

V. Feuilleton.

Das zahnärztliche Institut der Universität Berlin während des Wintersemesters 1885/86

von dem

Director Professor **Dr. Busch.**

(Fortsetzung aus No. 43.)

Ein zweiter Punkt, welcher sich von Seiten des Publikums dem Aufblühen der deutschen Zahnheilkunde hinderlich entgegenstellt, ist der Geldpunkt. Der Deutsche zahlt im Allgemeinen für ärztliche Hilfsleistungen nicht gern und vor allen Dingen nicht gern viel. Auch in dieser Hinsicht liegen die Verhältnisse in den Vereinigten Staaten von Nordamerika, in denen das Geld viel schneller circulirt, ganz anders. Die Summen, welche in Amerika für gute zahnärztliche Arbeiten gezahlt werden und welche somit die Prämien darstellen, an denen sich die amerikanische Zahnheilkunde zu ihrer hohen Entwicklung emporgerankt hat, würden in Deutschland ungläubiges Kopfschütteln hervorrufen. Viele Arbeiten, wie Continuous-gum work, eine aus Platin gearbeitete Zahnersatzplatte mit täuschender Nachahmung des Zahnfleisches und der Gaumenschleimhaut durch ein nur bei sehr hohen Temperaturgraden schmelzendes Email, von denen ein einzelnes Oberstück in Amerika etwa mit 1000 Mark, ein ganzes Gebiss mit 2000 Mark bezahlt werden, werden in Deutschland überhaupt nicht gearbeitet, weil zu Wenige da sind, welche die Neigung haben, solche Summen hierfür auszugeben. Nun ist es eine berechtigige Forderung, dass jeder Stand sich den Verhältnissen seines Landes anpassen muss. Da das Geld in Deutschland langsamer circulirt als in Amerika, so können die deutschen Zahnärzte auch nicht die hohen Geldforderungen machen, wie sie in Amerika gäng und gebe sind und wie sie von einzelnen amerikanischen Zahnärzten, die nach Deutschland herübergekommen sind, auch hier aufrecht erhalten werden. Indess lässt sich auch für einen mässigeren Preis sehr wohl gute Arbeit leisten und dabei der eigene Lebensunterhalt erwerben, aber was mit guter Arbeit unverträglich ist, das sind Knauserpreise. Die zahnärztliche Thätigkeit ist eine in hohem Grade anstrengende. Von Morgens 9 Uhr bis Nachmittags 4 Uhr hinter dem zahnärztlichen Operationsstuhl zu stehen, um Füllungen zu machen, sich in alle Wünsche und Launen des Publikums finden, seine Besorgnisse mit Aufbietung der äussersten Geduld und Beredsamkeit zerstreuen, strengt auch den stärksten Mann so an, dass er am Schluss der Sprechstunden ermattet zusammensinkt. Dann folgen einige Stunden der Mahlzeit und der Ruhe, und darauf beginnt die Abendarbeit im Laboratorium mit Vulcanisiren des Kautschuks, Schleifen der Zähne, Löthen, Feilen und Poliren, zu deren Verrichtung sich allerdings gut situirte Zahnärzte einen eigenen Techniker halten, den aber der Anfänger nicht bezahlen kann, denn ein geschickter Techniker kostet 2000 bis 3000 Mark pro Jahr. Die zahnärztliche Praxis ist viel anstrengender, als die Patienten und auch die Mehrzahl der practischen Aerzte sich vorstellen. Die Anforderungen an die Ausstattung des zahnärztlichen Warte- und Operationszimmers mit einem gewissen wohlthuenden Luxus sind von Seiten besser situirter Patienten gegenüber den Zahnärzten viel höher als gegenüber den practischen Aerzten, das zahnärztliche Instrumentarium kostet, wenn es von guter Beschaffenheit sein soll, viel Geld, und alle diese Momente wirken zusammen, um den Satz zu begründen: Gute zahnärztliche Arbeit kann nicht billig sein. Wenn das deutsche Publikum sich von der Wahrheit dieses Satzes überzeugen wollte, dann würde es nicht die billige Schundwaare kaufen, welche man so oft und zwar durchaus nicht nur in den Mundhöhlen unbemittelter Leute findet, in denen schlecht sitzende Kautschukstücke auf die abgefeilten, nicht gefüllten Wurzeln gelegt sind, bis dann schliesslich der üble Geruch und Geschmack des massenhaft von dem bläulich gewucherten Zahnfleisch abgesonderten Eiters auch dem hartnäckigsten Patienten die Ueberzeugung aufdrängt, dass nun endlich doch einmal etwas Entscheidendes gethan werden müsse.

