellte nochmals dar, daß auch in der solidarisch finanzierten GKV für begrenzte Mittel keine unbegrenzten Leistungen gefordert werden könnten. Es sei ein Angebot der Zahnärzte, in der GKV dabei mitzuwirken, daß Grundlegendes gesichert bleibe und die Lasten für Darüberhinausgehendes gerecht verteilt würden.

Viele der anwesenden Teilnehmer wurden somit erstmals mit den zahnärztlichen Vorstellungen konfrontiert. Doch auch innerhalb unseres Berufsstandes befürchten einige zu Unrecht, daß die Patienten von den Regelungen der Vertrags- und Wahlleistungen überfordert werden. Diesen möchten wir den Dialog und Aufklärung anbieten, damit standespolitisches Porzellan nicht blind zerschlagen werde.

red.

Statement der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen K.d.ö.R

am 14.02.1997

Friedrich-Ebert-Stiftung

Eisenach, Gedenkstätte Goldener Löwe, Marienstraße 57

Referent: Thorsten Radam

„Folgen und Probleme der Gesundheitsstrukturreform“

Probleme und Folgen aus der Sicht Beteiligter

Wieder einmal steht die gesetzliche Krankenversicherung vor dem finanziellen Zusammenbruch. Diese Diagnose führte bereits mehrfach zu Kurskorrekturen, zuletzt 1992.

In Lahnstein wurde versucht, den „kranken Patienten“ GKV zu kurieren, dessen Befinden sich dann auch kurzfristig besserte. Sofort entstanden neue Begehrlichkeiten bei Politik, Verbrauchern und Ärzten, doch schon bald war der stetige, aber unaufhaltsame Abstieg nicht mehr zu übersehen. Das System scheint ernsthaft erkrankt zu sein.

Letztendlich ist es immer wieder eine Finanzkrise: das Mißverhältnis von Einnahmen und Ausgaben.

Doch vielleicht liegen die Ursachen tiefer. Dies will ich kurz untersuchen.

Es ist zunächst das ungeklärte Verhältnis zwischen den immer mehr ausufernden Wünschen, die eine gesetzliche Krankenversicherung erfüllen soll und will und der immer geringeren Bereitschaft der Solidargemeinschaft, die dafür erforderlichen Beiträge aufzubringen.

Das Verhältnis: „abgeforderte Leistung = bereitgestellte Mittel“ muß aber ausgewogen sein und bleiben!

Das Gleichgewicht zwischen beiden Seiten kann sich nicht auf beliebig hoher oder beliebig niedriger Basis abspielen, denn diese wird immer durch gesellschaftliche Determinanten bestimmt.

Die Gemeinschaft **muß bereit** sein, die Mittel für das von ihr **gewollte** Versorgungsniveau bereitzustellen. Dies gilt besonders dann, wenn dafür an an-

derer Stelle eingespart werden muß. In einem solidarisch finanzierten Sachleistungssystem wirken Leistungsausweitungen bis in die Fundamente der Wirtschaft, denn jeder Kostenschub verstärkt die Abgabenlast und belastet damit den Wirtschaftsstandort Deutschland.

Dramatisch und unkalkulierbar wird die Situation, wenn neben die eigentlichen Aufgaben der Solidarkasse noch Fremdleistungen und übersteigertes Anspruchsdenken treten.

Deshalb muß man konkretisieren:

Die Menge solidarisch abgesicherter Leistungen und die Menge der solidarisch erbrachten Mittel muß ausgewogen sein.

Niemand kann ehrlichen Gewissens unbegrenzte Leistungen fordern, wenn die Mittel dafür nicht aufgebracht werden können.

Regelmäßig wiederkehrend muß man zur Kenntnis nehmen, daß das Gleichgewicht eben gerade **dann, wie auch jetzt**, nicht besteht, weil die Mittelbereitstellung mit der gesellschaftlichen Forderung nach Anstieg der medizinischen Leistungen nicht Schritt hält.

Die Ursache für diese >letztendlich< Kostenanstiege sehen die Fachleute in – der innovativen und dynamischen Entwicklung in der Medizin und Medizintechnik, Implantologie, Gentechnik wie z. B. Hochleistungsultraschall, Lasertechnologie,

– der deutlich gestiegenen und vermutlich immer weiter steigenden Anspruchshaltung, damit verbunden erhöhte Inanspruchnahme bzw. Abforderung von Leistungen,

– der zunehmenden Morbidität, – der großzügigen Interpretation des medizinisch Notwendigen von allen Seiten, also Politik, Krankenkassen, Ärzten und Patienten.

Weitere Faktoren in Reserve: Mobilität; wirtschaftliche Situation einzelner Bevölkerungsgruppen; Rechtsprechung; Imagepflege („der gesunde braungebrannte dynamische Mensch“) besonders in der Zahnheilkunde; Arbeitsplatzmangel;

Wir stellen also fest: In der Tat: das Gleichgewicht ist gestört.

Oder etwas plastischer dargestellt: Unser Patient GKV hat deutliche Gleichgewichtsstörungen!

Was ist zu tun?

Die Politik, also auch die Sozialpolitik, muß heute und möglichst schnell definieren, ob das Gleichgewicht durch:

1. **Ausgabenabsenkung oder durch**
2. **Einnahmestieg oder durch**
3. **Kombination aus 1. und 2.** wieder hergestellt werden soll.

1. Gleichgewicht durch Ausgaben senkung

1.1. Innovationsdynamik in der Medizin senken

Dies bedeutet, den Fortschritt in der medizinischen Wissenschaft und Medizintechnik zu bremsen; daß man in der Zahnheilkunde beispielsweise auf Effekte der Prophylaxe, der Implantologie, der Werkstoffforschung verzichtet – und zwar alle! Das bedeutet aber: Fortschritt gibt es dann für niemanden. Weiterhin heißt das, auf den Wirtschaftsfaktor „Wissenschaft“ weitgehend zu verzichten.

1.2. Anspruchshaltung senken

Dies ist unter dem Dach eines anonymen Sachleistungssystems so gut wie unmöglich, denn hier haben weder der Patient noch sein Arzt ein wirtschaftliches Eigeninteresse am Sparen. Immerhin sieht der Versicherte in der maximalen Inanspruchnahme von Leistungen fast die einzige Chance, den Schaden, den er durch die Zwangsabgaben in die Solidarkasse erleidet, zu minimieren. Darüber hinaus hat er ja nicht selten überhaupt keine Ahnung davon, wieviel Leistung er beansprucht und damit Kosten verursacht hat. Es wird immer häufiger nachgefragt, ob dieses Sachleistungssystem nicht deutlich dazu Anlaß gibt, durch möglichst viele Leistungen die Existenz der Praxen sichern zu müssen.

1.3. Zunehmende Morbidität aufhalten

Es dürfte allen einsichtig sein, daß dies kein Lösungsansatz sein kann, da dieses Phänomen ja gerade ein Ergebnis des sozialen und medizinischen Fortschritts ist, ebenso wie die sich abzeichnende Altersstruktur der Bevölkerung

(Unwort des Jahres 1996: Rentnerschwemme!!).

1.4. Medizinisch Notwendiges weniger großzügig interpretieren

Es ist eine Erfahrung der täglichen Praxis, daß in diesem Bereich erhebliche Reserven liegen. Weit abseits von der Diskussion um wesentliche Krankheitsrisiken tobt ein Verteilungskampf um „das Dünne im Topf“ der Solidargemeinschaft.

Nicht die künstliche Niere, das Gelenk oder ähnliche prioritäre Versorgungen wollen wir in Frage stellen.

Doch wer um die Bezahlung einer Porzellanverblendung diskutiert, tut dies meistens nicht in einer Situation der vitalen oder wirtschaftlichen Bedrängnis oder gar Bedrohung.

