



Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

# THÜRINGER ZAHNÄRZTE BLATT 9

7. Jahrgang  
September 1997



**Impressum**

THÜRINGER ZAHNÄRZTEBLATT

Offizielles Mitteilungsblatt der Landeszahnärztekammer Thüringen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen

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

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

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

**Anschrift der Redaktion:** Landeszahnärztekammer Thüringen, Mittelhäuser Straße 76-79, 99089 Erfurt, Tel.: 03 61/74 32-0, 03 61/74 32-113

**Satz und Layout:** TYPE Desktop Publishing, Apolda

**Druck, Buchbinderei:** Gutenberg Druckerei GmbH, Weimar

**Anzeigenannahme und -verwaltung:** TYPE Desktop Publishing, Müllerstraße 9, 99510 Apolda, Telefon 0 36 44/55 58 12, Fax 0 36 44/ 55 58 95, z. Z. gilt Anzeigenpreisliste vom 01.01.1995

**Anzeigenleitung:** Ronald Scholz

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers gestattet.

Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernimmt die Redaktion keine Haftung. Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte übernommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwirbt der Herausgeber das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

**Erscheinungsweise (1997):** 1 Jahrgang mit 11 Heften

**Zeitschriftenpreise (1997):** 78,- DM zuzügl. Versandkosten; Einzelheftpreis: 8,- DM zzgl. Versandkosten. Rabatt für Studenten: 25 %. Für Mitglieder der Landeszahnärztekammer Thüringen ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten.

**Bezugshinweis:** Das Abonnement gilt bis auf Widerruf oder wird auf Wunsch befristet. Die Lieferung der Zeitschrift läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 31.10. eines Jahres abbestellt wird. Ihre Bestellung richten Sie bitte an Ihre Fachbuchhandlung, Ihren Grossisten oder direkt an TYPE Desktop Publishing in Apolda (Anschrift siehe oben).

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

**Urheberrecht:** Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Herausgebers.

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

Printed in Germany

**Inhaltsverzeichnis****Editorial**

Abhängigkeiten jetzt abbauen 304

**LZKTh**

Unwissenheit schützt vor Strafe nicht 305  
Berufsordnung für Thüringer Zahnärzte 306  
Meldeordnung der Landeszahnärztekammer Thüringen 312

**Versorgungswerk**

Einladung 314

**Seniorenbetreuung**

6. Seniorenfahrt nach Heidelberg am 17./18. Juni 1997 316

**KZV**

Rechtsstreit zur Abrechenbarkeit der Gebühren-Nr. 54 b 317  
Beschluss des Landesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen in Thüringen 318  
Karin Blumenstein geht in den Ruhestand 319  
Umsetzung des 2. NOG – Direktabrechnung in der Kieferorthopädie § 29 320

**Praxis**

Konsenspapier: Restaurationsmaterialien in der Zahnheilkunde 322

**Berufspolitik**

Zertifizierung von Zahnarztpraxen – Warum machen Kollegen das? 324  
Umsetzung der Gesundheitsreform – Bericht über die Vorsitzendenrunde am 27.8. 326

**Fortbildung**

In-vitro-Studie zur Kombination eines maschinellen Aufbereitungssystems mit einem elektronischen Wurzelkanal-Längenmeßgerät 328  
Digitale Radiographieaufnahmen von Zähnen mit endodontischen Meßinstrumenten und Wurzelkanalfüllungen 330  
Therapie der marginalen Parodontitis, Teil I – Rolle der mechanischen Therapie 334

**Recht**

Honorarabtreibung und Stundung 338  
Verkauf von Mundhygieneartikeln – Steuerliche Behandlung dieser Verkäufe 339

**Veranstaltungen**

340

**Finanzen**

Neue Größenklassen für Betriebsprüfungen in Zahnarztpraxen 341

**Praxisservice**

Produktinformationen 341

**Sonstiges**

342

**Kultur**

Weimar als europäische Kulturhauptstadt – Kulturkritische Betrachtungen eines Stadtbesuchers 343

*Titelfoto (H.-G. Schröder, Erfurt): Neue Hütte (Happelshütte) in Schmalkalden*

## Abhängigkeiten jetzt abbauen

Die dritte Stufe der Gesundheitsreform ist seit einigen Wochen in Kraft. Die politischen Wellen haben sich noch nicht gelegt. Sie schlagen sogar noch ganz schön hoch, angetrieben von dem Thema Kostenerstattung.

Vor allem die Ärzte haben diesen Abrechnungsweg jetzt für sich entdeckt. Sie sehen darin ein Schlupfloch, um aus dem Dilemma ständiger Reformen des ärztlichen Bewertungsmaßstabes mit der Folge eines rapiden Punktwertverfalls herauszukommen. So ist aber die Kostenerstattung nicht gemeint. Sie soll vielmehr die Kostentransparenz bei der medizinischen Behandlung und vor allem die Eigenverantwortung der Partner – Arzt und Patient – stärken. Und sie ist gedacht für die Patienten, die mehr wollen als Kassenbehandlung.

Auch im zahnärztlichen Bereich ist die Kostenerstattung ein Thema. Hier gibt es neuerdings wieder längst überwunden geglaubte berufsinterne Probleme. Urheber sind einige KZVs, die ihre schwindende Bedeutung nicht akzeptieren wollen und um ihre Macht und wohl auch um so manchen Posten fürchten.

Abgesehen von der Neuregelung des § 13 (2) SGB V ist die Kostenerstattung bisher nur für die Kieferorthopädie wirksam geworden. Erstmals werden die Leistungen mit der Abrechnung des dritten Quartals wieder komplett dem Patienten in Rechnung gestellt. Für die Zahnersatzleistungen wird die reine Kostenerstattung wohl erst für die ab dem 1. Januar 1998 geplanten Leistungen wirksam werden.

### Wer kommt an wessen Geld?

Manche Kollegin bzw. mancher Kollege fragt sich gegenwärtig, wie er in Zukunft an sein Geld kommt. Genau betrachtet werden die Kolleginnen und Kollegen in der letzten Zeit jedoch eher gefragt, wie sie an ihr Geld kommen wollen.

Diese Frage stellen Leute, die an dem Vorgang des „an-das-Geld-Kommens“

entweder verdienen wollen oder auf diesem Wege den Zahnarzt in ihre Abhängigkeit bringen wollen. Zu nennen sind vor allem Abrechnungsgesellschaften, Krankenkassen und eben Vertreter einiger KZVs.

Den Abrechnungsgesellschaften geht es um das Geldverdienen, was an sich nicht verwerflich ist.

Auch bei den Krankenkassen liegt die Absicht klar auf der Hand. Sie wollen die Zahnärzte einzeln in ihre Abhängigkeit bringen. Dabei treten sie auf wie der eigentliche Interessenvertreter und Freund des Zahnarztes. Man muß schon klar im Kopf sein, um die verlockenden, aber verlogenen Angebote der Krankenkassen zu durchschauen. Die Krankenkassen wollen stets nur mehr Leistungen für immer weniger Geld, und die bekommt man nun mal vom Einzelnen leichter als von einer geschlossenen Gemeinschaft.

Ganz unverständlich wird es aber, wenn einige KZVs versuchen, den Abrechnungsweg über die KZV zu sichern. Mit populistischen Scheinargumenten werden die Kolleginnen und Kollegen verunsichert und das Vertrauen in die zahnärztliche Standesvertretung aufs Spiel gesetzt.

Hauptsache, das Geld fließt über die KZV. Nur so können Gelder für die KZV selbst abgezweigt werden.

Vor allem die KZV Brandenburg hat sich hier in jüngster Zeit unrühmlich hervorgetan und einen Vertrag mit den Krankenkassen über die Abrechnung von KfO-Leistungen via KZV abgeschlossen. Diesen Vertrag hat auch die KZV Berlin übernommen. So wird die gerade eingeführte Kostenerstattung ausgehebelt. Den Kolleginnen und Kollegen in diesen KZV-Bereichen wird damit ein Bärendienst erwiesen. Anstatt den Einfluß der Krankenkassen auf das Verhältnis zwischen Zahnarzt und Patient zurückzudrängen, wird er zementiert. Statt mehr Freiheit will man dort mehr Abhängigkeit. Verwalten statt gestalten lautet das Motto.

Wenn man nüchtern über die zahnärztlichen Honorierungssysteme nachdenkt, kommt man zwangsläufig zu dem Schluß, daß eine leistungsgerechte Honorierung dort nicht zu erzielen ist, wo eine Krankenkasse oder ein Versicherer über die Vergütung bestimmt. Um den Patienten eine gute Zahnheilkunde bieten zu können, muß die Honorierung von der Erstattung getrennt werden. Dazu ist die Kostenerstattung die Grundvoraussetzung. Die Festzuschußregelung beim Zahnersatz ist ein Ansatz. Auf jeden Fall muß klar werden, daß eine hochwertige Behandlung notwendigerweise ihren Preis hat.

### Wie kommt man zu seinem Geld?

Sicher durch ein vertrauensvolles Verhältnis zu seinem Patienten. Bei einer guten Leistung nach den Bedürfnissen des Patienten wird dieser immer bereit sein, die Rechnung zu begleichen. Eigentlich ist damit die Frage beantwortet.

Über die Modalitäten der Zahlung lohnt es sich dennoch nachzudenken. Hier wird sich sicher einiges ändern. Die Deutsche Apotheker- und Ärztebank beschäftigt sich schon seit einiger Zeit mit der Einführung elektronischer Zahlungsverfahren in Arzt- und Zahnarztpraxen. Der Freie Verband wird demnächst in Zusammenarbeit mit der Apo-Bank Informationsveranstaltungen über derartige Zahlungsformen durchführen. Möglichkeiten gibt es einige, auch das ganz normale Lastschriftverfahren. Welches Verfahren man bevorzugt, wird vor allem von der Praxisstruktur und von den Angebotenen der Banken abhängen. In dieser Richtung zu denken ist auf alle Fälle sinnvoller als über gute Beziehungen zu den Krankenkassen oder die Konditionen irgendwelcher Abrechnungsgesellschaften.

*Peter Luthardt*

## Unwissenheit schützt vor Strafe nicht

*Hätte die Natur so viele Gesetze wie der Staat,  
Gott selbst könnte sie nicht regieren. (Ludwig Börne)*



Gesetze und Verordnungen verfolgen uns! Sozialgesetzbuch, Bewertungsmaßstab, Gebührenordnung für Zahnärzte, Jugendarbeitsschutzgesetz, Unfallverhütungsvorschriften für alle möglichen Bereiche usw. – in unserer Gesellschaft ist fast alles geregelt.

### Flut der Gesetze kaum übersehbar

Für uns Zahnärzte gelten nicht nur spezifische Vorschriften und Verträge, wir müssen auch die Unternehmer- und Arbeitgeberregelungen umsetzen. Die Flut dieser gesetzlichen Vorschriften ist kaum noch übersehbar. Kein Zahnarzt ist allein in der Lage, alles zu lesen und alles perfekt umzusetzen. Wir brauchen Hilfe – KZV, LZK, Steuerberater, Rechtsanwalt, Dentaldepot, Fortbildungsreferenten usw. Im Betriebs- und Arbeitsschutz gibt es diese Hilfe bisher kaum. Hier treten aber Kontrollorgane auf – Amt für Arbeitsschutz, Technische Aufsichtsbeamte der Berufsgenossenschaft. Diese haben alle Möglichkeiten von Maßregelung bis hin zur Bestrafung. Eine ausschließliche Beratung ohne Folgen ist nicht zwingend vorgegeben.

An dieser Stelle erläßt der EU-Rat 1989 eine „Richtlinie über die Durch-

führung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit“. Deutschland muß danach diese Rahmenrichtlinie für alle Betriebe umsetzen. Damit gilt auch für die Kleinbetriebe, was für Unternehmen mit mehr als 20 Mitarbeitern schon immer galt. Die Bundesregierung erläßt das Arbeitssicherheitsgesetz, und die Berufsgenossenschaften entwickeln die entsprechenden Unfallverhütungsvorschriften für deren Durchführung.

### Arbeitsbeschaffungsmaßnahme der Nation

Auf den ersten Blick scheint das eine riesige Arbeitsbeschaffungsmaßnahme der Nation zu sein. Wir Arbeitgeber in den Kleinbetrieben sollen zahlen, was der Staat nicht mehr kann? Verweigerung ist einer der ersten Gedanken.

Erst das intensive Einarbeiten in die Materie zeigt auch Vorteile für unsere Zahnarztpraxen auf. Die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Beratung schafft kein Kontroll-, sondern ein Beratungsorgan. Die Zahnärzte können sich nicht mehr verweigern. Die Organisation wird sowohl Körperschaften und Verbänden als auch der Industrie überlassen. Viele überbetriebliche Anbieter – Unternehmen, welche verschiedenste Betriebe arbeitsmedizinisch und in Fragen des Arbeitsschutzes betreuen – wittern ein riesiges Geschäft.

Die Beratungspreise für 5 Arbeitnehmer belaufen sich in 3 Jahren von 400 bis 850 DM. Aber durch die Beratung ist nicht das Geld zu verdienen, die Problematik liegt in den Unterlassungen und Fehlern, welche festgestellt werden. Alle überbetrieblichen Anbieter liefern die Behebung zum extra Bonus gleich mit. Überhöhte Preise, di-

rekter Industrieeinfluß und Fremdentcheidungen überfluten unsere Praxen. Das muß verhindert werden!

### Angebot der LZKTh mit freien Mitarbeitern

Die Landes Zahnärztekammer Thüringen hat ein Angebot entwickelt, mit freien Mitarbeitern diese Beratung kostengünstig anzubieten. Die Entscheidungsfreiheit des Zahnarztes wird nicht eingeschränkt. Unser „Handbuch und Checklisten zu den gesetzlichen Bestimmungen“ – das Sie noch im Oktober 1997 erhalten und das regelmäßig ergänzt wird – hilft Ihnen, mit wenig Zeitaufwand auch die letzten nötigen Gesetzlichkeiten umzusetzen. Diese Variante der BuS-Beratung ist für die Kammer kostenneutral, trotzdem behalten wir allen Einfluß und können in Ihrem Interesse frei entscheiden.

### Wir tragen die Verantwortung!

Die BuS-Beratung effektiv und speziell eingesetzt – wie von der LZK Thüringen vorgeschlagen – kann uns helfen, Arbeitsschutz, wo er nötig ist, zu optimieren. Sie kann uns vor Unwissenheit schützen, Rechtssicherheit bieten, es folgt keine Bestrafung, und uns bleibt die volle Entscheidungsfreiheit. Wir werden zu nichts gezwungen! Die Beratungsprotokolle und speziellen Daten verbleiben in den Praxen selbst. Prophylaxe in der Zahnarztpraxis bedeutet auch Arbeitsschutz für das Personal. Das bedeutet für uns, weniger Ausfallzeiten und bessere Motivation unserer Mitarbeiter.

*Dr. Olaf Wunsch*

# Berufsordnung für Thüringer Zahnärzte

Die Kammerversammlung der Landes Zahnärztekammer Thüringen hat am 5. Juli 1997 gemäß § 15 Abs. 1 des Gesetzes über die Berufsvertretungen und die Berufsausübung, die Weiterbildung und die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker (Heilberufegesetz) vom 7. Januar 1992 (GVBl. S. 3) geändert durch Erstes Gesetz zur Änderung des Heilberufegesetzes vom 19. Juli 1994 (GVBl. S. 923) i. V. m. § 3 Abs. 4, § 6 und § 6 Satz 4 der Satzung der Landes Zahnärztekammer Thüringen die folgende Berufsordnung beschlossen:

## Präambel

Für jeden Zahnarzt gilt folgendes Gelöbnis:

„Ich verpflichte mich, meinen Beruf würdig und gewissenhaft nach den Gesetzen der Menschlichkeit auszuüben, meine zahnärztliche Tätigkeit in den Dienst der Gesundheitspflege zu stellen und dem mir im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Dies gelobe ich feierlich.“

## § 1 Berufsausübung

1. Der Zahnarzt\* ist zum Dienst an der Gesundheit der einzelnen Menschen und der Allgemeinheit berufen. Die Ausübung der Zahnheilkunde ist kein Gewerbe. Der zahnärztliche Beruf ist seiner Natur nach ein freier Beruf; er kann nur in Diagnose- und Therapiefreiheit ausgeübt werden.

Der zahnärztliche Beruf ist mit besonderen Berufspflichten verbunden. Insbesondere ist der Zahnarzt verpflichtet,

– seinen Beruf nach den Regeln der ärztlichen Kunst und nach den Geboten der Menschlichkeit auszuüben,

– dem ihm im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen,

– sein Wissen und Können in den Dienst der Vorsorge, der Erhaltung und der Wiederherstellung der Gesundheit zu stellen.

2. Der Zahnarzt übt seinen Beruf in freier und persönlicher Verantwortung aus.

3. Die zahnärztliche Praxis muß die für eine ordnungsgemäße Behandlung und den Notfalldienst erforderlichen Einrichtungen enthalten und sich in einem Zustand befinden, der den Anforderungen ärztlicher Hygiene entspricht.

4. Der Zahnarzt kann die zahnärztliche Behandlung ablehnen, wenn er der Überzeugung ist, daß das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen ihm und dem Patienten nicht besteht. Seine Verpflichtung, in Notfällen zu helfen, bleibt hiervon unberührt.

5. Der Zahnarzt darf anderen keine Verfügungsgewalt über die Praxis einräumen. Er darf keine Verpflichtungen eingehen, die seine Unabhängigkeit bei der Berufsausübung beeinträchtigen können.

6. Zahnärzte, die auch den Beruf des Heilpraktikers ausüben, können die Berufe nur getrennt ausüben. Insbesondere sind getrennte Sprechzeiten auszuweisen und eine entsprechende organisatorische Trennung in der Praxis und in den Ankündigungen jeglicher Art zu gewährleisten.

7. Zu den besonderen Berufspflichten des Zahnarztes gehören die Förderung der Gesundheitserziehung und der Gesundheitspflege sowie die Mitwirkung an der Verhütung und der Bekämpfung der Volkskrankheiten.

Der Zahnarzt soll die ihm aus seiner Berufstätigkeit bekanntwerden-

den Arzneimittelnebenwirkungen der Arzneimittelkommission Zahnärzte mitteilen.

8. Der Zahnarzt ist verpflichtet, die Meldeordnung zu beachten, die Bestandteil dieser Berufsordnung ist.

9. Der Zahnarzt ist verpflichtet, sich über die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften zu unterrichten und sie zu beachten.

10. Der Zahnarzt ist verpflichtet, bei der Selbstverwaltung mitzuwirken.

\*) formelle Bezeichnung gemäß § 1 Abs. 1 Zahnheilkundengesetz

## § 2 Fortbildung

1. Der Zahnarzt ist verpflichtet, sich beruflich fortzubilden und dadurch seine Kenntnisse dem jeweiligen Stand der zahnärztlichen Wissenschaft anzupassen.

2. Der Zahnarzt sorgt dafür, daß er eine fachgerechte Fortbildung nachweisen kann.

## § 3 Aufklärungspflicht

Der Zahnarzt hat das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu achten. Der Behandlung des Patienten hat grundsätzlich eine befundbezogene Aufklärung vorauszugehen.

## § 4 Schweigepflicht

1. Der Zahnarzt hat die Pflicht, über alles, was ihm in seiner Eigenschaft als Zahnarzt anvertraut und bekanntgeworden ist, gegenüber Dritten Verschwiegenheit zu wahren.

2. Der Zahnarzt hat seine Mitarbeiter über die Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren.

3. Der Zahnarzt ist zur Offenbarung befugt, soweit er von der Schweigepflicht entbunden wurde oder so-

weit die Offenbarung von Gesetzes wegen geboten ist.

4. Der Zahnarzt hat dafür Sorge zu tragen, daß seine zahnärztlichen Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde bei Praxisaufgabe oder Praxisübergabe in gehörige Obhut gegeben werden und der Geheimnisschutz gewahrt bleibt.
5. Der Zahnarzt, dem bei einer Praxisaufgabe zahnärztliche Aufzeichnungen über Patienten in Obhut gegeben werden, muß diese Aufzeichnungen unter Verschuß halten und darf sie nur mit Einwilligung des Patienten einsehen oder weitergeben.

## § 5 Sprechstunde und Praxis

1. Der niedergelassene Zahnarzt hat grundsätzlich seinen Beruf persönlich in eigener Praxis und eigener Verantwortung auszuüben.
2. Die zahnärztliche Behandlung hat in der Regel in den Praxisräumen stattzufinden. Die Sprechstunden- und Behandlungszeiten sind so einzurichten, daß sie den Erfordernissen der zahnärztlichen Versorgung der Bevölkerung entsprechen.
3. Zur ausreichenden Versorgung der Bevölkerung kann mit Zustimmung der zuständigen Berufsvertretung widerruflich und befristet eine Zweigpraxis errichtet werden. Auch in der Zweigpraxis muß der Praxisinhaber grundsätzlich persönlich tätig sein.

## § 6 Zahnärztliche Aufzeichnungen

1. Der Zahnarzt ist verpflichtet, Befunde und Behandlungsmaßnahmen fortlaufend und für jeden Patienten getrennt aufzuzeichnen.
2. Zahnärztliche Aufzeichnungen, Krankengeschichten und Röntgenbilder, auch auf elektronischen Datenträgern, sind Urkunden und entsprechend den gesetzlichen oder vertraglichen Vorschriften aufzube-

wahren. Bei ihrer Herausgabe sind die Bestimmungen über die zahnärztliche Schweigepflicht und des Datenschutzes besonders zu beachten.

3. Der Zahnarzt hat einem vor-, mit- oder nachbehandelnden Zahnarzt oder Arzt auf Verlangen die erhobenen Befunde zu überlassen und ihn über die bisherige Behandlung zu informieren, soweit das Einverständnis des Patienten vorliegt.

## § 7 Ausstellung von Gutachten und Zeugnissen

1. Gutachter werden von der Zahnärztekammer bestellt. Diese entsprechen bei der Erstellung des Gutachtens der Erwartung der Öffentlichkeit auf eine hervorgehobene Sachkunde und Zuverlässigkeit. Grundsätzlich ist der Zahnarzt zur Erstellung von Gutachten verpflichtet, sofern nicht im Einzelfalle schwerwiegende Gründe entgegenstehen.
2. Bei der Ausstellung zahnärztlicher Gutachten und Zeugnisse hat der Zahnarzt in Neutralität und Unabhängigkeit mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen seine zahnärztliche Überzeugung auszusprechen. Näheres wird durch die Gutachterrichtlinie geregelt.
3. Die Abgabe von Gutachten, Zeugnissen oder Bescheinigungen über die Wirksamkeit von Arzneimitteln, zahnärztlichen Materialien und Geräten sowie Mundpflagemitteln ist nur statthaft, wenn dafür Sorge getragen wird, daß sie nicht zu öffentlichen Werbezwecken verwendet werden.
4. Der Zahnarzt darf einen Patienten, der ihn zum Zwecke einer Begutachtung aufsucht, vor Ablauf von 24 Monaten nach Abgabe der schriftlichen Stellungnahme über die Begutachtung nicht behandeln. Dies gilt nicht für Notfälle.

## § 8 Zahnärztliche Gebühren

1. Die Honorarforderung des Zahnarztes muß angemessen sein. Für die Berechnung ist die Zahnärztliche Gebührenordnung die Grundlage.
2. Der Zahnarzt darf die Behandlung eines Notfallpatienten nicht von einer Vorauszahlung abhängig machen.
3. Bei der Planung umfangreicher Behandlungen soll der Patient vorher auf die voraussichtliche Höhe der Gesamtkosten hingewiesen werden.

## § 9 Kollegiales Verhalten

1. Der Zahnarzt hat gegenüber allen Berufsangehörigen jederzeit ein kollegiales Verhalten zu zeigen und sich im Verhältnis zu ihnen aller standesunwürdigen Mittel zu enthalten.
2. Herabsetzende Äußerungen über die Behandlungsweise oder das berufliche Wissen eines anderen Zahnarztes sind zu unterlassen.
3. Der Zahnarzt darf eine Vertretung, eine Notfall-, eine Überweisungsbehandlung oder eine Begutachtung über den begrenzten Auftrag und die notwendigen Maßnahmen hinaus nicht ausdehnen.
4. Der Zahnarzt darf den von einem anderen Zahnarzt oder Arzt erbetteten Beistand ohne zwingenden Grund nicht ablehnen. Der Zahnarzt darf den Wunsch eines Patienten oder seiner Angehörigen, einen zweiten Zahnarzt oder Arzt zuzuziehen, nicht ablehnen.
5. Es ist dem Zahnarzt nicht gestattet, Patienten einem anderen Zahnarzt, Arzt oder einer Krankenanstalt gegen Entgelt – auch in verschleierte Form – zuzuweisen. Dies gilt sinngemäß auch für diagnostische Untersuchungen.

