



Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

THÜRINGER ZAHNÄRZTE BLATT 5

5. Jahrgang
Mai 1995

Eröffnungsveranstaltung IUZ
1. November 1995



weitere Informationen im nächsten Rundschreiben

Impressum

THÜRINGER ZAHNÄRZTEBLATT

Offizielles Mitteilungsblatt der Landeszahnärztekammer Thüringen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen

Verlag: Ilmtal Verlag GmbH, Brauhausstraße 13, 99444 Blankenhain, Telefon 03 64 59/4 27 10 oder 4 27 11, Fax 03 64 59/4 27 12

Herausgeber: Landeszahnärztekammer Thüringen und Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

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

Anschrift der Redaktion: Landeszahnärztekammer Thüringen, Mittelhäuser Straße 76-79, 99089 Erfurt, Tel.: 724490, 724298

Satz und Layout: TYPE Desktop Publishing, Apolda

Druck, Buchbinderei: Gutenberg Druckerei GmbH, Weimar

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

Anzeigenleitung: Ronald Scholz

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

Erscheinungsweise (1995): 1 Jahrgang mit 12 Heften

Zeitschriftenpreise (1995): 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 unseren Verlag.

Bankverbindung: Stadt- und Kreissparkasse Weimar, Konto-Nr. 410 001 317, BLZ 820 510 00

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 Verlages.

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

Inhaltsverzeichnis

Editorial	
Gläserner Patient und gläserner Zahnarzt werden Realität	178
LZKTh	
Verfahrensordnung (Sachverständigenkommission, Gleichwertigkeit des zahnärztlichen Ausbildungsstandes) 1. Thüringer Zahnärzteball	180 182
KZV	
Amalgam ist praktisch out	183
Praxis	
Amalgam - Alternativen für den Seitenzahnbereich Störung von Medizinprodukten durch Mobiltelefone	184 185
Fortbildung	
Händehygiene und Händeschutz Einführung in das Re Implant-System Individualprophylaxe im Wandel	186 194 196
Öffentlichkeitsarbeit	
Neue Aspekte der Pressearbeit Rehabilitation - eine Chance für die Gesundheit	200 201
Nachrichten	
Neues Faltblatt zur Alterszahnheilkunde	202
Recht	
Zur Haftung des Zahnarztes für Nervenläsionen (Fortsetzung) Der Ehevertrag für Ärzte und Zahnärzte	204 207
Veranstaltungen	208
Finanzen	
Bilanzsumme der APO-Bank über 20 Milliarden	209
Praxisservice	
Produktinformationen	210
Buchbesprechungen	214

Gläserner Patient und gläserner Zahnarzt werden Realität

quantitative und qualitative Wirtschaftlichkeitsprüfung durch den Krankenkassencomputer

Das Bundesschiedsamt hat entschieden: Die Umsetzung des Datenträgeraustauschs zwischen Kassenzahnärztlicher Vereinigung und den Krankenkassen hat so zu erfolgen, daß alle Behandlungsdaten datum-, zahn-, patientenfall- und zahnarztbezogen den Krankenkassen mitzuteilen sind. Das "unparteiische" Schiedsamt hat sich damit strikt an die Vorgaben der Krankenkassen und des Bundesgesundheitsministeriums gehalten.

Darum geht es beim Datenträgeraustausch:

Das Gesundheitsstrukturgesetz hatte u. a. auch die neue Vorschrift in das SGB V eingeführt, die Abrechnungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gegenüber den Krankenkassen maschinenlesbar zu gestalten und auf Verlangen der Krankenkassen auf Datenträgern zu liefern.

Diese Forderung sollte zum 01.01.95 umgesetzt werden.

Mit dieser gesetzlichen Regelung waren die Vorstellungen der Krankenkassen weitgehend umgesetzt worden. Die Maximalforderung versuchten die Krankenkassen in der vertraglichen Regelung mit der KZBV durchzusetzen.

Was steckt hinter dem Bestreben der Krankenkassen, umfassend über die Behand-

lung der Patienten durch den Arzt informiert zu werden?

Im immer enger werdenden Finanzrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung sollen die Leistungsausgaben gesenkt werden. Dazu sollen alle sogenannten Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft werden, die man bei den Heilberuflern immer noch vermutet. Zu diesem Zweck wollen die Krankenkassen in den Besitz aller Behandlungsdaten kommen.

Das Bestreben geht dahin, diese Daten an einer zentralen Stelle zu erfassen und somit den Zugriff auf alle Behandlungen des Arztes zu erreichen, um so die Tätigkeit jedes einzelnen Arztes überwachen und bei "unwirtschaftlicher" Behandlung die Vergütung kürzen zu können.

Das ist die entscheidende Änderung gegenüber dem jetzigen Zustand. Zwar bekommen auch jetzt die Krankenkassen mit dem Behandlungsschein diese Daten, sie sind aber für sie nicht verwertbar. Die Auswertbarkeit durch EDV wird nun durch die neue gesetzliche Regelung und den Spruch des Bundesschiedsamtes möglich, wobei die Datenerfassung und die damit verbundenen erheblichen Kosten den Ärzten und Zahnärzten

aufgeladen werden. Die Daten müssen auf Verlangen der Krankenkassen an eine von ihnen zu benennende Stelle geliefert werden.

So sind die Krankenkassen in der Lage, die gesamte Behandlungstätigkeit eines Arztes elektronisch zu überwachen. Damit ist es letztendlich nicht nur möglich, die Leistungen im Tagesverlauf quantitativ zu erfassen, sondern über mögliche Zeitvorgaben auch ein qualitätsorientiertes Tagesprofil zu erstellen.

Nicht nur die quantitative Wirtschaftlichkeitsprüfung, sondern auch die zeitorientierte Qualitätskontrolle der ärztlichen Tätigkeit durch den Krankenkassencomputer sind für die Kassen zukünftig realisierbar. Regreß per Knopfdruck der Krankenkasse!

Diese Ziele haben die Krankenkassen mit großer Energie verfolgt. Sie nehmen dabei gern in Kauf, daß sensible persönliche Daten der Patienten weitergeleitet werden und die ärztliche Schweigepflicht damit de facto ausgehebelt wurde. Das Grundrecht auf informelle Selbstbestimmung bleibt für den Patienten wie für den Behandler auf der Strecke.

Daß die KZBV unter diesen Gesichtspunkten eine Verhandlungslösung anstrebte,

die sich auf die ohnehin schon weitreichenden Vorschriften des GSG beschränkte, ist erklärlich. Da diese Verhandlungslösung an den wesentlich weitergehenden Forderungen der Krankenkassen scheiterte, war das Schiedsverfahren erforderlich geworden, das mit dem bekannten Resultat endete.

Eine Ungeheuerlichkeit ist dabei die direkte Einflußnahme des Bundesgesund-

heitsministeriums in diesem Verfahren zu Gunsten der Krankenkassen, die das Ergebnis wesentlich bestimmt haben dürfte.

Diese Tatsachen muß man sich ständig ins Bewußtsein rufen, wenn man nun an die Umsetzung des Schiedsspruches gehen muß.

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen wird versuchen müssen, einen zeitlichen Aufschub bei der Umsetzung mit den hiesigen

Krankenkassen zu vereinbaren. Die Krankenkassen haben dazu prinzipielle Bereitschaft zu erkennen gegeben.

Das würde die Möglichkeit bieten, die Umsetzung des Schiedsspruches im Zuge des geplanten Ausbaues der EDV unserer KZV mit möglichst geringem Kostenaufwand für die Thüringer Zahnärzte zu schaffen.

P. Luthardt

Verfahrensordnung für die Arbeitsweise der Sachverständigenkommission der Landes Zahnärztekammer Thüringen zur Überprüfung der Gleichwertigkeit des zahnärztlichen Ausbildungsstandes

Im Einvernehmen mit dem Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit erläßt der Vorstand der Landes Zahnärztekammer Thüringen folgende Verfahrensordnung:

1. Der Sachverständigenkommission obliegt im Interesse einer einheitlichen Auslegung und Anwendung des Zahnheilkundegesetzes (ZHG), sich zur Gleichwertigkeit der Ausbildung bzw. des Ausbildungsstandes (unter Anlegung strenger Maßstäbe) gutachterlich zu äußern. Dies gilt in jedem Fall im Rahmen von Approbationsanträgen.

a) bei Fehlen der Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 oder § 2 Abs. 1 Nr. 4 in Verbindung mit Satz 2 ZHG

b) nach § 2 Abs. 2 und 3 ZHG und in Einzel- bzw. Zweifelsfällen im Rahmen von Anträgen auf Erteilung einer Berufserlaubnis nach § 13 Abs. 1 ZHG.

2. Zweifel an der Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes sind begründet bei Bewerbern, die ihre Ausbildung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland sowie nicht in Australien, in Israel, in den USA, in Kanada, in Norwegen, in Finnland, in Schweden, in Österreich, in der Schweiz, in Neuseeland und in Südafrika absolviert haben.

Bewerber, die nicht in den genannten Ländern studiert haben, haben sich dem Verfahren zur Feststellung der Gleichwertigkeit ihrer Ausbildung zu unterziehen.

3. Die Gleichwertigkeit ihres Ausbildungsstandes müssen die antragstellenden Zahnärztinnen und Zahnärzte durch einen praktischen Test und durch ein theoretisches Prüfungsgespräch nachweisen. Im Bedarfsfall sind die notwendigen Deutschkenntnisse ebenfalls zu überprüfen.

4. Das Gleichwertigkeitsverfahren begleitet und beurteilt eine Sachverständigenkommission. In Abstimmung mit dem Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit ist diese Kommission von der Landes Zahnärztekammer Thüringen bestellt. Sie besteht aus zwei Hochschulprofessoren und zwei Zahnärzten. Die Kommissionsmitglieder bestimmen aus ihrer Mitte einen Vorsitzenden.

Die Mitglieder der Sachverständigenkommission besitzen nachweislich spezielle Kenntnisse auf folgenden Gebieten der Zahnheilkunde:

- Prophylaxe
- Zahnerhaltung
- Parodontologie
- Prothetik
- Chirurgie
- Kieferorthopädie.

5. Voraussetzung für eine Gleichwertigkeitsprüfung sind Unterlagen und Zeugnisse in beglaubigter und deutscher Ausführung, die vom Antragsteller an das Thüringer Landesverwaltungsamt einzureichen sind:

1. Lebenslauf
2. Polizeiliches Führungszeugnis
3. Geburtsurkunde
4. Beglaubigtes Duplikat der Einbürgerungsurkunde
5. Beglaubigte Übersetzung des Hochschulabschlusses
6. Beglaubigte Übersetzung des Diploms/der Promotionsurkunde
7. Beglaubigte Berufserlaubnis (nur bei Antrag nach § 2 ZHG).

In Einzelfällen können weitere Unterlagen abverlangt werden.

6. Prüfungsort und -termin werden von der Sachverständigenkommission festgelegt. Der Antragsteller erhält 2 - 4 Wochen vorher eine schriftliche Einladung.

7. Die Prüfung besteht aus dem praktischen Test, der am Phantom erfolgt. Die Dauer des Testes beträgt ca. 4 Stunden.

Nach bestandem Test wird ein theoretisches Fachgespräch im zeitlichen Zusammenhang oder am darauffolgenden Tag durchgeführt, um die theoretischen Kennt-

nisse in den Fachdisziplinen der Zahnheilkunde festzustellen.

Ausnahmen von diesem Prüfungsablauf können von der Sachverständigenkommission durch Beschluß festgelegt werden.

Die Themen des theoretischen Fachgesprächs werden in einem entsprechenden Kurzprotokoll erfaßt.

8. Die Sachverständigenkommission beurteilt die Ergebnisse der durchgeführten Prüfungen (praktischer Test und theoretisches Fachgespräch) und gibt ein sachgerechtes Gutachten über die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes ab.

Gleichzeitig befindet die Kommission auch darüber, ob die/der Betreffende Kenntnisse und Fähigkeiten fachgerecht anwenden kann und ob er den Anforderungen entspricht, die an eine ordnungsgemäße zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland zu stellen sind.

9. Über die Ergebnisse der gutachterlichen Äußerungen der Kommission wird ein Protokoll gefertigt, welches von den Mitgliedern zu unterzeichnen ist.

Kommt die Kommission zu dem Ergebnis, daß die/der Betreffende nicht über einen gleichwertigen Ausbildungsstand verfügt, also die Gleichwertigkeitsprüfung nicht besteht, kann sie eine Zeitspanne empfehlen, in der die Kenntnismängel behoben werden und eine Wiederholung der Gleichwertigkeitsprüfung erfolgen kann.

Das Prüfungsprotokoll dient der zuständigen Behörde als Grundlage für die Entscheidung über die Erteilung der Approbation.

10. Entsprechend der gültigen Verwaltungsgebührenordnung der Landes Zahnärztekammer Thüringen sind die Gebühren je Prüfung vom Prüfling an die Landes Zahnärztekammer Thüringen zu entrichten.

11. Die Sitzungen der Sachverständigenkommission sind nicht öffentlich.

Ein Vertreter des Thüringer Ministeriums für Soziales und Gesundheit wird zu den Gleichwertigkeitsprüfungen eingeladen.

12. Die Mitglieder der Kommission sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

13. Die Geschäftsführung der Kommission obliegt der Landes Zahnärztekammer Thüringen.

14. Diese Verfahrensordnung tritt gemäß Vorstandsbeschluß vom 19.10.94 in Kraft.

15. Die vorstehende Verfahrensordnung wird hiermit ausgefertigt und gemäß § 13 der Satzung der Landes Zahnärztekammer Thüringen im tzb veröffentlicht.

*Dr. Junge
Präsident*

Wichtiger Hinweis

Wir bitten alle Zahnärztinnen und Zahnärzte in Thüringen, die in Gemeinschaftspraxen oder Praxisgemeinschaften arbeiten und nur 1 Exemplar des Thüringer Zahnärzteblattes beziehen möchten, dies der Kammer kurz schriftlich oder telefonisch mitzuteilen unter:

**LZKTh, Mittelhäuser Straße 76 - 79, 99089 Erfurt,
Tel. 0361/724298 oder 724490.**

Amalgam ist praktisch out

Die KZBV und die Bundeszahnärztekammer haben in ihrem Rundschreiben alle Zahnärzte dazu informiert, und vieles ist in der Standespresse schon geschrieben worden: Die neuen Aussagen des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte haben die Verwendungsmöglichkeiten des Amalgams drastisch eingeschränkt.

Wenn man sich auf einen bestimmten Passus bezieht, der bisher noch nicht besonders herausgehoben wurde, muß man sogar sagen, daß die Verwendung von Amalgam ab Inkrafttreten der neuen Anwendungsvorschriften praktisch nicht mehr möglich sein wird.

Dort heißt es nämlich: "Amalgamfüllungen dürfen nur für okklusionstragende Füllungen im Seitenzahnbereich (Klasse I und II) eingesetzt werden und nur dann, wenn andere plastische Füllungsmaterialien nicht indiziert sind und andere Restaurationstechniken nicht in Frage kommen."

Jeder von uns weiß, daß es aus rein zahnmedizinischer Sicht - und nur um diese geht es hier - immer Alternativen zur Amalgamfüllung gibt. Somit steckt in dieser Aussage des Bundesinstitutes wahrscheinlich das definitive Aus für das Amalgam.

Welche Probleme das in den Praxen bringt ist klar.

Es kommt nun darauf an, eine Lösung für die Praxis zu schaffen. Eine Einbeziehung der Amalgam-Alternativen in den Sachleistungskatalog kann kein Ausweg sein! Damit würde ein erheblicher Kostenschub in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgelöst (siehe auch Seite

184), der unter der knappen Finanzsituation der Krankenkassen nicht zu verantworten wäre.

Hier bietet sich nur eine Kostenerstattungsregelung mit Festzuschuß an, wie sie das zahnärztliche Reformkonzept vorsieht.

P. Luthardt

Amalgam

Alternativen für den Seitenzahnbereich

Glasionomer-Zement

Haltbarkeit: kurzzeitig (1 - 2 Jahre) (Vergleich Amalgam 8 - 10 Jahre)

Aufwand: mit Amalgam vergleichbar

Indikation: Milchzähne, Schwangere

Komposit-Kunststoffe

Haltbarkeit: mäßig (4 - 6 Jahre)

Aufwand: höher als Amalgam

Indikation: gut zugängliche, kleine Füllungen

Inlays (Edelmetallegierungen)

Haltbarkeit: sehr gut (10 - 15 Jahre)

Aufwand: wesentlich höher als Amalgam (Zahntechnik)

Indikation: Defekte im Seitenzahngebiet

Inlays (Keramik/Kunststoff)

Haltbarkeit: bisher wenig Erfahrung, bis 5 Jahre gut

Aufwand: extrem hoch, noch höher als bei Inlays aus Edelmetall

Indikation: mittelgroße Defekte im Seitenzahngebiet

Sozioökonomische Daten zum Amalgam-Ersatz

Es werden ca. 80 Mio. Füllungen/Jahr gelegt (1991: 84 Mio. Füllungen). Davon sind ca. 20 Mio. Frontzahnfüllungen, ca. 10 Mio. kleinere Seitenzahnfüllungen aus Kunststoff.