Wir Zahnärzte suchen seit langem nach Steuerungsinstrumenten, die ver-

hindern, daß der Ausgleich für gesetzlich verordnete „Zwangs“-Mitgliedschaft in der möglichst umfassenden Inanspruchnahme von Mitteln bzw. Leistungen gesehen wird.

Das trifft auf alle Beteiligten im Gesundheitswesen zu.

Ich betone: auf alle!

Bezüglich des „medizinisch Notwendigen“ ist in der Vergangenheit umfangreich diskutiert worden. Jeder hat seine eigene, zum Teil persönliche Meinung mit sicher auch guten Argumenten vehement vertreten. Passiert ist nichts!

Jetzt hat das bereits in Kraft getretene Beitragsentlastungsgesetz für eine Präzisierung des Begriffs in Teilbereichen gesorgt, indem es formuliert hat, daß junge Versicherte Zuschuß zu Zahnersatz erhalten, wenn dieser notwendig wurde:

1. infolge eines Unfalls,
2. infolge einer schweren Erkrankung des Kausystems,
3. infolge einer schweren Allgemeinerkrankung,
4. im Zusammenhang mit der Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung.

Es verbleibt als einzige Ursache, bei der kein Zuschuß gewährt wird, letztendlich die Karies. Zugegebenermaßen ein Einschnitt, der aber sachgerecht ist, da diese Altersgruppe in den Genuß von umfangreichen Vorsorgemaßnahmen kommen konnte und weiterhin kommen wird und kann.

Weitere Anpassungen des Leistungskataloges an das Gebot des Notwendigen sind besonders im Bereich Zahnmedizin möglich.

Wer allerdings mehr will, als das medizinisch Notwendige, soll darüber frei entscheiden können, ohne den Verlust ansonsten zustehender Leistungen befürchten zu müssen. Vorher festgelegte, am Krankheitsbild orientierte Zuschüsse sind sachgerecht und praktikabel. Zentraler Ansatz ist die Möglichkeit, zwischen

vermeidbar – unvermeidbar
aufschiebbar – unaufschiebbar
notwendig – mit Elementen des Luxus behaftet, nicht im gleichen Umfang besser sauber trennen zu können.

1.5.

Eine weitere Möglichkeit zur Kostenersparnis besteht im Verbilligen von Leistungen durch Drehen an den Daumenschrauben der Leistungsträger („Billigimporte aus Übersee“). Zunächst äußerst verführerisch, auf diese Weise mehr Leistungen für weniger Geld einkaufen zu können. Doch wer darauf setzt, nimmt in Kauf, daß das Verhältnis von Quantität und Qualität der Versorgung verzerrt wird. Eine umfassende Darstellung von Beispielen für derart kontraproduktive Regelungen, wie Plafondierungen, Pauschalisierungen, Budgetierungen, Degressionsregelungen und weitere, finden Sie im „Weißbuch Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen Versorgung“ (Köln, 1994).

Im übrigen sind beispielsweise die Ärzte auf dieser Budgetierungsschiene schon gehörig weit auf das Abstellgleis gefahren: Ich denke hier besonders an die Diskussionen in den letzten Wochen um Arzneimittelverordnungen.

Unter diesen Bedingungen sind Investitionen, die zur Teilhabe am technisch-medizinischen Fortschritt nötig sind, nicht mehr zu finanzieren, was letztlich wiederum die Aufrechterhaltung der Behandlungsqualität in Frage stellt.

2. Gleichgewicht durch Einnahmestieg

2.1.

Wer mehr Leistungen einkaufen will, braucht auch mehr Geld. Für den solidarisch finanzierten Teil der Gesundheitsaufgaben müßten demnach Beitragseinnahmen erhöht werden. Beitragssätze wirken nach gegenwärtiger Rechtslage auf Arbeitnehmer und Arbeitgeber gleichermaßen. Dies verteuert die Produktion, mindert die Konkurrenzfähigkeit der deutschen Wirt-

schaft. Fazit: Des Deutschen Gesundheit gefährdet deutsches Wirtschaftswachstum.

Absurd – und scheidet damit aus.

2.2.

Eine andere Problematik ergibt sich aus den ständig steigenden Arbeitslosenzahlen. Die Senkung der Arbeitslosenquote brächte den Krankenkassen sofort deutlich höhere Einnahmen. Diesen sehr komplizierten Sachkreis möchte ich jedoch hier nicht nochmals diskutieren, da dies bereits in breiter öffentlicher Diskussion stattfindet.

2.3.

Aus der politischen Vorgabe der Anbindung von Gesundheitsausgaben an die Grundlohnsummenentwicklung einerseits und den restriktiven sozialgesetzgeberischen Ausschlußregelungen andererseits („Kasse-oder-Nichts-Prinzip“) leiten wir für den zahnmedizinischen Sektor ab, daß die Kassenversorgung sich nur so ändern darf, wie sich die Grundlohnsumme entwickelt.

Dieser Ansatz vernachlässigt, daß aus anderen wirtschaftlichen Quellen **durchaus** Mittel für zahnmedizinische Versorgung vorhanden sind. Doch nicht zuletzt durch den ebenfalls von der bisherigen Gesundheitspolitik proklamierten Vollversorgungsanspruch ist die Bereitschaft zunächst nicht sehr hoch, aus eigenem Einkommen Mittel für die eigene Gesundheit bereitzustellen.

Im täglichen Leben einer Zahnarztpraxis kann man jedoch beobachten, daß im Rahmen der allgemein zunehmenden Aufklärung die Bereitschaft zur Eigenverantwortung wächst, auch bestimmte Gesundheitsleistungen selbst zu tragen. Beispielhaft seien die verschiedenen Mehrkostenregelungen (Zahnersatz, Füllungen) angeführt, bei denen die Patientenresonanz als deutlich positiv bewertet werden muß.

Nur: es kann auf Dauer vom einzelnen Praxisinhaber nicht erwartet werden,

daß er der Politik die Verantwortung für die Aufklärung der Bevölkerung über sozialpolitische Hintergründe vollends abnimmt. Die Politik darf sich aus dieser ihrer Verantwortung nicht zurückziehen.

Wenn wir also dem dynamisch ansteigenden Leistungsumfang gerecht werden wollen, wenn zukünftig die Gesamtbevölkerung am medizinischen Fortschritt teilhaben soll, müssen wir die steigenden Kosten in Kauf nehmen.

Sollten die solidarisch finanzierten Mittel dazu nicht ausreichen, müssen weitere Quellen eröffnet werden, müssen die Kosten aufgeteilt werden in Verantwortungsbereiche des Bürgers und der Solidargemeinschaft. In die persönliche private Verantwortung passen Maßnahmen von geringer Dringlichkeit, weiterhin Risiken, die sich aus der persönlichen Lebensführung ergeben, luxuriöse Elemente, durch Prävention vermeidbare Leistungen und Leistungen mit geringen bzw. tragbaren Kosten.

In die Verantwortung der Solidargemeinschaft gehört die Absicherung prioritärer gesundheitlicher Maßnahmen, die den einzelnen überfordern.

Die Gesundheitspolitik muß dafür Sorge tragen, daß die GKV sich auf ihre eigentlichen Aufgaben beschränkt:

Diese müssen im Rahmen sozialstaatlicher Maßnahmen für jeden gesetzlich Versicherten bereitgehalten werden.

Ebenso wie überbordende Leistungen reduziert werden müssen, ist die Selbstverantwortung der Bürger zu fördern. Die Aufgeklärtheit des Patienten (des „mündigen Bürgers“), die vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung, ergänzt durch kompetente Beratung (Zweitmeinung, Beratungsstelle) und die Regelmechanismen des Marktes verhindern, daß das zahnmedizinische Versorgungsniveau auf der Strecke bleibt.

Deshalb liegt gerade hierin nicht die Ursache einer „Zweiklassenmedizin“.

