



Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

**THÜRINGER
ZAHNÄRZTE
BLATT 5** 8. Jahrgang
Mai 1998

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), Stefan Pöhlmann (Pressestelle), Christiana Meinl (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 18.08.1997

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 (1998): 1 Jahrgang mit 11 Heften

Zeitschriftenpreise (1998): 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).

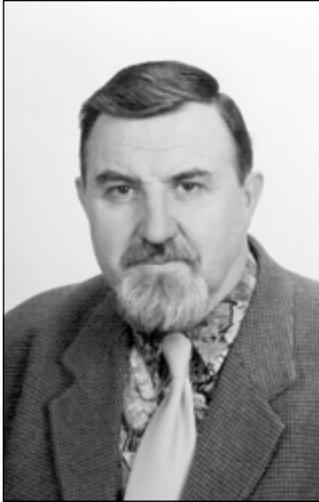
Bankverbindung: Deutsche Bank Apolda, BLZ 820 700 00, Kto.-Nr. 2 084 259

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	
Wir Zahnärzte stehen wieder einmal in der Schublíne	200
LZKTh	
Informationen zur Beihilfe	202
Dankesworte am Beginn des verdienten Ruhestandes	203
LAGJTh	
10 goldene Regeln zur Gesunderhaltung der Zähne	204
„Stab übergeben“ – LAGJTh hat neue Geschäftsführerin	206
KZV	
Grundsätze einer sparsamen und wirtschaftlichen Haushaltsführung bescheinigt	208
Ausschreibungen	209
Kassen beharren auf falschem Standpunkt	210
Praxis	
Das Problem: Latex-Allergie	212
Zwei nicht alltägliche endodontische Praxisfälle	215
IDZ-Studie – Akzeptanz und Arbeitsstrategien zur Individualprophylaxe im Spiegel niedergelassener Zahnärzte in Deutschland	216
Fortbildung	
Forensische Aspekte der Zahnärztlichen Chirurgie	219
Fahrttauglichkeit nach zahnärztlicher Lokalanästhesie und zahnärztlichen Eingriffen	228
Berufspolitik	
Zentraler Punkt: Intensivierung der Basisarbeit	232
EU-Urteil führt zu mehr Liberalität in der Gesundheitsversorgung	233
„Statt Ode an die Freude Pfeifkonzert der Mediziner in Leipzigs Gewandhaus“	234
Nachrichten	
Neues aus Ungarn	237
1. Mountain-Bike Cup der Thüringer Zahnärzte	238
Öffentlichkeitsarbeit	
Zahnärztliche Themen in Thüringer Medien	240
Recht	
Das Direktionsrecht des Praxisinhabers	242
Im Ausland	
Eine winzige Facette Südamerikas	244
Veranstaltungen	
	245
Praxisservice	
Produktinformationen	246
Buchbesprechungen	
	247
Sonstiges	
Frühjahrsdiäten	249
Mit Müsli gegen Herzinfarkt	249
Die Heilige Apollonia – Schutzpatronin des zahnärztlichen Berufes	250



Es darf sich jeder sogenannte „Kompetente“ das Maul zerreißen – überhöhte Zahnarztrechnungen, Vergütung der Kostenvoranschläge für Zahnersatz usw. Jeder sucht sich die publikumswirksamste Story heraus. Vom Frühstücksfernsehen bis zum Nacht-Journal – alle stimmen in den Chor der Zahnarztgeschädigten mit ein. Da werden Einzelbeispiele aufgepusht – und die gibt es ja leider auch, obwohl uns die Väter der uns betreffenden Gesetzespassage rechtzeitig zum sorgfältigen Umgang mit dem GOZ-Einstieg im Zahnersatzbereich ermahnt hatten. Aber es sind nur wenige, die Anlaß für berechtigte Kritik geben.

Unsere Patienten-Beratungsstelle der Landeszahnärztekammer gibt täglich reichlich Auskünfte an Patienten, die von der Kasse abweichende Informationen zu ihrer Rechnung oder zu Alternativbehandlungen bekommen haben. Summiert man die Anfragen der Patienten – aber auch der Zahnärzte – zeigt sich, daß nach wie vor Unsicherheiten und Schulungsbedarf für die Kollegen besteht. Es ist nicht damit getan, die Helferin einzuweisen und das Up-Date der Software-Firma einzulesen. Die GOZ ist ein anderes

Wir Zahnärzte stehen wieder einmal in der Schußlinie

Handwerkszeug, mit dem behutsam umgegangen werden muß. Berechtigte Forderungen müssen ohne Kompromisse durchgesetzt werden. Dazu ist das ausführliche vorbereitende Gespräch Voraussetzung, und bei guter Diagnostik und korrekter Arbeit wird die Leistung und das Vertrauen zwischen den Patienten und den Zahnärzten letztendlich das regulierende Element sein.

Ich wiederhole mich nur ungern, aber Top-Leistung kann man heute nicht mehr mit dem Wissen des Staatsexamens älteren Datums erbringen. Ohne praxisnahe Fortbildung – wie sie die Landeszahnärztekammer seit inzwischen 8 Jahren anbietet – kann man nur unkonkrete Antworten geben.

Die Nachfrage nach Fortbildung in Thüringen ist erfreulicherweise ungebrochen. Das läßt sich am Zustandekommen des zweiten Zyklus des IUZ und an gut besuchten Wochenend-Veranstaltungen dokumentieren. Die Statistik belegt das Interesse, obwohl unsere technischen Möglichkeiten nur noch mit ganz großen Anstrengungen aufrecht erhalten werden können. In Kreisstellen-Versammlungen oder Anfragen an Kammer und KZV hören wir Hinweise von Kollegen: „Warum ziehen Sie nicht einfach in die freiwerdenden Räume der KZV, um für die Fortbildung bessere Bedingungen zu schaffen?“

Das klingt so einleuchtend und praktikabel, aber die baugutachterliche Prüfung hat ergeben, daß es unzumutbar teuer würde, wenn man jetzt nachträglich in das Bürohaus eine moderne Fortbildungseinrichtung integrieren wollte. Dies ginge nicht ohne größere Umbauten und einen Anbau. Die Anforderungen, die heute allein an medientechnische Voraussetzungen und

Übertragungsmöglichkeiten gestellt werden, können nicht kostengünstig in vorhandene Substanz eingebaut werden. Dem Vorstand der LZKTh galt das gemeinsame Zahnärztheaus auch als politisches Ziel. Aber der Traum wird sehr teuer. Man muß also entsprechende Alternativmöglichkeiten prüfen, und das geschieht seit längerer Zeit.

Wir müssen uns auch der Tatsache stellen, daß die Zahnärztinnen und Zahnärzte, die am Wochenende – nach einer Woche Streß im Sprechzimmer – Bedingungen erwarten, die die Wissensvermittlung in angenehmer Atmosphäre erfolgen lassen, also gute Referenten und behagliches Ambiente.

Fazit: die preisgünstigste Variante – mit Blick auf die Zukunft – mit guter Erreichbarkeit und ausreichenden Parkmöglichkeiten – mit Möglichkeiten für die Zahnärztfort- und -weiterbildung sowie Helferinnen-Weiterbildung und ZMF-Fortbildung. All das ist nach langem Vorspiel reif zur Realisierung.

Als Höhepunkt unserer Fortbildungsaktivitäten findet alle zwei Jahre der Thüringer Zahnärztetag – und nun bereits zum vierten Mal – statt.

Die Vorbereitungen sind abgeschlossen, das neue Kultur- und Kongreß-Zentrum in Erfurt steht uns am 18. und 19. September zur Verfügung. Das ist das modernste, was Thüringen anzubieten hat, so daß unser anspruchsvolles Programm unter dem Thema „Die zahnärztliche Praxis im Blick auf das 21. Jahrhundert“ die notwendige Weitsicht über die täglichen Alltagsprobleme hinaus vermitteln soll. Unter der bewährten wissenschaftlichen Leitung von Herrn Prof. Dr. med. habil. Edwin Lenz – Jena/Erfurt – werden

kompetente Referenten Standortbestimmungen und Perspektiven aufzeigen.

Der Zahnärztetag beginnt bereits am Freitag, dem 18. September, um 10 Uhr, mit der Eröffnung der Dentalausstellung und anschließend mit dem Festvortrag von Herrn Prof. Dr. Glotz, Rektor der Universität Erfurt. Er spricht zu dem Thema „Die neue Kultur der Selbständigkeit und der ärztliche Beruf“. Es ist uns eine große Freude, daß sich eine solch charismatische Persönlichkeit zu unserer mittelständischen Stellung in der Gesellschaft äußern wird. Dazu werden zahlreiche Gäste erwartet, und wir hoffen natürlich auch auf das rege Interesse unserer Thüringer Zahnärztinnen und Zahnärzte.

Das Programm der Zahnarzhelferinnen ist abwechslungsreich und vielseitig, beginnt ebenfalls am Freitag und wird am Sonnabend fortgesetzt. Abgerundet wird dieser Kongreß durch eine umfassende, gutplazierte Dentalausstellung, die ausreichend Informationen und Einkaufsmöglichkeiten bietet.

Der Freitagabend ist natürlich für entsprechende Unterhaltung im Hotel Radisson SAS Erfurt vorgesehen.

Die Vorprogramme sind dem Heft 4 des tzb beigegeben, ebenso auch die Anmeldekarten – bitte beachten Sie die Termine. Rechtzeitige Meldung erleichtert uns die Arbeit. Wir hoffen zum 4. Mal auf eine solch gute Resonanz unserer Kolleginnen und Kollegen sowie der Helferinnen und sonsti-

gen Mitarbeiter, wie sie in den drei vergangenen Veranstaltungen zu verzeichnen war. Wir dokumentieren damit auch, daß moderne Zahnheilkunde dort praktiziert wird, wo wissenschaftlicher Vorlauf den Weg ebnet und anerkannte Fachvertreter als Wegbegleiter das Notwendige vom Schmuckwerk trennen. Entscheiden muß letztlich jeder selbst.

Dr. J. Richter
Referent für Fort- und Weiterbildung

Wir gratulieren!

**zum 93. Geburtstag
am 31.5.**

**zum 85. Geburtstag
am 18.5.**

**zum 73. Geburtstag
am 7.5.**

**zum 73. Geburtstag
am 9.5.**

**zum 73. Geburtstag
am 23.5.**

**zum 70. Geburtstag
am 20.5.**

**zum 70. Geburtstag
am 31.5.**

**zum 60. Geburtstag
am 15.5.**

Herrn SR Otto Hanff
Lessingstraße 21, 99310 Arnstadt

Herrn SR Dr. Joachim Schmidt
Bahnhofstraße 15, 99310 Arnstadt

Herrn Hans-Georg John
Wilhelm-Pitt-Weg 3, 07749 Jena

Herrn SR Dr. Otto Däumer
Am Gebräun 17 III, 99817 Eisenach

Herrn Dr. med. Dent. Hans Hunold
Joseph-Meyer-Straße 19, 98646 Hildburghausen

Herrn Heinz Lindner
Barfüßerstraße 1, 99817 Eisenach

Herrn MR Wolfgang Schrader
Arnoldstraße 10, 99734 Nordhausen

Herrn SR Dr. med. dent. Klaus Buchsbaum
Rudolf-Breitscheid-Platz 2a, 07580 Ronneburg



Informationen zur Beihilfe

Am 25.03.98 fand in den Räumen der Landes Zahnärztekammer Thüringen ein Treffen mit dem für die Beihilfe zuständigen Referat im Thüringer Innenministerium statt. Anlaß dafür war der Wunsch der Beihilfestelle, dem GOZ-Referat einige Beihilferichtlinien zu erläutern. Desweiteren sollten Abrechnungsmodalitäten gemeinsam diskutiert werden. Hierbei ging es besonders um das Verständnis der Beihilfestelle zu Fragen der Abrechnung von Analogpositionen, zu Schwellenwertüberschreitungen, sowie zur Beihilfefähigkeit von Versiegelungs- und Fluoridierungsmaterialien.

Grundlage für die Gewährung von Beihilfe für Thüringer Beamte bildet das Thüringer Beamtenengesetz (ThürBG). In § 87 ThürBG ist geregelt, daß in Thüringen die Beihilfavorschriften des Bundes in der jeweils geltenden Fassung Anwendung finden. Für die Beihilfavorschriften des Bundes ist das Bundesministerium des Innern zuständig. In Thüringen ist das Thüringer Innenministerium (TIM) das für das Beihilferecht federführende Ministerium.

Ein Patient mit Anspruch auf Beihilfe und als gleichzeitiger privater Vertragspartner des behandelnden Zahnarztes begegnet unterschiedlichen Rechtsverhältnissen, die nicht selten auch Differenzen zwischen der zahnärztlichen Rechnungslegung und der Höhe der Erstattung der Aufwendungen durch die Beihilfe mit sich bringen. Es sollte im Interesse aller Beteiligten liegen, eine weitgehende Koordination der teilweise gegensätzlichen Auffassungen in Übereinstimmung mit den Grundsätzen der GOZ und der Beihilfavorschrift zu erzielen.

Der Honoraranspruch des Zahnarztes gegen seine privatversicherten und beihilfeberechtigten Patienten richtet sich ausschließlich nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Der Patient sollte vor Behandlungsbeginn darüber aufgeklärt werden, daß der Honoraranspruch des Zahnarztes ihm ge-

genüber auf der einen Seite und der Beihilfeanspruch gegenüber seinem Dienstherrn auf der anderen Seite zwei getrennte Rechtsbeziehungen darstellen. Die beihilferechtlichen Bestimmungen schließen die Erstattung bestimmter, vom Zahnarzt durchaus berechenbarer Gebühren ganz oder teilweise aus. Vom Patienten zu tragende Restkosten können somit die Folge sein.

Die Beihilfeansprüche werden nach der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift für Beihilfen (BhV) ermittelt. Danach sind Anwendungen nur beihilfefähig, wenn sie dem Grunde nach notwendig und soweit sie der Höhe nach, entsprechend den Bestimmungen des § 5 der GOZ angemessen sind. Soweit keine besonderen Umstände bei der Leistungserbringung vorgelegen haben, kann übereinstimmend mit den Festlegungen der GOZ beihilferechtlich auch nur eine Gebühr als angemessen angesehen werden, die den jeweiligen Schwellenwert des Gebührenrahmens nicht überschreitet. Überschreitet eine Gebühr für ärztliche und zahnärztliche Leistungen den in § 5 Abs. 2 Satz 4, Abs. 3 Satz 2 GOÄ, § 5 Abs. 2 Satz 4 GOZ vorgesehenen Schwellenwert, so kann sie nach § 5 Abs. 1 nur dann als angemessen angesehen werden, wenn in der **schriftlichen Begründung** der Rechnung (§ 12 Abs. 3 Sätze 1 und 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Sätze 1 und 2 GOZ) dargelegt ist, daß erhebliche, über das gewöhnliche Maß hinausgehende Umstände dies rechtfertigen. Derartige Umstände können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen

- besonders schwierig war oder
- einen außergewöhnlichen Zeitaufwand beanspruchte oder
- wegen anderer besonderer Umstände bei der Ausführung erheblich über das gewöhnliche Maß hinausging

und diese Umstände nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses berücksichtigt sind.

Im Gespräch wurde seitens der Beihilfe noch einmal deutlich gemacht, daß gerade ausführliche schriftliche Begründungen im oben genannten Falle für eine problemlose Erstattung der Leistungen sehr wichtig sind.

Nachfolgend möchten wir Ihnen einige wichtige Auszüge aus den Beihilfavorschriften des Landes Thüringen zur Kenntnis geben.

§10 Beihilfefähige Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen

(2) Beihilfefähig sind Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach den Nummern 100 bis 102 und 200 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte.

Hierbei ist zu beachten, daß es in der Beihilfavorschrift **keine** Altersbegrenzung gibt.

Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen (Auszüge)

(gemäß Anlage 2 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV)

Im Rahmen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 3 sind Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen nach den folgenden Maßgaben beihilfefähig.

2. Kieferorthopädische Leistungen

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn

- die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat; die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern,
- ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wird.

3. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig bei Vorliegen folgender Indikationen:

- Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen (Myoarthropathien),
- Zahnbetterkrankungen - Parodontopathien - ,
- umfangreiche Gebißsanierung, d. h. wenn in jedem Kiefer mindestens die Hälfte der Zähne eines natürlichen Gebisses sanierungsbedürftig ist und die richtige Schlußbißstellung nicht mehr auf andere Weise feststellbar ist,
- umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen.

Außerdem ist der erhobene Befund mit dem nach Nummer 800 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte vorgeschriebenen Formblatt zu belegen.

4. Implantologische Leistungen

Aufwendungen für implantologische Leistungen einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen sind nur bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen beihilfefähig:

- a) Einzelzahnlücke, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind,
- b) Frendlücke, wenn mindestens die Zähne acht und sieben fehlen,
- c) Fixierung einer Totalprothese.

Aufwendungen für mehr als zwei Implantate pro Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind nur bei Ein-

zelzahnlücken oder mit besonderer Begründung zur Fixierung von Totalprothesen beihilfefähig; Aufwendungen für mehr als vier Implantate pro Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.

5. Aufwendungen für große Brücken und Verbindungselemente

Für große Brücken sind die Aufwendungen für bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer oder bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngbiet beihilfefähig. Für Verbindungselemente sind die Aufwendungen für bis zu zwei Verbindungselementen, bei einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen bis zu drei Verbindungselementen, je Kiefer bei Kombinationsversorgungen, beihilfefähig.

Werden durch mehrere Einzelbrücken je Kiefer im einzelnen nicht mehr als drei beziehungsweise vier fehlende Zähne, insgesamt aber mehr als vier fehlende Zähne ersetzt, sind die Aufwendungen beihilfefähig.

7. Einschränkungen für Personen, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind

Aufwendungen für prothetische Leistungen (Abschnitt F GOZ); funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Abschnitt J GOZ) sowie implantologische Leistungen (Abschnitt K GOZ) einschließlich zahntechnischer Leistungen sind für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die jeweils nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, **nicht beihilfefähig**.

Dies gilt nicht für Aufwendungen für prothetische Leistungen, wenn diese Leistungen

- aufgrund eines Unfalls erforderlich sind,
- durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems bedingt sind,
- durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt sind oder
- zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder ihrer Folgen notwendig sind.

8. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- a) Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte erbracht werden,
- b) Glaskeramik einschließlich der anfallenden Nebenkosten, wie Charakterisierung.

Zu Punkt 7 ist anzumerken, daß für diesen Personenkreis Inlays und Einzelkronen **beihilfefähig sind**.

Anfragen zur Beihilfefähigkeit von Fluoridierungs- und Versiegelungsmaterialien wurden abschlägig beschieden.

Obwohl die Standpunkte der Beihilfestelle und der Landes Zahnärztekammer Thüringen nicht in allen Punkten übereinstimmen, konnte doch ein Konsens dahingehend gefunden werden, daß man weiterhin in Kontakt bleibt. Die Landes Zahnärztekammer hat abschließend darum gebeten, daß die Beihilfestelle kurzfristig über Änderungen im Beihilferecht informiert.

Dr. Gisela Brodersen

Dankesworte am Beginn des verdienten Ruhestandes

Im Rahmen einer kleinen Feier verabschiedeten sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Landes Zahnärztekammer Thüringen von ihrer langjährigen Geschäftsführerin Hanna-Lore Müller (wir berichteten im Heft 4/98 ausführlich). Für die hervorragende Zusammenarbeit dankte sie al-

len Kolleginnen und Kollegen innerhalb der Kammer. Das Gleiche möchte sie auch bei all denen überall im Land tun, mit denen zusammenarbeiten durfte. Lassen wir sie selbst zu Wort kommen:

Verehrte Leserinnen und Leser,

es ist mir ein Bedürfnis, mich am Ende meines Berufslebens auf diesem Wege von

Ihnen zu verabschieden. Ich möchte mich bei Ihnen für das entgegengebrachte Vertrauen und die gute Zusammenarbeit in den vergangenen Jahren recht herzlich bedanken. Für Ihre weitere Tätigkeit wünsche ich Ihnen alles Gute.

*Ihre ehemalige Geschäftsführerin der Landes Zahnärztekammer Thüringen
Hanna-Lore Müller*

10 goldene Regeln zur Gesunderhaltung der Zähne

Von einer ausgewogenen Ernährung und einer effektiven Mundhygiene profitieren nicht nur die Zähne, sondern der ganze Körper. Die folgenden 10 Regeln zeigen, was man heute zur Gesunderhaltung seiner Zähne unbedingt beachten sollte¹⁾:

1. Eine sorgfältige Mundhygiene mit fluoridhaltiger Zahnpasta (mindestens zweimal pro Tag) ist die Basis des Erfolgs. Eine korrekte Zahnpflege lernt man nicht von selbst, sie muß vielmehr systematisch eingeübt werden. Eltern sollten bei ihren Kindern mindestens bis zum Schulalter die Zähne nachputzen. Aber auch Jugendliche und Erwachsene bedürfen der individuellen Anleitung. Neben einer geeigneten Zahnbürste, die regelmäßig ausgetauscht werden muß, empfiehlt sich ab dem Jugendalter die Verwendung weiterer Hilfsmittel (z. B. Zahnseide und/oder Zahnzwischenraumbürsten), um schwer zugängliche Nischen zu erreichen. Abends nach dem Zähneputzen sollten keine zuckerhaltigen Getränke oder Nahrungsmittel mehr konsumiert werden.
2. Neugeborene sollten bis zum 2. Lebensjahr eine Kombination von Fluorid und Vitamin D in Tablettenform als kombinierte Karies-Rachitis-Prophylaxe erhalten, sofern sie keine Fertignahrung bekommen, die fluoridhaltig ist bzw. mit fluoridhaltigem Mineralwasser zubereitet wurde.
3. Vom 3. Lebensjahr an sollte eine lebenslange regelmäßige Kariesprophylaxe mit Fluoriden durch konsequente Verwendung von fluoridiertem Jodsatz erfolgen, wenn keine anderen systemischen Fluoridierungsmaßnahmen z. B. Tablettenfluoridierung) durchgeführt werden.
4. Kleinkinder sollen nach dem Durchbruch der ersten Zähne im

Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen auch zahnmedizinisch untersucht werden. Die zu empfehlenden Verhaltensweisen oder Maßnahmen sollten unter Berücksichtigung des individuellen Erkrankungsrisikos erfolgen.

5. Vom Schulalter an ist die wöchentliche abendliche Anwendung von Fluoridgelee, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit erhöhtem Kariesrisiko, sehr zu empfehlen.
6. Bei Kindern und Jugendlichen sollten tiefe Fissuren und Grübchen, bevorzugt der bleibenden Backenzähne, durch Versiegelungen vor Karies geschützt werden (Fissurenversiegelung).
7. Eine ausgewogene und vielseitige Ernährung kommt nicht nur der Allgemeingesundheit, sondern auch der Mundgesundheit zugute. Fehler in der Ernährung hingegen gefährden die Zähne. So kann es z. B. bereits im Kleinkindesalter durch Dauernuckeln zuckerhaltiger Flüssigkeiten aus Saugerflaschen zu schweren Gebißschäden kommen. Auch im späteren Alter können bestimmte Ernährungsgewohnheiten wie z. B. häufige, in kurzen Abständen erfolgende Einnahmen zucker- und/oder säurehaltiger Speisen und Getränke eine starke Belastung für die Zähne darstellen. Deshalb sollte der häufige, über einen längeren Zeitraum verteilte Verzehr zuckerhaltiger Nahrungsmittel vermieden werden. Der unangemessene Einsatz von Nahrungs- und Genußmitteln kann auch für den Zahnhalteapparat gefährlich werden. So erhöht z. B. starkes Rauchen das Risiko für parodontalen Knochenabbau.
8. Durch kräftiges Kauen beim Essen wird der Speichelfluß angeregt, wodurch sich das Risiko einer Kariesentstehung verringert. Auch das Kauen von (zuckerfreiem) Kau-

gummi kann den Speichelfluß fördern, was z. B. dann zu erwägen ist, wenn nach dem Genuß von Zwischenmahlzeiten keine Möglichkeit zum Zähneputzen besteht.