Das ergibt ca. 50 Mio. Amalgamfüllungen pro Jahr.

1. Wenn Amalgam (ca. 50 DM/Füllung) durch Kunststoff (ca. 70 DM/Füllung) ersetzt würde:

1 Mrd. DM/Jahr Mehraufwendungen zzgl. 0,7 Mrd. DM/Jahr Mehraufwendungen infolge kürzerer Lebensdauer (fünf statt zehn Jahre) zzgl. 0,48 Mrd. DM/Jahr Mehraufwendungen durch Kofferdam ergibt 2,18 Mrd. DM/Jahr an Mehraufwendungen

2. Wenn Amalgam durch Goldinlays (500 DM Gesamtkosten) ersetzt würde:

25 Mrd. DM/Jahr an Mehraufwendungen (22 Mrd. DM gesamte zahnärztliche Versorgung/Jahr)

3. Wenn von 50 Mio. Amalgamfüllungen 30 Prozent durch Inlays zum 1,5fachen GOZ-Satz (ca. 200 DM als zahnärztliches Honorar) als Sachleistung ersetzt würden:

3 Mrd. DM/Jahr an Mehraufwendungen

4. Von 80 Mio. Einwohnern haben 60 Mio. ca. fünf Füllungen im Mund = 300 Mio. Füllungen. Wenn 300 Mio. Füllungen durch Inlays à 500 DM ersetzt würden:

150 Mrd. DM/Jahr an Mehraufwendungen

Aus: ZBW 3/95

Deutsche Gesellschaft für Hypnose e. V. - DGH

Fort- und Weiterbildung in klinischer Hypnose
Für Zahnärzte und Ärzte



Beginn einer neuen Kursserie 1995/1996

am Sa. 24. + So. 25. Juni 1995

in Jena, Pharmazeut. Institut der Universität

Folgetermine 1995 sind: 16. + 17. September,
18. + 19. November; Fortsetzung 1996.

Diese Ausbildung nach dem *Curriculum der DGH* wird uneingeschränkt für das *Zertifikat der DGH* gewertet und kann von der Landesärztekammer für Ärzte für die Zusatzbezeichnung "*Psychotherapie/Psychoanalyse*" anerkannt werden.

Anmeldung und Information:

DGH - Augsburg, Dr. Volker Reindl
Lindauer Straße 6, D-86399 Bobingen
Tel. 08234-3393, Fax 08234-7981

Anzeige

Empfehlung des Bundesministeriums für Gesundheit: Störung von Medizinprodukten durch Mobil- telefone

Sehr geehrte Damen und Herren,

durch Mobiltelefone können die Funktionen von Medizinprodukten derartig gestört werden, daß dadurch Gefahren für Patienten entstehen.

Besonders gefährdet sind die Operationsbereiche, Intensivstationen, der Herzkatheterbereich, Analysenlabore und stationäre Bereiche.

Diese Gefährdungen betreffen auch die Praxisräume von niedergelassenen Ärzten sowie Alten- und Pflegeheime, soweit dort funkstrahlenempfindliche Medizinprodukte (z. B. Arzneimittel-pumpen) angewendet werden.

Weiterhin können Medizinprodukte z. B. in Dialysezentren und Laborpraxen (Analysenfehler durch Fehlfunktionen der Analysengeräte) betroffen sein.

Nach den Vorschriften für das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten des ab 1. Januar 1995 geltenden Medizinproduktegesetzes ist der Betreiber oder Anwender von Medizinprodukten u. a. dafür verantwortlich, daß diese Produkte durch Mängel weder Patienten noch Beschäftigte oder Dritte gefährden. Solche Mängel können in dem Medizinprodukt selbst, aber auch in der Beeinflussung durch externe Quellen liegen.

Somit besteht auch die Verpflichtung für den Betreiber oder Anwender sowie für den Krankenträger und den behandelnden Arzt, möglichst externe Störquellen auszuschalten.

Mit der Gefährdung von Medizinprodukten durch Mobiltelefone haben sich u. a. eine Expertengruppe beim Bundesgesundheitsministerium, eine Expertengruppe bei der Europäischen Union sowie die Strahlenschutzkommission befaßt.

Es bestand Einigkeit darin, daß die o. g. Gefährdungen durch ein Verbot des Gebrauches von Mobiltelefonen in besonders gefährdeten Bereichen beseitigt werden kann.

Ich gehe davon aus, daß bezüglich des Personals der Gesundheitseinrichtungen solche Maßnahmen bereits von den Betreibern von Kliniken getroffen wurden. Darüber

hinaus sollte der Gebrauch von Mobiltelefonen durch Patienten, Besucher oder andere im Grundsatz verboten werden.

Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie Ihren Mitgliedern bzw. Einrichtungen diese Empfehlungen weitergeben würden. Ich habe Abdrucke meines Schreibens den für das Arzneimittelwesen und für die Gerätesicherheit zuständigen obersten Landesbehörden sowie an die zuständigen Stellen der Mitgliedstaaten der Europäischen Union und der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum wegen des Bezugs von Medizinprodukten nach den einschlägigen EU-Richtlinien zur Kenntnis gegeben.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag, Gerhard Schulte

Implantate

**Suprakonstruktionen - alle gängigen Implantatsysteme
erstklass. Qualität!**

keine Verarbeitungszuschläge!
im just. Artikulator - z. B. SAM-Dentatus-Denar
Versand mit PKW möglich!

Göttinger Dental-Labor, Filiale Erfurt

Heiko Dohrn GmbH
Magdeburger Allee 59, 99086 Erfurt
Telef. Kontaktaufnahme: Herr B. Kupke
Tel./Fax: 03 61/6 42 19 96

Händehygiene und Händeschutz

*Bernhard Guggenheim**, *Michael A. Baumann*** und *E. Anne Field****

Dieser Artikel enthält Empfehlungen der Europäischen Arbeitsgruppe zur Infektionskontrolle in der Zahnmedizin (EPICD) zum Waschen, Desinfizieren und Schutz der Hände vor und nach dem Anziehen von Handschuhen für zahnärztliche Behandlungen.

Einleitung

Die Hände sind das wichtigste Instrument des Zahnarztes, aber ebenso Überträger von Mikroorganismen in der Zahnarztpraxis (Sims 1980). Kontaminierte Hände stellen daher ein Infektionsrisiko für den Patienten, den Zahnarzt und das gesamte Praxisteam dar.

Während der zahnärztlichen Behandlung kann der Patient der Gefahr einer Übertragung von Mikroorganismen durch den Zahnarzt oder die zahnmedizinische Assistentin ausgesetzt sein (DAHZ 1993). Dabei ist die Kontamination der Hände von Zahnarzt und Assistenz gleichermaßen unvermeidlich. Das Tragen von Handschuhen reduziert das Risiko einer Infektion für alle Personen, die direkt oder indirekt bei der Behandlung mitwirken, und wird mittlerweile von Berufsorganisationen der meisten europäischen Länder gefordert (BDA 1993, DAHZ 1993, Danish Dental Association 1993, Wiehl & Guggenheim 1993).

Dennoch kann das Tragen von Handschuhen die Notwendigkeit einer geeigneten

Händedesinfektion nicht ersetzen. Der Zahnarzt und der gesamte mit der Praxis verbundene Personenkreis sind insbesondere durch die Entwicklung von Dermatitiden der Hände durch häufigen Gebrauch von Desinfektionslösungen sowie das fortgesetzte Tragen von Handschuhen gefährdet (Field & King 1991). Daher ist es essentiell, daß Händedesinfektionsmittel und Handschuhe mit großer Sorgfalt ausgewählt werden. Das Praxisteam muß ebenso der Pflege der Hände Beachtung schenken.

Abbildung 1 faßt das Vorgehen beim Händeschutz in der Zahnarztpraxis zusammen.

Begleitmaßnahmen

Ablegen des Schmuckes

Jeglicher Schmuck, einschließlich Uhren und Ringe, sollte zu Beginn der Behandlung von den Händen entfernt werden. Das Tragen von Schmuck während der zahnärztlichen Tätigkeit verhindert eine wirksame Händedesinfektion und kann den Infektionsschutz in Frage stellen.

Unterläßt man das Abnehmen des Schmuckes, so können Hautreaktionen begünstigt werden. Ekzeme, die unter einem Ring beginnen, können sich über die ganze Hand ausbreiten (Field & King 1991).

Händewaschen vor dem Anziehen der Handschuhe

Schmutzige Hände sollten zu Beginn einer jeden Behandlungsreihe gewaschen werden, bevor eine Händedesinfektion erfolgt.

Die Hände sollten mit einer milden, flüssigen, unparfümierten und seifenfreien Waschlotion gewaschen werden, die einem Fuß- oder Ellenbogenspender entnommen wird.

Die Nägel und Nagelhaut müssen zu diesem Zeitpunkt sorgfältig mit einer geeigneten Nagelbürste gereinigt werden. Danach werden die Hände unter fließendem kaltem Wasser abgespült.

Zur Betätigung des Wasserhahnes sind fuß- oder ellbogensgesteuerte Mischbatterien oder Näherungsschalter von Vorteil, da konventionelle Armaturen eine Keimumschlagstelle sind.

Abteilung für Orale Mikrobiologie, Zahnärztliches Institut der Universität Zürich, Klinik für Zahn-, Mund-, Kieferkrankheiten, Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie, Medizinische Fakultät der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz**, und Department of Clinical Dental Sciences, University of Liverpool****

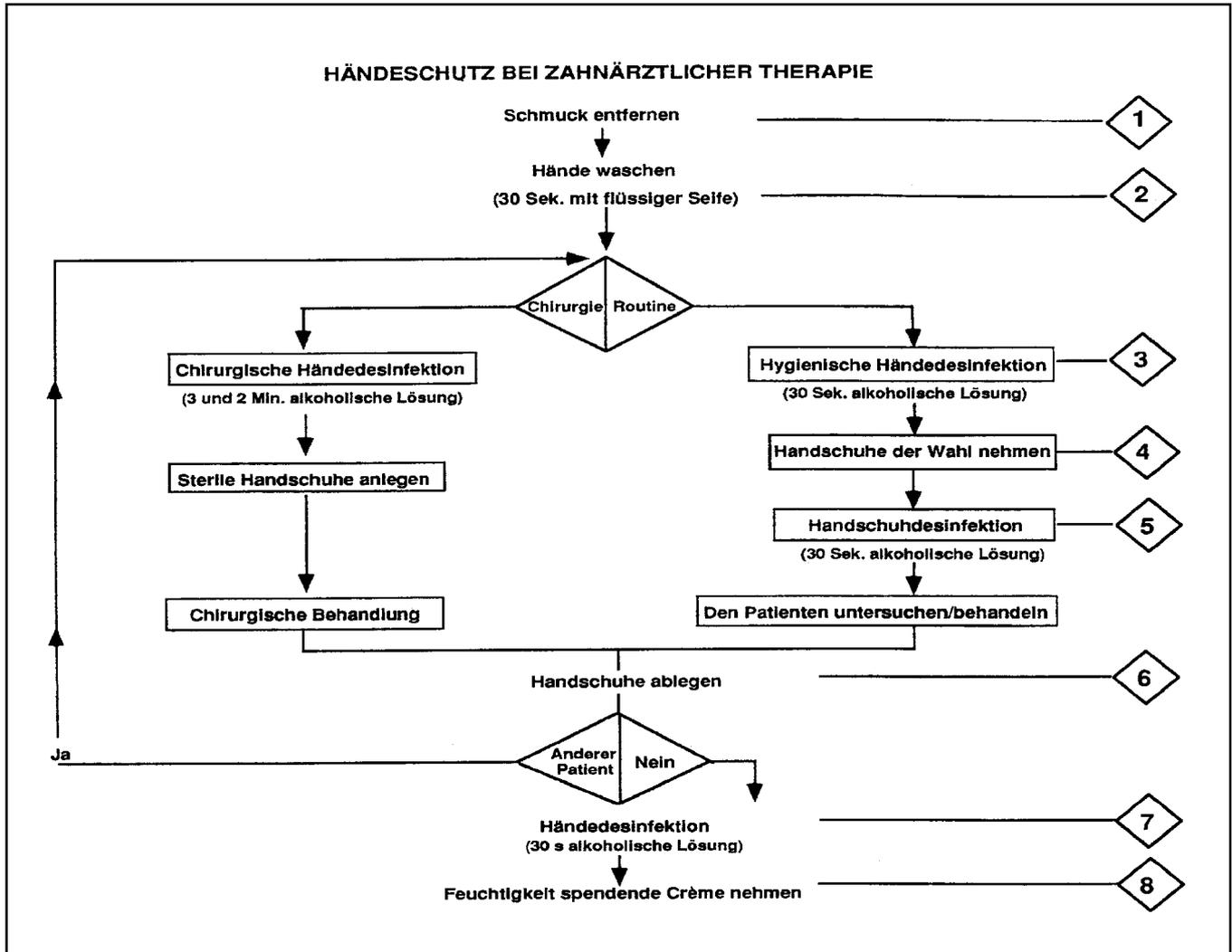


Abb. 1: Schrittweise, schematische Darstellung der chirurgischen und hygienischen Händedesinfektion und Händepflege in der zahnärztlichen Praxis.

Dann werden wegwerfbare Einmal- oder Rollenhandtücher benutzt, um die Hände gründlich abzutrocknen. Besondere Sorgfalt gilt dabei den Fingerzwischenräumen.

Händedesinfektion

Die hygienische Händedesinfektion ist für die meisten zahnärztlichen Routinemaßnahmen genügend und sollte vor dem Gebrauch unsteriler Handschuhe erfolgen.

Ist jedoch bei einer Behandlung der Einsatz steriler Handschuhe erforderlich – wie zum Beispiel bei parodontal-chirurgischen Eingriffen – muß der Zahnarzt vor dem Anziehen der sterilen Handschuhe eine chirurgische Händedesinfektion ausführen.

Hygienische Händedesinfektion

Dem Waschen der Hände folgt eine hygienische Hän-

desinfektion. Das Ziel ist dabei, einen Großteil der transienten Hautflora, die möglicherweise krankheits-erregend ist, zu beseitigen.

Die getrockneten Hände werden für 30 Sekunden mit 3 ml einer Desinfektionslösung auf Alkoholbasis desinfiziert, wobei ein systematisches Vorgehen wie zum Beispiel nach der Methode von Ayliffe gewählt wird (Ayliffe et al. 1978).

Das Desinfektionsmittel sollte einem Fuß- oder Ellbogenspender entnommen werden. Desinfektionsmittel auf Alkoholbasis sind generell wirkungsvoller als antiseptische Detergenzien oder Seifen. Die Wirkung von Alkohol tritt sehr schnell ein, hält jedoch nicht lange an. In Kombination mit anderen darauf abgestimmten Desinfektionsmitteln wie quaternären Ammoniumbasen und/oder substituierten Phenolen oder Chlorhexidin kann eine ergänzende und verlängerte Wirkung erzielt werden (Rotter 1980). Diese Präparate wirken innerhalb von 30 Sekunden gegen pathogene Bakterien und HIV (einige sind ebenso HBV-wirksam).

Die meisten der erhältlichen Produkte enthalten hautschützende Inhaltsstoffe, die die Lipidschicht ersetzen, welche durch die alkoholische Einwirkung verlorengelassen ist.

Der Gebrauch einer alkoholischen Lösung macht das Trocknen der Hände überflüssig, da sie sehr schnell von der Haut verdunstet.

Die zahnmedizinische Assistentin desinfiziert ihre Hände, bevor die Praxis und der Zahnarztstuhl für den ersten Patienten vorbereitet werden. Die Hände des Zahnarztes sind nach der Begrüßung des Patienten zu desinfizieren.

Chirurgische Händedesinfektion

Chirurgische Maßnahmen im Mund erfordern korrekte chirurgische Desinfektion der Hände und Unterarme. Das Ziel der chirurgischen Händedesinfektion ist sowohl das Inaktivieren der transienten Mikroorganismen, insbesondere der Viren, als auch eine deutliche Reduktion der residenten Hautflora.

