



LANDES-  
ZAHNÄRZTEKAMMER  
T H Ü R I N G E N



Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

# THÜRINGER ZAHNÄRZTE BLATT 3

9. Jahrgang  
März 1999



**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), Christina Hentschel (Pressestelle), 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, e-mail: LZKTh@t-online.de

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

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

**Anzeigenannahme und -verwaltung:** TYPE Desktop Publishing, Müllerstraße 9, 99510 Apolda, Telefon 0 36 44/55 58 12, Fax 0 36 44/ 55 58 95, z. Z. gilt Anzeigenpreisliste vom 18.08.1997

**Anzeigenleitung:** Ronald Scholz

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

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 (1999):** 1 Jahrgang mit 11 Heften  
**Zeitschriftenpreise (1999):** 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**

Zur Strukturreform 2000 aus Sicht der Patientenberatung 82

**KZV**

Außerordentliche Vertreterversammlung tagte: Vorstellung zweier Modelle 83  
 Anträge an die Vertreterversammlung und deren Beschlüßfassungen 84  
 Teilnehmer der VV äußerten sich zu den beiden HVM-Modellen 86  
 Budgetierung 1999 91  
 Ausschreibungen 96

**LZKTh**

Wahl der Kammerversammlung der Landeszahnärztekammer Thüringen 1999 – Wahlvorschläge 97  
 Meinung gefragt 98  
 Fortbildung im April 99  
 BZÄK ruft zur Unterlassung auf 100  
 Erste Erfahrungen mit dem betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Dienst in Thüringen 103  
 Änderung der Gebühren für die Erstprüfung von Röntgengeräten nach § 16 RöV 103

**LAGJTh**

Die erbrachten Leistungen können sich sehen lassen 104

**Versorgungswerk**

Prof. Dr. Rupert Scholz (Berlin/München): Friedensgrenze verfassungskonform 105

**Nachgefragt**

Neuer Chefarzt der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie berufen 106

**Fortbildung**

Experimentelle Untersuchungen zur Bewertung faserarmer Brücken 107  
 Rekonstruktive Parodontalchirurgie zur Behandlung des Furkationsbefalles II. Grades bei marginaler Parodontitis 115  
 Aufbrüche – Feierliche Verabschiedung für 53 Zahnmedizinstudenten 122

**Praxis**

„State of the Art Mucogingival Surgery“ 125

**Berufspolitik**

Bundesministerium für Gesundheit informiert über die geplante Gesundheitsreform 129

**Veranstaltungen**

129

**Buchbesprechungen**

131

**Sonstiges**

Leseverbot für widerspenstige Bayern 132  
 Scheinselbständigkeit und arbeitnehmerähnliche Selbständige 132

*Titelfoto (H.-G. Schröder, Erfurt): Der Marktplatz in Jena mit dem „Hanfried“*

## Zur Strukturreform 2000 aus Sicht der Patientenberatung



Es ist leider Tatsache, daß sich im letzten Jahrzehnt im deutschen Gesundheitswesen eine Schwerpunktverlagerung weg von rein medizinischen Überlegungen hin zu einer vermehrten Berücksichtigung ökonomischer Größen vollzogen hat. Reformbestrebungen im GSG 1993 und die NOGs 1997 der alten Bundesregierung sind ebensolche Beispiele wie die Eckpunkte einer Strukturreform, welche die neue Regierungskoalition zum 1. Januar 2000 umzusetzen angekündigt hat. Vor dem Hintergrund gestiegener Beitragssätze in der GKV sind Lohnnebenkosten und Sozialversicherungsbeiträge auf Rekordniveau gestiegen. Verständlich, daß zunächst die Politik gefordert ist, entsprechende Antworten zu finden, die in der Mobilisierung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsreserven gesehen werden. Maßgebliche Zielsetzung von Reformbemühungen ist dabei die Stärkung der Effizienz, die man mittels Qualitätsverbesserung bei konstanten Kosten (Beitragsstabilität) zu erreichen versucht.

Was haben Patientenrechte, Patientenschutz und Qualitätssicherung miteinander zu tun? Zumindest nach SPD-Vorgaben sind Erfahrungen und Urteile der Patientinnen und Patienten ein entscheidender Faktor für ein funktionierendes Qualitätsmanagement. Deshalb ist es nicht verwunderlich, wenn „Stärkung der Patientenrechte, des Patientenschutzes und der Qualitätssicherung sowie die Verbesserung der

Gesundheitsberichterstattung“ zu den Eckpunkten der geplanten Strukturreform zählen. Die alte Bundesregierung hielt bestehende Regelungen für ausreichend, in den Zuständigkeitsbereich der Länder bzw. der Selbstverwaltung fallend oder von der Rechtsprechung für beantwortet. Im Gegensatz dazu hält die SPD die Position der Patienten gegenüber Leistungserbringern im Gesundheitswesen für unzureichend, insbesondere sei es schwer für Patienten, zu ihrem Recht zu kommen und ihre Forderungen durchzusetzen. Weiterhin bestünde ein Mangel an unabhängigen Beratungs- und Vertretungsmöglichkeiten und eine Zweitmeinung sei zu wenig bekannt. Letztlich sei es für Patienten schwer, Aufklärungs- und Selbstbestimmungsrechte effektiv wahrzunehmen. Deshalb wäre eine spezielle Definition von Patientenrechten in einer Patienten-Charta erforderlich. Dazu gehörten Patientenbeauftragte, Beschwerdeprogramme, Schiedsstellen und Patientenräte. Dieses Programm könnte zum Inhalt haben, daß durch gesetzgeberische Maßnahmen auf zivilrechtlichem Gebiet besondere Maßnahmen für die Durchsetzung von Schadensansprüchen seitens der Patienten geschaffen würden, um die Beweislast für die Geschädigten generell zu erleichtern.

Zu den bisherigen Ausführungen stellt sich zwingend die Frage nach den Positionen der Landeszahnärztekammer zur Strukturreform 2000. Allgemein gehen wir von der Erwartung aus, „...daß Innovationen und wissenschaftlicher und fachlicher Fortschritt nicht gebremst, sondern möglich gemacht und gefördert werden ...“ Nicht alle Behandlungsalternativen können von der Solidargemeinschaft finanziert werden, sondern nur jene, bei denen es sich um unverzichtbare, funktionale medizinische Leistungen zum Erhalt oraler Strukturen handelt! Aus unserer Sicht ist neben der Prävention, der Qualitätssicherung, der

Förderung von Arbeitsmarkt und Innovation die weitere Förderung des Selbstbestimmungsrechts und der Eigenverantwortlichkeit des Patienten besonders wichtig. Dabei setzen wir uns für eine Verbesserung der Informationsangebote der Bürger/Patienten ein, um das Beratungsgespräch in den Praxen unterstützen zu können.

Darüber hinaus obliegt der Landeszahnärztekammer Thüringen die gesetzliche Pflicht, die beruflichen Belange der Gesamtheit der Kammerangehörigen in Einklang mit den Interessen der Allgemeinheit zu wahren und bei Streitigkeiten zwischen Kammerangehörigen und ihren Patienten aus dem Behandlungsverhältnis auf Antrag des Patienten zu vermitteln. Diesem Anliegen widmet sich die Patientenberatungsstelle, die in dieser Legislaturperiode von der Landeszahnärztekammer Thüringen eingerichtet wurde. Die Einrichtung dieser unabhängigen, neutralen und für den Patienten kostenlosen Informationsstelle wird von der Bevölkerung positiv aufgenommen und erweist sich gerade jetzt zukunftsorientiert und sollte als Angebot für die Patienten, aber auch die Kollegenschaft und nicht zuletzt unter Berücksichtigung der obigen Ausführungen als Angebot für die Politik verstanden werden. Die umfassende, flächendeckende und neutrale Beratung und die Möglichkeit zur Streit-schlichtung wird durch das gut ausgebaute und qualifizierte Gutachterwesen und die Schlichtungsstelle vervollständigt. Lohn unserer Anstrengungen sind informierte Patienten, die ihrerseits Sachverhalte besser einordnen können und Streitigkeiten nicht ohne Grund angehen müssen. Die geringe Zahl von Schlichtungsverfahren und uns bekannt gewordenen gerichtlichen Streitigkeiten zwischen Patienten und Zahnärzten in Thüringen bestärkt uns in unserem Anliegen!

*Dr. Lothar Bergholz*



# Vorstellung zweier Modelle: HVM-Debatte wurde zum standespolitischen Richtungsstreit

*Außerordentliche Vertreterversammlung tagte*

Das für Thüringen bisher geltende Grundprinzip der Einzelleistungsvergütung ohne Mengenbegrenzung mit Sicherstellung einer optimalen uneingeschränkten Patientenversorgung und gerechter leistungsbezogener Honorarverteilung ist mit den aufgezwungenen sektoralen Budgetierungen und Honorarabsenkungen unterhalb des Niveaus der Gesamtvergütungen von 1997 bei Einbeziehung zusätzlicher Reglementierungen für ZE und Kfo nur innerhalb dieses Thüringenbudgets zu realisieren. Darüber kann auch ein noch so geschickt angepaßter Honorarverteilungsmaßstab nicht hinwegtäuschen. Die Budgetierungen und teilweisen fünfprozentigen Reduzierungen sektoraler Budgets bilden den für alle Kollegen in Thüringen absolut feststehenden Rahmen ihrer Leistungsvergütungen für dieses Jahr.

In der Vertreterversammlung am 5. Februar 1999 standen daher zwei grundlegende HVM-Modelle mit dem Anliegen einer Budgetausschöpfung, Verteilungsgerechtigkeit entsprechend individueller und praxisbezogener Leistungsfähigkeit, Solidarität, Planungssicherheit und Umsetzbarkeit für Thüringen zur kontroversen Diskussion.

Einerseits wurde ein sogenannter **individualisierter Durchschnitts-HVM** für die sektoralen Budgets mit folgenden wesentlichen Eckpunkten vorgestellt:

- Praxisindividuelle Bemessungsgrenze für 1999 entsprechend 1997er Punktmenge je Praxis
- Liegt die individuelle Bemessungsgrenze einer Praxis unter dem „Durchschnitt“ der Thüringer Praxen, gilt automatisch der Thüringer Durchschnitt als individuelle Bemessungsgrundlage dieser Praxen für 1999 unabhängig des „Anteils“ am 1997 zur Verfügung stehenden Budget (BSG-Rechtsprechung).

- Zur Sicherung der verminderten Obergrenze von 1999 gegenüber 1997 muß die praxisindividuelle Grenze je Vertragszahnarzt durch Reduzierung des „Durchschnittswertes“ um 5 – 10 % sowie eine zusätzlich verminderte Vergütung aller über dem „Durchschnittswert“ der Thüringer Zahnärzte erbrachten Leistungen reduziert werden, d. h. floatend oberhalb des Durchschnitts innerhalb der Praxisbudgets.
- Über der praxisindividuellen Grenze erbrachte Leistungen werden zunächst nicht vergütet.
- Sonderregelungen: Angestellte Zahnärzte, Assistenten, Vertreter, Weiterbildung, Teilzeitbeschäftigungen, Gemeinschaftspraxen (Bildung, Auflösungen, etc.), gemischte Praxisstrukturen, unterschiedliche Fachgebiete, Spezialisierungen, standespolitische Tätigkeiten, Ausfälle durch Krankheit, Schwangerschaft etc., Neugründungen, Praxisaufgaben, Praxisübernahmen und weitere unüberschaubare Einzelfallregelungen sollen „widerspruchsfrei“ in einem HVM-Ausschuß „geregelt“ werden.
- Unterschiedliche Vergütungen gleicher Leistungen in verschiedenen Praxen (Kassen!?)
- Nachträgliche quartalsweise Anpassungen o. g. Festlegungen entsprechend tatsächlicher Leistungsmengen sowie endgültige Festlegung der Gesamtvergütung jeder Praxis erst nach Erstellung der Jahresabschlußrechnung und Regelung von Widersprüchen
- Nur die über dem „Durchschnitt“ liegenden Praxen sind trotz entsprechendem „Anteil“ an der Vergütungsgrundlage von 1997 an Umsetzungen von Budgetüberschreitungen beteiligt.

- Rechtsunsicherheit der Vertragskonstruktion hinsichtlich Verteilungsgerechtigkeit gegenüber der Aufsicht und nicht auszuschließender Schiedsamtentscheidung nach dem 28.2.1999.

Dem wurde der **bisher gültige HVM gemäß § 85 Abs. 4 SGB V der KZV Thüringen**, angepaßt an die gesetzlichen Vorgaben für 1999, gegenübergestellt. Dieser beinhaltet die **quartalsweise Anpassung des Vergütungspunktwertes** an die zu erwartende Leistungsmenge (sog. floatender Punktwert):

- Festlegung eines Vergütungspunktwertes auf der Basis von 1997 abzüglich eines Sicherheitsprozentsatzes von 5 – 10 %
- Gleiche Vergütungspunktwerte für gleiche Leistungen in allen Praxen, unabhängig deren Leistungsfähigkeiten, Spezialisierungen und Praxisbesonderheiten
- Alle Praxen werden bei Budgetüberschreitungen in Thüringen und somit bei der allen auferlegten Umsetzung des Solidaritätsstärkungsgesetzes prozentual entsprechend des individuellen Leistungsanteils ihrer Praxis solidarisch beteiligt.
- Alle o. g. Sonderregelungen und Einspruchsmöglichkeiten sind in den Regelungen eingeschlossen: Neupraxen, Ausbildungsassistenten etc. (BSG Rechtsprechung).
- Absolute zeitnahe Realisierbarkeit
- Endgültige Festsetzung der Restvergütung ebenfalls nach Erstellung der Jahresabschlußrechnung
- Rechtssicherheit hinsichtlich Verteilungsgerechtigkeit gegenüber der Aufsicht

Nach gegenüberstellender Diskussion beider HVM-Konstruktionen entschied sich die Mehrheit der Vertreter der VV für die Anpassung des Vergü-



tungspunktwertes entsprechend der zu erwartenden bzw. erbrachten Leistungsmengen.

