

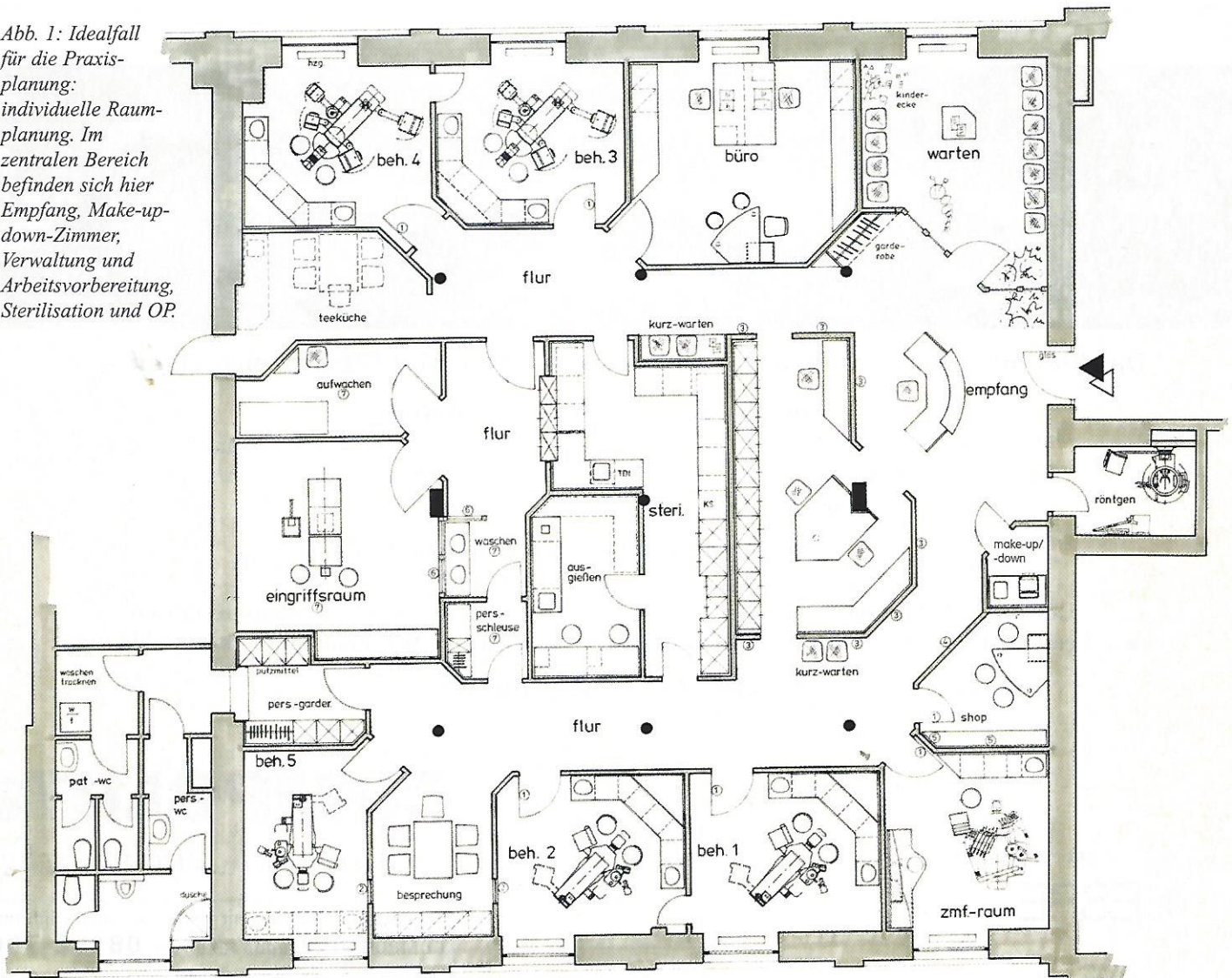
Mut zum Neuen

Weil er die herkömmlichen Strukturen und Prinzipien der zahnärztlichen Berufsausübung in der Sackgasse münden sah, gab Dr. Dr. Peter A. Ehrl seine gutgehende Praxis auf, um an einem anderen Standort neu zu starten. Sein Motto: interdisziplinäre Teamarbeit statt einzelkämpferische Wurstelei. DENTAL MAGAZIN sprach mit ihm über sein neues Berufsverständnis und die Auswirkungen auf den Praxisbetrieb – von der Praxisplanung bis hin zum täglichen Service am Patienten.