Dem Händewaschen folgt der Gebrauch eines Desinfektionsmittels auf Alkoholbasis. Die gesamte Hautoberfläche der Hände und Unterarme bis hin zum Ellenbogen sollte gleichmäßig mit 5 ml des Desinfektionsmittels benetzt werden. Nach 3 Minuten des Verteilens und Einreibens der Lösung in alle erreichbaren Regionen werden die Hände (nur bis zu den Handgelenken) ein zweites Mal desinfiziert, indem weitere 5 ml der Alkohollösung für 2 Minuten benutzt werden.

Zahnarzt und zahnmedizinische Assistentin ziehen dann die sterilen Handschuhe an. Die Vorbereitung der Praxis muß durch die Assistentin bereits nach der vorangehenden Händedesinfektion beendet sein.

In der medizinischen Chirurgie werden nichtalkoholische Chlorhexidin-(Hibiscrub-) oder PVP-Jod-(Betadine-)Präparate oft bevor-

zugt. Da die Operationsdauer in der operativen Medizin im Vergleich zur Zahnmedizin in der Regel bedeutend länger ist, muß weniger häufig desinfiziert werden, und dermatologische Probleme sind weniger akzentuiert.

Das Anziehen der Handschuhe (Tab. I)

Die Auswahl von medizinischen Handschuhen zum Gebrauch in der zahnärztlichen Praxis ist von höchster Wichtigkeit (Baumann 1992). Der Hauptzweck der Handschuhe besteht darin, eine physikalische Barriere gegen die Übertragung von Mikroorganismen zum und vom Handschuhtragenden zu errichten.

Unglücklicherweise wurde der Markt über viele Jahre hinweg von einer großen Zahl von preisgünstigen Handschuhen geringer Qualität überschwemmt, um die steigende Nachfrage der Zahnärzte zu befriedigen. Eine Reihe davon zeigt bereits unbenutzt Löcher oder Defekte (Katz et al., Otis & Cottle 1989, Checchi et al. 1991); sie reißen leicht während der Behandlung (Schiffner 1988, Otis & Cottle 1989) oder passen schlecht.

Nur wenn jeder Handschuh bereits vom Hersteller auf kleinste Löcher und Defekte hin überprüft wurde, kann der Zahnarzt sicher sein, daß die Handschuhe intakt sind. Der Minimalstandard für Handschuhe sollte daher darin bestehen, daß sie zu 100 % dicht sind, um eine si-



Werbung im tzb? Anruf genügt!
(0 36 44) 55 58 12

Getestet auf optimale Barrierefunktion
Qualitätskontrolle (100% getestet)
Widerstandsfähig gegen Punktion und Zerreißen
Stärke
Mangelnde Steifheit
Alkoholkompatibilität
Nachweislich hypoallergen
- Geringe Restmengen an Akzelerator
- Geringe Mengen an (löslichen) Latexproteinen
Puderfrei
Tragekomfort und Passung
- Behält die Form
- In verschiedenen Größen erhältlich
- Mangelnde Steifheit
Empfindlichkeit
Gute Griffigkeit
Keine Interferenz mit zahnärztlichen Materialien
Akzeptabler Geschmack und Geruch für den Patienten
Erschwinglich für den Routinegebrauch

Tab I: Was muß bei der Auswahl des richtigen Handschuhs beachtet werden?

chere Barriere gegen Mikroorganismen und speziell Viren zu garantieren (Chechi et al. 1991).

Die Schutzhandschuhe müssen zum einen eine gute Taktilität für den Benutzer und zum anderen das gute Greifen der Instrumente ermöglichen. Sie sollten außerdem eine nichtklebrige Oberfläche haben, die ein Abgleiten verhindert, und auch gut hautverträglich sein.

Eine gute Paßform ist ebenfalls wichtig. Um ein Ermüden der Hände zu vermeiden, sollten verschiedene Größen angeboten werden,

die sich auch wirklich den Händen anpassen.

Die Puderkomponente (Maisstärkepulver) kann zu einer irritativen Dermatitis der Hände führen und potentielle nachteilige Reaktionen durch andere Bestandteile von Naturlatex fördern (Beezhold & Beck 1992). Darüber hinaus ist es möglich, daß die Stärkepartikel die angeätzten Oberflächen von Adhäsivrestaurationen verunreinigen und sich nachteilig auf das "Bonding" auswirken (Rothwekk & van Noort 1990).

Handschuhe aus synthetischem Gummi (Nitril) oder

Plastikmaterial (Polyethylen, Polyvinylalkohol oder Polyvinylchlorid PVC) sind allgemein erhältlich, doch bevorzugen die meisten Zahnärzte den Gebrauch von Handschuhen, deren Hauptkomponente Naturgummi (Latex) ist.

Mittlerweile werden hypoallergene Gummihandschuhe hergestellt, die nur geringe Restmengen oder sogar überhaupt keine Akzeleratoren enthalten. Latexhandschuhe mit großen Mengen an Akzeleratorresten (z. B. Dithiocarbamat) auf ihrer Oberfläche können das Abbinden von Abformmassen aus der Reihe der Additionssilikone beeinträchtigen (Rosen et al. 1989, Baumann & Klapper 1992 a und b).

Unmittelbar vor Beginn einer Routinebehandlung ziehen Zahnarzt und Helferin Schutzmaske, Schutzbrille und unsterile Handschuhe an. Die Handschuhe werden auf offensichtliche Defekte hin untersucht. Befindet sich Puder an der Außenseite der Handschuhe, so kann dieser mit Wasser abgespült und mit einem Einmalpapierhandtuch abgetrocknet werden.

Sterile Handschuhe, die während chirurgischer Eingriffe getragen werden, sollten puderfrei sein, um die potentiellen Gefahren postoperativer Stärkegranulome auszuschließen, die aus der Allgemeinchirurgie bekannt sind (Ellis 1990) und auch zahnärztlich-chirurgische Eingriffe betreffen können.

Desinfektion unsteriler Handschuhe

Unsterile Handschuhe können während der Lagerung in der Praxis sowie beim oder nach dem Herausnehmen aus der Packung verunreinigt werden. Die Außenfläche der Handschuhe sollte daher für 30 Sekunden mit einer alkoholischen Desinfektionslösung desinfiziert werden. Die Kriterien, die bei der Auswahl von Schutzhandschuhen eine Rolle spielen, sind in Tabelle 1 zusammengefaßt (*vorherige Seite*).

Entsorgung von Handschuhen

Nach Beenden der Patientenbehandlung sollten die abgelegten Handschuhe als infektiöser Abfall behandelt und in der gleichen Weise wie andere infektiöse Einmalprodukte entsorgt werden. Die Hände sollten anschließend alkoholisch desinfiziert werden.

Waschen mit Wasser und flüssigen, seifenfreien Waschlotionen ist mit einer konsequenten alkoholischen Händedesinfektion unverträglich und führt zu Hautreaktionen.

Die Wiederbenutzung von Handschuhen ist absolut nicht zu empfehlen. Viele Autoritäten in Europa raten den Zahnärzten, bei jedem Patienten ein neues Paar Handschuhe zu benutzen. Die Desinfektion und Wiederbenutzung von Handschuhen ist in vielen europäischen Ländern aufgrund der hohen Kosten von Latexhandschuhen guter Qualität leider allgemein üblich. Den-

noch weiß man, daß die Anzahl der Perforationen während zahnärztlicher Maßnahmen bei vielen untersuchten Handschuhen direkt proportional zur Behandlungsdauer anstieg und eine bedeutende Anzahl von Handschuhen nach 2 Stunden fehlerhaft waren (Otis & Cottone 1989). Innerhalb von 30 Minuten entwickelten sich Löcher (Albin et al. 1992). Die Häufigkeit der Defekte in Handschuhen hängt von der Art der Behandlung ab, wobei chirurgische Extraktionen das höchste Risiko bergen (Baggett et al. 1993). Auf der Basis dieser Erkenntnisse ist die Wiederbenutzung von Handschuhen nicht vertretbar.

Die physikalische Zerstörung der Handschuhoberfläche scheint ebenso ein wichtiger Faktor für die begrenzte Wiederbenutzbarkeit von Handschuhen zu sein (Martin et al. 1988). Eine Reihe von Untersuchungen zeigte, daß die oberflächliche bakterielle Verschmutzung sehr gut durch Waschen von der Handschuhoberfläche zu entfernen ist (Martin et al. 1988). Andere hingegen behaupten, daß Handschuhe nicht konsequent von mikrobieller Verschmutzung befreit werden können (Adams et al. 1992).

Das kontinuierliche Tragen von Handschuhen kann sich aber auch durch Okklusionseffekte (Luftabschluß) und ausgiebiges Schwitzen schädlich auf die Haut der Hände auswirken (Field & King 1991). Diese letzteren Betrachtungen sind jedoch be-

deutungslos, denn allein die Erhaltung einer intakten Barriere ist das Ziel des Handschuhtragens in der zahnärztlichen Praxis.

Ende eines Behandlungsabschnittes

Wenn der letzte Patient am Ende eines Behandlungsabschnittes fertig behandelt wurde, sollen die Handschuhe ausgezogen und die Hände für 30 Sekunden mit einer alkoholischen Lösung desinfiziert werden.

Einige Zahnärzte mögen den Wunsch verspüren, Puder und Schweiß durch Waschen der Hände mit einer flüssigen Waschlotion zu beseitigen. Dies ist eine Sache der persönlichen Entscheidung. Eine Handcreme sollte jedoch immer genommen werden (s. u.).

Händepflege

Eine feuchtigkeitsspendende Handcreme sollte am Ende eines jeden Behandlungsabschnittes großzügig auf die Haut der Hände aufgetragen werden. Gute Händepflege ist der Schlüssel zur Vermeidung der meisten Hautprobleme.

Der häufige Gebrauch von Desinfektionslösungen, der Kontakt mit Chemikalien und das ununterbrochene Tragen von Schutzhandschuhen können zur Dermatitis der Hände führen (Field & King 1991).

Die Anwendung eines feuchtigkeitsspendenden und geschmeidig machenden Präparates führt den oberflächlichen Hautschichten Feuchtigkeit zu. Ein häufiger Gebrauch reduziert die Gefahr,

eine trockene, rissige Haut und eine irritative Dermatitis zu entwickeln. Eine optimale Handcreme für den täglichen Gebrauch sollte nichtirritativ, unparfümiert und nicht zu fettig sein. Handcremes auf Petroleumbasis sollten vermieden werden, da sie die Integrität der Latexhandschuhe zerstören können. Die Auswahl einer Handcreme ist im wesentlichen eine Frage der persönlichen Entscheidung. Eine Reihe verschiedener Produkte sollte ausprobiert werden, da manche Rezepturen bei einigen Personen besser als bei anderen wirken. Lanolin zum Beispiel ist ein hervorragendes feuchtigkeitsspendendes Mittel, kann aber bei einer kleinen Gruppe von Menschen zu nachteiligen Hautreaktionen führen.

Barrierecremes können mäßig effektiv sein, indem sie wie unsichtbare Handschuhe wirken und die Hände vor schwachen Irritationen bewahren. Man weiß allgemein jedoch, daß ihr Gebrauch geringen Schutz verleiht, und daß sie sogar die Durchlässigkeit der Haut für Chemikalien aus den Handschuhen sowie für Latexproteine und irritative Substanzen erhöhen. Darüberhinaus enthalten Barrierecremes potentielle Allergene und Irritative (Cronin 1985).

Das Praxisteam muß bezüglich der Hände besondere Vorsicht während chirurgischer Eingriffe (Tab. II), zu Hause und während der Freizeitaktivitäten walten lassen (Tab. III).

Händedesinfektion

- Nehmen Sie Ringe und Uhren vor der Händedesinfektion ab.
- Beschränken Sie den Gebrauch von Seifen und Detergenzien für das Händewaschen auf den Beginn einer Behandlungsreihe, vermeiden Sie dabei heißes Wasser.
- Wenn ein Desinfektionsmittelpräparat Probleme bereitet, wechseln Sie zu einem anderen.

Handschuhe

- Wählen Sie komfortable, gut passende Handschuhe hoher Qualität.
- Wechseln Sie die Handschuhe nach jedem Patienten.

Handcremes

- Benutzen Sie häufig eine feuchtigkeitsspendende Handcreme, vor allem am Ende einer Behandlungsphase.
- Reduzieren Sie den Hautkontakt mit irritativen und potentiell sensibilisierenden Chemikalien durch das Handschuhtragen.
- Tragen Sie stabile Schutzhandschuhe, um infizierte Instrumente zu reinigen.
- Seien Sie vorsichtig mit scharfen Instrumenten sowie bei der Entsorgung von Messern und Nadeln.

Tab. II: Händeschutz in der Arbeitspraxis

- Tragen Sie Handschuhe mit Baumwollinnenseite bei feuchtem Arbeiten.
- Vermeiden Sie Hautkontakt mit chemischen Substanzen wie Lösungsmitteln und Ölen.
- Tragen Sie Schutzhandschuhe, wenn Sie diesen Lösungen ausgesetzt sind.
- Tragen Sie stets Schutzhandschuhe bei der Gartenarbeit und bei Freizeitbeschäftigungen, um Schnittverletzungen und Abschürfungen zu vermeiden.
- Bei kaltem Wetter Handschuhe tragen.
- Die Fingernägel sollten kurz und gut manikürt sein.
- Eine Handcreme sollte häufig benutzt werden.

Tab. III: Allgemeine Händefürsorge für die Zeiten außerhalb der Zahnarztpraxis.

Dermatologische Probleme im Zusammenhang mit Händehygiene und Handschuhgebrauch

Es ist bekannt, daß eine bedeutende Zahl von Zahnärzten (ungefähr 25 %) und zahnmedizinischen Assistentinnen Hautprobleme im Zusammenhang mit dem andauernden Tragen von Handschuhen in der Zahnarztpraxis entwickelt (Burke et al. 1991, Baumann et al. 1994).

Der häufige Gebrauch von Seifen und Desinfektionslösungen sowie unzulängliches Abspülen und Trocknen der Hände tragen ebenfalls dazu bei, daß der Zahnarzt zur Ausbildung von irritativen Hautreaktionen oder einer irritativen Kontaktdermatitis neigt (Cronin 1992).

Es gibt eine Reihe von chemischen Substanzen, die häufig in Handschuhen anzutreffen sind. Diese können eine Kontaktallergie oder eine irritative allergische Reaktion bei anfälligen Menschen hervorrufen (Heese et al. 1991). Dazu gehören die Restbestände an Akzeleratoren wie Thiurame und Dithiocarbamate (Cronin 1980).

Mitglieder des zahnärztlichen Teams können ebenso eine Kontakturtikaria entwickeln, die sich allgemein durch ein Jucken der Hände und Handgelenke sowie ein Anschwellen der Haut auszeichnet. Dies ist eine Überempfindlichkeit vom Soforttyp und läßt sich auf Proteinanteile im Naturlatex der Handschuhe zurückführen

(Beezhold 1992 a und b). In schweren Fällen können eine generalisierte Urtikaria, Atembeschwerden und ein anaphylaktischer Schock auftreten. Es gibt eine steigende Zahl von Berichten über nachteilige Reaktionen dieser Art, die sogar bei Patienten auftraten, die Latexhandschuhen ausgesetzt waren (Sussmann et al. 1991, FDA Medical Alert 1991).

Schlußfolgerung

Der Zahnarzt oder andere Mitglieder des Praxisteam, die Hautprobleme entwickeln, müssen wahrscheinlich das Vorgehen bei ihrer Händedesinfektion verändern.

Die alkoholische Händedesinfektion ist das hautschonendste Verfahren, sofern nicht zusätzlich zu Wasser und Waschlotionen aller Art gegriffen wird.

Wenn Probleme mit einem speziellen Produkt zur Händedesinfektion auftreten, sollte zu einem anderen Produkt gewechselt werden.

Der Praktiker mag es außerdem als hilfreich empfinden, zu einem anderen Handschuh zu wechseln, der hypoallergen (allergiegetestet) und puderfrei ist (Tab. I).

Personen, die eine persistierende Dermatitis der Hände entwickeln, sollten medizinische Beratung in Anspruch nehmen und einen Dermatologen konsultieren. Es ist dringend erforderlich, daß sowohl Zahnarzt und Helferin als auch der Patient, die eine durch Gummi hervorgerufene Kontakturtikaria haben - egal wie gering-

fällig auch immer - jeglichen Kontakt mit Naturgummi vermeiden sollten, da ein fortgesetzter Kontakt die Schwere der Überempfindlichkeitsreaktion verstärken kann. Mittlerweile sind eine Reihe von synthetischen Gummi- oder Plastikhandschuhen erhältlich, die für diejenigen Personen hilfreich sind, die Latexhandschuhe nicht vertragen.