Diese Empfehlung konnte aufgrund der unterschiedlichen Bedeutung für die Honorierung der Thüringer Zahnärzte weder der von der VV eingesetzte HVM-Ausschuß noch der Vorstand der KZVTh vornehmen.

Maßgebend für die VV waren nicht zuletzt die Umsetzung der politisch vorgegebenen budgetierten Rahmen-

bedingungen durch alle Thüringer Zahnärzte sowie eine individuelle, praxis- und leistungsbezogene Vergütung zu gleichen Vergütungs- bzw. Vertragspunktwerten.

Eine Zersplitterung in die verschiedensten Fachgruppen und Spezialisierungen mit kaum zu regelnden Einsprüchen beim individualisierten Durchschnitts-HVM und die Spaltung der Thüringer Zahnärzte analog der Ärzteschaft bei der Umsetzung von

Budgetüberschreitungen wurde von der neu konstituierten Vertreterversammlung nicht zugelassen.

Auf Antrag des Vorstandes wurde für den 24. Februar 1999 eine außerordentliche Vertreterversammlung zur Abstimmung über den Honorarverteilungsmaßstab einberufen.

*Dr. Horst Popp*

## **Anträge an die Vertreterversammlung und deren Beschlußfassungen**

### **Antrag Nr. 01 zur Geschäftsordnung**

**Antragsteller:** Vorstand der KZV Thüringen

**Betreff:** Änderung der Tagesordnung – Austausch von Tagesordnungspunkten

#### **Wortlaut des Antrages:**

Der Vorstand beantragt die Änderung der Tagesordnung in der Weise, daß zunächst über den Haushalt und erst danach über den Honorarverteilungsmaßstab debattiert und entschieden wird.

#### **Begründung:**

Die Änderung der Reihenfolge wird deshalb für sinnvoll erachtet, weil die Haushaltsdiskussion und Beschlußfassung voraussichtlich einen geringeren zeitlichen Rahmen einnehmen wird. Für diese Haushalts-Debatte und Vorbereitung der Beschlußfassung ist es aber sinnvoll, die Buchhaltung der Verwaltung als fachliche Berater anwesend zu haben. Dies ist in der nachfolgenden Debatte über den Honorarverteilungsmaßstab nicht mehr erforderlich.

**Der Antrag wurde angenommen.**

### **Antrag Nr. 1**

**Antragsteller:** Vorstand der KZV Thüringen

**Betreff:** Struktur- und Stellenplan 1999

#### **Wortlaut des Antrages:**

Die Vertreterversammlung genehmigt den geänderten und erweiterten Struktur- und Stellenplan für das Geschäftsjahr 1999 in der vorliegenden Form.

#### **Begründung:**

Das Gesetz zur Stärkung der Solidarität im Gesundheitswesen – „Solidaritätsstärkungsgesetz“ – ist am 01.01.1999 in Kraft getreten. Damit wurden die durch das 2. GKV-NOG gelungenen strukturellen Verbesserungen wieder abgeschafft. Die Direktabrechnung und das Festzuschußsystem sind damit entfallen, alle vertragszahnärztlichen Leistungen wurden zu Sachleistungen erklärt.

Verbunden damit wurde die Abrechnungspflicht aller Leistungen über die KZV vorgeschrieben, so daß die in den Jahren 1997/1998 durchgeführten Verwaltungsreformen keinen Bestand mehr haben können. Zusätzlich wurde durch die Budgetierung und die Verpflichtung zur gleichmäßigen Verteilung über das gesamte Jahr der Aufwand der internen Honorarverteilung deutlich erhöht sowie die Degressionsverwaltung wieder erforderlich.



Damit geht eine Erweiterung des Struktur- und Stellenplanes einher, wie sie in der Anlage dargestellt ist. Die Planung geht von einer Abrechnungstätigkeit vergleichbar mit der des Jahres 1997 aus, wobei die Ergebnisse der Datenverarbeitung mit einbezogen wurden. Die Einstellung erfolgt nach Bedarf, jedoch zunächst nur befristet, da weitergehende DV-Optimierungen im Hause und der Datenträgeraustausch zwischen Praxis und KZV zu erwarten sind und weiterhin eine Prognose für das Jahr 2000 nicht abgegeben werden kann.

Damit erhöht sich die Stellenzahl für das Jahr 1999 in der KZV Thüringen gegenüber dem Plan aus der VV vom 21.11.1998 von 65,5 VbE auf 93,7 VbE.

### **Der Antrag wurde angenommen.**

#### **Antrag Nr. 2**

**Antragsteller:** Dr. M. Radam, DM J. Wolf, Dr. O. Wünsch, DM T. Radam, DS G. Wolf

**Betreff:** Verwaltungskostenanteile 1999

##### **Wortlaut des Antrages:**

Die VV bestimmt den Verwaltungskostenanteil für alle über die KZV abgerechneten Leistungen ab dem 1.1.1999 auf 1,1 % vom Rechnungsumsatz. Der pauschale Basisbetrag von 50,00 DM entfällt ersatzlos.

##### **Begründung:**

Der vorgelegte Haushalt läßt diese verringerte Belastung der Zahnarztpraxen ohne Einschnitte zu.

### **Der Antrag wurde angenommen.**

#### **Antrag Nr. 3:**

**Antragsteller:** Vorstand der KZV Thüringen

**Betreff:** Bestätigung des Nachtragshaushaltes 1999

##### **Wortlaut des Antrages:**

Die Vertreterversammlung bestätigt den Nachtragshaushalt vom 27.01.1999.

##### **Begründung:**

Das Gesetz zur Stärkung der Solidarität im Gesundheitswesen – „Solidaritätsstärkungsgesetz“ (GKV-SolG) – ist am 01.01.1999 in Kraft getreten. Die damit erforderlichen Änderungen und Ergänzungen des Haushaltsplanes 1999 wurden durch die Geschäftsführung erarbeitet, durch den Vorstand beraten und zur Vorlage an die Vertreterversammlung beschlossen.

Bei den Einnahmen wurde von einem zu erwartenden Umsatz (gegenüber 1997 verminderten Budgets), jedoch auch von einer Abrechnung ZE und KFO über die KZV Thüringen, damit insgesamt in Höhe von 733.386.645,00 DM ausgegangen.

Neu gebildet wurde durch die VV der HVM-Ausschuß, der entsprechend auszustatten ist. Darüber hinaus wird der Vorstand einen Prothetikausschuß berufen. Weiterhin wird die Schulung der Gutachter eine besondere Bedeutung im Hinblick auf die Auswirkungen erhöhter Inanspruchnahme bei z. B. 100 %-Fällen haben.

In den Nachtragshaushalt wurden weiterhin folgende verwaltungsseitige Kosten, die sich als Folge des GKV-SolG ergeben, einbezogen:

Personalmehrkosten:	1.405.000,00 DM
Personalnebenmehrkosten:	290.000,00 DM
Erhöhte EDV-Kosten Hardware:	616.100,00 DM
Erhöhte EDV-Kosten Software:	276.250,00 DM
Erhöhte EDV-Kosten Sonstiges:	186.000,00 DM
Allgemeine Verwaltungskosten (in verschiedenen Konten):	200.000,00 DM
<b>Nachtragskosten Gesamt:</b>	<b>2,973,350,00 DM</b>

Der Abschnitt „Beirat“ (im Kapitel 3) wurde wegen der Änderung der Satzung (Wegfall des Beirates) ersatzlos gestrichen.



Diese Kosten wurden entsprechend den haushalterischen Bestimmungen (unter Berücksichtigung der jährlich anteiligen Abschreibungen bei Investitionsgütern) in den von der VV am 21.11.1998 bestätigten Haushalt eingearbeitet.

Dem Haushaltsausschuß der VV wird der Nachtragshaushalt vorgelegt, so daß er in dessen Sitzung am 03.02.1999 durch den Vorstand erläutert und beraten werden kann.

**Der Antrag wurde angenommen.**

#### **Antrag Nr. 4**

**Antragsteller:** Dipl.-Stom. Klaus-Dieter Panzner

**Betreff:** Die VV beauftragt den HVM-Ausschuß und den Vorstand der KZV Thüringen zur Ausarbeitung eines entscheidungsreifen Vorschlages für einen Honorarverteilungsmaßstab mit floatendem Punktwert bis zum 24.2.1999.

**Der Antrag wurde angenommen.**

## **Teilnehmer der VV äußerten sich zu den beiden HVM-Modellen**

Der HVM-Abschluß war der meistdiskutierte Tagesordnungspunkt zur Vertreterversammlung der KZVTh am 05. Februar 1999. Teilweise sehr widersprüchliche Auffassungen wurden von den verschiedenen Rednern vertreten.

Um Ihnen, werte Leser, die Möglichkeit zu geben, sich mit den unterschiedlichen Standpunkten vertraut zu machen, stellen wir Ihnen verschiedene Meinungen vor:

### **Mathias Eckardt, Schleusingen:**

Der neu zu beschließende HVM regte die Delegierten der Vertreterversammlung zu einer mehrstündigen Diskussion an. Zwei Grundkonzepte standen im Licht des Interesses. Auf der einen Seite war das Modell des individuellen HVM und auf der anderen der HVM mit floatendem Punktwert.

Jeder, der dies liest, wird auf den ersten Blick den individuellen HVM für gerechter und besser empfinden. Dieses Gefühl hatte ich zunächst, aber da kannte ich die juristischen Vorgaben aus einem BSG-Urteil vom 21.10.98 noch nicht.

Des weiteren sorgt die Umsetzung des individuellen HVM nach seiner Aufteilung in sektorale Budgets für KCh, ZE und Kfo durch die Komplexität der Einzeldetails für Ungerechtigkeit, die sich nicht beheben läßt.

Die Unterteilung von allgemeinen ZÄ, kieferorthopädisch tätigen ZÄ, Kieferorthopäden und Kieferchirurgen mit Überweisungspraxis läßt nur erahnen, wie unterschiedlich die einzelnen Interessen gelagert sind.

Des weiteren müssen alle Praxen, die über dem Durchschnitt liegen, zusätzliche Kürzungen tragen. Die Höhe dieses Durchschnitts kann jedoch erst am Jahresende, nach der Auswertung sämtlicher Daten ermittelt werden. So gibt es nicht nur viele Fragen, sondern auch viel Unsicherheit und Streit bei diesem Modell.

Aber diesen Überblick bekommt man erst, wenn man sich tiefer mit der Materie beschäftigt. Die Politik hat da noch großen Nachholebedarf.

An Beispielrechnungen läßt sich zeigen, daß die Situation für Thüringen bei dem HVM mit floatendem Punktwert für die ZÄ günstiger aussieht. Da die Anzahl der ZÄ sich nicht stark

geändert hat und eine Leistungsausweitung auch nur in absehbaren Grenzen möglich ist, wird der prozentuale Abschlag wohl geringer ausfallen, als dies bei einem individuellen HVM auszuweisen würde. Denn auch bei einem individuellen HVM muß mit einem etwa 15 %igen Abschlag gerechnet werden.

Die Budgets sind für dieses Jahr noch nicht ermittelt. Bei floatendem Punktwert kann in Thüringen bei gleicher Mengenentwicklung wie 97 mit einem 5 %igen Abschlag vielleicht schon ein Floaten verhindert werden. Im Jahre 2000 ist dann der Ausgleich erst möglich, wobei es durch entsprechende Vertragsgestaltung und Rückbehalt verhindert werden soll, daß eine Rückzahlung erforderlich wird.

So sind alle ZÄ je nach Teilnahme an der Versorgung der gesetzlich Versicherten gleichermaßen gerecht am Budget beteiligt.

Nach mehrstündiger Diskussion hat die Vertreterversammlung sich auch in diese Richtung entschieden und den HVM-Ausschuß und den Vorstand mit einer entsprechenden Vorlage beauftragt.



**Dr. med. Jens-Holger Pohl,  
Jena:**

Sowohl der floatende Punktwert als auch das praxisindividuelle Modell wurde von uns zum Teil äußerst kontrovers diskutiert. Es steht im HVM der KZV Hessen ein sehr schöner Satz: „Es gibt keinen gerechten HVM.“ Das kann ich nur unterstützen. Wir sollten uns also im Interesse der Kollegen bemühen, einen HVM zu finden, der möglichst vielen Kollegen gerecht wird. Allen wird er nie gerecht werden können, weil das ganz einfach durch die Gesetzesvorgaben nicht möglich ist. Sowohl der floatende Punktwert als auch das praxisindividuelle Budget haben Vor- und Nachteile. Beim floatenden Punktwert sehe ich folgendes Problem: Man kann nicht genau vorhersagen, wie sich die Leistungsentwicklung gestalten wird, und wir können auch nicht sicherstellen, daß am Ende des Jahres jeder Kollege weiß, was er für seine Leistungen bekommen hat, das erfährt er nämlich ein halbes Jahr später. Jeder Kollege

in der Peripherie und jeder Kollege, der hier in der VV sitzt, sollte sich fragen, wenn er jetzt z. B. die Abrechnung eines Patienten aus Hessen bekommt, was es bedeutet, einen floatenden Punktwert ein halbes Jahr später abgerechnet zu bekommen. Und da geht es nicht um die Beträge, die z. Z. abgerechnet werden, sondern dort geht es um höhere Beträge. Das Geld ist dann sicherlich verbraucht. Insofern plädiere ich eher für ein praxisindividuelles Budget, wo eine praxisindividuelle Grenze festzulegen ist, die natürlich auch nie 100 %ig garantiert ist. Dem Vorstand und auch dem HVM-Ausschuß, da beziehe ich mich ein, muß ich den Vorwurf machen, daß heute kein schriftlich ausgearbeitetes schlüssiges Konzept vorliegt.

**Carola Baß stellt Position der  
Kollegen aus Jena-Land vor:**

Am Tag vor der Vertreterversammlung, die sich mit der Erarbeitung eines HVM für Thüringen befassen sollte, kamen die Kollegen unserer Kreis-

stelle Jena-Land zu einem Meinungsaustausch zu ebendieser Thematik zusammen.

Nach ausgiebiger Diskussion konnte festgestellt werden, daß die Kollegen mit übergroßer Mehrheit Regelungen, die einen generellen floatenden Punktwert zur Grundlage haben, ablehnen. Statt dessen haben alle Kollegen größtes Interesse an einer HVM-Regelung, die unter Berücksichtigung verschiedener Detailfragen einen praxisindividuellen Grenzwert, bis zu dem ein fester (noch zu verhandelnder) PW gilt, zum Inhalt hat.