9. Die Häufigkeit des Zahnarztbesuches richtet sich nach dem Erkrankungsrisiko. Kinder und Jugendliche sollten mindestens zweimal im Jahr, Erwachsene mindestens einmal zur Kontrolle den Zahnarzt aufsuchen. Frühzeitig erkannte Schäden lassen sich heute unter günstigen Voraussetzungen rückgängig machen (remineralisieren), in ihrer Ausbreitung aufhalten oder im Bedarfsfall sehr substanzschonend beheben. Auch parodontale Erkrankungen lassen sich vielfach erfolgreich bekämpfen, wenn man ihre Ursachen (Anlagerung bakterieller Beläge) in einem frühen Stadium durch geeignete Maßnahmen beseitigt.
10. Kinder und Erwachsene aller Altersstufen profitieren von Vorbeugung vor Karies und parodontalen Erkrankungen. Auch bei Erwachsenen können neben Trainingsprogrammen zur Verbesserung der Mundhygiene risikogerecht vorgenommene Lokalfuoridierungen und weitere Behandlungen angebracht sein. Dazu zählt z. B. die gezielte Senkung der Zahl von Keimen, die für die Mundgesundheit schädlich sind.

Darüber hinaus sollten Patienten mit ihrem Zahnarzt abklären, ob im jeweiligen Fall zusätzlich risikoorientierte Maßnahmen empfehlenswert sind!

1) Aufgestellt von den Referenten aus Wissenschaft und Praxis anlässlich des zahnmedizinischen Präventionskongresses des Bundesministeriums für Gesundheit am 22. April 1998.

„Stab übergeben“

LAGJTh hat neue Geschäftsführerin

Am 1. April 1998 fand die Sitzung des Vorstandes der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen in Erfurt statt. Vorstandsvorsitzender Dr. Wolfgang Hebenstreit informierte nochmals, daß die LAGJTh seit dem 27. Dezember 1997 als eingetragener Verein existiert. In diesem Zusammenhang würdigte er die jahrelange, vorbildliche Arbeit von Heide Leischner als Geschäftsführerin der LAG. Im Namen des Vorstandes, der Kreisstellen und aller Kinder in Thüringen dankte Dr. Hebenstreit Frau Leischner für die stets gute Zusammenarbeit. Mit Blumen als symbolischem Stab übergab er dann die Leitung der LAG an Brigitte Kozlik, die die LAGJTh e. V. bereits bei der Geschäftsführertagung in Münster vertreten hatte.

Dr. Wolfgang Hebenstreit präsentierte dem Vorstand auszuweise die DAJ-

Studie von Prof. Klaus Pieper zur Zahngesundheit in Thüringen. Diese wird seit 1994 im 3-Jahres-Rhythmus veröffentlicht. Die Zahlen für 1996 sind vom DAJ-Vorstand zwar noch nicht abgenommen – soviel sei aber dennoch verraten: Bei den 12jährigen sank der DFM(T)-Wert von 2,6 auf 1,96, das entspricht einem Kariesrückgang von 24,6 %. Der Anteil kariesfreier bleibender Zähne stieg von 24,6 % (1995) auf 35 % an. Thüringen soll von den neuen Bundesländern in allen Altersgruppen die besten Werte aufweisen.

Der Vorstandsvorsitzende berichtete weiter, daß der Fortbildungskurs für Fortgebildete Zahnärzthelferinnen für Gruppenprophylaxe mit Erfolg laufe. Die Fortbildung begann am 6. Februar 1998 und endete mit einer schriftlichen Prüfung am 14. März. Danach

erfolgte ein 4-wöchiges Praktikum. Anmerkung der Redaktion: Inzwischen haben die Gruppenprophylaxe-Helferinnen ihre Fortbildung mit der Prüfung am 15. April beendet und erhielten am gleichen Tag im Rahmen einer festlichen Verabschiedung ihre Zeugnisse. Übrigens ist Thüringen dann neben Berlin das einzige Bundesland, in dem fortgebildete Helferinnen für Gruppenprophylaxe tätig sein werden.

Zum Abschluß seiner Ausführungen dankte Dr. Hebenstreit allen Vorstandsmitgliedern für die konstruktive Zusammenarbeit und informierte über den 4. Thüringer Zahnärztetag im September ein. Die LAGJTh wird gemeinsam mit der LZKTh zwei Aktionstage durchführen.

cm



Dr. Wolfgang Hebenstreit bedankte sich bei Heide Leischner (re.) für ihre Arbeit und führte Brigitte Kozlik (li.) in ihr neues Amt ein



Zum Gruppenbild aufgestellt: die Gruppenprophylaxe-Helferinnen nach der Zeugnisübergabe

Ermächtigung zur Weiterbildung auf dem Gebiet der Kieferorthopädie

Der Vorstand der Landeszahnärztekammer Thüringen hat folgendem Kieferorthopäden, zusätzlich zu den bisher ermächtigten, die Ermächtigung zur Weiterbildung auf dem Gebiet „Kieferorthopädie“ erteilt:

Ermächtigter Zahnarzt

Uwe Mosch

WB-Einrichtung

Gartenstraße 12
07407 Rudolstadt
Tel.: 03672/424569

Ermächtigungsbeginn

1. Januar 1997



Grundsätze einer sparsamen und wirtschaftlichen Haushaltsführung bescheinigt

Haushaltsausschuß der KZV beriet über Jahresabschluß 1997

Am 1. April 1998 fand die Schlußbesprechung des Jahresabschlusses 1997 der KZV statt.

Anwesend waren neben dem Vorstand und der Geschäftsführung der Abteilungsleiter der Buchhaltung, der Haushaltsausschuß und der Kassenprüfungsausschuß.

Vorgelegt wurde der Jahresabschluß von dem Leiter der Prüfstelle der KZBV, Herrn Proißl, sowie von Herrn Wendte, die über mehrere Wochen die Bilanzprüfung der KZV Thüringen vorgenommen hatten.

Das Resümee der Prüfung läßt sich in wenigen Sätzen zusammenfassen. Der Geschäftsführung wird eine sparsame und wirtschaftliche Haushaltsführung bescheinigt, die Organbeschlüsse wurden, soweit sie die Rechnungslegung betrafen, umgesetzt. Der Jahresabschluß ist rechnerisch richtig, wurde ordnungsgemäß aus den Konten abgeleitet, und die Darstellungs- und Bewertungstätigkeit wurde beachtet.

Die Prüfstelle hat keine Bedenken vorzutragen, wenn die Vertreterversammlung dem Vorstand die nach der Satzung vorgeschriebene Entlastung für das Jahr 1997 erteilt.

Interessant sind sicherlich die Fakten und Veränderungen, die das Geschäftsjahr 1997 begleitet haben.

So sind die Einnahmen durch abgerechnete Leistungen mit über 20 % kräftig angestiegen. Ein Grund hierfür dürften die vermehrt angefallenen Prothetikerarbeiten sein, während prozentual die kons.-chir. Leistungen trotz Fallzahlsteigerung schlechter vergütet wurden.

Es ist zu erwarten, daß 1998 die Einnahmen der KZVTh durch abgerechnete Leistungen wesentlich geringer ausfallen werden.

Die Finanzlage der KZV wird deshalb nicht beeinträchtigt. Die Bilanz zum

31.12.1997 bescheinigt der KZVTh eine ausreichende Vermögensstruktur.

Um keine falschen Vorstellungen zu wecken, sei hier klargestellt, daß sich dies auf ein Haushaltsjahr bezieht und nichts mit den Honorargeldern der Zahnärzte zu tun hat. Denn diese Gelder liegen nur für kurze Zeit bei der KZV, erwirtschaften Zinsen, die im Haushalt ersichtlich sind, gehen dann aber zum 15. des Monats an die Zahnärzte.

Der Personalbestand hat sich bis zum 31.12.1997 von 123 auf 92 verringert. Auch 1998 wird durch anstehende Umstrukturierungen bei ZE und Kfo die Beschäftigtenzahl nochmals absinken. Dies müßte dann zu einer Senkung der Verwaltungsausgaben führen. 1997 war dies wegen vermehrt angefallener Überstunden und Abfindungsregelungen noch nicht zu verzeichnen.

Die geplanten Mieteinnahmen konnten leider nicht ganz realisiert werden. So sind die Mietausgaben im Haushaltsjahr 97 stärker angestiegen als ge-

plant. Ursache ist vorwiegend das leerstehende Gebäude in der Liebknechtstraße. Eine Vermietung war 1997 leider nicht möglich. Im März 1998 konnte diese Angelegenheit gelöst werden.

Positiv zu vermerken ist beim Haushaltsvergleich mit 1996 eine Einsparung von über 10 % bei den gewählten Organen (Vorstand und Vertreterversammlung).

Insgesamt konnten beim Vergleich mit dem Haushaltsansatz für 1997 die geplanten Ausgaben um 20 % unterschritten werden.

Dies zeugt von einer verantwortungsvollen Verwendung unserer Verwaltungskostenbeiträge und unterstreicht die Aussage der Prüfstelle der KZBV, daß die Grundsätze einer sparsamen und wirtschaftlichen Haushaltsführung beachtet wurden.

*Dipl.-Stomat. M. Eckardt,
Schleusingen*



Ausschreibungen

Gemäß § 103 Abs. 4 und 5 des V. Buches Sozialgesetzbuch wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Wartburgkreis ab **2.9.1998** ein Vertragszahnarztsitz in

Großburschla

ausgeschrieben.

Bewerbungen zur Übernahme dieser Praxis sind schriftlich bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses einzureichen.

Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen, Zulassungsausschuß, Theo-Neubauer-Straße 14, 99085 Erfurt

Gemäß § 103 Abs. 4 und 5 des V. Buches Sozialgesetzbuch wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Jena-Stadt ab **sofort** ein Vertragszahnarztsitz in

Jena

ausgeschrieben.

Bewerbungen zur Übernahme dieser Praxis sind schriftlich bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses einzureichen.

Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen, Zulassungsausschuß, Theo-Neubauer-Straße 14, 99085 Erfurt

Berufsbildungs-Akademie GmbH **UNIVERSUM** HRB 7159
07743 Jena, Leutragraben 2 - 4; Tel./Fax 036 41/82 09 38
Ansprechpartner: Herr Dr. Heuchert

Qualifizierung für den Arbeitsplatz !

Auf Grund des anhaltenden Bedarfs in den Praxen führen wir in Abstimmung mit der Landes Zahnärztekammer Thüringen (**letztmalig!**) die berufs begleitende **Anpassungsfortbildung** durch:

Stomatologische Schwester zur Zahnarthelferin

Ort: Jena, Leutragraben 2 - 4; **Zeitraum:** 6. Sept. - 12. Dez. 1998
(jeweils Sonnabend, Schulferien sind berücksichtigt)

Umfang: 101 Std.; **Kosten 1405,-** incl. 16 % MwSt. u. Seminarunterlagen

Prüfung: Landes Zahnärztekammer

Fortbildungsinhalte: - Abrechnungswesen (kassenärztliche und privatärztliche Liquidation); - Hygiene/UVV; - Materialkunde; - Prophylaxe; - Praxisorganisation; - Arbeitsrecht/Standesorganisation

Achtung: Interessenten ohne Abschluß als Stomatologische Schwester können an Kurs und Prüfung teilnehmen oder auch nur ausgewählte Komplexe (z. B. Abrechnungswesen) belegen.

Sie erhalten das Zertifikat der Akademie.

**U
N
I
V
E
R
S
U
M**

DENS-Office

die Praxissoftware für
Verwaltung und mehr ...

☛ eine echte zukunfts-
sichere Windows-
Entwicklung

☛ leichte Bedienung

☛ übersichtliche
Benutzeroberfläche

☛ zusätzliche Windows-
anbindungen
möglich:

- digitales Röntgen
- Video
- ISDN (Internet...)
- Paro
- Spracheingabe
- Word ...

Alles aus einer Hand
von Ihrem
Dental-Depot:

dn

Deuker + Neubauer
Fichtenweg 6
99198 Erfurt-Kerspleben
Tel. 03 62 03/6 17 - 0
Fax: 03 62 03/6 17 13



Kassen beharren auf falschem Standpunkt

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben ihre Position noch nicht verlassen, wonach jede Zahnersatzrechnung zu monieren ist, die sich nicht auf den Steigerungsfaktor 1,86- (1,7-) fach beschränkt. Besondere Brisanz gewinnt das Thema dadurch, daß man die Grenze zwischen vertragszahnärztlichen und außervertragszahnärztlichen Leistungen willkürlich zieht. Der Kassentrick heißt: Krone ist gleich Krone und also immer Kassenleistung, auch wenn der Zahntechniker mal gerade so eine andere Technologie angewendet hat als üblicherweise, was aber die zahnärztliche Berufsausübung nicht tangiert. Nur so sind Äußerungen der Ersatzkassen, und speziell des Thüringer Spitzenduos Domrös/Kallenbach zu erklären, wonach große Teile der Zahnärzteschaft „falsche“ Abrechnungen bzw. Heil- und Kostenpläne erstellen.

Für die Zahnärzte, die tagtäglich mit dem real existierenden Patienten und dessen Erkrankungen konfrontiert werden, ist es frustrierend, wie man diesem Gerücht ebenso tagtäglich neue Nahrung verschafft. Immer nach der alten Leier. Ein Steigerungsfaktor größer als 1,86 ist zu hoch, hingegen ist die Einhaltung dieser Grenze stets

in Ordnung – egal in welchem Zusammenhang er steht. Und kein Schaltermensch macht sich die Mühe, dem Versicherten zu erklären, was es mit dem Faktor überhaupt auf sich hat. Am liebsten läßt man die Menschen im Nebel, die dann beispielsweise glauben, der Zahnarzt multipliziert die Laborrechnung mit 1,86 und sei mit dem daraus entstandenen Überschuß immer noch nicht zufrieden!

Liebe Kolleginnen und Kollegen, hier haben wir noch endlos viel Aufklärung zu betreiben, und wir befinden uns im aktiven Kampf gegen die Verdummungspolitik unserer Vertragspartner. Dabei haben die Zwangsgeldverwalter bis heute nicht eingesehen, daß ihre Versicherten sich viel häufiger als erwartet für Zahnersatzversorgungen entscheiden, die nur noch wenig mit dem Kasseneinerlei zu tun haben. Und zwar freiwillig und auf der Grundlage einer umfassenden zahnmedizinischen Aufklärung. Trotz stampfen die Krankenkassen mit dem Fuß auf, während sie gleichmacherisch behaupten, nur das Zahnlabor determiniere den Unterschied zwischen Krone und Krone, und also hätte der Zahnarzt kein Recht auf die Anwendung von Steigerungsfaktoren oberhalb 1,86.

Wir aber wissen: Krone ist nicht gleich Krone! Daß man metallkeramisch verblendeten Zahnersatz nur unter Berücksichtigung funktioneller Aspekte anwenden darf, kann nun einmal nur derjenige einsehen, der zu dieser Thematik zumindest über ein Grundwissen verfügt.

Folglich entziehen sich viele andere Qualitätsparameter dem ungeschulten Auge. Kaum ein Kassenbeamter wird (an)erkennen, was hinter einer Präparation mit verschiedenen Schleifern und in mehreren Schritten unter Verwendung von Lupenbrille alles steckt. Der fertigen Krone sieht man das nicht an, und trotzdem wird hier mit viel Aufwand Qualitätssicherung betrieben, damit biologische Verträglichkeit eines zahntechnischen Produkts kein Zufall bleibt.

Vor- und Nachpräparation mit mehrfachen begleitenden Maßnahmen, Verwendung von aufwendigen Distanzschlüsseln zur Definition des Substanzabtrages, Erstellen eines Okklusogramms für die Diagnostik und Dokumentation der Okklusionsverhältnisse, Nachpräparation nach erfolgter Gewebereaktion in zusätzlicher Sitzung, Registriertechnik mit selbsthärtendem Kunststoff und ZnO-Eugenol, vielleicht noch mehrfach wieder-





holt anlässlich der verschiedenen Zwischensitzungen – alles Maßnahmen, die nur dem einen Zweck dienen – Zahnersatz ohne Nebenwirkungen.

Alle Maßnahmen zeichnen sich durch hohen manuellen Aufwand aus, sind zeitintensiv und nicht delegierbar. Da wir nun immer öfters in betriebswirtschaftlichen Kategorien denken (müssen), gibt es zur kalkulierenden Preisbildung keine Alternative (wer hier Unterstützung braucht, dem sei das Seminar des FVDZ mit Dr. Olaf Wunsch empfohlen!). Das führt, von Praxis zu Praxis, von Patient zu Patient zu unterschiedlichen Preisen. Das wäre von den Gesundheitsverwaltern relativ einfach zu handhaben. Wenn sie es nur wollten. Statt dessen schüren sie einen Disput über „zu teuer ...“ oder „nicht billig genug ...“, ohne hinzuzufügen: „... zu teuer wofür?“. Das wissen die Kasseneroberen wahrscheinlich selbst nicht und argumentieren einfach mal so auf den Verdacht hin, daß nichts so billig ist, daß es nicht noch billiger sein könnte. Fazit: Eine GKV, die mit vollen Händen verteilen kann, ohne die Konsequenzen daraus zu ziehen, daß „... der Abstand zwischen dem, was machbar ist und dem, was finanzierbar ist dramatisch“ zunimmt? (Wirtschaftsstatistiker Prof. Krämer in „Der Spiegel“ 19/98: „Medizin erzeugt Kranke“) Das nun gerade nicht! Eher wird es dazu kommen, daß bestimmte Qualitätsstandards dem unsinnigen Populismus von „mehr“ und „billiger“ zum Opfer fallen.

Davor bewahre uns unsere Fachkompetenz, unser Mut und unsere Ausdauer bei der Aufklärung unserer Patienten über die wahren Zusammenhänge. Wenn unsere Patienten umfassend informiert sind, muß das früher oder später Auswirkungen auf deren Verhalten haben.

Einige klinische Bilder illustrieren die im Beitrag genannte Registriertechnik, die im Gegensatz zur Anwendung von Registriermassen auf Silikonbasis eine präzise Reproduzierbarkeit bewirkt.



Kunststoff im zähplastischen Zustand als Tablett auf die Präparation aufliegen, Patient schließt in IKP; nach dem Abbinden, aber vor dem Auspolimerisieren (Kunststoff wird heiß) das Tablett entfernen (Abb. 1); Impressionen im Bereich der Präparation und der Antagonisten etwas kürzen, wegen der Kontraktion ist meist deutliches Einschleifen nötig. Mit Temp Bond

zunächst die Präparationsseite befestigen (Abb. 2), nach nochmaliger Folienkontrolle und entsprechenden Einschleifkorrekturen die Antagonisten-seite mit Temp Bond beschicken und den Mund drucklos gleichmäßig schließen lassen (Abb. 3, in diesem Beispiel modifiziert).

Th. Radam

Wir trauern um

Herrn Dr. med. dent. Dietrich Heimann
aus Erfurt

geboren am 14. November 1926
verstorben am 20. April 1998

Herrn Dr. med. dent. Dieter Helmrich
aus Jena

geboren am 18. September 1935
verstorben am 25. April 1998

Landeszahlärztekammer Thüringen
Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

Das Problem: Latex-Allergie

Stellungnahme der DGZMK, Stand 4.7.97

Die Allergie spielt in der Zahnmedizin, in der Medizin und im Alltagsleben als Krankheit und häufiger noch als nicht genau definiertes Schlagwort eine kaum noch zu überbietende Rolle. Als wirkliches Allergen mit eminenter, medizinischer und allgemeiner Bedeutung hat jedoch Latex in den letzten Jahren eine traurige Berühmtheit erhalten.

Latex ist die Milch, die aus dem Baum *Hevea brasiliensis* gewonnen und die durch zahlreiche Zusätze zu einem Gummi aufgearbeitet wird, der in der Medizin und im Alltag weit verbreitet ist. Der Latex-Welt-Jahresbedarf beträgt 5 Mio. Tonnen, davon 600.000 t für den Handschuhbedarf. Der Verbrauch an Einmalhandschuhen in der Mayo Klinik (USA) war 4 Mio. Paar 1987 und 7 Mio. Paar 1992. Oder in einem deutschen Klinikum: 20.000 Paar im Jahr 1990 und 100.000 Paar in 1993. Diese Zahlen unterstreichen die Bedeutung von Latex weltweit. Die Häufigkeit der Latex-Allergie wird in Europa mit 2 – 3 % angegeben, bei Pflegepersonal mit einer Häufigkeit von 10 – 14 %.

Allergische Reaktionen auf Latex-haltige Produkte lassen sich im wesentlichen in zwei Gruppen unterteilen:

Die Typ-I- oder anaphylaktische Reaktion beruht darauf, daß die Antigene (Latex-Proteine) mit spezifischen IgE-Antikörpern auf Mastzellen und Basophile reagieren. Durch die Ausschüttung von Mediatoren aus diesen Zellen kommt es zur anaphylaktischen Reaktion: Urtikaria, Schleimhautschwellung (Rhinitis, Konjunktivitis), Asthma bronchiale oder potentiell tödlich verlaufende Schock-Reaktion.

Latex besteht aus: 60 % Wasser, 34 % Kautschuk (Isoprene), 2 % Proteine, Fettsäuren, Harzen, Asche und Zucker in geringen Mengen. Die Proteine im Latex, und hier besonders der Elongationsfaktor (14,5 kDa), sind die Antigene für die Typ-I Reaktion durch Latex.

Die Typ-IV- oder Spätreaktion zeigt sich klinisch unter dem Bild einer allergischen Kontakt-Dermatitis oder Stomatitis, die nahezu ausschließlich auf die Berührungsstellen zwischen Allergen und Schleimhaut [Haut] begrenzt bleibt. Die Allergene sind hier nicht die Latex-Proteine, sondern kleinmolekulare Stoffe, die der Latex-Milch während der Verarbeitung zugesetzt werden: Vulkanisationsbeschleuniger (Akzeleratoren): Amid-Derivate, Thiazol-Derivate, Dithiocarbamate, Guanidine, Thiurame oder Xanthogenate. Beschleunigungsaktivatoren: Zink- oder Bleioxid, Stearinsäure oder Antimonsulfid. Vernetzungsmittel: Per- und Metalloxide, 4,4'-Morpholin oder Cyanate. Vulkanisationsverzögerer: Phthalsäure-Anhydrid, Benzoe- oder Salicylsäure.

Patienten, aber auch der Zahnarzt und sein Assistenzpersonal mit Verdacht auf eine Latex-Allergie müssen allergologisch genau untersucht werden. Die potentiell tödlich verlaufende Typ-I-Reaktion auf Latex-Proteine kann durch Nachweis von IgE-Antikörpern im Serum (RAST) und gegebenenfalls Prick-Testung mit Latex-Milch sowie Handschuh-Tragetest diagnostiziert werden.

Zur Einordnung einer allergischen Kontaktdermatitis nach Kontakt mit latexhaltigen Produkten ist eine Epikutantestung mit allen Zusatzstoffen erforderlich, wobei die Thiurame am häufigsten als Kontaktallergene gefunden werden.