D. M.: Herr Dr. Ehrl, Sie haben eine sogenannte gutgehende Praxis aufgegeben, um noch einmal neu anzufangen. Noch dazu in Zeiten, die im allgemeinen nicht gerade als gut für den Berufszweig Zahnmedizin gelten. Warum?

Dr. Dr. Ehrl: Manch einer hat uns zwar für verrückt erklärt, doch es kamen hier Ziele der persönlichen Lebensplanung und der allgemeinen Entwicklung im zahnmedizinischen Sektor zusammen. Sicher haben wir uns auch von der Möglichkeit hinreißen lassen, eine Praxis in historischen Räumen einer Meierei zu planen. Lassen Sie mich vor allem auf die Entwicklung des zahnmedizinischen Berufes eingehen, wie sie von mir verstanden wird. Zwar hatten wir eine gut funktionierende und technisch moderne Praxis, dennoch überwog zu einem gewissen Zeitpunkt – 12 Jahre nach der Gründung – das Gefühl, daß die herkömmlichen Strukturen und Prinzipien der Berufsausübung nicht mehr fortgeführt werden können. Die fachliche bzw. wissenschaftliche Weiterentwick-

Abb. 1: Idealfall für die Praxisplanung: individuelle Raumplanung. Im zentralen Bereich befinden sich hier Empfang, Make-up-down-Zimmer, Verwaltung und Arbeitsvorbereitung, Sterilisation und OP.



lung wurde derart rasant gegenüber der strukturellen bzw. berufspolitischen Entwicklung, daß eine Entscheidung quasi zwangsläufig anstand, wollte man nicht in der althergebrachten Weise weiterwursteln.

D. M.: Wieso? Gelten nicht immer noch die alten Grundprinzipien der Zahnheilkunde?

Dr. Dr. Ehrl: Nein. Mit Sicherheit nicht. Es ist faszinierend, welche Fortschritte die moderne Zahnheilkunde gemacht hat. Wenn man von seinem Beruf begeistert ist, so ist man doch genötigt, dem zu folgen. Nehmen Sie z. B. die Entwicklung in der zahnärztlichen Chirurgie. Die Entwicklung der augmentativen Methoden, verfeinerte Operationsmethoden wie etwa die Knochendeckelpräparation oder die Ultraschallpräparation der Wurzelkanäle in der zahnärztlichen Chirurgie oder auch die Integration des OP-Mikroskopes z. B. in der Parodontologie eröffnen doch völlig neue Möglichkeiten, deren Beginn wir heute erst stehen. Die eine Seite ist die zunehmende Spezialisierung, die andere die erhöhten Anforderungen an die Kombination und Integration dieser Methoden in ein schlüssiges Behandlungskonzept.

D. M.: Lassen sich diese Methoden in die alltägliche Entwicklung einer jeden Praxis integrieren?

Dr. Dr. Ehrl: Natürlich geht das, aber es ist schwierig. Die Zahnmedizin hat ja eine der Allgemeinmedizin völlig konträre Berufspolitik hinter sich. Ob es richtig war oder nicht:

Wir stehen heute am Ende einer Entwicklung, die konsequent seit etwa 15 Jahren Innovationen und aufwendige Therapien aus der Weiterentwicklung der im Rahmen des gesetzlichen Gesundheitswesens anzuwendenden Therapie ausgeklammert hat. Nehmen Sie z. B. die Entwicklung der Füllungstherapie, der Endodontie, der Parodontaltherapie, der Röntgenologie oder der Prothetik, um nur die wichtigsten Bereiche zu nennen. Eine konsequente Therapie in diesen Bereichen im Rahmen der gesetzlichen Versicherungen ist doch heute kaum mehr möglich, allenfalls mit ständiger, juristisch abgesicherter Aufklärung der Patienten, daß man dies und jenes aus diesem und jenem Grund eben nicht tun kann. Bedauerlich ist nur die in vielen Bereichen immer noch fehlende klare Abgrenzung, welche Grauzonen entstehen läßt. Daraus ergibt sich allerdings die Folgerung, nur dem Patienten verantwortlich zu sein und sich auf regulative Mechanismen nicht mehr im alten Maß stützen zu können. Die Stärkung des Arzt-Patient-Verhältnisses, wie sie durch das 2. NOG erfolgte, paßt in diese Entwicklung. Diese direkte Qualitäts- und Kostenkontrolle durch den Patienten, möglicherweise auch durch Interessengruppen der Patienten bzw. Verbraucher wird zu höheren Qualitätsanforderungen führen, de-

nen man eher in einer Gruppe von Zahnärzten mit Schwerpunkten entsprechen kann.

Galt für den Zahnarzt früher das Synonym „Einzelkämpfer“, so ist heute eher das Team gefragt. Auch aus diesem Grund haben wir die Gesellschaftsform der Partnerschaft für unsere Praxis gewählt. Die Beteiligung von drei Partnern ist für uns dabei nur der Anfang.

D. M.: Wie nimmt dies alles denn Einfluß auf die Planung einer Praxisstruktur?

Dr. Dr. Ehrl: Auf vielfältige Weise. Grundprinzip ist die Orientierung der Praxis auf den Patienten und seine Wünsche hin. Der Patient wird in Zukunft vor allem auf folgendes achten: angenehme, angstmildernde Praxisumgebung, umfassende fachliche Beratung, umfassende Kostenberatung, Angebot sämtlicher Subspezialisierungen der Zahnmedizin, hohe funktionelle und ästhetische Ansprüche und das alles zu einem vernünftigen Preis-Leistungs-Verhältnis und mit vielen Serviceleistungen um das fachliche Know-how herum. Alles dies läßt sich in einer althergebrachten Praxisstruktur nur schwer realisieren. Und es ist nicht mehr möglich, in einem Standardzimmer alle Leistungen anzubieten. Prophylaxe fordert ein anderes Umfeld als z. B. das Prothetikzimmer, und Chirurgie wird man entsprechend den heutigen Anforderungen an die Hygiene auch nicht mehr im üblichen zahnärztlichen Behandlungszimmer anbieten können. Letztlich sollte auch das ärztliche Gespräch, das immer wichtiger wird, sinnvollerweise nicht im Behandlungszimmer, sondern in einem patientenfreundlicheren Rahmen stattfinden. Diese Liste ließe sich noch fortführen.

D. M.: Können Sie das etwas konkreter beschreiben?

Dr. Dr. Ehrl: Gerne. Nehmen wir den Prophylaxebereich. Hier wird man zunächst einmal einen Behandlungsstuhl benötigen, der das Arbeiten einer Person ohne Assistenz erleichtert und mit den technischen Einrichtungen zur Mundhygiene ausgestattet ist. Darüber hinaus sollte er einen Bereich bereitstellen, der die Mundhygieneinstruktionen mit Übungen ermöglicht, ein sogenanntes Mundhygienecenter. Die vielen Möglichkeiten der Patienteninformation mit visuellen und greifbaren Demonstrationsobjekten gehören ebenfalls in diesen Bereich. Und letztlich sollte auch die Möglichkeit bestehen, die Mundhygieneartikel anzubieten, die man den Patienten empfiehlt.

D. M.: Was ist denn z. B. an einem von Ihnen als Prothetikzimmer bezeichneten Behandlungsraum besonders?

Dr. Dr. Ehrl: Auch hier ist es zum einen sehr wichtig, alle Demonstrationsmöglichkeiten der Patienteninstruktion bereitzuhalten. Vom



Abb. 2: Empfang: offen zum Wartebereich.