## § 10

### Gegenseitige Vertretung

1. Die Zahnärzte sind grundsätzlich verpflichtet, sich gegenseitig zu vertreten.
2. Steht der Zahnarzt während der Sprechstundenzeit nicht zur Verfügung, so hat er für eine entsprechende Vertretung zu sorgen. Name, Anschrift und Telefonnummer eines Vertreters außerhalb der Praxis sind in geeigneter Form bekanntzugeben.

## § 11

### Notfallvertretungsdienst

1. Der Zahnarzt ist grundsätzlich verpflichtet, am Notfallvertretungsdienst teilzunehmen. Die Einzelheiten der Einrichtung und Durchführung des Notfallvertretungsdienstes werden in einer Notfallvertretungsdienstordnung geregelt. Sie ist Bestandteil dieser Berufsordnung.
2. Die Einrichtung eines Notfalldienstes entbindet den behandelnden Zahnarzt nicht von seiner Verpflichtung, für die Beratung und Behandlung seiner Patienten in dem Umfange Sorge zu tragen, wie es deren Krankheitszustand erfordert.
3. Der Zahnarzt hat sich auch für den Notfalldienst fortzubilden.

## § 12

### Assistenten und Vertreter

1. Als Assistent oder Vertreter dürfen nur approbierte Zahnärzte beschäftigt werden.  
Der Praxisinhaber hat sich darüber zu vergewissern, daß diese Voraussetzungen erfüllt sind.
2. Der Vertreter kann nur befristet und nur dann eingestellt werden, wenn der Praxisinhaber wegen Urlaubs, Fortbildung, Krankheit oder aus anderen zwingenden Gründen in der Praxis nicht selbst tätig sein kann. Die Einstellung eines Vertreters ist der Landes Zahnärztekammer

Thüringen mitzuteilen, wenn sie den Zeitraum von 6 Wochen überschreitet.

3. Anstellungsverträge dürfen von Zahnärzten nur abgeschlossen werden, wenn die Grundsätze dieser Berufsordnung gewahrt sind. Sie müssen insbesondere sicherstellen, daß der Zahnarzt in seiner zahnärztlichen Tätigkeit keinen Weisungen von Personen ohne zahnärztliche Approbation unterworfen wird.
4. Sofern Weisungsbefugnis von Zahnärzten gegenüber Zahnärzten besteht, sind die Empfänger dieser Weisung dadurch nicht von ihrer ärztlichen Verantwortung entbunden.
5. Zahnärzte, die auf die Ausübung des zahnärztlichen Berufs verzichtet haben oder gegen die rechtskräftig ein Berufsverbot verhängt worden ist, dürfen nicht vertreten werden. Zahnärzte, gegen die ein vorläufiges Berufsverbot verhängt worden ist, dürfen nur mit Genehmigung der Landes Zahnärztekammer Thüringen vertreten werden.
6. Die Praxis eines verstorbenen Zahnarztes kann zugunsten der Hinterbliebenen bis zum Schluß des auf den Tod folgenden Kalendervierteljahres vertretungsweise durch einen Zahnarzt fortgeführt werden. Der Zeitraum kann in besonderen Fällen durch die Landes Zahnärztekammer Thüringen verlängert werden.

## § 13

### Aus- und Fortbildung von Zahn- arthelferinnen

Der Zahnarzt, der eine Zahnarthelferin aus- oder fortbildet, hat sich mit den für die Aus- und Fortbildung geltenden Vorschriften vertraut zu machen. Der Zahnarzt hat dafür Sorge zu tragen, daß der Aus- oder Fortzubildenden die Fertigkeiten und Kenntnisse vermittelt werden, die zum Erreichen des Aus- oder Fortbildungszieles erforderlich sind.

## § 14

### Delegation

Der Zahnarzt darf Zahnarthelferinnen nur für die Aufgaben einsetzen, für die sie nach dem Berufsbildungsgesetz aus- und gemäß der Fortbildungsordnung der Landes Zahnärztekammer Thüringen fortgebildet sind. Hierbei ist der Rahmen zu beachten, der durch das Zahnheilkundengesetz vorgezeichnet ist.

## § 15

### Gemeinsame Ausübung zahn- ärztlicher Tätigkeit

1. Niedergelassene Zahnärzte dürfen in den Formen der Praxisgemeinschaft, Gemeinschaftspraxis oder Partnerschaftsgesellschaft zusammenarbeiten:
  - a) als Praxisgemeinschaft; sie ist zulässig als Organisationsgemeinschaft zur gemeinsamen Nutzung von Personal, Praxiseinrichtung und/oder Räumen;
  - b) als Gemeinschaftspraxis; sie ist zulässig als Berufsausübungsgemeinschaft von Zahnärzten, in der Form der Gesellschaft des bürgerlichen Rechtes (BGB-Gesellschaft);
  - c) als Partnerschaftsgesellschaft; sie ist zulässig als Berufsausübungsgemeinschaft nach dem Gesetz über Partnerschaftsgesellschaften Angehöriger Freier Berufe (Partnerschaftsgesellschaftsgesetz – PartGG).
2. Niedergelassene Zahnärzte dürfen sich, unbeschadet von Absatz 1, mit selbständig tätigen, zur eigenverantwortlichen Berufsausübung berechtigten Angehörigen folgender Berufe:
  - 1) akademische Berufe:
    - a) Ärzte
    - b) psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Diplompsychologen
    - c) klinische Chemiker und andere Naturwissenschaftler

- d) Diplomsozialpädagogen, Diplomheilpädagogen
- 2) staatlich anerkannte Berufe und weitere Berufe im Gesundheitswesen:
- Hebammen
  - Logopäden und Angehörige vergleichbarer sprachtherapeutischer Berufe
  - Ergotherapeuten
  - Angehörige der Berufe in der Physiotherapie
  - medizinisch-technische Assistenten
  - Angehörige staatlich anerkannter Pflegeberufe
  - Diätassistenten

als Partnerschaft nach dem Partnerschaftsgesellschaftsgesetz zusammenschließen.

Dem Zahnarzt ist eine solche Zusammenarbeit im einzelnen nur mit den genannten Berufsangehörigen und in der Weise erlaubt, daß diesen in ihrer Verbindung mit dem Zahnarzt einen gleichgerichteten oder integrierenden diagnostischen oder therapeutischen Zweck bei der Heilbehandlung am Menschen, auch auf dem Gebiet der Prävention und Rehabilitation durch räumlich nahes und koordiniertes Zusammenwirken aller beteiligten Berufsangehörigen erfüllen können.

- Gemeinschaftspraxen oder Partnerschaften sind an einen Praxissitz gebunden.
- Der Zahnarzt darf nur einer Berufsausübungsgemeinschaft angehören.
- Bei allen Formen der Zusammenarbeit muß das Recht des Patienten auf freie Arztwahl gewährleistet sein. Die eigenverantwortliche und selbständige Berufsausübung jedes Berufsangehörigen ist zu wahren. Der Zahnarzt darf dem Arzt in fachlichen Angelegenheiten nicht untergeordnet sein.
- Die Formen der Zusammenarbeit sind der LZKTh anzuzeigen, die Verträge sind von ihrem rechtsver-

bindlichen Abschluß der Zahnärztekammer zur Prüfung vorzulegen.

In den Verträgen ist zu regeln, daß jeder Partner der Zusammenarbeit die Einhaltung der berufsrechtlichen Bestimmungen der Zahnärztekammer zu beachten hat.

## § 16 Abgabe einer zahnärztlichen Praxis

- Die Übertragung der Praxis an einen anderen Zahnarzt ist der Landes Zahnärztekammer Thüringen vorher anzuzeigen. Der Vertrag über die Übertragung der Praxis an einen anderen Zahnarzt soll der Landes Zahnärztekammer Thüringen auf Verlangen vor Abschluß vorgelegt werden.
- Wer die Praxis eines anderen Zahnarztes übernimmt, darf das Praxischild dieses Zahnarztes nicht länger als ein Jahr weiterführen.

## § 17 Führung von Berufs- und Gebietsbezeichnungen, Titeln und Graden

- Zahnärzte dürfen die Berufsbezeichnung „Zahnarzt“ oder „Zahnärztin“ nur in der geschlossenen Schreibweise führen.
- Der Zahnarzt kann weitere Bezeichnungen führen, die auf besondere Kenntnisse in einem bestimmten Gebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde hinweisen (Gebietsbezeichnungen). Gebietsbezeichnungen bestimmt die Landes Zahnärztekammer Thüringen in der Weiterbildungsordnung.
- Daneben dürfen Zusätze über akademische Grade und ärztliche Titel, die in der Bundesrepublik Deutschland anerkannt sind, geführt werden. Titel aus Bereichen außerhalb der Medizin dürfen nicht geführt werden.

- Die vor der Vereinigung Deutschlands erworbenen Berufsbezeichnungen und Titel dürfen weiter geführt werden. Gleiches gilt für verliehene Ehrenbezeichnungen (z. B. Medizinalrat, Obermedizinalrat, Sanitätsrat).
- Im Ausland erworbene akademische Grade sind gemäß den Festlegungen des Thüringer Wissenschaftsministeriums zu führen.

## § 18 Anzeigen und Verzeichnisse

- Zur Unterrichtung der Bevölkerung darf der Zahnarzt Anzeigen nur in den örtlichen Zeitungen aus folgenden Anlässen aufgeben:
  - dreimal innerhalb von sechs Wochen
  - bei Niederlassung oder Zulassung
  - bei Verlegung der Praxis
  - bei Aufgabe oder Übergabe der Praxis je einmal
  - vor oder nach einer über zwei Wochen dauernden Abwesenheit
 Die Anzeige darf darüber hinaus nur Name, Titel, Anschrift, Telefonnummer und Sprechstundenzeit enthalten.
- Stellenanzeigen dürfen keine Formulierungen, auch nicht in versteckter Form, enthalten, die einer Werbung für die eigene Praxis gleichkommen.
- Zeitungsanzeigen sollen zweiseitig sein und bis zu 50 mm Höhe nicht überschreiten.
- Der Zahnarzt darf sich, abgesehen von amtlichen Verzeichnissen, nicht in Sonderverzeichnisse aufnehmen lassen. In amtlichen Verzeichnissen dürfen nur Name, Berufsbezeichnung, Gebietsbezeichnung, Anschrift, Telefonnummer und Sprechstundenzeiten angegeben werden. Die druckmäßige Hervorhebung des Namens und der Berufsbezeichnung in einfachem Fettdruck ist zulässig. Andere Angaben dürfen nicht druckmäßig hervorgehoben werden.



## § 19

### Praxisschilder

1. Der niedergelassene Zahnarzt hat am Praxissitz die Ausübung des zahnärztlichen Berufes durch ein Praxisschild kenntlich zu machen.
2. Der Zahnarzt hat auf seinem Praxisschild seinen Namen und seine Berufsbezeichnung (ggf. Gebietsbezeichnung) anzugeben. Daneben dürfen die Praxisschilder die in § 17 genannten Zusätze, Privatwohnung, Fernsprechnummer, Angaben zur Sprechstundenzeit sowie einen Zusatz über die Zulassung zu Krankenkassen enthalten. Das Führen anderer Zusätze ist nicht gestattet.
3. Zahnärzte, die ihren Beruf gemeinsam ausüben, haben dies anzuzeigen.
4. Auf dem Praxisschild einer Partnerschaft sind der Name der Partnerschaft sowie alle Namen der beteiligten Zahnärzte/Ärzte und der Berufsbezeichnung (ggf. Gebietsbezeichnung) anzugeben.
5. Praxisschilder sollen die Größe 35 cm x 50 cm nicht überschreiten. Zulässig ist üblicherweise nur ein Praxisschild, im Falle eines Eckhauses sind zwei Praxisschilder zulässig.  
Für Praxen in öffentlichen Straßen sind Hinweisschilder nicht zulässig. Die Anbringung von Hinweisschildern bedarf der vorherigen Genehmigung der Landes Zahnärztekammer Thüringen.
6. Die Verlegung einer Praxis in neue Räume darf ein Jahr lang durch ein mit Angabe der neuen Anschrift versehenes Schild an der früheren Praxisstelle mitgeteilt werden. Der Zahnarzt darf von seinem Umzug nur seine Patienten, und zwar die des letzten Jahres, benachrichtigen.

## § 20

### Sonstige Ankündigungen

1. Für sonstige im Zusammenhang mit der Berufsausübung stehende Ver-

lautbarungen, insbesondere für Briefbögen, Rezeptformulare und Stempel, gelten die Bestimmungen der §§ 17 und 19 Abs. 2.

2. Eine Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, Partnerschaft oder sonstige Sozietät darf sich nicht als Akademie oder Institut, Klinik oder Poliklinik, Zentrum, Ärztehaus oder einem Unternehmen vergleichbarer Art bezeichnen.

## § 21

### Öffentliche Werbung und Anpreisung

1. Jede Werbung und Anpreisung ist dem Zahnarzt untersagt.  
Er darf eine ihm verbotene Werbung durch andere weder veranlassen noch dulden. Dies gilt auch für Zahnärzte, deren Person oder Tätigkeit in Ankündigungen von Sanatorien, Kliniken, Institutionen oder anderen Unternehmen anpreisend herausgestellt wird.
2. Der Zahnarzt darf nicht dulden, daß Berichte oder Bildberichte mit werbendem Charakter über seine zahnärztliche Tätigkeit unter Verwendung seines Namens, Bildes oder seiner Anschrift veröffentlicht werden.
3. Es ist dem Zahnarzt untersagt, seine zahnärztliche Berufsbezeichnung für gewerbliche Zwecke zu verwenden oder ihre Verwendung für gewerbliche Zwecke zu gestatten.
4. Der Zahnarzt darf Dritten im Rahmen seiner Berufsausübung keine Vergünstigungen zu seinem eigenen Vorteil anbieten.
5. Dem Zahnarzt ist es nicht gestattet, für die Verordnung und Empfehlung von Heil- und Hilfsmitteln sowie Materialien und Geräten von dem Hersteller oder Händler eine Vergütung oder sonstige wirtschaftliche Vergünstigungen zu fordern oder anzunehmen.

## § 22

### Praxiseigene Laboratorien

Der Zahnarzt ist berechtigt, ein zahntechnisches Labor zu betreiben. Ist das Labor Bestandteil seiner Praxis (Praxislabor), darf es nur für diese Praxis tätig sein.

## § 23

### Verstöße gegen die Berufsordnung

Verstöße gegen die Berufsordnung unterliegen der Beurteilung durch die Berufsgerichte, sofern gesetzlich nichts anderes bestimmt ist.

## § 24

### Inkrafttreten

Die vorliegende Berufsordnung tritt nach Beschlußfassung durch die Kammerversammlung der Landes Zahnärztekammer Thüringen sowie nach Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde am 1. des Monats nach der Bekanntgabe in Kraft. Gleichzeitig tritt die Berufsordnung in der zur Zeit geltenden Fassung außer Kraft.

*Bei Redaktionsschluß lag die Genehmigung der Aufsichtsbehörde, des Thüringer Ministeriums für Soziales und Gesundheit, noch nicht vor. Die Veröffentlichung des Genehmigungsvermerkes erfolgt nach deren Vorlage.*

*red.*

# Meldeordnung der Landes Zahnärztekammer Thüringen

Die Kammerversammlung der Landes Zahnärztekammer Thüringen hat am 05.07.1997 aufgrund von § 15 Abs. 1 des Gesetzes über die Berufsvertretungen und die Berufsausübung der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker (Heilberufegesetz) vom 7. Januar 1992 (GVBl. S. 3) geändert durch Erstes Gesetz zur Änderung des Heilberufegesetzes vom 19. Juli 1994 (GVBl. S. 923) i. V. m. § 3 Abs. 4, § 6 e sowie § 6 Satz 4 der Satzung der Landes Zahnärztekammer Thüringen und gemäß § 1 Abs. 7 der Berufsordnung in der Fassung vom 05.07.1997 die folgende Meldeordnung beschlossen:

## § 1 Meldepflicht

- (1) Der Kammer gehören als Pflichtmitglieder alle aufgrund einer Berufserlaubnis oder Approbation zur Berufsausübung berechtigten Zahnärzte an, die im Freistaat Thüringen ihren Beruf ausüben oder, falls sie ihren Beruf nicht ausüben, ihre Hauptwohnung hier haben.
- (2) Das Mitglied hat sich innerhalb eines Monats nach Beginn der Pflichtmitgliedschaft bei der Kammer anzumelden.
- (3) Die Frist zur Abgabe der Meldung beginnt mit der Aufnahme der beruflichen Tätigkeit oder der Begründung der Hauptwohnung im Freistaat Thüringen.
- (4) Soweit das Mitglied den Beruf selbständig ausübt, muß es die Aufnahme der Tätigkeit nach § 2 Abs. 2 des Heilberufegesetzes formlos schriftlich zusätzlich beim zuständigen Gesundheitsamt anzeigen.

## § 2 Meldebogen, Urkunden, Zahnarzteausweis

- (1) Die Anmeldung hat mit dem von der Landes Zahnärztekammer vorgeschriebenen Meldebogen zu erfolgen. Die Angaben sind durch die in dem Meldebogen genannten Urkunden zu belegen. Diese sind in Urschrift oder amtlich beglaubigter Abschrift oder in amtlicher beglaubigter Fotokopie der Anmeldung beizufügen. Die Landes Zahnärztekammer kann die Vorlage der Urschrift verlangen und von dieser eine Abschrift oder Fotokopie für die Mitgliedsakte (§ 5 Abs. 1) fertigen.
- (2) Urschriften sind unverzüglich zurückzugeben. Abschriften und Fotokopien verbleiben bei der Mitgliedsakte.
- (3) Dem Kammermitglied wird nach Anmeldung durch die Landes Zahnärztekammer und nach Abgabe von 2 Paßbildern ein Zahnarzteausweis ausgehändigt. Der Zahnarzteausweis hat nur in Verbindung mit dem amtlichen Personalausweis Gültigkeit.
- (4) Ein Kammermitglied, dessen Mitgliedschaft bei der Landes Zahnärztekammer endet, hat dies der Landes Zahnärztekammer mitzuteilen und den Zahnarzteausweis unverzüglich, spätestens innerhalb von 4 Wochen nach Erlöschen der Mitgliedschaft, zurückzugeben.

## § 3 Auskunftspflicht

Das Kammermitglied ist verpflichtet, der Landes Zahnärztekammer ergänzende Auskünfte über Tatsachen zu erteilen, deren Angabe in dem Meldebogen verlangt wird.

## § 4 Meldung von Änderungen

Änderungen, die gegenüber den Angaben in dem Meldebogen eintreten, hat das Kammermitglied innerhalb eines Monats nach Kenntnis der Landes Zahnärztekammer schriftlich anzuzeigen.

## § 5 Mitgliedsakte

- (1) Die Landes Zahnärztekammer führt für jedes Mitglied eine Mitgliedsakte, in die der Meldebogen, Urkunden und Nachweise gemäß § 2 und Anzeigen gemäß § 4 aufzunehmen sind.
- (2) Die Angaben zu den Mitgliedern sind außerdem im Computer erfaßt.
- (3) Die Verwaltung der persönlichen Daten, Aufzeichnungen und Unterlagen unterliegt den Bestimmungen des Datenschutzes.

## § 6 Behandlung der Mitgliedsakten

- (1) Scheidet ein Kammermitglied aus der Landes Zahnärztekammer aus, so wird durch die Geschäftsstelle die Mitgliedsakte an die nunmehr zuständige öffentliche Berufsvertretung übergeben.
- (2) Ist die Zuständigkeit einer öffentlichen Berufsvertretung im Bundesgebiet nicht gegeben, wird einem Kammermitglied die Approbation oder die Berufserlaubnis zur Ausübung der Zahnheilkunde zurückgenommen, verzichtet das Kammermitglied auf die Approbation oder erlischt die Erlaubnis zur Ausübung des zahnärztlichen Berufes, so verbleibt die Mitgliedsakte bei der Landes Zahnärztekammer. Das gleiche gilt beim Tode eines Kammermitgliedes.

- 
- (3) Die Mitgliedsakten dürfen frühestens nach 20 Jahren nach Ausscheiden des Kammermitgliedes vernichtet werden.

## **§ 7**

### **Verletzung von Melde- und Anzeigepflichten**

- (1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 1 Abs. 2 und 3 und § 4 die vorgeschriebenen Meldungen oder Anzeigen nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erstattet.
- (2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße von 1.000,- DM geahndet werden.

## **§ 8**

### **Inkrafttreten**

Diese Meldeordnung tritt am 1. August 1997 in Kraft.

*Christian Herbst*  
*Vorsitzender der Kammer-*  
*versammlung*

*Erfurt, den 05. Juli 1997*

---

## **Zahnärztestammtisch Suhl**

**Dienstag, 14.10.1997  
19.30 Uhr**

Gasthof „Goldener Hirsch“  
Suhl-Neundorf

### **Anmeldungen bitte an:**

DS Gottfried Wolf  
Tel. 03681/72345

## EINLADUNG

### Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege

im Kalenderjahr 1996 wurde erstmals vom Versorgungswerk der Landes-zahnärztekammer Thüringen (VZTh) eine Informationsveranstaltung für die Mitglieder der Landes-zahnärztekammer Thüringen durchgeführt.

Der damalige Gastreferent Herr Bankdirektor Rudolf Reil, Mitglied des Vorstandes der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, referierte sehr verständlich und eindrucksvoll über das Thema „Die Europäische Währungsunion – Ist unser Geld sicher?–“.

Zwischenzeitlich ist seit dieser Veranstaltung ein Jahr vergangen und immer neue Höchstkurse an den Aktienmärkten in Deutschland und der Welt

lassen uns wieder die Frage stellen: „Wo legen wir unser Geld an, wo ist unser Geld sicher?“ Aufgrund Ihrer zahlreichen Nachfragen und dem regen Interesse bei Teilnahme an einzelnen Kreisstellenversammlungen haben wir uns entschlossen, auch in diesem Jahr wieder eine Informationsveranstaltung durchzuführen.

Wir freuen uns, daß wir Herrn Rudolf Reil für eine Fortsetzung seines Vortrages vom vorigen Jahr als Referent gewinnen konnten.

**Die Informationsveranstaltung wird am Donnerstag den 4. Dezember 1997 um 17.00 Uhr in Erfurt stattfinden.**

Bitte übersenden oder faxen (0361/74 32-250) Sie uns den Anmeldeabschnitt. Der genaue Veranstaltungsort wird nach erfolgter Anmeldung mit der Anmeldebestätigung bekanntgegeben. Die Informationsveranstaltung ist für Mitglieder des Versorgungswerkes und deren Ehepartner kostenfrei, Nichtmitglieder fügen der Anmeldung bitte einen Verrechnungsscheck über DM 40,00 als Unkostenbeitrag bei.

### Programmablauf:

**1. Gastreferent Rudolf Reil:**  
Die Europäische Währungsunion kommt näher, Ausblicke auf das zu erwartende Szenario, Kapitalanlageprognose 1998

**2. Dr. Reinhard Friedrichs:**  
Die Finanzierung des VZTh im offenen Deckungsplanverfahren

### 3. Diskussion/Fragen

Wir würden uns freuen, wenn die Veranstaltung durch Ihre Teilnahme und rege Beteiligung auch in diesem Jahr wieder erfolgreich und informativ verlaufen würde. Im Anschluß an die Veranstaltung stehen Ihnen Mitglieder des Verwaltungsrates als auch der Verwaltung des VZTh für Fragen gern zur Verfügung

*gez. Dr. Reinhard Friedrichs*

*gez. Christian Herbst*

### Angebot der Zahnärztlichen Röntgenstelle

Die Nutzung von Röntgenfilmen der Empfindlichkeitsklasse E (zum Beispiel Kodak Ektaspeed Plus und Agfa Dentus M2 comfort) trägt im hohen Maße zum aktiven Strahlenschutz in der zahnärztlichen Röntgendiagnostik bei. Gegenüber der viele Jahre genutzten Filme der Klasse D kann die notwendige Expositionszeit um ca. die Hälfte reduziert werden. Eine Beeinflussung der Bildqualität tritt nicht auf.

Deshalb empfiehlt Ihnen der Röntgenausschuß der Landes-zahnärztekammer Thüringen und die Zahnärztliche Röntgenstelle den Wechsel zu Röntgenfilmen der Empfindlichkeitsklasse E.

Um Sie bei dem Wechsel zu unterstützen, hat der Röntgenausschuß beschlossen, daß die Zahnärztliche Röntgenstelle gegen Zahlung einer Verwaltungsgebühr von

**20,00 DM**

eine densitometrische Bewertung der überlappenden Anschlußprüfung (siehe tzb 2/97) durchführt und Ihnen eine Bestätigung der neuen Referenzaufnahme für die Konstanzprüfung erteilt.

Dieses Angebot kann auch bei einem Filmwechsel innerhalb der gleichen Empfindlichkeitsklasse genutzt werden.

Alle Unterlagen schicken Sie bitte an:

**Landeszahnärztekammer Thüringen  
Zahnärztliche Röntgenstelle  
Mittelhäuser Str. 76 – 79  
99089 Erfurt**

Für Rückfragen steht Ihnen Herr Dr. Brodersen, Tel.: 0361/74 32-115 gern zur Verfügung.