Die Kollegen beauftragten mich, ihre Meinung in der VV am 5.2.99 kundzutun, und die Vertreter zu bitten, bei dieser komplizierten Thematik keine übereilte Entscheidung zu fällen, sondern die Belange der Zahnärzte in ihren Praxen zu berücksichtigen.

Sie möchten ihre Meinung folgendermaßen begründen:

Für den Zahnarzt in seiner Praxis bestünde bei einer Regelung mit vollständig floatendem PW keinerlei kalkulatorische Möglichkeit, hinsichtlich seiner betriebswirtschaftlichen Erfordernisse abzuschätzen, welche Vergütung er für seine Leistungen letztendlich erhält.

Der Gesetzgeber schreibt im § 85 Abs. 4 SGB V ausdrücklich vor, daß der zu beschließende Verteilungsmaßstab eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes verhüten soll.

Ein floatender PW bewirkt aber das Gegenteil, jeder Zahnarzt wird nach Leistungsausweitung streben, um den befürchteten Punktwertverfall durch Menge wenigstens teilweise auszugleichen.

Aus dem Gesetz geht eindeutig hervor, daß die medizinischen Leistungen innerhalb der GKV rationiert werden sollen.

Auch wenn Regierungsvertreter der Öffentlichkeit vorgaukeln, jeder könne alle wünschenswerten Leistungen erhalten, sind wir Zahnärzte verpflichtet, das Gesetz und damit die Lei-

**Wir trauern um****OMR Dr. Claus Dietrich Hantke  
aus Gößnitz****geboren am 7. April 1927  
verstorben am 30. Januar 1999****Landes Zahnärztekammer Thüringen  
Kassenärztliche Vereinigung Thüringen**





stungsrationierung umzusetzen. Dazu brauchen wir einen HVM, der uns die Leistungsgrenze aufzeigt. Nur dann können wir in der Öffentlichkeit und gegenüber unseren Patienten die Diskrepanz zwischen den Versprechungen der Politiker sowie der Krankenkassenvertreter und der Realität deutlich machen.

Nur mit einem vertraglich vereinbarten PW läßt sich bei einer Budgetüberschreitung der Fehlbetrag beziffern, der den Zahnärzten vorenthalten wird. Für IP-Leistungen ist ohnehin ein PW zu vereinbaren, da diese Leistungen nicht budgetiert sind.

Aber auch für die Bereiche ZE, Kfo und Kons (Kompositfüllungen bei Molaren) wird für die Eigenanteilsrechnung ein PW gebraucht. Ein sich ständig ändernder PW würde nur Verwirrung schaffen.

Um den degressiven PW oberhalb von 350.000 Punkten berechnen zu können, wird ebenfalls ein PW gebraucht. Wird dabei von einem floatenden PW ausgegangen, ist zu befürchten, daß die Vergütungen in diesem Bereich unter ein vertretbares Maß fallen.

Aus dem Gesagten folgt, Punktwertverhandlungen sind zwingend erforderlich. Grundlage für einen gerechten PW muß die angemessene Vergütung der Einzelleistungen sein. Die bisher zu berücksichtigende Beitragssatzstabilität ist nicht mehr Grundlage der Verhandlungen, sie ist durch die Budgetierung gesichert.

Mit diesem Verhandlungsziel sollten wir deutlich machen, daß wir das Prinzip der Einzelleistungsvergütung verteidigen wollen, welches ja für eine freie Berufsausübung von enormer Bedeutung ist.

Wenn die Zahnärzte schon selbst den Mangel verteilen müssen, dann lohnt es sich, die im Gesetz enthaltenen positiven Vorschläge zur Gestaltung eines HVM mit in die Überlegungen einzubeziehen, um wenigstens die verfügbaren Spielräume auszunutzen.

Dadurch wäre auch unser HVM kaum angreifbar und ein Kippen durch die Aufsicht ausgeschlossen (Beispiel Niedersachsen).

Die Kollegen unserer Kreisstelle richten die Bitte an die Mitglieder der VV, die angeführten Argumente in ihre Überlegungen einzubeziehen und bei ihrer Entscheidung die Interessen der Kollegen in Thüringen verantwortungsvoll zu vertreten.

## Budgetierung 1999

### Gibt es eine gerechte Verteilung des Mangels?

#### *Aussichten und Wirkungen budgetierter Gesamtvergütungen*

Das „Solidaritätsstärkungs“-gesetz der rot-grünen Regierung ist seit dem 01.01.1999 in Kraft. Mit Methoden der Mangelerzeugung und -verwaltung wird versucht, die strukturellen Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung in den Griff zu bekommen. Besonders betroffen davon sind erneut die Zahnärzte, denen neben Punktwertabsenkung bei Zahnersatz und Kieferorthopädie, Wiedereinführung der Degression, Einschränkung der Selbstverwaltung eine besonders strenge Budgetierung aller Honorare auferlegt wurde.

Und um diese Budgetierung soll es hier gehen. Wirkungsmechanismen von drei unterschiedlichen Methoden der Honorarverteilung werden dargestellt und die damit verbundenen Gefahren aufgezeigt. Dabei kann nur auf wenige ausgewählte Aspekte und Er-

gebnisse eingegangen werden, da die Möglichkeiten zur Verifizierung der Honorarverteilungsmechanismen und deren Auswirkungen im einen oder anderen Fall eine große Vielfalt aufweisen.

Bisher galt der Grundsatz, zumindest in Thüringen, daß es für jeden wirtschaftlich erbrachten Leistungspunkt auch einen festen Geldbetrag, den Punktwert, gibt. Dieser wurde von den Kassen bezahlt, unabhängig davon, in welchem Maße Leistungen von den Versicherten abgefordert wurden.

Dieses Verfahren wurde „Einzelleistungsvergütung“ genannt. Jede Leistung hatte damit über den Punktwert ihren festen Preis. Der Zahnarzt konnte bereits zum Zeitpunkt der Leistungserbringung ziemlich sicher sein, welche Vergütung er dafür erhält. Das einzige Risiko bestand meist darin,

daß Honorarverhandlungen der letzten Jahre häufig erst spät durch einen Schiedsentscheid beendet werden konnten. Aber dann galt dieser Punktwert unabhängig der Leistungsmenge.

Das ändert sich mit dem Solidaritätsstärkungs-Gesetz grundlegend, weil alle Vergütungen jetzt budgetiert sind.

Das bedeutet: die Krankenkassen zahlen an die KZV Thüringen höchstens eine Gesamtvergütung (also einen DM-Betrag), die dem Volumen des Jahres 1997 entspricht, bei Zahnersatz und Kfo noch um 5 % abgesenkt wird.

Innerhalb dieses Budgets (oder dieser Budgets), besonders bei Zahnersatz und Kieferorthopädie, ergeben sich durch gesetzliche Änderungen erhebliche negative Konsequenzen und Belastungen:



a) Erhöhte Bonusleistungen der Kassen an die Versicherten bei Zahnersatz/Zahnkronen trägt die Zahnärzteschaft innerhalb des Budgets.

Das bedeutet: ging ein Patient regelmäßig zu seinem Zahnarzt und pflegte er auch noch sein Gebiß, erhält er maximal einen um 15 % erhöhten Kassenzuschuß, also 65 %. Dieser erhöhte Zuschuß belastet aber voll das Zahnersatz-Budget, wird also nicht von der Kasse, sondern ausschließlich von allen Zahnärzten als Kollektivhaftung bezahlt.

b) Steigende Kassenzuschüsse bei erhöhenden Fallzahlen der 100 %-Fälle oder mehreren Kindern in der KFO-Behandlung werden voll dem Budget zugerechnet.

Das bedeutet, daß alle höheren Zahlungen der Kassen zu Honoraren bei Härtefall- bzw. gleitenden Härtefallregelungen sowie erhöhte Zuschüsse KFO bei mehreren Kindern (80 % – 90 %) ausschließlich durch die Zahnärzte/Kieferorthopäden im Budget zu bezahlen sind. Steigende Fall-Zahlen bei z. B. 100-%-Fällen der AOK belasten also das Budget in voller Höhe, wobei der Zahnarzt durch Wegfall der Patientenanteile nochmals bestraft wird. (siehe weiter unten).

c) Nach dem 31.12.1978 geborene Versicherte erhalten wieder im Rahmen des Budgets Kassenleistungen, wobei eine Bereinigung des Ausgangsbudgets nicht erfolgt.

Das bedeutet die volle Übernahme dieser Kassenzuschuß-Kosten in das Zahnersatz-Budget, da diese Patienten 1997 nicht im Ausgangsbudget enthalten sind.

d) Wegfall der mit dem 2. NOG als Übergangsregelung zu § 30 SGB V ab Juli 1997 eingeführten 45-%-Zuschußregelung bei Zahnersatz.

Das bedeutet, daß jetzt wieder generell alle Versicherten grundsätzlich 50 % Zuschuß zum Zahnersatz erhalten, auch bei unregelmäßigem Gang zum Zahnarzt und schlechter Mundpflege. Bei der AOK stieg der davon betroffene Personenkreis (in Punktmengen)

im Jahre 1997 von 0 % (Juni) auf 10 % (Dezember) an. Damit steigt die Belastung des gegenüber 1997 ohnehin um 5 % abgesenkten Budgets Zahnersatz nochmals.

e) Die Degression wird wieder eingeführt.

Das bedeutet, leistungsstarke Praxen werden für ihre Tätigkeit neben der Budgetierung zusätzlich bestraft, indem ab bestimmten Punktmengengrenzen die Kassen darüber hinausgehende Leistungen einfach nicht mehr voll bezahlen, sondern nur zu bis zu 40 % reduzierten Punktwerten.

f) Einnahmensteigerungen der Kassen durch Beitragssatzanpassungen oder Erhöhungen der Bemessungsgrenzen (oder z. B. auch Grundlohnsummenentwicklungen) bleiben bei der Bemessung der Vergütungen für Zahnärzte unberücksichtigt.

Das bedeutet eine relative Absenkung der Vergütung, denn durch Mehreinnahmen der Kassen und gleichbleibender Vergütung sinkt der relative Wert der Leistung ab.

g) Änderungen im Leistungsrecht nach § 30 SGB V

z. B.: Große Brücken zum Ersatz von mehr als vier fehlenden Zähnen je Kiefer bzw. drei fehlenden Zähnen im Seitenzahngebiet waren bis Ende 1997 generell aus der Leistungspflicht ausgegrenzt und fehlen damit in der Basis. Nun erhalten die Versicherten zu solchen Versorgungen ähnlich wie im Jahre 1998 Zuschüsse. Diese belasten aber zusätzlich das Budget.

Um diesen Mangel zu verteilen, wurden die KZVs, somit auch die KZV Thüringen, verpflichtet, einen Honorarverteilungsmaßstab bis zum 28.02.1999 in der Form zu verabschieden, das das gegenüber 1997 abgeminderte Honorar für alle Leistungen gleichmäßig über das ganze Jahr verteilt wird; nach diesem Termin setzt das Schiedsamt den Inhalt des HVM fest.

Nachfolgend sollen nun drei (von vielen weiteren bekannten und denkbaren) unterschiedliche Modelle der Ho-

norarverteilung vorgestellt, kurz erläutert und angerissen werden:

a) der floatende Punktwert

b) die individuelle Budgetierung aller Praxen nach einem Basisjahr (statisch/dynamisch)

c) die Vergütung nach durchschnittlichen Fallpauschalen/Kopfpauschalen. Eine eingehendere Bewertung würde den Rahmen an dieser Stelle aber sprengen.

### Modell floatender Punktwert

Dieses Modell geht davon aus, daß zunächst ein fester Betrag zur Verteilung bereitsteht (Budget). Alle Leistungen werden unabhängig der entstehenden Punktmenge erbracht und vergütet. Aber: der endgültige Punktwert wird erst am Ende des Abrechnungszeitraumes bestimmt, wenn klar ist, wie viele Punkte geleistet wurden, auf die dann das zur Verfügung stehende Geld verteilt wird. Damit ergibt sich erst zu einem späteren Zeitpunkt der tatsächliche Punktwert, der als „Vergütungspunktwert“ zur Auszahlung kommen kann.

Folge ist: viele oder steigende Leistungen = niedriger oder sinkender Punktwert.

Nachteilig bei diesem Modell ist, daß die Leistungsmenge unkontrolliert ansteigen kann, weil jeder versuchen könnte (Hamsterradeffekt), immer mehr und immer mehr zu leisten, um einen möglichst hohen Punktmengenanteil an der Gesamtvergütung zu erwirtschaften. Damit soll im Endeffekt (hohe Menge x niedriger Punktwert) ein möglichst hoher Anteil der Gesamtvergütung bezogen werden.

Beim floatenden Punktwert ist die individuelle Vergütung also immer vom kollektiven Verhalten aller an der Gesamtvergütung Beteiligten abhängig und nur sehr wenig vom Individualverhalten.

Anders als bei den Ärzten ist aber die Leistungsmenge bei Zahnärzten nicht beliebig vermehrbar (Mehrfachuntersuchungen, -diagnosen, -laborleistun-



gen und -verschreibungen bei mehreren Ärzten desselben Patienten belasten das Budget der Ärzte erheblich), weil eben die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen eine tatsächliche, fast immer nachprüfbar Handlung voraussetzt und die Menge der Zähne je Mund anatomisch maximal 32 beträgt. Deshalb ist die ungebremste uferlose Leistungsentwicklung und ein Punktwertverfall, ähnlich wie bei den Ärzten, wenig wahrscheinlich. Durch den floatenden Punktwert sind aber alle Praxen entsprechend ihrer Punktmenge an der Mangelverwaltung gleichmäßig beteiligt, große Praxen mehr als kleine Praxen, je nach Umsatz.