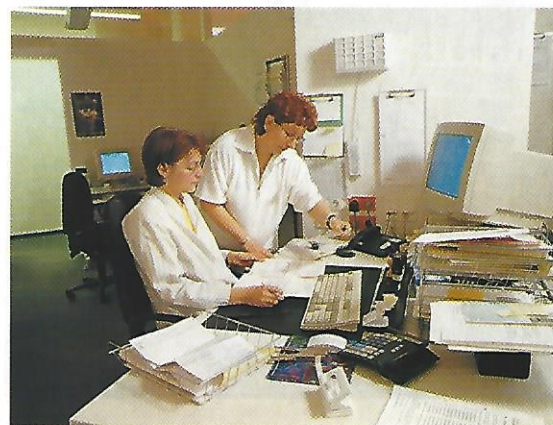


Abb. 3: Verwaltung: direkt hinter dem Empfang, aber nicht einsehbar. Dank Trennung zwischen Empfang und Verwaltung muß die Arbeit am Verwaltungsschreibtisch nicht unterbrochen werden.



Abb. 4: Beratung: angenehme Atmosphäre in einer der Besprechungszonen statt am Behandlungsstuhl.



Abb. 5a: Prophylaxe: Behandlungszimmer mit Mundhygienecenter eigener Wartezone und Prophylaxeshop.



Abb. 5b: Prophylaxemotivation im Mundhygienecenter.

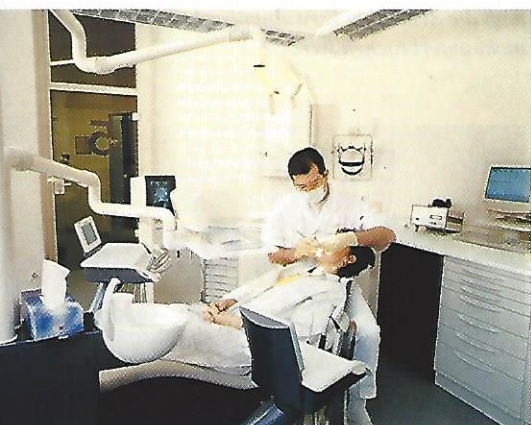


Abb. 6: Behandlung: Jedes der vier Behandlungszimmer ist in der Grundstruktur gleich. Jedes Instrument befindet sich am gleichen Platz. Darüber hinaus gibt es spezifische Ausstattungsmerkmale, z. B. Prothetikzimmer, Endodontiezimmer, Cerec-Zimmer (siehe Abb.) u. a.

Fotoalbum über Videopräsentationen bis hin zum Imaging. Darüber hinaus sollte ein abgespekter Technikarbeitsplatz zur Einrichtung gehören, der bei der Herstellung von Provisorien, bei Einproben und Korrekturen hilfreich ist. Integriert sein sollten z. B. auch elektronische Registrierhilfen und computer-gestützt arbeitende Techniken wie z. B. Cerec. Es ist nicht sinnvoll, all diese Arbeitsmaterialien und Geräte ständig in der Praxis hin und her zu tragen oder an allen Behandlungsplätzen bereitzuhalten.

Hierfür gibt es auch andere Beispiele. In der Endodontie oder der zahnärztlichen Chirurgie ist digitales Röntgen wegen der sofortigen Bilddarstellung und der höheren Auswertungsmöglichkeit nicht mehr aus dem Praxisalltag wegzudenken. Die Möglichkeit, sich intraoperativ z. B. bei der retrograden Wurzelfüllung sofort und ohne den Weg ins Röntgenzimmer und das Abwarten der Entwicklung über das Operationsergebnis zu vergewissern, wird sich kaum jemand mehr nehmen lassen, der einmal damit gearbeitet hat. Dennoch wird man sich sehr überlegen, ob man nun jeden Behandlungsplatz damit ausstattet. Das gleiche dürfte für das sich in der Endodontie und Parodontalchirurgie durchsetzende Operationsmikroskop gelten.