Dank

Die Autoren möchten allen Mitgliedern von EPICD für ihre Ratschläge zu diesem Artikel danken.

Werner Fischer, Vorsitzender der Arbeitsgruppe Klinische Praxis (CH), Edmond Binhas (F), Klaus Boessmann (D), Luigi Checchi (I), Gavin Henderson (UK), Vicente Lozano (E), Michael Martin (UK), Wilfred Moorer (NL) und Peter Rothwell (UK).

Ein besonderer Dank gilt Dr. Mike Martin, Senior Lecturer and Consultant Microbiologist, Liverpool University Dental Hospital, für seine Unterstützung während der Vorbereitung dieses Artikels.

Ein Dank gilt weiterhin Dr. Clodagh King, Consultant Dermatologist, Royal Liverpool University Hospital, UK, für ihre hilfreichen Ratschläge und Kritik.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. B. Guggenheim
Zahnärztliches Institut der
Universität Zürich
Plattenstraße 11
CH-8028 Zürich

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung aus:
Schweiz Monatsschr Zahnmed, Vol. 104: 6/1994

Literatur

- Adams D, Bagg J, Limaye M, Parsons K, Absi E G: A clinical evaluation of glove washing and re-use in dental practice. *J Hosp Infect* 20: 153-162 (1992)
- Albin M S, Burregin L, Duke E S, Ritter R R, Page C P: Anatomy of a defective barrier; sequential glove leak detection in a surgical and dental environment. *Crit Care Med* 20:170-184(1992)
- Ayliffe G A J, Babb J R, Quoraishi A H: A test for hygienic hand disinfection. *J Clin Pathol* 31: 923-928 (1978)
- Baggett F J, Burke F J T, Wilson N H F: An assessment of the incidence of punctures in gloves when worn tot routine operative procedures. *Br Dent J* 174: 412-416 (1993)
- Baumann M A: Protective gloves. *Int Dent J* 42: 170-1 80 (1992)
- Baumann M A, Becker A, Doll G M: Handekzeme bei Studenten der Zahnheilkunde. *Dtsch Zahnärztl Z*, im Druck (1994)
- Baumann M A, Klapper M: Silikonabformmassen und Latexhandschuhe. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 102: 688-692 (1992a)
- Baumann M A, Klapper M: Über die Aushärtung von Elastomeren und Alginaten beim Anmischen mit Schutzhandschuhen aus unterschiedlichen Materialien. *Zahnärztl Welt* 101: 688-694 (1992b)
- BDA: British Dental Association: The control of cross-infection in dentistry. Advisory service. Advice sheet A 12. London (1993)
- Beezhold D H: Latex allergy. *Biomed Instrum Technol* 26: 238-240 (1992a)
- Beezhold D H: Leap: Latex ELISA for antigenic proteins preliminary report. *Guthrie J* 61:77-88(1992b)
- Beezhold D H, Beck W C: Surgical glove powders bind latex antigens. *Arch Surg* 127: 1354-1357(1992)
- Burke F J T, Wilson N H F, Wastell D, Cheung S W: Glove use in clinical practice: A survey of 2000 dentists in England and Wales. *Br Dent J* 171: 128-131 (1991)
- Checchi L, Conti S, D'Achille C D: Evaluation of the permeability of latex gloves for use in dental practice. *Quintessence Int* 22: 949-959 (1991)
- Cronin E: Rubber. In: Cronin E (Hrsg): Contact dermatitis. Churchill Livingstone, Edinburgh, pp 714-770 (1980)
- Cronin E: Barrier creams. In: Griffiths W A, Wilkinson D S (Hrsg): Essentials of industrial dermatology, Blackwell Scientific Publications, Oxford (1985)
- Cronin E: Hand eczema. In: Rycroft R J G, Menné T, Frosch P J, Benezra C (Hrsg): Textbook of contact dermatitis. Springer, Berlin (1992)
- DAHZ (Deutscher Arbeitskreis für Hygiene in der Zahnarztpraxis): Die Empfehlungen des Deutschen Arbeitskreises für Hygiene in der Zahnarztpraxis. 3. Aufl. (1993)
- Danish Dental Association: Guidelines for clinical hygiene. 11. Juni 1993
- Ellis H: The hazards of surgical glove dusting powders. *Surgery* 171: 521-527 (1990)
- FDA Medical Alert: Allergic reactions to latex-containing medical devices (1991)
- Field E A, King C M: Skin problems associated with routine wearing of protective gloves in dental practice. *Br Dent J* 169: 281-285 (1991)
- Heese A, Hintzenstern J, Peters K P: Allergic and irritant reactions to rubber gloves in medical health services. *Am Acad Dermatol* 5: 831-839 (1991)
- Katz J N, Gobetti J P, Shipman C: Fluorecein dye evaluation of glove integrity. *J Am Dent Assoc* 118: 327-331 (1989)
- Martin M V, Dunn H M, Field E A, Field J K, Hibbert S A, McGowan P, Wardle J A: A physical und microbiological evaluation of the re-use of non-sterile gloves. *Br Dent J* 165:321-324(1988)
- Otis L L, Cottone J A: Prevalence of perforations in disposable latex gloves during routine dental treatment. *J Am Dent Assoc* 118: 321-324 (1989)
- Rosen M, Touyz L Z, Becker P J: The effect of latex gloves on setting time of vinyl polysiloxane putty impression materials. *Br Dent J* 166: 374-375 (1989)
- Rothwell P S, van Noort R: Starch contamination of etched materials from rubber gloves used in dentistry. *Dental Echo* 7: 87-89 (1990)
- Rotter M: Realismus in der Krankenhaushygiene. *Hyg med* 5:47-51 (1980)
- Schiffner U: Defekthäufigkeit an Einmalhandschuhen nach längerer Behandlungsdauer. *Dtsch Zahnärztl Zeitschr* 44: 661-663 (1989)
- Sims W: The problem of cross-infection in dental surgery with particular reference to serum hepatitis. *J Dent* 8: 20-26 (1980)
- Sussmann G L, Tavio S, Dolovich J: The spectrum of IgE-mediated responses to latex. *J Am Med Assoc* 285; 2844-2847 (1991)
- Wiehle P, Guggenheim B: Hygienegerechtes Praxiskonzept (II). *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 103 (9): 1127-1140 (1993)

Einführung in das Re Implant-System

Das Reimplantieren natürlicher Zähne ist eine Behandlungsmethode des Zahnarztes, die vor allen Dingen bei Zahnverlusten nach Unfall eingesetzt wird. Der verlorengegangene Zahn wird dabei sofort in die Alveole zurückgesetzt.

Die Tatsache, daß die Wurzelsubstanz nach einiger Zeit vom Knochen resorbiert wird, hat dazu geführt, daß diese Reimplantationen nur von relativ kurzzeitigem Erfolg gekennzeichnet sind.

Die Literatur beschreibt ferner Reimplantatsysteme, bei denen die natürlichen Wurzeln auf gußtechnischem Wege nach Abdruck hergestellt und dann reimplantiert werden. Auch diese Systeme hatten vor allen Dingen durch die Tatsache, daß auf die Gußtechnik zurückgegriffen wurde, wenig Erfolg.

Inhomogene Güsse und nicht biokompatibles Gußmaterial verhinderten einen langfristigen Erfolg. Erst der neue Werkstoff Titan zeigt, daß hier ein Material zur Verfügung steht, das biokompatibel ist und ohne Probleme in den Knochen einwächst.

Die Grundidee des Reimplantates besteht darin, daß bei Zahnverlust nicht einzusehen ist, auch die zwei gesunden Nachbarzähne im Front- und Seitenzahnbereich zu beschädigen, indem man sie beschleift, um eine Brücke anzufertigen. Medizinisch sinnvoller ist es, le-

diglich den extrahierten Zahn zu ersetzen, indem man eine künstliche Wurzel anfertigt. Ein chirurgischer Eingriff mit den bekannten Risiken, wie bei herkömmlichen Implantaten, entfällt.

Basierend auf dieser Grundidee wurde in Zusammenarbeit mit Dr. med. dent. Burkhard Gieloff, ZTM Gerold Klaus und Franz Rademacher von Servo-Dental ein Gerät entwickelt, bei dem eine 1:1 Kopie der extrahierten Wurzel erfolgt.

Nach anfänglichen Erfolgen stellten sich jedoch Probleme ein, so daß dieses System noch einmal überdacht werden mußte. Es wurde klar, daß eine 1:1-Kopie der extrahierten Wurzel zu keinem Erfolg führen kann.

Bei der Extraktion erweitert sich das Zahnfach (Alveole), so daß es mit einer 1:1-Kopie einer Wurzel zu keiner Primärstabilität des Implantates kommen kann, da dieses ja zu klein ist. Diese Primärstabilität ist aber eine absolut unabdingbare Voraussetzung für das problemlose Einwachsen der Titanwurzel.

Um eine künstliche Zahnwurzel herzustellen, die den neuen anatomischen Gegebenheiten des Zahnfaches entspricht, war es deshalb erforderlich, zunächst ein Gerät zu entwickeln, bei dem es möglich ist, über einen Laserstrahl die Konturen der extrahierten Zahnwurzel zu erfassen und diese Werte im Computer zu speichern.

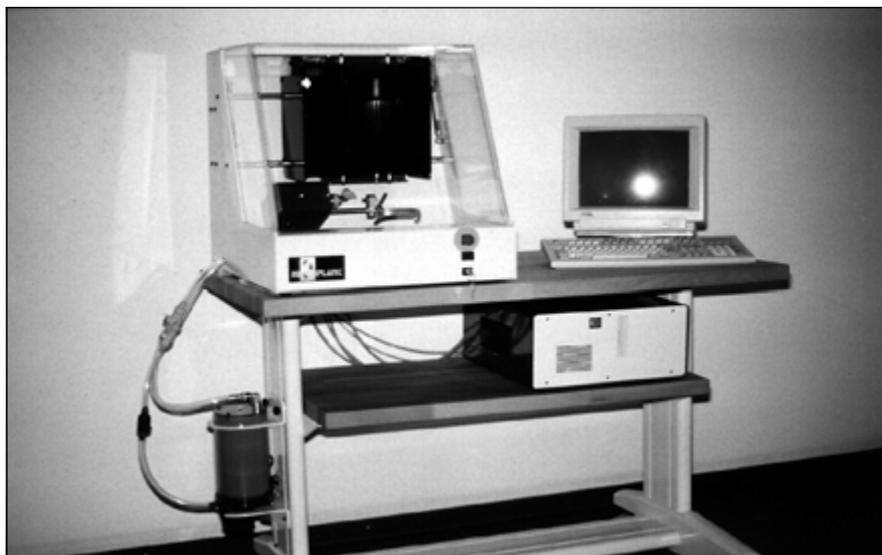


Abb. 1.: Das Re Implant Bearbeitungszentrum für die Laserabtastung und Fräsung der individuellen Titanimplantate

Dafür wurde ein Computerprogramm entwickelt, das es ermöglicht, die vom Laser ermittelten Werte derart abzuändern, daß das Implantatprofil sich zwar an der alten Wurzelform orientiert, aber jetzt der extraktionsbedingten veränderten Knochensituation gerecht wird. Ferner wurde die Möglichkeit geschaffen, aus einem Titan-Rohimplantat das eigentliche Bio-Design-Implantat zu fräsen. Die besondere Gestaltung dieses Implantates wurde zum Patent angemeldet.

Mit Hilfe des Re Implant Verfahrens ist es also möglich, innerhalb kürzester Zeit (ca. 4 Stunden) ohne größeren operativen Eingriff einen extrahierten Zahn im Wurzelbereich zu ersetzen, so daß die gesunden Nachbarzähne geschont werden. Sofern Nachbarzähne zu einem späteren Zeitpunkt extrahiert werden müssen, kann dieser Arbeitsvorgang wiederholt werden. Es entstehen dann mehrere Einzelimplantate. Falls aus prothetischer Sicht eine andere Lösung als Einzelzahnversorgung erforderlich wird, so läßt sich das Bio-Design-Implantat auch als Pfeilerzahn einsetzen.

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an:

Re-Implant, Dentale Systeme GmbH,
Rohrstraße 20, 58093 Hagen,
Tel.: 0 23 31/95 91 12,
Fax: 0 23 31/95 91 38.

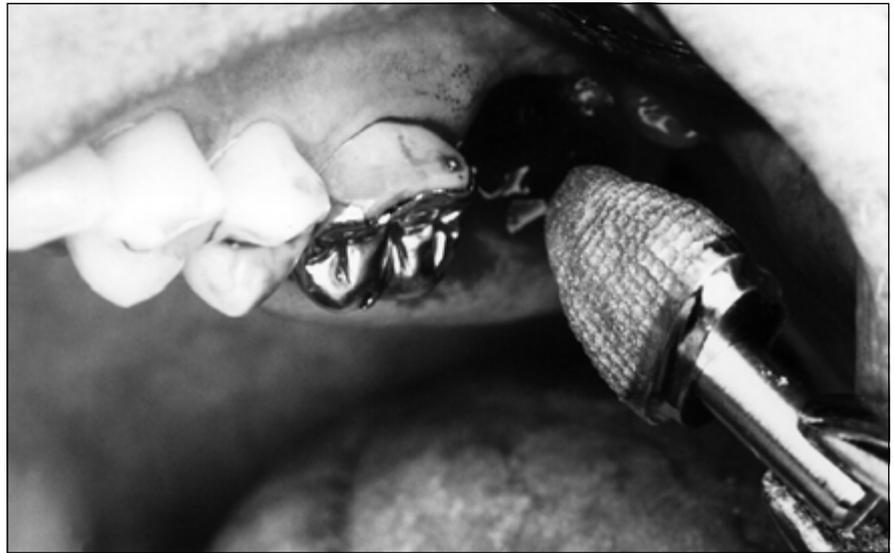


Abb. 2.: Das anatomische Bio-Design-Implantat nutzt die auscurettierte, leere Alveole – weitestgehend unverändert – als ideales Implantatlager. Ob Notfallimplantologie oder vorgesehener Eingriff, ohne chirurgische Implantatbesserung sind Risiken und Belastung für den Patienten denkbar gering.

Wir gratulieren!

**zum 90. Geburtstag
am 31.5.**

Herrn SR Otto Hanff
Lessingstraße 3, 99310 Arnstadt

**zum 70. Geburtstag
am 7.5.**

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

**zum 70. Geburtstag
am 9.5.**

Herrn SR Dr. Otto Däumer
Ziegeleistraße 52, 99817 Eisenach

**zum 60. Geburtstag
am 12.5.**

Herrn Ekkehard Pretschold
An der Roda 1, 07646 Stadtroda

**zum 60. Geburtstag
am 19.5.**

Frau Thea Plonka
Kernbergstraße 19, 07749 Jena

**zum 60. Geburtstag
am 22.5.**

Frau Dr. Helga Hofmann
Binswangerstr. 20, 07747 Jena-Neulobeda

Individualprophylaxe im Wandel

S. Kulmer und E. Favero

Die 7. Innsbrucker Zahn-Prophylaxetage, am 21. und 22. Oktober 1994 - erstmals volle zwei Tage -, vereinigten über 600 interessierte und hochmotivierte Teilnehmer/innen. Alle Seminare und Vorträge hatten den Grundtenor: die Individualprophylaxe ist im Wandel - muß sich wandeln.

Dr. Lutz Laurisch aus Korschenbroich zeigte in seinem Vortrag "Prophylaxe beginnt im Bauch" jenes praxisnahe Präventionskonzept, das er in 13-jähriger Praxistätigkeit entwickelt hat, und er meinte einmal, daß bereits während der Schwangerschaft die Prophylaxe bei den Eltern ansetzen muß und andererseits eben auch gefühlsmäßig aus dem Bauch kommen muß, um erfolgreich zu sein.

Ganz allgemein setzt sich nunmehr nach Jahrhunderten die Erkenntnis durch, daß sowohl Karies als auch Parodontalerkrankungen durch Mikroorganismen hervorgerufen werden und daher übertragbar sind. Die Speicheltests sind sicher ein großer Fortschritt, müssen aber ihrer Wertigkeit entsprechend eingesetzt werden.

Dr. Laurisch wird nunmehr mit einem Dissertanten untersuchen, wie weit die von ihm in der Praxis durchgeführten Speicheltests einen realen Voraussagewert hatten. Die Anwesenheit von

Bakterien allein führt eben noch nicht unbedingt zu einer Erkrankung - dazu bedarf es weiterer Faktoren.

Dr. Christiane Matter und Dr. René Baillod (Interlaken/Zürich) zeigten "Die persönliche und gesellschaftliche Bedeutung der oralen Gesundheit".