### **Modell Verteilung nach statischen und dynamischen individuellen Praxisbudgets**

Nach der reinen sachgerechten Lehre erfolgt hier die Aufteilung der Gesamtvergütung auf der Basis bereits erreichter Abrechnungsergebnisse eines Bezugsjahres /der Bezugsjahre, also z. B. 1997. Damit wird das Leistungsgeschehen dieses Bezugsjahres quasi eingefroren. Änderungen bzw. Leistungserhöhungen einzelner Praxen können nur insoweit finanziert werden, wie nicht ausgeschöpfte Beträge anderer Praxen zu Verfügung stehen. Dabei ist ein geeigneter durchschnittlicher/prozentualer Praxisabschlag für Sonderfälle zu berücksichtigen, z. B. für Neugründungen, Krankheiten, Weiterbildungen, Umstrukturierungen, Assistenten usw. Die Praxen erhalten somit eine individuelle Honorarzusage entweder statisch zum Honorarvolumen des abgesehenen Basisjahres oder dynamisch nach einem übergeordneten Korrekturmodell, das auf diese Basis einwirkt (z. B. durch eine praxisindividuelle Punktmengenobergrenze).

Im ersten Fall (statische Honorargarantie des Basisjahres) wird es hier im Interesse der Praxis liegen, möglichst wenig zu leisten, da immer die gleiche Vergütung an Geld in die Praxis fließt. Es entwickelt sich damit in etwa eine

Vergütungsform, die mit einem Festgehalt verglichen werden kann.

Eine solche Honorarverteilung nach ausschließlich diesem Muster kann damit aus sachlichen Erwägungen der freiberuflichen Ausübung der Zahnheilkunde und der Interessenlage der Versicherten wohl kaum in Frage kommen.

Deshalb wird dieses Modell häufig mit einer Entwicklungsdynamik gekoppelt (dynamisches Modell). Von der gleichen Berechnungsbasis aus wie beim statischen Modell wird über komplexe und komplizierte Verteilungsmechanismen dafür gesorgt, daß Praxen unter dem Durchschnittsumsatz aller Praxen eine Entwicklungsmöglichkeit bis zum Durchschnitt haben, Praxen über dem Durchschnitt jedoch in ihrer Menge (praxisindividuell) begrenzt werden („Punktmengendegression“). Die „Risikopunktmenge“ aller Praxen unter dem Durchschnitt (als Summe) muß damit von allen Praxen über dem Durchschnitt eingespart werden. Dieses vom BSG in seiner Wirkung offenbar gebilligte Modell sorgt demnach dafür, daß jeder unterdurchschnittlichen Praxis einen fall- und damit leistungsbezogener Entwicklungsspielraum bis zum Durchschnitt eingeräumt wird, so daß diese Praxen insoweit von der begrenzten Gesamtvergütung („dem Mangel“) überhaupt nichts spüren, von ihr also nicht betroffen werden. Kleine Praxen werden deshalb immer ein solches Modell der sogenannten individualisierenden Praxisbudgetierung bevorzugen, da sie von der aufgestülpten Kassen-Budgetierung insgesamt so gut wie unberührt bleiben.

Aus gegenwärtiger Sicht haften damit alle Praxen über dem Durchschnitt für das Budget dreifach durch: a) individuelle Punktmengenbegrenzung im Budget, b) Finanzierung des Mengenwachstums der Praxen unter dem Durchschnitt, c) Degressionsfolgen.

### **Modell Vergütung nach durchschnittlichen Fallpauschalen/Kopfpauschalen**

Man könnte eine solche Verteilung auch „Regelleistungsvolumen“ nennen.

Die KZV/Kasse errechnet auf der Grundlage bekannter oder zu erwartender Fallzahlen oder der Mitgliederzahlen der Krankenkassen einen Festbetrag (Regelleistungsvolumen), der je Fall oder je Kassenmitglied zunächst an die KZV und weiter an die Praxis fließt.

Bei einer Fallpauschale ist dies noch einfach verständlich: die Praxis erhält je Fall immer denselben Geldbetrag, unabhängig der dafür erbrachten Leistungsmenge.

Mitgliederpauschalen sind demgegenüber weitaus schwieriger zu verteilen, da niemand genau weiß, wohin die einzelnen Mitglieder in welchem Zeitraum des Jahres zum Zahnarzt gehen und wie sich die Mitgliederströme zwischen den Kassen (Kassenwettbewerb, Gründungen, Schließungen usw.) oder Praxen entwickeln. Möglicherweise bietet sich zunächst eine Teilung der Mitgliederpauschalen auf die Anzahl der an der Gesamtvergütung teilnehmenden Praxen und die Verteilungszeiträume, z. B. das Quartal, an, wobei im Jahresende nicht verbrauchte Anteile verteilt werden könnten. Damit wird zumindest den Folgen des „Patientenhopping“ und einer dadurch induzierten überhöhten Inanspruchnahme (z. B. der Gebührenpositionen Ä1 und 01) teilweise vorgebeugt. Denkbar wäre auch eine Patientenverpflichtung, sich in dem betreffenden Jahr ausschließlich von einem bestimmten Zahnarzt behandeln zu lassen, quasi das Mitgliedskontingent auf einen Zahnarzt/eine Praxis zu übertragen.

Die Verwaltung solcher Mechanismen ist aber sehr kompliziert und verwaltungsaufwendig und mit jeder Menge rechtlicher Bedenken ausgestattet, weshalb sie wohl kaum in Frage kommen kann.



Andererseits muß der Patient in geeigneter Weise an einer sparsamen Mittelverwendung interessiert werden, denn er ist Empfänger der anonymen begrenzten Sachleistung und hat regelmäßig wohl wenig Interesse, von sich aus sparsam damit umzugehen, da er durch die Zwangsbeteiligung an der Beitragseintreibung einen erheblichen finanziellen Verlust durch eigene Leistungsabforderung auszugleichen bestrebt ist.

Das wird besonders deutlich dann, wenn bei 100 %-Fällen alle Register der modernen Zahnheilkunde aus Sicht des Patienten gezogen und Maximalversorgungen mit besonders hohen Kosten gewünscht und ausgeführt werden sollen. Für solche Versorgungen müssen diese Patienten nichts zahlen, selbst dann nicht, wenn sie keine Mundpflege betreiben und auch sonst nur selten oder gar nicht zum Zahnarzt gehen, also keinen Bonusanspruch aus eigenem Antrieb erarbeiten (sprich „Oralferkel“), gerade deshalb aber einen hohen Zahnersatzbedarf haben. Besonders hoch lebe hier die rot-grüne Solidarität, die solch schlechtes Individualverhalten bei den Kosten nun ab 1999 allen Zahnärzten aufbürdet, bis 1998 haftete dafür die Versichertengemeinschaft!

Hier würde über die Fallpauschale nun die Praxis mit dem Fall-Budget direkt zur Haftung gezwungen, denn sie erhält, unabhängig der Leistungsmenge und des Versorgungsstandards immer die selbe Fallpauschale.

Jetzt wird wohl die Praxis nur dann teure Versorgungen leisten können, wenn sie bei einer Reihe von Fällen mit „kleinen“ Versorgungen Umsatzanteile freisetzen und aufsparen konnte, die dann auf den teuren Fall übertragen werden.

Der Drang nach Minimalversorgung, um Anteile für teure Versorgungen aufsparen zu können, ist nun allerdings mit der zahnärztlichen Ethik wenig vereinbar. Auch ob eine solche Regelung zulässig wäre, muß aus anderen Erwägungen erheblich bezweifelt wer-

den, da Patientenrechte einbezogen sind.

Diese Fallpauschale hat aber auch noch andere negative Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen.

Der Patient, der tatsächlich einen erhöhten Behandlungsbedarf hat und dessen Versorgung nicht mit der Durchschnittspauschale erbracht werden kann, hat es schwer, einen Zahnarzt zu finden. Ein Rechtsanspruch eines Patienten, von einem bestimmten Zahnarzt mit einer bestimmten Therapie behandelt zu werden, besteht nämlich nicht. Der den Bedarf erkennende Zahnarzt wird möglicherweise im Rahmen seiner nach Fallpauschalen budgetierten Gesamtvergütung versuchen, nur eine minimale Versorgung zu erbringen, die dem Wert der Fallpauschale entspricht oder die Behandlung ablehnen, sofern es sich nicht um eine Notfallbehandlung handelt.

Auch die Kasse hat keinen Anspruch auf Durchsetzung der Behandlung in einer bestimmten Art und bei einem bestimmten Zahnarzt, sondern der Patient muß sich den Zahnarzt suchen, der im Rahmen seiner bereits verbrauchten Budgetierung noch freies Volumen für ihn hat.

Die KZV Thüringen muß lediglich gewährleisten, daß die Versorgung insgesamt sichergestellt ist, was sie mit einer solchen pauschalisierten Vergütung, abgeleitet aus dem Basisjahr, auch tut.

Die vom Gesetzgeber festgelegte Minderung der Gesamtvergütung bei Zahnersatz und KFO um 5 % würde im übrigen voll auf diese Pauschalen durchschlagen müssen.

## Resumee

Die hier dargestellten Verteilungsmodelle, aber auch die weiteren bisher bekannten, unterliegen zum Teil erheblichen rechtlichen, verteilungspolitischen und verwaltungsseitigen Bedenken bzw. Schwierigkeiten. Ob man eine (Misch-)Form findet, die einerseits den gesetzgeberischen Willen der Rationierung am Patienten widerspiegelt,

andererseits die Rechtsprechung berücksichtigt und darüber hinaus auch noch für eine möglichst gerechte Verteilung des Mangels sorgt, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt offen.

Ändern sich die Verhältnisse in Richtung höherer Zuschüsse, hat das für die Kassen im Jahre 1999 keinen Ausgabenanstieg zur Folge, bei den Zahnärzten aber Einnahmeverluste, da der Patientenanteil entsprechend wegfällt, die Kassen aber nach dem gemindertem Jahr 1997 bezahlen.

Insoweit können die Kassen sehr sorglos im Sinne von Wettbewerb mit erhöhten Zuschüssen umgehen und schon einmal ein Auge zudrücken, wenn z. B. der Bonus nicht erfüllt ist. Denn erhöhte Zuschüsse gegenüber 1997 (die Höhe wird nur von den Kassen festgelegt) belasten ausschließlich das Budget, werden also von den Zahnärzten bezahlt, weder von der Kasse noch vom Versicherten.

Die Vertreterversammlung und deren HVM-Ausschuß sowie der Vorstand haben sich intensiv mit der Problematik beschäftigt, so daß am 24.02.1999 voraussichtlich eine für Thüringen geltende Regelung beschlossen werden wird. Die sich daraus ergebenden Konsequenzen werden in einem Kommentar im tzb erläutert.

*Jürgen Zerull  
Hauptgeschäftsführer*



## Ausschreibungen

Gemäß § 103 Abs. 4 und 5 des V. Buches Sozialgesetzbuch wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Erfurt-Stadt **ab 1. Juli 1999** ein Vertragszahnarztsitz in

### Erfurt

ausgeschrieben.

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

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

Gemäß § 103 Abs. 4 und 5 des V. Buches Sozialgesetzbuch wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Gera-Stadt **ab 5. März 1999** ein Vertragszahnarztsitz in

### Gera

ausgeschrieben.

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

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

Gemäß § 103 Abs. 4 und 5 des V. Buches Sozialgesetzbuch wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Erfurt-Stadt **ab 3. Juni 1999** ein Vertragszahnarztsitz in

### Erfurt

ausgeschrieben.

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

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

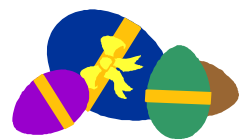


## Ein frohes Osterfest

wünscht allen Lesern des tzb

### Ihre Redaktion

im Namen der Vorstände und Geschäftsführungen  
von Kammer und KZV



## 28. Eisenberger Mühltauf

KZV, Landeszahnärztekammer und Freier Verband rufen Sie alle zum Mitmachen auf! Hier einige Hinweise:

Start: Samstag, 20. März 1999, 14.00 Uhr, Froschmühle

Meldungen an den Kreissportbund „Holzlandkreis“, PSF 145, 07607 Eisenberg oder Telefon 036691/42208 oder an DM Johannes Wolf,

Tel.: 036691/42370.

Nachmeldungen sind bis zum 20. März, 12.00 Uhr ohne Gebühr möglich.

Die Anreise erfolgt über BAB 9, Abfahrt Bad Klosterlausnitz, Richtung Gera, Weißenborn oder BAB 9, Abfahrt Eisenberg, Richtung Gera, Kursdorf.