# Go British



**WO KÖNIGIN VICTORIA  
IHR GELD ANLEGTE**

**Lassen Sie sich doch einfach 7,5 Prozent für 1997 garantieren!**

Darüber hinaus bietet die WM-Police ein Höchstmaß an Flexibilität. So kann der Kunde zwischen vier Anlage-Pools in unterschiedlichen Währungen wählen: Britisches Pfund, US-Dollar, ICU (US-Dollar, DM und japanischem Yen) sowie einen DM-Pool; ein Schlaraffenland also für Individualisten und Euroskeptiker zugleich. Für die unterschiedlichen Anlage-Pools wird eine Mindestverzinsung garantiert, so z. B. für den DM-Pool 3 %. Typisch für den britischen Markt ist die Vorwegbestimmung der Gewinnbeteiligung am Anfang eines jeden Jahres. So hat CM beispielsweise für das Jahr 1997 bereits 7,5 % Rendite garantiert (6 % Jahresdividende plus 1,5 % Fälligkeitsdividende). 1998 erfolgt dann eine Rückbetrachtung des abgelaufenen Jahres. Es ist damit zu rechnen, daß CM dann; wie bereits in den vergangenen Jahren, nochmal ein Sahnehäubchen obendrauf setzt. Die Verzinsung lag in der Vergangenheit bei satten 9 % bis 10 %!

Seit der Öffnung des europäischen Binnenmarktes warten Verbraucher und qualifizierte Berater gleichermaßen auf den Knaller von der Insel. Seit geraumer Zeit gibt es ihn: Eine der besten britischen Versicherungsgesellschaften stellt ihre Produkte auch dem deutschen Markt zur Verfügung. Die Clerical, Medical and General Life Assurance Society.

**Und das Besondere?**

„CM“ hat es verstanden, Produkte nur für den deutschen Markt und Verbraucher zu kreieren, und nicht, den Verbraucher passend für ihre englischen Produkte zu machen.

Die „Wealthmaster-Police“ der Clerical Medical verbindet eine Reihe von Eigenschaften, wie: Rendite, Sicherheit, Flexibilität und Steuervorteil, die bereits 1824 für die Mitglieder des Klerus (Geistliche) und Mediziner gegründete Gesellschaft ist ein „Musterknaube“ ihrer Branche. So tauchte sie in den vergangenen 27 Jahren häufiger als jede andere britische Lebensversicherung in den Top Ten With Profits Performance Tables (für 10, 15 und 25 Jahre Laufzeit) auf. Außerdem erhielt sie von der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Standard & Poors eine AA (excellent) Bewertung für ihre Finanzstärke. Eine solide Sache also.

Für den deutschen Kunden wurden Voraussetzungen geschaffen, die die üblichen Vorbehalte gegen ausländische Anbieter vollends ausräumen. Für die über die luxemburgische Niederlassung angebotene „Wealthmaster-Police“ gilt deutsches Vertragsrecht und der Gerichtsstand des deutschen Kunden. Unter Einhaltung der auch für inländische Policen geltenden Bestimmungen des Einkommensteuerrechts bleiben die Erträge sowohl vom deutschen als auch vom britischen Fiskus unangetastet. Damit hat CM ein renditestarkes Produkt mit hiesigem Sicherheitsbewußtsein und Steueroptionen geschaffen.

**Beispielrechnung**

Männlich, Nichtraucher, 45 Jahre alt

Jahresbeitrag	5.000 DM
Policenlaufzeit	35 Jahre
Beitragszahlung	20 Jahre
Todesfallschutz	60.000 DM
Jährliche Teilauszahlungen ab dem 65. Lebensjahr	27.500 DM*
Endauszahlung im 79. Lebensjahr	137.789 DM*

Das Ergebnis ist den üblichen Kapitalanlagen deutlich überlegen

Gesamteinzahlung während der Laufzeit	100.000 DM
Summe der Auszahlungen	517.789 DM*
Gewinn	417.789 DM*

\* Die Überschüsse können nicht garantiert werden. Zahlenangaben basieren auf Erfahrungen aus vergangenen Jahren. Bei Ablauf oder Rückkauf der Police können Steuern anfallen, die hier noch nicht berücksichtigt wurden.

**Die Gesellschaft**

*Die Clerical, Medical General Life Assurance wurde 1824 gegründet und zählt so zu den erfahrensten Lebensversicherern der Welt. In der Vergangenheit wurden ihre Leistungen mit zahlreichen Auszeichnungen und Anerkennungen geehrt. Für ihre Leistung war sie so oft wie kein anderer britischer Lebensversicherer in den Top-Ten-Tables.*



1824



1824

**Go British**

Durch die umfangreichen Garantien, deutsches Vertragswerk und deutschen Gerichtsstand, verbunden mit der Möglichkeit, alle Vertragsleistungen auf DM-Basis zu erhalten, schafft die Clerical Medical General Life Assurance eine Reihe hervorragender Alternativen zu den bisher bekannten Investments. Die guten Ergebnisse der Vergangenheit und die große Flexibilität machen diese Importpolice zu einer Top Alternative.

**Lassen Sie sich Ihr individuelles Angebot von uns erstellen. Senden Sie einfach den untenstehenden Antwortcoupon für weitere Informationen.**

**FAX - / R Ü C K A N T W O R T (0361) 6 46 38 22**

**Ja, ich interessiere mich für die CM-Wealthmasterpolice als**

- zusätzliche Altersvorsorge. Mein Geburtsdatum \_\_\_\_\_.
- Einkommen für den vorzeitigen Ausstieg aus dem Berufsleben ab \_\_\_\_\_ Lebensjahr. Mein Geburtsdatum \_\_\_\_\_.
- Studienvorsorge für mein(e) Kind(er)

Name des Kindes \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**R. & R. Daume  
Finanzdienstleistungen GmbH  
Juri-Gagarin-Ring 130  
99084 Erfurt**

**Tel.: (0361) 6 43 87 84  
Fax: (0361) 6 46 38 22**

Bitte setzen Sie sich telefonisch mit mir in Verbindung. Sie erreichen mich zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ Uhr unter der Tel.- Nr.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Absender/Stempel

### 6. Seniorenfahrt nach Heidelberg am 17./18. Juni 1997

Zur 6. Seniorenfahrt waren alle Seniorinnen und Senioren der Thüringer Zahnärzteschaft bereits im März eingeladen worden. Das Interesse an gemeinsamer Fahrt mit interessanten Eindrücken und angeregten Gesprächen ist groß. Es meldeten sich 40 Interessenten – teilweise mit Partner – für die Fahrt nach Heidelberg, so daß insgesamt 65 Personen teilnahmen. Der Doppelstockbus unseres bewährten Reisebüros Steinbrück aus Gotha war bis auf den letzten Platz besetzt. In erprobter Weise wurden die Seniorinnen und Senioren per Transfer von verschiedenen Punkten in ganz Thüringen abgeholt.

Auf einem Autobahnparkplatz bei Eisenach wurden alle Reiselustigen in einem Bus zusammengeführt. Weiter ging die Fahrt auf der Autobahn Richtung Westen. Erster Halt war in Lorsch, wo es eine Königshalle aus dem Jahr 774 anzusehen gab – bekannt als „Juwel karolingischer Renaissance“. Die Bergstraße führte uns durch eine wunderschöne Landschaft nach Heidelberg. Das Hotel war noch nicht bereit und so starteten wir gleich zu einer ausgedehnten Stadtrundfahrt mit Besichtigung des Heidelberger

Schlusses. Hoch über den engen Gassen der Altstadt erhebt sich majestätisch die Ruine des Heidelberger Schlosses. Fünf Jahrhunderte lang haben dort die Kurfürsten von der Pfalz aus dem Geschlecht der Wittelsbacher residiert. Als Besucher erlebten wir die abwechslungsreiche Geschichte des Schlosses auf Schritt und Tritt: Befestigungswerke, Wirtschaftsgebäude und Paläste in allen Stilarten von Gotik bis zur Hochrenaissance umschließen den Innenhof und bilden eine malerische Kulisse für die Schloßfestspiele. In den Kellergewölben des Ottheinrichbaus besichtigten wir, geführt von einem pfiffigen Studenten, das einzigartige Deutsche Apothekenmuseum. Die Besichtigung des Heidelberger Fasses durfte natürlich auch nicht fehlen.

Heidelberg ist eine Stadt der Studenten – 130.000 Einwohner und 30.000 Studenten. Die Universität Heidelberg ist die älteste Universität in Deutschland. Sie wurde im Jahre 1386 gegründet. Ihre Geschichte ist ein Spiegel der politischen und geisteswissenschaftlichen Wandlungen der vergangenen 600 Jahre.

Endlich gegen 17.00 Uhr konnten wir die Zimmer im Hotel Ibis im Zentrum

von Heidelberg beziehen. Viel Zeit zum Ausruhen war nicht, denn für 19:00 Uhr war ein Abendessen mit Sektempfang in den Backstuben des Schloßrestaurants bestellt. Meisterhafte Unterhaltung wurde uns durch ein Ensemble für mittelalterliche Musik zuteil. In gemütlicher Runde endete dieser Abend.

Zu Beginn des nächsten Tages verdunkelten Regenwolken den Himmel. Der Vormittag war für einen individuellen Stadtbummel reserviert, was trotz des ungemütlichen Wetters genutzt wurde. Studentenkarzer, Jesuitenkirche, Heiliggeistkirche, mittelalterliche Stadtbefestigung, hübsche Geschäfte und gemütliche Restaurants – für jeden war etwas dabei.

Pünktlich um 14:00 Uhr trafen wir uns am Neckarufer zu einer Schifffahrt durch das zauberhafte Neckartal bis zur 4-Burgenstadt Neckar-Steinach. Die Sonne hatte die Wolken verdrängt, so daß man sich auf dem Sonnendeck an der schönen Landschaft erfreuen konnte.

Die Rückfahrt führte durch den Odenwald. Eine Pause wurde in Michelstadt eingelegt, wo ein hübscher mittelalterlicher Stadtkern mit wunderschönen Fachwerkhäusern zum Besichtigen einlud. Besonders sehenswert war das Fachwerk-Rathaus. Nach diesem architektonischen Leckerbissen ging es in Darmstadt auf die Autobahn in Richtung Thüringen. Die Heimfahrt bei angeregter Unterhaltung verging schneller als gedacht. Mit schönen Erinnerungen und interessanten Eindrücken wird auch diese Seniorenfahrt nicht so schnell vergessen werden.

*S. Büttner*





## Rechtsstreit zur Abrechenbarkeit der Gebühren-Nr. 54 b

*Aktuelle Entscheidung des LSG Bremen vom 16.4.1997*

Gegen das Urteil des SG Bremen vom 1.11.1993, dem LSG Schleswig-Holstein folgend, mit der Abrechenbarkeit der Gebühren-Nr. 54 b je Wurzelspitze, legte die DAK (Beklagte) am 7.1.1994 beim LSG Bremen Berufung ein.

Dabei hält die Beklagte daran fest, daß insbesondere unter Berücksichtigung anderer Leistungsziffern und des systematischen Zusammenhangs die Gebühren-Nr. 54 für einen Zahn nur einmal in Ansatz gebracht werden könne, unabhängig von der Anzahl der resezierten Wurzelspitzen an diesem Zahn. Die Gebühren-Nr. 54 verwende nur den Singular („Wurzelspitzenresektion“), wie es in sämtlichen Leistungslegenden im hier zugrundeliegenden Gebührentarif A der Fall ist. Hierbei wird der Vertragstext der Gebühren-Nrn. 32 und 35 „je Kanal“ als Gegensatz herangezogen.

Keine Berücksichtigung fand die Argumentation des SG, daß bei der WR2 von Zähnen mit drei Wurzeln in der Regel zwei Knochenfensterungen vorzunehmen seien, da es sich hierbei nur um eine kleine Anzahl von Zähnen handelt und darauf nicht eine generelle Ausweitung der Abrechnung gestützt werden dürfe. Unabhängig davon berücksichtige die Gebühren-Nr. 54 b die schwierigere und risikoreichere Wurzelspitzenresektion bei einem Seitenzahn durch die höhere Vergütung gegenüber der Resektion eines einwurzeligen Zahnes.

Das Ergebnis sei auch insoweit ungeschlüssig, als danach Wurzelspitzenresektionen an einem Zahn nach Nr. 54 b mehrfach abgerechnet werden dürften, während die Resektion an der Wurzel eines benachbarten Zahnes, die mit einem erhöhten Aufwand verbunden sei, niedriger bewertet bliebe.

Die Klägerin (KZV Bremen) beantragte die Zurückweisung der Berufung. Sie hält die angefochtene Entscheidung des SG Bremen für zutreffend. Wie das LSG Schleswig-Holstein



*Dr. Horst Popp*

meint auch sie, die Punkterelation der in Frage stehenden Positionen bezüglich der Schwierigkeit und Gefahrensituation der jeweils vom Zahnarzt zu leistenden Arbeit sei nicht völlig stimmig und finde keinesfalls eine korrekte Berücksichtigung und Honorierung. Sowohl dem Wortlaut nach als auch der Schwierigkeit und Gefährlichkeit der Leistung entsprechend sei bei der Leistungsposition 54 b eine Vergütung je Wurzelspitze und nicht etwa lediglich pro Zahn möglich und angemessen.

Die KZV Thüringen vertritt hinsichtlich der Abrechenbarkeit der Nr. 54 b je Wurzelspitze und nicht je Zahn den analogen Rechtsstandpunkt.

Das LSG Bremen ging in seiner Entscheidung von der ständigen Rechtsprechung des BSG, der Zurückhaltung bei der Auslegung von Vorschriften zur Bewertung ärztlicher Leistungen in den entsprechenden Gebührenordnungen aus. Dabei sei eine ausweitung, analoge Interpretation von Leistungsbeschreibungen unzulässig.

Das LSG verwies auf die strenge Berücksichtigung des Wortlautes der in Frage stehenden Gebühren-Nr., aber auch auf die Verpflichtung, die

einzelne Gebühren-Nr. in ihrem systematischen Zusammenhang innerhalb des Leistungssystems zu betrachten und dabei die einzelnen Regelungen des Bewertungssystems miteinander zu vergleichen und ins Verhältnis zu setzen (Urteil LSG Bremen vom 30.10.1996).

In Gebühren-Nr. 54 b fehle ein Zusatz wie „je Wurzelspitze“ oder eine Abrechnungsbestimmung ähnlich Gebühren-Nr. 50. Wiederum aus der Gesamtheit des Bewertungssystems im Gebührentarif A ergebe sich, daß es sich dabei um eine bewußte Entscheidung der Vertragspartner gegen die Abrechenbarkeit von Resektionen je Wurzelspitze handeln solle. Diese Entscheidung sei somit neben den beteiligten Vertragsparteien auch von den Gerichten zu respektieren. Damit sei eine Interpretation von Gebührenpositionen hinsichtlich eigener Vorstellungen in eine bestimmte Richtung untersagt.

Das Gericht bezieht bei seiner Urteilsbegründung ebenfalls die seiner Meinung nach korrekte Abstufung der Bewertung innerhalb der Gebühren-Nr. 54 a, b und c, insbesondere die Differenzierung zwischen der Gebühren-Nr. 54 a/b sowie Nr. 54 b/c ein.



Auch die Anpassung der GOZ seit 1988, bei der „die Resektion je Wurzelspitze“ vergütet wird (vgl. GOZ-Nr. 312), stelle für das Gericht geradezu den Beweis dar, daß bei der GOZ früher und der Bema-Z heute noch von der Abrechenbarkeit pro Zahn ohne Berücksichtigung der Anzahl der Wurzelspitzen auszugehen ist.

Zugleich wird auf eine möglicherweise erforderliche Anpassung der bestehenden Gebührenordnung als ausschließliche Sache der gemeinsamen Selbstverwaltung verwiesen. Eine „Anpassung“ durch die Anwender des Bema-Z oder der Gerichte ist nicht zulässig.

Schließlich fand auch der in § 72 Abs. 2 SGB V niedergelegte Grundsatz einer angemessenen Vergütung bei der Urteilsfindung durch das BSG keine Berücksichtigung. So stehe nicht die Vergütung einer einzelnen Leistung oder eines einzelnen Arztes/Zahnarztes im Vordergrund, sondern die Gewährung einer angemessenen Vergütung insgesamt mit der damit verbundenen, im öffentlichen Interesse liegenden Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Erst bei Gefährdung des vertragsärztlichen Systems als Ganzes infolge einer zu niedrigen Leistungsvergütung mit resultierender gefährdeter beruflicher

Existenz der Leistungserbringer finde o. g. § 72 Bedeutung. Letzteres sei nicht ersichtlich.

Wegen der grundsätzlichen Bedeutung der zu entscheidenden Rechtsfrage wurde die Revision zugelassen.

*Dr. Horst Popp*

*Referent für Bedarfsplanung und Zulassung und Kieferbruch/Kiefergelenkserkrankungen*

## **Beschluß des Landesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen in Thüringen gemäß § 103 SGB V und § 16b ZV-Z vom 12. September 1997**

Bezug nehmend auf die erfolgte Veröffentlichung zur Versorgungsgradfeststellung und der Bestimmungen des SGB V §§ 100 und 101 in Verbindung mit §§ 15 und 16b ZV-Z ergeben sich nach der Sitzung des Zulassungsausschusses am 4.9.1997 bezüglich der Anordnung/Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen folgende Veränderungen:

### **Anordnung von Zulassungsbeschränkungen: Planungsbereich Gera** (zahnärztliche Versorgung)

Dieser Beschluß tritt mit Veröffentlichung gemäß § 16b (4) ZV-Z in Kraft.

*gez. Günther Schroeder-Printzen*  
*Vorsitzender des Landesausschusses*

Zum Titelbild:

### **Neue Hütte (Happelshütte) in Schmalkalden**

Diese ehemalige Holzkohleneisenhütte ist das einzig erhaltene technische Denkmal dieser Art und das einzige seiner Art der in Schmalkalden seit dem 14. Jahrhundert nachgewiesenen Eisenindustrie.

Der hessische Amtmann (Schmalkalden war kurhessische Enklave) Dr. S. Happel errichtete 1656 bis 1669 Blauföfen und Stahlhammer. Daneben wur-

de 1835 ein 9,6 m (andere Quellen geben 12 m an: DUMONT Kunstführer) hoher Holzkohlehochofen gebaut, damals eine der modernsten Hochofenanlagen, und mit einem klassizistischen Zentralbau aus Fachwerk-Mauerwerk umgeben.

Zur technischen Ausrüstung der Hütte aus der Zeit der Erbauung gehören der neben dem Gebäude stehende Enderhitzer und das Zylindergebläse, das von einem (nicht mehr erhaltenen) 3,6 m hohen Wasserrad angetrieben

wurde. Holzkohlenschuppen und das Wohn- und Verwaltungsgebäude ergänzen die Anlage. Der Hochofen wurde 1924 stillgelegt. Schmiede mit Vorführungen und Wasserrad sollen wieder erstehen.

#### **Anschrift:**

Neue Hütte,  
98574 Schmalkalden-Weidenbrunn

*G. Wolf*





## Karin Blumenstein geht in den Ruhestand



Die langjährige Vorstandssekretärin Karin Blumenstein hatte am 4. September 1997 ihren letzten Arbeitstag in der KZV Thüringen. Sie geht Ende September 1997 in den wohlverdienten Ruhestand und wurde vom Vorstand, der Geschäftsführung und im Namen aller Kolleginnen und Kollegen vom Personalrat mit diesem wichtigen Tag aus dem Berufsleben verabschiedet.

Vorstand und Geschäftsführung nehmen dies zum Anlaß, ihr hiermit öffentlich ein herzliches Dankeschön für die in den vergangenen Jahren geleistete Arbeit auszusprechen.

Frau Blumenstein kam Anfang 1991 zur KZV, die damals noch eingetragener Verein war, und arbeitete bis zuletzt im Chefsekretariat.

Die neue Technik, PC, Faxgerät usw., war zwar – wie für alle anderen auch – ein anfangs erhebliches Problem, das sie jedoch in der gebotenen Eile und der Hektik, die in den ersten Monaten in der KZV herrschten – immerhin waren die ersten Monate des eingetragenen Vereins durch eine Existenzgründungswelle ohnegleichen gekennzeichnet – sehr gut meisterte. Und das

alles mit einem einzigen Telefonanschluß, der noch mit den anderen Abteilungen geteilt werden mußte.

Zunächst unter der Führung von Horst Tönges, ab 1992 dann unter dem heutigen Hauptgeschäftsführer Jürgen Zerull, erledigte sie alle Arbeiten eines funktionierenden Sekretariats. Daß in einer solchen Gründungsphase die normale Arbeitszeit fast regelmäßig nicht ausreichte und häufig bis in die Nacht hinein gearbeitet werden mußte, ist für Frau Blumenstein nie ein Problem gewesen. Sie, so sagte sie selbst, lebe nur für ihre Arbeit.

Karin Blumenstein hat sich durch ihre freundliche und hilfsbereite Art nicht nur bei den Mitgliedern der KZV, häufig erstmals über das Telefon, bekannt gemacht. Sie war Sorgentelefon der Bürger, die natürlich nach der Wende zu dem neuen Versicherungssystem viele Fragen hatten und unsicher waren. Sie war verlässlich, kollegial und loyal zu den anderen MitarbeiterInnen im Haus. Frau Blumenstein war innerhalb der KZV ein Begriff und von außerhalb oft der erste Ansprechpartner in der Körperschaft.

Wenn sie jetzt diesen, für jeden am Anfang immer wieder noch nicht ganz

überschaubaren Lebensbereich des Ruhestandes beginnt, wird es sicher ihr selbst, aber auch dem Vorstand und der Geschäftsführung schwerfallen, sich an diese neue Situation zu gewöhnen.

Frau Blumenstein wird, so ist sich die Geschäftsführung sicher, auch diesen neuen Lebensabschnitt meistern, so wie sie in der Vergangenheit alle Aufgaben gemeistert hat. Sie wird, davon sind wir überzeugt, auch hier Freude und Erfüllung finden und dem Arbeitsstuhl am Schreibtisch sicher nur kurze Zeit nachweinen. Das wünschen wir ihr.

Nicht, daß die KZV keine Sekretärin mehr brauchte, aber jeder hat es verdient, ab einem bestimmten Zeitpunkt von der jahrelangen Arbeit endlich auszuruhen und dem Streß und der Hektik ein wenig Adieu zu sagen.

Wir wünschen Frau Blumenstein alles Gute, vor allen Dingen beste Gesundheit für die hoffentlich noch vielen Jahre, in denen sie jetzt die Früchte ihres Berufslebens zusammen mit ihrem Ehemann genießen kann.

Nochmals für alles: Herzlichen Dank, Frau Blumenstein!



*Hauptgeschäftsführer  
Jürgen Zerull bei der  
Verabschiedung von  
Karin Blumenstein*



## Umsetzung des 2. NOG – Direktabrechnung in der Kieferorthopädie § 29

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

wie Ihnen bereits durch vielfache Veröffentlichungen der Gesetzestexte und Erörterungen seitens der KZV in den Kreisstellenversammlungen bekannt ist, wurde durch das 2. GKV-NOG ab dem 1. Juli 1997 in der Kieferorthopädie die Kostenerstattung mit Direktabrechnung zwischen Zahnarzt und Patient wieder eingeführt.

Im Prinzip ist uns dieses Abrechnungsverfahren schon bekannt, da bereits vor dem GSG 93 kieferorthopädische Leistungen über den Patienten abgerechnet wurden.

Die Neuregelung des 2. NOG präzisiert den Abrechnungsweg eindeutig, indem es festschreibt, daß

- sich der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes ausschließlich gegen den Versicherten richtet und
- die Krankenkasse ihre Leistungspflicht gegenüber dem Versicherten erfüllt, indem sie „den von ihr zu tragenden Anteil an den Kosten der kieferorthopädischen Versorgung“ an den Versicherten zahlt
- der Zahlungsweg über die KZV entfällt.

In der KZV Thüringen wird das 2. NOG gesetzeskonform umgesetzt, da das Gesetz andere Zahlungswege wie z. B. die Abrechnung des Kassenanteils über die KZV oder unmittelbar über die Krankenkasse ausschließt.

Wir möchten alle Kolleginnen und Kollegen der KZV Thüringen auf den unmißverständlichen Inhalt der ab 1.7.1997 geltenden gesetzlichen Regelungen hinweisen.

Einige Krankenkassen machen den Thüringer Zahnärzten Angebote in Form von Vertragsvereinbarungen, die eine Direktabrechnung des Kassenanteils zwischen Vertragszahnarzt und Krankenkasse ermöglichen. Dieses

stellt einen groben Verstoß gegen die gesetzlichen Bestimmungen dar:

- § 29 Abs. 2 SGB V in der Fassung des 2. GKV-NOG erlaubt, wie oben dargestellt, zukünftig nur die ausschließliche Abrechnung zwischen Zahnarzt und Patient. Andere Abrechnungswege sind gesetzwidrig.
- Die von den Krankenkassen angestrebten Vereinbarungen stellen eine Art Einzelverträge dar, die vom Gesetzgeber nicht vorgesehen sind.
- Den Kostenerstattungsanspruch gegen seine Krankenkasse hat allein der Versicherte.