Angebot:

Die Gesundheitspolitiker können davon ausgehen, daß sie in der Zahnärzteschaft engagierte und ehrlich an der Sache interessierte Partner an der Seite haben, wenn es darum geht, prioritäre gesundheitliche Maßnahmen (und deren zukünftige Weiterentwicklungen) im Rahmen der sozialstaatlichen Absicherung weiter zugänglich zu erhalten.

Hierbei sind sie sogar zu Umstellungsoptionen bereit, denn ein dereguliertes Arzt-Patienten-Verhältnis ist zukunftsträchtiger für alle Beteiligten. Markt und Wettbewerb sind zuverlässigere Instrumente der Selbststeuerung als staatliche Zwangsverwaltung, die letztendlich immer zu einer Mangelverwaltung mit den gerade in diesem Teil Deutschlands bekannten Folgen der sogenannten Planwirtschaft wird.

Bundeszahnärztekammer und Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) zur Pressekonferenz des BUND zum Amalgam

Fragwürdige Profilierung auf dem Rücken der Patienten

Nach der am 28.1.1997 in Bonn stattgefundenen Pressekonferenz des BUND zum Thema Amalgam und Speicheltest betonen die Bundeszahnärztekammer und die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) erneut, daß Speicheltests grundsätzlich nichts zu der einzig entscheidenden Frage beitragen kann, inwieweit der menschliche Organismus durch Quecksilber aus Amalgam-Füllungen belastet wird. Ausschließlich Blut- und Urinuntersuchungen nach standardisierten Richtlinien können hierüber Auskunft geben. Speicheltests – auch mit noch so großem Aufwand durchgeführt – sind daher wertlos. Wenn der BUND trotzdem solche Speicheltests weiterhin gegen teures Geld propagiert, setzt er sich dem Vorwurf der Geschäftemacherei auf dem Rücken verunsicherter Patienten aus, erklärt die Bundeszahnärztekammer.

Die BZÄK fordert den BUND und die Tübinger Analytiker auf, ihre Studie endlich der wissenschaftlichen Fachwelt zu präsentieren. Nur so sei es möglich zu beurteilen, was von dieser Studie zu halten und gegebenenfalls welche Konsequenzen zu ziehen seien. So sei beispielsweise der Versuch problematisch, die im Zusammenhang mit einem Fragebogen erhobenen „Gesundheitsstörungen“ und „Mißempfindungen“ mit den Ergebnissen der Speicheltests in Zusammenhang zu bringen. Eine Beziehung zwischen den unkontrolliert von den Testteilnehmern selbst berichteten Krankheitssymptomen und gemessenen „Quecksilberbelastungen“ ist wissenschaftlich umstritten, da die notwendige Kontrolle bezüglich anderer Ursachen und der Schwere der angegebenen Erkrankungen unterblieb.

Bundeszahnärztekammer und DGZMK verweisen nochmals auf die Fakten:

- Die Aussagen des BUND, die sich im wesentlichen auf die im vergangenen Jahr veröffentlichte Tübinger Amalgam-Studie stützen (eine Veröffentlichung in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift steht bis heute noch aus), bei einem Großteil der Versuchsteilnehmer lägen die durch Speicheltest gemessenen Werte teilweise erheblich über dem WHO-Index für eine Quecksilber-Belastung, ist vom Ansatz her falsch, denn

- Erstens basiert der Index für die wöchentlich duldbare Quecksilberbelastung nach Aussage der WHO selbst eindeutig auf der Belastung (Resorption) durch organisches Quecksilber (Methylquecksilber)¹.

- Diese toxikologisch bedeutsame Quecksilberart kommt aber zweitens im Amalgam gar nicht vor.

- Speicheltests können daher drittens nur das aus Amalgam freiwerdende anorganische (ionische) und metallische Quecksilber im Speichel nachweisen. Beide Quecksilberarten werden vom Körper zum größten Teil ausgeschieden. Dieser Sachverhalt ist in der Fachliteratur seit Jahren beschrieben und somit bekannt.

- Auch nach Aussage der WHO ist Speichel kein geeignetes Medium zur Untersuchung der Quecksilberbelastung („In general, saliva is not a relevant indicator for the monitoring medium for ingestion of Hg²⁺“)

- Aussagen zur Quecksilberbelastung des Körpers können seriös und internationalem wissenschaftlichem Standard gemäß nur durch Untersuchungen des Urins und ggf. des Blutes gemacht werden.

Bundeszahnärztekammer und DGZMK stellen fest, daß der BUND auch mit dieser Veranstaltung keine neuen Erkenntnisse zur Diskussion um den Füllstoff Amalgam beisteuern konnte. Nach Auffassung des Präsi-

denten der BZÄK, Dr. Fritz Josef Willmes, sei die Veranstaltung des BUND vor allem deshalb nicht nachvollziehbar, da der BUND in einem kürzlichen Beitrag der ARD-Report-Sendung bereits eingeräumt habe, daß die Methodik der von ihm in Auftrag gegebenen Studie unzureichend gewesen sei. Die notwendige „Abnahme von Blut und anderen Sekreten“ war dem Bund nach Aussage seines Sprechers, Erhard Schulz, zu aufwendig. Daß dadurch aber der behauptete Beweis für eine grundsätzliche Gesundheitsbeeinträchtigung durch Amalgam nicht erbracht werden konnte, verschweige der BUND.

Nachdem für BZÄK und DGZMK eindeutig feststeht, daß einerseits Speicheltests zur Beurteilung des Füllstoffes Amalgam unbrauchbar sind, andererseits die Probanden der Tübinger Studie zunächst 40 DM, später 78 DM an den BUND bezahlen mußten, kann nur geschlossen werden, daß der BUND auf dem Rücken und mit der Angst der Patienten ein Geschäft machen will.

1 „This evaluation is based on a high total mercury intake in the diet, due to the consumption of fish containing high levels of methylmercury compounds.“ In: 16. Report of the joint FAO/WHO Expert Committee on food additives, 1972, Nr. 505

2 Hg = chemisches Zeichen für Quecksilber, Schreiben der WHO v. 9. Mai 1996 an Prof. Reich, Universitätszahnklinik Homburg/Saar

info-Z

**MITTELDEUTSCHE GESELLSCHAFT
für ZAHN-, MUND- und KIEFERHEILKUNDE
zu ERFURT e. V.**



EINLADUNG

**zum Wissenschaftlichen Abend
„Metallfreie, faserverstärkte Kronen- und
Brückenrestaurationen“**

**am Mittwoch, dem 23. April 1997, 17 Uhr
RADISSON SAS-Hotel Erfurt
Juri-Gagarin-Ring 127**

17.00 Uhr	Eröffnung des Wissenschaftlichen Abends	
17.15 Uhr	„Das Targis/Vectris-System – metallfreie, faserverstärkte Kronen und Brücken mit der FRC-Gerüsttechnologie und dem neuen Ceromer-Verblendwerkstoff“	Dr. med. dent. Drubel, ELLWANGEN
18.15 Uhr	Pause Tischdemonstration des Targis/Vectris-Systems	Firma IVOCLAR
18.45 Uhr	„Wissenschaftl. Entwicklung u. klin. Erfahrungen mit Glasfaserverbund-Brückenzahnersatz“	Prof. Dr. K. H. Körber, KIEL
ab 20.30 Uhr	Kollegiale Begegnung mit kalt/warmem Buffet	

Bitte hier abtrennen!

Hiermit melde ich die Teilnahme am Wissenschaftlichen Abend der Mitteldeutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde am 23. April 1997 in Erfurt an.

Teilnahmegebühr (wissenschaftliches Programm, Pausenversorgung, Buffet)

– Mitglied der Gesellschaft (65,-DM) _____ Personen

– Nichtmitglied (95,-DM) _____ Personen

Die Kopie eines Bankbeleges in Höhe der Teilnahmegebühr fügen wir bei.