In großartigen Bildern und in einem mitreißenden Vortrag - Schweizer Kabarett in bester Form - wurden die verschiedenen Typen psychologisch analysiert und dargestellt. Sicher viele Anregungen für alle in der Prophylaxe Tätigen, die entsprechenden Patiententypen gezielt anzusprechen, damit erfolgreich zu sein und Enttäuschungen möglichst zu vermeiden.

Dr. Peter Minnig aus Basel führte als Prophylax ein Telefongespräch mit der süßen Versuchung. Hierbei zeigte ihm die süße Versuchung - exzellent dargestellt auch durch die Einspielung von Werbespots aus dem Schweizer Fernsehen -, daß mit Geboten und Verboten nicht allzuviel zu erreichen ist, und daß sich die Prophylaxe auf eine erfolversprechende positive Patientenmotivation umstellen sollte.

Dr. Thomas Schneller, Diplompsychologe aus Hannover, bestätigte in seinem Vortrag "Die psychologische Hälfte der Individualprophylaxe" die vorangegangenen Seminare und Vorträge, das

Abrücken von Verboten und Geboten und eine Hinwendung zu einem echt ärztlichen und psychologischen Vorgehen, und er stellte klar heraus, daß Erfolg nur dann zu erzielen ist, wenn das gesamte Praxisteam hochmotiviert ist und eine gemeinsame Sprache spricht.

In dem Vortrag "Prophylaxe - Quo vadis?" faßte Univ.-Prof. Dr. Siegfried Kulmer, Innsbruck, die zwei Tage nochmals zusammen.

Für Praktiker ist es wichtig zu wissen, welche langjährigen Säulen der Prophylaxe sich bewährt haben, welche in Erprobung sind und was die Zukunftsvisionen sind. An erster Stelle steht immer noch die Ernährung und das Ernährungsverhalten, ebenso wie die Psyche. Die Ernährungsstudie mit experimenteller Gingivitis wird heute zunehmend bestätigt, und es wird allgemein anerkannt, daß die Ernährung den Gastrointestinaltrakt und damit den Stoffwechsel und das Immunsystem beeinflusst.

So sind die bunten, griffgünstigen Plastikflaschen, die den Kleinkindern umgehängt werden oder mit denen sie - süchtig - herumlaufen, eine Geisel unserer Zeit. Gegen diese ständige Zuckerezufuhr - wie auch in einer großen Untersuchung in Tansania gezeigt, bestand zwischen florider Karies der Milchzähne, besonders der Frontzähne, und dem

Schlafen mit dem Brustnippel im Mund, was ebenfalls einer ständigen Zuckerzufuhr gleichkommt, besonders in der Nacht, wo der Speichelfluß deutlich herabgesetzt ist, eine hochsignifikante Korrelation - versagen die anderen Säulen der Prophylaxe.

Zusätzlich kann die Psyche einmal auf dem chemischen Wege (z. B. Stresshormone, etc.), andererseits auf direktem Wege über Nervenfasern das Immunsystem beeinflussen und hat damit Auswirkungen auf den Verlauf von Karies und Zahnfleischerkrankungen.

Der mechanischen Plaqueentfernung kommt auch heute noch entscheidende Bedeutung zu und in einer Zeitstudie konnte gezeigt werden, daß die getesteten Hand- und elektrischen Zahnbürsten in den ersten vier Minuten signifikant Plaque entfernen, und die Signifikanz gegen Ende der sechs Minuten verschwindet. Schon in der ersten Putzstudie konnte Axelsson bestätigt werden, daß nämlich durch eine intensive Mundhygienephase mit zahlreichen professionellen Zahnreinigungen der Plaque-formation-rate-index langfristig verbessert werden kann, obwohl anschließend nur mehr ein- bis zweimalige jährliche Kontrollen durchgeführt worden waren.

Bei den Fluoriden geht der Trend weltweit eindeutig zur täglichen lokalen Anwendung - besonders mittels Zahnpasten.

Des weiteren zu immer niedrigeren Dosierungen, nicht zuletzt auf Grund der Konzentration der Nahrungsmittelindustrie und damit verstärktem Verzehr von Fertigprodukten, der zusammen mit den immer zahlreicher werdenden fluoridhaltigen chemischen Mundhygienemitteln zu einer unkontrollierten Zunahme der Fluoridzufuhr führt. Die Fluoride sind nur ein - aber ein unverzichtbares - Steinchen in der gesamten Prophylaxe.

Die derzeit so aktuelle Softchemoprävention muß ihre Langzeitbewährungsprobe erst bestehen.

In den Ganztagesseminaren am Freitag und halbtägigen Seminaren am Samstagvormittag wurde die Individualprophylaxe in der zahnärztlichen Praxis von allen Seiten beleuchtet. Die zentrale Stellung der Prophylaxe in der modernen Zahnmedizin war für alle Referent/en/innen und alle Teilnehmer/innen unbestritten. Die mit einer kurativen Fachausbildung verbundenen Kenntnisse sind für die Prophylaxe in der zahnärztlichen Praxis

jedoch nicht ausreichend. Die psychologischen und pädagogischen Aspekte, wie wohl auch ein entsprechendes Management, sind in der präventiven Tätigkeit für Zahnärzt/e/innen und ihre entsprechend geschulten Mitarbeiter/innen vorrangig.

Dr. Günther Dhom aus Ludwigshafen ("Die erfolgreiche Kommunikation in der Prophylaxe"), ein Experte für Managementfragen in der Zahnarztpraxis und selbst tätiger Zahnarzt, konnte in seinem Seminar vor allem die wesentlichen Bereiche der Kommunikation in der Praxis herausarbeiten. Eine nicht enden wollende Diskussion zeigte, wie sehr er mit seinen Ausführungen die Zuhörer animieren konnte, dieses Thema zu verarbeiten.

Dr. Walter Wadsak, ein Pionier der Zahnprophylaxe in Österreich, ("Individualprophylaxe - ein Leben lang") zeigte in bewährter Form den Seminarteilnehmern, wie Individualprophylaxe ein Leben lang für den Patienten und den Zahnarzt positiv verläuft.

Keramik-Inlays, 1-4 fl. Empress

DM 198,50 zuzügl. Mod., MwSt. im justierb. Artik. adaptiert
Superqualität!

Versand mit PKW möglich!

Göttinger Dental-Labor, Filiale Erfurt

Heiko Dohrn GmbH

Magdeburger Allee 59, 99086 Erfurt

Telef. Kontaktaufnahme: Herr B. Kupke

Tel./Fax: 03 61/6 42 19 96

Anzeige

Dr. Thomas Schneller aus Hannover, ("Individualprophylaxe: Patientenführung, Beratung und Motivierung") konnte als ausgebildeter Psychologe den begeisterten Seminarteilnehmern die psychologischen Hintergründe unserer präventiven Tätigkeit in interessanter Form näherbringen.

Frau Dr. Doris Zollner und Frau Dipl. Diät Ass. Alice Klausner aus Innsbruck, ("Grundlagen der Ernährungsberatung") stellten in ihrem Seminar grundsätzlich fest, daß zahngesunde Ernährung mit den Empfehlungen zur Förderung der allgemeinen Gesundheit

übereinstimmen müssen. Sie führten den Seminarteilnehmer/n/innen vor Augen, daß neben einem fundierten Ernährungswissen selbstverständlich auch entsprechende Beratungstechnik vorhanden sein muß, um Patienten motivieren und instruieren zu können.

Dr. Favero und Frau Cornelia Ritter, ("Mundhygiene - Wege zur prophylaxeorientierten Praxis") versuchten in ihrem Seminar zum einen, einen Überblick über die Prophylaxemöglichkeiten zu geben und zum anderen, das Gerüst aufzuzeichnen, wie man die einzelnen Prophylaxesitzungen durchführt.

Mit einer interessanten und engagierten Diskussion unter der bewährten Leitung von Dir. Dr. Büttner, Basel, wurde die inzwischen größte und bedeutendste Prophylaxeveranstaltung Österreichs mit internationaler Beteiligung beendet.

Aus:
Österreichische Zahnärzte-Zeitung 3/95

VIEL LUXUS SERIENMÄSSIG: CHRYSLER VISION.

LEDERAUSSTATTUNG,
KLIMAAUTOMATIK,
ELEKTRONISCHE GESCHWINDIG-
KEITSREGELUNG, ELEKTRISCH
EINSTELLBARE VORDERSITZE.

- ▶ elektrische Fensterheber vorn und hinten
- ▶ automatisch abblendender Innenspiegel
- ▶ elektrisch einstell- und beheizbare Außenspiegel
- ▶ 3,5-l-V6-Motor mit 155 kW (211 PS)
- ▶ 4-Stufen-Automatik
- ▶ Antriebsschlupfregelung
- ▶ Fahrer- und Beifahrer-Airbag
- ▶ Antiblockiersystem
- ▶ Seitenaufprallschutz



CHRYSLER

DIE INDIVIDUELLE ART, LUXUS ZU ERFAHREN.
LERNEN SIE DEN CHRYSLER VISION KENNEN!

PROBEFAHRT, BERATUNG UND VERKAUF - NUR WÄHREND DER GESETZLICHEN ÖFFNUNGSZEITEN - BEI IHREM NÄCHSTEN CHRYSLER/JEEP VERTRAGSPARTNER.

HESS Automobile

Erfurter Str. 109 • 99510 Apolda
Tel. (03644) 24 81 • Fax 39 93

Neue Aspekte der Pressearbeit

Die Länderpressereferenten der Zahnärztekammern und KZVen aus allen Bundesländern kamen am 17. und 18. März 1995 im Zahnärztehaus in München zu ihrem halbjährigen Erfahrungsaustausch zusammen.

Der Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Jobst Wilken Carl, moderierte das Treffen und erläuterte zu Beginn zusammen mit Dieter Krenkel, KZBV-Vorstandsmitglied für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Details und Hintergründe des Konzeptes "Vertrags- und Wahlleistungen". Dr. Carl verwies auch darauf, daß sich nach der im vergangenen Jahr stattgefundenen Budgetdiskussion die Journalisten den zahnärztlichen Themen intensiver widmen und die Öffentlichkeit differenzierter informiert wird.

Drei Referate standen am ersten Arbeitstag auf dem Programm. "Wie planen und praktizieren andere die Öffentlichkeitsarbeit?" - darüber sprach Dr. Wolfgang Müller, Leiter des Aids-Referates der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Freimütig gewährte er den Teilnehmern einen Einblick in die Kampagnen, ihre Erfolge und Mißerfolge.

Die Vertreter der niederländischen Zahnärzteorganisation *Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde*, Vizepräsident Hans t'Hart und Dr. Carla Peddemors, Leiterin der Abteilung *Public Relations*, erläuterten das System

der zahnärztlichen Versorgung in den Niederlanden und die Öffentlichkeitsarbeit der niederländischen Zahnärzteschaft.

Dieter Krenkel ging in seinem abschließenden Bericht auf die Einkaufsmodelle und ihre Folgen und deren Aspekte hinsichtlich der Öffentlichkeitsarbeit ein: "Um es auf den Punkt zu bringen: Einkaufsmodelle heißt, Krankenkassen schließen mit einzelnen Arztgruppen einen Behandlungsvertrag. Es liegt in der Natur der Sache, daß damit bestimmte Ärzte/Zahnärzte vor Ort nicht in diesen Behandlungsvertrag einbezogen sind. Gleichzeitig besagen Einkaufsmodelle, daß Versicherte bei Behandlungsnotwendigkeit sich an diese "Vertragszahnärzte" zu wenden haben. Tun sie das nicht, werden sie in irgendeiner Form "bestraft", z. B. durch Verlust der Kostenübernahme oder durch höhere Anteile des Versicherten - wie auch immer.

Konsequenz ist, daß der Versicherte und Patient ganz entscheidend in der Wahl des Arztes seines Vertrauens gehindert ist. Er kann nicht zu dem Arzt und Zahnarzt seiner Wahl gehen. Ein zweites ist auch denkbar: Da der Behandlungsvertrag "neben einer wie auch immer gearteten Grundversorgung bestimmte, von Krankenkasse zu Krankenkasse im Prinzip unterschiedliche Zusatzleistungen beinhaltet, ist der Versicherte gegebenenfalls

auch in der Auswahl der Behandlungsart gehindert. 'Wettbewerb im Gesundheitswesen' findet also ohne den Patienten statt; damit wird aber eine entscheidende Größe außen vor gelassen.

Mehr Wettbewerb kann ohne den Patienten nur einseitig ablaufen; deswegen sind alle Einkaufsmodelle zutiefst patientenfeindlich. Denn Kostendämpfung und Kosteneinsparung ist im Gesundheitswesen nicht alles."

Den zweiten Arbeitstag leitete Thomas Rommerskirchen, Chefredakteur und Herausgeber von "journalist" und "pr-magazin" mit seinem Bericht "Die typischen Fallstricke in der Öffentlichkeitsarbeit, wenn's hoch hergeht" ein.

Die Rolle der Öffentlichkeitsarbeit in bestimmten Krisen müsse immer die Transparenz der Problematik und die Verdeutlichung der Ziele sein. Das gelte auch für den zahnärztlichen Bereich. Hier seien allerdings sämtliche kontrovers behandelten Themen und alle "Gegner" bekannt. Wichtig sei, die Kommunikations- und Informationsschienen immer wieder zu üben und so Vertrauen aufzubauen.

Zwei Workshops mit praktischen Tips für Pressefotos und die Computerisierung in der Pressearbeit und Pressestelle rundeten die zweitägige Diskussionsrunde ab.

Ch. Meinel

Rehabilitation - eine Chance für die Gesundheit

3. Thüringer Gesundheitswoche

Die Hauptveranstaltung zur dritten Thüringer Gesundheitswoche fand am 5. April 1995 in Bad Sulza statt. Die öffentliche Veranstaltung stand unter dem Motto "Rehabilitation - eine Chance für die Gesundheit - Bad Sulzaer Reha-Einrichtungen stellen sich vor". Der Tag wurde im Rahmen des Vorsorgeprogrammes der Weltgesundheitsorganisation WHO und den vier Reha-Einrichtungen Bad Sulzas getragen.

Warum wurde nun gerade Bad Sulza ausgewählt? Hier handelt es sich um einen Kurort mit langer Tradition, der eine Vielzahl und eine Vielfalt der Einrichtungen vorweisen kann, sowohl im Erwachsenen- und Kinderbereich als auch die verschiedenen Trägerschaften betreffend.

Zudem gibt es eine Kumulation aktueller Themen wie Standortfragen, höhere Anforderungen in medizinischer und wirtschaftlicher Hinsicht, Defizite und Risiken, Kostenfragen. Der Mut zur Risikobereitschaft, Innovation und zum Handeln muß gefördert werden. Im TOMESA (Totes-Meer-Salz)-Klinikzentrum hatten alle vier Einrichtungen Gelegenheit, ihre Häuser vorzustellen: das TOMESA-Klinikzentrum, die Kurklinik "Sophie", das Kindersanatorium "Am Kurpark" und die Kinderklinik der Ernst-Abbé-Stiftung.

Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen, Haut- und Gelenkerkrankungen können sich hier einer physikalischen, medikamentösen und physiotherapeutischen Behandlung unterziehen.

Während der Veranstaltung bestand an Info-Ständen der Landesversicherungsanstalt, der vier Reha-Einrichtungen und der Kommune Gelegenheit zur Information und individuellen Beratung. Die Gäste wurden außerdem

über bevorstehende Modernisierungen der Häuser, über neue Trägerschaften und damit zusammenhängende Umstrukturierungen, z. B. die Zusammenlegung der beiden Kinderkureinrichtungen, informiert.

Das Wohl des Patienten steht immer im Vordergrund, auch wenn die Frage erhoben wurde, wie eine moderne Rehabilitation nach der 3. Stufe der Gesundheitsreform noch bezahlbar sein wird.



*Das TOMESA-Klinikzentrum
Foto: Meinel*

Neues Faltblatt zur Alterszahnheilkunde



Köln (info-Z) - 23.3.1995 - "Die Dritten" heißt das neue Faltblatt zur Alterszahnheilkunde, das der Ausschuß Zahnärztliche Berufsausübung der Bundeszahnärztekammer in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Gerostomatologie erarbeitet hat.

Es enthält nützliche Hinweise über den Umgang mit Zahnersatz und gibt Tips zur Pflege der Dritten Zähne. Es richtet sich an ältere Menschen und an Pflegekräfte in Senioren-Einrichtungen. Das Thema "Alterszahnheilkunde", das auch einen Schwerpunkt des 24. Deut-

schen Zahnärztetages vom 31.3. bis 1.4.95 in Köln darstellte, gewinnt in der zahnärztlichen Versorgung immer mehr an Bedeutung. Deshalb ist es für die Bundeszahnärztekammer ein wichtiges Anliegen, möglichst viele ältere Menschen mit ihren Informationen zu erreichen.