# Wahl der Kammerversammlung der Landes Zahnärztekammer Thüringen 1999

*Gemäß § 9 Absatz 1 der Wahlordnung der LZKTh werden hiermit die vom Wahlausschuß zugelassenen Wahlvorschläge für die Wahl zur Kammerversammlung 1999 bekanntgegeben.*

## Wahlvorschlag 1:

Dr. Wagner, Andreas, Bonifaciusstraße 4, 99084 Erfurt  
Dr. Bergholz, Lothar, Sophienstraße 41, 99817 Eisenach  
Wolf, Gottfried, Rimbachstraße 17, 98527 Suhl  
Dr. Wünsch, Olaf, Bergstraße 2, 07768 Kahla  
Dr. Schmidt, Ingo, Hohe Mauer 2, 99310 Arnstadt  
Dr. Eckstein, Robert, Charlottenstraße 3, 98617 Meiningen  
Dr. Brodersen, Gisela, Neuwerkstraße 47 a, 99084 Erfurt  
Herbst, Christian, Karl-Marx-Str. 20, 99817 Eisenach  
Dr. Radam, Martina, Blücherstraße 38, 99099 Erfurt  
Luthardt, Peter, Weimarerische Straße 50 a, 99326 Stadtilm  
Radam, Thorsten, Wettiner Str. 17, 98617 Meiningen  
Dr. Krause, Angelika, Thomas-Mann-Str. 10, 99610 Sömmerda  
Karas, Sabine, Ferdinand-Schlufner-Str. 21, 99706 Sondershausen  
Dr. Leder, Ingeborg-Maria, Erfurter Str. 39, 99195 Stotternheim  
Dr. Wollny, Norbert, Am Teichdamme 92 d, 99428 Tröbsdorf  
Dr. Merkel, Gunder, Herrengasse 4, 98574 Schmalkalden  
Richter, Tilo, Thomas-Müntzer-Str. 50, 99423 Weimar  
Lorenz, Gisela, Dr.-Salv.-Allende-Str. 24, 98574 Schmalkalden  
Dr. Hofmann, Gustav, Baumstraße 1, 99094 Erfurt-Bischleben  
Dr. Popp, Horst, Paulstraße 4, 99084 Erfurt  
Dr. Jacob, Andreas, Washington-Str. 20, 99423 Weimar  
Dr. Müller, Gabriele, Heinrichstraße 27, 99817 Eisenach  
Dr. Jarosch, Martina, Tschaikowskistraße 31, 99096 Erfurt  
Dr. Ose, Ingeborg, Friedrich-Ebert-Str. 23, 07607 Eisenberg  
Dr. Wucherpfennig, Guido, Regierungsstraße 56, 99084 Erfurt  
Wieczorrek, Maik, Meininger Str. 26, 98634 Wasungen

## Wahlvorschlag 2:

Dr. Schmidt, Christel, Lindenstraße 3, 98693 Ilmenau

## Wahlvorschlag 3:

Dr. Richter, Joachim, Thüringen-Klinik gGmbH, Rainweg 68, 07318 Saalfeld  
Dr. Bergmann, Wolf-Hendrik, Keilhauer Str. 27, 07407 Rudolstadt  
Dr. Ulitzsch, Bernd, Ernst-Thälmann-Str. 13, 07381 Pößneck  
Dr. Meisgeier, Udo, Kirchgasse 1, 07907 Schleiz  
Heyder, Dieter, Bahnhofstraße 12, 07318 Saalfeld  
Dr. Metzner, Hella, Kelzstraße 26, 07318 Saalfeld

## Wahlvorschlag 4:

Dr. Sigusch, Bernd, FSU Jena, Bachstraße 18, 07743 Jena

## Wahlvorschlag 5:

Dr. Höch, Bernd, Mühlhäuser Straße 20, 99974 Mühlhausen  
Schütz, Hans-Joachim, Burgstraße 49, 99986 Oberdorla  
Schreiber, Gerd, Bonatstraße 59, 99974 Mühlhausen

## Wahlvorschlag 6:

Dr. Junge, Jürgen, Lindenstraße 23, 99894 Friedrichroda  
Dr. Friedrichs, Reinhard, Gutzkowstraße 1, 99880 Waltershausen  
Dr. Junge, Christian, Lindenstraße 23, 99894 Friedrichroda  
Dr. Rommel, Karl-Friedrich, Schulhöf 2, 99880 Mechterstädt  
Dr. Roth, Andreas, Seebergstraße 4, 99867 Gotha  
Dr. Taube, Hilmar, Brunnenstraße 8, 99867 Gotha  
Dr. Kirschbaum, Eberhard, Bergallee 2, 99867 Gotha

## Wahlvorschlag 7:

Dr. Müller, Karl-Heinz, Schwarzburger Chaussee 1, 07407 Rudolstadt

## Wahlvorschlag 8:

Dr. Hebenstreit, Wolfgang, Gesundheitsamt Altenburg, Pauritzer Platz 2/3, 04600 Altenburg

## Wahlvorschlag 9:

Dr. Glänzer, Jürgen, Frauenberg 9, 99817 Eisenach

## Wahlvorschlag 10:

Uhlig, Michael, Chr.-Schmidt-Straße 12, 07545 Gera  
Börner, Heidemarie, Lessingstraße 2, 07545 Gera  
Röhlig, Falk, Wiesestraße 5, 07548 Gera  
Dr. Bierbaum, Andreas, Reichsstraße 73, 07545 Gera  
Hünnicher, Iris, De-Smit-Str. 30, 07545 Gera

## Wahlvorschlag 11:

Dr. Klauke, Matthias, Dr.-Wilhelm-Külz-Straße 12, 99510 Apolda

## Wahlvorschlag 12:

Kreibel, Jürgen, Nr. 40, 07554 Brahmenau

## Wahlvorschlag 13:

ungültig!

## Wahlvorschlag 14:

Dr. Hering, Jürgen, Puschkinplatz 5, 07545 Gera  
Dr. Reinhardt, Hilmar, Marktplatz 6, 98527 Suhl  
Dr. Vonderlind, Hans-Otto, Friedrich-Rückert-Str. 10, 98646 Hildburghausen  
Dr. Seyffarth, Matthias, Fischergasse 1, 07743 Jena  
Dr. Herrmann, Peter, Neue Straße 4, 37339 Worbis  
Dr. Schorcht, Peter, Johannisstraße 9, 99817 Eisenach



### **Wahlvorschlag 15:**

Penzold, Konrad, Heynestraße 5, 07973 Greiz

### **Wahlvorschlag 16:**

Dr. Otto, Gerhard, Thomas-Müntzer-Str. 8, 37318 Arenshausen

### **Wahlvorschlag 17:**

Horn, Alexandra, Fröbelstraße 4, 98744 Oberweißbach

### **Wahlvorschlag 18:**

Dr. Kreisel, Angelika, Naumburger Straße 17, 07743 Jena  
Palik, Manuela, Oberlauengasse 21/22, 07743 Jena  
Rübsam, Matthias, Karl-Liebknecht-Str. 52, 07749 Jena  
Stracke, Andreas, Oberlauengasse 21/22, 07743 Jena

### **Wahlvorschlag 19:**

Dr. Enseleit, Marion, Am Anger 32, 99439 Großobringen

### **Wahlvorschlag 20:**

Böcke, Peter, Karolinger Straße 27, 99734 Nordhausen

### **Wahlvorschlag 21:**

Dr. Köhne, Hans-Jörg, Nordhäuser Straße 32, 99734 Nordhausen

### **Wahlvorschlag 22:**

Dr. Dobmeier, Joachim, Gustav-König-Straße 16, 96515 Sonneberg

### **Wahlvorschlag 23:**

Dr. Chemnitius, Wilfried, Christian-Kittel-Straße 51, 99096 Erfurt  
Dr. Dietrich, Jens, Borngasse 19, 99084 Erfurt

### **Wahlvorschlag 24:**

Dr. Kulick, Ralf, Ernst-Abbe-Platz 5, 07743 Jena  
Dr. Thunert, Georg, Sellierstraße 1, 07745 Jena  
Dr. Buchardt, Joachim, Westbahnhofstraße 10, 07745 Jena  
Dr. Egerer, Thomas, Jenertal 17, 07749 Jena

### **Wahlvorschlag 25:**

Prof. Dr. Lenz, Edwin, FSU Jena, Bachstraße 18, 07743 Jena  
Prof. Dr. Hoyer, Ingrid, Zentrum f. ZMK, Nordhäuser Straße 78, 99089 Erfurt

### **Wahlvorschlag 26:**

Terber, Thomas, Trierer Straße 62, 99423 Weimar

### **Wahlvorschlag 27:**

Dr. Müller, Reinhard, Robert-Koch-Straße 6, 37327 Leinefelde

### **Wahlvorschlag 28:**

Köberich, Ralph, Widemarkterstraße 9, 36404 Vacha

### **Wahlvorschlag 29:**

Dr. Erbsmehl, Jürgen, Dermbacher Straße 23, 36457 Stadtlengsfeld

### **Wahlvorschlag 30:**

Felber, Anette, Gesundheitsamt Gera, Friedrich-Engels-Straße 5, 07545 Gera

### **Wahlvorschlag 31:**

Dr. Mayer, Rüdiger, Johannisstraße 5, 99441 Magdala

**Hinweis: Die Bekanntmachung der vom Wahlausschuß zugelassenen Wahlvorschläge erfolgt ebenfalls im Thüringer Staatsanzeiger vom 22.03.1999 (§ 9 Absatz 2 Wahlordnung).**

## **Meinung gefragt**

Jede einzelne Zuschrift unserer Leser betrachten wir – das Redaktionsteam – als wertvolle Anregung. Wir setzen uns mit allen Meinungen, die die Redaktion erreichen, auseinander, denn sie bilden eine wichtige Grundlage unserer Arbeit.

Unser Ziel ist es, dem Meinungsaustausch im tzb eine noch größere Bedeutung zu verleihen.

Kritik und Übereinstimmung sind uns dabei gleichermaßen wichtig, liegt uns doch sehr daran, möglichst viele Thüringer Zahnärzte in einen offenen Dialog einzubeziehen.

Deshalb: schreiben, telefonieren, e-mailen, faxen Sie uns Ihre Auffassung zu aktuellen Problemen, welche die Zahnärzte Thüringens bewegen.

Die Themenauswahl ist groß: Teilen Sie uns mit, welchen interessanten Vortrag Sie gehört haben, an welcher Problematik Sie forschen, wie Entscheidungen der Politik Ihre Arbeit beeinflussen, auf welche besonders interessanten Internet-Adressen Sie gestoßen sind ... , Ihnen fällt sicher vieles ein, was den Zahnärzten Thüringens zugänglich gemacht werden sollte.

Wir jedenfalls freuen uns auf Ihre Beiträge!

Die tzb-Redaktion



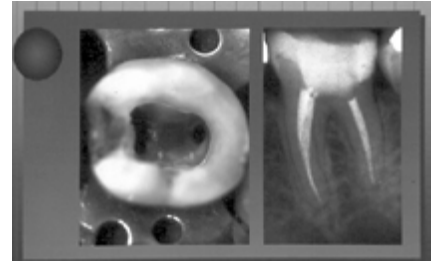
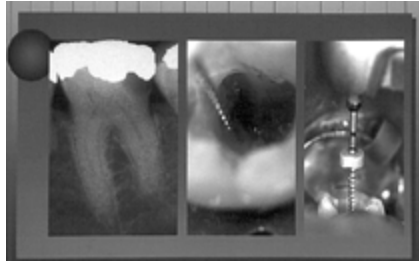
## Fortbildung im April

Das Thema „Praktische Endodontie mit Nickeltitaninstrumenten“ behandelt der Kurs von Dr. Dr. sc. med. Rudolf Beer, Essen, der am 10. April diesen Jahres in der LZKTh stattfindet.

**Vorab einige Informationen zur Problematik, die vom Referenten als „Quantensprung in der Endodontie“ bezeichnet wird:**

Die Wurzelkanalaufbereitung verfolgt das Ziel, den Kanal von Pulpagewebsresten, Bakterien und nekrotischen Gewebsresten zu säubern und dem Kanal eine Form zu verleihen, die eine Füllung des gesamten Kanals mit einem biologisch inerten Material erlaubt. Dabei ist die Formgebung in ihrer Gewichtung höher einzustufen als die Säuberung des Kanals, da alle Schwierigkeiten der anschließenden Füllung auf unzureichende Formgestaltung zurückzuführen sind. Die mechanische Reinigung von infizierten Gewebsresten geschieht in erster Linie mechanisch, wird aber ganz entscheidend von einer Natriumhypochloritlösung unterstützt.

Gekrümmte und enge Wurzelkanäle werden nach der koronal-apikalen Instrumentationstechnik aufbereitet. Bei dieser Methode wird zuerst koronal erweitert und anschließend erst der apikale Wurzelkanalbereich aufbereitet. Ein Vorteil dieser Technik gegenüber der apikal-koronalen Technik ist, daß



durch die koronale Erweiterung die Spülkanüle ausreichend tief in den Wurzelkanal eingeführt werden kann. Bei der anschließenden Instrumentation apikaler Bereiche wird nekrotisches Pulpagewebe durch Natriumhypochlorit aufgelöst und herausgespült. Man unterscheidet drei grundlegende Nickel-Titaninstrumente: das Lightspeed-, das Quantec- sowie das Profile-Instrumentarium. Lightspeedinstrumente ähneln in der Form einem Gatesbohrer. In einer Untersuchung fand sich ein deutlicher Zeitgewinn bei der Verwendung von Nickel-Titan gegenüber Stahlinstrumenten. Auch bewirkten sie eine bessere Kanalform. Allerdings ist die Gefahr der Instrumentenfraktur größer als bei Stahlfeilen, vor allem durch den Krümmungsradius des Wurzelkanals beeinflusst.

Insgesamt gesehen stellt die Nickel-Titaninstrumentation eine einfachere Technik der Wurzelkanalaufbereitung dar, auch stark gekrümmte Kanäle können relativ problemlos aufbereitet werden, vorausgesetzt eine gute Trepanationsöffnung stellt einen ungehinderten Zugang zu allen Kanaleingängen dar.

**Dr. Beer war so freundlich, der Redaktion einige Fragen zu beantworten:**

tzb:

Seit wann und in welchem Rahmen üben Sie Ihre Referententätigkeit aus?

*Dr. Beer:*

*Ich übe meine Referententätigkeit seit 1991 aus, damals noch an der Universität Tübingen tätig, später in eigener Niederlassung im Ruhrgebiet.*

tzb:

An welchen Fortbildungsseminaren nehmen Sie selbst teil?

*Dr. Beer:*

*Ich nehme pro Jahr selber an etwa 6 verschiedenen Fortbildungsseminaren sowohl im In-, aber auch im Ausland teil, neben natürlich endodontischen Themen vor allem Funktionsdiagnostik, parodontologische, kieferorthopädische und prothetische Themen.*

tzb:

Welche Seminare sollte nach Ihrer Ansicht ein jeder Zahnarzt unbedingt in sein Fortbildungsprogramm aufnehmen?

*Dr. Beer:*

*An oberster Stelle sollten Themen zur Beseitigung von akuten und chronischen Schmerzzuständen stehen, dies betrifft interdisziplinär die Parodontologie und Endodontie.*

tzb:

Erkennen Sie als routinierter Seminarleiter die Tendenz, daß Weiterbildung für die Mehrzahl der Zahnärzte eine Selbstverständlichkeit ist, oder begegnen Sie stets den „gleichen Gesichtern“?

*Dr. Beer:*

*Die Weiterbildung ist leider keine Selbstverständlichkeit, man begegnet oft den gleichen Gesichtern.*

tzb:

Weshalb ist die Teilnahme an Ihrem aktuellen Seminar ein „Muß“ für eine erfolgreiche Weiterbildung?