Ort

Datum

Unterschrift

Einsendungen bis spätestens 1. April 1997 erbeten.

Referenten:

Dr. med. dent. Drubel
Leiter der zahnärztlich-wissenschaftlichen Abteilung
Deutsche IVOCLAR Dental GmbH
PF 1152
73471 Ellwangen

Prof. Dr. K. H. Körber
Direktor der Klinik für zahnärztliche Prothetik, Propädeutik und Werkstoffkunde
UNIVERSITÄT KIEL
Arnold-Heller-Str. 16
24105 Kiel

Organisatorische Hinweise:

Tagungsort : RADISSON SAS Hotel Erfurt
Juri-Gagarin-Ring 127
99084 Erfurt
Telefon : 03 61/55 10 Fax : 03 61/55 12 10

Wissenschaftliche und organisatorische Leitung:

Prof. Dr. E. Lenz, Dr. U. Tesch, Frau R. Grube
Nordhäuser Straße 78, 99089 ERFURT; Tel.: 03 61/7 41-12 07
Fax: 03 61/7 41-11 07


Teilnahmegebühr (einschließlich Pausenversorgung und Buffet)

Mitglieder der Gesellschaft: 65,- DM Nichtmitglieder: 95,-DM

Anmeldung bis 1. April 1997 erbeten. Die Teilnehmergebühr bitten wir zu überweisen:

Konto der Gesellschaft:

Volksbank Mühlhausen, Konto Nr.: 300006140, BLZ: 82094034



Bitte hier abtrennen !

**An die
Mitteldeutsche Gesellschaft f. ZMK
Herrn Prof. Dr. E. Lenz
Nordhäuser Straße 78
99089 ERFURT**

Tel. 03 61/7 41-12 07 Fax: 03 61/7 41-11 07



Produktinformationen

Das IPR-Meßsystem: Messen statt tasten!

Die Beurteilung der Unterkiefermobilität ist eine wichtige und notwendige Aufgabe im Spektrum der zahnärztlichen Diagnostik.

In dem sich darstellenden Bewegungsraum sind dabei ausgewählte Positionen von besonderem Interesse, die für jegliche restaurative Maßnahmen zwingend benötigt werden. So wird z. B. der Zuordnung des UK zum OK im Sinne einer „physiologischen Zentrik“ größter Stellenwert beigemessen. Das Zentralproblem „Zentrik-Registrierung“ zieht sich immer noch wie ein roter Faden durch die zahnmedizinischen Fachdisziplinen.

Die Komplexität des oralen Systems hinsichtlich seiner Strukturen und Funktionalität erfordert eine Meßtechnik, die sowohl objektive Einblicke in die verschiedenen Komponenten gewährt, als auch der Bewertung im Kontext mit anderen Faktoren Rechnung tragen muß.

Nach wie vor steht die Forderung nach Transparenz und Sicherheit in diagnostischen und therapeutischen Konzepten.

Auf der Basis dieser Ansprüche wurde das im internationalen Maßstab neue IPR-System entwickelt. Sein Funktionsprinzip verbindet vielfältige wissenschaftlich gesicherte Ergebnisse der intraoralen zweidimensionalen Registrierung von UK-Bewegungen mit neuen Erkenntnissen über den Einfluß aufgewendeter Registrierkräfte.

Die Kombination der Meßtechnik gestattet es, der neuromuskulären Komponente besondere Aufmerksamkeit zu widmen. So kann zum Beispiel die Fähigkeit (oder Unfähigkeit) der Selbstzentrierung des biologischen Systems nach Entkopplung der Okklusion zum Auffinden einer Zentrikposition optimal und unter direkter Sichtkontrolle (Monitor) genutzt werden.

Außerdem wird es erstmalig möglich, das Registriergerät unter definierter Kraft auszuführen bzw. die Leistungsbereitschaft der neuromuskulären Komponenten zu objektivieren.

Der Sensor arbeitet als elektronische Registrierplatte mit einer Meßfläche von ca.

1 cm² und einer Auflösung von 0,05 mm bei einem mittleren Fehler von +/- 0,2 mm.

Der Stützstift besitzt eine rollende Spitze und ist in seiner Halterung sagittal und in der Höhe einstellbar. Kunststoff-Formteile ermöglichen eine einfache und exakte Vorbereitung der Messung am Gipsmodell und die Aufnahme von Sensor und Stützstift im Kiefer.

Das Meßgerät bereitet die Signale des Sensors auf und ist über eine serielle Standardchnittstelle mit dem Computer verbunden. Über dieses Gerät können mit der Fernbedienung alle Hauptfunktionen des Systems vom Behandlungsplatz aus gesteuert werden. Zur Darstellung, Auswertung und Speicherung dient ein IBM-kompatibler PC (MS-DOS) mit Drucker. Die zum Lieferumfang gehörende Software mit ONLINE-Hilfe ist leicht über eine grafische Menüsteuerung zu bedienen. Ein Koordinatentisch ermöglicht die exakte Übertragung der im Registriergerät ermittelten Bißlage.

In Seminaren und Workshops werden Inhalte angeboten, die den Nutzen und die Praxisrelevanz demonstrieren:

- Intensive Wissensvermittlung zum Problemkreis "Bißlage" und Vorstellung eines komplexen theoretischen Konzeptes unter Beachtung der neuromuskulären Steuerung des Systems.
- Der Problempatient unter dem besonderen Aspekt der neuromuskulären Steuerung des orofacialen Systems.
- Das Erkennen funktioneller und dysfunktioneller Unterkiefermobilitäten.
- Physiologische Grundlagen der klassischen Stützstiftregistratur.
- Vorstellung eines neuen theoretischen Konzeptes mit Lösungsansatz für die o.g. Probleme.

Termine und weitere Auskünfte über:

MULTIDENT Hansen · Heise · Hammer

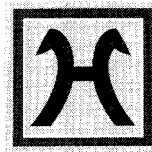
- Frau Martina Giese -

Varrrentrappstraße

38114 Braunschweig

Telefon (05 31) 2 56 10 17

Telefax (05 31) 2 56 10 20



MULTIDENT
HANSEN
HEISE
HAMMER

Zahnarzt (32 Jahre) sucht Möglichkeit zur Praxisübernahme im Raum Weimar, Weimarer Land, Jena - auch mit Übergabezeit bis zu einem Jahr (Entlastungssass./Anstellung).
Zuschriften unter Chiffre **tzb 047** an TYPE-DTP, Müllerstr. 9, 99510 Apolda.

Suche Assistentenstelle ab Juni 1997. Raum Thüringen, neue Bundesländer. Staatsexamen 5/97.
Herr Toralf Pank, Kronenstraße 20, 01129 Dresden,
Tel. (03 51) 8 49 21 80.

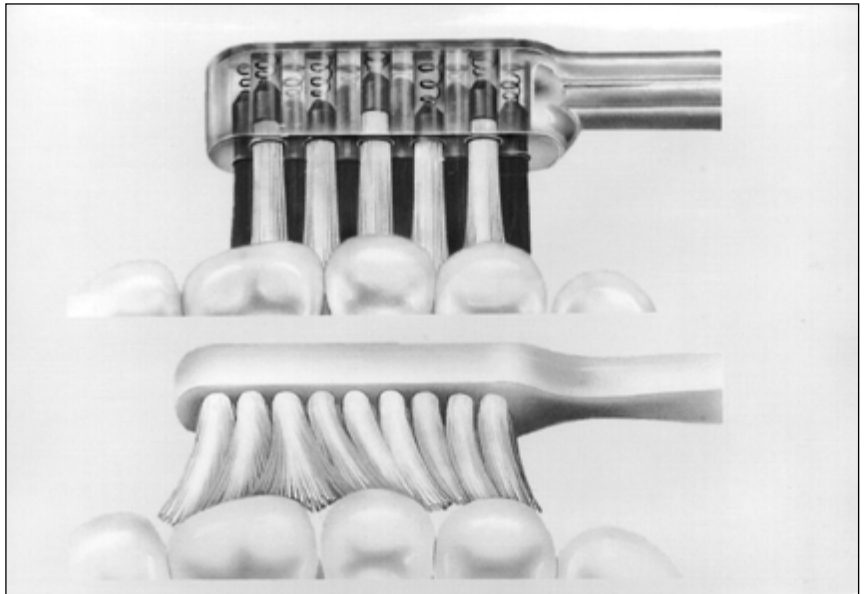
Technologische Innovation in der Zahnhygiene:

OralSpring – die neue Zahnbürste mit der Feder-Action!