D. M.: Sie führen auch die Übersichtsaufnahmen mit einer digitalen Technik durch. Welche Vorteile bietet dies?

Dr. Dr. Ehrl: Wir stehen hier erst am Beginn einer Entwicklung, die jedoch schon heute große Vorteile bietet. Neben den umfangreichen Spezialprogrammen z. B. zur Gelenkdiagnostik oder Implantatplanung, die ich nicht mehr missen möchte, ist schon die weitaus höhere Auswertungsmöglichkeit der Standardaufnahmen durch Vergrößerung und Kontrastveränderung in der ganz normalen Diagnostik eminent. Dies wissen auch die Patienten zu schätzen, für die der Erklärungswert höher ist. Aber auch die Anforderungen der überweisenden Kollegen zeigt, daß die umfangreicheren Auswertungsmöglichkeiten geschätzt werden. Im übrigen dürfte der jetzige Stand erst die Plattform für interessante Weiterentwicklungen im Bereich der Software sein. Ich denke hier z. B. an die Planung implantatologischer und kieferorthopädisch-chirurgischer Eingriffe.

D. M.: Haben Sie auch Vorschläge für den immer wichtiger werdender Verwaltungsbe-reich?

Dr. Dr. Ehrl: Die Verwaltung nimmt einen immer größeren Raum ein. Und wenn wir jetzt eine gewisse Deregulierung und damit Verwaltungsvereinfachung im kassen-zahnärztlichen Bereich zu erwarten haben, so wird in Zukunft vermutlich mehr Aufwand für die Information sowie für die Korrespondenz mit den Patienten erforderlich werden. Bei der Raumplanung ist zunächst

einmal wichtig, den Patientenempfang räumlich von den eigentlichen Verwaltungsarbeitsplätzen zu trennen. Dies macht insofern Sinn, als das konsequente Arbeiten an einem Verwaltungsvorgang effektiver geht, wenn man nicht ständig durch Telefonate oder andere Unterbrechungen gestört wird. Und so wie der Zahnarzt einen Platz benötigt, an dem er mit dem Patienten die fachliche Planung eben nicht am Behandlungsplatz bespricht, so benötigt die Verwaltungsmitarbeiterin ebenfalls einen Platz, an dem sie die Kostenseite mit dem Patienten besprechen kann.

Die reine Abrechnungsverwaltung haben wir im übrigen schon seit über zehn Jahren in das Behandlungszimmer verlegt. Alle Behandlungsdaten werden während bzw. sofort nach der Behandlung in das EDV-Verwaltungsprogramm eingegeben. Die Kontrolle erfolgt sofort durch den Behandler, so daß ab diesem Zeitpunkt alle Leistungs- und Abrechnungsdaten korrekt erfaßt sind. Damit ist die Quartalsabrechnung im Grunde fertig, ebenso wie jederzeit eine private Kostennote erstellt werden kann oder die Direktabrechnung möglich ist. Herzstück dieser Verwaltungsorganisation ist natürlich eine leistungsfähige Verwaltungssoftware mit individuell bestückten Arbeitsstationen an allen Arbeitsplätzen der Praxis und ein funktionierendes Netzwerk. Den Begriff karteilose Praxis vermeide ich bewußt, da man immer noch einen Aufbewahrungsort für Formulare und Dokumente für jeden Patienten benötigt. Der Schritt zur papierlosen Anamnese und zu papierlosen Behandlungsverträgen wird aus juristischen und technischen Gründen noch einige Zeit auf sich warten lassen. Getrennt von der eigentlichen Verwaltung darf übrigens ein EDV-gestütztes Informationssystem für die Patienten nicht unerwähnt bleiben. Auch das Bestellwesen über ein EDV-Programm bietet erhebliche Vorteile, wie z. B. die Möglichkeit, an jedem EDV-Arbeitsplatz in das Terminbuch Einblick nehmen oder Termine geben zu können. Letztlich ist auch die für den Patienten zuverlässige Terminplanung wichtig und nur noch über ein ausgeklügeltes System möglich.

D. M.: Sie haben bereits mehrfach die fachliche Weiterentwicklung der Zahnmedizin angesprochen. Wie schätzen Sie deren Auswirkung auf den Praxisalltag ein?