Für Patienten mit nachgewiesener Typ-I-Sensibilisierung auf Latex ist es von zusätzlicher Bedeutung, daß in zahlreichen Pflanzen, Früchten und Gemüsen Kreuzallergene vorkommen: z. B. in Banane, Avocado, Passionsfrucht, Pfirsich, Eßkastanie, Papaya, in Wolfsmilchgewächsen (*Euphorbia pulcherima* = Weihnachtsstern), *Ficus benjamini*. Das Verspeisen der Früchte oder das Freisetzen von Proteinen aus den Pflanzen können ausreichen,

um schwere klinische Symptome auszulösen.

Weiterhin besteht die Gefahr der Freisetzung von Latex-Proteinen in die Luft und damit die Provokation schwerer allergischer Symptome in allen Räumen, in denen regelmäßig und häufig mit Latex hantiert wird, d.h. in Praxis- oder Krankenhausräumen. Bei einer Untersuchung in Krankenhausräumen fand sich im Mittel 10 ng Latex-Protein/m³ Luft, maximal sogar 205 ng/M³. Die Kontamination wird besonders durch das Verwenden gepudriger Latex-Handschuhe bestimmt, weil sich Latex-Proteine an die Puderpartikel der Handschuhe binden können. Bei Vorliegen einer Allergie gegen Latex-Proteine ist eine Umstellung aller latexhaltigen Gegenstände erforderlich, da die Kontamination der Luft auf ein Minimum gesenkt werden muß.

Das größte Problem für den Zahnarzt und seine Mitarbeiter entsteht durch die Ausbildung einer Allergie gegen latexhaltige Handschuhe. Nach Sicherung der Diagnose müssen entsprechende allergenfreie Handschuhe benutzt werden. Da jedoch auch die Patienten an einer derartigen Latex-Allergie leiden können, sollte vor der ersten Behandlung gefragt werden, ob der Patient einen Allergie-Paß hat oder ob jemals Probleme beim Kontakt mit latexhaltigen Gegenständen aufgetreten sind. Bereits das Berühren der Haut oder Schleimhaut kann beim Latex-allergischen Patienten eine Reaktion, einen allergischen Schock auslösen. Es sollte deshalb in jeder Zahnarztpraxis die Möglichkeit gegeben sein, eine Behandlung mit Latex-freiem Material vornehmen zu können.

Hierzu gehören nicht nur entsprechende Handschuhe, auch über den Ersatz von latexhaltigem Kofferdam und Spritzen zur Lokalanästhesie (Gummistopfen aus Latex) muß nachgedacht werden. Ebenso sollten Gutta-perchahaltige Wurzelkanalfüllungen

IDZ-Studie – Akzeptanz und Arbeitsstrategien zur Individualprophylaxe im Spiegel niedergelassener Zahnärzte in Deutschland

Die vorliegende Arbeit wurde vom Institut der Deutschen Zahnärzte als IDZ – Information Nr. 1/98 veröffentlicht. Die Autoren Dr. Thomas Schneller (Medizinische Hochschule Hannover), Dr. Wolfgang Micheels (Institut der deutschen Zahnärzte, Köln) und Dr. Dirk Mittermeier (Bremen) beschäftigen sich mit der Problematik der präventiven Zahnheilkunde im deutschen Gesundheitssystem.

Hintergründe dieses großen Stellenwertes sind sowohl im internationalen Vergleich der Gesundheitssysteme der Industrieländer zu suchen als auch in verstärkten nationalen Anstrengungen auf dem Gebiet der Individual- und Gruppenprophylaxe. Dreh- und Angelpunkt aller oralpräventiven Bemühungen ist in diesem Zusammenhang die grundlegende Erkenntnis, daß das orale Erkrankungsrisiko (Zahnkaries/Parodontitis) durch exogene Beeinflussungsfaktoren, insbesondere mundgesundheitsgerechte Verhaltensweisen, entscheidend abgesenkt werden kann. Und wie die vielfältigen Erfahrungen zeigen, kommt es dabei vor allem auf ein sachgerechtes Ineinandergreifen von Einzelmaßnahmen auf kollektiver, gruppenbezogener und individueller Ebene an.

Die Arbeit untersucht auf der Grundlage einer bundesweiten Erhebung bei niedergelassenen Zahnärzten ($n = 1050$), wie diese ihre eigene Arbeitsrolle bei der Ausgestaltung präventiver Angebote sehen. Die Ergebnisse dieser empirischen Untersuchung lassen u. a. deutlich erkennen, daß die Motivation der Zahnärzte zur Durchführung der Mundgesundheitsberatung bzw. individualprophylaktischer Dienstleistungen sehr hoch anzusehen ist.

1. Forschungspolitische Rahmensetzung

Fragestellungen der präventiven Zahnheilkunde haben in den letzten Jahren auch in Deutschland ein beachtliches Gewicht erlangt, wobei teilweise im Aufgreifen internationaler Entwicklungen auf diesem Gebiet (beispielsweise: Schweiz, Schweden, Niederlande, USA), teilweise aber auch in nationaler Perspektive (beispielsweise: „Prophylaxe ein Leben lang“ der Bundeszahnärztekammer) zahnmedizinische Versorgungskonzepte zur prophylaktischen Betreuung der Bevölkerung bis hin zur spezifischen Intervention bei Teilgruppen mit erhöhtem Mund-erkrankungsrisiko vorgelegt wurden. Alles in allem scheint der vielzitierte „Paradigmenwechsel in der zahnärztlichen Versorgung“ (vgl. Saekel, 1997) spürbar in Gang gekommen zu sein, insbesondere das gesundheits- und sozialpolitische Denken in Deutschland rekurriert zwischenzeitlich immer stärker auf die zentralen Kategorien und Erkenntnisbestände der oralen Präventivmedizin. Die Verlagerung der zahnmedizinischen Versorgung von der Spät- zur Frühversorgung faßt diese Entwicklungsdynamik schlagwortartig zusammen, wobei die gesetzlichen Initiativen zur Einführung des sogenannten IP-Systems in das System der vertragszahnärztlichen Versorgung seit Anfang der 90er Jahre (GRG und GSG), aber selbstverständlich auch die aktuellen Entwicklungen durch das 2. NOG (Stichworte hier: Mundgesundheitsberatung bei Schwangeren, Kleinkinderuntersuchungen im Rahmen des Kinder- Krankheitsfrüherkennungsprogramms, „Erwachsenenprophylaxe“) dieser obigen Entwicklungsdynamik präventionspolitisch einen zusätzlichen Schub gegeben haben.

Vor dem Hintergrund dieser strukturellen Umschichtungen innerhalb des zahnärztlichen Versorgungssystems in

Deutschland erschien es aufschlußreich, diese oralprophylaktischen Entwicklungslinien im Gesundheitssystem gleichsam im Spiegel niedergelassener Zahnärzte nachzuzeichnen und ihre Einstellungen und Arbeitsstrategien auf dem Gebiet der Individualprophylaxe zu erhellen. Ausgangspunkt des vorliegenden Forschungsprojektes war es mithin, eine Art Bestandsaufnahme zur Oralprophylaxe im ambulanten Versorgungsalltag von Allgemein-zahnärzten vorzunehmen.

2. Methodisches Design

Als Erhebungsdesign zur empirischen Erschließung der obigen Fragestellung wurde eine schriftliche Befragungsfom bei einem repräsentativ ausgewählten Querschnitt niedergelassener Zahnärzte (in eigener Praxis) in Gesamtdeutschland gewählt. Die schriftliche Form der Befragung schien neben allgemeinen Zweckmäßigkeitsgründen auch deswegen als Methode der Wahl, da es bei dieser Erhebung gerade darum gehen sollte, die subjektiven Erfahrungen, Problemsichten und Vorstellungen zur Prophylaxe der niedergelassenen Zahnärzte herauszuarbeiten, die das praktische Versorgungshandeln auf diesem Gebiet prägen.

2.1. Fragebogenentwicklung

Die Entwicklung des Erhebungsinstrumentes erfolgte in insgesamt drei Arbeitsschritten. In einem ersten Schritt wurde die einschlägige zahnmedizinische (vgl. Harris und Christen, 1987; Greene, Louie und Wycoff, 1990; Marthaler, 1992; Laurisch, 1994; Hellwege, 1996) und dentalpsychologische (vgl. Weinstein, Getz und Milgrom, 1989; Schneller et al., 1990; Cohen und Gift, 1995; Bartsch et al., 1998) Literatur zur Oralprävention durchgesehen und im Sinne einer Stoffsammlung für die inhaltliche Fragebogen-gestaltung aufbereitet. Diese Phase vollzog sich von Februar bis Mai 1995.

2.2. Stichprobenmodell und Ausschöpfung

Als Stichprobenansatz wurde ein sogenannter disproportionaler Ansatz gewählt, d. h. es wurden im Hinblick auf die alten Bundesländer (ABL) und die neuen Bundesländer (NBL) zwei unabhängige Zufallsstichproben in gleich großem Umfang gezogen, obwohl der relative Anteil niedergelassener Zahnärzte in Ostdeutschland tatsächlich nur rund 22 Prozent (gemessen an der Anzahl aller niedergelassenen Zahnärzte in Gesamtdeutschland) beträgt. Dieser disproportionale Methodenansatz wurde deswegen gewählt, um eine genügend große Fallzahl für vergleichende statistische Betrachtungen zwischen den Antwortbildern der Zahnärzte in den alten und neuen Bundesländern zur Verfügung zu haben. Für die Gesamtdarstellung der Ergebnisse wurden aber alle Daten aus der westdeutschen und ostdeutschen Stichprobe entsprechend ihres tatsächlichen Gewichtungsverhältnisses zueinander umgerechnet.

Grundgesamtheit für die Ziehung aller Stichprobenzahnärzte waren alle niedergelassenen Allgemein Zahnärzte in eigener Praxis im zweiten Halbjahr 1995. Mit Hilfe eines Zufallsschrittes wurden aus dem Zahnärzteregister der Bundeszahnärztekammer in Köln jeweils rund 800 Adressen gezogen. Diesen wurde ein Projekteinladungsbrief, der Fragebogen (konzipiert als Selbstausfüllbogen) und ein vorfrankierter Rücksendeumschlag geschickt. Im Rahmen von insgesamt zwei Recall-Aktionen wurden jeweils diejenigen Zahnärzte noch einmal um ihre Projektmitarbeit gebeten, die zu definierten Zeitpunkten noch keine Antwortreaktion gezeigt hatten.

4. Schlußfolgerungen und Ausblick

Ziel der vorgelegten Befragungsstudie bei einem bundesweiten Querschnitt niedergelassener Zahnärzte in eigener Praxis war es, eine Bestandsaufnahme zu den Einstellungen und Erfahrungen

der Zahnärzteschaft bei der Umsetzung des oralpräventiven Gedankens im eigenen Arbeitsrahmen vorzunehmen.

Dazu wurde eine repräsentative Zufallsstichprobe mit einem 20seitigen Fragebogen zu ihren Einstellungen und Befürchtungen, zu den von ihnen durchgeführten Prophylaxetätigkeiten und den dabei erlebten Schwierigkeiten sowie zu ihrem soziodemographischen Hintergrund befragt.

Bewertet man die Einstellungsfragen sowie die Tätigkeitsfragen kritisch und vergleicht diese mit den Abrechnungsdaten der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, so kann festgestellt werden, daß die Herausforderung grundsätzlich angenommen wurde.

4.1. Obwohl die Studie eingeteilt wurde in Musteraussagen und -verhalten der Zahnärzte in den neuen und den alten Bundesländern, sind keine eminenten Divergenzen der Prophylaxeangebote bzw. -forderungen vorhanden. Ausnahme sind die IP 1 bis IP 5: Hier dominierte das Angebot für die Altersgruppe der 6 – 19jährigen mit ca 20 % Punkten mehr im Osten als im Westen. Der Bevölkerungsanteil, der in dieser Altersgruppe in Anspruch genommen hat liegt lt. Studie im ersten Halbjahr 1996 in den alten Bundesländern bei 25,3% und in den neuen bei 42,6 %. Als außervertragliche Leistung bei Erwachsenen und Kleinkindern wurde Prophylaxe im Befragungszeitraum von ca. der Hälfte der westdeutschen und einem Drittel der ostdeutschen Zahnärzte angeboten.

Von Jahr zu Jahr bieten mehr Zahnärzte die gesetzlich vorgesehenen IP-Leistungen den dafür vorgesehenen Zielgruppen der Schulkinder und Jugendlichen an. Ebenso werden außervertraglich Prophylaxeleistungen Erwachsenen angeboten. Allerdings muß erkannt werden, daß ein Teil der Zahnärzte nur wenig Prophylaxe in ihren Praxen anbietet und daß viele Zahnärzte die „Individualprophylaxe“ vor allem mit interessierten Patienten durchführen. Somit ist davon auszuge-

hen, daß ein Teil der Patienten nicht richtig von der zahnärztlichen Prophylaxe erreicht wird.

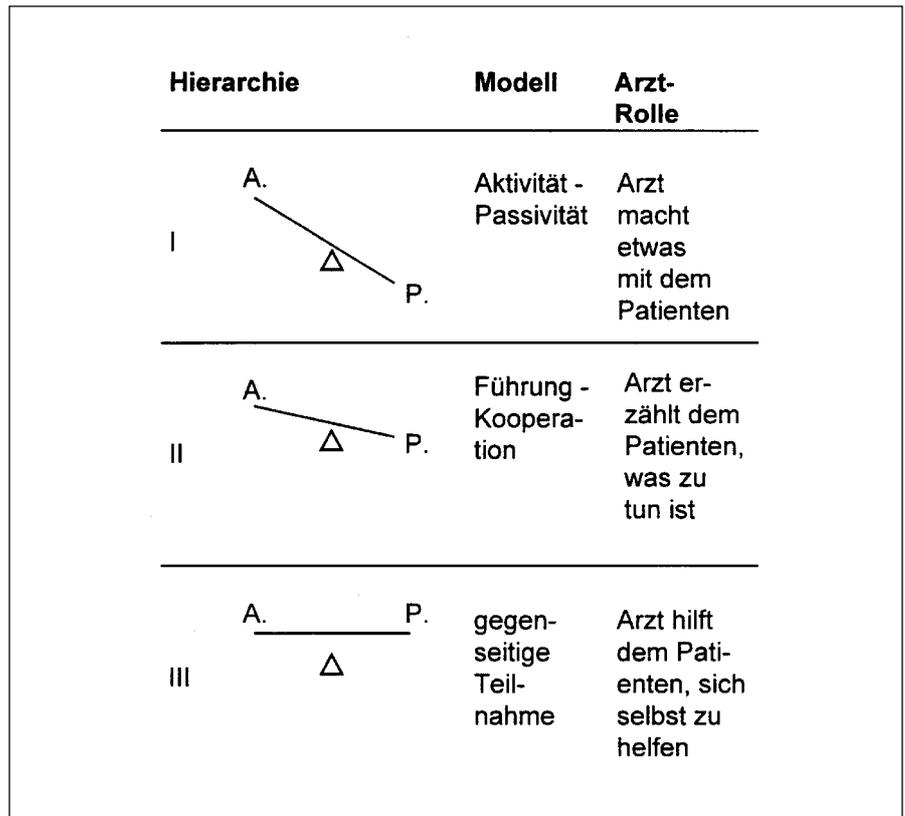
Wie beim Patienten erst seine Einstellung zur Mundgesundheitspflege verändert und damit sein Mundgesundheitsbewußtsein erweitert werden muß, bevor er langfristig Veränderungen in seinem Mundpflegeverhalten vornimmt, so setzt auch bei den Zahnärzten die Umstellung der Praxis auf mehr Prophylaxeangebote eine Änderung des Denkens und Bewußtseins voraus. Tatsächlich ist die Zahnärzteschaft in diesem Punkt schon viel weiter als in den Abrechnungsstatistiken ablesbar erscheint. Kaum ein Zahnarzt bezweifelt die Sinnhaftigkeit und Nützlichkeit der Prophylaxe, fast alle teilen die Auffassung, daß hochwertige Restaurationen und Sanierungen nur Sinn haben, wenn der Patient in der Lage ist, zu deren Langlebigkeit aktiv (mit eigenem Verhalten!) beizutragen. Auch scheint in den letzten Jahren die Furcht vor einem prophylaxebedingten Rückgang der kurativen Aufgaben (vor allem der Prothetik) zurückgegangen zu sein.

Obwohl fast alle Zahnärzte die Meinung teilen, daß die bei Erwachsenen immer noch hohen Prävalenz- und Inzidenzraten eine Folge mangelnder Aufklärung und Bewußtseinsbildung sind, und obwohl sie der „häuslichen Mundpflege durch den Patienten“ die größte Wirksamkeit im Kampf gegen Karies und Zahnfleiscentzündungen zusprechen, scheint eine Schwierigkeit zur weiteren Prophylaxeumsetzung die Neu- und Andersartigkeit der prophylaktischen Aufgaben zu sein. Im Gegensatz zur kurativen Zahnmedizin, bei der der Zahnarzt dominiert, selbst alles Notwendige entscheidet und aktiv handelt, setzt die Prophylaxe eine andere Zahnarzt-Patient-Beziehung und auch ein anderes Vertrauen in die Kompetenz der selbständig arbeitenden Fachhelferin voraus. Hier sind Patient und Zahnarzt letztlich gleichberechtigte Partner, die aufgrund der Darstellung der individuellen Pro-

blemlage (Befundrückmeldung) gemeinsam die Entscheidung treffen, welcher Weg in Zukunft gegangen werden soll, nämlich weiterer Gebißverfall ohne Prophylaxe oder ein Stoppen des Verfalls mit regelmäßiger Prophylaxe! In Anlehnung an Lamprecht (1979) kann dieses Beziehungsmodell in folgende Stufenabfolge gebracht werden:

Während die Stufe I den Ausgangspunkt einer oralprophylaktischen Intervention markiert (der Zahnarzt führt die orale Diagnostik durch), entwickelt sich in der Stufe II ein Beziehungsmuster zwischen Zahnarzt und Patient, bei dem der Zahnarzt den Patienten insbesondere über Maßnahmen der Instruktion, Aufklärung und Demonstration („Intensivmotivation“) zu einer Verhaltensänderung heranzuführt; erst in der Stufe III ist der Patient dann befähigt, in selbstkontrollierter Form den erworbenen Zuwachs an Gesundheitskompetenz (Mundhygiene, Ernährung, häusliche Fluoridapplikationen usw.) zu stabilisieren.

Die Umsetzung dieser präventiven Betreuungphilosophie im Arbeitsrahmen eines niedergelassenen Zahnarztes erfordert aber zweifellos weitere Schritte auf dem Gebiet der zahnärztlichen Ausbildungs- und Fortbildungsstrukturen (vgl. Staehle, 1996). Der gleichzeitige Ausbau der Unterrichtsinhalte sowohl im klinisch-präventiven als auch im psychologisch-verhaltensmedizinischen Bereich ist hier als Dreh- und Angelpunkt hervorzuheben (vgl. Weinstein, Getz und Milgrom, 1989, IDZ-Curriculum Individualprophylaxe in der vertragszahnärztlichen Versorgung, 1993). Nur so wird es gelingen, dem empirisch feststellbaren Schulungswunsch der praktizierenden Zahnärzte auf dem Gebiet der Oralprophylaxe noch besser zu entsprechen. Oralprophylaxe ist nun einmal ihrem Wesen nach „Sprechende Zahnheilkunde“ (vgl. auch Micheelis, 1995), Zweifellos muß bei dieser Betrachtungsweise berücksichtigt werden, daß letztlich nur durch ein vernetztes In-



einandergreifen von kollektivprophylaktischen Maßnahmen (beispielsweise: Speisesalzfluoridierung), gruppenprophylaktischen Maßnahmen (vor allem: Aufklärungskampagnen und Fluoridierungsaktionen in Kindergärten und Schulen) und individualprophylaktischen Maßnahmen (insbesondere: Risikodiagnostik, befundorientierte Betreuungskonzepte) der oralpräventive Ertrag für die Bevölkerung optimiert werden kann.

5. Das abschließende Literaturverzeichnis darf ruhig als etwas mager bezeichnet werden. Eine Aufführung von Quellen, aus dem Bereich der Forschung zur Prophylaxe in den neuen Bundesländern fehlt total. Dies kann man allerdings bei einer wissenschaftlichen Arbeit nicht mit Unkenntnis entschuldigen.

Die Studie konnte nur gekürzt wiedergegeben werden. Weitere und ausführliche Exemplare dieser IDZ-Information

on können auf Anfrage kostenlos zur Verfügung gestellt werden beim Informationsdienst des Institutes der Deutschen Zahnärzte, Universitätsstraße 71 - 73, 50931 Köln, Tel.: 0221/4001-0, Fax: 0221/404886.

- gekürzt -

G. Wolf

Am 24. Januar 1998 fand im Erfurter Kaisersaal die Ehrung von Herrn Prof. Dr. Dr. Wolfgang Müller statt (siehe dazu auch tzb Hefte 2 und 3/98). Die nachfolgenden beiden Vorträge wurden zu diesem Ereignis gehalten. Wir danken den Autoren und der Firma Hoechst Marion Roussel Deutschland für ihre Genehmigung zur Veröffentlichung im Thüringer Zahnärzteblatt.

Forensische Aspekte der Zahnärztlichen Chirurgie

– vorgestellt am Beispiel des unteren Weisheitszahnes –

G. Frenkel

Einleitung

Nervschädigungen bei der operativen Zahnentfernung im UK-Seitenzahnbereich kommen in der zahnärztlichen Praxis nicht nur vor, sondern führen auch zu zivilrechtlichen Haftungsprozessen.

Es geht dann wie fast immer in ärztlichen Haftungsprozessen um den Vorwurf einer regelwidrigen Behandlung und einer unzureichenden Aufklärung. Die Tendenz, einen Rechtsstreit zu beginnen, ist steigend, da mit Zunahme der Rechtsschutzversicherungen auch kein Kostenrisiko für den Kläger entsteht, einen Rechtsstreit zu beginnen.

Dem Behandler bleibt nichts anderes übrig, als die bestmögliche Vorsorge zur Abwehr möglicher Ansprüche zu treffen.

Untersuchungen zur Patientenaufklärung zeigen, daß auch nach einem dokumentierten Aufklärungsgespräch mehr als die Hälfte der Patienten vergessen hatten, über Risiken eines bevorstehenden Eingriffes aufgeklärt worden zu sein (Vogel u. Hupe 1983). Es gibt kaum eine Arzthaftungsklage, in der nicht neben der Behauptung einer regelwidrig erfolgten Arzt- oder Zahnarztbehandlung gleichzeitig die Behauptung aufgestellt wird, über die Möglichkeiten eines ungünstigen oder unerwünschten Ausgangs oder über die mit dem Eingriff verbundenen Risiken sei keine Aufklärung gegeben worden.

Es stellt geradezu eine fehlerhafte anwaltliche Prozeßführung bei der Vertretung eines Patienten dar, die Berufung auf eine fehlende oder unzureichende Aufklärung zu unterlassen.

Die Aufklärung

Es besteht völlige Übereinstimmung darüber, daß dem Behandler eine ordnungsgemäße Aufklärung als vertragliche Nebenpflicht obliegt, denn der zahnmedizinische Heileingriff erfüllt zunächst den Strafbestand einer Körperverletzung und bedarf als Rechtfertigungsgrund der Einwilligung des Patienten, damit die Strafbarkeit entfällt. Der Zeitpunkt, zu dem die Patientenaufklärung stattfindet, richtet sich unabhängig von der Art des Eingriffes danach, daß die Entscheidungsfreiheit des Patienten noch vorhanden sein muß. Durch die während der Aufklärung übermittelte Information wird der Patient erst instand gesetzt, in die Durchführung des Eingriffes einzuwilligen. Die ihm eingeräumte Überlegungszeit sollte so lange bemessen sein, daß ihm u. U. die Möglichkeit einer Rücksprache mit einer Person seines Vertrauens verbleibt.