Das einmalige an dieser neu in Deutschland erhältlichen Zahnbürste ist die patentierte Technologie der Feder-Action. Dabei ruhen die Borstenbündel in einem Miniatur-Federmechanismus, der sich den anatomischen Konturen von Zähnen und Zahnfleisch während des Putzens anpaßt. Dank dieser federgelagerten Borstenbündel putzt der Anwender besonders schonend, wobei gleichzeitig Zähne und Zahnfleisch sanft massiert werden.

Die Wirksamkeit dieser neuen Technologie wurde in klinischen Tests von Forschern an der Zahnmedizinischen Fakultät der University of Alabama, USA, festgestellt. Dabei zeigte sich, daß oralSpring bei der Entfernung von Plaque und in der Reduzierung der Zahnschmelz-Abrasion gegenüber herkömmlichen Zahnbürsten wesentliche Vorteile bietet.

Dank der Feder-Action-Technik ist die OralSpring Zahnbürste auch besonders geeignet für Träger von Zahnsparungen.



Eine detaillierte Dokumentation über die Wirkungsweise, die klinischen Tests und eine Zahnbürste zum Testen dieser revolutionären Technik sind erhältlich bei: Dr. Fehr GmbH, Wilhelm-Busch-Str. 16, 65479 Raunheim oder ALLEN Dr. Götterfert GmbH, Aach Linz, Bahnhofstr. 4, 88630 Pfullendorf.

Das Foto zeigt, wie sich die OralSpring Zahnbürste im Gegensatz zu einer herkömmlichen Zahnbürste ohne Feder-Action-Technik den anatomischen Konturen im Mund anpaßt.

Buchbesprechungen

Innere Medizin für Zahnmediziner

H. Wagner und N. van Husen

404 Seiten, 180 Abbildungen und 92 Tabellen, DM 118,-, ISBN: 3-13-103481-5. Georg Thieme Verlag, Stuttgart-New York 1996.

Als mir das Buch zur Besprechung angeboten wurde – es ist die erste Auflage – mußte ich unwillkürlich an das vor 25 Jahren erschienene Fachbuch ähnlichen Titels beim Johann Ambrosius Barth Verlag denken – an den „Ries“. So vorbelastet erwartete ich ein ähnlich gut gegliedertes und für die zahnärztliche Praxis abgestimmtes Fachbuch. Diese Erwartungen wurden gerechtfertigt und teilweise auch übertroffen. Pauschal muß man den Autoren bescheinigen, daß sie vor allem auch mit Abbildungen versucht haben, dem Zahnarzt untypische äußere Erscheinungsbilder der Patienten sowie Veränderungen im Mundbereich als Krankheitsbeziehung mit überge-

ordnetem Charakter darzustellen. Als Beispiel sollen hier nur vorgestellt werden die „multiblen Teleangiektasen“ bei Morbus Osler. Diese Teleangiektasen stellen sich als multiple rote Punkte im Bereich der Unterlippe dar und werden als OSLER-Knötchen bezeichnet. Die Erkrankung gehört zur Gruppe der vaskulären hämorrhagischen Diathesen und beruht auf einem autosomal dominant vererbten Gefäßwanddefekt mit Verlust der elastischen Fasern und Ausbildung der o. g. Teleangiektasen an Haut und Schleimhaut. Sehr schön ist hier noch einmal grafisch hervorgehoben (könnte etwas stärker sein): „Der Morbus Osler ist eine zahnärztliche Blickdiagnose“. In dem Kapitel Blut- und Gefäßkrankheiten weiterführend: Spontanes Zahnfleischbluten sollte immer eine Thrombozytopenie in der Diagnose abschließen.

Alle internistischen Erkrankungen sind kurz und prägnant dargestellt und ich möchte hier besonders die Kapitel 1 „Krankheiten des Herzens“ und 13 „Inter-

nistische Notfälle“ hervorheben. Der Umgang mit dem Patienten, der an irgendeiner Herzkrankheit leidet, ist für den gewissenhaften Zahnarzt selbst immer eine hohe psychologische Belastung. Diese ist in der heutigen Zeit besonders extrem, da auch der vom Behandler unverschuldete Notfall in seiner Praxis immer als ein Medienereignis ausgeschlachtet wird und so den exzellentesten Ruf einer Zahnarztpraxis in den Ruin treiben kann. Im Kapittel 13 werden die Notfallmaßnahmen bei internistischen Notfällen in guten schematischen Abbildungen dargestellt und hierzu gehört auch immer noch die Koniotomie.

Wesentliche Aufmerksamkeit wird auch den Infektionserkrankungen gewidmet. Weiterhin folgen Vergiftungen, Neurologie und Psychiatrie. Abgerundet wird das Buch durch die Kapitel „Leitsymptome und Blickdiagnosen“ sowie eine „Referenzliste für Laborwerte bei Erwachsenen“ – sehr gut!. Ich mußte mich beherrschen, um das Buch nicht für den Nachdruck im tzb abzuschreiben.

Endodontologie

R. Beer und M. A. Baumann

310 Seiten, 795 meist farbige Abbildungen in 1540 Einzeldarstellungen, DM 440,-, ISBN: 3-13-725701-9. Georg Thieme Verlag, Stuttgart-New York 1996. Farbatlanten der Zahnmedizin, Band 7, Hrsg.: K. H. Rateitschak und H. F. Wolf

Der Atlas ist im bewährten Farbatlanten-Layout konzipiert und durchgehend vierfarbig bebildert. Mit der Anordnung von Text und Bild erhält der Arzt rasch alle erforderlichen Informationen und eine praxisorientierte, schrittweise Darstellung der Behandlungsabläufe.

Auch dieser Band vermittelt den aktuellen methodischen Wissensstand und zeigt ein modernes Behandlungskonzept auf. Er ist gegliedert in Grundlagen, Diagnostik, Therapie und ergänzende Therapie, wobei nicht nur Idealfälle aufgezeigt werden, sondern auch auf mögliche Probleme und ihre Lösung eingegangen wird.

Mit diesem Band 7 der Farbatlanten der Zahnmedizin nähert sich der Thieme Verlag langsam der Komplettierung dieser Reihe, wobei ja z.B. die Parodontologie schon in der zweiten Auflage erschienen ist.

R. Beer als einer der Verfasser ist den „Endodontologen“ als Begriff für eine kompromißfreie aber erfolgreiche Therapie des Endodonts bekannt, und ich habe schon lange auf dieses Buch gewartet. Für den Neueinsteiger ist der Atlas ein ideales Handbuch und er kann step by step seine Therapieschritte vorbereiten bzw. für den Patienten umsetzen und „kopieren“.

Brilliant sind alle Fotos der Diagnostik und Therapie, von denen ich besonders die für die Praxis sicher nicht so wichtigen, histologischen Darstellungen im Kapitel „Pathobiologie und Diagnostik“ erwähnen möchte. Sie vermitteln mental ausgezeichnet die Veränderungen im mikroskopischen Bereich und ermöglichen ein besseres Verständnis und Umsetzen der Diagnostik der Erkrankungen im Pulpabereich.