Die Umsetzung solcher Verträge seitens der Kollegen wäre richtungsweisend zum Einkaufsmodell, welches vom Gesetzgeber eindeutig abgelehnt wird.

Die Argumentation der Krankenkassen über die Vorteile einer Kassen-Direkt-Abrechnung sollte genau überdacht sein. Der Zahnarzt/Kieferorthopäde nimmt in diesem Moment eine unsichere Rechtsposition ein und begibt sich in eine wirtschaftliche Abhängigkeit gegenüber den Krankenkassen. Das Argument einer Vereinfachung des Verwaltungsaufwandes seitens der Praxis kann wohl nicht zutreffen. Durch die Neuregelung haben wir in der Praxis trotz alledem zwei Abrechnungswege, nämlich die Kostenerstattung über den Patienten und die Abrechnung der Begleitleistungen über die KZV. Die Kassen-Direkt-Abrechnung wird somit einen zusätzlichen Verwaltungsakt darstellen, da diese neben dem Eingang der Patientenanteile auch noch zu prüfen und zu buchen ist.

Auch das Argument des schnelleren Zahlungsflusses der Kassenanteile kann so nicht geteilt werden. Die uns angebotenen Verträge beinhalten Rechtsunsicherheiten bei diesem Zahlungsweg, da die Krankenkassen sich das Recht zusprechen lassen, die



Manuela Letzel

Rechnungen (innerhalb eines Jahres) zu beanstanden. Es können somit Einbehalte seitens der Kassen vorgenommen werden, bei denen ungeklärt bleibt, auf welchem Wege der Kassen-Direkt-Abrechner bei Zahlungsverweigerung oder Honorarkürzung seine Forderung durchsetzen kann.

Die Krankenkassen können somit im nachhinein Zahlungen wegen Nichtmitgliedschaften trotz vorgelegter Chipkarte u. ä., wie jeder in der Vergangenheit erlebt hat, vornehmen, und der Zahlungsanspruch erlischt.

Auch die uns vorgeschlagene Kündigungsfrist von 6 Monaten stimmt mich sehr nachdenklich.

Was hat man dann mit uns vor?

Mit Sicherheit haben sich die Krankenkassen in diesem Zeitraum strukturell verändert und die Kostenerstattungswegen geglättet, um auf eine derartige Weiterarbeit mit uns verzichten zu können. Doch haben wir dann nicht das momentan „vermeintliche“ Problem der Direktabrechnung über den Patienten wieder auf dem Tisch?

Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer hat in einem Schreiben an den



BDK-Bundesvorsitzenden, Dr. Klaus Zöller, noch einmal deutlich gemacht, daß er an der Direktabrechnung für den Bereich KFO festhält.

Wir sollten für die Umsetzung des 2. NOG im Bereich KFO in eigenem wirtschaftlichem Interesse eintreten und Rechtsrisiken aus dem Wege gehen.

Die Vorgehensweisen der Krankenkassen sind mit einer Vielzahl von Nachteilen verbunden, deren Rechtsunsicherheit von den Zahnärzten nicht geteilt werden darf.

Zur Information sei allen Kolleginnen und Kollegen mitgeteilt, daß der BDK vor dem Sozialgericht Kiel einen Antrag auf Erlaß einer einstweiligen Anordnung eingereicht hat, um diese Kassenintentionen nicht Wirklichkeit werden zu lassen.

Der Vorstand der KZV Thüringen und der BDK Landesverband möchten mit diesen Zeilen nochmals eindringlich darauf orientieren, daß die Angebote der Krankenkassen gesetzwidrig sind und nicht eingegangen werden sollten. Sie würden die, willens des Gesetzgebers, direkte Vertragsbeziehung zwischen Zahnarzt und Patient und die gesetzlich vorgeschriebene Kostenerstattung aushebeln.

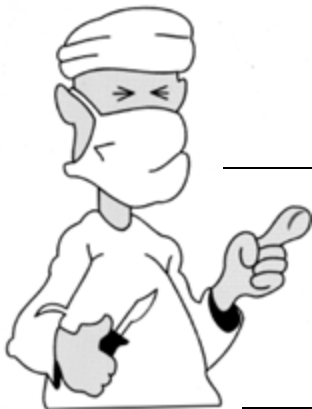
*DS Manuela Letztel  
Referentin für KFO*

## Wir gratulieren!

- zum 91. Geburtstag am 24.9.** **Herrn SR Franz Czech**  
Heidestraße 1, 07937 Langenwolschendorf
- zum 82. Geburtstag am 22.9.** **Herrn SR Werner Grobe**  
Hufelandstraße 1a, 99425 Weimar
- zum 75. Geburtstag am 13.9.** **Frau SR Erika Liese**  
Auerbachstraße 38, 07549 Gera-Lusan
- zum 70. Geburtstag am 9.9.** **Herrn MR Dr. med. dent. Klaus Dietrich**  
Eisenacher Straße 16a, 99974 Mühlhausen
- zum 70. Geburtstag am 24.9.** **Herrn SR Dr. Helmut Schubert**  
Regerstraße 6, 98617 Meiningen
- zum 65. Geburtstag am 27.9.** **Frau Ursula Eberhardt**  
Nordstraße 8, 36469 Tiefenort
- zum 60. Geburtstag am 3.9.** **Herrn Dr. med. dent. Albrecht Dietze**  
Ortsstraße 105, 07381 Langenorla

### Inserentenverzeichnis

Inserentenverzeichnis	Seite
Fachlabor Dr. W. Klee, Frankfurt/M.	2. US
DBV-Winterthur Versicherungen, Wiesbaden	311
Messe Stuttgart International, Fachdental Leipzig	313
R. + R. Daume Finanzdienstleistungen, Erfurt	315
Jungmann Papiertechnik, Dinkelscherben	321
Vereinte Krankenversicherung AG, München	325
Rohlender Zahntechnik GmbH, Weimar	327
Michelchen GmbH, Apolda	333
VOCO, Cuxhaven	337
MULTIDENT	3. US
VITA Zahnfabrik GmbH & Co. KG, Bad Säckingen	4. US
Kleinanzeigen	324



### Dr. Paper sagt: „Durchschreibesätze müssen nicht teuer sein!“

**500 DIN A4-Sätze 2-fach mit beliebiger Kopiefarbe schon ab DM 65,25 \*)**

\*) Preis bei Abnahme von 4 Verpackungseinheiten · zuzgl. Versandpauschale und ges. Mehrwertsteuer

JUNGMANN PAPIERTECHNIK · 86424 Dinkelscherben · Tel. 0 82 92/96 90-0 · Fax 0 82 92/96 90-33

## Restaurationsmaterialien in der Zahnheilkunde

*Ein Konsenspapier des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte, der Bundeszahnärztekammer, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung und des Bundesverbandes der naturheilkundlich tätigen Zahnärzte Deutschlands.*

**Vom 1. Juli 1997**

### *Vorbemerkung:*

Zwischen dem Bundesminister für Gesundheit, Horst Seehofer, und dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte sowie Vertretern der Standesorganisationen der Zahnärzteschaft (Bundeszahnärztekammer, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung) Vertretern wissenschaftlicher zahnärztlicher Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung) und dem Bundesverband der naturheilkundlich tätigen Zahnärzte Deutschlands hat ein Gespräch zu Amalgam und dessen Alternativen stattgefunden. Anlaß dazu war, daß die Patienten, die Zahnärzte und die Bevölkerung insgesamt durch z. T. widersprüchliche Stellungnahmen zu Amalgam und anderen Restaurationsmaterialien\* in zunehmendem Maße verunsichert wurden. Es wurden gemeinsame Positionen zu Amalgam und seinen Alternativen erarbeitet. Sie werden in dem vorliegenden Konsenspapier vorgestellt:

**1. Die besonderen Vorsichtsvorkehrungen für Schwangere und Stillende sowie hinsichtlich Allergien betreffen nicht nur Amalgam, sondern auch andere Restaurationsmaterialien.**

### *Allergie*

Restaurationsmaterialien sind generell nicht zu verwenden, wenn eine nachgewiesene Allergie gegen einen Bestandteil des Restaurationsmaterials vorliegt.

### *Schwangerschaft*

Bei Schwangeren soll auf eine umfangreiche Füllungstherapie verzichtet werden, die über eine Notfallbehandlung (z. B. Schmerzbehandlung, Füllungsverlust) hinausgeht. Bei Schwangeren sollen möglichst keine Amalgamfüllungen gelegt bzw. entfernt werden. Nach derzeitigem Stand des Wissens gibt es keinen Beleg, daß die Belastung des Ungeborenen mit Quecksilber aus den Amalgamfüllungen der Mutter gesundheitliche Schäden beim Kind verursacht.

Generell sollten während einer Schwangerschaft nur kurz dauernde Behandlungen durchgeführt werden, da Diagnose und Therapie nur eingeschränkt möglich sind. Alternativ zu Amalgam sind Glasionomere, Kompomere u. ä. möglich.

**2. Der Hinweis auf Einschränkungen bei schweren Nierenfunktionsstörungen zielt primär auf das Quecksilber im Amalgam.**

Schwere Nierenfunktionsstörungen stellen eine relative Kontraindikation für die Anwendung von Amalgam dar. es gibt hinreichend Publikationen, die die Niere als bevorzugtes Zielorgan für eine Quecksilbervergiftung beschreiben.

**3. Die Entscheidung der Anwendung der geeigneten Restaurationsmaterialien bei Kindern soll von den Zahnärzten unter der Berücksichtigung der besonderen Situation der Kinder erfolgen.**

Aufgrund der besonderen Umstände im kindlichen Gebiß und der besonderen Umstände bei der Behandlung von Kindern an sich sollte indikationsbezogen das entsprechende Restaurationsmaterial ausgewählt werden. Da eine Behandlung mit Amalgam zu einer Belastung des Organismus mit Quecksilber führt, sollte aus Gründen des vorbeugenden Gesundheitsschutzes sorgfältig geprüft werden, ob eine Amalgamtherapie notwendig ist.

Dieses hat unter Berücksichtigung einer möglichen Belastung durch andere Restaurationsmaterialien zu erfolgen.

**4. Eine Vorgabe einer generellen Reihung von Restaurationsmaterialien durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte wird aufgrund der vorliegenden Erkenntnisse als nicht gerechtfertigt angesehen. Entscheidungen sollten im Einzelfall unter Berücksichtigung der individuellen Situation des Patienten gefällt werden. Empfehlungen von bestimmten Alternativen zu Amalgam sollen erst dann erfolgen, wenn über die Sicherheit der Alternativen für die jeweilige Indikation ausreichende Erkenntnisse vorliegen.**

Die Entscheidung für die Anwendung der jeweiligen Restaurationsmaterialien muß im Einzelfall unter Berücksichtigung der individuellen Situation des Patienten gefällt werden, dieses ist unabhängig von der Amalgam-Problematik. Eine generelle Reihung ist wegen der Anwendung unterschiedlicher Kriterien (z. B. klinische Indikation,

\* Hierunter sind plastische Füllungswerkstoffe sowie Dentalgußlegierungen zur Herstellung von Einlagefüllungen, Kronen und Brücken zu verstehen.

Verarbeitungstechnik, werkstoffliche Eigenschaften, Ästhetik, Kosten, toxi-kologische Eigenschaften) schwierig.

Die Verantwortung für die individuelle „richtige Auswahl“ des Materials liegt beim Zahnarzt.

Empfehlungen von bestimmten Alternativen zu Amalgam können nur auf der Grundlage einer Nutzen-Risiko-Analyse erfolgen. Die generelle Nutzen-Risiko-Abschätzung für einzelne auf dem Markt befindliche Restaurationsmaterialien wird unter Berücksichtigung neuerer Erkenntnisse überprüft.

Ärzte und Zahnärzte sollten darauf achten, daß einzelne Personen empfindlich gegenüber Restaurationsmaterialien reagieren können, und die Bedürfnisse dieser Personen berücksichtigen. Alle Patienten haben das Recht, an der Auswahl der Materialien beteiligt zu werden.

**5. Die Verantwortlichkeiten des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte und der Zahnärzteschaft sind klar voneinander zu trennen und als solche herauszustellen. Die Verantwortlichkeit für den Einsatz des jeweiligen Restaurationsmaterials liegt beim Zahnarzt.**

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ist im Zulassungsverfahren für Arzneimittel (auf der Basis der Dokumentation der Hersteller) für diejenigen Produkte mit Definition von Indikation, Kontraindikation und Nebenwirkungen verantwortlich, die bis zum 13.6.1998 nach dem Arzneimittelgesetz im Verkehr sind. Für die mit CE-Kennzeichnung versehenen Produkte nach dem Medizinproduktegesetz beschränkt sich die Zuständigkeit des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte auf die Erfassung, Auswertung und Bewertung von Risiken aus diesen Medizinprodukten.

Der Einsatz von zugelassenen Arzneimitteln bzw. von mit CE-Kennzeichnung versehenen Medizinprodukten ist im Rahmen der zugelassenen Indikation bzw. angegebenen Zweckbestimmung Sache des behandelnden Zahnarztes.

Die Standesorganisationen der Zahnärzte (BZÄK, KZBV) werden nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten ggf. mit Empfehlungen oder ähnlichem die Zahnärzteschaft auf Punkte, die von den Zahnärzten bei der Behandlung besonders zu berücksichtigen sind und die Ausübung des Zahnarztberufes betreffen, hinweisen, wie z. B.

- Pulpa-/Dentin-Schutz
- regelrechte Aushärtung
- Politur
- Wahl des Materials  
(z. B. gamma-2-freies Amalgam).

**Wir danken Prof. Dr. Eike Glockmann und Prof. Dr. Ingrid Hoyer von der FSU Jena für eine erste zusammenfassende Wertung dieses Konsenspapiers:**

Nach jahrelangen Diskussionen steht den Zahnärzten mit dem unter direkter Beteiligung des Bundesministers für Gesundheit erarbeiteten Konsenspapier „Restaurationsmaterialien in der Zahnheilkunde“ ein Material zur Verfügung, das Hilfestellungen bei der individuellen Auswahl eines geeigneten Füllungsmaterials gibt.

Wenn auch die vorliegende Kompromißlösung nicht in jedem Fall eine befriedigende Antwort auf die zur gegebenen Thematik in der zahnärztlichen Praxis auftretenden Fragen geben kann, ist doch endlich eine Beruhigung der Emotionen zum Thema Amalgam zu erwarten.

Befürworter und Gegner des Amalgams sollten sich dessen bewußt sein, daß es ein ideales Füllungsmaterial,

das allen Gesichtspunkten, einschließlich den sozialökonomischen Zwängen der Gegenwart, gerecht wird, derzeit noch nicht gibt. Es ist daher zu begrüßen, daß nicht ein gut dokumentiertes Füllungsmaterial (Amalgam) gegenüber anderen, über die weniger klinische Langzeitdaten vorliegen, geopfert wurde.

Die im Konsenspapier festgelegten bzw. empfohlenen Einschränkungen der Amalgamanwendung (Schwangerschaft, Kleinkinder, Nierenerkrankungen) sind als Vorsichtsmaßnahmen zu verstehen. Sie sind, abgesehen von der nachgewiesenen Allergie auf Quecksilber oder andere Amalgambestandteile, nicht als Reaktion auf wissenschaftlich nachgewiesene Gefährdungen durch Amalgam zu verstehen.

Einen wichtigen Tenor des Konsenspapiers bringt die Feststellung zum Ausdruck, daß Entscheidungen im Einzelfall unter Berücksichtigung der individuellen Situation gefällt werden sollen (Punkt 4). Damit bleibt einer-

seits dem Zahnarzt die Verantwortung für die richtige Auswahl des Füllungsmaterials wie bisher übertragen, andererseits werden mit dieser Formulierung wissenschaftlich nicht begründete Reglementierungen des Amalgameinsatzes weitgehend unterlassen. Wie bei der Verwendung jedes anderen Füllungsmaterials stellt die Füllungstherapie mit Amalgamen, gemeint sind hier selbstverständlich (2-freie Amalgame, hohe Anforderungen an die Sorgfalt der zahnärztlichen Behandlung von der Kavitätenpräparation bis zur Füllungspolitur. Es bleibt zu hoffen, daß vorliegendes Konsenspapier einen wesentlichen Anstoß zur Versachlichung der in den letzten Jahren ausufernden Diskussionen um das Amalgam und seine Alternativen darstellt.

*Prof. Dr. E. Glockmann, Jena*

*Prof. Dr. I. Hoyer, Erfurt*

## Zertifizierung von Zahnarztpraxen Warum machen Kollegen das?

**Zu den Reizthemen der derzeitigen Standespolitik gehört auch das Thema Zertifizierung von Zahnarztpraxen und ISO 9002.**

Zertifizierung ist ein technischer Begriff und bedeutet, daß es ein öffentlich erstelltes und verwendbares Zeugnis gibt. Je nach Blickwinkel kann dieser Zweck positiv oder negativ gesehen werden. Was in den Praxen der Zahnärzte zertifiziert werden könnte, ist Praxiseinrichtung und Praxismanagement. Etliche Praxisinhaber lassen sich derzeit schon zertifizieren.

Wenn man diese Kolleginnen und Kollegen fragt, was sie veranlaßt hat, diesen doch etwas mühsamen und teuren Weg zu beschreiten, dann erhält man vielerlei Antworten. Die wichtigsten lauten:

1. Wir wollen über Einsparmöglichkeiten nachdenken durch Rationalisierung, um Rationierung zu vermeiden. Die Behandlungsminute kostet immerhin mehr als zwei Verwaltungsminuten.
2. Wir wollen uns zielgruppendifferenziert als besondere und freie Praxen auch nach außen darstellen, als Praxen, die etwas anderes bieten als die bisherige Kassen- und Sachleistungspraxis.
3. Wir wollen den Patientenschutz ernst nehmen, aber auch auf das natürliche Sicherheitsbedürfnis des heute vielfach verunsicherten Patienten Rücksicht nehmen und dadurch einen Vertrauensvorschuß erlangen.

4. Wir wollen die eigene Prozeßqualität sicherstellen und dadurch wertvolle Ressourcen für unsere eigentliche ärztliche Arbeit freibekommen. Dadurch werden z. B. Neueinstellungen und Personalwechsel leichter verkraftet.
5. Wir wollen für den späteren Praxisverkauf dokumentieren, daß die Praxis auf dem Top-Stand ist.
6. Wir wollen durch Zertifizierung möglichst für den gesamten Berufsstand einen Imagegewinn erreichen. Schließlich müssen wir uns ja von den Billiganbietern aus Ungarn und Fernost auch schon äußerlich unterscheiden.
7. Wir wollen einfach auf den fahrenden Zug aufspringen, um nichts zu versäumen.

Ich denke, wenigstens mit einigen dieser Gründe könnte sich mancher freiberufliche Kollege anfreunden, und es müßte eigentlich ganz locker, ruhig und sachverständig über die Zertifizierung zu diskutieren sein. Aber weit gefehlt. Es herrscht wilde Aufregung nach Art eines „moral hazards“, wenn das Thema zur Sprache kommt.

Immerhin ist der derzeitige Diskussionsstand in Bayern der, daß auf jeden Fall verhindert werden muß, daß aus freiwilligem Engagement für die Sache, ja sogar mit der theoretischen Erörterung derselben, ein normativer oder gar gesetzgeberischer Zwang für alle wird. Es muß sichergestellt werden, daß Praxisführung eine individuelle Angelegenheit bleibt, die jeder für

sich selbst und nach seinen wirtschaftlichen Überlegungen und fachlichen Zielgruppenvorstellungen regelt.

Das Thema Zertifizierung berührt die Frage von eigenen Lebens-Sinn-Modellen, persönlichen Lebensentwürfen und eigener Lebensorientierung, ist also mithin ein echtes Kriterium der Freiberuflichkeit. Manche leben und arbeiten lieber organisiert, zielgerichtet und zweckorientiert, andere bevorzugen eher das Situative, Gemütliche und manchmal auch ein wenig Zufallsorientierte. In beiden Gruppen aber ist offenbar das rituelle Abwehrverhalten gleich.

Auch wir Zahnärzte haben als Kinder der heutigen Gesellschaft so unsere liebe Not mit der Individualität anderer Kollegen, und es geht einem nicht besonders gut, solange es einem anderen besser geht oder man das wenigstens glaubt.

Es gibt nach vernünftigen Diskussionen manchmal durchaus noch Möglichkeiten, Dinge und Entwicklungen positiv zu beeinflussen und strategisch zu lenken. Das aber ist nur dann möglich, wenn man darüber sine ira et studio redet, den Horizont weitert, nachdenkt. Quidquid agis prudenter agas et respice finem!

*(Was immer Du tust, das tue klug und schaue auf das Ende!)*

*Dr. Karl Mühlbauer*

*Aus: ZBV Oberbayern aktuell 7/97*

**Praxisvertretung in Thüringen wird** von erfahrenem Kollegen, Dr., 33 J., zuverlässig und kompetent **übernommen.**

Tel. (0172) 790 86 84

## Umsetzung der Gesundheitsreform

*Ministerialdirektor Dr. Zipperer vom Bundesgesundheitsministerium mit bemerkenswerten Aussagen zur Umsetzung der Gesundheitsneuordnungsgesetze*



Dr. Zipperer

(Foto: zm)

Ende August trafen sich die Vorsitzenden der KZVs der Länder mit dem KZBV-Vorstand zu einer Beratung über die Umsetzung der neuen Stufe der Gesundheitsreform. Gast der sogenannten Vorsitzendenrunde war Ministerialdirektor Dr. Zipperer vom Bundesgesundheitsministerium. Er trug die Auffassung des Bundesgesundheitsministeriums über die Intentionen und die Umsetzung der Neuordnungsgesetze vor und diskutierte dann mit den anwesenden Landespolitikern eine Reihe von Fragen.

Einleitend stellte er den Unterschied zwischen dem GSG 93 und dem 1. und 2. NOG heraus. Das GSG sei gekennzeichnet gewesen durch die Budgetierung, eine enorme Ausweitung der Regelungsdichte, Beschränkungen für die Organe der Selbstverwaltung und die Ausschaltung der Eigenverantwortung der Versicherten.

Mit den Neuordnungsgesetzen habe der Gesetzgeber deutlich andere Prämissen gesetzt. Sie basieren auf der Erkenntnis, daß Budgets das hohe Versorgungsniveau des deutschen Ge-

sundheitswesens gefährden und zwangsläufig zur Zweiklassenmedizin führen müssen. Die Neuordnungsgesetze berücksichtigen aber auch erstmalig das Gesundheitswesen als Wirtschaftsfaktor. Als wesentlichen neuen Aspekt der Neuordnungsgesetze fügte er weiterhin an, daß nun die Zuzahlungen der Versicherten als Mittel der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung akzeptiert werden. Auf eine Anfrage fügte er später hinzu, daß er nicht glaube, daß eine zukünftige andere Regierung an den Zuzahlungen etwas wesentliches ändern werde. Die Krankenkassen werden durch den verstärkten Kassenwettbewerb unter einen erheblichen Druck gesetzt, wirtschaftlicher zu handeln und neue Möglichkeiten der Versorgung ihrer Versicherten zu suchen.

Besonders im zahnärztlichen Bereich hätten sich weitreichende Veränderungen vollzogen. Er nannte dazu als Beispiel die Festzuschußregelung beim Zahnersatz mit Abrechnung in der GOZ, die „Privatisierung des Abrechnungsweges“ und ebenfalls wörtlich: „die Ausschaltung der KZVs bei der Kostenerstattung“.

Dies führe zu einer völlig neuen Situation für alle Beteiligten. Der Handlungsfreiraum der Zahnärzte erweitere sich wesentlich. An die Zahnärzteschaft appellierte Dr. Zipperer, die Neuregelungen behutsam auszulegen und zu gebrauchen. Die sogenannte Sicherheitslinie in der GOZ bei Vertragsleistungen im Zahnersatzbereich bezeichnete er als eine „Stillhaltefrist“ für die Vergütungen in der GOZ.

Zum Bereich Zahnersatz bekräftigte Zipperer, daß die Honorierung und der Abrechnungsweg in Zukunft der Vertragskompetenz der Krankenkassen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen entzogen werden. Über die Bedeutung des Wirtschaftlichkeitsgebotes bei den Kostenerstattungslei-

stungen müsse neu nachgedacht werden. Dr. Schirbort bemerkte dazu, daß das Wirtschaftlichkeitsgebot bereits realisiert sei, weil die Festzuschüsse auf der Basis der jeweils wirtschaftlichsten Versorgungsform festgelegt werden müßten.