*Dr. Beer:*

*Neue Instrumentendesigns fordern eine Unterweisung und anschließend praktische Übungen, sonst sind Mißerfolge mit weitreichenden unangenehmen Konsequenzen möglich.*

*red.*



*Dr. Rudolf Beer*

### Fortbildungskurs von Prof. Dr. Ulrich Lotzmann in diesem Jahr mit erweitertem Inhalt

Im Fortbildungsprogramm der LZKTh verdient besondere Beachtung der Kurs von Prof. Dr. Ulrich Lotzmann, der zum Thema „Klinische und bildgebende Diagnostik des kaufunktionell gestörten Patienten“ am 17. April 1999 in Erfurt stattfindet.

Prof. Lotzmann, Marburg, ist den Thüringer Zahnärzten bereits seit dem

Jahre 1994 bekannt und als Referent sehr geschätzt. Seine zwei Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr waren stets ausgebucht. Während in der Vergangenheit keine praktischen Demonstrationen stattfanden, laufen die künftigen Veranstaltungen in Form praktischer Arbeitskurse mit Patientendemonstrationen ab.

Nähere Auskünfte erteilen Frau Held und Frau Westphal in der LZKTh.



Prof. Dr. Ulrich Lotzmann

## BZÄK ruft zur Unterlassung auf

Der I.H.G.-Fachverlag schreibt bundesweit Zahnärzten an und bietet diesen unter der Überschrift „Eintragungsantrag und Korrekturabzug“ einen kostenlosen Internet-Eintrag an.

Erst aus den allgemeinen Geschäftsbedingungen auf der Rückseite ist zu erkennen, daß die Eintragungskosten DM 8,00 oder 12,00 betragen und der Eintrag zweimal erscheint und zweimal zur Zahlung fällig sein soll.

Mit diesem Vorgehen handelt der Verlag unter verschiedenen Gesichtspunkten unrechtmäßig. So ist dem Zahnarzt nach der Berufsordnung die Aufnahme in ein kostenpflichtiges Verzeichnis untersagt. Ein gleichwohl vorgenommener Eintrag ist wettbewerbswidrig. Wer den Zahnarzt zu einer wettbewerbswidrigen Handlung auffordert, handelt ebenfalls wettbewerbswidrig. Hinzu kommt, daß sich die Kostenpflichtigkeit erst aus den allgemeinen Geschäftsbedingungen ergibt, während auf der ersten Seite in Fettdruck von einem kostenlosen Eintrag die Rede ist. Das Schreiben ist also irreführend im Sinne des § 3 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG).

Im Einzelfall sollte geprüft werden, ob ein Vertrag tatsächlich zustande gekommen ist bzw. nicht eine Möglichkeit besteht, sich von dem Vertrag zu lösen, so daß eine Zahlungspflicht entfällt.

Der Verlag wurde von der Bundeszahnärztekammer aufgefordert,

schriftlich zu bestätigen, daß er künftig keine Zahnärzte zur Aufnahme in einen Branchenanzeiger oder eine ähnliche Publikation anschreibt.

red.

### Wir gratulieren!

zum 85. Geburtstag  
am 13.3.

Herrn Dr. med. dent. Kuno Stegner  
Alte Handelsstraße 1, 96515 Judenbach

zum 84. Geburtstag  
am 15.3.

Herrn SR Dr. Heinz Müller  
Dorfstraße 36, 07381 Pößneck

zum 74. Geburtstag  
am 13.3.

Herrn SR Günter Schwindack  
Leonhard-Frank-Straße 4, 98529 Suhl

zum 74. Geburtstag  
am 23.3.

Herrn SR Eberhard Bachmann  
Goethestraße 24, 99713 Ebeleben

zum 72. Geburtstag  
am 26.3.

Herrn SR Dr. Horst Oehler  
R.-Scheffel-Straße 16, 07548 Gera

zum 65. Geburtstag  
am 13.3.

Frau Dr. med. dent. Hannelore Wurchi  
Lutherstraße 35 a, 06886 Lutherstadt Wittenberg

zum 60. Geburtstag  
am 18.3.

Frau Dr. med. dent. Waltraud Müller  
Am Gebräun 4, 99817 Eisenach



## Erste Erfahrungen mit dem betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Dienst in Thüringen

Die Landes Zahnärztekammer hat den BuS-Beratungsdienst über einen Vertrag mit freien Mitarbeitern als Service für die Thüringer Zahnärzte organisiert. Durch diese Variante entstehen keine Kosten für die Landes Zahnärztekammer. Es müssen die Gebühren der freien Mitarbeiter durch die Zahnärzte getragen werden, wenn der Beratungsdienst durchgeführt wurde.

Die Vorbereitungen stellten einen erheblichen Aufwand im Referat „Zahnärztliche Berufsausübung“ dar. Die Probleme kamen wie immer erst bei der Detailarbeit. Um so mehr freuen wir uns über den enormen Zuspruch der Thüringer Zahnärzte. Wir können stolz vermelden, dass 1537 Zahnärzte den Betreuungsvertrag mit der Lan-

des Zahnärztekammer abgeschlossen haben. Das sind bis jetzt 81 % aller niedergelassenen Kollegen in Thüringen. **Es besteht weiterhin die Möglichkeit, daß sich Praxen dem BuS-Dienst der Kammer anschließen.**

Seit September 1998 läuft die Beratung, und die ersten Erfahrungen sind durchaus positiv.

Das „Handbuch und Checkliste der Gesetzlichen Bestimmungen für die Zahnarztpraxis“ hilft, viele Probleme schon im Vorfeld zu erkennen. Wir können feststellen, daß viele Zahnärzte die Beratung nutzen, die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Situation in der Praxis mit den Fachleuten zu diskutieren. Die Beratung läuft in ruhigem und kollegialem Ton ab.

Ordnungsstrafen schweben nicht als Fallbeil über diesen Gesprächen.

Diese positive Situation soll erhalten bleiben. Darin sehen wir eine sinnvolle Umsetzung dieser Verordnungen (VBG 122 und VBG 123). Als Serviceeinrichtung kann die Landes Zahnärztekammer ausufernde Gesetze und Verordnungen sinnvoll umsetzen helfen und inhaltlich gestalten. Auf keinen Fall darf ein vorausseilender Gehorsam entstehen. Damit hilft der Sachverstand der LZKTh den Zahnärzten, die gesetzlichen Vorgaben einzuhalten und gleichzeitig die Belastung ihrer Praxen gering zu halten, aber immer getreu den Motto: „Nur soviel, wie absolut notwendig“.

*Dr. O. Wunsch, Dr. O. Brodersen*

## Änderung der Gebühren für die Erstprüfung von Röntengeräten nach § 16 RöV im Rahmen der Qualitätssicherung durch die Zahnärztliche Röntgenstelle

Mit Beginn der zweiten Prüfungsrunde im Rahmen der Qualitätssicherung nach § 16 (3) RöV wurde durch die Zahnärztliche Röntgenstelle ein computergestütztes Datenerfassungs- und Auswertesystem entwickelt und eingeführt.

Nach einer eineinhalbjährigen Test- und Erweiterungsphase des Gesamtsy-

stems konnte ein deutlicher Effektivitätsgewinn nachgewiesen werden.

Die Zahnärztliche Röntgenstelle empfahl deshalb dem Vorstand der Landes Zahnärztekammer Thüringen, im Rahmen einer Gebührenänderung diese Effektivitätssteigerung an die Thüringer Zahnärzte weiterzureichen. Auf Vorschlag des Vorstandes und mit

Beschluß der Kammerversammlung gilt für Prüfungen im Rahmen der Qualitätssicherung nach § 16 (3) ab dem 1. Januar 1999 als Aufforderungsdatum nachfolgende Gebührenstruktur:

Prüfung	Gebühr	Bemerkung
Erstprüfung	<b>125,00 DM</b> (je geprüftes Röntgengerät)	Jedes Tubus-Gerät, OPG und Fernröntgen in der Praxis zählen jeweils als einzelnes Röntgengerät
Wiederholungsprüfung	<b>100,00 DM</b> (je Wiederholung)	Die Gebühr ist unabhängig vom Umfang der notwendigen Wiederholung

*Dr. O. Wunsch, Dr. O. Brodersen*

## Die erbrachten Leistungen können sich sehen lassen

Resümee nach 10monatigem Einsatz der eingestellten Prophylaxehelferinnen in der LAGJTh e. V.

Zielstellung der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege ist eine flächendeckende, systematische und kontinuierliche Umsetzung der zahnmedizinischen gruppenprophylaktischen Betreuung – insbesondere der Mundhygiene, Ernährungsberatung, Verbesserung der Zahnschmelzqualität durch Fluoride – in Kindergärten und Schulen.

Die 8 eingestellten Prophylaxehelferinnen der LAGJTh e. V., eingebunden im Referat Jugendzahnpflege des Öffentlichen Gesundheitsdienstes der Kreise, sind täglich aktiv in Kindertagesstätten und Schulen ihrer Arbeitskreise tätig. Sie übernahmen die Kindergärten und Schulen, die bisher in keinem Betreuungsverhältnis standen.

Daß die Anzahl der zahngesunden Kinder von Jahr zu Jahr wächst und

damit auch den Erfolg zur besseren Zahngesundheit bringt, bewiesen die 1998 veröffentlichten Zahlen der epidemiologischen Studie von Prof. Klaus Pieper.

Die Landesarbeitsgemeinschaft erarbeitete für die eingestellten Prophylaxehelferinnen einen Erfassungsbogen, der Leistungen gruppenprophylaktischer Maßnahmen in Zahlen festhält. In einem Zeitraum von 10 Monaten wurden 14.603 Kinder in Kindertageseinrichtungen und 32.421 Kinder in Schulen mit gruppenprophylaktischen Maßnahmen erreicht, davon nahmen an Zahnputzaktionen mit theoretischer Unterweisung 24.554 Kinder teil. Neben der richtigen Mundhygiene und der zahngesunden Ernährung ist die Anwendung von Fluoriden eine wichtige Maßnahme zur Kariesprophylaxe. Fluoridierungsmaßnahmen

mit Gel, Lack und Tabletten erreichten 12.378 Kinder. Hierbei werden Gele und Touchierungen mit Duraphat bevorzugt.

Gruppenprophylaxe hat ihre Stärke in der Effizienz und Erreichbarkeit. Gemeinsam mit niedergelassenen Zahnärzten, die in Form von Patenschaften gruppenprophylaktisch in Kindergärten tätig sind und mit den Zahnärzten im ÖGD erreichen wir eine flächendeckende Basisprophylaxe.

*B. Kozlik*

Die Tabelle zeigt einen Auszug aus dem Erfassungsbogen Zeitraum März – Dezember 1998

	Kindergärten	Schulen (gesamt)	Zahnputzunterweisungen	Fluoridierungen	Elternabende Beratung d. Erzieher
<b>Erreichte Kinder durch Prophylaxehelferinnen</b>	<b>14.603</b>	<b>32.421</b>	<b>28.836</b>	<b>12.378</b>	<b>1.913</b>

*Die Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde der Friedrich-Schiller-Universität Jena freut sich über ältere klinische und labortechnische Instrumente/Geräte/Werkstoffe/Kataloge/Fachbücher etc. Für den Unterricht und zum Aufbau einer Sammlung.*

**Tel.: 03641/ 933 257**

## Prof. Dr. Rupert Scholz (Berlin/München): Friedensgrenze verfassungskonform

ABV stellt neues Rechtsgutachten vor

Bonn, 9.2.1999, „Die 1995 gefestigte ‚Friedensgrenze‘ zwischen den berufsständischen Versorgungswerken und der gesetzlichen Rentenversicherung ist verfassungskonform. Der Bundesgesetzgeber verfüge über keinerlei Gesetzgebungskompetenz zur Abschaffung des Befreiungsrechts angestellt tätiger Freiberufler von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung. Eine solche Maßnahme sei verfassungswidrig, weil die Regelung der berufsständischen Versorgung ausschließlich Ländersache gem. Art. 70 GG ist. Insbesondere das von den berufsständischen Versorgungswerken mehrheitlich verwendete Finanzierungsverfahren „Offenes Deckungsplanverfahren“, welches eine Mittelstellung zwischen dem Umlageverfahren der gesetzlichen Rentenversicherung und dem Anwartschaftsdeckungsverfahren der privaten Lebensversicherung einnehme, sei zwingend auf den Zugang der nachwachsenden, in aller Regel noch angestellt tätigen Angehörigen der Freien Berufe angewiesen. Ein Zugangsstopp, wie er von Teilen der SPD gefordert werde, würde zu deutlichen Leistungsreduktionen sowohl für Rentner wie für Anwartschaftsberechtigte führen und verstoße gegen den verfassungsrechtlichen Eigentumsschutz des Art. 14 GG.“ Das sind die Kernthesen eines Gutachtens\*, das Prof. Dr. Rupert Scholz (Berlin/München) für die Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e. V. (ABV) angefertigt hat und das jetzt der Öffentlichkeit vorgestellt wurde.

Ein Wegfall des Befreiungsrechts, so Scholz, verletze auch die Versorgungswerke selbst in ihrem Eigentumsrecht gemäß Art. 14 GG in Verbindung mit Art. 19 III GG. Die (aktuellen wie potentiellen) Neumitglieder der berufsständischen Versorgungswerke wür-

den, so der Gutachter, zwar nicht in ihrem Eigentumsrecht gemäß Art. 14 GG, aber in ihrem Grundrecht auf Berufsfreiheit aus Art. 12 I GG in Verbindung mit dem allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 I GG verletzt. Dies deshalb, weil die berufsständischen Versorgungswerke auf dem verfassungsrechtlich gefestigten Berufsbild des „Freien Berufs“ basierten. In dieses Berufsbild dürfe – auch im Bereich der berufsständischen Versorgung – nicht durch gesetzgeberische Maßnahmen eingegriffen werden, die das allgemeine berufsverfassungsrechtliche Homogenitätsverbot verletzen. Dies wäre jedoch im Fall einer gesetzlichen Zugangssperre für Neumitglieder der Fall. Des weiteren ist Prof. Scholz der Ansicht, daß eine gesetzliche Zugangssperre für angestellt tätige Freiberufler gegen den Verfassungsgrundsatz der Systemgerechtigkeit in Verbindung mit dem allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 I GG verstoßen und ein Wegfall des Befreiungsrechts für angestellt tätige Freiberufler einen Tatbestand der unechten Rückwirkung

verkörpern würde, der mit dem allgemeinen rechtsstaatlichen Vertrauensschutz nicht zu vereinbaren wäre.