Interessenten können das Faltblatt im Set von je 10 Exemplaren zum Preis von 2,- DM pro Set (= Stückpreis von 0,20 DM) zzgl. Portokosten schriftlich bei der Informationsstelle der Deutschen Zahnärzte, Postfach 410168, 50861 Köln, bestellen.

Neuer Vorstand

Der Landesverband Thüringen des Bundesverbandes Deutscher Ärzte für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie hat seit dem 30. November 1994 einen neuen Vorstand.

Landesvorsitzender: Dr. H.-D. Höft, Leipziger Str. 22, 07545 Gera

Vertreter der Hochschule: Prof. Dr. Dr. W. Zenk, Hilgenfeldweg 2, 07743 Jena

weitere Vorstandsmitglieder: Dr. W. Herrmann, Rennbahn 3, 99817 Eisenach; Dr. H. Hofmann, A.-Schweitzer-Str. 2, 98527 Suhl; Dr. P. Oswald, Leipziger Str. 22, 07545 Gera

INKASSO

DENTAL-TARIF

Patient zahlt nicht!



**Forderungseinzug durch Profis
seriös, zuverlässig, diskret**

Hotline: 03 61/21 01 20

Willi Regel &
Thomas Regel
GmbH & Co. KG

Bürgel Erfurt
Altonaer Straße 25
99085 Erfurt
Telefon 0361/2 10 12-0
Telefax 0361/60 21 04

An dieser Stelle setzen wir den Beitrag aus Heft 4/95 fort:

Zur Haftung des Zahnarztes für Nervenläsionen

Eine Rechtssprechungsübersicht

Wenn der Nervus lingualis und der Nervus glossopharyngeus⁶²⁾ geschädigt werden – die in unmittelbarer Nachbarschaft des Foramen mandibulae⁶³⁾, wo das Lokalanästhetikum injiziert werden muß, bzw. des zu entfernenden Weisheitszahnes 48 verlaufen, weshalb ihre Verletzung durch die Injektion oder die Operationsmaßnahme auch von einem erfahrenen und sorgfältigen Zahnarzt nicht zuverlässig vermieden werden kann –, so gehört eine derartige Nervenläsion zu den seltenen, aber nicht ausschließbaren Risiken dieses Eingriffs⁶⁴⁾.

b) Ursachen der Nervenverletzung

Ursache der Lingualisschädigung nach direktem Treffer mit scharfer Einmalkanüle ist wohl in erster Linie die zu schnelle intraneurale Einspritzung eines zu großen Flüssigkeitsvolumens⁶⁵⁾.

Für den Fall, daß der Zahnarzt Kanülen wiederverwendet und sterilisiert, muß er unbedingt vor der Injektion die Nadelspitze auf Beschädigungen oder Abstumpfen

überprüfen, wenn er beim Durchstechen des Nervus lingualis, das sich nicht immer vermeiden läßt, nicht einen unnötigen Schaden verursachen will⁶⁶⁾. Es wird deshalb empfohlen, vor einer Leitungsanästhesie die Kanüle zu kontrollieren, langsam zu infizieren und Knochenkontakt nur andeutungsweise zu suchen, weil sich bei kräftigem Aufdruck die Nadelspitze verbiegen und in diesem Zustand Nervenfasern zerreißen kann; die Folgen sind dann Beschwerden über viele Monate, weil die nicht immer restlose Regeneration lange dauert⁶⁷⁾.

3. Symptomatik des Spritzenschadens

a) Sofortschmerz

aa) Für die Annahme eines Spritzenschadens entscheidende Symptomatik unmittelbar nach dem Einstich sind Sofortschmerz und sofortige, in der Folgezeit andauernde Anästhesie⁶⁸⁾.

Der Sofortschmerz tritt während des Einstiches der Nadel oder während der Injektion auf und ist charakterisiert durch ein "Elektrisieren" oder einen "Stich" mit Ausstrahlung in das sensible Innervationsgebiet⁶⁹⁾ des betroffenen Nervs; bei genauer Befragung läßt sich bei den meisten Patienten ein derartiger initialer Schmerz, der

auf eine intraneurale Nadelposition hinweist, eruieren⁷⁰⁾.

bb) Der genannte Sofortschmerz, der tatsächlich meistens den Direkttreffer des Nervs anzeigt, kann fehlen, wenn nach Setzung eines Depots zur Sicherheit oder aus anderen, bei manchen Eingriffen indizierten oder doch vertretbaren Gründen nochmals injiziert wird und der Nervus lingualis schon an- oder hypästhetisch ist⁷¹⁾.

b) Verhalten des Zahnarztes

Ein kurzzeitiger, heftiger, elektrisierender Schmerz zeigt die Verletzung des Nervus lingualis an. Der Zahnarzt muß, wenn er – wie infolge der heftigen Schmerzreaktion des Patienten – erkennt, daß er den Zungennerv getroffen hat, die Injektion sofort abbrechen⁷²⁾; nur durch sofortigen Abbruch der Injektion läßt sich ein Dauerschaden verhindern⁷³⁾.

4. Kanülenbruch

a) Allgemeines

Ursachen für den Kanülenbruch sind die Verwendung ungeeigneter (bruchgefährdeter) Kanülen, Fehler der Injektionstechnik⁷⁴⁾ und plötzliche Abwehrbewegungen des Patienten⁷⁵⁾.

aa) Insbesondere zu kurze Kanülen eignen sich nicht für die Leitungsanästhesie, eine Länge von wenigstens 42 mm ist erforderlich; die



**Werbung im tzb?
Anruf genügt!**
(0 36 44) 55 58 12

Verwendung zu kurzer Kanülen muß als schwerer technischer, gegebenenfalls auch in forensischer Hinsicht bedeutungsvoller Fehler angesehen werden⁷⁶⁾.

Der Zahnarzt hat einen Kanülenbruch mit in das Gewebe retrahiertem Fragment jedenfalls zu verantworten, wenn er die Kanüle bis zum Konus – wo sie vorwiegend abzubrechen pflegt⁷⁷⁾ – eingestochen hat⁷⁸⁾.

bb) Dem Zahnarzt wird geraten, die heute gebräuchlichen Einmalkanülen und Einmalspritzen zu benutzen, die nach dem Gebrauch weggeworfen werden; mit diesen Instrumenten erfolgen kaum Kanülenbrüche⁷⁹⁾.

Die Zahl der Komplikationsmöglichkeiten bei der Verwendung der herkömmlichen, sterilisierbaren Kanülen ist so groß, daß diese zumindest zur Leitungsanästhesie als fachlich nicht mehr vertretbar erachtet werden können⁸⁰⁾. Vor allem bei Verwendung veralteter und fehlerhafter Stahlkanülen oder bei einer solchen von Kanülen, die durch zu häufigen Gebrauch und oftmalige Sterilisation spröde geworden sind, können Komplikationen der genannten Art auftreten, wozu noch Reflexbewegungen ängstlicher und nervöser Patienten kommen⁸¹⁾.

Karpulenspritzen erzeugen bei intraneuraler Lage der Nadelspitze zu große Drücke, und nur der Zahnarzt, der sich dessen bewußt ist, kann dennoch Komplikationen verhindern, wobei allerdings

das Verfahren an sich nicht als Fehler bezeichnet werden kann⁸²⁾.

Fabrikationsfehler sind äußerlich oft nicht erkennbar⁸³⁾. Jedenfalls ist eine gründliche Inspektion der Nadel unmittelbar vor jeder Injektion erforderlich, wobei sich die Kontrolle nicht nur auf die einwandfreie Beschaffenheit der Spitze unter Verwendung einer Lupe, sondern vor allem auf ihre Biege- und Bruchfestigkeit erstrecken soll⁸⁴⁾.

Nach den Grundsätzen des Anscheinsbeweises ist bei einem Kanülenbruch und dem dadurch entstandenen Schaden ein Verschulden des Zahnarztes anzunehmen, weil der Schaden typischerweise auf einen Behandlungsfehler zurückzuführen ist⁸⁵⁾.

b) Verhalten des Patienten

aa) Durch plötzliche Bewegungen des Patienten mit dem Kopf oder der Zunge oder Erfassen des Armes des Zahnarztes, der die Spritze führt, kann es zu einer plötzlichen Mehrbelastung der Kanüle und zum Bruch der Nadel kommen, insbesondere dann, wenn die Spritze durch die Knochenführung festgelegt oder durch "Umschwenken" belastet ist; trotz größter Sorgfalt und schonendem Vorgehen können Patienten Abwehrbewegungen machen, die nicht vorhersehbar sind und ein Verschulden des Zahnarztes außer Frage stellen⁸⁶⁾.

Allerdings sollen derartige Reflexbewegungen des Patienten in der Praxis verhält-

nismäßig selten festzustellen sein⁸⁷⁾.

bb) Behauptet der Zahnarzt, der Patient habe etwa nach der Hälfte der Injektion eine unvermutete Abwehrbewegung gemacht, den Kopf plötzlich zur Seite gedreht und dadurch den Kanülenbruch selbst verschuldet, so muß der Patient als beweispflichtige Partei das Vorbringen des Zahnarztes widerlegen und seinerseits beweisen, daß er den Kopf ruhig gehalten und jedenfalls durch eine Bewegung des Kopfes den Kanülenbruch nicht verursacht hat⁸⁸⁾.

c) Wiederfinden des Nadelfragments

In der Regel ist es schwierig, ein Nadelfragment in den Weichteilen zu finden, ohne es dabei noch tiefer in das Gewebe zu stoßen; die abgebrochene Kanüle kann man nur dann fassen und entfernen, wenn sie nicht unter dem Schleimhautniveau versunken ist⁸⁹⁾.

Zwecklos ist es zu versuchen, durch Pressen, Drücken oder Massieren der frakturierten Nadel habhaft zu werden, weil hierdurch das Nadelennde nur noch weiter in die Tiefe versenkt wird; die Entfernung muß ordnungsgemäß auf chirurgischem Wege durch Freilegung erfolgen⁹⁰⁾.

Es ist daher in der Regel erforderlich, die oft äußerst schwierige Entfernung des Bruchstückes durch einen Kieferchirurgen vornehmen zu lassen und den Patienten über die Komplikation zu unterrichten⁹¹⁾.

- 62) IX. Hirnnerv: Versorgt mit seinen Verzweigungen die Zunge, die Rachenmuskulatur, die Paukenhöhle, die hintere Rachenschleimhaut und die Ohrspeicheldrüse ("Zungen-Schlund-Nerv") (vgl. *Duden* aa0 [Fn. 1] S. 484).
- 63) Loch in der Mitte des Unterkieferastes (*Duden* aa0 [Fn. 1] S. 271).
- 64) LG Köln (72 O 14/80) (abgedr. bei *Gabka* aa0 [Fn. 49] S. 99).
- 65) *Schulz* aa0 (Fn. 33) S. 25. (Daß sich sehr hohe Injektionsdrücke vor allem bei Verwendung der Karpulenspritze erreichen lassen, haben manche Gewebnekrosen [Gewebstod] nach Injektionen mit diesem Spritzen-typ gelehrt.)
- 66) *Schulz* aa0 (Fn. 33) S. 25.
- 67) *Pfeifer/Lentrodt* DZZ 80, 202f.
- 68) Vgl. *Stöhr*, Iatrogene Nervenläsionen 1980 S. 25; *Schulz* aa0 (Fn. 33) S. 23.
- 69) Innervation: Organisch – die natürliche Versorgung eines Körperteils, eines Organs durch zugeordnete somatische und/oder vegetative Nerven; funktionell – die Zuleitung der Nervenreize vom Zentralnervensystem zu den entsprechenden Organen, wo sie organ-gemäße Funktionen auslösen oder hemmen (vgl. *Tutsch*, Taschenlexikon der Medizin 3. Aufl. 1981 S. 246).
- 70) *Stöhr* aa0 (Fn. 68) S. 22 m. v. N.
- 71) *Günther/Heifer*, Rechtsmedizin und Begutachtung in der zahnärztlichen Praxis 1984 S. 296.
- 72) OLG Hamm vom 19.10.1987 AHRS 2692/2.
- 73) *Günther/Heifer* aa0 (Fn. 71) S. 296.
- 74) In diesem Zusammenhang werden Gefahrenmomente für einen Injektionsnadelbruch als gegeben angenommen beim Entlangtasten am Knochen und beim "Um-schwenken" der Spritze; eine Kanüle kann durch zu hartes Aufsetzen auf den Knochen oder durch Rauigkeiten desselben gefährdet werden, ferner durch Belastungen im Winkel auf die Kanülenachse (*Lautenbach*, Zwischenfälle in der zahnärztlichen Praxis, Schweizer Monatsschrift für Zahnheilkunde 64, 1059 [10681]).
- 75) *Schulz* aa0 (Fn. 33) S. 29; *Lautenbach*, Schweizer Monatsschrift für Zahnheilkunde 64, 1059 (1068). Vgl. die folgende Zusammenstellung der möglichen Ursachen des Kanülenbruches bei *Helbig*, Ist der Zahnarzt schuld am Kanülenbruch? Das Deutsche Zahnärzteblatt 60, 503 (504): 1. Ursachen, die beim Zahnarzt liegen: Ungeschicklichkeit, Gewaltanwendung, unrichtige Injektionstechnik, brüskes Schwenken der Spritze, mangelnde Vorsicht, Unterlassen der Nadelkontrolle; 2. Ursachen, die beim Patienten liegen: Reflexbewegungen, besondere anatomische Verhältnisse; 3. Ursachen, die in der Kanüle liegen: Rostbildung, ermüdete Nadeln durch zu langes Lagern oder zu häufigen Gebrauch, Fabrikationsmängel, gebogene und wieder zurückgebogene Nadeln, stumpfe Nadeln, Schädigung der Nadel durch nicht sachgemäße Sterilisation oder nicht zweckentsprechende Desinfektionsmittel; 4. Ursachen, die im Material liegen: minderwertiges Material, Materialfehler; 5. Ursachen, die im Schraubenansatz liegen: un-zweckmäßige Konstruktion, der verlängerte Schraubenansatz.
- 76) *Schulz* aa0 (Fn. 33) S. 29. 77) Auch *Lautenbach* (Schweizer Monatsschrift für Zahnheilkunde 64, 1059 [1068]) berichtet über viele ihm bekannte Fälle, in denen die Hohnadel an der Stelle frakturiert ist, an der sie in das Köpfchen des Konus eingelassen ist.
- 78) *Günther*, Zwischenfälle in forensischer Sicht DZZ 68, 70 (77).
- 79) *Gabka* aa0 (Fn. 49) S. 101; auch *Freyberger*, Einführung in die zahnärztliche Forensik und Begutachtungspraxis 1987 S. 92.
- 80) *Günther/Heifer* aa0 (Fn. 71) S. 296.
- 81) Vgl. *Gabka* aa0 (Fn. 49) S. 101.
- 82) Vgl. *Günther/Heifer* aa0 (Fn. 71) S. 296.
- 83) Vgl. *Helbig* Das Deutsche Zahnärzteblatt 60, 503 (504).
- 84) Vgl. *Helbig* Das Deutsche Zahnärzteblatt 60, 503 (504 f.) mit Einzelheiten, wie diese Kontrolle vorzunehmen ist.
- 85) Vgl. LG Darmstadt (13 O 160/70) (abgedr. bei *Gabka* aa0 [Fn. 49] S. 102); anders *Helbig* Das Deutsche Zahnärzteblatt 60, 503 (504). 86) *Lautenbach* Schweizer Monatsschrift für Zahnheilkunde 64, 1059 (1068): *Schulz* aa0 (Fn. 33) S. 28 f. 87) Vgl. *Helbig* Das Deutsche Zahnärzteblatt 60, 503 (504). 88) OLG Frankfurt/M. (12 U 235/71) (abgedr. bei *Gabka* aa0 [Fn. 49] S. 103). 89) *Schulz* aa0 (Fn. 33) S. 29. 90) Vgl. *Lautenbach* Schweizer Monatsschrift für Zahnheilkunde 64, 1059 (1069).
- 91) Vgl. *Richard*, Zwischenfälle in der zahnärztlichen Praxis und ihre zivilrechtlichen Konsequenzen 1968 S. 43; *Kümmel*, Anästhesiezwischenfälle in der zahnärztlichen und kieferchirurgischen Praxis aus rechtsmedizinischer Sicht 1986 S. 29.