Dr. Zipperer bemerkte unter Bezugnahme auf die innerzahnärztliche Diskussion um den Abrechnungsweg, daß nicht alle Zahnärzte die Neuregelungen begrüßen würden. Bei den Kostenerstattungsleistungen hält er nach den neuen gesetzlichen Regelungen nur die direkte Abrechnung mit dem Patienten für zulässig. Optionen für andere Wege sind nach der Überzeugung des Bundesministeriums für Gesundheit in dem Gesetz nicht vorgesehen.

Insgesamt seien die Zahnärzte mit den Neuordnungsgesetzen ihrem Ziel, die Zahnheilkunde aus den Fesseln der GKV herauszulösen, ein gutes Stück nähergekommen. Dr. Zipperer betonte aber, daß die Zahnheilkunde Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung bleibe. Vor allen Dingen die konservierend-chirurgischen Leistungen würden auch weiterhin im Sachleistungsbereich angesiedelt sein. Die generelle Möglichkeit der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 sei für diesen Bereich nur als eine Alternative gedacht.

### Private Gebührenordnungen

Der Ministerialdirektor ging auch auf das Problem der privaten Gebührenordnung ein. Es gäbe keinen neuen Diskussionsstand im Bundesgesundheitsministerium. Es sei alles so, wie es 1994 im zuletzt vorgelegten Referentenentwurf formuliert wurde. Das Bundesgesundheitsministerium wolle bis zum November 1997 einen Referentenentwurf vorlegen, der sich an den Stand von 1994 hält. Grund für diese

Entscheidung sei das Problem der Länderfinanzen, die eine andere Lösung im Moment nicht zulassen. Außerdem sei ein starker Druck aus der PKV und anderen Bundesministerien gegen eine grundlegende Neuordnung der GOZ zu verspüren. Es gibt also kurzfristig bestenfalls eine GOZ-Novelle, die vor allem die Abrechnungsunklarheiten beseitigt sowie eine geringfügige Anhebung des Punktwertes bringt.

Zum privaten Gebührenrecht betonte er aber, daß dieses dereguliert werden und in die Vertragskompetenz der Beteiligten gegeben werden könnte. Hier sähe man aber im Bundesgesundheitsministerium eine Fülle von Problemen, die damit verbunden sind.

### Perspektiven der GKV

Die Neuordnungsgesetze sollen die Finanzen der gesetzlichen Krankenkassen für einige Jahre stabilisieren. Sofern sich aber Entwicklungen vollziehen, die die Beitragssätze in die Höhe treiben, wird es in jedem Fall kurzfristig einschränkende, einschneidende Maßnahmen geben, gleichgültig, wer die Regierungsverantwortung trägt. Einschränkungen des hohen Leistungsangebotes der gesetzlichen Krankenversicherung müßten dann überdacht werden. Es werde aber keinen Systemwechsel geben, vielmehr müsse die Finanzierung der GKV geprüft werden, z. B., ob sie zukünftig rein aus Arbeitsentgelten finanziert werden muß. Außerdem müsse über neue Beitragsmodalitäten bei den Arbeitgebern nachgedacht werden, um die Belastung des Faktors Arbeit nicht weiter ansteigen zu lassen. Es werde keine Basis-Versorgungssystematik in Deutschland geben, wie beispielsweise in den USA. Die wesentlichen Gesundheitsrisiken müßten auch weiterhin abgedeckt bleiben.

Andererseits sagte er aber wörtlich: „Die Zuzahlungsmöglichkeiten sind noch nicht ausgeschöpft.“ So könnten z. B. auch Zuzahlungen bei der ärztli-

chen Behandlung kommen. Nach Dr. Zipperers Meinung sei die jetzige Reformstufe nicht die letzte Gesundheitsreform gewesen. Das Gesundheitswesen sei ein sehr dynamisches Gebiet.

Eine wichtige Rolle in der Diskussion mit dem Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums spielte das sogenannte Dahlhoff-Schreiben. Zu diesem Thema liegt inzwischen ein neuer Brief aus dem Bundesgesundheitsministerium vor, den Dr. Zipperer erläuterte. Für ihn gibt es in der Frage der Budgets nun drei wesentliche Aspekte.

1. Durch die Neuordnungsgesetze hat die Kostenerstattung einen völlig neuen Stellenwert bekommen. Die Kostenerstattungsleistungen gehören eindeutig nicht in die Gesamtvergütung.
2. Abrechnungsmöglichkeiten nach neuem Recht gäbe es nur auf dem direkten Wege zwischen Zahnarzt und Patient.
3. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gelte weiter; das vor allen Dingen für die Gesamtvergütungsbereiche. Nach der neuen Rechtslage nach den Neuordnungsgesetzen bedeutet das aber kein gesetzlich vorgegebenes Budget der Gesamtvergütung. Es gibt also keine gesetzliche Begründung für die Festlegung eines DM-Betrages für die Gesamtvergütung.

Dr. Zipperer kündigte an, daß im September Gespräche mit den Länderministerien über die Zweifelsfragen aus den Neuordnungsgesetzen stattfinden würden. Dort solle auch über den Abrechnungsweg der Kostenerstattungsleistungen zwischen Krankenkassen und Zahnarzt gesprochen werden.

Zur Frage der Prophylaxe sagte Dr. Zipperer, daß für die neu aufgenommenen Prophylaxe-Leistungen nicht nur die 300 Mio DM jährlich zur Verfügung stehen würden, die durch die Herausnahme der Keramikverbundungen aus den Vertragsleistungen im Zahnersatzbereich freiwerden. Es gäbe ausdrücklich kein Budget für die Prophylaxe. Steigerungen der Ausgaben für prophylaktische Leistungen unterliegen nicht dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Im Rahmen von Modellvorhaben könnten nach seiner Meinung auch Kostenerstattungsmodelle im Bereich der Prophylaxe vereinbart werden.

*Lu.*

edelmetall-präzisionstechnik  
 polychrome keramik  
 aufwachstechnik  
 kaufunktionelle prothetik  
 modellgußtechnik  
 implantat-technik



Rohlender

ZAHNTECHNIK GMBH

Prager Str. 5 · 99427 Weimar  
 Tel./Fax 0 36 43/50 01 39

**IPS-Empress Keramik-Inlay (1-mehrfl.)**  
**DM 158,60**

zzgl. Nebenarb. (Mod., MwSt., etc.), gefertigt von  
 Thüringer Speziallabor.

Bitte fragen Sie auch nach unseren Preisen für Gold-Inlays!

**Rufen Sie an und sparen Sie Geld!**  
**Service-Nr. 0130/75 19 29**



## In-vitro-Studie zur Kombination eines maschinellen Aufbereitungssystems mit einem elektronischen Wurzelkanal-Längenmeßgerät

H. Steffen

Im Februar 1997 wurden in Form einer Table clinic bei der Academy of Operative Dentistry in Chicago neueste Untersuchungen zu der Kombination eines elektronischen Wurzelkanal-Längenmeßgerätes und eines maschinellen Wurzelkanal-Aufbereitungssystems mit dem Thema „Continuous electronic measurement of root canal working length during mechanical preparation“ vorgestellt.

Die korrekte Bestimmung der Arbeitslänge ist eine wichtige Voraussetzung für die exakte Präparation des Wurzelkanals und damit für den langfristigen Erfolg der Wurzelkanal-Behandlung überhaupt. Als Standardverfahren zur Längenbestimmung wird die Röntgenmeßtechnik genutzt, jedoch ist das Röntgen im Hinblick auf Verzerrungen, mögliche Überlagerungen etc. nicht unproblematisch, so daß zusätzlich zum Röntgen die elektronische Bestimmung der Arbeitslänge immer mehr an Bedeutung gewinnt.

Der Endpunkt der Aufbereitung sollte am physiologischen Foramen liegen, das in mehr als 92 % der Fälle 0,5 bis 1 mm vom anatomischen Apex und

durchschnittlich 1,1 mm vom röntgenologischen Apex entfernt liegt (Ingle/ Beveridge/Kuttler etc.).

Für die Aufbereitung des Wurzelkanals versucht man schon lange, mit Hilfe von maschinell betriebenen Aufbereitungssystemen die Wurzelkanal-Behandlung zeitsparender, effektiver und möglichst komplikationsfrei zu machen.

Das Ziel unserer in-vitro-Studie war es, ein verbreitetes maschinelles Aufbereitungssystem mit elektronischen Längenmeßgeräten der neueren Generation zu kombinieren und zu vergleichen, ob die elektronische Bestimmung der Wurzelkanallängen in Kombination mit einem Handinstrument und dem maschinellen Aufbereitungssystem vergleichbar sind. Als Meßgeräte standen das ROOT ZX der Firma Morita (Japan) und das JUSTY der Firma Yoshida (Japan) zur Verfügung. Als maschinelles Aufbereitungssystem nutzten wir den Canal Leader, SET (Deutschland).

50 extrahierte, einwurzelige Zähne wurden trepaniert und von apikal bis zur Schmelz-Dentin-Grenze in physio-

logische Kochsalzlösung getaucht. Mit einem Stopper versehene K-Feilen der ISO-Größe 20 bzw. die entsprechenden maschinellen Feilen dienten als Wurzelkanal-Elektroden. Die jeweils mit dem Gerät verbundene Handfeile wurde in den Wurzelkanal eingeführt, bis der Meßwert 0,5 mm vor dem anatomischen Apex entsprach. Die Feile wurde in dieser Position mit Kunststoff fixiert, und es wurde in dieser Einstellung eine Röntgenaufnahme angefertigt. Der Abstand der Instrumentenspitze zum röntgenologischen Apex wurde mit einer zweifachen Lupe gemessen und ausgewertet.

Bei der Messung mit dem maschinellen Aufbereitungssystem wurde die Verbindung zum elektronischen Wurzelkanal-Längenmeßgerät mit einer Metallklemme hergestellt, die am Kopf des Canal Leaders befestigt war. Der für das Meßgerät vorgesehene Lippenclip diente als Counterelektrode und wurde in die Kochsalzlösung eingehängt.

Mit dem ROOT ZX lagen bei der Handmessung 48 von 50 Fällen im kli-

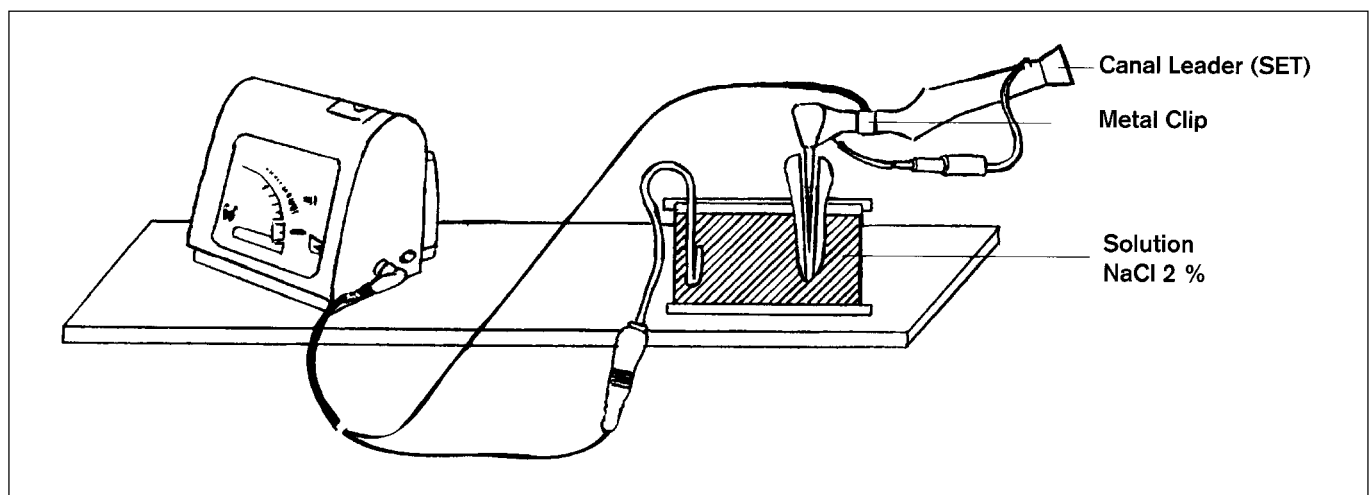


Abb. 1: Versuchsaufbau

nisch akzeptablen Bereich von 0,5 bis 1,5 mm vor dem röntgenologischen Apex, bei Messungen mit dem Canal Leader 47. Bei der Handmessung mit dem JUSTY lagen 48 Messungen in diesem Bereich, mit dem Canal Leader 49.

Weder bei Messung mit Handinstrumenten noch mit dem Canal Leader reichte die Instrumentenspitze über den röntgenologischen Apex hinaus.

In den Abbildungen 2 und 3 sind die Meßergebnisse grafisch dargestellt: die Verteilung der Meßwerte ist relativ gleichmäßig und nach dem Kolmogoroff-Smirnow-Test statistisch nicht signifikant.

Die Ergebnisse zeigen eine gute Übereinstimmung der Meßwerte per Hand bzw. mit dem Canal Leader, so daß nach unseren bisherigen Erkenntnissen eine klinische Anwendung der Kombination dieses maschinellen Aufbereitungssystems mit einem der verwendeten elektronischen Längenmeßgeräte empfohlen werden kann. Die Vorteile der Kombination eines maschinellen Aufbereitungssystems mit einem elektronischen Längenmeßgerät liegen in der Möglichkeit, kontinuierlich die gesamte Aufbereitung zu überwachen. Bei der Darstellung sehr enger Wurzelkanäle, einem typischen Einsatzgebiet des Canal Leaders, kann somit gleichzeitig zur Kanaldarstellung die Arbeitslänge ermittelt werden.

Zur Zeit erfolgt von uns die klinische Testung der Kombination eines Canal Leaders mit dem ROOT ZX; die Untersuchung der Kombination des ROOT ZX mit anderen neueren maschinellen Aufbereitungssystemen ist in Vorbereitung.

*Dr. Heike Steffen arbeitet im Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald*

*Aus: dens 7/1997*

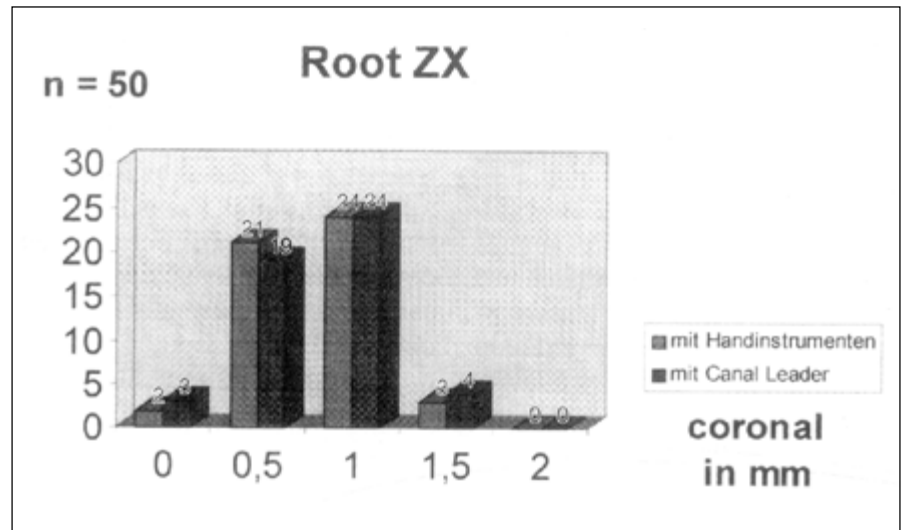


Abb. 2: Verteilung der endometrisch ermittelten Werte mit dem ROOT ZX. 0 = radiologischer Apex

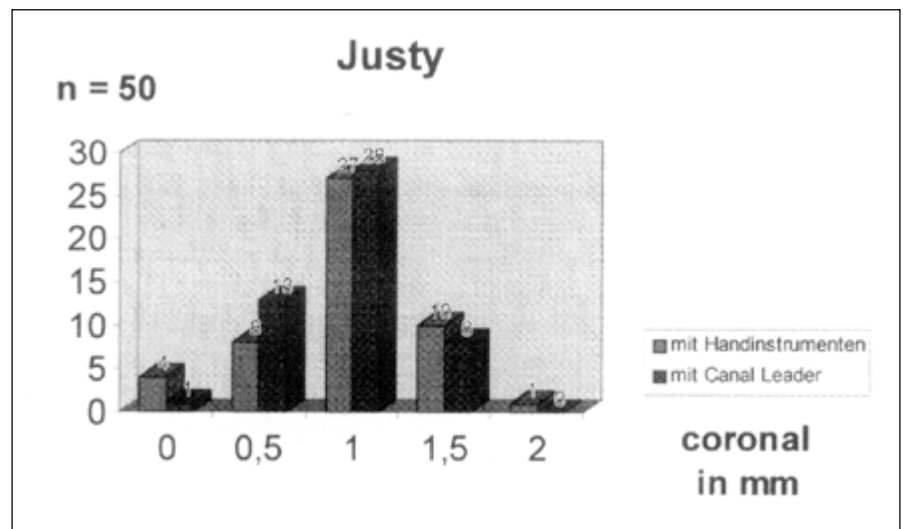


Abb. 3: Verteilung der endometrisch ermittelten Werte mit dem JUSTY. 0 = radiologischer Apex

<sup>1</sup> Abteilung für Zahnerhaltung und Parodontologie, Universität Hamburg (Direktor: Prof. Dr. U. Platzer)

<sup>2</sup> Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität zu Köln, Zahnärztliche Prothetik (Direktor: Prof. Dr. W. Niedermeier)

# Digitale Radiographieaufnahmen von Zähnen mit endodontischen Meßinstrumenten und Wurzelkanalfüllungen

P. Schmage<sup>1</sup>, I. Nergiz<sup>2</sup>, P. Pfeiffer<sup>2</sup>, U. Platzer<sup>1</sup>

In einer in-vitro-Studie wurde die Bildqualität von drei digitalen Radiographiegeräten bei endodontischen Meß- und Kontrollaufnahmen im Vergleich zum konventionellen, dosisreduzierten Zahnfilm untersucht. Die Aufnahmen wurden mit Hilfe der ROC-Analyse ausgewertet. Digora- und RVG-S-System (ca. 4,5 %) vergrößerten die Zähne auf Meßaufnahmen stärker, das Sidexis-Gerät (ca. 1,5 %) dagegen geringer als der Zahnfilm (ca. 2,5 %). Die Erkennbarkeit der Feilenspitzen auf Meßaufnahmen war bei allen Systemen bei Frontzähnen besser als bei Molaren. Mit den digitalen Radiographiesystemen wurde die Spitze einer Meßfeile erst bei einer um mindestens eine ISO-Größe größeren Feile dargestellt als mit dem Zahnfilm. Die Schneidkanten von Hedströmfeilen waren auf dem Zahnfilm ab ISO-Größe 20 und auf den digitalen Aufnahmen ab Größe 40 erkennbar. Alle untersuchten Wurzelkanalfüllungsmaterialien zeigten unabhängig vom Röntgensystem einen guten Kontrast zum Dentin. Die Beurteilung der apikalen Region war mit dem Digora-Gerät ( $A_z = 1,00$ ) am sichersten möglich, während sie mit dem RVG-S-Gerät ( $A_z = 0,82$ ) und dem Sidexis-Gerät ( $A_z = 0,65$ ) diagnostisch unsicherer war.

Mit den untersuchten digitalen Radiographiegeräten konnten Meß- und Kontrollaufnahmen in klinisch akzeptabler Bildqualität hergestellt werden.

## 1. Einleitung

Die Strahlenbelastung für den Patienten ist bei digitalen Radiographiesystemen um ca. 50 bis 80 % geringer als bei konventionellen Aufnahmetechniken. Der Einsatz der Bearbeitungsfunktionen soll die Bildqualität entsprechend der Fragestellung individuell optimieren und Diskrepanzen gegenüber dem Zahnfilm ausgleichen.

Bei der endodontischen Behandlung eines Zahnes, in deren Verlauf mehrere Aufnahmen angefertigt werden müssen, ist die Dosisreduktion durch die digitalen Radiographiegeräte besonders vorteilhaft. Da die chemische Entwicklung entfällt, liegen die Aufnahmen ohne Wartezeit unmittelbar nach der Belichtung vor.

Allerdings sind die digitalen Aufnahmen nur von Nutzen, wenn die Feilenspitze bei der Meßaufnahme bzw. die Wurzelkanalfüllung bei der Kontrollaufnahme und ihre Beziehung zum Periapex eindeutig abgebildet sind. Dies könnte durch die geringere Schärfe der digitalen Radiographiegeräte erschwert sein.

In dieser in-vitro-Studie wurde die Bildqualität von drei digitalen Radiographiegeräten bei endodontischen Meß- und Kontrollaufnahmen im Vergleich zur konventionellen Technik untersucht.

## 2. Material und Methode

An 18 Frontzähnen, 6 Prämolaren und 6 Molaren erfolgte eine endodontische Behandlung. Je 6 Zähne einer Zahngruppe wurden für Meßaufnahmen vorbereitet. In jeder Gruppe kamen Hedströmfeilen der ISO-Größen 15 bis 40 zum Einsatz. Mit Durchlicht wurde überprüft, ob die Feilenspitzen exakt bis zum physiologischen Apex reichten. 12 endodontisch aufbereitete Frontzähne wurden für die Kontrollaufnahmen mit verschiedenen Wurzelkanalfüllungsmaterialien gefüllt: AH26<sup>®</sup> (De Trey, Konstanz), Diaket<sup>®</sup> und Ketac Endo<sup>®</sup> (Espe, Seefeld), Apexit<sup>®</sup> und Sono Cem<sup>®</sup> (Vivadent, Ellwangen), jeweils mit und ohne Gut-taperchaspitzen. Außerdem fanden als

medikamentöse Einlage Calxyl blau<sup>®</sup> (Oco-Präparate, Dimstein) und als Befestigungszement für Wurzelstifte der Zinkoxidphosphatzement Tenet<sup>®</sup> (Vivadent) Verwendung.

Die extrahierten Zähne wurden mit Hilfe eines Silikonblocks und einer aus einem Frontzahnhalter nach Rinn konstruierten Apparatur so positioniert, daß sie in bucco-oraler Richtung durchstrahlt wurden. Der Röntgentubus wurde mit 5 cm Tubus-Objekt-Abstand direkt an den Positioniererring angelegt, so daß alle Aufnahmen nach der Paralleltechnik durchgeführt wurden. Zwischen Tubus und Objekt wurde ein Weichgewebsäquivalent (Plexiglasscheibe 2,4 cm stark) eingebracht. Alle Aufnahmen wurden mit dem Röntgengerät Oralix U3-DC<sup>®</sup> (Philips, Hamburg) bei einer Spannung von 60 kV belichtet. Jeder Zahn wurde mit den digitalen Radiographiegeräten Digora<sup>®</sup> (Gendex, Hamburg), Sidexis<sup>®</sup> (Siemens, Bensheim) und RVG-S<sup>®</sup> (Trophy, Kehl-Kork) sowie dem konventionellen, dosisreduzierten Zahnfilm Kodak Ektaspeed Plus<sup>®</sup> (Kodak, New York, USA) geröntgt. Von allen Geräten standen die aktuellen Programmversionen zur Verfügung. Die in einer früheren Untersuchung festgelegten optimalen Belichtungsparameter wurden eingestellt: Digora 0,08 s, Sidexis und RVG-S 0,05 s sowie Kodak Ektaspeed Plus 0,18 s.