Vor dem Hintergrund dieser klaren Bestätigung ihrer gesicherten verfassungsrechtlichen Position und der Zusage des Bundeskanzlers, daß es mit ihm Veränderungen des Befreiungsrechts nicht geben werde, fühlten sich die Versorgungswerke, so Prof. Dr. Rolf Bialas, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft, für die beginnende Rentenreform-Diskussion gut gerüstet.

\* „Berufsständische Altersversorgung und gesetzliche Rentenversicherung: Zu den verfassungsrechtlichen Grenzen gesetzgeberischer Umgestaltung“. – Rechtsgutachten von Prof. Dr. Rupert Scholz (Berlin/München), Januar 1999; das Gutachten wird nach Drucklegung veröffentlicht werden.

Pressemitteilung ABV  
(Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen e. V.)

### Reinigung von Vertikallamellen

Fachgerechte Reinigung und Pflege  
schonend und umweltfreundlich  
hygienisch sauber und unbedenklich

Reinigung aller Breiten und Längen, zügige Auftragsbearbeitung

Raumausstattung und Lamellenreinigung

Hermann Wenzel

Stiller Gasse 22

98574 Schmalkalden

Tel. + Fax 036 83 / 40 24 55

## Neuer Chefarzt der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie berufen

*Nachfolger von Prof. Dr. Wolfgang Müller setzt sich ehrgeizige Ziele*

Den Ehrenplatz im Bücherschrank von Privatdozent Dr. med. habil Dr. med. dent. Hans Pistner nimmt ein Dirigentenstab auf einem Silbertablett ein – das Willkommensgeschenk der Mitarbeiter der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie für ihren neuen Chefarzt. An seinem ersten Arbeitstag in Erfurt überreichten sie ihm ihr symbolisches Präsent mit den Worten „Dies ist das Instrument, das wir brauchen“. Die Schwestern stellten ihm einen großen Blumenstau in sein spartanisches Büro und damit begann der Arbeitsalltag des Nachfolgers von Prof. Dr. med. habil. Dr. med. dent. Wolfgang Müller, welcher nach langjähriger verdienstvoller Tätigkeit aus Altersgründen aus diesem Amt schied. Der herzliche Empfang in Thüringen kam für den Franken nicht unerwartet, reichen doch seine guten Erinnerungen in das Jahr 1990 zurück, als er erstmalig den Freistaat besuchte und die Städte Meiningen, Erfurt und Weimar besichtigte. Land und Leute hatten es ihm sofort angetan und eine Führung durch den Mariendom ist ihm bis heute als unvergeßliches Erlebnis in Erinnerung geblieben. Erste wissenschaftliche Verbindungen wurden geknüpft.

Als Dr. Pistner – damals leitender Oberarzt der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universität Würzburg – von der Ausschreibung des Chefarztpostens im Klinikum Erfurt erfuhr, zögerte er nicht lange, sondern reichte seine Bewerbung ein.

Ende Dezember 1998 erfolgte der Wechsel nach Thüringen. Spätestens Mitte dieses Jahres wird seine Familie ihm folgen. Für Ehefrau Dr. med. Ines Pistner und die drei Kinder Kilian (8), Clara (4) und Christoph (4 Monate) steht dann ebenfalls der Umzug von Würzburg nach Erfurt bevor.

Wenn der humorvolle 44-jährige mit verschmitztem Lächeln behauptet, sei-



*Der Taktstock im Einsatz*

*Foto: Hentschel*

ne „Ossifikation“ sei schon sehr weit fortgeschritten, verleiht er dem Wort seine eigene Bedeutung: Nicht als „Verknöcherung“, sondern als „Wurzeln schlagen“, „Integration“ interpretiert er es, und ist sich dabei sicher, schnell in Erfurt heimisch zu werden. Nicht nur die Luftverhältnisse in der Innenstadt hätten sich deutlich verbessert – das Klima in der Landeshauptstadt gefalle ihm überhaupt.

Gute Möglichkeiten und große Herausforderungen sieht Hans Pistner für seine praktische und wissenschaftliche Arbeit. Dabei kann er mit seiner Zielsetzung, in einer modernen Klinik den Patienten beste Therapiemöglichkeiten zu bieten, von soliden Grundlagen ausgehen.

Dem noch in diesem Jahr geplanten Umzug seiner Klinik in das neu errichtete Chirurgische Zentrum sieht er mit großen Erwartungen entgegen. Deshalb dient derzeit ein wesentlicher Teil seines Arbeitstages der Einarbeitung in die Struktur der Klinik, der Planung für ihre Neugestaltung und der damit

verbundenen Stellenbesetzung. Seine Arbeit und die aller Mitarbeiter der Klinik versteht er als Dienst für die Patienten und Service für die Kollegen – möglichst effektiv und an 365 Tagen im Jahr.

In seinem Arbeits- und Forschungsgebiet strebt der international anerkannte und mit zahlreichen wissenschaftlichen Preisen ausgezeichnete Mediziner einen breiten Dialog mit der Thüringer Kollegenschaft an. Für die Zukunft plant er deshalb OP- und Betreuungskurse. Bereits jetzt ist es jederzeit möglich, sich für eine Hospitation im operativen Betrieb anzumelden (Tel.: 03 61/781-22 30).

Für ein erstes Kennenlernen lädt er zu seiner Antrittsvorlesung am 24. März in den Hörsaal der HNO/Augenklinik ein. Um 18.00 Uhr beginnt dort sein Vortrag zum Thema: Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie vom Säugling bis ins hohe Alter.

*Ch. Hentschel*



# Experimentelle Untersuchungen zur Bewertung faserarmerter Brücken

Melle, B.<sup>1</sup>; Lenz, E.; Sorge, H.-Chr., Raser, G.

**Keywords:** glasfaserarmierte Kunststoffe, Ceromere, metallfreie zahnfarbene Restaurationen

## 1. Einleitung

Durch die stetige Weiterentwicklung der Komposite wurde deren Einsatz für Inlays möglich. Die Konsequenz der erzielten Erfolge war, Komposite auch für metallfreie Kronen und Teilkronen einzusetzen. Dabei waren Materialien gefordert, die bei geringem Gewicht sehr hohe Festigkeitswerte aufweisen. Mit dem Gerüst- und Verblendsystem Targis®/Vectris® der Firma IVOCLAR soll die Herstellung metallfreier Kronen und Brücken bei hoher Ästhetik, relativ geringen Kosten, hoher Funktionalität und ausreichender Lebensdauer ermöglicht werden. Targis® verkörpert die Stoffklasse der Ceromere (Ceramic Optimized Polymer) und vereint die neuesten Keramikfüller-Technologien mit aktuellen Polymersystemen. Vectris® basiert auf der Glasfasertechnologie und ist ein FRC Faserverbundwerkstoff (Fibre Reinforced Composite). Das Material Vectris® besteht aus industriell silanisierten Fasermatten und Faserbündeln, die in einer organischen Matrix gebunden sind. Die Fasern mit hoher Zugfestigkeit, hohem Zugmodul und geringer Scherfestigkeit und die Matrix mit hoher Zähigkeit ergänzen sich zu einem Verbundwerkstoff, der die positiven Eigenschaften beider Komponenten vereint.

Das Vectris®-Innengerüst wird mit dem werkstoffkundlich abgestimmten Verblend-Komposite Targis® verkleidet. Der chemische Verbund von Vectris® und Targis® ist ein reiner Kunststoff-Kunststoff-Verbund, da die organische Matrix von Vectris® und Targis® gleich ist. Der Durchmesser der ein-

zelnen Vectris®-Glasfasern beträgt 5 µm. Sie werden gewebt und in mehrere Schichten gelegt. Es stehen 3lagige (Frame) und 7lagige (Single) Matten für verschiedene Einsatzgebiete zur Verfügung. Der Glasfasersteg (Pontic) enthält Fasern mit einem Durchmesser von 15 µm, die unidirektional angeordnet sind (Abb. 1). Vectris® ist hochfest, transluzent-zahnfarben und bietet nach Angaben des Herstellers in bezug auf Dauerbelastung, Gewicht und Ästhetik hervorragende Resultate. Die Forderung nach vollständiger Ummantelung des Glasfasergerüsts mit Targis® verhindert einen Kontakt der Glasfasern mit organischen Strukturen der Mundhöhle, so daß gesundheitliche Bedenken nach Aussage des Herstellers ausgeschlossen werden können.

## 2. Zielstellung

Die Studie befaßt sich mit experimentellen Untersuchungen von Targis®/Vectris®-Brücken. Das Material und die Technologie werden an Hand kli-

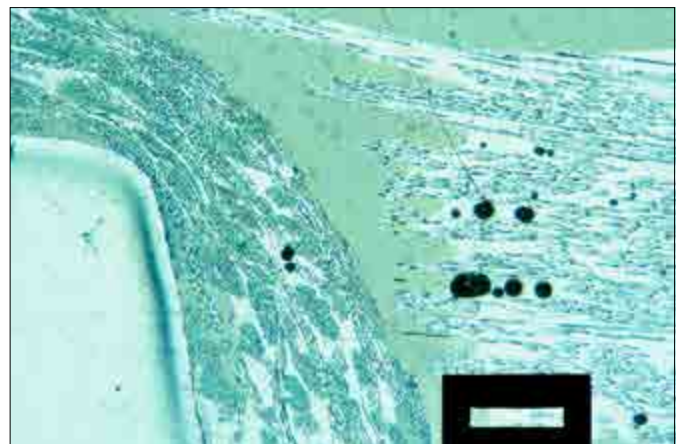
nisch relevanter Parameter vor und nach thermozyklischer und dynamischer Alterung hinsichtlich einer Eignung zum Einsatz am Patienten bzw. möglicher Indikationseinschränkung bewertet. Durch Überprüfung des Randspaltverhaltens sollen Aussagen zur Paßfähigkeit der Pfeilerkronen getroffen und ein Vergleich zu metallgestützten Brücken sowie anderen metallfreien Restaurationen durchgeführt werden. Normierte Messungen zum Kraft-Biege-Verhalten lassen eine Gegenüberstellung zu bereits untersuchten Materialien zu. Durch thermozyklische und dynamische Alterung der Brücken soll ein Rückschluss auf das Verhalten der Konstruktionen in vivo möglich werden.

## 3. Material und Methoden

### 3.1 Untersuchungsmaterial

Als Untersuchungsmaterial stand das Restaurationssystem Targis®/Vectris® der Firma IVOCLAR (Schaan, Liechtenstein) zur Verfügung.

Abb. 1: Schnitt durch Targis®/Vectris®-Brücke im Bereich Molarenkrone/Brückenkörper (Vergr. 50 fach), Verlauf der Glasfasern am Übergang von Pontic zu Single



<sup>1</sup> Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. med. dent. habil. Edwin Lenz, gewidmet zu seinem 65. Geburtstag



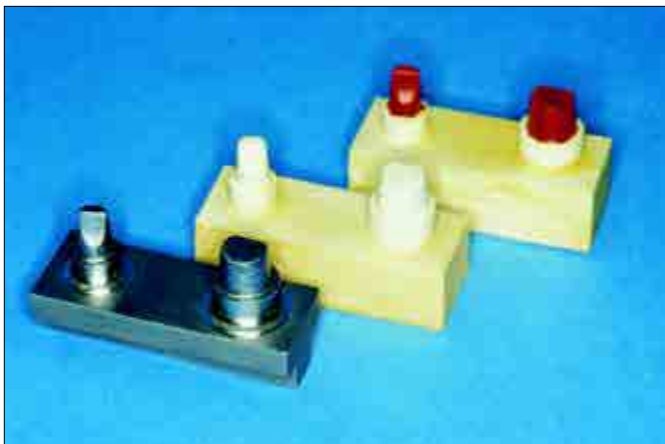


Abb. 2: Normmodell und Arbeitsmodell ohne und mit Stumpflack

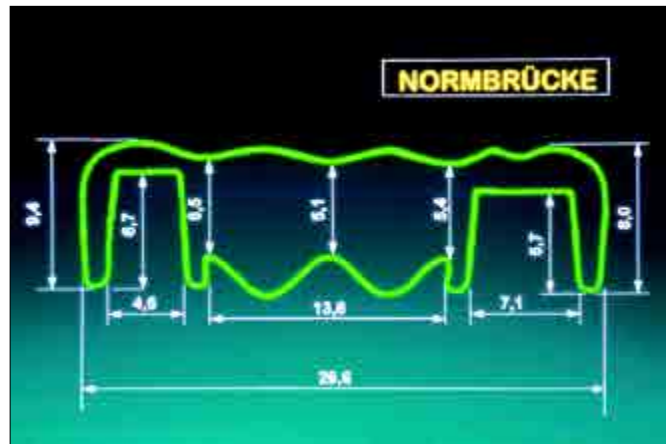


Abb. 3: Schematische Darstellung der Normbrücke mit Abmessungen

Insgesamt wurden 8 Brücken als Probekörper für die Untersuchung angefertigt. Hierfür wurde ein Ausgangsmodell genutzt, welches seit mehreren Jahren für experimentelle Prüfungen an der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde der FSU Jena/Bereich Erfurt zur Anwendung kommt. Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit früheren Untersuchungen war somit möglich. Das Modell gibt die klinische Situation einer Schalllücke vom Eckzahn zum ersten Molaren im Oberkiefer wieder. Grundlage für dessen Fertigung waren Durchschnittswerte der Zahngrößen nach SCHUHMACHER (1980). Praxisübliche Präparationsregeln, wie zirkuläre Stufe von 1 mm Breite, innen abgerundeter Hohlkehle und konische Abschrägung der parallelen Pfeilerwände von 5°, wurden eingehalten (SCHIEFELE und ZIKESCH, 1992).

### 3.2 Herstellung der Arbeitsmodelle

Durch Dublieren des Ausgangsmodells wurden zwei maßidentische Brückenstumpfmodelle aus einer Kobaltbasislegierung (Remanium CD®, Dentaurum) hergestellt, die als Normmodelle genutzt wurden.