Das Handling der einzelnen Instrumente und Geräte ist schrittweise und lückenlos aufgezeichnet. Für den erfahrenen Praktiker ist natürlich das Kapitel „Revision endodontischer Mißerfolge“ sehr interessant. Wichtig ist m.E. auch die Benennung der verschiedensten Kanaldesinfizienzien und medikamentösen Einlagen.

Den Instrumenten und Materialien ist trotz der Erwähnung bei den Behandlungsabläufen noch ein eigenes Kapitel gewid-

met. Die postendodontische Versorgung mittels Stift- und Schraubenaufbauten sowie das Bleichen verfärbter avitaler Zähne und ein umfangreiches Literaturverzeichnis runden das Buch ab.

Atlas der Giftherde Röntgen und Kernspintomographie Reihe: Kompendium der Klinischen Toxikologie

M. Dauderer

350 Seiten, DM 98,-, ISBN: 3-609-64050-2. ecomed Verlagsgesellschaft, Landsberg 1996.

Einleitend muß ich bemerken, daß sich der ecomed-Verlag mit dieser Publikation mit einem Reizwort für die Zahnärzte recht mutig an die fachliche und sonstige Öffentlichkeit begibt. Dieses Reizwort heißt „Dauderer“. Deshalb fällt mir eine objektive Vorstellung dieses Buches sehr schwer, und wir zitieren hier den Begleittext des Verlages:

Jeder Arzt ist immer wieder mit Krankheiten konfrontiert, bei denen keine Therapie anschlägt, weil die Ursache nicht bekannt ist. Der bekannte Münchner Toxikologe Dr. Max Dauderer rät allen Ärzten, in solchen Fällen immer auch an eine mögliche Intoxikation durch Umweltgift zu denken.

„In seinem neuesten Buch beschäftigt sich Dr. Dauderer mit dem Nachweis, der Behandlung bzw. der Entfernung von Giftherden im Körper. Das Buch besteht in der Hauptsache aus über 400 Röntgenaufnahmen von Gebissen sowie kernspintomographien und Computertomographien, auf denen Einlagerungen von Metallen, Lösemitteln, Formaldehyd oder Pestiziden im Kiefer bzw. im Gehirn zu erkennen sind. Die Abbildungslegenden beschreiben die aufgetretenen Krankheitssymptome des Patienten und die Diagnose. Dabei sind die Abbildungen einmal nach Giften mit typischen Ablagerungsbildern gegliedert, zum anderen anhand der verursachten Organschäden mit den dazugehörigen möglichen Ursachen.“

Der Atlas hilft dem behandelnden Arzt, Zusammenhänge herzustellen zwischen Giftherden im Körper, wie sie etwa durch Zahnfüllungen oder andere Langzeitaufnahme von Umweltgiften entstehen, und Krankheitssymptomen. Es sind also trotz der vielen Gebißaufnahmen mit diesem Buch keineswegs nur Zahnärzte angesprochen, sondern ebenso Allgemeinmediziner, Internisten, Dermatologen etc.“

Sicherlich sind die Abbildungen incl. röntgenologischen und kernspintomographischen Darstellungen sowie ihre Rückschlüsse auf körperliches Mißbefinden bis zu schwersten Erkrankungen recht beeindruckend, m. E. aber in der Gesamtaussage mit Vorsicht zu genießen. So wird z. B. behauptet, daß Herzrhythmusstörungen von den 8ern herrühren. Ich habe seit frühester Jugend keine Weisheitszähne mehr und trotzdem Arrhythmien – bes. bei kalten Füßen. Sicherlich ist in bestimmten Fällen eine den gesamten Organismus betreffende Wirkung bestimmter Zahnersatzmaterialien und Zahnsatzmaterialien nicht von der Hand zu weisen. Dies sollte aber von Fall zu Fall beschrieben werden. Eine pauschalisierte Herdtheorie mit ihren verheerenden Folgen für die mangelhafte Mundgesundheit ist uns ja vor allem aus den 30er Jahren aus den USA bekannt durch die überzogene Extraktionstherapie bei jedem Herdverdacht. Schauen wir uns diese Generation heute im Fernsehen an – alle haben ein und denselben konfektionierten Gebißtyp. „Wo lange Amalgam war, darf ebenso lange kein Gold hin“. Was dann?

Auf jeden Fall sollte man dieses Buch einmal studieren, um zumindest zu wissen, was wir in der Öffentlichkeitsarbeit gegen den zahnärztlichen Berufsstand noch zu erwarten haben. Ich möchte nochmals fixieren: den Einzelfall gibt es immer, und eine Nichttherapie ist eine ärztliche Pflichtverletzung. Aber wenn ich lese „Amalgam in Kiefer und Gehirn“ als Bildunterschrift, dann frage ich mich besorgt, ob ich eine gewinnbringende BEMA-Position verpaßt habe, um wenigstens eine Amalgamfüllung in die Großhirnrinde zu plazieren.

Adhäsive metallfreie Restaurationen

D. Dietschi und R. Spreafico

215 Seiten, mit Abbildungen, DM ISBN: 3-87652-144-0. Quintessenz VerlagsgmbH, Berlin 1997.

Mit dem Untertitel „Aktuelle Konzepte für die ästhetische Versorgung im Seitenzahnbereich“ stellt sich das Buch m. E. schon selbst vor. Weg von der metallischen und weniger ästhetischen Füllung zur „Zahnkosmetik“. In einer ziemlich gestrafften Materialkunde werden die zahnfarbenen und zur Anwendung kommenden Materialien und ihre Verarbeitung vorgestellt. Mit umfangreichen Abbildungen sowohl fotografisch als auch (sehr guten 9 Schemata

werden Klassifikation restaurativer Techniken, Indikationen und handhabung der direkten und indirekten Applikationsmöglichkeiten beschrieben. Dies beinhaltet sowohl die Beschreibung der CAD/CAM-Technik, die speziellen Handinstrumente zur approximalen Präparation (s. IUZ Januar 1997), als auch der Ausarbeitung und Politur der Restaurationen.

Die Autoren setzen sich sehr kritisch mit der Problematik der lichthärtenden Restaurationen im Seitenzahngebiet auseinander und erwecken manchmal den Eindruck einer Überbewertung derselben. Dieses Urteil wird entkräftet unter dem Aspekt „Ästhetik“. Inwieweit allerdings die Ästhetik der Füllung am 8er so weltbewegend ist, sei dahingestellt. Ich mußte hierbei immer wieder an die Worte von Prof. Lenz in einem Redaktionsgespräch denken: Wir müssen von der überzogenen Kosmetik zurück zu unserer ärztlichen Aufgabe und wieder Zahnmedizin betreiben.

Sammlungen von Entscheidungen der Berufsgerichte für die Heilberufe – HeilBGE

B. Heile, K. Mertens, G. Pottschmidt, F. Wandtke und J. Zitzmann (Hrsg.)
2122 Seiten, Loseblattwerk in drei Ordnern, DM 288,-, ISBN: 3-7691-3038-3. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1996.

HeilBGE sind in Deutschland die einzige Sammlung von Gerichtsentscheidungen zum Berufsrecht der Heilberufe.

HeilBGE sind die kompetente Informationsquelle für die Berufsgerichte und für jeden, der in Wissenschaft und Praxis mit dem Berufsrecht der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker arbeitet. Die Gliederung der Sammlung und die Auswahl der Entscheidungen sind Ergebnis der gebündelten Erfahrung und Übersicht der Herausgeber, die sämtlich Vorsitzende letztinstanzlicher Berufsgerichte für die Heilberufe sind oder waren.

HeilBGE beruhen auf umfassender Auswertung aller erreichbaren Erkenntnisse der Berufsgerichte, geben damit zuverlässig Auskunft über den aktuellen Entwicklungsstand des Berufsrechts der Heilberufe und registrieren seismographisch die Zo-

nen und Tendenzen beruflichen Fehlverhaltens.