Drei röntgendiagnostisch erfahrene Zahnärzte werteten die angefertigten Aufnahmen unabhängig voneinander an demselben Monitor aus, wobei die Aufnahmen in zufälliger Reihenfolge aufgerufen wurden. Jeder Betrachter bearbeitete das Originalbild mittels Helligkeits- und Kontrastoptimierung

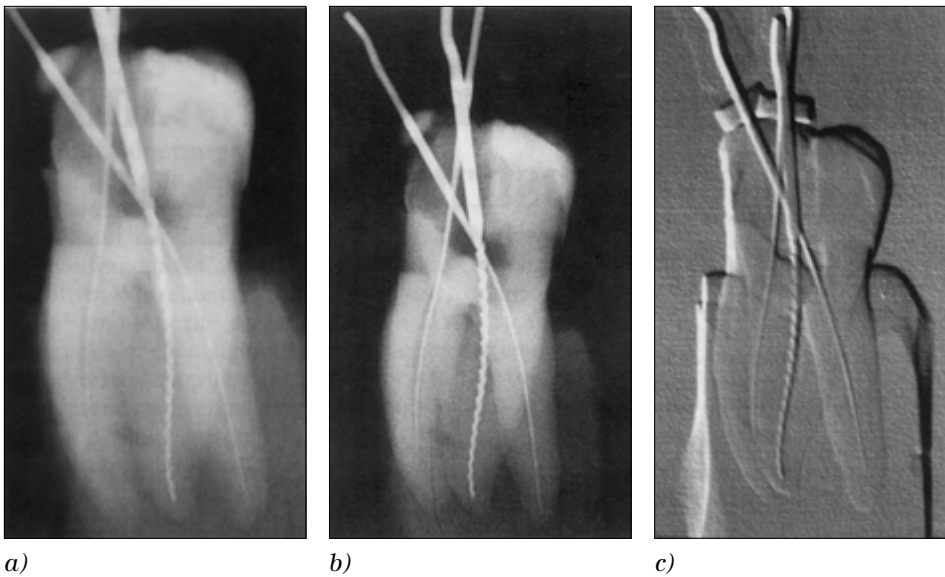


Abb. 1:  
Darstellung eines Molaren mit dem RVG-S-System (a) und dem Zahnfilm (b) sowie von zwei K-Feilen der ISO-Größe 10 und einer Hedströmfeile der Größe 35. Die Digora-Aufnahme (c) wurde mit der Funktion „3D“ bearbeitet.

individuell nach. Folgende Untersuchungskriterien wurden beurteilt: bei den Meßaufnahmen Erkennbarkeit der Feilenspitze und -kanten sowie der apikalen Region und der Nutzen der Bearbeitungsfunktion „3D“ (pseudodreidimensional), bei den Kontrollaufnahmen der Kontrast des Wurzelkanalfüllungsmaterials zum Dentin und die Erkennbarkeit der apikalen Region. Die Untersuchungskriterien wurden in drei Gruppen eingeteilt. Die Ergebnisse wurden nach der ROC-Analyse (Receiver Operating Characteristic) statistisch berechnet. Der  $A_z$ -Wert ist der Bereich unter der ROC-Kurve und beschreibt die Wahr-

scheinlichkeit einer diagnostisch korrekten Aussage. Ein  $A_z$ -Wert von 1,0 bedeutet eindeutige diagnostische Sicherheit für die Interpretation einer Veränderung, ein Wert von 0,5 entspricht einer zufälligen Zuordnung.

Außerdem wurden die röntgenologischen Arbeitslängen der Feilen mit der Funktion „Längenmessung“ der digitalen Radiographiegeräte bzw. mittels Stechzirkel und Schieblehre beim Zahnfilm bestimmt, die Messungen dreimal wiederholt und die Vergrößerung anhand der klinisch bekannten Arbeitslänge der Meßinstrumente berechnet.

### 3. Ergebnisse

In Tabelle 1 sind die  $A_z$ -Werte für die Erkennbarkeit der Feilenspitzen und in Tabelle 2 die Erkennbarkeit der Schneidekanten der Feilen bei den verschiedenen Radiographiegeräten dargestellt. Während die Schneidekanten der Feilen auf dem Zahnfilm ab ISO-Größe 20 sicher erkannt werden konnten, war dies auf den digitalen Aufnahmen erst ab der ISO-Größe 40 möglich.

Die Meßinstrumente waren auf allen Aufnahmen in ihrer gesamten Länge, aber mit unscharfer Begrenzung abgebildet. Die Feilenspitzen waren bei

Aufnahmesystem	Digora	Sidexis	RVG-S	Zahnfilm
ISO 10	0,69	0,69	0,63	0,69
ISO 15	0,95	0,95	0,95	1,00
ISO 20 + 25	1,00	0,96	0,98	1,00

Tabelle 2:  
 $A_z$ -Werte zur Erkennbarkeit der Schneidekanten von Hedströmfeilen auf den Meßaufnahmen mit den vier Röntgensystemen in Abhängigkeit von der ISO-Größe

Aufnahmesystem	Digora	Sidexis	RVG-S	Zahnfilm
ISO 15	0,50	0,50	0,50	0,71
ISO 20 + 25	0,56	0,56	0,50	1,00
ISO 30 + 35	0,88	0,79	0,79	1,00

Tabelle 1:  
 $A_z$ -Werte zur Erkennbarkeit der Feilenspitze auf den Meßaufnahmen mit den vier Röntgensystemen in Abhängigkeit von der ISO-Größe des Instrumentes

Tabelle 3:  
Vergrößerung in (%) der röntgenologisch gemessenen Arbeitslängen im Vergleich zu den klinisch eingestellten Meßlängen bei den vier Röntgensystemen (Anzahl der Kanäle  $n = 33$ )

Aufnahmesystem	Mittelwert	Standardabweichung
Digora	+ 4,76 %	± 1,44 %
Sidexis	+ 1,66 %	± 2,39 %
RVG-S	+ 4,59 %	± 3,02 %
Zahnfilm	+ 2,49 %	± 1,70 %

den digitalen Meßaufnahmen ab der ISO-Größe 15 bei Frontzähnen und Prämolaren sichtbar, während auf dem Zahnfilm bei Frontzähnen bereits die ISO-Größe 10 ausreichte. Auf digitalen Meßaufnahmen von Molaren waren die Feilenspitzen erst ab ISO-Größe 20 mit dem Digora- und ab Größe 25 mit dem Sidexis- und RVG-S-Gerät hinreichend beurteilbar. Dagegen bildete der Zahnfilm schon ISO-Größe 15 ab (Abb. 1).

Mit Hilfe der Bildbearbeitungsfunktion „pseudodreidimensionale Darstellung“, die vom Digora- und Sidexis-Gerät angeboten wird, konnten geringe Kontrastdifferenzen hervorgehoben werden. Dies hat sich in der Diagnostik der Röntgenmeßaufnahmen bewährt (Abb. 1c). Außerdem waren die Spitzen von Silberstiften der Größe 10 mit allen Systemen gut abgrenzbar.

Aus Tabelle 3 geht hervor, daß das Digora- und RVG-S-System am stärksten und das Sidexis-System geringer als der konventionelle Zahnfilm vergrößern.

Alle untersuchten Wurzelkanalfüllungsmaterialien zeigten insgesamt unabhängig vom Aufnahmesystem eine gute Röntgenopazität und einen guten Kontrast zum Dentin und zum Periapex (Abb. 2).

Ketac Endo und Sono Cem stellten sich ebenso, aber materialbedingt teilweise inhomogen dar. Die medikamentöse Einlage mit Calxyl blau ebenso wie der Befestigungszement Tenet waren gut gegen das umgebende Dentin abzugrenzen (Abb. 3).

Die Beurteilung der apikalen Region war mit dem Digora-Gerät ( $A_z = 0,97$ ) und dem Zahnfilm ( $A_z = 1,00$ ) am sichersten möglich, während sie mit dem RVG-S-Gerät ( $A_z = 0,82$ ) und dem Sidexis-Gerät ( $A_z = 0,65$ ) diagnostisch unsicher war. Die Ergebnisse verdeutlichen, daß die digitalen Aufnahmesysteme nicht die Bildqualität des Zahnfilms erreichen. Von den digitalen Systemen war Digora überlegen.

## 4. Diskussion

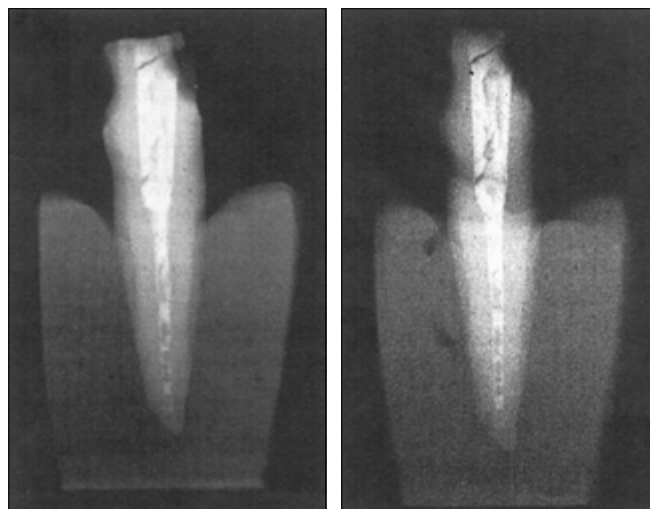
Die ROC-Analyse ist das zur Zeit am weitesten verbreitete Verfahren zum objektiven Vergleich der Bildqualität verschiedener Röntgensysteme. In dieser Untersuchung konnte nur die Sensitivität, d.h. eine Veränderung richtig zu interpretieren, geprüft werden. Die Spezifität, d. h. die Abgrenzung gegenüber einem anderen Zustand konnte nicht ermittelt werden, da alle Proben für Meß- oder Kontrollaufnahmen bis zum physiologischen Apex vorbereitet waren.

Der Kontrast zwischen dem Metall der Meßfeile und dem Wurzelkanal ist umso besser, je mehr Strahlung im Metall absorbiert wird. Eine größere Kontrastdifferenz ist durch eine dickere Feile wie durch die Verwendung von Silberstiften an Stelle von Stahlinstrumenten zu erzielen. An Molaren ist im bukkal-oralen Strahlengang mehr Zahnschmelz durchstrahlen, deswegen ist der Kontrast einer Meßfeile derselben Instrumentenstärke geringer als an Frontzähnen. Dabei wird bereits für den konventionellen Zahn-



a) b)

Abb. 2: Aufnahme (a) einer AH26-Wurzelkanalfüllung ohne Guttapercha mit dem Sidexis-Gerät im Vergleich zum Zahnfilm (b), dabei ist auch das apikal überstopfte Material zu differenzieren



a) b)

Abb. 3: Die Aufnahme mit dem Digora-Gerät (a) zeigt eine medikamentöse Einlage aus Calxyl blau im Vergleich zum Zahnfilm (b). Auf beiden Aufnahmen sind die Porositäten im Calxyl blau gut zu erkennen

film die Verwendung von Meßfeilen ab der ISO-Größe 20 empfohlen. Das Auflösungsvermögen aller untersuchten digitalen Radiographiegeräte war im Vergleich zum Zahnfilm geringer. Dies erklärt die unschärfere Darstellung feiner Instrumentenspitzen sowie der Hedströmfeilenkanten. Sanderink et al. und Velders et al. haben mit Feilen der ISO-Größe 10 gegenüber Größe 15 bei allen getesteten Röntgensystemen eine signifikant schlechtere Beurteilbarkeit der Feilenlänge gefunden. Der Kontrast der digitalen Radiographiegeräte war in der vorliegenden Untersuchung jedoch ausreichend, sonst wären Feilen der ISO-Größe 10 nicht in gesamter Länge abgebildet und durch Bearbeitung mit der Funktion „3D“ hervorgehoben worden. Die gespeicherten Informationen können durch die Bearbeitungsfunktionen verstärkt werden.

Mehrere Autoren haben digitale endodontische Aufnahmen im Hinblick auf die Längenmessung der Meßfeile untersucht. In einigen Untersuchungen wurden die digitale und die konventionelle Technik gleich gut bewertet, in anderen Vergleichen wurde beim konventionellen Zahnfilm eine größere Genauigkeit gefunden. Entgegen unseren Ergebnissen stellten Shearer und Horner mit dem RVG-S-Gerät eine geringere Vergrößerung als mit dem konventionellen Zahnfilm fest.

Den Wurzelkanalfüllungsmaterialien sind laut Herstellerangaben unterschiedliche röntgenopake Stoffe, wie z. B. Bariumsulfat oder Zinkoxid, zugesetzt, die den zur Beurteilung der Qualität der Wurzelfüllung notwendigen guten Kontrast zwischen Wurzelkanal, Dentin und Periapex gewährleisten. Der Kontrast war trotz der Materialunterschiede gleichermaßen gut.

## 5. Schlußfolgerungen

1. Mit allen geprüften digitalen Radiographiegeräten konnten Meß- und Kontrollaufnahmen in klinisch akzeptabler Bildqualität angefertigt

werden, wobei das Digora-System fast Zahnfilmqualität erreichte.

2. Die Erkennbarkeit der Feilenspitzen der ISO-Größen 10 und 15 sowie der Schneidekanten der Feilen der ISO-Größe 35 waren bei den digitalen Radiographiegeräten schlechter als beim Zahnfilm. Die Beurteilung mit Hilfe der Bearbeitungsfunktion „pseudodreidimensionale Darstellung“ oder die Verwendung von Silberstiften bei der Meßaufnahme erwiesen sich als vorteilhaft.
3. Alle digitalen Geräte stellten die untersuchten Wurzelfüllungsmaterialien mit gutem Kontrast zum Dentin und Periapex dar.

## Danksagung

Wir danken den Firmen Gendex, Siemens und Trophy für die Bereitstellung der Geräte.

## Korrespondenzadresse:

*Dr. Petra Schmage  
Abteilung für Zahnerhaltung und  
Parodontologie  
Zahn-, Mund- und Kieferklinik  
Hamburg  
Martinistraße 52, 20246 Hamburg*

*Aus:  
Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift  
52 (1997) 2*

Ein umfangreiches Literaturverzeichnis liegt der Redaktion vor.

# Therapie der marginalen Parodontitis

## Teil I – Rolle der mechanischen Therapie

G. Gabbour

### Zusammenfassung

Die genaue und kritische Betrachtung der wissenschaftlichen Untersuchungen in der Parodontologie der vergangenen 25 Jahre läßt erkennen, daß einige grundlegende Ergebnisse dieser Untersuchung zur Begründung oder Rechtfertigung der Notwendigkeit antimikrobieller Therapie sich als unlösbar, sogar unerklärbar, meistens lückenhafte Phänomene darstellen. Diese außerordentlich interessanten Ergebnisse wurden von manchen Autoren als Beweismittel zu unterschiedlichen Zwecken verwendet. Deshalb ergaben sich besonders in den letzten 3 Jahren kritische Diskussionen und viele Pro- und Kontra Meinungen.

### Einleitung

Die klassischen Konzepte der Prävention und Therapie marginaler Parodontitiden sind direkt oder indirekt auf die Reduktion der supra- und subgingivalen Plaque (sog. Plaquekontrolle) ausgerichtet. Ihre Ziele sind, die Quantität und/oder Qualität der Plaque so zu beeinflussen, daß das Immunsystem den bakteriellen Angriff erfolgreich abwehren kann. Im klinischen Sinne bedeutet dies, daß eine Gingivitis vollständig ausheilen würde (Restitutio ad integrum) und eine marginale Parodontitis keine weiteren Attachment- und Alveolarknochenverluste aufweist.

Da alle Arten von Parodontitis bakterielle plaquevermittelte Infektionserkrankungen sind, ist die Kausaltherapie die antimikrobielle Behandlung der parodontalen Taschen im weitesten Sinne. Demzufolge unterscheidet man folgende Therapieansätze:

1. Mechanische Therapie
2. Antibakterielle Therapie
3. Antiphlogistische Therapie

### 1. Mechanische Therapie

#### Stellenwert der mechanischen Therapie

Seit den Arbeiten von Aleo (1974), der stark zelltoxische Zellwandträger gramnegativer Bakterien (sogenanntes Endotoxin) in mineralisierten Wurzelauflagerungen nachweisen konnte, wurde die vollständige und regelmäßige Reinigung der betroffenen Wurzeloberflächen unter Inkaufnahme eines zwangsläufig fortschreitenden Substanzverlustes der Zahnwurzel zum parodontologischen Dogma.

Aus diesen Gründen wurde die Wurzelbearbeitung als wichtigster Behandlungsschritt im Rahmen der Parodontaltherapie angesehen. Die Weichteilkürettage (das Ausschälen des Taschenepithels und des Granulationsgewebes) steht heute eher im Hintergrund (Ausnahme ist die juvenile Parodontitis).

#### Grenzen der mechanischen Therapie

Zahnstein und subgingivale Konkremente wurden immer als ein entscheidender ätiologischer Faktor gesehen. Bei der Behandlung einer parodontalen Tasche wird gefordert, daß im Rahmen der Wurzelreinigung und Weichteilkürettage sämtliche befallenen Wurzelanteile abgeschabt werden. Zusätzlich sollte auch das restliche Saumepithel, das immer die am weitesten vorgeschobene Begrenzung der Tasche darstellt, entfernt werden. Diese Forderung ist aber bei fortgeschrittenen Parodontitiden wegen des ungleichmäßigen Taschenverlaufes, wegen der großen Tiefe und wegen der schlechten Sicht oft schwierig oder gar nicht zu erfüllen.

Folgende Probleme und Schwierigkeiten zu den oben genannten Forderungen des subgingivalen Scaling und der Wurzelglättung sind erschwert durch:

- Verlauf des Taschenfundus,

- Mikromorphologische Variationen und Veränderungen auf der Wurzeloberfläche,
- Makromorphologie der Wurzeln,
- Mikrobiologischer Status der begleitenden Mikroflora.

Obwohl sich viele Wissenschaftler Anfang der 70er Jahre mit der Bedeutung der vollständigen Zahnsteinentfernung zur Erzielung besserer Therapieergebnisse beschäftigt haben, blieben leider deren Schlußfolgerungen am Ende ohne bedeutende Konsequenz für die praktisch tätige Zahnärzteschaft.

Mehrere Untersuchungen (Rabbani; 1981, Waerhaug; 1978 und Rateitschak; 1985) belegen, daß subgingivales Scaling nicht in der Lage ist, in Taschen > 5 mm die der Zahnwurzel aufgelagerten Konkremente auch nur annähernd vollständig zu entfernen. Dennoch zeigen Langzeitstudien, daß eine rein konservative Parodontaltherapie mittels subgingivalen Scalings auch in tieferen Taschen positive Ergebnisse zeigen, die denen einer chirurgischen Parodontaltherapie vergleichbar sind (Badersten 1984–1989, Gabbour; 1990–1996).

#### Wichtiger Aspekt

Die rasterelektronenmikroskopischen Untersuchungen von Rateitschak-Plüss et al., (1981) sowie die wissenschaftliche Untersuchung von Radam im Rahmen seiner Diplomarbeit 1985 an Zähnen, die wegen fortgeschrittener Parodontitis extrahiert werden mußten, zeigen, daß die taschenbezogene Wurzeloberfläche von Plaque bedeckt ist. Das Saumepithel, das die Tasche nach apikal begrenzt, verläuft um die ganze Wurzel herum sehr unregelmäßig (Abb. 1). Der Grund für diesen unregelmäßigen Verlauf des Taschenbodens scheint in den mikro- und makromorphologischen Variationen der

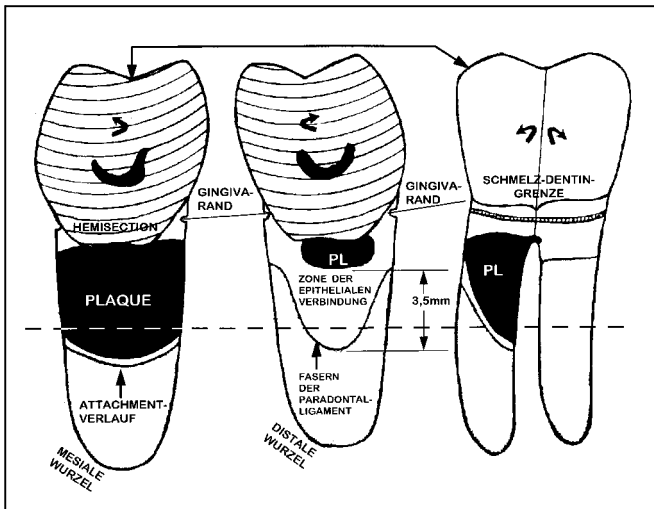


Abb. 1:  
Im Rahmen der rasterelektronischen Untersuchung von Waerhaug (1980) wurde der Zahn 36 gespalten, um die interradikulären Flächen zeigen zu können. Die Betrachtung der mesialen und distalen Wurzeln gibt uns einen klaren Hinweis, daß der Verlauf des Attachmentverlusts um die Wurzeln herum sehr unregelmäßig ist. Die Plaquegrenze und der Rand des Parodontalligaments verlaufen auffällig parallel zueinander in einem Abstand von 0,5 mm. Außerdem zeigt uns die Skizze, daß die Verteilung der Plaque auf den Wurzeln im interradikulären Raum ein vollständiges Erreichen der Gesamtplaquemenge mit der Kurette unmöglich macht.

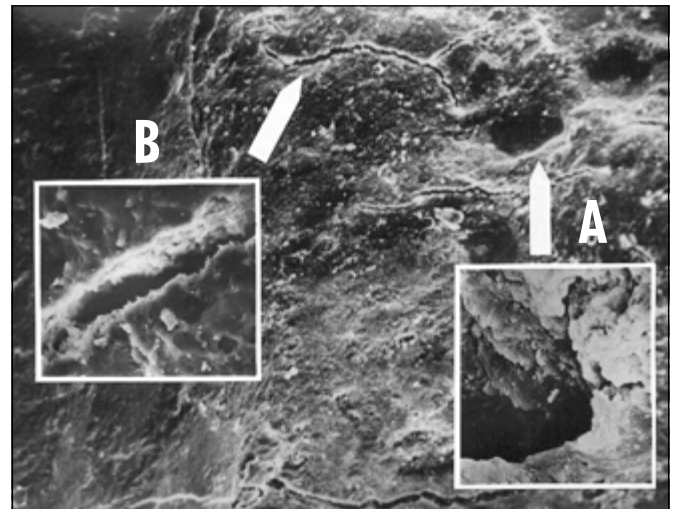


Abb. 2:  
Rasterelektronenmikroskopische Untersuchung (300-fache Vergrößerung) der Wurzeloberfläche an der mesialen Wurzel des parodontal erkrankten Zahnes 46. Deutlich zu erkennen sind: A: 2000-fache Vergrößerung einer mit Bakterien gefüllten Resorptionslunke. B: 2000-fache Vergrößerung eines Risses, der ebenso mit Bakterien umhüllt ist.

Wurzeloberfläche zu liegen, die es den Mikroorganismen ermöglichen, unterschiedlich schnell apikalwärts zu wandern. Die Bakterien wandern nicht nur in Richtung der Sondierung, sondern in die für ihre Vermehrung günstigeren Räume. Diese Tatsache wurde von den Wissenschaftlern schon lange vorher erkannt, z. B. die ausführliche Untersuchung an Serienschnitten der Zahnwurzel (Waerhaug 1978; Radam 1985). Sie schlußfolgerten, daß durch den bizarren Verlauf des Taschenbodens die Diagnose erschwert wird. Demzufolge war die heute noch übliche Methode der Taschenmessung an vier Stellen (mesial, distal, facial und oral) durch diese neueren Erkenntnisse in Frage gestellt. Viel eher sollte versucht werden, um den ganzen Zahn herum - mindestens aber 6mal - zu sondieren, also approximal jeweils von facial und von oral.

Ebenso wie die Taschentiefe am einzelnen Zahn durchaus verschiedene Werte aufweist, ist auch die bakterielle Besiedlung nicht an allen Stellen gleich.

In Anbetracht dieser Tatsachen kann der Sinn einer ausschließlichen mechanischen Behandlung sowie die Entnahme von bakterieller Plaque aus nur einem Bereich der Tasche in Frage gestellt werden. Die Bakterienkultur dieser Probe kann irreführend sein, weil der Entnahmeort nicht mit dem Entzündungsareal übereinstimmen muß. In der Regel gelingt es, den überwiegenden Teil an subgingivalen Konkrementen und Entzündungsfaktoren durch Wurzelglättung zu entfernen, so daß die zurückgelassenen Reste anschließend oft mit gesunden Verhältnissen kompatibel sind. Die oben genannten Gründe haben dazu beigetragen, neue Konzepte in der Behandlung der lokalisierten parodontalen Erkrankung zu suchen.

### Schlußfolgerung

1. Heute wird die krankheitsauslösende Wirkung harter subgingivaler Zahnbeläge differenzierter betrachtet. So ist die juvenile Parodontitis prognostisch am ungünstigsten zu beurteilen, da sie klinisch oft nur mit sehr ge-

ringen bis überhaupt nicht erfaßbaren mineralisierten Ablagerungen auf der Wurzeloberfläche kombiniert ist. Es gibt keine konkreten Hinweise dafür, daß nicht vollständig entfernte subgingivale Konkremente allein in der Lage wären, das Fortschreiten einer marginalen Parodontitis zu begünstigen. Außerdem, was die Kontamination der Wurzeloberfläche betrifft, steht allerdings nach der Untersuchung von Eide (1984) noch nicht fest, ob die Endotoxine nur in einer cuticulaähnlichen Ablagerung auf der Wurzeloberfläche zu finden sind, oder ob sie auf bzw. im Zement selbst liegen. Ebenso berichtet Fardal (1986) von ungestört ablaufenden Reparaturvorgängen parodontaler Bindegewebszellen trotz der Anwesenheit von Endotoxin.

2. Nach heutiger Sicht scheint weniger entscheidend nicht nur die Entfernung des subgingivalen Zahnsteins zu sein, welcher in der Masse tote mineralisierte Plaque darstellt, als vielmehr die Beeinflussung der dem Zahnstein aufsitzenden, vitalen Mikroflora. Da diese als dünne Schicht die gesamte freilie-



gende Wurzeloberfläche einschließlich evtl. vorhandener Konkrementen überzogen sowie als sogenannte floating plaque oder auch freischwimmende in der Zahnfleischtasche anzutreffen ist, führt eine mechanische Reinigung der subgingivalen Bereiche der Zahnwurzel zwangsläufig auch zur Zerstörung des komplexen mikrobiellen Ökosystems innerhalb der Zahnfleischtasche. Dies geht meist einher mit einer deutlichen Verbesserung der klinisch und mikrobiologisch erfassbaren parodontalen Entzündungsparameter.