Dr. Dr. Ehrl: Auch hier gibt es ja eine zur Allgemeinmedizin völlig unterschiedliche Entwicklung. In der Zahnmedizin hat man sich immer gegen eine weitere Spezialisierung gewehrt. Bis heute gibt es lediglich den Oralchirurgen, den Kieferorthopäden und den Zahnarzt für das öffentliche Gesundheitswesen. Ich meine, daß insgesamt diese verzögerte Spezialisierung durchaus gut war, insbesondere im Hinblick auf das Zahnarzt-Patient-Verhältnis. Dieses dürfte immer dann besser sein, wenn sich der Behandler insge-

PORTRAIT

samt für die Betreuung des Patienten verantwortlich und auch kompetent fühlt. Dennoch kommen wir aus rein technischen Gründen an einer Schwerpunktbildung nicht mehr vorbei. Man kann heute einfach nicht mehr in allen Teilbereichen auf dem Stand der Kunst sein. Ich kenne keinen Kollegen mehr, der nebeneinander selbst z. B. die neuesten Techniken der Prothetikpräparation, der konservierenden Keramikrestauration, der Ultraschallpräparation, der chirurgischen Techniken zur Zahnerhaltung, der wichtigsten Implantatverfahren und Methoden der Augmentation, der Parodontaltherapie usw. beherrscht und zusätzlich das Praxismanagement nebst der Integration eines Prophylaxe-konzeptes und vielleicht noch homöopathischer und anderer allgemeinmedizinischer Begleittherapien überblickt. Da es keine von oben verordnete Spezialisierungsstrukturen gibt, ist jede Praxis, die heute den Schritt in die Zukunft geht, ein Versuchslabor der möglichen Schwerpunktbildung und Weiterentwicklung unseres Faches. Wichtig zu erkennen ist auch, daß mehr und mehr Innovationen aus der Praxis und nicht mehr aus der Hochschule kommen. Dieser Trend wird durch den erhöhten wirtschaftlichen Konkurrenzdruck auf der einen und durch die Rückführung der Hochschulen auf die klassischen Fächer durch die knappen Kassen der öffentlichen Hand auf der anderen Seite noch verstärkt. Dies macht es auch schwieriger, den Überblick zu behalten. Wir befinden uns alles in allem in einem äußerst schwierigen aber auch spannenden Stadium der Entwicklung der Zahnmedizin. Doch das muß nicht schlecht sein, es gibt viele Chancen.

Herr Dr. Ehrl, wir danken Ihnen für dieses Gespräch.

Abb. 7a und b: Hygienisch. Der OP entspricht den Richtlinien zum ambulanten Operieren. Die Wege von Sterilgut und unsterilem Gut verlaufen getrennt und sind in die Planung integriert. Für die Behandlungen in Narkose sind alle Vorkehrungen getroffen. Auch an Kleinigkeiten, z. B. den Rundruf per Fußpedal ist gedacht. Das gesamte Equipment und Traysystem ist auf das 1-Assistenz-Prinzip ausgerichtet.

Beteiligte Firmen: Siemens (Behandlungsstühle, digit. Röntgen, Cerec), Baisch (Einrichtung der Behandlungszimmer, der Prophylaxe und des Empfangs), Dentev-Compudent (Verwaltungs-EDV), Trophy (digit. Zahnfilm), KSG (Sterilisation), Aesculap (OP-Motor, Instrumente und Tray-System), Condylocomp (Klett), Spitta (Verwaltungshilfen, Patienteninformation, Textsystem).

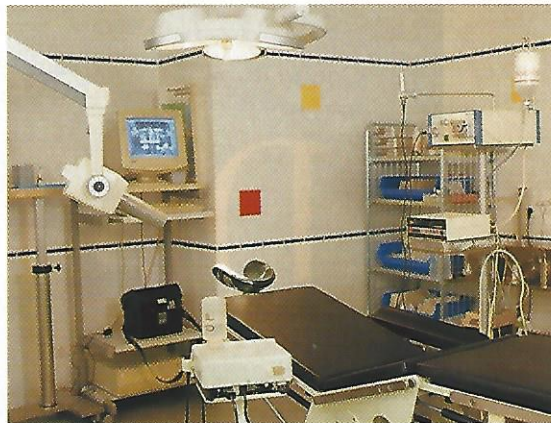


Abb. 7a: Wegen der Hygiene alles auf Rädern.



Abb. 7b: OP in Aktion

Fotos: Volker Döhring