Die Sammlung enthält jegliche berufsrechtliche Ahndung der Vergehen in der Ausübung der ärztlichen/zahnärztlichen Tätigkeit einschließlich anderer Verstöße gegen die Berufsordnung. Für den praktisch tätigen Zahnarzt ist die Sammlung sicherlich etwas sehr umfangreich, sollte aber zumindest informativ gelesen werden. Wichtig erachte ich die Sammlung für alle Gutachter, vor allem die für die Landeszahnärztekammer engagierten. Allerdings sollte sich die Kollegin/der Kollege bei Zweifeln vor einer rechtlichen Auseinandersetzung vorher mit dieser Entscheidungssammlung auseinandersetzen.

Steuerleitfaden für Ärzte und Zahnärzte

J. Falkenbach und W. Spiegels
2. Auflage, 1458 Seiten, Loseblattwerk in zwei Ordnern, DM 98,-, ISBN: 3-7691-3053-7. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1996.

Dieses bewährte Nachschlagewerk ist ein hilfreicher Wegweiser durch den Dschungel der Steuergesetze. Der Steuerleitfaden ist gezielt auf die Bedürfnisse von Ärzten und Zahnärzten zugeschnitten, ist übersichtlich gegliedert und bietet zahlreiche Fallbeispiele.

Was ist neu an der 16. Ergänzungslieferung?

Es wurden u. a. die noch ausstehenden Ergänzungen und Änderungen aufgrund des Jahressteuergesetzes 1996 sowie Rechtsprechungsänderungen aufgenommen. Dabei handelt es sich insbesondere um:

- Abgrenzung der freiberuflichen von der gewerblichen Tätigkeit bei Laborärzten und vergleichbaren Tätigkeiten
- Zurechnung von Grundstücksteilen von untergeordneter Bedeutung zum Betriebsvermögen
- Steuerliche Anerkennung des Ehegattenarbeitsverhältnisses
- Abzugsmöglichkeiten bei Umzugskosten
- Beschränkung beim Abzug der Kosten für ein häusliches Arbeitszimmer
- Neustrukturierung des Reisekostenabzugs
- Zurechnung von Zinserträgen im Erbfall
- Verlängerung der Steuervergünstigungen nach dem Fördergebietsgesetz
- Arbeitgeberpflichten bei der Auszahlung des Kindergeldes
- Vorkostenabzug bei Inanspruchnahme der Eigenheimzulage

KFO-Workshop der Dr. Hinz Unternehmen

ca. 300 Seiten, 4-farbig, Schutzgebühren DM 50,-. Dr. Hinz Fachlaboratorium für Kieferorthopädie, Mont-Cenis-Str. 5, 44623 Herne.

In einem Sammelschuber wird anhand von 8 (mir vorliegenden) Broschüren sowohl die Unternehmensgruppe Dr. Hinz als auch die verschiedensten Möglichkeiten der Kfo sowohl im Labor als auch in der Praxis vorgestellt. Für den Zahnarzt und kieferorthopädischen Laien ist dieses Arbeitsmaterial sehr einfach zu handhaben als Nachschlagewerk, um sich pauschal über die neuen apparativen Verfahren in der Kfo zu informieren. Dies geschieht über die anschauliche Darstellung der verschiedenen Schraubenelemente und Halteelemente für die aktive Platte, den Aktivator und seine Variationen, Doppelplatten, Funktionsregler, Elasto-Kfo-Systeme bis zu Retentions- und Modellguß-Kfo-Geräten. Alle Therapiemittel sind in den einzelnen Detaillierungen aufgeführt und in Abbildungen dargestellt, so daß zum Schlagwort die visuelle Vorstellung möglich wird. Natürlich sind die Indikationen der Therapiemittel aufgezeigt und erleichtern z. B. mir persönlich die „Übersetzung“ der Behandlungsberichte der kieferorthopädisch tätigen Kollegen. Hier überwindet man durch die einfache Suche in den Broschüren des Schubers die Trägheit, die uns manchmal daran hindert, in einem größeren Fachbuch nachzuschlagen.

Das Angebot der Kfo-Planung wird aus den Erfahrungen der Zahnärztekammer leider zu oft mißverstanden. Die Unternehmensgruppe selbst bietet die Möglichkeit von Vorschlägen zur Behandlungsplanung, um dem Kieferorthopäden und dem Zahnarzt die Möglichkeit einer Eigenkontrolle im Sinne einer Fall- und Modellanalyse zu geben. Dies ist ein Service, den fast alle Kfo-Labors anbieten. Aus unserer Erfahrung wird dieser Service leider (wie auch oft in der Prothetik) als Verlagerung der Diagnose und Therapie aus der zahnärztlichen und kieferorthopädischen Praxis in das Unternehmen Labor umgewandelt. Rechtlich bleibt die Verantwortung für Erfolg und Mißerfolg in Diagnose und Therapie allein beim Zahnarzt. Wer die Kieferorthopädie fachlich nicht beherrscht, sollte sie zum Wohle des Patienten dem dafür prädestinierten Fachkollegen überlassen. Weiterhin gibt diese Broschürensammlung Tips zum Modellmanagement, zur Diagnose und Therapie

sowie zur Fotografie und Behandlungsplanung incl. Beantragung und Abrechnung.

Kassenarztrecht

H. Plagemann

142 Seiten, DM 39,-. Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main 1997.

Obwohl es sich hierbei eigentlich um die juristischen Voraussetzungen einer Kassenarztpraxis handelt, ist dieser Leitfaden m. E. sehr wichtig wegen der prinzipiell rechtlichen Grundlagen der ärztlichen Behandlung. Für unsere Berufsgruppe möchte ich nur einige Schlagwörter anführen:

- Zahntechniker
- Pharmaunternehmen
- Behandlungspflicht
- Freie Arztwahl
- Kunstfehler
- Rezepte, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen
- Datenschutz usw.

Zu jedem Absatz sind die entsprechenden Rechtsurteile bzw. Gesetze als Quellenangabe aufgelistet. Der Untertitel „Ein Leitfaden für Ärzte, Rechtsanwälte und Krankenversicherer“ wird der angesprochenen Bandbreite gerecht und sollte bei nur 142 Seiten für den Zahnarzt zwecks der eigenen Berufsrechtssicherheit einmal zur Lektüre für verregnete Wochenenden gehören.

Der Leitfaden soll Praktiker – vor allem Ärzte und Juristen sowie Mitarbeiter der Kassen und Kassenärztlichen Vereinigung – über den aktuellen Stand des Kassenarztrechts informieren. Das Recht weiterer Leistungserbringer nach dem SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung), aber auch Schwerbehindertengesetz, SGB VI (Gesetzliche Rentenversicherung) und SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) ist im 3. Abschnitt knapp erörtert.

Das Kassenarztrecht wird geprägt von Vereinbarungen zwischen Ärzten und Kran-

kenkassen, als von Entschließungen der sog. „gemeinsamen Selbstverwaltung“. Auf dem rechtlichen Prüfstand stehen demzufolge neben dem eigentlichen Verwaltungshandeln (z. B. Wirtschaftlichkeitsprüfung, Zulassungsentziehung) Regelungen, die von der Selbstverwaltung stammen, z. B. die Honorarverteilungsmaßstäbe, die Gebührenverordnungen oder auch die Gesamtverträge. Das erfordert ein sensibles Ausloten der gesetzlichen Ermächtigung auf der einen Seite und des demokratischen Freiraums auf der anderen Seite.

Die sich daraus ergebenden Konflikte müssen zunächst von den Akteuren des Gesundheitswesens selbst bewältigt werden – und notfalls mit Hilfe der Gerichte gelöst werden. Deshalb wird in diesem Leitfaden besonderes Gewicht auf die Rechtsprechung der Instanzgerichte und die Formen des Rechtsschutzes gelegt.