3. Bei ca. 90 % der Fälle ist die mechanische Plaqueentfernung ausreichend effektiv. Die restlichen 10 %, im wesentlichen Patienten mit juveniler oder rasch fortschreitender Parodontitis, bereiten uns jedoch große Probleme durch schlechtes Ansprechen auf die Therapie und erhöhtes Auftreten von lokalen oder auch generalisierten Rezidiven. Nach *Mengel* entwickeln 8 % der Bevölkerung eine progressive Parodontitis. Ebenso bleiben nach chirurgisch/konservativer Parodontalbehandlung immer noch 4,2 % Prozent erkrankt (wie man es bezeichnet, ist wohl sekundär, ob als rezidiv oder refraktäre Erkrankung). Eine Erklärung dafür ist durch das Verbleiben von Rest-Bakterien und bakteriellen Endotoxinen im Granulationsgewebe, in Dentinkanälchen, in Resorptionslakunen, in iatrogenen Kürettenspuren, im Furkationsbereich und anderen schlecht zugänglichen Stellen gegeben. Das Immunsystem von Patienten mit Erwachsenenparodontitis wird mit diesen Keimen gut fertig, doch RPP- und JP-Patienten haben häufig Schwierigkeiten mit der Keimelimination. Eine Erklärung dafür ist, daß ein unterschiedlich großer Prozentsatz dieser Patientengruppe (bis ca. 75 %) Probleme mit der Elimination der Bakterien durch die Granulozyten oder Makrophagen aufweisen. Bei den Defekten dieser immunkompetenten Zellen handelt es sich um eine eingeschränkte Chemotaxis- und Phagozytosefähigkeit, die eine Invasion obiger Keime ins Gewebe erleichtert. Die zu-

sätzliche Therapie mit systemischen Antibiotika erscheint daher begründet.

4. Außerdem dringen pathogene Mikroorganismen sowohl in die gingivalen Gewebe als auch in die Dentinkanäle und Resorptionslakunen der Wurzel ein (Abb. 2). Zusammen mit der Plaque, die bei einer Kürettage unzureichend entfernt wurde, können sie für eine Rekolonisation und weitere Destruktion parodontaler Strukturen verantwortlich sein. Oft wird über die Ursachen und das Wesen einer refraktären Parodontitis diskutiert. Gibt es diese Form der Parodontitis, weil diese Fälle gegenüber einer mechanischen Therapie resistent sind? Das Ziel sowohl der mechanischen als auch der chemischen Therapie ist nicht, die Tasche steril zu machen, sondern den Teil der Mikroflora, der im Zusammenhang mit der Parodontitis steht, stark zu reduzieren und andere Keime, die mit einer parodontalen Gesundheit vereinbar sind, zu belassen. Die Wirtsantwort basiert möglicherweise auf der Wirkung der polymorphkernigen Granulozyten, die immer und überall im Körper präsent sind, und deren Aktivität jedoch so ablaufen kann, daß sie manchmal das Wirtsgewebe angreifen und manchmal die Stoffwechselprodukte der Bakterien vernichten. Darüber hinaus steht natürlich die gesamte Immunabwehr zur Verfügung. Heute sind unsere Kenntnisse über die Rolle der Wirtsantwort hinsichtlich der Reaktionsabläufe im einzelnen noch recht begrenzt. Wir wissen aber um die Fähigkeit dieser Wirtsantwort, subgingival einen Status quo aufrechtzuerhalten, trotz in der Tasche verbliebener Konkrement- bzw. Plaquereste. Es liegen Studien vor, die *Greensteins* Schlußfolgerungen unterstützen, daß eine zusätzliche antimikrobielle Therapie bei tiefen Parodontaldefekten, wo der Erfolg der mechanischen Therapie allein eingeschränkt ist, oder bei der Behandlung von Taschen mit anaerober Mikroflora, die auf die konventionelle Therapie nicht anspricht, einige Vorteile bietet.

Zum Beispiel, *unterstrich Lang (1993)*; daß die Veränderung der Flora das Ziel jeden Handelns in der Parodontaltherapie sein muß.

Das Ziel einer chirurgischen Taschenelimination ist die Umwandlung des Taschenmilieus.

*Williams (1993)* schlußfolgert, daß die Dekontamination des infizierten Gewebes immer im Mittelpunkt einer Kausaltherapie stehen muß.

### Schlußfolgerung für den Praktischen Zahnarzt

Die Plaquekontrolle erfolgt in erster Linie auf mechanischem Wege. Sie muß regelmäßig sowohl vom Patienten (tägliche Mundhygiene) als auch vom Zahnarzt (supragingivales und subgingivales Scaling sowie Wurzelglättung alle 3 bis 6 Monate) durchgeführt werden. In den meisten Fällen ist eine adäquate, regelmäßig durchgeführte mechanische Entfernung der supra- und subgingivalen Plaque ausreichend, um die Entstehung und/oder das Fortschreiten einer parodontalen Erkrankung zu verhindern.

Bei den Patienten, bei denen trotz ausführlicher und wiederholter Information, Motivation und Instruktion zur Mundhygiene sowie regelmäßigem Recall (supragingivales und subgingivales Scaling sowie Wurzelglättung alle 3 bis 6 Monate) Entzündungszeichen der Gingiva persistieren und/oder weitere Attachmentverluste auftreten, sind unterstützende Maßnahmen angezeigt. Zur Unterstützung der mechanischen Plaquekontrolle stehen u. a. antimikrobielle Substanzen (sog. Chemische Plaquekontrolle), nicht-steroidale Antiphlogistika und Irrigatoren (Wasserstrahlgeräte) zur Verfügung.

Literatur beim Verfasser

### Anschrift des Verfassers:

Dr. George Gabbour  
FSU Jena Bereich Erfurt  
ZZMK, Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde  
Nordhäuser Straße 78, 99089 Erfurt

## Honorarbeitreibung und Stundung

Ein Zahnarzt fragte einmal an, ob er berechtigt sei, einem Patienten einen Ratenkredit einzuräumen. Der Patient war finanziell nicht in der Lage, die Honorarschuld des Zahnarztes auf einmal zu entrichten. Er bat um Tilgungszahlung. Hierauf wollte sich der Zahnarzt nicht einlassen, erklärte sich aber bereit, dem Patienten einen Kredit einzuräumen.

Darf ein Zahnarzt einem Patienten einen Kredit einräumen? Klare Antwort: nein!

Ein Kreditvertrag ist seiner Rechtsnatur nach ein Darlehensvertrag, der im BGB in den Vorschriften der §§ 607 bis 610 geregelt ist.

Mit der Krediteinräumung wird im Ergebnis zu dem Behandlungsvertrag zusätzlich ein weiteres Vertragsverhältnis geschlossen, was überhaupt nicht nötig ist. Der Zahnarzt will ja seine Ansprüche aus dem Behandlungsvertrag vergütet erhalten, er will aber nicht gegenüber dem Patienten praktisch eine Art „Bank“ spielen. Ihm ist es auch untersagt, auf diesem Wege ein Zinsgeschäft mit dem Patienten zu machen, damit würde die Beziehung zwischen Arzt und Patient völlig verfälscht.

Wenn ein Patient den Honorarbetrag nicht auf einmal oder fristgerecht entrichten kann, sollte der Zahnarzt stets mit ihm eine schriftliche Stundungsabrede treffen. Darin wird zum einen festgelegt, daß der Patient die Forderung des Zahnarztes anerkennt. Die Anerkennung hat nämlich zur Folge, daß die kurze Verjährung von 2 Jahren unterbrochen wird. Honorarforderungen der Zahnärzte und Ärzte unterliegen nämlich einer sehr kurzen Verjährung.

Ferner wird in der Stundungsabrede genau festgelegt, wann der Patient welche Raten in welcher Höhe entrichtet. Das ergibt sich aus der Verhandlung im Einzelfall.

Die ratenweise Tilgung ist damit mit einer Stundungsvereinbarung verbunden, sie stellt rechtlich eine Einheit

dar.

Wichtig ist die sog. „kassatorische Klausel“. Sie bedeutet, daß der Patient in Verzug gerät, wenn er die vereinbarten Raten nicht einhält und sie auch binnen einer Frist nicht nachentrichtet. Üblich ist hier eine kurze Frist von etwa 2 bis 3 Wochen. Die Verzugsbestimmung bedeutet, daß bei Eintritt des Verzuges die jeweilige Restforderung ohne weitere Rechtsnachteile auf ihn zukommen, nämlich die Anrufung des Gerichts im Wege der Klage oder aber die Durchführung eines Mahnverfahrens.

Bei einer Klage hat eine Stundungsabrede den Erfolg, daß sowohl der Honoraranspruch bereits urkundlich anerkannt und gesichert ist und zum anderen das Gericht aus der Abrede den

Verzug entnehmen kann. In einer Klage braucht man nur noch die ursprüngliche Honorarrechnung in Ablichtung und die Stundungsabrede vorzulegen und vorzutragen, mit welcher Rate der Schuldner wann in Verzug geraten ist. Das Gericht kann dann gar nicht umhin, aufgrund des mit der Urkunde verbundenen schriftlichen Anerkenntnisses der Honorarforderung den Patienten entsprechend zur Zahlung zu verurteilen.

Der Entwurf einer Stundungsabrede folgt anschließend.

*Rechtsanwalt Walter Fibelkorn,  
Schwerin*

<b>Stundungsabrede</b>	
zwischen	
<b>dem Zahnarzt</b>	
.....	
und	
<b>dem Patienten</b>	
.....	
<b>I.</b>	
Herr/Frau ..... erkennt an, die Honorarforderung des Zahnarztes ..... gem. Rechnung vom ..... zu schulden. Herr/Frau ..... ist es z. Zt. nicht möglich, die Honorarforderung fristgerecht zu tilgen. Er bittet mithin um Stundung und Gewährung von Ratenzahlungen.	
<b>II.</b>	
Herr Zahnarzt ..... schließt mit Herrn/Frau ..... eine Stundungsabrede. Gleichzeitig verpflichtet sich Herr/Frau ..... die Honorarforderung in monatlichen Raten in Höhe von DM ..... jeweils bis zum 5. eines Monats im voraus, beginnend mit dem ..... zu entrichten.	
<b>III.</b>	
Kommt Herr/Frau ..... mit einer Ratenzahlung länger als 2 Wochen in Verzug, wird die jeweilige Restforderung ohne weitere Mahnung fällig. Herr/Frau ..... sichert zu, die vereinbarten Raten fristgerecht zu zahlen.	
..... (Unterschrift)	..... (Unterschrift)

## Verkauf von Mundhygieneartikeln Steuerliche Behandlung dieser Verkäufe

Mit Schreiben vom 14.5.1997 hat sich das Bundesministerium für Finanzen zur steuerrechtlichen Behandlung u. a. des Verkaufs von Mundhygieneartikeln geäußert. Danach stellt der Verkauf von Artikeln zur Mundhygiene keine Ausübung der Zahnheilkunde dar.

Dies hat zur Folge, daß die Einnahmen aus diesem Verkauf zu Einkünften aus Gewerbebetrieb führen.

Ein besonderes Problem kann in Gemeinschaftspraxen entstehen, wenn Einnahmen aus dem Verkauf von Mundhygieneartikeln in einer solchen Praxisform erzielt werden. Dort werden Einkünfte der ärztlichen Gemeinschaftspraxis in vollem Umfang als Einkünfte aus Gewerbebetrieb behandelt. Wer dieses Ergebnis vermeiden will, muß die gewerblichen Tätigkeiten in einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts nach §§ 705 ff. BGB bündeln, die eindeutig von der Tätigkeit der (zahn)ärztlichen Gemeinschaftspraxis abgegrenzt ist.

Das Schreiben des Bundesministeriums der Finanzen ist im Anschluß hieran in vollem Wortlaut abgedruckt.

### Steuerrechtliche Behandlung des Verkaufs von Kontaktlinsen nebst Pflegemitteln, von Mundhygieneartikeln sowie von Tierarzneimitteln durch ärztliche Gemeinschaftspraxen

Die selbständig ausgeübte Tätigkeit als Arzt ist eine freiberufliche Tätigkeit im Sinne des § 18 Abs. 1 Nr. 1 EStG. Zu der Frage, ob Einnahmen einer ärztlichen Gemeinschaftspraxis aus der Anpassung und dem Verkauf von Kontaktlinsen, aus dem Verkauf von Pflegemitteln bei Augenärzten, Artikeln zur Mundhygiene bzw. Mundpflege bei Zahnärzten oder Tierarzneimitteln bei Tierärzten zu den Einnahmen aus der freiberuflichen Tätigkeit gehören, wird unter Bezugnahme auf das Ergebnis der Erörterungen mit den obersten Finanz-

behörden der Länder wie folgt Stellung genommen:

1. Die Honorare, die ein Augenarzt für das Anpassen von Kontaktlinsen nach einer augenärztlichen Untersuchung erhält, sind den Einnahmen aus der freiberuflichen Tätigkeit zuzuordnen.
2. Der Verkauf von Kontaktlinsen, Pflegemitteln durch Augenärzte, Artikeln zur Mundhygiene bzw. Mundpflege durch Zahnärzte oder Tierarzneimitteln durch Tierärzte ist keine Ausübung der Heilkunde. Die Einnahmen des Arztes hieraus sind deshalb als Einnahmen aus Gewerbebetrieb (§ 15 EStG) zu behandeln.
3. Erzielt eine ärztliche Gemeinschaftspraxis auch Einnahmen aus einer gewerblichen Tätigkeit, gelten die Einkünfte der ärztlichen Gemeinschaftspraxis in vollem Umfang als Einkünfte aus Gewerbebetrieb (sog. Abfärberegulung: § 15 Abs. 3 Nr. 1 EStG). Der Verkauf der in Nr. 2 bezeichneten Gegenstände durch eine ärztliche Gemeinschaftspraxis führt also dazu, daß auch die Einnahmen aus der ärztlichen Tätigkeit als Einnahme aus Gewerbebetrieb zu behandeln sind.
4. Wird die Beschaffung und der Verkauf der in Nr. 2 bezeichneten Gegenstände jedoch durch eine andere Gesellschaft des bürgerlichen Rechts vorgenommen, tritt die Folge einer Abfärbung nicht ein, und zwar selbst dann nicht, wenn ganz oder teilweise die gleichen Personen an der ärztlichen Gemeinschaftspraxis und der Gesellschaft bürgerlichen Rechts beteiligt sind (BFH vom 8. Dezember 1994 – BStBl 1996 II S. 264). Die Abfärberegulung ist nämlich auf die ansonsten freiberuflich tätige ärztliche Gemeinschaftspraxis dann nicht anzuwenden, wenn die Beteiligung an der gewerblich tätigen Gesellschaft von einem, mehreren oder allen Gesellschaftern der ärztlichen Gemeinschaftspraxis persönlich oder von einer Schwestergesellschaft der ärztlichen Gemeinschaftspraxis gehalten wird (vgl. BMF vom 13. Mai 1996 – BStBl I S. 621).

Die Tätigkeit der gewerblichen Gesellschaft bürgerlichen Rechts muß sich eindeutig von der Tätigkeit der ärztlichen Gemeinschaftspraxis abgrenzen lassen. Dies setzt voraus:

- a) Der Gesellschaftsvertrag muß so gestaltet sein, daß die Gesellschaft wirtschaftlich, organisatorisch und finanziell von der ärztlichen Gemeinschaftspraxis unabhängig ist.
- b) Es sind getrennte Aufzeichnungen oder Bücher zu führen, besondere Bank- und Kassenkonten einzurichten sowie eigene Rechnungsformulare zu verwenden.
- c) Die in Nr. 2 bezeichneten Gegenstände sind getrennt vom Betriebsvermögen der ärztlichen Gemeinschaftspraxis zu lagern. Überwiegend im Zusammenhang mit der Abgabe der in Nr. 2 bezeichneten Gegenstände genutzte Wirtschaftsgüter gehören zum Betriebsvermögen der gewerblichen Gesellschaft bürgerlichen Rechts.
5. Überläßt die ärztliche Gemeinschaftspraxis der gewerblichen Gesellschaft bürgerlichen Rechts für deren Zwecke Personal, Räume oder Einrichtungen usw. gegen Aufwendungsersatz, führt dies bei der ärztlichen Gemeinschaftspraxis mangels Gewinnerzielungsabsicht nicht zu Einkünften aus Gewerbebetrieb. Kann die Höhe dieser Aufwendungen nicht nach dem Verursacherprinzip ermittelt werden, ist es nicht zu beanstanden, wenn sie entsprechend dem Verhältnis der Umsätze beider Gesellschaften zueinander oder nach einem entsprechenden Schlüssel geschätzt werden und der geschätzte Betrag der ärztlichen Gemeinschaftspraxis erstattet wird. Die ärztliche Gemeinschaftspraxis hat einen Aufwendungsersatz durch die Gesellschaft bürgerlichen Rechts im Rahmen ihrer Einkünfte aus selbständiger Arbeit zu erfassen.

Dieses Schreiben tritt an die Stelle des BMF-Schreibens vom 19. Oktober 1984 (BStBl I S. 588).

*Im Auftrag*  
*Sarrazin*

## Herbsttagung 1997

des Vereins zur Förderung von Lehre und Forschung in der Zahnmedizin am Klinikum der FSU Jena e. V.  
am 29. November 1997 in Jena

**Thema: „Risikopatient und Notfall in der zahnärztlichen Praxis“**

Information und Anmeldung:

Verein zur Förderung von Lehre und Forschung in der Zahnmedizin am Klinikum der FSU Jena e. V.,  
Prof. Dr. E. Glockmann, Bachstraße 18, 07743 Jena, Tel.: 0 36 41/63 32 60, Fax: 0 36 41/63 32 83

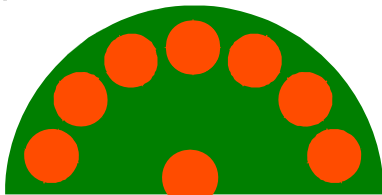
## 7. Brandenburgischer Zahnärztetag

**„Die Bewertung von Komplikationen und Regelverstößen bei zahnärztlichen Eingriffen“**

am 22. und 23. November 1997 im Cottbuser Messe- und Tagungszentrum

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Michael Heners, Karlsruhe

Anmeldungen und Auskünfte: LZÄK Brandenburg, Frau Harms, Parzellenstraße 94, 03046 Cottbus,  
Tel.: 03 55/3 81 48 – 25, Fax: 03 55/3 81 48 – 48



### KARL-HÄUPL-KONGRESS 1998

Fortbildungstage für Zahnärzte und für  
Praxismitarbeiter mit begleitender  
Dentalausstellung

Fr., 13. März 1998, 9.00 bis 18.00 Uhr  
Sa., 14. März 1998, 9.00 bis 18.00 Uhr

Veranstaltungsort:  
Messe-Kongreß-Center Süd der  
Düsseldorfer Messegesellschaft mbH  
- NOWEA -  
Stockumer Kirchstraße  
40474 Düsseldorf

DM 200,00 für Zahnärzte  
DM 100,00 für Praxismitarbeiter

**KH**

Karl-Häupl-Institut  
Fortbildungszentrum der  
Zahnärztekammer Nordrhein

Tel: 0211 52605(0)  
FAX: 0211 5260548

### 12. Saarländischer Zahnärztetag

der Ärztekammer des Saarlandes  
(Abt. Zahnärzte) in Verbindung mit  
der Landeszahnärztekammer  
Rheinland-Pfalz

am 10. und 11. Oktober 1997  
in der Kongreßhalle  
Saarbrücken

**Wissenschaftliches  
Generalthema:  
„Gerontostomatologie“**

Organisation:

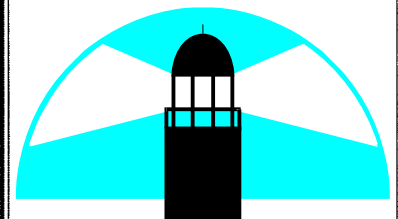
Prof. Dr. H. Schmeißner

Anmeldung und Auskunft:

Ärztekammer des Saarlandes,  
Abt. Zahnärzte, Haus der Zahnärzte,  
Puccinistraße 2, 66119 Saarbrücken,

Tel.: 06 81/5 86 08-0,  
Fax: 06 81/5 86 08-14

### 33. Fortbildungswoche NORDERNEY 1998



Fortbildungswoche für Zahnärzte,  
Praxismitarbeiter und Zahntechniker  
mit begleitender Dentalausstellung

Sa., 30. Mai bis Sa., 6. Juni 1998

DM 700,00 für Zahnärzte  
DM 350,00 für Praxismitarbeiter

Fordern Sie das Vorprogramm an:

**KH**

Karl-Häupl-Institut  
Fortbildungszentrum der  
Zahnärztekammer Nordrhein

Tel: 0211 52605(0)  
FAX: 0211 5260548

## Neue Größenklassen für Betriebsprüfungen in Zahnarztpraxen

Im Bundessteuerblatt I 1997, S. 577 sind die für den Stichtag 01.01.98 maßgebenden Größenklassen für die Betriebsprüfung veröffentlicht. Danach sind die Freien Berufe in Abhängigkeit von ihren Umsätzen bzw. steuerlichen Gewinnen wie folgt in Größenklassen einsortiert:

### Freie Berufe

#### Großbetrieb

Umsatzerlöse über DM 6,7 Mio oder steuerlicher Gewinn über TDM 875

#### Mittelbetrieb

Umsatzerlöse über DM 1,25 Mio oder steuerlicher Gewinn über TDM 200

#### Kleinbetrieb

Umsatzerlöse über TDM 250 oder steuerlicher Gewinn über TDM 48

Nach der Einteilung in Größenklassen richtet sich der Umfang und die Häufigkeit der Betriebsprüfung.

Bei Großbetrieben soll nach § 4 der Betriebsprüfungsordnung der jeweilige Prüfungszeitraum an den vorhergehenden Prüfungszeitraum anschließen. Das bedeutet, daß Großbetriebe in der Regel „lückenlos“ der Betriebsprüfung unterliegen.

Bei Mittel- und Kleinbetrieben ist diese „lückenlose“ Prüfung nicht vorgesehen. Bei diesen Betrieben soll der Prüfungszeitraum nicht über die letzten drei Besteuerungszeiträume zurückreichen. Der Prüfungszeitraum kann aber erweitert werden, wenn die Besteuerungsgrundlagen sonst nicht festgestellt werden können, es zu umfangreichen Steuernachforderungen bzw. -erstattungen kommt oder wenn der Verdacht auf Steuerhinterziehung besteht.

*J. W. F. Kohlschmidt*

## Produktinformation

### ARTEX Manual – Das Buch zum Gerät

Auf 56 spiralgebundenen oder in einem querformatigen Aufsteller eingelebten Einzelblättern wird das komplette Artex-Analog-System in überschaubarer Form durchkonjugiert und die Funktionen und deren Bedienung in hochqualitativen Vierfarbbildern dargestellt und mit knappem Text unterlegt.

Teil 1 enthält alle Artex-Artikulatoren alter und neuer Ausführung, als Arcon- und Non Arcon-Gerät.

Teil 2 beschreibt die verschiedenen Übertragungsmöglichkeiten des Oberkiefers, den Übertragungsstand, -schlitten oder die direkte Gesichtsbogen-Adaption sowie die Zuordnung des Unterkiefers in habitueller oder zentrischer Position mit unterschiedlichen Registraten.

Abschließend werden die verschiedenen Übertragungsmethoden der un-

bezahnten Kiefer und die Verfahrensweise mit den Aufstellkalotten dargestellt.

Die letzten zehn Blätter dienen der eindeutigen Definition von Ersatzteilen anhand von technischen Zeichnungen mit Artikelnummern.

Das Manual kann mit Rückenheftung unter der Artikelnummer 921704, oder als Aufsteller unter 921705, bestellt werden bei:

**Girrbach Dental GmbH,  
Postfach 140120,  
75138 Pforzheim,  
Tel.: 07231/957-000,  
Fax: -009.**



## Elektroimpulse gegen Leitungsverkalkung – sofort wirkende durchflußabhängige Gerätelösung

Mit patentiertem Gerätekonzept beiseitigen Erfinder aus Bautzen das leidige Problem der Verkalkung und Verkrustung von Wasserrohren auf ebenso wirksame wie umweltfreundliche Weise. Dazu haben die Existenzgründer ein seit 100 Jahren bekanntes elektromagnetisches Entkalkungsverfahren weiterentwickelt und um eine durchflußabhängige Impulskomponente ergänzt.

Die Folge, die von ersten Berliner und Leipziger Referenzkunden bestätigt wird: Sofort nach Anschluß des nur Partyfaß-großen Gerätes unmittelbar nach der Wasseruhr bzw. vor den zu schützenden industriellen Anlagen werden Ablagerungen an den Rohrinneuwänden abgebaut. „Der Kaffee schmeckt plötzlich irgendwie besser“, wunderten sich beispielsweise die Mie-

ter eines Plattenbaus in Berlin-Lichtenberg.