Das mündliche Gespräch mit dem Patienten ist durch nichts ersetzbar.

Hierbei befindet sich der Behandler in einer mißlichen Lage. Er muß einen Patienten informieren, der sich – durch Ängstlichkeit geprägt – in einer psychischen Ausnahmesituation befindet. Der Zahnarzt muß auch herausfinden, ob dem Patienten die Aufklärung zumutbar ist. Kriterien zur Entscheidung dieser Frage sind einmal die Dringlichkeit des geplanten Eingriffes, weiterhin der Bildungsstand, das Alter und der physische und psychische Zustand des Patienten. Hier muß entschieden werden, ob es möglich ist, die Aufklärung zeitlich zu verschieben, bis der Patient aufnahmefähiger ist. Bei Kindern müssen die El-

tern oder Erziehungsberechtigten oder bei geistig Behinderten oder senilen Personen der Vormund aufgeklärt werden. Die Aufklärung endet mit der Unterschrift des Patienten, der Eltern oder des Vormundes des Patienten sowie des Behandlers.

Die Aufklärung wird in drei Untergruppen unterteilt:

1. Die Selbstbestimmungsaufklärung

Sie ist das Grundrecht jedes Einzelnen und soll die freie Entscheidung des Patienten gewährleisten, ob und in welcher Art und Weise er in die Durchführung des Eingriffes einwilligen möchte.

Hierunter fällt auch die **Diagnoseaufklärung**, in der dem Patienten Einzelheiten seiner Diagnose erklärt werden.

2. Die Verlaufsaufklärung

Durch die Verlaufsaufklärung wird dem Patienten Auskunft über die Art und die Durchführung des Eingriffes gegeben.

3. Risiko- oder Komplikationsaufklärung

Mittels der Risiko- oder Komplikationsaufklärung wird der Patient über die möglichen zeitweiligen oder dauerhaften Nebenfolgen des Eingriffes informiert, die selbst bei regelrechter Durchführung nicht auszuschließen sind.

Ein entscheidender Schritt zur forensischen Absicherung ist die ausreichende Dokumentation der Aufklärung. Ein Vorgang, der leider weit verbreitet das stiefmütterliche Dasein einer eher lästigen Formalität fristet.

Aus leidvoller gutachterlicher Erfahrung möchte ich eine weitestgehende Absicherung empfehlen: den Zeitpunkt des Aufklärungsgespräches möglichst unter Angabe der Uhrzeit sowie möglichst auch der Zeitdauer zumindest in Stichworten in den Behandlungsunterlagen zu dokumentieren.

Hat das Aufklärungsgespräch mit dem Patienten nur unter 4 Augen stattgefunden, dann wird dem Kollegen der Beweis einer ordnungsgemäßen Aufklärung schwerfallen. Das angerufene Gericht muß zu der Überzeugung kommen können, daß in ordnungsgemäßem Umfang aufgeklärt worden ist.

Aus forensischen Gründen kann deshalb nur empfohlen werden, auch das Aufklärungsgespräch unter unabhängigen Zeugen zu führen.

Nach der Rechtsprechung ist eine Dokumentation über ein Aufklärungsgespräch um so plausibler, je ausführlicher es vorgenommen wurde.

Als gängige Empfehlung gilt, daß eine Dokumentation des Aufklärungsgespräches, eingetragen in die Karteikarte, vom Patienten und vom Behandler unterschrieben wird (Abb. 1). Checkliste nach Rohde (1998).

Der Behandlungsfehler

Der Begriff des Behandlungsfehlers hat in der Rechtslehre den traditionellen Terminus des **Kunstfehlers** abgelöst. Der Kunstfehler wird üblicherweise als ein **Verstoß gegen die allgemeinen Regeln der Heilkunst umschrieben**. Hierdurch ist er angesichts der Vielfalt medizinischer Methoden sehr schwer definierbar und zu eng gefaßt. Im Kunstfehlerbegriff ist ein Verschuldensaspekt enthalten. Er ist in der Wortkombination von **Kunst und Fehler** unglücklich und muß heute als überholt gelten (Hemprich 1992). Demgegenüber ist der Begriff des **Behandlungsfehlers** erheblich weiter gefaßt. Er umfaßt alle Verstöße gegen die beruflerforderliche Sorgfalt des Be-

A. Vorfragen zum Behandlungsfall

1. Zeitpunkt richtig gewählt
2. Therapeutisches Privileg Information vorzuenthalten
3. Intellekt und Bildungsstand des Patienten
4. Umfang im Hinblick auf Dringlichkeit

B. Aufklärungsgespräch

1. Selbstbestimmungsaufklärung
 - Allgemeines
 - Erläuterung der Diagnose
 - sonstige Informationen
2. Verlaufsaufklärung
 - Darstellung der notwendigen Therapie
 - Erläuterung des erforderlichen Eingriffs
 - Person des Operateurs
 - spezielle Informationen
3. Risiko- und Komplikationsaufklärung
 - Darstellung der Gefahren mit Komplikationsquoten
 - besondere Risiken, eventuell klinikbedingt
 - Behandlungsalternativen, Sicherheit, Erfahrung
 - Auswirkungen der Verwirklichung der Risiken
 - Folgen der Nichtbehandlung
4. Fragen des Patienten

C. Dokumentation

1. Datum, Zeitpunkt, Dauer des Aufklärungsgespräches
2. Einwilligungserklärung aufgrund vorstehender Aufklärung
3. Unterschriften Arzt und Patient

Checkliste für ein Patientenaufklärungsgespräch
nach Rohde, 1998

Abb. 1

handlers. **Als neue Bezugsgröße gilt dabei der jeweilige Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik.**

Inhaltlich geht es im wesentlichen um die Abgrenzung krankheits- bzw. behandlungsspezifischer Komplikationen auf der einen und Behandlungsfehlern auf der anderen Seite.

In diesem Sinne ist der Gutachter aufgefordert, die Kausalität eines Ereignisses (in diesem Falle eine Nervläsion) auf ein bestimmtes vermeidbares Verhalten des Behandlers zurückzuführen oder dies auszuschließen.

Der Arzt als Sachverständiger

Ärzte übernehmen die Aufgabe eines Sachverständigen oft nur zögernd oder versuchen, sich ihr zu entziehen. Sie sind hierauf auch nicht vorbereitet, denn die Richtlinien für die Weiterbildung verlangen für die Facharztanerkennung zwar den Nachweis erstellter Gutachten, Maßnahmen zur Vorbereitung auf eine Gutachtertätigkeit werden jedoch in Aus- und Weiterbildungskatalogen vermißt. Das Gleiche gilt für die Weiterbildungsordnung zum Oralchirurgen.

Der Eid des Hippokrates enthält neben dem Versprechen, Kranke vor allem, was ihnen Schaden zufügen könnte, zu schützen, aber auch das Gebot zur Achtung und Unterstützung des Lehrers und dessen Schüler sowie die Aufforderung zu kollegialer Hilfeleistung.

Das heißt aber, daß zum Ärztestand heute wie zur Zeit des Hippokrates eine Art Zunftdenken gehört, das Laien vermuten läßt, Ärzte könnten sich zu einer gegen den Kollegen gerichteten Aussage nur schwer bereitfinden.

Auch der Bundesgerichtshof hat sich 1975 dahingehend geäußert, es habe „eine nicht geringe Zahl medizinischer Gutachter Schwierigkeiten,“ sich bei der Ausübung ihres Amtes „von überholten und in diesem Zusammenhang rechtswidrigen Standesregeln freizumachen“. Dies gelte vor allem im Kunstfehlerprozeß.

Der Bundesrichter von heute urteilt verständlicher: „Die Tendenz vieler Sachverständiger, Fehler der Kollegen milder zu beurteilen, d. h. sie nur sehr verklausuliert als solche anzusprechen, erklärt sich daraus, daß der Sachverständige eine Stigmatisierung als inadäquat empfindet, weil er denselben Fehler auch hätte machen können. Aber Haftung und gerade Berufshaftung soll nicht für ein persönliches Versagen stigmatisieren, sondern sie soll ausschließlich Lücken im zu verlangenden Qualitätsniveau geldlich kompensieren, und zwar selbst dort, wo solche Lücken vorprogrammiert sind.“

Der Sachverständige vermittelt auf Grund seines besonderen Fachwissens dem Richter die fehlenden Kenntnisse. Seine Schlußfolgerungen müssen für den Richter nachvollziehbar sein.

Der Gutachter muß sich streng an die vorgegebenen Fakten halten. Wenn sich ihm Erkenntnisgrenzen auftun, dann muß er darauf hinweisen und sich jeder Vermutung und persönlichen Wertung enthalten. Auch hat er grundsätzlich keine Rechtsausführung zu machen oder Rechtsfragen zu

erörtern. Das ist allein Sache des Richters.

Hierbei ergeben sich immer dann Schwierigkeiten, wenn von den Gerichten möglicherweise die Frage nach der Aufklärungspflichtverletzung gestellt wird, die grundsätzlich nur aus juristischer Sicht beleuchtet werden kann. **Hier wird der Sachverständige bestenfalls Anhaltzahlen für die Komplikationsdichte eines Eingriffes geben können.**

Komplikationen

1. Sensibilitätsstörungen des N. alveolaris inferior als Folge der Entfernung des Weisheitszahn können von einer reversiblen Sensibilitätsstörung bis zum Totalausfall reichen. In den Entscheidungen wird betont, daß solche Komplikationen bekannt sind, wenngleich die Komplikationsrate sehr niedrig ist.

Als Ursache werden Traumatisierungen des Nervs angegeben. Diese können dann auftreten, wenn Teile der Wurzel auch Teile des knöchernen Anteiles des Mandibularkanales bilden. Da der Unterkiefer im Röntgen-

bild nur zweidimensional dargestellt werden kann, ist eine räumliche Vorstellung nur bedingt möglich. Da die Ursachen nicht sicher vermeidbar sind, spricht man von einer **sogenannten typischen Komplikation**. Auch wenn diese Komplikationen selten sind, muß über die bekannten Risiken aufgeklärt werden.

2. Verletzungen des Nervus lingualis reichen ebenfalls von reversiblen Schäden bis zum endgültigen Totalausfall. Da der Nervverlauf außerhalb des Operationsgebietes liegt und in der Regel durch ableitende Instrumente erfolgt, werden diese Komplikationen als **vermeidbare Komplikationen** angesehen und gelten als Behandlungsfehler (Abb. 2).

Entfernung des Weisheitszahn aus kieferorthopädischen Gründen

Für den Kieferorthopäden wirft die Lage des dritten Molaren Probleme auf. Patienten berichten immer wieder, daß mit dem Durchtritt der 3. Molaren ein Engstand in der Unterkie-

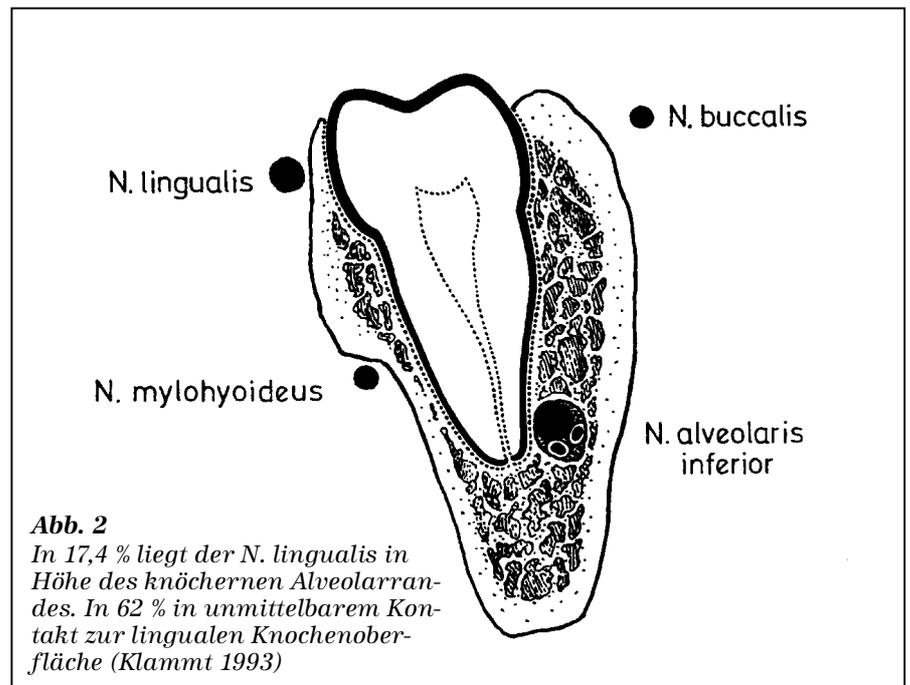


Abb. 2
In 17,4 % liegt der N. lingualis in Höhe des knöchernen Alveolarrandes. In 62 % in unmittelbarem Kontakt zur lingualen Knochenoberfläche (Klammt 1993)

ferfront aufgetreten sei und suchen deshalb den Zahnarzt bzw. den Kieferorthopäden auf. Letzterer wiederum glaubt, daß sich erst durch den Durchtritt ein Behandlungsrezidiv ergibt.

Nach den Untersuchungen von Schopf (1984) und Stahl (1986) sollte man bei korrekter liegenden dritten Molaren mit der Entfernung Zurückhaltung üben, da die Entstehung eines tertiären Engstandes nach den im Schrifttum vertretenen Ansichten durchaus als umstritten bezeichnet

werden muß. Schopf weist weiter darauf hin, daß neben dem Weisheitszahn auch die unterschiedlichen Wachstumsabläufe im Ober- und Unterkiefer eine wesentliche Rolle spielen. Weiterhin sollte man immer vor der Entfernung des Weisheitszahn den Zustand des 6-Jahr-Molaren überprüfen, um stattdessen diesen zu entfernen, wenn er zerstört ist.

Auch neuere Untersuchungen bezüglich der Wachstumsvorhersage sowie des Zusammenhanges von Raumange-

bot und Verlagerung lassen nur eine unsichere Prognose zu. Wenn wir den Entwicklungsspielraum des dritten Molaren im Kieferwinkelbereich vorhersehen könnten, wäre die Wahrscheinlichkeit für den normalen Durchbruch bzw. die Retention eher anzugeben.

Hier hat Turley (1974) eine Möglichkeit aufgezeigt, die eine gewisse Prognose zuläßt. Zwischen dem 8. und 9. Lebensjahr wird nach dieser Methode der Abstand vom Mittelpunkt des aufsteigenden Astes, in der Regel die Lingula, bis zur distalen Kante des ersten Molaren an einer Fernröntgenaufnahme gemessen. Die ablesbare Zentimeterzahl läßt eine Einteilung in drei Stufen zu.

Beträgt der Abstand 30 Millimeter, dann ist mit großer Wahrscheinlichkeit auch mit einer komplikationslosen Einstellung in die Zahnreihe zu rechnen.

Beträgt der Abstand 25 Millimeter, dann kann der Zahn partiell durchbrechen, jedoch in fraglicher Okklusion.

Beträgt der Abstand 21 Millimeter, dann bleibt der Zahn impaktiert.

In diesem Zusammenhang muß auch die Faustregel für die oberen dritten Molaren erwähnt werden, wonach mindestens 18 Millimeter als Abstand zwischen der Pterygoidvertikalen und der Distalkante des oberen ersten Molaren vorhanden sein müssen, um einen regelrechten Durchbruch des Weisheitszahn zu gewährleisten. Ist weniger Raum vorhanden, dann ist auch die Prognose für seinen regelrechten Durchbruch ungünstig.

Bei Panoramaaufnahmen zieht man zur Orientierung die Breite des ersten Molaren zur Lagebestimmung heran und erreicht damit ebenfalls eine gewisse Sicherheit bei der Raumbeurteilung (Frenkel 1997).

Diese röntgendiagnostischen Möglichkeiten bieten einen Ansatz dafür, notwendig werdende prophylaktische Entfernungen des retinierten dritten Molaren zu einem Zeitpunkt durchzuführen, da das Wurzelwachstum noch

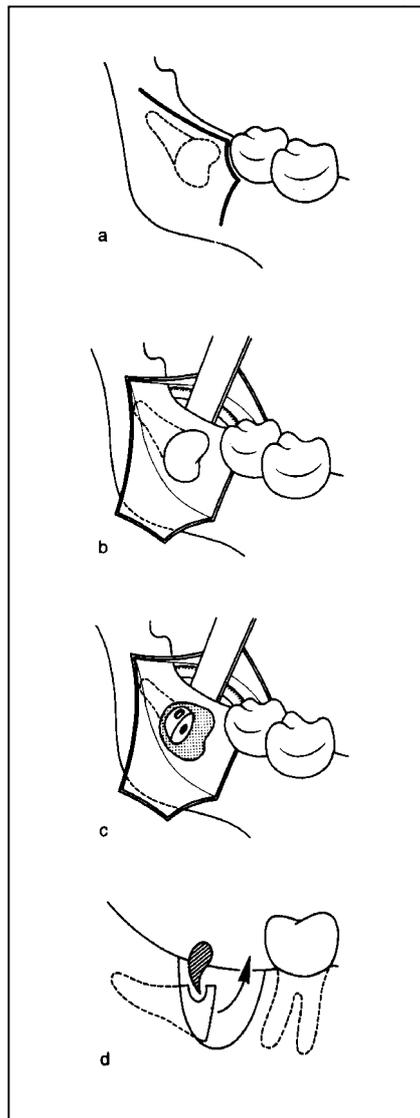
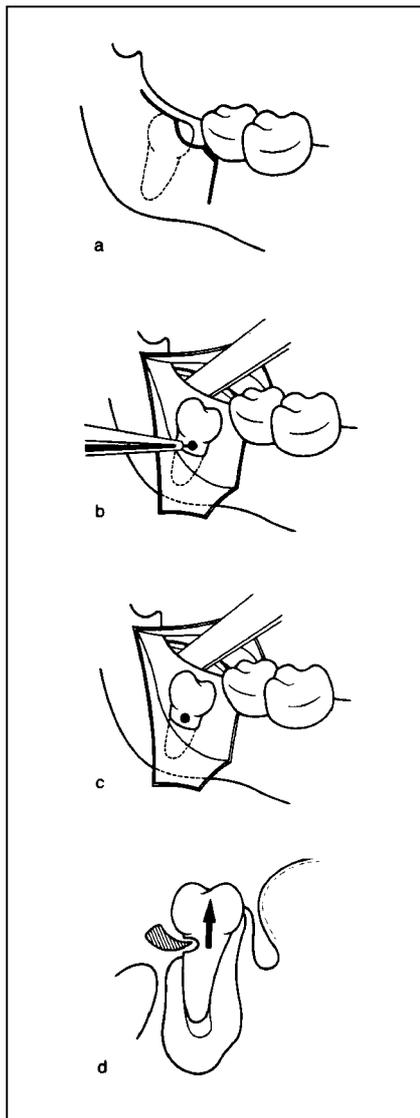


Abb.3a und 3b
Mobilisierung sowohl des bukkalen als auch des lingualen Mukoperiostes

nicht abgeschlossen ist. Tetsch und Wagner (1982) wiesen darauf hin, daß postoperative Sensibilitätsstörungen bei 12- bis 14jährigen in 1,5 % der Fälle, bei über 40jährigen hingegen in 12 % der Fälle auftraten. Damit wird seine Entfernung leichter und Komplikationen, wie die Verletzung des N. alveolaris inferior, lassen sich eher vermeiden.

Als günstigster Zeitpunkt der Weisheitszahnentfernung erscheint uns die Altersgruppe zwischen 13 und 18 Jahren, jedoch nicht vor dem Durchbruch der zweiten Molaren. (Schematische Darstellung der einzelnen Schritte zur Weisheitszahnentfernung, Abb. 3a und 3b)

Entfernung des Weisheitszahnes aus Gründen der Infektionsprophylaxe

Die Infektionsprophylaxe hat nach Tetsch et al. (1982) unter den vorbeugenden Indikationen zur Extraktion den größten Stellenwert. 55,9 % der unteren und 33,3 % der oberen dritten Molaren werden aus diesem Grunde entfernt.

Komplikationen, ausgehend von einer Perikoronitis, können von lokal begrenzten, relativ harmlosen Tascheninfektionen bis hin zur ausgedehnten Weichteilentzündung reichen. Deshalb sollte sich die Auffassung zur prophylaktischen Entfernung weiter durchsetzen. Mit einem deutlichen Gipfel zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr kommen die meisten Patienten zur Behandlung eines entzündlichen Prozesses, bei denen nach konservativer Therapie die meist operative Entfernung als Abschluß der bisherigen Maßnahmen erfolgt (Abb. 3a u. 3b).

Entfernung des Weisheitszahnes aus prothetischen Gründen

Während sich am Ende der zweiten Dentition klare Indikationen für die Entfernung nicht voll funktionsfähig eingerückter Weisheitszähne ergeben, sollte nach Windecker et al. (1986)

aus prothetischen Gründen zu jedem späteren Zeitpunkt der individuellen Gebißentwicklung die Indikation zur Entfernung des dritten Molaren sehr sorgfältig überprüft werden. In vielen Fällen kann der Weisheitszahn bei der Einbeziehung in die prothetische Planung als Pfeiler entscheidend sein für die Indikation eines festsitzenden oder endabgestützten Zahnersatzes.

Sehr aufschlußreich sind auch die Untersuchungen von Grohe (1971), der in zahnlosen Kieferabschnitten bei Übersichtsaufnahmen in etwa 30 % der Fälle pathologische Prozesse gefunden hat. Ein nicht unerheblicher Prozentsatz bezieht sich auf impaktierte Weisheitszähne, die durch die fortschreitende Atrophie des Alveolarfortsatzes zur Perforation der Gingiva und damit zu einer Schlupfwinkelinfektion führen können. In vielen Fällen wird erst bei einer durchgeführten Rehabilitation der distal des zweiten Molaren liegende Weisheitszahn röntgenologisch entdeckt.

Zusammenfassung

Wenn es zu einem Schaden gekommen ist, kann hier behutsames Vorgehen von Seiten des Behandlers und Einräumen eines Schadens von ausschlaggebender Bedeutung für die weitere Entwicklung des Konfliktes sein. Hier ist oft die Einschaltung einer Schiedsstelle der Kammer hilfreich.

Kommt es doch zur juristischen Auseinandersetzung, dann tritt die von jedem Kollegen abgeschlossene Haftpflichtversicherung für entstandene echte Schäden in Kraft.

Literatur:

Frenkel, G., Aderhold, L., Lambrecht, J. Th., Leilich, G., Raetzke, P.: *Die ambulante Chirurgie des Zahnarztes 2.Auflage*. Carl Hanser Verlag, München Wien 1997.

Rohde, E.-R.: *Das Gespräch zur Patientenaufklärung bei der Füllungstherapie mit Amalgam. I: Heidemann, D. Deutscher Zahnärztekalendar 1996*. Hanser, München 1991.

Rohde, E.-R.: *Rechtswirksame Aufklärung bei chirurgischen Eingriffen. Der Hessische Zahnarzt H. 3*, 177 - 182, 1998.

Hemprich, A. von der Haar, R.: *Zur aktuellen Rechtsprechung bei Schädigung des N. alv. inf. und des N. lingualis. Dtsch Zahnärztl Z 47*, 218 - 221, 1992.

Klammt, J.: *Praxis der Zahnentfernung. Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1993*.

Vogel, C.: *Haftpflichtansprüche aus der zahnärztlichen Chirurgie und Lokalanästhesie*.

Med. Diss. Münster 1991.

Vogel, C., Hupe, A.: *Aufklärung und Aufklärbarkeit in der zahnärztlichen und Kieferchirurgie. Deutsche Zahn- Mund- Kiefer-Gesichtschir. 7*, 339 (1983).