Kultur

Prager Frühling ... – oder Frühling in Prag

Wann haben Sie zum letzten Mal die Goldene Stadt an der Moldau besucht?

Trotz Reisefreiheit ist dies für mich immer noch das liebenswerteste Reiseziel geblieben. Sicherlich hat sich auch hier in den letzten Jahren sehr viel verändert. Abgesehen von der Tatsache, daß es jetzt auch für uns möglich ist, ein annehmbares Hotelzimmer zu buchen, bieten sich auch breitere Erlebnisvariationen. Hiervon wird allerdings jegliches Angebot der Kulturpalette dem Hauptinteresse des Pragreisenden gelten.

Aber es ist auch immer wieder schön, durch die alten Gassen zu schlendern oder sich von den herrlichen Jugendstilfassaden des Wenzelsplatzes im neuen Glanz überraschen zu lassen. Wunderschön ist auch immer wieder die Aussicht vom Laurenzberg (Petrin) über die Stadt – die Standseilbahn ist seit einigen Jahren wieder funktionsfähig.

Ein Besuch im Kloster Strahov ist bei dieser Gelegenheit empfehlenswert, aber Vorsicht: es gibt sehr lange und touristenunfreundliche Mittagspausen mit Schließung des Museums.

Auf dem Hradschin muß man für den Besuch der Museen sehr viel Wartezeit ein-

planen. Ähnlich wie in Paris beim Besuch des Louvre können nur bestimmte Besucherzahlen akzeptiert werden.

In Prag ist aber von Ostern bis Oktober immer Hochsaison und Unmengen von Touristen ziehen durch die Straßen. Der Westen hat diese Stadt als Attraktion entdeckt. Faszinierend sind auch immer wieder die Häuser und Höfe (!) auf der Kleienseite. Hinter unscheinbaren Türen und Toren verschwindet man aus dem Großstadt- und Touristengetümmel in die Zeit Jan Nerudas und seiner „Kleiseitener Geschichte“.

Auf dem Altstädter Ring finden oft geschmackvolle mittelalterliche Märkte statt.

Natürlich gibt es auch noch die berühmten Bierlokale – aber sie sind nicht mehr das Prag. Das „U flecky“ ist zur touristischen Bierschwemme degradiert mit dem Niveau eines Münchner Hofbräuhauses. Prager Einwohner findet man dort nicht mehr, hört dafür aber leider ewig gestrige und oft unschöne Gesänge in unserer Sprache.

Überhaupt ist die Gastronomie der Touristenlokale etwas bedrückend. Natürlich ist sie gut, aber mir drängen sich immer die Erlebnisse der Vorwendezeit in Ostdeutschland und seiner „Spitzengastronomie“ auf, die uns in der Regel nicht erwünschte. Abseits der touristischen Hauptstraßen findet man natürlich auch die typischen Prager Gaststätten mit einem gemischten Publikum, und das Hauptgericht

Knedlicky mit Fleisch und viel Knoblauch schmeckt ausgezeichnet.

Ein Einkaufsparadies ist Prag geblieben. Sicherlich sind in den Geschäften aller Artikel der westlichen Industrieproduktion erhältlich. Die Stadt war schon in der Vergangenheit sehr nuancenreich im Konsumangebot. Die Prager haute couture mit eigenen gefälligen Designs hat ihren guten Ruf bewahrt. Wenn man während der rush hour mit U- oder Straßenbahn fährt: die dezente Eleganz und der Charme der Pragerinnen ist wohlthuend. Die Männer dagegen haben es immer noch nicht begriffen, daß es auch für sie Mode gibt. Das ist oft ein krasser Widerspruch, jedoch häufig auch recht amüsant.

Natürlich gibt es immer noch – oder jetzt sogar noch mehr – die Boutiquen mit Modeschmuck, Accessoires, und was das Frauenherz sonst noch begehrt. Damit nicht genug: Auch gute Musik auf allen Tonträgerarten ist wie eh und jeh vorhanden, sowohl Klassik als auch Jazz. Die moderne Musik und Kunst überhaupt haben ihren eigenen Stil behalten – wie schön. Leider sind die Buchhandlungen etwas dezimiert und in puncto Literatur – ich denke vor allem an die prachtvollen Kunstbände des Artia-Verlages – hat man sich dem westlichen Kitschpostkartenklischee angepaßt. Aber kleine unscheinbare Läden bieten einen unschätzbaren Reichtum an deutschsprachiger landeskundlicher Literatur und Belletristik.



So ist eine Reise nach Prag immer wieder eine Hommage an die deutsch-tschechischen und jüdischen Prager wie Kisch, Rilke, Neruda, Kafka, Hasek. Leider ist das Buch „Der brave Soldat Schwejk“ von Hasek mit den Zeichnungen von Joseph Lada nicht mehr in deutscher Sprache erhältlich. Es existiert nur die zweibändige Ausgabe des dtv. Pavel Kohout und Vaclav Havel sollen für die modernen epochalen Schriftsteller als Beispiel dienen.

Die Publikationen in unseren Medien beschränken sich auf Negativschlagzeilen, die dem potentiellen Touristen suggerieren, daß er Opfer Krimineller sein werde. Die Rate der Delikte ist nicht höher als in deutschen oder anderen Touristenzentren. Man sollte allerdings nicht unbedingt mit dem Auto durch Prag fahren – schon wegen des katastrophalen Verkehrschaos in den touristischen Einzugsbereichen. Mit dem Zug ist man auch aus Thüringen schneller und bequemer dort. Vorsicht ist beim Mieten von Taxis geboten. Der „Droschkenkrieg“ um das Taximonopol ist unerbittlich. Die Hotels entsprechen in den Preisen unseren Gepflogenheiten. Bei Buchungen möglichst immer auf bewachten Parkplatz oder Garage achten. Es gibt auch gepflegte Pensionen und idyllische tschechische Hotels (Kleinseite), die keiner Kette angehören und sehr reizvoll sind.

Empfehlungen:

Reiseführer: Prag Vis a Vis, RV Verlag in Lizenz von Dorson Kindersley London, deutsch, 1995, DM 49,-

Prag Dumont visuell in Lizenz von Editions Gallimard Nouveaux – Loisirs Paris, deutsch, 1994, DM 49,-

Beide sind excellent, Dumont etwas geeigneter für den Kunstkenner.

Leider gibt es selbst in und von Prag keine eigenen qualitativ guten Führer in deutscher Sprache.

Auskunft zu Übernachtungen gibt ein Verzeichnis „Hotels in Prag“, in Deutschland nicht erhältlich. Mit einem Eurocheck oder 10 DM im Briefumschlag kann man es sich vom Prazska Informacni Sluzba (PIS), Betlemske nam. 2, CZ-11698 Praha 1, schicken lassen.

Ein Prager Kulturprogramm in deutscher Sprache erhalten Sie ebenfalls bei PIS.

Der Prager Frühling – „Prazske jaro“ findet im ganzen Monat Mai statt, und das vorläufige Programm (das mir vorliegt) ist so reichhaltig, daß eine Aufzählung hier nicht möglich ist. Sie können es anfordern beim Sekretariat des Prager Frühlings: MHF Prazske jaro, Hellichova 18, CZ-11800 Praha 1.

Persönlich habe ich den kulturellen Prager Frühling 1995 erlebt, die politischen und freiheitlichen Hoffnungen als Student 1968 und leider auch seine Vernichtung mit dem Verlust unserer demokratischen Träume von politischer Moral. Vielleicht aus diesem Grunde konnte ich trotz Reisefreiheit der Goldenen Stadt an der Moldau nicht untreu werden.

Wilhelm Raabe beschreibt es: O Prag, du tolle, du feierliche Stadt, du Stadt der Märtyrer, der Musikanten und der schönen Mädchen, o Prag, welch Stück meiner freien Seele hast du mir genommen.

G. Wolf