Das von der Firma PhyWa optimierte Prinzip der physikalischen Wasseraufbereitung im Magnetfeld mit Strömungsindikator vollbringt oberhalb von 5 Grad deutscher (Wasser) Härte wahre Wunder ... . Aufgrund der besonderen Konstruktion fließt das Wasser jetzt exakt durch das Zentrum eines durch Niederspannung erzeugten Magnetfeldes. Je nach Wasserverbrauch, das ist die eigentliche Innovation, wird die zweite Gerätekomponente zugeschaltet. Sie erzeugt eine Impulsspannung von 500 Hertz. Damit beseitigt PhyWa den entscheidenden Kosten- und Wirkungsgradnachteil herkömmlicher elektrischer Verfahren, die bislang nicht auf die tatsächlich entnommene Wassermenge

reagieren konnten. Geringere und verbrauchsabhängige Energiekosten bei verdoppeltem Wirkungsgrad sind die Folge.

Die Impuls-Magnettechnik-Anlagen für Rohrquerschnitte ab R 1 (ein Zoll) sorgen für weiches und gesünderes Wasser. Nach Herstellerangaben können sie innerhalb weniger Monate starke Verkalkungen und Rost beseitigen. Die Geräte für Ein- und Mehrfamilienhäuser und Bürogebäude sollten mit Schutzfiltern kombiniert werden. Auch bei Selbsteinbau erhält der Kunde eine Gewährleistungsgarantie von zwei Jahren.

**Weitere Informationen:** PhyWa GbR Dorka & Arlt, Herr Dorka, Nr. 21, 02627 Camina, Tel.: 03 59 31/1 74 22, Fax: 03 58 31/1 72 47.

## Literaturbestand

(Fortsetzung aus tzb 6/97)

### Handbuch Zahnheilkunde

Synoptische Darstellung der Diagnostik und Therapie

Hrsg.: Zahnärztekammer Nordrhein unter Schirmherrschaft von Dr. Schulz-Bongert

Loseblattwerk im Ordner mit Reißmechanik, 416 Seiten und 39teiliges Kunststoffregister, DM 85,-, ISBN: 3-537-56199-7, Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe KG, Sankt Augustin.

### Handlungsfeld Praxis – Wirtschaftslehre für Arzt-, Zahnarzt- und Tierärzthelferinnen

P. J. Schneider, M. Zindel, R. Lötzerich und A. Pollert

288 Seiten, DM 35,80, ISBN: 3-8045-9534-0, Winklers Verlag, Gebrüder Grimm, Darmstadt 1995 (tzb 2/1996)

### Hauttransplantat und Hydroxylapatitimplantat in der präprothetischen Chirurgie

Th. Kreusch

93 Seiten, 93 Abbildungen, DM 98,-, ISBN: 3-446-172876-4, Carl Hanser Verlag, München 1995 (tzb 9/1995)

### Hygiene für Zahnmediziner

M. Borneff

<flexibles Taschenbuch>, 242 Seiten, 10 Abbildungen, 29 Tabellen, DM 34,-, ISBN: 3-13-138101-9, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1994 (tzb 3/1995)

### Hypnose in der zahnärztlichen Praxis

A. Schmierer

Fachbuch: 312 Seiten, DM 98,-, ISBN: 3-87652-985-6, Quintessenz Verlag, Berlin 1993 (tzb 12/1993)

### Hypnotherapie in der Zahnärztlichen Praxis

J. Staats und W.-R. Krause

170 Seiten, 18 Abbildungen, DM 48,-, ISBN: 3-7785-23-10-4, Hüthig Verlag, Heidelberg 1995 (tzb 6/1995)

### Implantat-Zahntechnik

G. E. White

236 Seiten, 440 Abbildungen, DM 280,-, ISBN: 3-87652-302-8, Quintessenz Verlag, Berlin 1993 (tzb 12/1993)

### Implantologie

H. Spiekermann

388 Seiten, 1539 Abbildungen, DM 470,-, ISBN: 3-13-733201-X, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1994 (tzb 2/1995)

### Individualprophylaxe in der Kieferorthopädie

Moderne Aspekte der Karies- und Parodontalprophylaxe unter besonderer Berücksichtigung von Patienten mit festsitzenden und herausnehmbaren kieferorthopädischen Geräten

S. D. Heintze, Chr. Finke, P.-G. Jost-Brinkmann und R.-R. Miethke

160 Seiten, DM 168,-, ISBN: 3-87652-564-0, Quintessenz Verlag, Berlin 1992 (tzb 4/1994)

### Individualprophylaxe

L. Laurisch

240 Seiten, 150 Abbildungen, 18 Tabellen, DM 198,-, ISBN: 3-446-17747-7, Carl Hanser Verlag, München 1994 (tzb 3/1995)

### Individualprophylaxe und Kommunikation in der zahnärztlichen Praxis

H. Rukat

98 Seiten, 81 farbige und 11 s/w Abbildungen, DM 58,-, ISBN: 3-87652-304-4, Quintessenz Verlag, Berlin 1993 (tzb 11/1993)

– wird fortgesetzt –

Die Tage bis zur Jahrtausendwende werden inzwischen gezählt und ein Jahr davor liegt ein konkretes Ereignis, was in Gesprächen und Meinungen „Ehemaliger“ zunehmend Bedeutung erlangt:

### **Weimar als europäische Kulturhauptstadt im Jahr 1999.**

**„NIEDER MIT GOETHE?“**

**Kulturstadt Weimar – ein Angebot**

## **Kulturkritische Betrachtungen eines Stadtbesuchers**

Vom Hauptbahnhof kommend, wenige Minuten leicht abwärts schlendernd, vorbei an architektonisch interessanten Bauten, erreicht man bald das Zentrum der Weimarer Klassik. Hier erfreuen sogleich die abwechslungsreich gestalteten Häuser, Schlösser und Wohnhaus-Schlößchen. Es geht viel Menschenfreundliches von ihnen aus. Straßen wechseln mit schönen Plätzen, lockern das Stadtbild auf und vermitteln ein Gefühl von Freizügigkeit, ohne weitläufig oder protzig zu wirken. Nur das Pflaster befindet sich in bedenklichem Zustande, sauber zwar, aber die Absätze wackeln stets über zahllose Steinvertiefungen, daß man achtgeben muß, sich nicht den Fuß zu verknacksen.

Bevor man jedoch vom Bahnhof her zur Altstadt hin das Kulturzentrum erreicht, führt der Weg über zwei Plätze, die schlecht zu umgehen sind, und so wird man gleich konfrontiert mit der Geschichte jüngster menschlicher Irrsinn.

Das ist, der Zeitfolge nach, einmal der Platz der geschmacklosen Speerarchitektur in Nachahmung der einstigen Berliner Reichskanzlei Hitlers (nur ein Stockwerk niedriger) in schwülstiger Hufeisenanordnung, zum anderen der Ernst-Thälmann-Platz mit Thälmann-Statue aus Bronze in Größe derer von Goethe und Schiller, nur nicht auf hohem Sockel. Der Kommunist, vor einer einfältigen Kalksteinmauer platziert; sollte wohl volksnah wirken.

Weimar war ja nicht nur die Stadt der literarischen Klassiker, es war auch die Stadt der sogenannten „goldenen Jahre“, die Stadt der Weimarer Republik!

In einer solchen geschichtsträchtigen Stadt, in der sich schon so viel Bewegendes

ereignet hat, dessen Zeugnisse sich noch immer aufspüren und anschauen lassen und die politische wie kulturelle Geschichte Weimars eindrucksvoll dokumentieren, in einer solchen Stadt durften die Symbole der abscheulichsten Systeme deutscher Geschichte nicht fehlen. Dorthin wollten doch wenigstens auch die nationalsozialistischen und kommunistischen Emporkömmlinge ihre architektonische Duftmarke gesetzt haben.

Merkwürdig nur, daß es trotz dieser Geschmacklosigkeiten keiner Mühe bedarf, solche ideologischen Baumonster im Grau ihres braunen und roten Miefs als „ferner liefen“ zu betrachten. Sie befinden sich auch nicht im alten Stadtzentrum, stören nicht einmal, werten höchstens die „guten“ alten Zeiten auf, gegen welche einstmals die Heils- und Paradieskolonnen wütend angetreten waren, und stehen heute ganz im kümmerlichen Schatten einer bewunderungswürdigen, geistig bewegten und kulturell beispielhaften Vergangenheit.

Läßt man sich gedanklich und phantasievoll auf die bessere Geschichte Weimars

ein, klammert man die sozialen Verhältnisse der Gegenwart aus, läßt man sich tragen von den guten Geistern, nimmt man ihre architektonischen Gestaltungen wahr, so wird die noch überall zu spürende Anwesenheit der Großen zu einer beglückenden, aber auch sehr nachdenklich stimmenden Begegnung.

Eine gedankliche Kommunikation kommt auf mit Goethe, Eckermann, Schiller, Wieland, Herder, Joh. Sebastian Bach, Martin Luther, Franz Liszt, Nietzsche, Kotzebue ... je nach Assoziation, die ein Haus, eine Straße, ein Platz, ein Park oder eine Kirche gerade in uns auslöst.

Wenn auch Widersprüche erkennbar werden, die zum Naserümpfen reizen, der Gang durch die Kulturgeschichte wird zum Erlebnis und wirkt klärend, dies durchaus nicht immer zu Gunsten der Vergötterten. Aber beim Anblick ihrer Wirkungsstätten fühlt man sich stets anregend, spannend und erkenntnisreich unterhalten.

Allein die Kirche St. Peter und Paul ist atemberaubend, wenn man bedenkt, wel-



che Geister dort gewirkt oder „nur“ zu ihren Besuchern gezählt haben. Joh. Seb. Bach spielte dort die Orgel, die noch erhalten ist und bald erneuert werden soll. Er ließ dort seine Söhne Wilhelm Friedemann und Carl Philipp Emanuel taufen, wobei Telemann Taufpate war.

Johann Gottfried Walther, Felix Mendelssohn und Franz Liszt musizierten in dieser Kirche. Martin Luther predigte mehrmals in ihr.

In dem Altarbild von Lucas Cranach ist Luther seitlich vom Gekreuzigten, neben Cranachs Vater stehend zu betrachten, ein ausgesprochen protestantisches Bild aus bewegter Zeit.

Die Grabstätte des sogenannten Reformationskurfürsten Johann Friedrich befindet sich ebenfalls in dieser Kirche.

Johann Gottfried Herder, der führende Theoretiker des Sturms und Drangs und Wegbereiter der deutschen Klassik, hat als Generalsuperintendent in Weimar gewirkt und in dieser Kirche gepredigt, die deshalb auch Herderkirche genannt wird. Inmitten des Kirchenschiffs, dort wo die Gemeinde sich aufhält, wurde er bestattet. Eine Bronzetafel auf dem Fußboden verweist darauf, und stets wird der Besucher auf dieser Grabplatte eine frische Rose vorfinden.

Verläßt man die Kirche durch das seitlich gelegene Hauptportal, steht man vor einem gepflasterten Platz, umsäumt von bejahrten Wohnhäusern. Rechter Hand fällt ein Eckhaus auf. Es hat zur Platzseite hin nur zwei hochliegende Fenster einer alten Gaststätte, die schon zu Goethes Zeiten existierte, und in der er gern und häufig saß.

Unterhalb der beiden Fenster beeindruckt groß und breit ein Wandspruch in Sprühschrift:

**ÖDE GEHT DIE WELT ZUGRUNDE!**

Plötzlich stand ich wieder vor der Realität der Gegenwart, wurde ich herausgerissen aus den inhaltsreichen Betrachtungen.

Die kostbaren Hinterlassenschaften großer Geister, die wohl die Gegenwart nur noch komplex erreichen und außer Museumsbesucher und neuen Bilderstürmern nichts mehr auf die Beine zu bringen vermögen, haben offensichtlich ihre erfüllende und orientierende Glaubwürdigkeit verloren. Die häufigen Systemwechsel in Deutschland – schönredend nennen es Politiker gegenwartsbezogen: Strukturwandel – zerschlugen und zerschlugen die Werte des Althergebrachten und verführten und ver-

führen zur Überheblichkeit gegenüber allem Vergangenen.

Und die neue Zeit? Was vermag sie dem entgegenzusetzen? Was eigentlich hat sie hervorzubringen gegen die innere Leere, die, zu dem Wandspruch reizte:

**ÖDE GEHT DIE WELT ZUGRUNDE!**

Keine Frage, der Spruch stand schon lange an der Wand, die Farbe war alt, wurde nicht beseitigt; denn das Epigramm drückt eine Wahrheit (über die Befindlichkeit vieler Menschen aus, die in Weimar – und nicht nur hier – nach einer Zukunft suchen und die Sinnfrage scheinbar vergebens stellen.

Eigentlich ist ja dieser Spruch kein Epigramm, weil unvollständig und deshalb eher nur eine Behauptung, aber setzt sie sich nicht fort? Teilt sich hier nicht auch Verzweiflung mit? Steht hinter diesem Wandspruch nicht die Sinnfrage?

Zur Untätigkeit verurteilt, verwaltet und ohnmächtig, kommen sich viele Menschen vor, begehren auf und wünschen doch nichts weiter als einen Lebenssinn, der die Öde beseitigen und vor dem Zugrundegehen bewahren soll. Ratlosigkeit und Resignation manifestieren sich in diesem Wandspruch, der nichts anderes ist als ein Hilfeschrei

**ÖDE GEHT DIE WELT ZUGRUNDE!**

Ratlosigkeit hat oft das große Schweigen und Verdrängen zu ihren Schwestern. erst sie ersticken das Hoffen und lassen die Welt als „öde“ erscheinen.

Sollte es da wirklich nichts mehr geben gegen die sich ausbreitende, empfundene Öde im endlich erreichten „westlichen Wohlstand“? War es nicht schon zu DDR-Zeiten öde genug? Befinden wir uns nicht gerade in Weimar an jener klassischen Quelle des geistigen Aufbruchs gegen Unrecht und Unterdrückung wegweisend in Einsicht und Aufklärung?

Was geht in diesem Sinne heute noch von Weimar aus?

Einen alternativen Lichtblick bietet das Deutsche Nationaltheater Weimar wie auch die Kleinbühnen in den Foyers (z. B. das Widersprüche aufdeckende Schauspiel „Eckermann und sein Goethe“). Ansonsten geht man in Weimar mehr und mehr dazu über, sich die große, aber beziehungslose Artistik auf internationalem Kunstmarkt einzukaufen und läßt sie für einige Tage in der einstigen Viehauktionshalle gastieren, die immerhin 700 Zuschauer fassen kann.

Nichts gegen diesen imposanten Holzbau! Kunst findet häufig Herberge dort, wo der Wirtschaft die Räume unrentabel werden. Auch in dem Leipziger Gewandhaus durfte sich das Musikorchester erst niederlassen, nachdem dort die Tuchproduktion eingestellt worden war. Ähnliches geschieht heute mit Fabrik- und Werfthallen, mit aufgegebenen Brauereien oder stillgelegten Bahnhöfen.

Aber bietet internationale Artistik, geben spektakuläre Sensationen der schönen Künste in Großraumdarbietung wirklich eine ehrliche Antwort auf die allgemein empfundene Öde? Oder sind sie nicht vielmehr die brillante Fortsetzung des Schweigens und Verdrängens? Dann sind sie schlechthin nichts weiter als ein kostspieliges Ausweichen vor möglichen Inhalten und nichts weiter als ein Ablenken von den brennenden Fragen der Zeit. Dies jedoch erfolgt mit großem kulturellen Anspruch, und doch nur eingekauft auf dem Weltmarkt der Künste, die vermarktet und vertrieben werden, ganz nach dem Erfolgsmuster spektakulärer Freizeitparks. Das bringt nichts in Gang, stellt keine Ansprüche ans Denkvermögen, hält sich „wertfrei“, meidet Antworten auf Sinnfragen und hat keine sozialkritischen Folgen. Was hier unter dem Warenzeichen Kultur vermittelt wird, ist im Resultat ein ebenso nichtssagender wie teurer Honig, der schmackhaft zwar, doch auf Dauer unbekömmlich, mit viel Reklame dem Publikum ums Maul geschmiert wird.

Auf solches Geschäft versteht sich der Attraktionsmanager Bernd Kauffmann bestens. In Weimar darf der Kunst- und Kulturgewaltige die Auswahl treffen und die Art und Weise bestimmen, wie Kunst und Kultur den angereisten Laufkunden angepriesen und verkauft wird. Das dazu gehörige Kuratorium der Kulturstadt GmbH, in welchem sich kein einiger Weimarer befindet, zählt zu seinem willfährigen Gefolge. Die beklagte Öde ist ihr Thema nicht. Sie wollen es mit Kauffmanns Kraft nur über-tünchen.

Und die Klassiker? Immerhin, ihre Wirkungsstätten werden wenigstens erhalten, obwohl, trotz Renovierungen und Pflege, der Trend beanstigend nach abwärts zeigt!

Gegenwärtig macht ein Titel zu Hans-Magnus Enzensbergers Talk-Show-Klatsch „Nieder mit Goethe!“ die reinste Plakatkarriere in Weimar. Solcher Slogan entspricht dem Zeittrend wie dem Schlagwortdenken und wird wörtlich genommen.



Das vom Kulturmanager Bernd Kauffmann in Auftrag gegebene Spiel mit Plauderniveau bestätigt den Titel: „*NIEDER MIT GOETHE!*“. Dennoch meint Enzensberger, eine „Liebeserklärung“ geschrieben zu haben. Doch was hier Enzensberger unter Erklärung von Liebe versteht, ist wohl eher ein Fall für den Psychologen, der solche Art von „Liebeserklärungen“ zu deuten und zu behandeln weiß. „*NIEDER MIT...*“ Das ist doch was. Da ist wenigstens noch wer, der niederzumachen ist. Das befreit von Mindergefühlen gegenüber dem literarisch Versäumten, Bildungslücken? Nein. „Nieder mit!“ So und nicht anders wird „Nieder mit Goethe!“ rezipiert, so und nicht anders ist auch Enzensbergers Talk-Show-„Stück“ aufzufassen. Er hätte das wissen müssen. Oder ist es ratsamer, Schriftsteller wie ihn nicht mehr beim Wort zu nehmen?

Warum eigentlich nicht „Nieder mit Kauffmann und Enzensberger?“ Das wäre nicht unbegründet, denn die behauptete „Liebeserklärung“ Enzensbergers ist ein Schmarren. Und Kauffmanns Management erinnert fatal an Schillers Kabale und Liebe. Hier verkündet der hohlköpfige Hofmarschall von Kalb dem Präsidenten „Heute abend ist große Opera Dido – das süperbeste Feuerwerk – eine ganze Stadt brennt zusammen“.

„Man sage noch, daß diese Geschöpfe in der Welt zu nichts taugen –“ beurteilt der Präsident das charakterlose Gehabe des eitlen Festival-Aktionisten.

Doch es prangen im Sommer 1996 an Hauswänden, Bauzäunen und Litfaßsäulen die Plakate mit der Weimarer Kunstfestparole.

„*NIEDER MIT GOETHE!*“ – Soweit reicht der Mut. Das ist opportun und imponiert. Nur fehlt es um so mehr an der notwendigen Courage, eigene konstruktive Gedanken zu entwickeln und der Öffentlichkeit vorzustellen. Aber dies wird vermieden und scheint suspekt zu sein in einer Zeit, in der Geld als Maßstab aller Werte angesehen wird. Es könnte peinlich – ja, nachteilig sein, den Tanz ums Goldene Kalb mit kritischen Gedanken aus dem Takt zu bringen. Störungen dieser Art werden nicht gefördert. Darum meiden ja Künstler die Aussage ängstlich, bemühen sich nicht um Antworten, produzieren vorzugsweise Nichtssagendes, und glauben am Ende selbst daran, daß dies „wahre Kunst“ sei.

In einer Zeit voller Probleme halte ich diese Art von Enthaltensamkeit nicht nur für eine Scharlatanerie der Einfallslosen und nicht nur für eine geschäftstüchtige Feigheit, sondern vor allem für grausam, weil ignorant. So erweist sich Kunst als überflüssig. Sie versagt sich nicht nur, sie versagt damit überhaupt, und das ist ihre eigentliche Pleite. Darüber kann selbst das „süperbeste Feuerwerk“ eines Hofmarschalls nicht mehr hinwegtäuschen.

So kann kein literarisches Leben entstehen oder erhalten werden. Gerade das ist gegenwärtig notwendiger denn je. Lebten sie noch, die verehrten Klassiker von gestern, sie könnten die empfundene Öde gewiß nicht schweigend und untätig hinnehmen. Sie würden der geistigen Flaute von heute mit „Sturm und Drang“ begegnen, für frischen Wind sorgen und nach Antworten suchen.

Nein, die Weimarer sollten sich nicht damit begnügen, daß ihre Stadt zum Museum mit Symbolcharakter für letzte Nischen kultureller nationaler Eigenheiten wird, und sie sollten noch mehr achtgeben darauf, daß Weimar nicht im Strudel der aufkommenden multikulturellen Ideologie verkommt und hinter der glänzenden Kulisse internationaler Festivals „öde zugrunde geht“. Die beste Kunst, sei sie noch so kostspielig, verliert, wo sie künstlich wirkt, sie verliert an Glaubwürdigkeit und hilft nicht weiter, ihr Unterhaltungswert hat Varieté-Charakter.

Noch ist Weimar nicht nur eine Reise wert; denn Weimar geht uns alle an und hat mehr, als Manager zu bieten haben. Diejenigen aber, die es wissen müßten, dürfen nicht aufgeben, nicht alles unwidersprochen geschehen lassen; sonst wird, was zuvor noch kein System geschafft hat, Weimar als deutsche Kulturstadt mit europäischer Bedeutung entwertet und vertan. Zwar stehen Anspruch und Wirklichkeit nie in einem harmonischen Verhältnis, doch die daraus resultierenden Widersprüche könnten zu Einsichten führen, die darauf drängen, neu formuliert zu werden. Allein dieser Gedanke läßt hoffen.

Die Weimarer selbst sind freundlich, aufgeschlossen und mitteilungsbereit. Leider trifft man sie in der Innenstadt selten an. Sie stellen dort lediglich das Dienstpersonal u. a. in den Gaststätten, die mit schönen Sitzecken im Freien zum Verweilen einladen.

Auch in den Geschäften, die bedauerlicher Weise allmählich von üblichen Handels-

ketten verdrängt werden, oder in den zahlreichen Museen trifft man auf Weimarer, die natürlich froh darüber sind, wenigstens noch einen Arbeitsplatz gefunden zu haben. Hier bietet sich die sonst so seltene Gelegenheit, mit den Einwohnern ins Gespräch zu kommen. Sie sind, was die Geschichte ihrer Stadt betrifft, erstaunlich gut informiert, halten auch nicht mit ihren Sorgen über die Entwicklung in Weimar zurück und gewähren Einblicke, die wenig mit ihren eigenen Ansprüchen zu tun haben.

Vieles zieht von oben her über ihre Köpfe hinweg. Sie stehen, außer in Dienstleistungsbereichen, draußen vor der Stadt und sind sprachlos über das Kulturgeschäft, das mit Weimar veranstaltet wird. Viele Häuser stehen leer oder bedürfen einer Renovierung. Wo die Häuser schon instandgesetzt sind, da können die Weimarer die hohen Mieten nicht bezahlen. Ich befürchte, daß Weimar sich zu einer Museums- und Festivalstadt bescheidet und hauptsächlich von durchreisenden Gästen belebt wird. Es ist zwar die Franz-Liszt-Musikhochschule vorhanden, deren Studentinnen und Studenten die Stadt musizierend beleben, aber das ist nur ein kleiner Lichtblick im Schatten des Stadttags. Es fehlen die schöpferisch vitalen Impulse, die im besonderen Maße auch von den Weimarern her ausgehen müßten. Doch die Sorgen des Alltags und die Angst um Arbeitsplatz und Wohnung wirken lähmend. An einer anderen Mauer in Weimar stand in Sprühschrift:

„*ERST BRINGEN SIE EUCH DIE KULTUR. UND DANN NEHMEN SIE EURE WOHNUNGEN*“

Mit anderen Worten: Erst vermarkten sie die Nationalkultur Weimars – dann zerstören sie das Sozialgefüge der Stadt. Verständlich, daß die Weimarer dem Kulturrummel Kauffmanns nicht trauen!

Fazit:

Weimar ist und bleibt ein Angebot, solange dieses Kleinod deutscher Kulturgeschichte nicht durch „süperbeste“ Kulturvermarktung obrigkeitsgefälliger Hofmarschälle sich selbst entfremdet wird. Kultur will gelebt und nicht verkauft sein. Dann kehrt man gern und oftmals wieder ein in diese angenehme Stadt, denn Weimar betrifft und geht uns alle an.

Wilfried Liebchen,  
Sandberg, Unterfranken