Alle anderen Hinweise unter Frenkel aufgeführt.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Dr. Gerhard Frenkel
Schöne Aussicht 53d
65760 Eschborn

Fahrtauglichkeit nach zahnärztlicher Lokalanästhesie und zahnärztlichen Eingriffen

R. Rahn

1. Einleitung

Die Fahrtauglichkeit ist neben der Fahrfertigkeit und der Verkehrszuverlässigkeit die wichtigste Voraussetzung zum sicheren Führen eines Kraftfahrzeuges. Die Fahrtauglichkeit beinhaltet verschiedene psychophysische Leistungskomponenten, insbesondere die Aufmerksamkeit, die Reaktionsschnelligkeit und -sicherheit sowie die Koordinations- und Konzentrationsfähigkeit (6, 9, 14). Diese psychophysische Leistungsfähigkeit ist inter- und intraindividuell erheblichen Schwankungen unterworfen (z. B. bei Ermüdung) und kann von verschiedenen exogenen Faktoren beeinflusst werden, insbesondere durch zahlreiche Medikamente, Alkohol und Rauschgift (12, 14).

Zur Überprüfung der individuellen Fahrtauglichkeit werden routinemäßig unterschiedliche Testverfahren eingesetzt, die meist einzelne Leistungskomponenten erfassen, z.B. die Koordinationsfähigkeit oder die Reaktions-schnelligkeit (4, 5, 10, 11, 14, 15).

Die Verminderung der Fahrtauglichkeit durch Alkohol und zahlreiche Medikamente – z. B. Hypnotika, Sedativa, Psychopharmaka – ist seit langem bekannt. Unterschiedlich wird hingegen der Einfluß zahnärztlicher Behandlungsmaßnahmen auf die Fahrtauglichkeit beurteilt. Denkbar ist eine Beeinträchtigung durch Schmerz, Angst oder durch Verabreichung von Medikamenten im Zusammenhang mit einer Behandlung (2, 12, 13). In verschiedenen Untersuchungen wurde bei zahnärztlichen Patienten eine deutliche Verlängerung der Reaktionszeiten auf akustische und optische Signale sowie eine Verminderung des Konzentrationsvermögens gefunden, wobei die Angst vor einem Eingriff als wichtigste Ursache für die Verminderung der psychophysischen Leistungs-

fähigkeit angesehen wird (2, 4, 15). Die Verabreichung eines Lokalanästhetikums dagegen scheint für sich alleine keinen Einfluß auf die Fahrtauglichkeit zu haben, da die Konzentration des Lokalanästhetikums und des vasokonstriktorischen Zusatzes im Blut so gering ist, daß mit systemischen Wirkungen im Regelfall nicht zu rechnen ist (4, 5, 15). Ob nach Beendigung eines zahnärztlichen Eingriffes eine Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit besteht, wird nicht einheitlich beurteilt. Einige Autoren fanden nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen eine deutliche Verminderung der psychophysischen Leistungsfähigkeit, während andere sogar eine Steigerung der psycho- und sensomotorischen Leistungsfähigkeit feststellten (4, 11, 15).

Läßt sich eine Verminderung der Fahrtauglichkeit durch zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen nicht ausschließen, so stellt sich die Frage nach der Aufklärungspflicht des Zahnarztes hinsichtlich dieser behandlungsbedingten Einschränkung. Von manchen Autoren wird eine solche Aufklärungspflicht grundsätzlich als gegeben angesehen, insbesondere im Hinblick auf die Strafvorschriften der §§ 315 c und 316 StGB. Andere Autoren verneinen eine solche generelle Aufklärungspflicht über eine mögliche Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit bei jeder zahnärztlichen Behandlung, da einerseits das Ausmaß der Beeinträchtigung nur gering ist und der Patient in der Lage ist, eine solche Beeinträchtigung zu erkennen und sich entsprechend zu verhalten (4, 9, 15).

2. Material und Methoden

2.1. Probanden

2.1.1. Studienteil 1

Untersucht wurden insgesamt 80 männliche Probanden bzw. zahnärztli-

che Patienten im Alter von 18 bis 50 Jahren, die anamnestisch gesund waren und innerhalb der letzten 12 Stunden vor der Untersuchung keine Medikamente oder Alkohol zu sich genommen hatten. Sämtliche Versuchspersonen waren im Besitz einer Fahrerlaubnis der Klasse 3.

Die 80 Personen verteilten sich auf 4 Gruppen zu je 20, bei denen folgende Behandlungen durchgeführt wurden:

- zahnärztlich-prothetische Behandlung (Präparation von Zähnen) von mindestens 2 Stunden Dauer unter Lokalanästhesie (Ultracain®D-S),
- operative Entfernung eines unteren retinierten bzw. verlagerten Weisheitszahnes unter Lokalanästhesie (Ultracain®D-S).
- Leitungsanästhesie des N. alveolaris inf. mit je 2 ml Ultracain®D-S ohne weitere Behandlung.
- keine Behandlung (Kontrollgruppe).

2.1.2. Studienteil 2

Untersucht wurden insgesamt 100 zahnärztliche Patienten in zwei Altersgruppen: je 25 männliche und weibliche Patienten zwischen 20 und 30 sowie zwischen 60 und 70 Jahren, die anamnestisch gesund waren und innerhalb der letzten 12 Stunden vor der Untersuchung keine Medikamente oder Alkohol zu sich genommen hatten. Bei allen Patienten wurde ein operativer zahnärztlicher Eingriff (Weisheitszahnentfernung, operative Wurzelrestentfernung, Präprothetik etc.) unter Lokalanästhesie (Ultracain®D-S) durchgeführt.

2.2. Überprüfung der Fahrtauglichkeit

2.2.1. Fahrsimulator

Bei beiden Studienteilen wurde ein Fahrprogramm verwendet, bei dem auf dem Monitor das Bild einer Land-

straße aus der Sicht des Autofahrers erscheint. Über einen vorgegebenen Zeitraum wird eine kurvenreiche Strecke „durchfahren“, wobei in unregelmäßigen Abständen auf der Gegenfahrbahn weitere Fahrzeuge erscheinen. Aufgabe des Probanden ist es, die Strecke möglichst schnell zu durchfahren, ohne mit der Fahrbahnbegrenzung oder einem der entgegenkommenden Fahrzeuge zu kollidieren. Bei jedem Fehler wird die Fahrstrecke vermindert, so daß die in der vorgegebenen Zeit durchfahrene Strecke das Maß für die individuelle Fahrtauglichkeit darstellt.

2.2.2. Wiener Determinationsgerät

Bei diesem Gerät werden dem Probanden verschiedene optische und akustische Signale dargeboten, die dieser innerhalb von 1 s richtig beantworten muß. Falsch oder zu spät beantwortete Signale werden nicht gerechnet. Die richtig beantworteten Signale sind das Maß für die individuelle Fahrtauglichkeit.

2.2.3. Vorgehen

Vor der eigentlichen Untersuchung erfolgten jeweils mehrere Testläufe mit dem Wiener Determinationsgerät und dem Fahrsimulator. Es wurden so viele Testläufe durchgeführt, bis der Proband mit dem Verfahren vertraut war und keine weitere Steigerung durch Übung erzielt werden konnte. Das Ergebnis dieses letzten Durchgangs wurde als individueller Ausgangswert angesehen.

Ermittelt wurde die Fahrtauglichkeit zu folgenden Zeitpunkten:

- ca. eine Woche vor dem Eingriff (Testwert),
- unmittelbar vor dem Eingriff,
- unmittelbar nach Beendigung des Eingriffes,
- ca. 1 Woche nach dem Eingriff

Im Studienteil 2 erfolgte auch jeweils eine subjektive Einschätzung der Fahrtauglichkeit durch den Probanden, wobei er seine Fahrtauglichkeit wie folgt bewerten konnte:

- 1 uneingeschränkt fahrtauglich
- 2 fahrtauglich mit geringen Einschränkungen
- 3 fahrtauglich mit erheblichen Einschränkungen
- 4 absolut fahrtauglich

3. Ergebnisse

3.1. Fahrsimulator

Sämtliche Durchschnittswerte der zurückgelegten „Fahrstrecken“ zeigten innerhalb der einzelnen Gruppen nur geringe Unterschiede, ausgenommen die unmittelbar vor dem jeweiligen Eingriff ermittelten Werte, die sich von den übrigen Werten statistisch signifikant unterschieden (Abb. 1 und 2).

Tabelle 1
Zurückgelegte Wegstrecken am Fahrsimulator (Studienteil 1) (n=80)

	Test	vor Beh.	nach Beh.	nach 1 Wo.
zahnärztl. Behandlung	46,8	46,6	47,1	46,8
op. Weisheitszahnentf.	48,3	45,6	48,0	48,3
Lokalanästhesie	48,1	47,4	48,6	48,1
Kontrollgruppe	47,4	47,2	47,0	47,4

Tabelle 2
Zurückgelegte Wegstrecken am Fahrsimulator (Studienteil 2) (n=100)

	Test	vor Beh.	nach Beh.	nach 1 Wo.
männl., 21 - 30 Jahre	3.757	3.202	3.725	3.660
weibl., 21 - 30 Jahre	2.432	2.190	2.503	2.461
männl., 61 - 70 Jahre	2.293	1.774	2.014	2.388
weibl., 61 - 70 Jahre	1.913	1.496	1.754	1.996

Tabelle 3
richtig beantwortete Signale am Wiener Determinationsgerät (Studienteil 2) (n=100)

	Test	vor Beh.	nach Beh.	nach 1 Wo.
männl., 21 - 30 Jahre	47,9	47,3	48,1	48,6
weibl., 21 - 30 Jahre	47,8	46,3	48,1	47,9
männl., 61 - 70 Jahre	46,4	44,8	46,8	46,8
weibl., 61 - 70 Jahre	45,7	43,4	45,7	45,6

Tabelle 4
subjektive Selbsteinschätzung der Fahrtauglichkeit (Studienteil 2) (n=100)

	Test	vor Beh.	nach Beh.	nach 1 Wo.
männl., 21 - 30 Jahre	1,00	1,76	1,80	1,00
weibl., 21 - 30 Jahre	1,08	1,92	1,52	1,00
männl., 61 - 70 Jahre	1,04	2,04	2,00	1,00
weibl., 61 - 70 Jahre	1,20	2,36	2,12	1,16

3.2. Wiener Determinationsgerät

Die richtig beantworteten Signale am Wiener Determinationsgerät zeigten innerhalb der einzelnen Gruppen nur geringe Abweichungen und waren ebenfalls unmittelbar vor dem jeweiligen Eingriff – statistisch teilweise signifikant – niedriger als die übrigen Werte (Abb. 3).

3.3. Subjektive Selbsteinschätzung

Die Ausgangswerte der subjektiven Selbsteinschätzung der Fahrtauglichkeit lag in allen Gruppen bei 1,0 bis 1,2, ebenso nach einer Woche. Unmittelbar vor und nach dem Eingriff wurde die Fahrtauglichkeit jedoch subjektiv in allen 4 Gruppen mit 1,52 bis 2,36 deutlich geringer eingestuft (Abb. 4).

4. Diskussion

In der vorliegenden Untersuchung sollte festgestellt werden, ob durch eine zahnärztliche Behandlungsmaßnahme eine Einschränkung der Fahrtauglichkeit auftritt. In beiden Studien teilen zeigte sich, daß die Fahrtauglichkeit – sowohl mit dem Fahrsimulator als auch mit dem Wiener Determinationsgerät bestimmt – unmittelbar nach Beendigung eines Eingriffes nicht vermindert ist. Nur unmittelbar vor Beginn eines Eingriffes fand sich eine von den übrigen Werten statistisch signifikante Verminderung der Fahrtauglichkeit, die sich unabhängig vom Alter und dem Geschlecht zeigten. Die subjektive Selbsteinschätzung der Fahrtauglichkeit entspricht bei den Ausgangswerten und unmittelbar vor dem Eingriff den objektiv ermittelten Werten, nicht jedoch nach Beendigung des Eingriffes. Zu diesem Zeitpunkt schätzten alle Probanden ihre Fahrtauglichkeit deutlich geringer ein als sie tatsächlich war.

Somit haben weder eine zahnärztliche Lokalanästhesie noch eine zahnärztliche Behandlung in Form einer länger dauernden Präparation unter Lokalanästhesie keinen Einfluß auf die Fahrtauglichkeit. Auch die operative Entfernung eines retinierten bzw. verlagerten Weisheitszahnes führt nicht zu einer Verminderung der psychophysischen Leistungsfähigkeit, die zu einer Verminderung der Fahrtauglichkeit führt. Die Fahrtauglichkeit ist jedoch unmittelbar vor dem operativen Eingriff deutlich gegenüber den Referenzwerten vermindert. Somit scheint bei einer Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit im Zusammenhang mit einer zahnärztlichen Behandlung die psychische Komponente – insbesondere die Angst vor einem bevorstehenden Eingriff – ganz im Vordergrund zu stehen, während andere Faktoren in den meisten Fällen nur von untergeordneter Bedeutung sind. Zu berücksichtigen ist hierbei jedoch, daß die Ergebnisse bei Gesunden ermittelt wurden und daher nicht unbedingt auf

andere Personengruppen übertragbar sind, insbesondere nicht auf Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Veränderungen des ZNS. Insbesondere ist daran zu denken, daß das Zusammentreffen mehrerer Faktoren, die für sich alleine keine Verminderung der Fahrtauglichkeit verursachen, dennoch zu einer erheblichen Verminderung der psychophysischen Leistungsfähigkeit führen kann (3).

Für den Zahnarzt ist die Frage der Fahrtauglichkeit seiner Patienten vor allem im Hinblick auf eine mögliche Aufklärungspflicht von Bedeutung. So besteht im Rahmen der Sicherungsaufklärung eine Aufklärungspflicht für alle mit einer Behandlung verbundenen Folgen und über die sich daraus ergebenden Verhaltensmaßregeln (1). Diese Aufklärungspflicht erstreckt sich jedoch nur auf die für den Patienten wesentlichen Folgen, soweit diese für ihn nicht zwangsläufig erkennbar sind. Keine Aufklärungspflicht besteht somit hinsichtlich geringfügiger Behandlungsfolgen, die ohne praktische Bedeutung sind. Da die Fahrtauglichkeit als mögliche Behandlungsfolge nicht direkt meßbar ist, können auch keine „Mindestwerte“ definiert werden, die zum sicheren Führen eines Kraftfahrzeuges erforderlich sind. Entsprechend allgemein hat der Gesetzgeber auch die Vorschriften der §§ 315 c und 316 StGB formuliert. Danach ist das Führen eines Kraftfahrzeuges strafbar, wenn der Fahrer „nicht in der Lage ist, das Fahrzeug sicher zu führen“. Dies bedeutet, daß in jedem Einzelfall das Gericht die Fahrtauglichkeit zu prüfen und zu beurteilen hat. Lediglich beim Führen eines Fahrzeuges unter dem Einfluß von Alkohol wurden vom Gesetzgeber Grenzwerte festgelegt (0,8 ‰), die die Grenze zur Fahruntauglichkeit markieren. Gerade die Festlegung eines solchen Grenzwertes zeigt jedoch, daß vom Gesetzgeber ein bestimmtes Maß an Verminderung der psychophysischen Leistungsfähigkeit als vertretbar angesehen wird, so daß das Führen eines Fahrzeuges bei geringfügiger Vermin-

derung der Fahrtauglichkeit nicht verboten ist. Vom Fahrer eines Kraftfahrzeuges wird somit nicht die uneingeschränkte und volle Fahrtauglichkeit verlangt. Hierbei kommt hinzu, daß der Alkoholisierte (etwa mit erlaubten 0,5 Promille) seine objektiv vorhandenen Leistungsfähigkeit eher überschätzt, während ein Patient nach zahnärztlicher Behandlung seine Fahrtauglichkeit subjektiv eher als vermindert einstuft, auch wenn sie objektiv nicht eingeschränkt ist (3, 10). Somit ist der zahnärztliche Patient in der Regel durchaus in der Lage, seine Fahrtauglichkeit kritisch zu beurteilen und auch nach dieser Einsicht zu handeln (10).

Eine generelle Aufklärungspflicht hinsichtlich einer möglichen Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit bei einer zahnärztlichen Behandlung – wie sie teilweise gefordert wird – besteht somit wohl nicht, soweit es sich um gesunde und jüngere Patienten handelt. Eine Aufklärungspflicht besteht jedoch sicher in den Fällen, in denen erkennbar ist, daß die vorgesehene Behandlungsmaßnahme bei dem betreffenden Patienten aufgrund der individuellen Situation des Patienten (z. B. Allgemeinerkrankungen, Medikamenteneinnahme, Angst etc.) zu einer deutlichen Leistungseinschränkung führen kann. In diesen Fällen – insbesondere betrifft dies ältere und multimorbide Patienten – ist dann jedoch daran zu denken, daß ein in seiner psychophysischen Leistungsfähigkeit deutlich eingeschränkter Patient im Straßenverkehr nicht nur als Kraftfahrer, sondern z. B. auch als Fußgänger eine Gefährdung für sich oder andere darstellen kann. Der Zahnarzt muß den Patienten dann nicht nur über eine möglicherweise verminderte Fahrtauglichkeit aufklären, sondern auch ausdrücklich darauf hinweisen, daß er sich von einer weiteren Person begleiten läßt.

Die Notwendigkeit des Erkennens von Risikofaktoren, die die Fahrtauglichkeit vermindern können, unterstreicht die Bedeutung der Anamneseerhe-

bung vor einer zahnärztlichen Behandlung.

Literatur

1. Forster, B., Ropohl, D.: *Rechtsmedizin*. 3. Aufl., Enke Verlag Stuttgart 19..
2. Gereb, G., Papp, P., Toth, K.: *Über einige psychologische Fragen im Zusammenhang mit operativen Eingriffen in der Mundhöhle*. Dtsch Zahnärztl Z 27, 68 (1972)
3. Lutz, F. U.: *Der Einfluß von Drogen und Medikamenten auf die Verkehrstauglichkeit*. Notabene Medici 5, 378 (1983)
4. Massing, H. C., Schöneberger, A.: *Untersuchungen über die Straßenverkehrstauglichkeit nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen unter Lokalanästhesie*. Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd 44, 105 (1965)
5. Niederdellmann, H., Boretzky, H., Frenkel, G., Rupp, W., Wegner, G.: *Untersuchungen zur Pharmakodynamik und Verträglichkeit des Lokalanästhetikums Carticain*. Dtsch Zahnärztl Z 31, 316 (1976)
6. Peterson, F.: *Grundlagen der Beurteilung der Fahrtüchtigkeit und Entzug der Fahrerlaubnis aus ärztlicher Sicht*. in: Wagner, K., Wagner, H. J.: *Handbuch für Verkehrsmedizin*. Springer Verlag, Heidelberg 1968
7. Rahn, R., Lutz, F. U., Becker, T.: *Untersuchung zur Fahrtauglichkeit im Zusammenhang mit zahnärztlichen Eingriffen*. Zahnärztl Welt 100, 94 (1991)
8. Rahn, R., Lutz, F. U.: *Fahrtauglichkeit nach zahnärztlicher Anästhesie und zahnärztlichen Eingriffen*. Der Hessische Zahnarzt 9, 520 (1992)
9. Sachs, H. W.: *Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Eingriffen*. Dtsch Zahnärztl Z 35, 179 (1980)
10. Schüle, H.: *Klinisch-experimentelle Untersuchungen über die Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Eingriffen*. Dtsch Zahnärztl Z 35, 183 (1980)
11. Tetsch, P., Machtens, E., Voss, M.: *Reaktionszeitmessungen bei operativen Eingriffen in örtlicher Schmerzassuchaltung*. Schweiz Monatsschr Zahnheilkd 82, 299 (1972)
12. Voss, M.: *Reaktionszeitmessungen bei zahnärztlichen chirurgischen Eingriffen in Lokalanästhesie*. Med Diss Münster 1973
13. Wagner, K., Wagner, H. J.: *Neue Anästheika der zahnärztlichen Chirurgie und Verkehrssicherheit aus gerichtsmedizinischer Sicht*. Dtsch Zahnärztl Z 17, 267 (1962)
14. Will, G.: *Untersuchungen über die Verkehrstüchtigkeit nach Lokalanästhesie mit Ultracain D-S forte bei zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen*. Med Diss Münster 1978
15. Wörner, H., Frank, S., Stumpf, H.: *Lokalanästhesie und Verkehrstüchtigkeit*. Dtsch Zahnärztl Z 35, 377 (1980)

Anschrift des Autors:

PD Dr. Dr. R. Rahn
 Klinikum der Universität
 Zentrum für Zahn-, Mund- und
 Kieferheilkunde
 Theodor-Stern-Kai 7
 60590 Frankfurt/Main

Glosse

Nicht auf Radhaspe liegen!

Wir wissen, daß das Delikt an ganzen Welt überall gemacht wird. Wenn wir Glück haben – mit unseren Eigentum – nicht berühren. Wir können bereit vergessen, was können wir machen, daß wir diese Rechtskränkung präventieren.

Ganz wie in der westlichen Demokratie, so natürlich in Ungarn auch machen unsere Polizei alle – gemäß polizeimittel – daß Ihre Sicherheit dienen wird.

Aber Ihre Erholung kann nur wolkenlos und ganz werden, wenn Sie diese folgenden Ratschläge – in der Interesse für Ihre selbste Sicherheit – folgen.

Wenn Sie mit Pkw in Ungarn ankommen, dann Sie Ihre Pkw, in der Hauptstadt in einem wohlbehüteten Parkplatz in Sicherheit bringen.

Sie lassen nicht im Fahrgastraum von Pkw in sichtbaren Ort im großen Werten Gegenständen, z. B.: technischen Mittel oder eventuelle Urkunde.

Die so viele in westliche Hauptstädte – bei uns auch in Budapest – wurde das Gebrauch Parkautomat eingeführt. Gegen das Parkgebühr

kann man wartgen. Bitte, Warten Sie in diesen Ort regelmäßig und mit Lösung für Parkschein, wenn Sie ein Parkschein kaufen nicht, es ist möglich, auf Ihre Pkw Radhaspe zu liegen oder den Pkw zu transportieren.

Wenn Sie mit Massenverkehrsmittel fahren, sie seien vorsichtig, daß Ihre Urkunde und Werte „auf einem geschützten Ort“ seien.

Bitte, Schließen Sie ihre Tasche ein, so Sie können die Absicht von Taschendiebtal bemerken. Schützen Sie ähnlich im Kleidung befindetes Geld und Urkunde. Im öffentlichen Ort schützen sie auch Ihre Werten. Ihren Gepäck lassen Sie nicht im Bahnhöfe unbewacht.

Im Budapest – zu ähnlich die großen Städte – im Fremdenverkehrsort sind die Preise von Gaststätten – und Unterhaltungsort höher, als Durchschnitt bzw. und andere Preis verwenden in diesen Ort bei der Nacht oder bei Tag. Vor Konsumierung sehen Sie bitte die Preiskarte.

Wenn Sie Geld wechseln, wechseln Sie nicht bei der Privatperson. Heute schon rund um die Uhr kann man an der amtliche Geldwechselsort oder Geldwechselsautomat kaufen.

Wenn Sie – gegen die Tätigkeit für Polizeipräsidium oder gegen Ihre Wachsamkeit – der Opfer von Delikt werden, unbedingt suchen Sie die nächstliegende Polizeibehörde auf!

Ohne Protokollaufnahme wird später bei der Rekonstruktion von Ereignis und Beweisung für Ereignis unmöglich.

Wenn Sie ratlos seien, Bitte suchen Sie ihre Hotel bzw. Reception Hotel für Rat oder für Hilfe auf.