Aus: VersicherungsRecht
Heft 1, 1995

- wird fortgesetzt -

Der Ehevertrag für Ärzte und Zahnärzte

Persönliche Krisen in Ehe und Familie haben unmittelbare Auswirkungen auf den Beruf. Bei Freiberuflern, wie insbesondere bei Ärzten und Zahnärzten, kann jedoch die Krise und das Scheitern der Ehe darüber hinaus zur existenziellen Gefährdung für die Praxis und deren Fortbestand werden.

Durch rechtzeitigen Abschluß eines richterlichen Ehevertrages kann jeder einer existenziellen Gefährdung seiner Praxis infolge einer Ehescheidung vorbeugen, indem individuelle Regelungen getroffen werden, die die vom Gesetz vorgesehenen modifizieren oder gänzlich außer Kraft setzen. Das betrifft die Bereiche "Unterhalt" und "Zugewinnausgleich".

Die im Gesetz vorgesehenen Regelungen zum Schutz für Freiberufler sind völlig unzureichend. Darüber hinaus sind sie wegen des überlieferten Entstehungshintergrundes des Eherechts in erster Linie auf den Ehetyp der Alleinverdiener-Ehe mit Kindern zugeschnitten, nicht jedoch auf die Doppelverdiener-Ehe oder die Einverdiener-Ehe des Selbständigen unter Berücksichtigung seiner beruflichen Belange.

Unterhaltsregelung

Im Bereich Unterhalt sind Regelungen ferner zum großen Teil überhaupt nicht im Gesetz enthalten, sondern werden von einer ständig

sich ändernden Rechtsprechung der Gerichte bestimmt. Die Höhe des Unterhalts ist danach überhaupt nicht kalkulierbar.

Ausgangspunkt für die Unterhaltsberechnung bei Selbständigen ist das durchschnittliche Jahreseinkommen der letzten drei Jahre, wobei mit Einkommen nicht der steuerrechtliche Praxisgewinn gleichbedeutend ist, sondern das unterhaltsrechtlich maßgebliche Einkommen, das wesentlich darüberliegen kann.

Unbegrenzter Unterhaltsanspruch

Drei Siebtel dieses Einkommens stehen, nach Abzug von Steuern, Vorsorgeaufwendungen und gegebenenfalls Kindesunterhalt, dem Berechtigten als Unterhalt für die Zeit des Getrenntlebens und nach der Scheidung als Ehegattenunterhalt zu, sofern der Berechtigte keine eigenen Einkünfte hat.

Hierbei erfolgt keine zeitliche Begrenzung des Unterhaltsanspruchs, wenn die Ehe zehn Jahre oder länger bestanden hat oder aus ihr gemeinsame Kinder hervorgegangen sind. Einkommenssteigerungen auf seiten des Verpflichteten, auch nach der Scheidung, erhöhen den Unterhaltsanspruch sofern sie sich im Rahmen einer normalen, d. h. mit Wahrscheinlichkeit zu erwartenden Entwicklung bewegen.

Aufstockungsunterhalt soll eheliche Lebensverhältnisse gewährleisten

Unterhalt muß nicht nur gezahlt werden, sofern und solange der Unterhaltsberechtigte der Hilfe bedarf, weil er z. B. die Kinder betreut oder durch Alter und Krankheit an einer eigenen Berufstätigkeit gehindert ist, sondern als sogenannter Aufstockungsunterhalt auch dann, wenn trotz eigener Berufstätigkeit des Unterhaltsberechtigten eine Differenz zwischen dessen eigenen Einkünften und dem Unterhaltsbedarf nach den ehelichen Lebensverhältnissen besteht.

Auch dieser Anspruch kann zeitlich unbegrenzt sein. Und alle Jahre wieder werden Gewinn- und Verlustrechnungen Thema einer Unterhaltsanpassung bis hin zu gerichtlichen Auseinandersetzungen. Das kann nicht gewünscht sein.

Zugewinn ehevertraglich regeln

Noch deutlicher wird die Notwendigkeit einer individuellen ehevertraglichen Regelung im Bereich Zugewinn. Wer keinen Ehevertrag schließt, hat automatisch den gesetzlichen Güterstand der Zugewinngemeinschaft.

Dies bedeutet, daß jeder Ehegatte sein eigenes Vermögen hat, daß aber bei der Scheidung der jeweilige Zuge-

winn (Differenz zwischen Vermögen bei Heirat und Scheidung) hälftig aufgeteilt wird. So sind bei der Scheidung bis zu 50 Prozent des inneren Praxiswertes ("Goodwill") sowie 50 Prozent des Einrichtungswertes der Praxis in bar und sofort an den geschiedenen Ehepartner auszuzahlen, ebenso noch nicht abgerechnete Forderungen.

Selbst Wertsteigerungen einer vom Vater übernommenen Praxis samt vielleicht mitübernommener Praxisräume als bisheriges Eigentum des Vaters fallen darunter.

Regelungen treffen, bevor Partnerprobleme auftreten

Zwangsläufig ergibt sich somit nicht nur für den Fortbestand der Praxis, sondern auch für die weitere finanzielle Leistungsfähigkeit beim Unterhalt die Notwendigkeit, daß eine individuelle vertragliche Vereinbarung zwischen den Ehepartnern getroffen wird, die die Interessen beider Partner ausgewogen und fair berücksichtigt.

Eine solche geht erfahrungsgemäß aber nur dann, wenn noch keine schweren Gewit-

terwolken den ehelichen Himmel verdunkeln. Nur auf diese Weise können ein späterer Streit und ein langwieriges und kostspieliges Prozessieren vermieden werden.

Aus: ZBW 3/95

Kursangebot "Neuraltherapie für Zahnärzte" Die Deutsche Gesellschaft für Akupunktur und Neuraltherapie e.V. plant die Weiterbildung:

Neuraltherapie für Zahnärzte
2.9., 21.10. und 25.11.1995
Kursort: Bad Klosterlausnitz

Geplant ist die weiterführende Ausbildung bis zum Kurs 6 mit Prüfung und Zertifikat der DGfAN.

Neuraltherapie ermöglicht den Aufbau einer Praxisbesonderheit für Schmerztherapie und/oder Naturheilverfahren bzw. biologische Zahnmedizin.

Interessenten melden sich bitte bei:
Frau Dr. Christiana Diez
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der FSU Jena,
Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde, Bachstraße 18, 07740 Jena,
Tel. 0 36 41/63 37 62.

Leserservice "Kapitalanlage" der Deutschen Apotheker- und Ärztebank

Bilanzsumme der APO-Bank über 20 Milliarden

Die Deutsche Apotheker- und Ärztebank hat das für die gesamte Kreditwirtschaft schwierige Geschäftsjahr 1994 mit einem erneut kräftigen Wachstum abgeschlossen. Die Bilanzsumme erhöhte sich um 2,78 Mrd. DM (+15,7 %) und übertraf mit 20,43 Mrd. DM erstmals die 20-Milliarden-Marke.

Dieser bisher größte Wachstumsschub der Bank für die Heilberufe überrascht angesichts der deutlich verschlechterten Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen.

Eine Erklärung liefert das Institut in einer Pressemitteilung, die auf den ausgesprochen starken Zugang an Neukunden während der letzten Jahre verweist: Die inzwischen erreichte Zahl von mehr als 181.000 Kunden ermöglicht auch bei geringerem Volumen der Einzelgeschäfte eine insgesamt deutliche Expansion.

Das Kreditgeschäft des Jahres 1994 wurde in erheblichem Maße durch die Ausweitung der Baufinanzierung geprägt. Wie es von seiten der APO-Bank weiter heißt, sei die Zahl der Existenzgründungsdarlehen dagegen erwartungsgemäß hinter dem durch Sonderfaktoren geprägten Vorjahresniveau zurückgeblieben.

Insgesamt übertrafen die Neuausleihungen im Kreditgeschäft mit 3,5 Mrd. DM

den bisherigen Spitzenwert des Vorjahres.

Bilanziell kommt die lebhafte Inanspruchnahme des Finanzierungs-Know-hows in einem Anstieg der Kundenkredite um 1,76 Mrd. DM auf 12,31 Mrd. DM zum Ausdruck. Dem stehen auf der Passivseite Kundeneinlagen im Volumen von 15,34 Mrd. DM gegenüber, die im Berichtsjahr um 1,25 Mrd. DM gewachsen sind.

Der beträchtliche Volumenzuwachs einerseits - immerhin hat sich die Bilanzsumme in fünf Jahren mehr als verdoppelt - sowie die erfolgreiche und verantwortungsbewußte Handhabung derivativer Finanzinnovationen andererseits habe die Ertragsentwicklung auf Vorjahresniveau stabilisiert, allerdings bei sinkender Zinsmarge.

Da gleichzeitig die Kostendynamik in Grenzen gehalten wurde, sei das Geschäftsergebnis des Jahres 1994 dennoch als wiederum zufriedenstellend zu bezeichnen. Das Betriebsergebnis ermögliche die volle Abdeckung aller denkbaren Risiken aus der Geschäftstätigkeit, die erforderliche Stärkung des Eigenkapitals und die Ausschüttung einer angemessenen Dividende.

Wie die Bank hervorhebt, setzt sie ihre Maßnahmen zur Verstärkung der Marktposition intensiv fort.

Dabei komme der Kundenorientierung in der organisatorischen Ausrichtung der Bank und der Kundentreue in der Produktgestaltung besondere Bedeutung zu.

Mit der gleichen Zielsetzung werden die Abwicklungsprozesse im sogenannten operativen Geschäft beschleunigt und Kapazitätsüberhänge im administrativen Bereich abgebaut.

Parallel dazu will die APO-Bank ihre Filialorganisation neu strukturieren, um die Geschäftsstellen noch effizienter und kundenbezogener steuern zu können.

Reorganisation ist auch im Wertpapierbereich angesagt: Hier gelten besondere Anstrengungen der weiteren Verbesserung des Risikomanagements und der Handelsorganisation.



Zahnfleichtaschensondierung? - Keine Frage: VIVACARE-TPS-Probe von VIVADENT!

Die neue VIVACARE-TPS-Probe von VIVADENT stellt ein zukunftsweisendes Instrument im Rahmen der Parodontaldiagnostik dar.

Es handelt sich um eine drucksensible, mechanische Handsonde zur Sondierung von Zahnfleischtaschen.

Der standardisierte Meßdruck von 20 g ermöglicht eine genaue Messung und liefert aussagekräftige Ergebnisse. Dadurch ist eine Reproduzierbarkeit und Ver-

gleichbarkeit der Resultate möglich. Die spezielle halbkugelförmige Ausformung der Sondenspitze erlaubt eine schonende Sondierung sowie die Ertastung subgingivaler Anomalien wie z. B. Zahnstein, Wurzelerosionen und überhängende Füllungs-ränder.

Drei verschiedene Sondentypen eröffnen umfangreiche Meßmöglichkeiten.

Neben einer Metallsonde stehen zwei Plastiksonden zur

Auswahl. Aufgrund einer entsprechenden Skalierung können "sreening" bzw. exakte Messungen erfolgen. Die Plastiksonden eignen sich für die schonende Sondierung bei Implantaten sowie für die Untersuchung bei gekrümmten Wurzeln, gekippten Zähnen und von Funktionen.

Einmalsonden verhindern das Infektionsrisiko.

VIVAGLASS LINER - die lichthärtende Unterfüllung mit der starken Haftung von VIVADENT

Eine neuer lichthärtender Unterfüllungszement auf der Basis von Glasionomer.

VIVAGLASS LINER hat eine hohe Haftkraft zum Dentin und die für Glasionomere bekannte gute Verträglichkeit zur Pulpa. Die hohe Druckfestigkeit qualifiziert VIVAGLASS LINER als Unterfüllungsmaterial bei Metall- und metallfreien Restaurationen.

Er ist gut zu verarbeiten, die Verarbeitungszeit beträgt ca. 3 min, danach bindet das Material unter Licht ab.

Durch die hohe Röntgensichtbarkeit läßt sich VIVAGLASS LINER bei klinischen Untersuchungen mühelos erkennen. Zudem weist er eine hohe Biokompatibilität auf. Die besonderen Eigenschaften sind: - geringe Löslichkeit im Mund - gute

Dentinhaftung - große Druckfestigkeit - hohe Säure-resistenz - Fluoridabgabe.

VIVADENT Dental GmbH
Postfach 1152
73471 Ellwangen/Jagst

Wir trauern um

Herrn Sanitätsrat Hans-Georg Meier

Am Ramsberg 62, 99817 Eisenach

geboren am 13. Februar 1932 gestorben am 20. Februar 1995

Landeszahnärztekammer Thüringen

Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

Zahnfabrik Werchan Dental: integral

Herausnehmbarer und bedingt herausnehmbarer Zahnersatz ersetzt nicht allein fehlende Zähne und schließt nicht nur Lücken im Kiefer. Er hat die übergeordnete Aufgabe, den Patienten soweit wie möglich zu rehabilitieren.

Diese Aufgabe ist ungleich schwerer als bei festsitzendem Zahnersatz zu lösen. Das nicht nur, weil der Anspruch selbst in einem geringeren Maße erfüllbar ist, sondern auch weil die Teamarbeit der Beteiligten einen größeren Stellenwert hat und eine größere Anzahl von Parametern zu beachten ist.

Eines dieser Parameter ist der künstliche Zahn, der in die Restauration integriert wird. Wenn eine Zahnreihe mit künstlichen Zähnen komplettiert wird, dann sollten diese Zähne dem natürlichen Zahn nachempfunden sein. Konsequenter Weise müssen künstliche Zähne die gleichen Formmerkmale, bzw. alle anatomischen



Merkmale der natürlichen Zähne aufweisen.

Der Zahnfabrik Werchan Dental ist es mit einem speziellem, innovativem Know-how gelungen, Kunststoffzähne herzustellen, die wie natürliche aussehen - und auch so funktionieren: Die Kauflächen sind von repräsentativen, natürlichen Zähnen exakt nachgebildet. Die integral-Seitenzähne "integrieren" sich deshalb in jedes natürliche Gebiß und führen zu einer Verzahnung, die auch beim Kauakt die Prothesenbasis stabilisiert.

Große Lücken können anatomisch und ästhetisch geschlossen werden.

Durch richtiges Einschleifen lassen sie sich bis zum Abrasionszahn umfunktionieren, und dadurch ist es möglich, sie jeder Altersstufe anzupassen. Mittels kleiner Modifikationen ist eine Aufstellung im Kreuzbiß möglich.

Der integral-Seitenzahn ist die vollendete Nachbildung eines natürlichen Zahnes in Form, Funktionalität und Ästhetik.

Zahnfabrik Werchan Dental GmbH

Eetzweg 20

24321 Lütjenburg

Tel.: 0 43 81/43 64 + 78 71

Inserentenverzeichnis

Inserentenverzeichnis	Seite
Gebr. Brasseler GmbH & Co. KG, Lemgo	2. US
MTI Metalltechnik, Ilmenau	179
ChreMaSoft, Bremen	183
Deutsche Gesellschaft für Hypnose, Augsburg	184
Göttinger Dental-Labor, Filiale Erfurt	185
DBV Versicherungen, Offenbach	197
Göttinger Dental-Labor, Filiale Erfurt	198
Autohaus Hess, Chrysler, Apolda	199
Bürgel/Regel Inkassodienst, Erfurt	202
ZahnarztRechner, Düsseldorf	203
Friatec AG, Fortbildungszentrum, Mannheim	4. US
Wohnraum Innenausbau GmbH, Erfurt	212
Kleinanzeigen	213
Nordwest-Dental	Beilage

Hinweis für unsere Inserenten:

Buchungsschluß für Anzeigen ist jeweils der 20. des Vormonats!

Vorlagenschluß ist jeweils der 25. des Vormonats!

Spätere Termine nur nach Rücksprache möglich!

Anzeigenannahme:

Tel./Fax 0 36 44/55 58 12

**Nach dem Essen: Zahn-
bürste statt Kaugummi**

**Das mobile Zahnputz-
set als erste Hilfe gegen
Plaque und Karies in
Freizeit und Beruf**

Kaugummi wird immer beliebter und ist auch als Zahnpflege für zwischendurch fast in aller Munde.

Ein bequemer Ersatz für das Zähneputzen ist Kaugummi jedoch nicht. Nur Bürsten befreit die Zähne wirklich von Zahnbelag und verhindert damit Karies und Zahnfleischentzündungen.

Für die effektive "Zahnpflege zwischendurch" wurde das Zahnpflege-Taschenset von elmex entwickelt.

Es ist so klein wie eine Schachtel Zigaretten und enthält eine zerlegbare Zahnbürste sowie zwei medizinische Zahnpasten.