Also auch das deutsche Publikum muss sich ändern, wenn die deutsche Zahnheilkunde zur vollen Blüthe kommen soll, die Frage ist nur, wer anfangen soll, die Zahnärzte oder das Publikum, und da ist es dann selbstverständlich, dass nur der gegenseitige Verkehr weiter helfen und die Zustände bessern kann. Im Laufe von Jahrzehnten muss von Seiten der Zahnärzte auf das Publikum eingewirkt werden, um einiges Verständniss für die in Betracht kommenden Verhältnisse zu schaffen. Durch stetige Arbeit muss das Feld vorbereitet werden, um die Frucht zu tragen. Vieles haben die deutschen Zahnärzte, besonders seit 1870 schon erreicht, aber noch für lange Zeit ist überreiche Arbeit vorhanden, bevor in Deutschland die zahnärztlichen Verhältnisse so gestaltet sein werden, wie sie es in Amerika schon seit langer Zeit sind.

In Deutschland bestehen jetzt beide Approbationen, diejenige des practischen Arztes und diejenige des Zahnarztes neben einander. Will ein practischer Arzt auch noch die Approbation als Zahnarzt erwerben, so sind hierfür in der Verordnung für die medicinischen Examina vom 25. September 1869 ganz bestimmte Vorschriften enthalten. Ohne im Besitz dieser Approbation zu sein, darf sich ein practischer Arzt nicht Zahnarzt nennen, wengleich es ihm freisteht, sich Specialarzt für Zahn- und Mundkrankheiten zu nennen und zahnärztliche Praxis zu treiben. In Oesterreich liegen die Verhältnisse anders. Es giebt dort überhaupt keine zahnärztliche Approbation, sondern nur diejenige des practischen Arztes. Jeder practische Arzt kann sich auch Zahnarzt nennen, und Niemand darf sich Zahnarzt nennen, der nicht gleichzeitig practischer Arzt ist. Dafür liegt aber die zahnärztliche Praxis in Oesterreich noch mehr in den Händen sogenannter Zahntechniker als im deutschen Reich. Nach meiner Ansicht

sind die deutschen Verhältnisse die besseren. Die Trennung der beiden Approbationen scheint mir durch die Natur der Verhältnisse mit Nothwendigkeit gegeben. Verlangt man von dem Zahnarzt die volle Approbation als practischer Arzt, so überladet man ihn mit einer Menge von theoretischen Kenntnissen, welche zum grossen Theil für ihn werthlos sind. Dagegen findet er bei dem Studium der gesammten Medicin kaum die erforderliche Zeit, um die zahnärztliche Technik, welche für seine spätere Thätigkeit von der allergrössten Bedeutung ist, in genügender Weise zu treiben, und wenn er dieselbe erst nach Erlangung der Approbation treiben will, so ist er inzwischen zu alt geworden, um sich die erforderliche Geschicklichkeit zu erwerben. Jung an die Technik herantreten, womöglich noch vor dem zwanzigsten Lebensjahre, ist für den Zahnarzt von der grössten Bedeutung, denn das junge Auge und die junge Hand findet sich in diese Verhältnisse schneller hinein als später.

Die Ausbildung in dem zahnärztlichen Institut der Berliner Universität setzt sich, abgesehen von den theoretischen Vorlesungen, aus drei Theilen zusammen, von denen man wohl sagen kann, dass sie auf einer natürlichen Eintheilung beruhen. Es sind dies:

Erstens: die Poliklinik für Zahn- und Mundkrankheiten.