Im Beschwerdebüro für Polizeipräsidium von Budapest helfen wir mit mehrsprachige Dolmetscher(in) die Einrichtung für Ihre Angelegenheit. Ihre nötigen Angaben und diese Ereignis können Sie selbst im mehrsprachigen Formular ausfüllen. Im diesen Formular schreiben Sie bitte, – oder im Protokoll schreiben lassen – den Name und die Adresse von Ihre Versicherungsgesellschaft.

Originaltext eines Falblattes, das vom Budapester Polizeipräsidium an Touristen verteilt wird

(Aus: Süddeutsche Zeitung, 31. Januar/1. Februar 1998)

Zentraler Punkt: Intensivierung der Basisarbeit

Freier Verband in Thüringen legte zukünftige Arbeit fest

Am 24. und 25. April 1998 fand die diesjährige Landesversammlung des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte, Landesverband Thüringen, im Hotel „Sächsischer Hof“ in Meiningen statt.

Der erste Tag stand ganz im Zeichen praxisorientierter Fortbildung. Mit Herrn Prof. Freesmeyer aus Berlin konnte ein ausgewiesener Experte auf dem Gebiet der funktionsorientierten Zahnheilkunde als Referent gewonnen werden.

Den Abend nutzten die Freiverbändler für einen Besuch des Meininger Theaters und zum Gedankenaustausch in ungezwungener Kollegenrunde im Hessensaal des Schlosses Elisabethenburg.

Die Landesversammlung am 25. April wurde mit dem Bericht des Vorstandes durch die Vorsitzende Dr. Martina Radam eröffnet.

Die Arbeit des FVDZ in Thüringen zeigte sich im abgelaufenen Jahr vor allem in den zahnärztlichen Körperschaften. Im Mittelpunkt der Tätigkeit stand die Umsetzung des 2. NOG auf Landesebene und die damit verbunde-

ne Sacharbeit. Als Beispiel für die führende Rolle Thüringens im Bundesmaßstab nannte Frau Dr. Radam die konsequente Umsetzung der Kostenersatzung im Bereich der Kieferorthopädie und des Zahnersatzes.

In den Sachleistungsbereichen konnten bei Primär- und Ersatzkassen budgetfreie Verträge erzielt werden. Dies ist bundesweit einmalig.

Als zentralen Punkt zukünftiger Arbeit des FVDZ in Thüringen wird die Intensivierung der Basisarbeit angesehen. Mit der Durchführung von Seminaren, wie z. B. zum Thema „Eigenlabor in der Zahnarztpraxis“, soll der Kontakt zu vielen Kollegen hergestellt werden. Der FV braucht auch in Thüringen mehr engagierte Freiverbändler, die die Arbeit des Vorstandes unterstützen und mitgestalten.

Im Anschluß an den Bericht des Landesvorstandes fand eine rege Diskussion statt. Dabei spielte die Darstellung des zahnärztlichen Berufsstandes in der Öffentlichkeit durch die Medien nach dem Inkrafttreten des 2. NOG eine große Rolle. Weitere Themen waren die Möglichkeit der Verwirkli-

chung eines gemeinsamen Zahnärzتهاuses und die Erarbeitung freiberuflicher Konzepte für die Zukunft.

Folgende Beschlüsse wurden gefaßt:

1. Die Gesundheitspolitik der Regierungskoalition im Sinne struktureller Veränderungen im Gesundheitswesen wird ausdrücklich unterstützt. Die Stärkung der Arzt-Patient-Beziehung ermöglicht eine richtungweisende ordnungspolitische Neuorientierung und führt zur Erhöhung der Kostentransparenz und zu mehr Eigenverantwortung. Dies gewährleistet auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige zahnmedizinische Versorgung. Die Kostenersatzung sollte jedoch nicht nur den Bereich Zahnersatz und die Kieferorthopädie betreffen, sondern in sämtlichen Bereichen der modernen Zahnheilkunde Anwendung finden.
2. Die Landesversammlung des FVDZ Thüringen fordert die Zahnärzte in Thüringen auf, nach der Rechtsauffassung der KZBV und der BZÄK zu liquidieren. Privatzahnärztliche Leistungen unterliegen keiner Ho-



Im Anschluß an den Bericht des Landesvorstandes fand eine rege Diskussion statt.

norarbindung und werden nach Kriterien der GOZ berechnet.

3. Die Landesversammlung des Freien Verbandes fordert den Bundesvorstand des FVDZ auf, sich mit allen Mitteln und Möglichkeiten für eine Abschaffung des Honorarabschlages Ost in der GOZ einzusetzen.
4. Die Landesversammlung des FVDZ verurteilt auf das schärfste Versuche, die berufsständischen Versorgungswerke aufzulösen (Wahlprogramme von SPD und Grünen).

Nach der Entlastung des alten Vorstandes fand die Wahl des neuen Vorstandes mit folgendem Ergebnis statt:

Landesvorsitzende:

Dr. Martina Radam, Erfurt

Stellvertretender Landesvorsitzender:

Dr. Gunder Merkel, Schmalkalden

Beisitzer:

Dr. Olaf Wunsch, Kahla
Dr. Andreas Wagner, Erfurt
Thorsten Radam, Meiningen
Johannes Wolf, Eisenberg
Gottfried Wolf, Suhl

Die Landesversammlung beendete ihre Arbeit am Nachmittag mit dem Hinweis auf die nächste Landesversammlung 1999 in Ostthüringen.

Dr. G. Merkel, Schmalkalden

**Berichtigung zum Artikel „Hinweise zur
Abschlußprüfung Sommer 1998“, Heft 4/1998:**

Unter Punkt V muß es richtig heißen:

**... das Ausbildungsverhältnis endet am
10.07.1998 und nicht, wie im
Ausbildungsvertrag vereinbart, am 29.08.1998.**

EU-Urteil führt zu mehr Liberalität in der Gesundheitsversorgung

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und Bundeszahnärztekammer werten das Urteil zur Erstattung von Gesundheitsleistungen zwischen den EU-Mitgliedsstaaten als einen wichtigen Beitrag für mehr Liberalität in den nationalen Gesundheitssystemen.

Die Entscheidung des Gerichtes, daß ein Patient sich auch im europäischen Ausland behandeln lassen könne und er die Behandlungskosten nach den Kassensätzen seines Heimatlandes erstattet bekomme, stärkt zweifellos die Eigenverantwortlichkeit des Patienten.

Dies wird von Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung und Bundeszahnärztekammer begrüßt. Die deutschen Vertragszahnärzte bräuchten überdies den Wettbewerb, der sich in erster Linie in grenznahen bereichen entwickeln werde, nicht zu fürchten. Der ho-

he Standard der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland spreche da für sich.

Die Zahnärzteschaft geht davon aus, daß die Abrechnung von Auslandsbehandlungskosten nur über den Weg der Kostenerstattung gehen könne. Dies sei in den meisten EU-Staaten schon längst Wirklichkeit. Hier habe die deutsche Zahnärzteschaft vorgedacht und in Deutschland mit ihrem Reformkonzept „Vertrags- und Wahlleistungen“ wichtige Vorarbeiten geleistet. Denn auch in Deutschland werde die Zahnersatzbehandlung seit Januar dieses Jahres über die Kostenerstattung abgerechnet.

KZBV und BZÄK sind davon überzeugt, daß die Grundelemente ihres Reformkonzeptes Basis und Vorbild auch für andere nationale Gesund-

heitssysteme sein könnten. Denn Grundlage des Reformkonzeptes ist die Stärkung der Rechtsposition des Patienten im Leistungsgeschehen, das in zunehmendem Maß von bürokratischen und dirigistischen Zwängen entbunden werden müsse. Die BZÄK weist darauf hin, daß die europäischen Zahnärzteorganisationen der EU im vergangenen Jahr eine gemeinsame Erklärung verabschieden hätten, in der sie sich für Kostenerstattung und Einführung von Festzuschüssen im Rahmen einer Grundversorgung ausgesprochen hätten. Das Luxemburger Urteil bestätige das Kernanliegen der Empfehlung der europäischen Zahnärzteorganisationen.

Presseinfo BZÄK, KZBV

„Statt Ode an die Freude Pfeifkonzert der Mediziner in Leipzigs Gewandhaus“

Leipzig. Es war nicht die Ode an die Freude, die am Sonnabendvormittag im Leipziger Gewandhaus erklang. Vielmehr machten die aus allen neuen Bundesländern zum Ostdeutschen Kassenärztetag angereisten über 2000 Mediziner ihrem Ärger mit Pfeifkonzerten Luft. „Für hundertprozentige Arbeit werden unsere Leistungen im Vergleich zum Westen nur zu 70 bis 80 % vergütet“, erklärte die Leipziger Ärztin Felicitas Taubert. „Wir sehen auch die Betreuung der Patienten in Gefahr.“

Die Gesundheitsreform hat den 20.000 ambulanten Ärzten im Osten zugesetzt. Sie arbeiten hart, fürchten um den Fortbestand ihrer Praxen, wehren sich gegen Billigmedizin für Patienten. Für 100 % Medizin 100 % Bezahlung und eine gerechte Aufteilung der Mittel durch die Krankenkassen forderten denn auch die Mediziner in emotionsgeladener Atmosphäre auf dem Kongreß. Nach wie vor liege der durchschnittliche prozentuale Anteil der Ausgaben der Krankenkassen für die ambulante Versorgung im Osten drei bis vier Prozent unter dem im Westen. ...

... Wurde Sachsens Gesundheitsminister Hans Geisler mit Pfiffen bedacht, gab es dagegen stehenden Beifall für Wolfgang Eckert, KV-Chef von Mecklenburg-Vorpommern. Man sei an dieser traditionsreichen Stätte zusammengekommen, um „etwas zu wenden, besser abzuwenden: Das Abrutschen der ostdeutschen Bevölkerung in eine Zwei-Klassen-Medizin, eine Billigmedizin, die wir alle jahrzehntelang praktizieren mußten und deren Ende mit der Wende besiegelt schien. ...

... Kein Grund zur Ode an die Freude auch zum Schluß des Ärztetages. Die politischen Antworten überzeugten nicht, wie Klaus Penndorf, Vorsitzender der KV Sachsen-Anhalt feststellte. Nachlassen werden die Ärzte nicht. „Wir haben endlich angefangen, uns in die Politik einzumischen“, so der Thüringer KV-Chef Wolf-Rüdiger Rudat, „es geht um unsere Patienten!“

Aus: Leipziger Volkszeitung, 20.4.1998

„Die Gräben sind immer noch tief“

So erschien im Deutschen Ärzteblatt im Heft 13/1998 (27.03.1998) eine Reportage zur nicht gerade rosigen Situation der ostdeutschen Kassenärzte. Der ostdeutsche Kassenärztetag vom 18. April 1998 in Leipzig bestätigte dies und war eine demonstrativ ostdeutsche Zusammenkunft.

Die Kassenärzte in den neuen Bundesländern fühlen sich nicht mehr von der gesamtdeutschen Bundesärztekammer vertreten. Diesen Eindruck konnte wohl auch deren erster Vorsitzender, Dr. med. Winfried Schorre, mit seinem beschwörenden Statement nicht mehr verwischen. Daß die Situation der kassenärztlichen Kolleginnen und Kollegen in den neuen Bundesländern nicht gerade rosig aussieht, ist wohl (hoffentlich) jedem bekannt. Schorre verlagerte die Schuld m. E. auch auf die Zahnärzte und führte folgendes an: „Diese Erkenntnis und auch das Zugeständnis des Bundesgesundheitsministers, die Vergütung der Ärzte in den neuen Ländern sei unzureichend, stehen im krassen Gegensatz zu den Verhältnissen in der stationären und der **zahnärztlichen Versorgung, bei denen in der Realität das Postulat der Beitragsstabilität nicht gilt.** Dies ist eine nicht begründbare Ungleichbehandlung, die ein Ende haben muß“.

Die Reportage stellte am Anfang sehr differenziert die geschichtlichen Hintergründe für die Gründung der Polikliniken und ihre Systematik vor. Dies ist wichtig für das Verständnis in den alten Bundesländern und bei den jüngeren Generationen.

Auszug:

Zu einem vergleichsweise schlechten Gehalt (1200 bis 1400 Mark, was einem Facharbeitereinkommen entspricht) kamen ein schlechtes Sozial-

prestige, das die Ärzte mit den anderen Akademikern im Arbeiter- und Bauern-Staat teilten, sowie schlechte Arbeitsbedingungen. (Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 13, 1998)

Befragt wurden: Prof. Dr. Walter Brandstetter, Präsident der Ärztekammer Sachsen-Anhalt, der Vizepräsident der Bundesärztekammer (BÄK) und gleichzeitig Präsident der Ärztekammer Thüringen, Prof. Dr. Eggert Beletes, Dr. Michael Burgkhardt, niedergelassener Arzt in Leipzig (Anm.: Wir waren zusammen in einem Semester und Burgkhardt mußte wegen „politischer Unbotmäßigkeit“ in der DDR das Studium ein Jahr aussetzen; nach der Wende wurde er über die Grenzen Leipzigs hinaus bekannt durch sein Engagement beim beispielhaften Aufbau des neuen Notfallmedizinischen und Rettungssystems) und Dipl. Med. Ingo Menzel aus Eisenach.

Kritisiert wird, daß das westdeutsche System ohne Wenn und Aber in den neuen Bundesländern übergestülpt wurde aus Angst, daß die Polikliniken „rüberschwappen“ könnten (Brandstetter), und Menzel äußerte: „Von einem System fiel man ins andere“. Nach der Umwandlung der medizinischen Versorgung von Polikliniken in die Niederlassungspraxen haben die „Ost“-Ärzte mittlerweile das Gefühl, daß ihre Sorgen und Nöte im Westen nicht ernst genommen werden. Die Frage der Honorierung droht, die Ärzteschaft erneut in Ost und West zu spalten.– Anm.: Analogien für unseren Berufsstand sind in dieser Frage auch nicht aus der Luft gegriffen, wie in den Kollegengesprächen nicht mehr nur unterschwellig zu hören ist.

Die Befragten kritisierten das überzogene Marketing des ärztlichen Handelns.

Auszug:

Beletes äußerte Verständnis für einen Alleingang der ostdeutschen

Ärzte. „Wenn wir ein einheitliches Wirtschaftssystem haben, ist es nicht richtig, daß einzelne Berufsgruppen im Osten weniger verdienen.“ Durch einen eigenen Kassenärztertag, der für Mitte April in Leipzig geplant ist, hätten die Ärzte in den neuen Bundesländern durchaus die Möglichkeit, mehr Druck auszuüben. Diese Auffassung wurde von Burgkhardt geteilt. Da die „Ost-Ärzte“ berufspolitisch nicht genügend repräsentiert seien, sollten sie die Inhalte einer künftigen Gesundheitspolitik selbst gestalten. Seiner Ansicht nach klappt die Schere immer weiter auseinander. Und unter dieser auseinanderklaffenden Schere versteht der Leipziger Arzt keineswegs nur die Schere Ost-West, sondern auch die Schere ambulant-stationär.

Trotz all diese Unzufriedenheit ist man sich dennoch einig: Es geht den Ärzten besser als vor der Wende und, so Brandstädter: „Die Umgestaltung der ambulanten Versorgung ist gelungen.“ Diese Einschätzung wird im letzten Jahresbericht der Bundesregierung zum Stand der Deutschen Einheit, der Ende 1997 veröffentlicht wurde, bestätigt. „Die ärztliche und zahnärztliche ambulante Versorgung ist heute flächendeckend gewährleistet“, heißt es in dem Bericht. Zwar sei die Niederlassungsdichte noch nicht überall gleich, jedoch seien weder regionale noch gravierende fachliche Engpässe bekannt. Rund 90 % der medizinischen Versorgung werden von niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten sichergestellt. (Aus: Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 13/1998)

„Die meisten klagen und tun nichts“ äußerte Burgkhardt. Viele Ärzte verharren in Lethargie und Passivität. Durch die unterschiedlichen Bewertungen der verschiedenen Fachgebiete herrscht Honorarstreit und –neid, der eine Einigkeit verhindert. Ein befreundeter Thüringer Arzt sagte mir: „Mit diesen Honoraren können wir nicht investieren und erreichen so mit unseren Praxen bald wieder Poliklinikeniveau“.

Auszug:

Die Redaktion des Deutschen Ärzteblattes wird sich in nächster Zeit weiterhin mit diesen Themen der Ost-West-Angleichung auseinandersetzen.

G. Wolf

Neues aus Ungarn

Anlässlich der Fortbildungstagung in Badgastein wurde der Verdacht, daß die vorgeblich billige Zahnbehandlung in den Reformstaaten in Wahrheit den österreichischen Versicherten sehr teuer kommt, neuerlich erhärtet.

Univ.-Prof. Arnetzl von der Grazer Universitätszahnklinik hat 130 Personen, die ihr Gebiß in sog. „Zahnreparaturzentren“ in Ungarn, Slowenien oder der Slowakei behandeln ließen, untersucht.

84 % aller Patienten wiesen schwere Behandlungsfehler auf, bei ihnen ist eine Nachbehandlung unbedingt notwendig.

Prof. Arnetzl dazu: „Wir haben erschreckenderweise feststellen müssen, daß in über 84 % der Fälle ein akuter Nachbehandlungsbedarf gegeben war. Einerseits in der Form, daß chronische, entzündliche Erkrankungen des

Zahnhalteapparates vorgelegen sind, aber daß auf der anderen Seite die Anfertigung der Restaurationen in mehreren Punkten nicht entsprochen hat. Sei es von der Bißsituation, sei es von der Ästhetik, sei es aber auch von der Sorgsamkeit der Verarbeitung und der verwendeten Materialien.“

Da diese Fehlbehandlungen, die nicht zuletzt durch die knappe aufgewendete Zeit und die fehlende Vor- und Nachsorge ihre Ursache haben, in aller in Österreich saniert werden müssen, entstehen vermeidbare Unkosten in Milliardenhöhe.

Daß die Warnungen der BUFAZ vor der Billig-Zahnbehandlung allmählich ihre Früchte tragen, wissen wir aus zahlreichen Informationsveranstaltungen. Eine repräsentative Umfrage ergab: 40 % der Bevölkerung verknüpfen mit der Zahnbehandlung in Ungarn

den Begriff „billiger“, aber 50 % assoziieren damit „schlechte Behandlung“. In der Österreichischen Zahnärzteszeitung und in anderen zahnärztlichen Publikationen werden laufend einschlägige Fallstudien dokumentiert und der Presse zur Verfügung gestellt. Ich darf Sie, sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege, ersuchen, sich an dieser für den Berufsstand so wichtigen Aufklärungsarbeit zu beteiligen.

Die Ergebnisse der Grazer Studie sollten für uns alle ein Ansporn sein, der Billig-Konkurrenz aus dem Ausland entschieden entgegenzutreten.

Vizepräsident DDR. Westermayer
(Aus: ÖZZ, 1/1998)

1. Mountain-Bike Cup der Thüringer Zahnärzte

Wer die Natur liebt, Ruhe und Einsamkeit schätzt, den zieht es immer wieder in die Berge. Die Berge können hoch wie die Alpen sein, aber auch die Mittelgebirge bieten viele reizvolle Landschaften. Man findet immer wieder Ecken, um den Tourismusströmen entfliehen zu können.

Eine Wanderung ist ein Erlebnis. Wer einmal mitgemacht hat, den läßt es häufig nicht mehr los.

Heutzutage gibt es mit dem Mountain-Bike ein Hilfsmittel, das es erlaubt, seinen Aktionsradius weiter auszudehnen. Für jeden, der zum ersten Mal auf einem solchen Rad sitzt, ist es verblüffend, welche Anstiege auf dem Fahrrad zu bewältigen sind. Die genußvolle Fahrt durch ein stilles Tal, die Begeisterung, einen schweren Anstieg geschafft zu haben, der „Kick“ einer rasanten Abfahrt, dies alles gehört zum Mountain-Biking. Es ist ein wunderschöner erlebnisreicher Sport.

Viele, die damit begonnen haben, dachten nie daran, sich auch einmal im Wettkampf auszuprobieren. Aber ähnlich wie beim Joggen findet man



schneller zum Wettkampf, als man denkt. Bereits zum 6. Male wird in diesem Jahr das Erfurter Mountain-Bike Rennen durchgeführt. Ursprünglich vom Postsportverein, Abteilung Ski, ins Leben gerufen, wird es nunmehr professionell von der Firma Rad-Art

und dem Postsportverein, Abteilung Radsport betreut und ausgerichtet. Mit von der Partie ist auch das Sport- und Reha-Zentrum am Urbicher Kreuz. Mountain-Bike-begeisterte Zahnärzte sprachen mit den Veranstaltern. Das Ergebnis ist der Aufruf zum 1. Mountain-Bike Cup der Thüringer Zahnärzte am 21. Juni 1998 im Schöntal bei Erfurt.

Gestartet werden die Cup-Rennen im Rahmen des 6. Erfurter Mountain-Bike Rennens. Zahnärztinnen und Zahnärzte werden getrennt gewertet.

Interessenten an einer Teilnahme melden sich bitte bei Dr. Olaf Brodersen, Tel.: 0361/7432-115. Hier erhalten Sie nähere Auskünfte und auch die Ausschreibungsmodalitäten.

Wir würden uns freuen, wenn viele Thüringer Zahnärztinnen und Zahnärzte teilnehmen würden. Aber auch ein Besuch der Veranstaltung ist lohnenswert. Schauen Sie doch einmal vorbei.

Kleinanzeigen

Zahnarzhelferin

27 J., in ungekündigter Stellung, freundlich, engagiert, **sucht** in Thüringen **neue Tätigkeit** in ZA-Praxis. Zuschriften an TYPE-DTP, Müllerstr. 9, 99510 Apolda oder an Petermann, Goldbergstraße 70, 99885 Ohrdruf, Tel. 03624/ 311332.

Gelernte **Zahnarzhelferin** (3 Jahre Ausbildung, 2 Jahre Berufserfahrung) **sucht** wegen Umzug **Stelle** in einer Zahnarztpraxis in Saalfeld/Saale oder Umgebung. Flexibel einsetzbar, Führerschein Kl. 3 vorhanden.

Alexandra Hansen, In der Naar 28, 53175 Bonn, Telefon 0228/31 30 06.

Thüringen

Existenzsichere **Zahnarztpraxis** in Kreistadt, 58.000 Ew., 25 km westlich von Erfurt, mit Zulassung, 3 BHZ, praxiseigenes Labor, EDV, bis Jahresende 1998 **abzugeben**. Zuschriften unter Chiffre **tzB 075** an TYPE-DTP, Müllerstraße 9, 99510 Apolda.

Existenzsichere **Zahnarztpraxis** im Landkreis Eichsfeld, 2 BHZ, EDV-Mehrplatzanlage, 130 qm, bis September 1998 **abzugeben**. Zuschriften unter Chiffre **tzB 077** an TYPE-DTP, Müllerstraße 9, 99510 Apolda.

Ferienwohnung auf Rügen

Vermieten exklusive Ferienwohnung (70 qm) für 2 bis 5 Personen im Ostseebad Baabe/Rügen. Dres. Beate & Michael Gurle, Zahnärzte. Anfragen und Info: Tel. und Fax 03 83 03/8 66 14, ab 19 Uhr.

Zahnärztliche Themen in Thüringer Medien

In Verbindung mit dem 2. NOG gewinnt die Information der Öffentlichkeit immer mehr an Bedeutung

Mehr Eigenverantwortung, Stärkung der Beziehung Zahnarzt – Patient, mehr Entscheidungs- und Wahlfreiheit des Patienten bei der Therapie: Begriffe, die seit Inkrafttreten des 2. NOG entscheidend an Bedeutung gewonnen haben.