Die praktische Putzhilfe für die Westentasche gibt es für sechs Mark in sechs verschiedenen Farben in Apotheken und Drogerien, ebenso Nachfüllpackungen und Ersatzbürsten.

elmex Forschung, Wybert GmbH



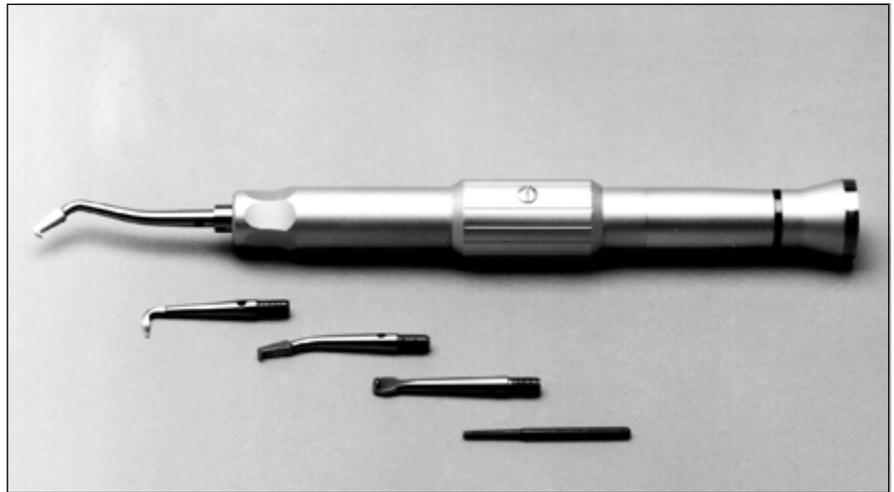
Kron-Ex

Automatischer Kronenentferner für Mikromotoren

Die Firma Hager & Werken, Duisburg, vertritt nun auch exklusiv auf dem Deutschen Markt den französischen Hersteller ANTHOGRYR.

Diese Firma aus Hoch-Savoyen ist vor allem durch seine Präzisions-Hand- und Winkelstücke weltweit bekannt. Dazu gehören auch prophylaxe-H+WSt sowie besonders laufruhige Reduzierwinkelstücke für die Implantologie (4:1 bis 256:1).

Das außergewöhnlichste Produkt ist aber Kron-Ex. Es handelt sich hierbei um einen automatischen Kronenentferner, der wie ein H+WSt auf den Mikromotor bzw. die Turbine aufgesteckt wird. Dadurch ist er äußerst wirksam, gleichzeitig aber schonend für den Patienten und die zu entfernende Arbeit.



Die Schlagfrequenz ist durch Einstellen der Geschwindigkeit des Motors stufenlos regulierbar. Ebenso ist die Schlaghärte einstellbar.

Kron-Ex ist selbstverständlich sterilisierbar und wird in einem Set komplett mit 4 Ansätzen geliefert. Diese

sind auch einzeln nachzukaufen.

Der Preis beträgt DM 398,-.

Hager & Werken GmbH & Co. KG

Postfach 100654

47006 Duisburg,

Tel. 02 03/9 92 69-0,

Fax: 2 92 85

Hinweis

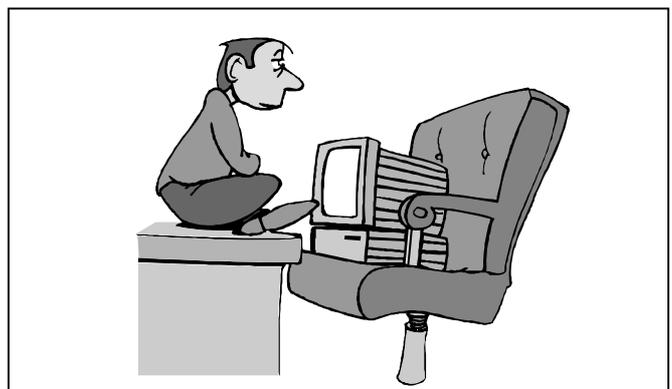
Die Bibliothek der ehemaligen Sektion Stomatologie, jetzt Friedrich-Schiller-Universität Jena, Außenstelle Erfurt, Nordhäuser Straße 74, ist jeden **Mittwoch in der Zeit von 12.00 bis 16.00 Uhr** für alle Zahnärztinnen und Zahnärzte zugänglich.

private Kleinanzeige

ZÄ, 28 J., 4 Jahre Berufserfahrung sucht Angestelltenverh. im Raum Jena, Weimar, späterer Einstieg wäre angenehm.
Interessenten wenden sich bitte unter tzb 005 an TYPE-DTP, Müllerstraße 9, 99510 Apolda.

Beitrag aus der Reihe "Büroalltag"

Wir wissen zwar nicht wie er funktioniert, aber trotzdem verehren wir Ihn sehr!



Kompendium der zahnärztlichen Hygiene

K. Bößmann

112 Seiten + 8 Seiten Hygieneplan, 239 meist vierfarbige Abbildungen, DM 98,-, ISBN: 3-87652-364-8. Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin 1995.

Arbeiten in der Mundhöhle bedeutet für den Zahnarzt und seine Helferin, mit den Bakterien und Viren des Patienten in Kontakt zu kommen. Da die Mundhöhle eines jeden Menschen in hohem Maße keimbesiedelt ist, worunter auch stets pathogene Keime zu finden sind, besteht bei mangelhaften Hygienemaßnahmen die Gefahr der Infektion. Vor allem ist hier immer noch an eine Infektion mit Hepatitis B-Viren zu denken.

Die hohe Durchseuchung der zahnärztlichen Berufsgruppen ist ein Zeichen dafür,

wie häufig sich Zahnärzte und zahnärztliches Hilfspersonal an Hepatitis-Viren infizieren. Die Gefahr einer Infektion mit Aids-Viren scheint dagegen nicht sehr wahrscheinlich zu sein. Die einzige Sicherheit für eine Infektionsprophylaxe ist ein lückenloses Hygienekonzept.

Das vorliegende Buch führt deswegen in gestraffter Form jene Arbeitsmittel und Methoden auf, die nach dem neuesten Stand des Wissens in der Zahnarztpraxis angewendet werden können, wenn man eine leichtfertige Gefährdung der eigenen wie auch der Gesundheit der Mitarbeiter verhindern will.

Nach einer übersichtlichen Darstellung der Arbeitsmittel zur Infektionsabwehr werden die einzelnen Hygienemaßnahmen nach einem festen Schema übersichtlich einzeln erläutert und erklärt. Händehygiene, hygienische Instrumentenwartung, Flächendesinfektion und Wartung von Absauganlagen, Labor- und Praxiswäsche gehören heute in jede moderne Praxis.

Darüber hinaus wird aber auch dargestellt, wie sich ein Praxisteam bei der Behandlung von Patienten verhalten muß, von denen ein erhöhtes Infektionsrisiko ausgeht. Auch die Behandlung eines Aids-infizierten Patienten kann heute aus ethischen und rechtlichen Gründen nicht verweigert werden.

Dieses Buch stellt keine übertriebenen Hygieneforderungen. Es ist ein sehr gut ge-

straffter "Fahrplan" für die zu erfüllenden Hygienestandards in der zahnärztlichen Praxis und somit auch ein sehr brauchbares Handbuch für die Zahnarthelferin. Ebenso ist es gut geeignet für die Aus- und Fortbildung im Helferinnenbereich.

Steuerleitfaden für Ärzte und Zahnärzte

J. Falkenbach und W. Spiegels

12. Ergänzungslieferung, Stand 1.9.1994, 1.484 Seiten, Loseblattwerk in zwei Ordnern, DM 98,-, Seitenpreis der Ergänzungslieferungen DM 0,22, ISBN: 3-7691-3053-7. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln.

Seitdem das Steuerreformgesetz in Kraft ist, kehrt nicht etwa Ruhe ein an der Steuerfront. Vielmehr folgt eine Änderung der anderen, so daß es schwerfällt, den Überblick zu behalten.

Mit dem Steuerleitfaden steigen die Chancen ganz erheblich, auch in schwierigen Fragen bestens informiert zu sein. Dieses bewährte Nachschlagewerk ist ein hilfreicher Wegweiser durch den Dschungel der Steuergesetze. Der Steuerleitfaden ist gezielt auf die Bedürfnisse von Ärzten und Zahnärzten zugeschnitten, ist übersichtlich gegliedert und bietet zahlreiche Fallbeispiele.

Der schnelle Wandel im Steuerrecht ist jüngst wieder einmal besonders deutlich zu Tage getreten. Nachdem im Dezember 1993 durch das Gesetz zur Bekämpfung des

Alle Buchbesprechungen

G. Wolf



Mißbrauchs und zur Bereinigung des Steuerrechts eine zeitliche Grenze für die degressive Abschreibung auf den 1.1.94 bei nicht Wohnzwecken dienenden Gebäuden gesetzt wurde, und die Verwaltung sich bereits kurz danach auf Drängen von Interessenverbänden genötigt sah, eine zeitliche Auflockerung dieser Befristung auszusprechen, hat der Gesetzgeber nun hoffentlich einen Schlußpunkt unter dieses Thema gesetzt, indem er mit dem Grenzpendlergesetz vom 24.6.94 die zeitliche Frist allgemein auf den 1.1.95 verlängert hat. Neben dieser Änderung sind noch folgende weitere Änderungen bei der Einkommenssteuer von besonderem Interesse:

- die Regelungen des BMF zur steuerlichen Beurteilung von Ferienwohnungen/häusern sowie die Rechtsprechung des BFH zur Erzielung von Einkünften aus Kapitalvermögen bei Beteiligung an Ferienhausgesellschaften;
- die Erhöhung der Unterhaltshöchstbeträge sowie des anrechnungsfreien Betrages durch das Grenzpendlergesetz.

Wichtige Änderungen in weiteren Steuerrechtsgebieten:

- die Einschränkung der Möglichkeit des Vorsteuerabzugs bei Vermietung von Arztpraxen durch den Ehegatten;
- die neuen Grundsätze des BFH zu (unbenannten) Zuwendungen zwischen Ehegatten bei der Erbschafts-/Schenkungssteuer sowie

- Vorläufigkeit von Steuerbescheiden wegen anhängiger Verfassungsbeschwerden.

Gebißkrankheiten und Gesundheit

Ätiologie und Prophylaxe auf Stoffwechselgrundlage

H. Schöhl

293 Seiten, 112 Abbildungen und 21 Tabellen, DM 78,-, ISBN: 3-88136-163-4. Medizinisch Literarische Verlagsanstalt mbH, Uelzen.

Nach Ansicht des Autors sind wir nach den anerkannten Regeln der Zahnmedizin nicht in der Lage, den Zahnverlust zu verhindern. Deshalb muß seiner Meinung nach von anderen Voraussetzungen als der in der Schulmedizin üblichen Infektionshypothese ausgegangen werden.

Zähneputzen als Maßnahme, bakterielle Zahnbeläge zu entfernen, oder Fluormedikation zur angeblichen Härtung des Zahnschmelzes reichen angeblich bei weitem nicht aus oder sind - wie im zweiten Fall - sogar schädlich.

Das Gebiß ist Maßstab für den Gesundheitszustand eines Menschen. Ein gebißkranker Mensch macht Fehler in der Lebensführung, die sich in Krankheit und Invalidität auswirken können.

Dieses Buch beschreibt die wissenschaftlichen Grundlagen für die ernährungsbedingten Gebißkrankheiten und beleuchtet den zeitkritischen Hintergrund für den Rückstand der Ursachen-

forschung und Prophylaxe auf ärztlich-zahnärztlichem Gebiet mit seinen sozialen und sozialpolitischen Folgen.

Karies, Parodontopathien, Schmalkiefer und Unterentwicklung des Mittelgesichts werden in ihrer Ätiologie unter dem Gesichtspunkt des Ernährungsstoffwechsels abgehandelt. Es wird dargestellt, wie Zahnarzt und Patient die Prophylaxe von Gebißkrankheiten anhand einer individuellen Ernährungsanalyse und einer sich daraus ergebenden Ernährungsumstellung im Sinne einer Kollathischen Vollwertkost praktisch umsetzen können.

Dieses Buch ist eine Fundgrube für Zahnärzte, die sich mit den in Grenzen haltenden Erfolgen der konventionellen Zahnmedizin nicht zufriedengeben wollen und nach einer wirklich ursächlichen Behandlung von Gebißkrankheiten suchen.

Bei der Durchsicht dieses Buches stand ich dem sogenannten Naturheilkundeverfahren sehr zwiespältig gegenüber. Ich kann nicht leugnen, daß bestimmte Theorien für mich sehr einleuchtend waren, sich aber mit den schulmedizinischen und eigenen praktischen Erfahrungen nicht vergleichen lassen konnten. Die momentane Unkenntnis meinerseits über Ätiologie und Prophylaxe auf den in diesem Buch dargestellten Stoffwechselgrundlagen darf aber für mich kein Hinderungsgrund sein, es vorzustellen.

Praktische Endodontie

Beer/Baumann

212 Seiten, DM 98,-, ISBN: 3-541-15961-8. Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1994.

Für den Zahnarzt, der die praktische Endodontie in seiner Praxis unter wissenschaftlichen Voraussetzungen betreibt, ist der Name Beer ein Markenzeichen für Qualität.

Im vorliegenden Buch sind Schritt für Schritt die Vorgänge der endodontischen Behandlung plausibel und überzeugend dargelegt, wie von den praktischen Kursen her auch bekannt.

Dieses Buch gewinnt heutzutage an besonderem Wert, nachdem in einem Gerichtsurteil die unvollständige endodontische Behandlung zu Ungunsten des Zahnarztes ausgefallen ist.

Das vorliegende Arbeitsbuch soll Zahnärzte und Studenten zu einer rationellen und erfolgreichen endodontischen Behandlung anleiten. Hilfe wird geboten bei der Auswahl der verschiedenen Techniken, Instrumente und Materialien. Gerade hier hat sich in den letzten Jahren viel getan. Hinweise und Beispiele zur Abrechnung runden das Buch ab.

Aus dem Inhalt:

- Pathobiologische Grundlagen
- Diagnostik
- Instrumente und Materialien
- Wurzelkanalaufbereitung
- Wurzelkanalfüllung

- Revision endodontischer Mißerfolge
- Endodontische Chirurgie
- Endodontie im Milch- und Wechselgebiß
- Postendodontische Versorgung
- Abrechnung

Wichtig ist die Feststellung, daß bei Problemfällen eine Abrechnung entsprechend der GOZ vorher abgesprochen und durchgeführt werden muß, um bei der gesamten Therapie die zahnärztliche Sorgfaltspflicht zu gewährleisten.

Kinderzahnheilkunde Eine interdisziplinäre Aufgabe

Herausgegeben von der Akademie Praxis und Wissenschaft in der DGZMK

Redaktion: W. Hahn

135 Seiten, DM 78,-, ISBN: 3-446-18007-9. Carl Hanser Verlag, München-Wien 1995.

In der Schriftenreihe APW des Carl Hanser Verlages möchten wir Ihnen diese Broschüre vorstellen.

Folgende Autoren sind mit recht eindrucksvollen Beiträgen und dazu dargestellten Abbildungen vertreten:

1. L. Stößer: Wissenschaftliche Grundlagen der Karies- und Parodontalprophylaxe
2. C. Leitzmann und K. Dittich: Auswirkungen der Ernährung auf das Zahnsystem des Kindes

3. G. Hetzer: Psychologische Aspekte in der Kinderbehandlung
4. P. Minnig: Prophylaxe und Motivation - Kariestests als Motivationshilfe
5. K. Pieper und A. Schulte: Füllungstherapie bei Kindern
6. U. Platzer und R. Lemke: Endodontie bei Kindern
7. J. Einwag: Kinderkronen und -prothesen
8. A. Herforth: Frontzahntrauma im Kindesalter
9. M. D. W. Lipp: Anästhesie im Kindesalter
10. W. Reibisch: Das hyperaktive Kind
11. J. Rost: Die antibiotische Behandlung im Kindesalter und ihre Folgen

Für die Praxis etwas abschreckend ist die in manchen Beiträgen vorhandene Konfrontation mit Diagrammen (besonders bei Stößer).

Für mich persönlich interessant waren die Artikel von Einwag und Herforth. Diese zwei Beiträge sowie der Artikel von Lipp haben mir sehr viele Fragen für den täglichen Praxisablauf im Umgang mit Kindern beantwortet.

Interessant ist auch die Psychologie des hyperaktiven Kindes am Beispiel des "Zappelphilipp-Syndroms", das von Reibisch analysiert wird und dem in diesem Fall psychologisch selbst gestreßten Zahnarzt gute Hinweise gibt. Die antibiotische Behandlung im Kindesalter und ihre Folgen ist meines Erachtens leider etwas zu kurz gekommen, und es fehlen konkrete Dosierungen.