In derselben werden die Extraction schwer erkrankter Zähne, die Narose und sämmtliche chirurgischen Verrichtungen gelehrt, welche in den Bereich des Zahnarztes fallen können. Ich halte darauf, dass die chirurgischen Eingriffe nicht weiter ausgedehnt werden, als es dem vorliegenden Lehrzweck entspricht. Die natürliche Grenze findet sich an der eventuellen Bettlägerigkeit der Patienten. Da das zahnärztliche Institut selbstverständlich keine Krankenbetten hat, so kann es auch keine bettlägerigen Patienten aufnehmen. Solche Patienten werden, wenn sie sich an das zahnärztliche Institut wenden, den chirurgischen Kliniken überwiesen. Es kommt das bisweilen vor, wie bei schweren Entzündungen der Kiefer, Krebsknoten an der Zunge etc. Alle diejenigen Operationen jedoch, welche sich an ambulanten Patienten ausführen lassen, kommen auch gegebenen Falles zur Ausführung, wie die Eröffnung tiefliegender Abscesse, die Trepanation des Antrums, die Ausmeisselung verirrter Zähne aus dem Knochen und Aehnliches. Es ist von Wichtigkeit, dass der angehende Zahnarzt auch diese Operationen aus unmittelbarer Anschauung kennt, ich verfehle jedoch nicht, die Studirenden darauf aufmerksam zu machen, dass sie in ihrer späteren Praxis im Allgemeinen besser daran thun, solche weitergreifenden Operationen den practischen Aerzten zu überlassen.

Der Zufluss der Patienten zu der Poliklinik für Zahn- und Mundkrankheiten war auch im letzten Wintersemester ein sehr beträchtlicher, wie das ja selbstverständlich ist. In der Charité und der chirurgischen Klinik in der Ziegelstrasse werden keine Zähne gezogen, und die grossen Krankenhäuser wie Bethanien und die städtischen Krankenhäuser in Friedrichshain und in Moabit haben überhaupt keine Polikliniken. So werden denn nur in einigen kleineren Krankenhäusern und von den katholischen Schwestern in der Wallstrasse Zähne unentgeltlich ausgezogen, und es ist daher bei der Grösse der Stadt selbstverständlich, dass ein starker Zufluss von Patienten nach derjenigen Stelle stattfindet, an welcher mit einem vollendeten Extractions-Instrumentarium das Ausziehen der Zähne nicht als eine mehr oder weniger lästige Nebenbeschäftigung empfunden wird, sondern die Hauptbeschäftigung bildet, an deren technisch vollendete Ausführung dann aber auch die höchsten Anforderungen gestellt werden. So wurde die Poliklinik vom 1. October 1885 bis zum 1. April 1886 von 4407 Patienten aufgesucht. Bei den meisten dieser Patienten handelte es sich einfach um die Extraction der schwer erkrankten Zähne, aber es war auch die Zahl derjenigen nicht klein, welche durch weitere Erkrankungen, die von den Zähnen ihren Ausgang genommen hatten, in erheblicher Weise gefährdet waren. Besonders gross war die Zahl der Kieferentzündungen. Bestand die Entzündung des Kiefers erst seit wenigen Tagen, so ging dieselbe nach Extraction des veranlassenden Zahnes stets prompt zurück. Hatte sich dagegen der durch die Entzündung hervorgerufene Eiter bereits in erheblicher Menge dicht unter der äusseren Haut angesammelt, so war es erforderlich, denselben durch äusseren Einschnitt zu entleeren. Lang dauernde Knochenentzündungen führten bisweilen zur Abstossung von Sequestern, welche jedoch die Grösse einer Mandel nicht überschritten. Vergleicht man diese kleinen Sequester mit denjenigen Sequestern, welche Fox in seinem berühmten Werke: *The natural history and diseases of human teeth*, London 1814, abgebildet hat, so ersieht man den enormen Fortschritt, welchen die Therapie der Knochenentzündungen seit jener Zeit gemacht hat.

(Fortsetzung folgt.)