Dies alles setzt aber eine stärkere Information des Patienten und der Öffentlichkeit voraus. Auf der anderen Seite haben gerade manche Krankenkassen seit dem 1. Januar immer wieder versucht, durch gezielte Falschinformationen die Patienten in Thüringen zu verunsichern. Auch hier kommt es also darauf an, auf diese Darstellungen nicht nur zu reagieren, sondern seitens der Zahnärzteschaft die Öffentlichkeit rechtzeitig aufzuklä-

ren, bevor das Feld den Krankenkassen überlassen wird.

Die gemeinsame Pressestelle der LZKTh und der KZVTh hat in den vergangenen Monaten mit Hilfe von Leser-Telefonaktionen, Radiosendungen und Fernsehaufzeichnungen zur Information der Öffentlichkeit beigetragen. Dabei hat sich gezeigt, daß die angeblich „negative Grundeinstellung“ vieler Journalisten gegenüber der Zahnärzteschaft in vielen Fällen gar nicht existiert beziehungsweise auf unzureichenden Informationen beruht.

Die Pressekonferenz der Thüringer Zahnärzte zum Inkrafttreten des 2. NOG stieß bei den Journalisten auf sehr großes Interesse, und die Berichterstattung darüber war sehr sachlich

und ausgewogen. Alle großen Zeitungen Thüringens haben außerdem das Angebot, Gesprächspartner für Leser-Telefonaktionen zu vermitteln, gerne aufgegriffen. Dadurch ist es gelungen, flächendeckend einen großen Leserkreis zu erreichen und zur Aufklärung der Patienten einen wichtigen Beitrag zu leisten.

Eine Auswahl über die Berichterstattung der Thüringer Tageszeitungen seit dem Inkrafttreten des 2. NOG geben die Artikel auf diesen Seiten, die wir exemplarisch zusammengestellt haben.

red.

Stadt-Anzeiger Erfurt • Fax 03 61 / 6 43 88 80

28.03.98

Seite 5

Großes Interesse am Lesertelefon

Am Mittwoch hatten unsere Leser Gelegenheit, telefonisch Fragen an Gottfried Wolf von der Zahnärztekammer Thüringen und Thorsten Radam, den stellvertretenden Vorsitzenden der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringens zu den neuen Regelungen bei Zahnersatz zu stellen. Dieses Angebot wurde so rege angenommen, daß wir uns entschlossen haben, in etwa vier Wochen mit den gleichen Gesprächspartnern wieder das Lesertelefon zu zahnärztlichen Fragen zu schalten.

Südthüringer Zeitung 15.01.98

Thüringer Zahnärzte: Der normale Zahnersatz wird kaum teurer

Ärztevereinigung: Kassen tragen die Hälfte der Kosten bei vertraglichen Leistungen

Ostthüringer Zeitung 05.02.98

Bei Zahnersatz einheitliche Festzuschüsse

Beim OTZ-Telefonforum beantworteten Experten gestern Fragen zu den neuen gesetzlichen Regelungen

Freies Wort 28.01.98

Bei einigen Leistungen kommt der Patient günstiger weg

Durch Neuregelungen beim Zahnersatz ist Patienten-Entscheidung stärker gefordert

Ostthüringer Zeitung 04.02.98

Zahnärzte gegen Bezahlung von Behandlung im Ausland

Kassen tragen Kosten meist nur in Notfällen

Stadt-Anzeiger Erfurt 14.03.98



10 000 DM für Lowetsch
Kassenzahnärztliche Vereinigung beteiligt sich an Spendenaktion

Ostthüringer Zeitung 15.01.98

Zahnärzte begrüßen neue Regelung zum Zahnersatz

Festzuschüsse für Zahnprothesen – wird die Behandlung teurer?

Freies Wort 15.01.98

Zahnärzte: Kein Problem mit Neuregelung

Zuzahlung für Standard-Zahnersatz unverändert

Thüringische Landeszeitung 29.01.98

HINTERGRUND

Patient wird Vertragspartner

Zahnärzte mit der Neuregelung zufrieden – Servicetelefone geschaltet

Beim Tragen von Ohr- und Nasenringen zu beachten: **Das Direktionsrecht des Praxisinhabers**

Das Landesarbeitsgericht Schleswig-Holstein hatte sich mit einem interessanten Fall zu befassen, der sich im Bereich des Pflegedienstes einer Klinik abspielte. Ein männlicher Pfleger trug zehn bis 15 Ringe an einem Ohr, diverse Ringe und Stecker an einer Augenbraue, Ringe an einem Nasenflügel sowie zahlreiche Fingerringe bei Ausübung seines Pflegedienstes.

Die Klinikleitung erließ eine Direktionsanordnung, in der sie das Tragen von Schmuck während der Ausübung des Pflege- und anderer Dienste wegen Gefährdung des Mitarbeiters oder der Patienten/Bewohner untersagte. Dabei wies die Klinik auf die Berufsgenossenschaft hin, insbesondere auf die Unfallverhütungsvorschriften.

Der betreffende Mitarbeiter kümmerte sich nicht um diese Anweisung, er wurde hierauf wiederholt angesprochen und erhielt eine Abmahnung, die den Mitarbeiter wiederum veranlaßte, gegen die Abmahnung vor dem Arbeitsgericht zu klagen, denn er sei durch dieses Direktionsrecht in seiner eigenen Persönlichkeit verletzt. Das Tragen des vielfachen Schmucks störe nicht im Rahmen seiner Dienstverrichtung, eine Gefährdung der Patienten läge nicht vor, es gäbe keine größere Gefährdung als z. B. beim Tragen einer Brille.

Gesundheitsschutz und Unfallverhütung

Das Arbeitsgericht Neumünster gab dem Mitarbeiter recht, er durfte seinen vielseitigen „Behang“ weiterhin tragen. Das wiederum sah die Klinik nicht ein und ging hiergegen in Berufung, die sie schließlich gewann. Das Urteil des Arbeitsgerichts wurde aufgehoben und die Abmahnung vom Landesarbeitsgericht bestätigt.

Es ist interessant, das ausführliche und klug begründete Urteil des Landesarbeitsgerichts Schleswig-Holstein zu lesen, es liegt dem Unterzeichnenden

vor. Das Landesarbeitsgericht meint, daß der Gesundheitsschutz und die Unfallverhütung eine anerkannte Grundlage bieten, die Vorrang genieße. Der Arbeitgeber habe nämlich im Rahmen seiner allgemeinen Fürsorgepflicht auf das Wohl und die berechtigten Interessen des Arbeitnehmers, auch soweit er Rechte ausübt, Bedacht zu nehmen.

Gegen Pflicht aus dem Arbeitsverhältnis verstoßen

Der Arbeitgeber muß daher unter Umständen auch besondere Maßnahmen treffen, die die Entstehung eines Schadens und damit eine Beeinträchtigung des Fortkommens seines Arbeitnehmers verhindern können. Er hat demnach das allgemeine Persönlichkeitsrecht in Bezug auf Ansehen, soziale Geltung und berufliches Fortkommen zu überwachen. Daher kann der Arbeitnehmer bei einem objektiv rechtswidrigen Eingriff in das Persönlichkeitsrecht deren Widerruf und die Beseitigung der Abmahnung aus der Personalakte verlangen. Voraussetzung ist aber, daß die Abmahnung nach Form oder Inhalt geeignet ist, den Mitarbeiter in seiner Rechtsstellung zu beeinträchtigen.

Die dem Gericht vorliegende Abmahnung ist eine solche im kündigungrechtlichen Sinn. Diese ist dann gegeben, wenn der Arbeitgeber in einer für den Arbeitnehmer hinreichend deutlichen Weise Leistungsmängel oder Verhaltensmängel beanstandet und damit den Hinweis verbindet, daß im Wiederholungsfall Inhalt oder Bestand des Arbeitsverhältnisses gefährdet seien. Der mit der Klage geltend gemachte Anspruch des Mitarbeiters auf Entfernung der Abmahnung ist jedoch im vorliegenden Falle nicht begründet.

Der Mitarbeiter hat nämlich die Anweisung, sich des Tragens von Schmuck bei Ausübung des Pflegedienstes zu enthalten, nicht befolgt.

Damit hat er gegen eine Pflicht aus dem Arbeitsverhältnis verstoßen. Das Gericht verweist auf die Unfallverhütungsvorschriften, die zwingendes Recht seien mit der Folge, daß der Arbeitnehmer sie auch zwingend zu beachten habe. Verstößt ein Arbeitnehmer gegen den Arbeitsschutz, so kann nach vorheriger Abmahnung eine Kündigung des Arbeitsverhältnisses gerechtfertigt und der Arbeitnehmer zum Schadensersatz verpflichtet sein. Die Durchführung des Arbeitsschutzes durch den Arbeitnehmer sei auch in Einzelfällen durch Straf- und Bußandrohung gesichert. Das Gericht verwies auf die allgemeinen Vorschriften der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege vom 1. 4.1977 in der Fassung vom 1.10.1991, wonach es im § 35 Absatz 3 heißt: „Schmuckstücke, Armbanduhren oder ähnliche Gegenstände dürfen beim Arbeiten nicht getragen werden, wenn sie zu einer Gefährdung führen können.“

Wegen der Gefährdungsfrage komme es auf die konkreten Umstände in der Praxis an. In einer Zahnarztpraxis muß man gleichfalls von dieser Gefährdungsmöglichkeit ausgehen, zumal dann, wenn die Mitarbeiter auch Mithilfe am Stuhl leisten und nicht ausschließlich am Empfang tätig sind. Dieses Urteil zeigt, daß man sich nicht mit einem Urteil eines Arbeitsgerichts zufriedengeben sollte. Es ist häufig angezeigt, seine Meinung und Überzeugung vor dem Landesarbeitsgericht als Berufungsinstanz vorzutragen und dann, wie hier, eine günstige Entscheidung herbeizuführen, die über den Einzelfall weit hinausgeht.

*RA Walter Fibelkorn
(Aus: dens 3/1998)*

Eine winzige Facette Südamerikas

Angeregt durch einen Artikel in den *zm* über den Einsatz einer Zahnärztin in Cali/Kolumbien für das Komitee „Ärzte für die Dritte Welt“, informierte ich mich über die Einsatzbedingungen. Nach Tropentauglichkeitsuntersuchungen, Impfungen und Spanischkurs fuhr ich erwartungsvoll zum Informations- und Vorbereitungstreffen nach Frankfurt. Nachdem alle Probleme geklärt waren, konnte ich am 16. Januar 1998 meinen zahnärztlichen Einsatz beginnen. Gewappnet mit einem Koffer voller gesponserter Verbrauchsmaterialien wurde ich am Flughafen in Cali, einer 2,5 Millionen-Metropole, von einem Freund des Komitees abgeholt. Von ihm wurde ich auch in den Stadtteil „Agua Blanca“ ins El Retiro gebracht.

Seit 1984 arbeitet hier Alfredo Welker als Pfarrer. Er hat in seiner Gemeinde einen Kindergarten, eine Grundschule und ein Gymnasium errichtet. Ein medizinisches Zentrum kam dazu. In diesem sind zwei deutsche und zwei kolumbianische Ärzte sowie ein Zahnarzt tätig. Die Einsätze sind auf sechs Wochen begrenzt und die „Ablösung“ durch den Nachfolger soll sich überschneiden, damit eine Einführung in die Gepflogenheiten der Praxis erfolgen kann und Kontinuität gegeben ist. Das angelernte Hilfspersonal besteht aus Kolumbianern. Die Stadt Cali hat viele Zahnärzte, aber die Bewohner des El Retiro können sich Zahnbehandlungen nicht leisten. Die Bewohner sind die Ärmsten der Armen, haben keine Sozialversicherung und sind überwiegend arbeitslos. Hauptsächlich handelt es sich bei ihnen um Afrokolumbianer.

Die Zahnarztpraxis enthält eine alte „Ritter“-einheit, ein Ultraschall-Zahnreinigungsgeschäft, einen Heißluftsterilisator und eine gute instrumentelle Ausrüstung.

Zu Beginn meiner Arbeit war der Kompressor kaputt, und ich konnte nur extrahieren, was allerdings auch



Edeltraud Roedel (li.) in „ihrer“ Praxis in Cali

sehr oft nötig war, da ich bei den Kindern und Jugendlichen tiefzerstörte 6-Jahr-Molaren vorfand. Ende der Woche kam dann der Techniker und reparierte den Kompressor, so daß ich auch Füllungen legen konnte. Hauptsächlich handelte es sich um Frontzahnfüllungen, Eckenaufbauten und Sanierungen der 6-Jahr-Molaren bei Kindern.

Die Patienten warteten mit großer Geduld und waren sehr dankbar für eine Behandlung. Die angelernte Zahnarzt-helferin Gloria besaß gute Fachkenntnisse und half auch bei der sprachlichen Verständigung weiter, erklärte noch einmal mit verständlichen Worten den Redeschwall der Patienten. Wenn ich wegen meiner geringen Spanischkenntnisse überhaupt nicht weiter kam, bat ich Caesar, den kolumbianischen Arzt, der gut deutsch sprach, um Hilfe.

Es dauerte zwei Wochen, bis ich mich eingelebt und einigermaßen das Gefühl des groben Überblicks gewonnen hatte, aber dann konnte ich mich der Herzlichkeit, dem unglaublichen Temperament und der Begeisterungsfähigkeit der Menschen nicht mehr entziehen.

Für mich persönlich war es eine gute Erfahrung, in einem völlig anderen Kulturkreis zu arbeiten und die Fröhlichkeit und Großzügigkeit der Menschen zu erleben. Die eigenen Wertmaßstäbe werden nach solch einem Aufenthalt wieder zurechtgerückt.

Nicht zuletzt war das Zusammenleben auf relativ engem Raum unserem Team sehr gut gelungen und eine tolle Gemeinschaftserfahrung. Dazu kommt, daß Kolumbien ein unglaublich schönes Land ist, das den Aufenthalt zu einem unvergeßlichen Erlebnis macht.

Das Komitee „Ärzte für die Dritte Welt“ finanziert sich aus Spenden, Bundesmitteln für Entwicklungshilfe und Bußgeldzuweisungen. Es besteht seit 1983, und im Frühjahr 1996 ist der 1000. Arzt in eines der Projektländer des Komitees geflogen. Der Einsatz der Ärzte erfolgt unentgeltlich; die Hälfte der Flugkosten trägt der Arzt selbst.

*Dipl.-Med. Edeltraud Roedel
Bahnhofstraße 22
04610 Meuselwitz*

Anzeige

Mediziner-Sportweltfestspiele in Klagenfurth

Die Kärntner Landeshauptstadt Klagenfurt (Österreich) rüstet sich gegenwärtig für die weltgrößte Mediziner-Sportveranstaltung – die 19. Sportweltfestspiele der Medizin vom 27. Juni bis zum 4. Juli 1998, zu der über 2000 Ärzte, Apotheker, Zahnärzte, Tierärzte, Physiotherapeuten und Medizinstudenten aus mehr als 30 Nationen erwartet werden.

In 21 Sportarten starten in diesem Jahr die Damen und Herren Doctores – darunter Volleyball, Leichtathletik, Fußball, Mountainbiking, Schwimmen, Tennis, Halbmarathon und Golf. Eine Vorqualifikation ist für keine der Sportarten gefordert. Neben den sportlichen Aktivitäten wartet ein reichhaltiges touristisches Programm auf die Teilnehmer.

Die Teilnahmegebühr liegt bei rund DM 400,-, Begleitpersonen starten preiswerter.

Informationen und Anmeldungen: MPR Malkrab PR, Feldbergstraße 49, 60323 Frankfurt, Tel.: 069/17 23 71, Fax: 069/17 23 72.

12. Jahrestagung der Europäischen Gesellschaft für Zahnärztliche Ergonomie (EGZE)

16./17. Oktober 1998 in Mailand

Tagungsthema:

„Kommunikation: Voraussetzung für Patientenbehandlung, Teamarbeit und Organisation“

Tagungssprachen:

Englisch, Deutsch, Französisch, Italienisch

Information und Anmeldung:

EGZE-Tagungsleiter Prof. Dr. Oene Hokwerda, Hoofdweg 101 a, NL 9761 EC Eelde, Fax: +31-50-309 68 88

Prothetische Heil- und Kostenpläne nach GOZ und Intensivtraining der prothetischen Gebührensiffern

6-stündiges Intensivseminar anlässlich des Inkrafttretens des 2. NOG und der Festzuschüsse

Referent: Dr. Peter H. G. Esser, Würselen

„Wer die GOZ nicht kennt, kann die neugewonnene Freiheit nicht sehen“

„Wer die GOZ nicht kennt, bleibt im Bema-Denken verhaftet und eingeengt“

So lautet das Leitmotiv des von Dr. Peter H. G. Esser konzipierten speziellen GOZ-Kurses.

Die Thematik wird intensiv und erschöpfend behandelt. Anhand zahlreicher Beispiele werden Strategien zu einer rationellen Vorgehensweise gemeinsam erarbeitet, in ihrer Anwendbarkeit eingeübt und der Spielraum zur eigenverantwortlichen Interpretation ausgelotet.

Der Kurs beschränkt sich nicht auf Theorie, er vermittelt handfestes und praktisches Rüstzeug, das sich direkt im Praxisalltag umsetzen und auf andere GOZ-Bereiche übertragen läßt.

10.06.1998, 13.30 – 19.30 Uhr, Erfurt

Teilnahmegebühr:

DM 200,- für Zahnärzte

DM 200,- für Helferinnen

DM 375,- für Teams (1 ZA + 1 ZAH)

Kursunterlagen und Bewirtungspauschale sowie die gesetzl. MwSt. sind in der Gebühr enthalten.

Anmeldung und Auskünfte:

Rätzke-Meier & Ratzow GbR

- service concept -

Hingbergstraße 118c, 45470 Mülheim a. d. Ruhr

Tel.: 0208/33050 Fax: 0208/35625

Anmeldung und ausführliche Information zum Kurs sowie weitere interessante Kursangebote können auch per Fax direkt unter der Nr.: 0208/35625 abgerufen werden.

Produktinformationen

Reso-Pac®

Der erste hydrophile Zahnfleischverband und Medikamententräger, der nicht entfernt werden muß, sondern bis zu 30 Stunden klebt und sich langsam auflöst. Neu – jetzt in Tuben!!!

In Zusammenarbeit mit Dr. Udo Hohenstein wurde der erste Zahnfleischverband entwickelt, der nicht entfernt werden muß. Da Reso-Pac® hauptsächlich aus Cellulose besteht, klebt er besonders fest auf feuchtem oder sogar blutendem Milieu.

Reso-Pac® wird jetzt in Tuben angeboten, die das Dosieren des Materials noch einfacher machen. Die gewünschte Menge wird aus der Tube gedrückt, zu einer dünnen Rolle geformt und mit feuchten Fingern oder Handschuhen auf das Wundgebiet aufgedrückt. Nach ca. 3 Minuten hat Reso-Pac® eine gelartige Konsistenz erreicht und haftet so sicher, daß er nur noch mechanisch entfernt werden kann.

Trotzdem fühlt sich der Patient durch das geruch- und geschmackneutrale Gel nicht gestört oder stigmatisiert. Ohne Mastikation klebt Reso-Pac® bis zu 30 Stunden, das reicht üblicherweise aus, um eine stabile Fibrinschicht auf der Wunde zu erreichen. Da Re-



so-Pac® während der ganzen Tragedauer klebt, eignet es sich auch hervorragend als Medikamenten-, Fluorid- oder Hämostyptikum-Träger. Vollgeblutete Alveolen können mit Reso-Pac® verschlossen werden, das Koagulum kann sich so ohne Störungen stabilisieren. Zur Verbandentfernung muß der Patient nicht einbestellt werden, da sich Reso-Pac® langsam auflöst.

Zum Test kann eine Tube mit 25 g zum Sonderpreis von nur DM 28,95 inklusive Versandkosten und MwSt. bestellt werden. Diese Menge reicht für die Versorgung von vielen Patienten, da Reso-Pac® sehr sparsam verwendet werden kann.

Meyer-Haake Medizin- und Dentalhandels-GmbH, Adenauerallee 21, 61440 Oberursel, ☎ 06171/57088

Algitri – 3-Phasen-Alginat

Die Meyer-Haake GmbH, Oberursel, bietet ein 3-Phasen-Alginat an, das sich nicht nur durch präzise Abformergebnisse und besonders leichtes Handling auszeichnet, sondern auch durch einen sensationellen Preis. Durch den 3fachen Farbumschlag wird der Helferin die Verarbeitung des Materials erleichtert.

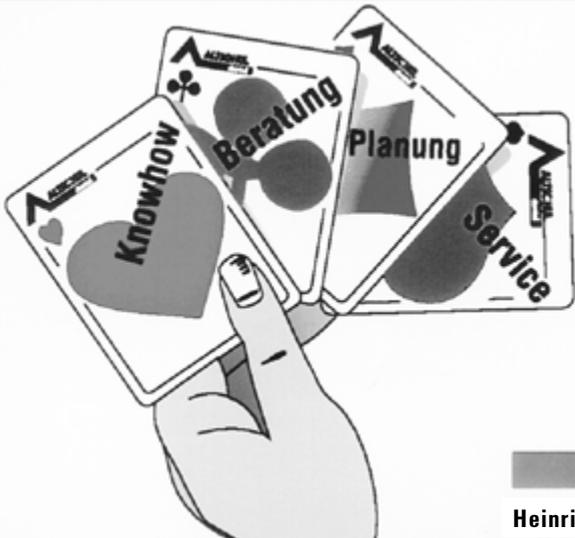
Ein besonderer Vorteil ist, daß die Dauer der Abbindephase im Mund individuell bestimmt werden kann.

Leichte Gelbfärbung – Abbindedauer 15 Sekunden

Starke Gelbfärbung – Abbindedauer 30 Sekunden

So kommt es auch bei empfindlichen Patienten nicht zu Würgereizen. Der günstige Einführungspreis und die 2-jährige Lagerstabilität ermöglichen eine problemlose Lagerhaltung.

Meyer-Haake Medizin und Dentalhandels-GmbH, Adenauerallee 21, 61440 Oberursel, ☎ 06171/57088



Unsere Trümpfe - Ihr Vorteil !

Nutzen Sie das Angebot eines kompetenten Unternehmens.

Wir sind Ihr Gesprächspartner -
Ihr Problemlöser

Der Versuch lohnt sich -
rufen Sie uns ganz einfach
unter der Tel.-Nr.: **0361/421 04 43** an.



ALTSCHUL
dental

Heinrich-Hertz-Str. 7a, 99097 Erfurt, Tel.: **0361/421 04 43**

„Zahnärztliche Prothetik“ Bildatlas zur effektiven Patienteninformation in der Zahnarztpraxis

Hrsg.: W. Gernet, P. Pospiech und P. Rammelsberg

250 Seiten, DM 378,-, ISBN: 3-921883-32-6. Spitta Verlag, Balingen 1996.

Zugegeben, der Preis ist ziemlich hoch, wird aber m. E. durch die ausgezeichneten Fotos gerechtfertigt. Der Zahnarzt erhält hiermit eine akzeptable Hilfe für die seit dem 2. NOG noch wichtiger gewordene ausführliche Kommunikation mit Patienten in puncto prothetische Therapie. Allerdings sollte der Zahnarzt das Patientengespräch individuell gestalten und die Farbtafeln entsprechend auswählen. Nicht für jeden Patienten ist die Darstellung fotografierter therapeutischer und technischer Vorgehensweisen geeignet.

Der Bildatlas gliedert sich in 7 Teile mit Darstellung des gesunden Kauorgans, Schäden am Kausystem und prothetischer Therapie im Überblick, festsitzendem Zahnersatz, Teilprothesen, kombiniertem Zahnersatz, Totalprothesen und implantatgetragenen Zahnersatz.

Festzuschüsse Prothetik

W. Gernet, P. Pospiech, P. Rammelsberg, S. Benthous und H. Balzer

DM 179,-, ISBN: 3-932753-46-1. Spitta Verlag, Balingen 1998.

Dieser „abgespeckte Bildatlas“ zeigt im Gegenüberstellungsverfahren kurz Therapiemöglichkeiten und die entsprechenden Berechnungsbeispiele. Allerdings muß man hier einschränkend bemerken, daß die Errechnung der außervertraglichen Leistungen lediglich auf dem 2,3fachen Satz basiert und für den Patienten sehr irritierend ist. Außerdem wird, am Beispiel der metallkeramisch verblendeten Krone gesplittet: Die Krone wird als außervertragliche Leistung mit 2,3fachem Satz, das Provisorium aber mit 1,7fachem (West) bzw. 1,86fachem (Ost-)Satz berechnet.

Leider wurde der Atlas nicht fehlerfrei in den Berechnungsbeispielen ausgeliefert. Die ersten Korrekturen wurden an die Käufer ausgeliefert, die zu korrigierenden Seiten werden neu gedruckt und lt. Anschreiben des Spitta-Verlages kostenlos zugeschickt.

Gebührenordnung für Zahnärzte

72 Seiten, DM 19,80, ISBN: 3-7691-5022-8. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1998.

Die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vom 22. Oktober 1987 ist die amtliche Grundlage für die Privatliquidation des Zahnarztes. Es handelt sich hierbei um den kurzgefassten Gesetzestext mit den entsprechenden kurzen Erläuterungen der Gebührenpositionen.

Das Gebührenverzeichnis der GOZ enthält Leistungen aus folgenden Gebieten:

- A Allgemeine zahnärztliche Leistungen
- B Prophylaktische Leistungen
- C Konservierende Leistungen
- D Chirurgische Leistungen
- E Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums
- F Prothetische Leistungen
- G Kieferorthopädische Leistungen
- H Eingliederung von Aufbißbehelfen und Schienen
- J Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- K Implantologische Leistungen

Die Ausgabe enthält außerdem einen Auszug aus der GOÄ Stand 1.1.1996.

Das Leistungsverzeichnis der Ausgabe ist noch benutzerfreundlicher geworden. Es enthält nunmehr neben Punktzahl und einfachem Punktwert auch den häufig verwendeten sog. Schwellenwert und den Höchstwert.

Alternative Medizin

P. M. Hermanns, B. Roscher und W. Ascher

240 Seiten, DM 48,-, ISBN: 3-609-51410-8. Ecomed Verlagsgesellschaft, Landsberg 1998.

Diese Broschüre bietet eine hilfreiche Anleitung für die optimale Abrechnung naturheilkundlicher Methoden und anderer heilender Alternativen. In diesem Buch sind alle diesbezüglichen Abrechnungsziffern mit den entsprechenden Punktwerten sowohl für die kassenärztliche als auch für die privatärztliche Abrechnung mit erläuternden Kommentaren des Autors zusammengestellt.

Für 56 alphabetisch geordnete Verfahren von Akupunktur und Anthroposophie über Elektrotherapie und Homöopathie

bis hin zu Kinesiologie und Shiatsu finden sich die kombinierbaren GOÄ- bzw. EBM-Nummern. Die übersichtlichen Auflistungen enthalten Nummer mit Kurzlegende, Punktzahl sowie die DM-Beträge des einfachen und der 2,3- und 3,5fachen Sätze.

Niedergelassenen Vertragsärzten aller Fachrichtungen, die alternative Heilverfahren in ihrer Praxis anwenden, wird diese übersichtliche Zusammenstellung eine große Hilfe bei der Abrechnung sein. Auch für Krankenkassen stellt es ein übersichtliches Nachschlagewerk dar.

Der Bereich LNZ – Leistungsbeschreibung für Natur- und Erfahrungsheilkunde in der Zahnarztpraxis umfaßt allerdings nur 7 Seiten.

Furkationsbehandlungen

H.-P. Müller und Th. Eger

240 Seiten, 352 überwiegend farbige Abbildungen, DM 268,-, ISBN: 3-87652-916-6. Quintessenz VerlagsgmbH, Berlin 1998.

Bei diesem Buch handelt es sich sowohl um eine sehr dezidierte wissenschaftliche Abhandlung über Erkrankungen im Bereich der Furkationen als auch um ein praktisches Lehrbuch zur erfolgreichen Therapie derselben.

In den letzten drei Jahrzehnten sind in der klinischen Parodontologie in bezug auf unser Wissen über die Ätiopathogenese der marginalen Parodontitis immense Fortschritte zu verzeichnen. Trotz dieser Entwicklung bleibt die angemessene Behandlung der interradikulären Parodontitis mehrwurzeliger Zähne ein weitgehend ungelöstes Problem. Mehr denn je wird sowohl von öffentlicher Seite als auch von den maßgeblichen Klinikern aus Medizin und Zahnmedizin eine an wissenschaftlichen Erkenntnissen orientierte Behandlung gefordert.

In dieser Neuerscheinung werden zunächst die Entwicklung parodontaler Läsionen im Furkationsbereich, ihre Diagnostik und die verschiedenen Möglichkeiten der Behandlung in Bildserien vorgestellt. Darüber hinaus werden Indikationsbereiche und Erfolgsaussichten auf der Basis der vorliegenden Information aus wissenschaftlichen Untersuchungen kritisch diskutiert. Regenerative Verfahren nehmen dabei breiten Raum ein. Mögliche Strategien zur Behandlung der Parodontitis interradicularis sind im Rahmen eines synoptischen Behandlungskonzeptes erläutert.

Dieses evidenzgestützte Grundlagenwerk wendet sich an den parodontologisch engagierten Zahnarzt und den Studenten der Mund-, Zahn- und Kieferheilkunde.

Inhaltsübersicht:

A Grundlagen

- Entwicklungsgeschichtliche Aspekte
- Anatomie und Topographie des Wurzelkomplexes
- Entwicklung entzündlicher Läsionen im interradikulären Bereich
- Epidemiologie der Parodontitis interradicularis
- Diagnostik des Furkationsbefalls

B Therapie des Furkationsbefalls

- Therapeutische Grundsätze
- Konventionelle Furkationsbehandlung
- Resektive Verfahren
- Regenerative Verfahren
- Unterstützende Antibiotikatherapie
- Mögliche Behandlungsstrategien
- Sachregister

Kariesdynamik und Kariesrisiko

L. Stöjfer

250 Seiten, 89 s/w Abbildungen, DM 78,-, ISBN: 3-87652-132-7. *Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin 1998.*

Aus dem Vorwort:

„Erfolge der Präventiven Zahnheilkunde sind seit Beginn der 80er Jahre nicht mehr auf das Individuum begrenzt oder in wissenschaftlichen Abhandlungen theoretisch dokumentiert, sondern auch praktisch als Kariesrückgang (caries decline) in der jugendlichen Generation vieler hochindustrialisierter Länder populationswirksam umgesetzt.

Diese Tendenz konnte aber für die Bundesrepublik Deutschland – trotz sehr kostenintensiver Zahnheilkunde – lange Zeit nicht bestätigt werden. Eine Trendumkehrung wurde Anfang der 90er Jahre festgestellt. Der fundierte wissenschaftliche Nachweis stellte eine Teilaufgabe des Projektes „Präventive Zahnheilkunde“ (Förderkennzeichen 01 ZZ 9502) dar, das von 1992 bis 96 durch das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (BMBF) im Rahmen des Programms zum Aufbau von Forschungsschwerpunkten in den Neuen Bundesländern an die Friedrich-Schiller-Universität Jena (vormals an die Medizinische Hochschule Erfurt) vergeben wurde.“

Das Buch entstand im Ergebnis des Symposiums „Präventive Zahnheilkunde 2000“ (Erfurt 1996) und beinhaltet sowohl Ergebnisse einer vom BMBF geförderten,

umfassenden gleichnamigen Studie als auch Beiträge international ausgewiesener Wissenschaftler, die sich mit der gleichen Thematik, wie dem epidemiologischen Phänomen der Kariesdynamik, der Reduktion der Kariesprävalenz (Caries decline) und ihrem Ursachengefüge – der kausalen kariogenen und protektiven Einflüßfaktoren –, intensiv beschäftigen.

Ungeachtet eindrucksvoller Erfolge zahmedizinischer Prävention existiert regional und altersspezifisch differenziert jeweils eine kleine Gruppe von Kindern und Jugendlichen mit besonders hohem Erkrankungsrisiko, so daß ihre Identifikation und die Konzeption präventiver Betreuungsinhalte eine permanente zahmedizinische und ethische Herausforderung darstellt.

In diesem Zusammenhang werden auch Befunde aus WHO-Untersuchungen in die Darstellung integriert, da Einflüsse auf die orale Gesundheit aus nationalen und internationalen Erhebungen über das soziale Verhalten von Bevölkerungsgruppen, aus der Bildung von soziologischen Kategorien und der Modellierung erkennbar sind und somit mögliche Steuermechanismen aufgezeigt werden. Für das Kariesrisiko werden weiterhin von den Autoren Definitionen vom epidemiologischen, klinischen, soziologischen und medizinisch-naturwissenschaftlichen Standpunkt formuliert, die Qualität der Prädiktoren diskutiert sowie Schlußfolgerungen für präventives Vorgehen abgeleitet. Da sich die Kariesrisikoproblematik durch alle Beiträge zieht, wird auch der Praktiker noch größeres Verständnis und Einsichten gewinnen sowie Hinweise zur Indikation bakterieller und nicht-bakterieller Tests und Interpretation eigener Befunde erhalten.

Die Namen der Erfurter bzw. Jenaer Co-Autoren sind unseren Kollegen bekannt und sollen kurz erwähnt werden: BORUTTA, BROCKER, BURKOWITZ, FISCHER, HEINRICH-WELTZIEN, KNEIST, KÜNZEL, LENZ, MÖLLER, ROBBACH, SCHREIBER, SCHUMANN, TAWFIQ, TIETZE.

Das besondere Buch

Die Lutherdrucke des 16. Jahrhunderts in Rudolstädter Bibliotheken

Teil 1: Katalog

Frank Stewing

Reihe: Historische Bibliothek der Stadt Rudolstadt

Auflage 1997, Hain-team Rudolstadt, ISBN 3-9805806-1-X, DM 78,-.

Der Hain-Verlag Rudolstadt/Jena ist inzwischen über die Grenzen unseres Bundeslandes hinaus bekannt für sehr gute kulturgeschichtliche Literatur Thüringens.

Frank Stewing bietet im vorliegenden Werk „Katalog der Lutherdrucke des 16. Jahrhunderts, die heute in der historischen Bibliothek der Stadt Rudolstadt, in der Bibliothek der evangelischen Kirchengemeinde Rudolstadt und in der Schloßbibliothek des Thüringer Landesmuseums Heidecksburg Rudolstadt aufbewahrt werden, und die sich zu einem großen Teil bereits vor 1636 in den Sammlungen der Grafen und späteren Fürsten von Schwarzburg-Rudolstadt befanden“.

Mitte des vorigen Jahrhunderts waren die Lutherdrucke des 16. Jh. in Rudolstadt auf ca. 450 angewachsen, von denen heute noch 286 nachgewiesen werden können. Diese wurden in den Katalog aufgenommen und es entfallen davon auf die Historische Bibliothek der Stadt Rudolstadt 181, die Bibliothek der evang. Gemeinde der Stadt Rudolstadt 96 und die Schloßbibliothek der Heidecksburg Rudolstadt 9 Drucke.

Der Katalog ist eine faszinierende Fleißarbeit, die durch Akribie überzeugt. Mich hat der junge Autor durch seine fundamentalen Kenntnisse und den redigierten Umgang mit der lateinischen Sprache fasziniert.

Für den Laien ist dieses Buch sicherlich kaum zu empfehlen. Wer sich allerdings in der Zeit eines oberflächlichen elektronischen Medienkonsums noch die Begeisterung für das gedruckte Buch erhalten hat, wird hier nicht enttäuscht. Allerdings ist es nicht einfach, sich mit der Materie auseinanderzusetzen. Eine Auswahl von Abbildungen einiger Lutherdrucke sowie die umfangreiche Katalogisierung lassen nur erahnen, welche kulturhistorischen Schätze in Rudolstadt bewahrt werden.

Der Autor, 1967 in Rudolstadt geboren, studiert seit 1991/92 an der FSU Jena Germanistische Literaturwissenschaft und Kunstgeschichte, seit 1994 Mittelalterliche Geschichte. Seit 1994 ist er freier Mitarbeiter der Historischen Bibliothek der Stadt Rudolstadt und betreut die Drucke des 15. und 16. Jahrhunderts sowie die Handschriften.

Farbatlas der dento-alveolären Chirurgie

E. Krüger

285 Seiten, 718 Farabbildungen und Zeichnungen, 254 s/w Abbildungen, DM 348,-, ISBN: 3-7785-2572-7. Hüthig Fachverlage, Heidelberg 1997.

Der Zahnarzt erhält während seines Studiums nur eine begrenzte operative Ausbildung. Die in der Praxis erworbenen Erfahrungen reichen zudem oft nicht aus, das gesamte Spektrum der in der zahnärztlichen Praxis möglichen Operationen abzudecken.

Einer der renommiertesten Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, bekannt u. a. durch sein mehrbändiges Lehrbuch der chirurgischen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, stellt in diesem reich bebilderten Operationsatlas alle wichtigen zahnärztlich-chirurgischen Eingriffe und Operationen dar, die in der Praxis vorkommen können.

Schritt für Schritt werden die einzelnen Eingriffe anhand von über 900 zumeist farbigen, anschaulichen und detailgetreuen Zeichnungen und Operationsfotos ausführlich dargestellt. Durch die Gegenüberstel-

lung von beispielhaftem Foto und anschaulicher Zeichnung ist während des operativen Eingriffs jederzeit eine sichere Orientierung gewährleistet. In prägnanten Begleittexten wird auf die prä- und postoperative Behandlung und Prophylaxe sowie auf mögliche Komplikationen und ihre Therapie eingegangen.

Der Farbatlas wendet sich vorrangig an den operativ tätigen zahnärztlichen Praktiker und Oralchirurgen, aber auch an Studierende der Zahnmedizin, denen der Atlas den praktischen Unterrichtsstoff der Operationskurse im Rahmen des Studiums vermittelt.

Hervorzuheben ist, daß den Kapiteln „Allgemeine Grundlagen“, „Lokalanästhesie“ und „Chirurgische Grundlagen“ besonders große Aufmerksamkeit gewidmet wird. Jedoch den rechtlichen Aspekten im Bereich der zahnärztlichen Chirurgie wurde der heutigen Situation zunehmender (und leider oft auch nur scheinbarer) Schmerzensgeldklagen nicht Rechnung getragen. Ebenso vermißt der Leser detailliertere Informationen zur Medikation – außer im Kapitel „Lokalanästhesie“.

G. Wolf, Suhl

Seminarreihe von Dr. Olaf Wünsch:

„Das praxiseigene Zahnlabor als Herausforderung für die moderne Zahnarztpraxis“

Termin: 12.6.1998

Kosten DM 200,-

Information und Anmeldung:

Geschäftsstelle des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte, Landesverband Thüringen,

Theo-Neubauer-Straße 14, 99085 Erfurt,

Tel. 0361 / 67 67-158.

Frühjahrsdiäten

Fettreduzierte Kost läßt die Pfunde purzeln

Aktuelle Studien des Deutschen Instituts für Ernährungsforschung (DifE) in Potsdam und Kopenhagen bringen es ans Licht: Diäten, die auf Kalorienzählung bauen, bringen langfristig wenig. Wichtiger ist, den Fettanteil in der Nahrung zu senken. Damit steigen die Chancen, schlank zu werden und es auch zu bleiben. Diese Erkenntnis kommt für all jene zum richtigen Zeitpunkt, die sich in diesen Tagen zu einer frühjahrsdiät entschieden haben und dem Diätenschwungel ratlos gegenüberstehen.

Wissenschaftler des DifE fanden in einer drei Monate dauernden Studie heraus, daß eine Diät mit Fettreduktion funktioniert, ohne daß die Probanden versuchen, die fehlende Energie über andere Nahrungsmittel auszugleichen. Untersuchungen nach einem halben Jahr zeigen, daß die Versuchspersonen die niedrigen Fett und Energiemengen beibehalten hatten.

Prof. Volker Pudiel und Dr. Thomas Elliot von der ernährungspsychologischen For-

schungsstelle der Universität Göttingen erklären diesen Erfolg damit, daß eine kohlenhydratreiche Kost sättigender wirkt als eine fettreiche Ernährungsform. Außerdem ist die kohlenhydratreiche Kost oft sehr voluminös. Das Gefühl, weniger essen zu dürfen als sonst, stellt sich nicht ein und das bei anderen Diäten oftmals auftretende, unangenehme Gefühl, sich einschränken zu müssen, bleibt aus.

(Aus: IME Pressedienst Nr. 4/98)

Mit Müsli gegen Herzinfarkt

Mischungen mit hohem Getreideanteil sind von Vorteil

Bereits 25 bis 30 g Müsli täglich kann das Risiko einer Herzerkrankung bei Männern um 35 % senken. Dies ergab eine Untersuchung der Harvard

Universität in Boston/USA. Ein Forscherteam untersuchte in einer sechsjährigen Studie den Getreideanteil der Ernährung von rund 40.000 Amerikanern im Alter von 40 bis 75 Jahren. Die Untersuchten

hatten weder Vorerkrankungen des Herzens noch litten sie an Diabetes.

Männer nehmen Ballaststoffe bevorzugt in Form von Gemüse, Obst oder auch Müsli auf. Dabei bietet Müsli den besten Schutz vor möglichen Herzerkrankungen.

Nicht alle Müsliprodukte bieten jedoch den gleichen Vorteil. Es empfiehlt sich daher, Müslis mit einem besonders hohen Getreideanteil auszuwählen.

(Aus: IME Pressedienst Nr. 4/98)

Inserentenverzeichnis	Seite
Gebr. Brasseler GmbH & Co. KG, Lemgo	2. US
Degussa, Hanau	235, 236, 4. US
DBV Winterthur Versicherungen, Offenbach	205
VOCO, Cuxhaven	207
UNIVERSUM GmbH, Jena	209
Deuker + Neubauer GmbH, Erfurt	209
BIORA GmbH, Bad Homburg	213
Vita Zahnfabrik, Biberach	214
Piet Troost, Ostbevern	233 - 236
Vereinte Versicherung AG, München	239
R. + R. Daume Finanzdienstleistungen, Erfurt	243
service concept, Mühlheim a. d. Ruhr	245
Altschul Dental, Erfurt	246
MULTIDENT	3. US
Kleinanzeigen	238

Die Heilige Apollonia – Schutzpatronin des zahnärztlichen Berufes

Eigentlich wird um ihre Fürbitte bei Zahnweh und Mundkrankheiten angerufen und sie ist somit vor allem die Schutzpatronin der „Zahnleidenden“. So sollten wir sie eigentlich als Patronin unseres zahnärztlichen Handelns zur Leidensbeseitigung sehen.

Apollonia lebte in Alexandria ca. 200 Jahre nach der Kreuzigung Jesu. Damals herrschte Philippos Arabs, bekannt auch als Marcus Julius Philippus. Er wurde um 204 als Sohn eines Scheichs geboren, wurde 244 römischer Kaiser und fiel 249 bei Verona im Kampf gegen Decius. Seine Herrschaft wird als christenfreundlich bezeichnet. Unsere Schutzpatronin soll während einer vom Pöpel veranstalteten Christenverfolgungsjagd im Jahre 249 mit anderen Gläubigen schwer mißhandelt worden sein. Man schlug ihr während dieses Pogroms die Zähne ein und drohte, sie auf dem Scheiterhaufen lebendig zu verbrennen, falls sie ihrem Glauben nicht ableugne. Apollonia stürzte sich nach erhaltener Bedenkzeit selber in die Flammen, um die Peiniger zu überzeugen, daß sie dieses Martyrium lieber auf sich nimmt, als ihrem Glauben abzuschwören. Eusebius zitiert in seiner *Historia ecclesiastica* (VI, 47) einen Brief des Bischofs Dionysios von Ale-

xandria an den Bischof Fabius von Antiochia, in dem die Christenverfolgung erwähnt wird. Demnach sollen der Jungfrau Apollonia als Foltermaßnahme sogar die Kinnladen zertrümmert worden sein.

Seit dem 13. Jahrhundert ist Apollonia in der christlichen Kunst vor allem als Plastik dargestellt. Dabei hält sie in der rechten Hand eine Zange mit einem Zahn. Die Zange steht in ihrer ursprünglichen Darstellung allerdings für ein mittelalterliches Folterinstrument und nicht als chirurgisch zahnärztliches Instrument. In der linken Hand trägt sie entweder einen Palmwedel als Symbol des Friedens (ähnlich den Darstellungen von Jesus beim Einzug nach Jerusalem an Palmarum/ Palmsonntag) oder ein Buch, das eine Bibel und somit auch die schriftlich fixierte Lehre des Friedens symbolisieren soll. Das Datum der Heiligsprechung ist unbekannt, und sie wird erst wieder in den Marthyrologien des 9. Jh. bei Florus von Lyon (848) und Ado von Vienne (859 – 874) erwähnt (Eusebius). Der Namenstag der Schutzheiligen wird am 9. Februar begangen.

Im Zahnärztheaus in Köln sind zwei Apolloniaplastiken im Foyer ausgestellt (Abb. 1). In den „Zahnärztlichen Mit-

teilungen“ erschien in den Ausgaben 15 und 16/1986 zur Geschichte der Zahnheilkunde „Die Heilige Apollonia und ihre Diener“.

Auf einem Mosaik im Bayerischen Zahnärztheaus in München ist sie als Patronin der Zahnärzte dargestellt.

Unsere 2. Abbildung zeigt die Schnitzerei aus der Holzschnitzerwerkstatt Moroder in St. Ullrich/Ortisei im Grödner Tal/Val Gardena in Südtirol nach einer Renaissancevorlage.

Alledings wird die Heilige Apollonia noch „unterstützt“ von 20 weiteren für Zahnheilkunde zuständigen Heiligen, so z. B. der Heilige Laurentius, der bei brennenden Schmerzen im Zahnfleisch angerufen wird, oder die Heilige Lucia beim Durchbruch der Weisheitszähne. Ein volkstümliches Gebet aus Bayern lautet: „Heilige Apollonia, ein armer Sünder steh' ich da, mich schmerzen meine Zähne, laß Dich bald versöhnen, und schenk mir Ruh in mein Gebein, daß ich vergeß der Zahnweh Pein.“

G. Wolf



In der Zeit vom 25. April bis 7. Juni 1998 findet im Kunsthaus Apolda Avantgarde eine Ausstellung statt mit Radierungen von Francisco de Goya. Diese Zusammenstellung von ca. 200 Radierungen zeigt Situationen aus dem spanischen Alltag seiner Zeit, die Themen „Stierkampf“ und „Freiheitskrieg gegen Napoleon“ sowie allegorische Visionen und Darstellungen menschlicher Beziehungen.

Nachfolgend hat das Apoldaer Kunsthaus die Ausstellung „Insel des Schönen“ – Gemälde von Künstlern aus der Künstlerkolonie Worpswede – geplant.

Diese beiden Expositionen sind besonders hervorzuheben wegen ihres künstlerischen Wertes, der leider in Thüringen nicht sonderlich publiziert wird.

Öffnungszeiten des Kunsthauses Apolda Avantgarde: Dienstag bis Sonntag von 10.00 bis 18.00 Uhr