Zur Herstellung der Arbeitsmodelle wurden diese Normmodelle mit einem individuellen Löffel einzeitig zweiphasig abgeformt und nach Lagerung von

mindestens zwei Stunden mit dem Klasse IV Hartgips Fuji-Rock® ausgegossen (Abb. 2).

Aus Kunststoff wurde eine Tangentialbrücke als Normbrücke mit den in Abbildung 3 ersichtlichen Maßen auf dem Ausgangsmodell hergestellt. Diese diente zum Anfertigen von zwei Silikonhalbschalen, die als Modellierhilfe für die Probekörper zur Verfügung standen.

### 3.3 Fertigung der Brücken

Da die Druckfestigkeit der Brücken von der Dimension und Stärke des Glasfasersteiges abhängt, war es notwendig, einen genormten Steg zu schaffen. Dieser wurde aus Kallocryl CPGM rot in einer Größe von 2 x 4 mm gefertigt (Abb. 4).

Nach Herstellung des Brückengerüsts aus Vectris® wurde dieses an den Stufen ca. 1,5 mm gekürzt und es erfolgte der schichtweise Auftrag der Targis®-Dentin Masse, wobei die oben erwähnten Silikonhalbschalen die Maßgleichheit zur Normbrücke bzw. der Brücken untereinander garantierten (Abb. 5).

Es standen pro Normmodell vier Brücken als Probekörper zur Verfügung (Abb. 6).



Abb. 4: Normsteg aus Kallocryl CPGM rot auf dem Arbeitsmodell



Abb. 5: Steg mit Frame auf Arbeitsmodell mit Modellierhilfe, Gerüst 1,5 mm eingekürzt



Abb. 6: Fertiggestellter Probekörper aus Targis®/Vectris®

### 3.4 Bestimmung des Randspaltes (Replica-Technik)

Das Randspaltverhalten wurde an den Pfeilerkronen der 8 Brücken überprüft.

Die Untersuchung basierte auf der Methode von McLEAN und FRAUNHOFER (1971). Dabei wird der Spalt zwischen Krone und Stumpf mit dünnfließendem Silikonelastomer ausgefüllt und anschließend vermessen.

Die auf Objektträgern befestigten Modellschnitte standen so zur meßoptischen Auswertung am ABBE-Komparator (ZEISS, Jena) zu Verfügung, wobei die Meßpunkte 0,5 mm einwärts von der äußeren Präparationsgrenze lagen.

### 3.5 Adhäsive Befestigung der Brücken

Die Oberfläche der Pfeilerstümpfe wurde mittels Rocatec®-Verfahren (ESPE, Seefeld) unmittelbar vor dem Aufkleben der Brücken konditioniert. Die tribochemische Vorbereitung (Silikatisieren) und das Silanisieren erfolgten nach Vorschrift des Rocatec®-Verfahrens, die Metallstumpfoberfläche wurde zusätzlich mit Bonding (Heliobond®, VIVADENT, Ellwangen) vorbehandelt. Die Kroneninnenflächen wurden mit 25 mm Strahlkorund gestrahlt sowie mit Monobond S® (VIVADENT, Ellwangen) konditioniert.

Das adhäsive Befestigen der Kronen auf dem Normstumpf erfolgte mit Dualzement (Twinlook®, KULZER, Wehrheim). Die Lichtpolymerisation wurde zonenweise mit einem Abstand von 5 mm über jeweils 20 Sekunden vollzogen.

### 3.6 Thermozyklische und dynamische Alterung

Nach adhäsiver Befestigung und anschließender Lagerung über 24 h bei 100 % Luftfeuchtigkeit wurden 4 Brücken einer thermischen Wechselbeanspruchung von Dt 45 Grd über 5.000 Zyklen ausgesetzt. Als Umgebungsmedium diente synthetischer Speichel nach CEN (ISO 10993).

Danach erfolgte eine dynamische mechanische Belastung bis zu 400 N über 100.000 Lastwechsel bei einer Frequenz von 2 pro sec. Der Kraftansatzpunkt lag okklusal in der Mitte der Brücke (Abb. 7).

### 3.7 Untersuchung des Kraft-Biege-Verhaltens

Es wurden 4 ungealterte und 4 gealterte Brücken einem Biege-/Druckversuch bei Mittenbelastung der Brücken in einer Universalprüfmaschine bei einem Vorschub der halbrunden Druckfinne von 0,5 mm/min unterzogen. Sowohl ein Knackgeräusch, welches

als Rißbildung interpretiert wurde, als auch ein Lastabfall von 10 N (Abplatzen von Targis®-Verblendmaterial), führten zum Abbruch des jeweiligen Versuches.

Über einen an der Unterseite des Brückengliedes positionierten Meßwertgeber wurde das Kraft-Biegeverhalten der Brücke erfaßt. Die so erhaltenen Daten wurden dokumentiert und in Kraft-Biege- und Biegefestigkeits-Diagrammen dargestellt. Die statistische Aufbereitung der Meßwerte erfolgte mit Hilfe des arithmetischen Mittelwertes und der Standardabweichung.

## 4. Ergebnisse

### 4.1 Randspaltmessungen an Brücken

Die Randspalten wurden am stilisierten Eckzahn und ersten Molaren bestimmt. Am vorderen Brückenpfeiler wurden mittlere Randspalten von 24 µm mesial, 40 µm oral, 27 µm vestibulär und 44 µm distal ermittelt.

Nach Auswertung der Replica-Schnitte des ersten Molaren ergaben sich folgende Mittelwerte: mesial 47 µm, oral 23 µm, vestibulär und distal 37 µm.

Die Meßwerte sind in Abbildung 8 graphisch dargestellt.

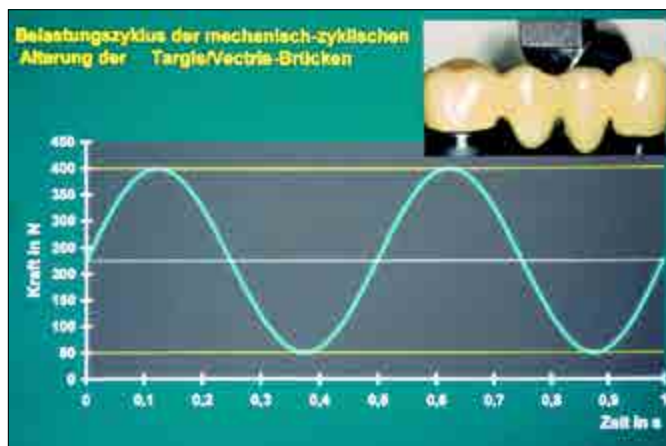


Abb. 7: Belastungszyklus der mechanisch-zyklischen Alterung der Targis®/Vectris®-Brücken mit Darstellung des Versuchsaufbaus

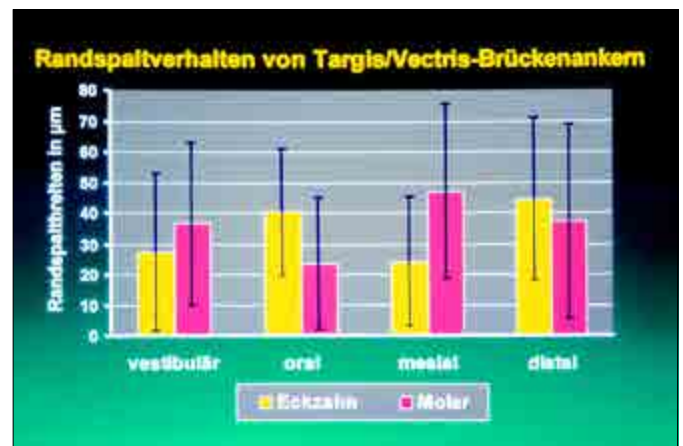


Abb. 8: Randspaltverhalten von Targis®/Vectris®-Brückenankern

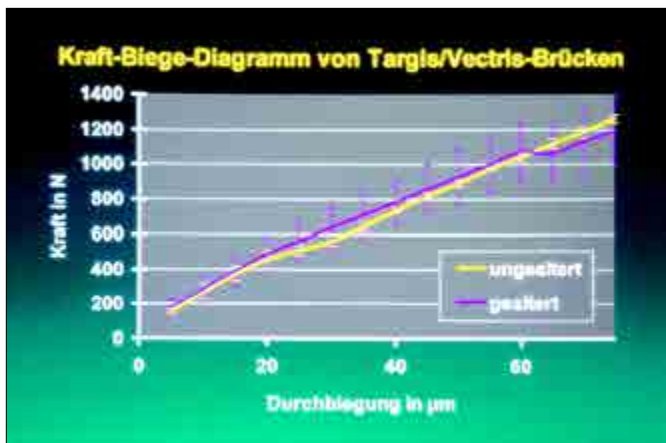


Abb. 9: Kraft-Biege-Diagramm von ungealterten und gealterten Targis®/Vectris®-Brücken

## 4.2 Kraft-Biege-Verhalten der Brücken

Bei einer als maximal möglich angenommenen Belastung in vivo von 500 N (KÖRBER und LUDWIG 1983) konnte eine Durchbiegung bei ungealterten Brücken im Mittel von 24 µm registriert werden. Die gealterten Brücken imponierten hier mit einem Mittelwert von 17,6 µm. Das elastische Verhalten der Brücken zeigt Abbildung 9.

Die Bruchlastwerte an ungealterten Brücken schwankten zwischen minimal 912 N und maximal 1705 N. Daraus ergab sich ein Mittelwert von 1299 N bei einer Standardabweichung von 324.

In Abbildung 10 sind die Ergebnisse dargestellt.

Nach Alterung der Brücken wurden Bruchlastwerte zwischen 1048 N und 1754 N erzielt. Daraus ergibt sich eine mittlere Kraft von 1396 N mit einer Standardabweichung von 316.

## 5. Diskussion

### 5.1. Randspaltverhalten der Targis®/Vectris®-Brücken

Die Paßgenauigkeit von festsitzendem Zahnersatz hat Bedeutung für den Erfolg der Therapieform, da besonders Wechselwirkungen im Bereich des Kronenrandes bestehen. Die Vermessung des Randspaltes ermöglicht für

neue Materialien und Herstellungsverfahren repräsentative Aussagen über die zu erreichende Paßgenauigkeit und erlaubt einen Vergleich mit langjährig bewährten Techniken. Die Frage nach der „erlaubten“ Randspaltbreite findet in der zahnärztlichen Literatur eine unterschiedliche Beantwortung (BIF-FAR 1991). McLEAN (1971) hält nach einer 5-Jahres-Studie an über 1.000 Restaurationen 120 µm für die maximal vertretbare Randspaltgröße (in: McLEAN und FRAUNHOFER, 1971). Für SPIECKERMANN (1986) sind Zementspalten von 80 µm korrekt. KÖRBER und KÖRBER (1996) gehen davon aus, daß eine Kronenranddiskrepanz von bis zu 200 µm klinisch tolerierbar ist.

Die Ergebnisse der Randspaltmessungen an den Targis®/Vectris®-Brückenpfeilern ergaben durchschnittliche Meßwerte von 35,8 µm am ersten Molaren und 46,1 µm am stilisierten Eckzahn. Randspalten, die an Targis Frontzahnkronen in Voruntersuchungen bestimmt wurden, wiesen im Durchschnitt eine Größe von 80 µm auf. Das starre Vectris®-Gerüst scheint der Polymerisationsschrumpfung des Targis®-Verblendmaterials einen Widerstand entgegenzubringen und wirkt sich positiv auf die Paßgenauigkeit aus.

KÖRBER und KÖRBER (1996) konnten mit Hilfe eines elektrischen Kro-

nenrandtasters an temporär zementierten Targis®/Vectris®-Brücken eine Kronenranddiskrepanz von im Durchschnitt 46 µm bestimmen.

Die Autoren berichten aber auch von Ergebnissen über 100 µm.

Die Ergebnisse, die in der vorliegenden Studie mit Targis®/Vectris®-Brücken erreicht werden konnten, liegen im klinisch akzeptablen Bereich.

### 5.2 Kraft-Biegeverhalten der Targis®/Vectris®-Brücken

Der von VOSS 1969 beschriebene Versuchsaufbau zur statischen Druckfestigkeitsprüfung von Eckzahnkronen fand häufig zur Prüfung von Front- und Eckzahnkronen aus den verschiedensten Materialien Anwendung (KÖRBER 1984, SCHWICKERATH und COCA 1986, LUDWIG 1991, LENZ 1993, LIEBE 1993). Er kann als Standardprüfverfahren angesehen werden.

Der mittlere Bruchlastwert der vier ungealterten Brücken erreichte 1300 N bei einer Standardabweichung von 354 N. Damit liegt die Bruchfestigkeit weit über den von KÖRBER und LUDWIG (1983) geforderten 500 N.

Im Vergleich dazu konnten PRÖBSTER et al. (1990) bei Seitenzahnbrücken aus In Ceram®-Keramik 1075 N mittlere Bruchlast ermitteln. SCHWICKERATH (1987) weist auf

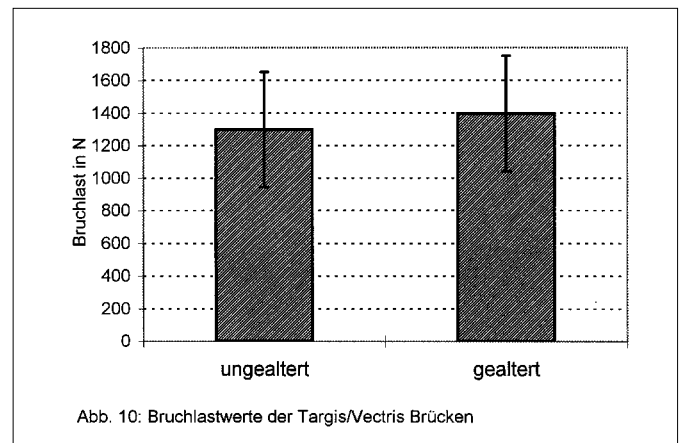


Abb. 10: Bruchlastwerte der Targis®/Vectris®-Brücken im Dreipunkt-Biegeversuch



die eingeschränkte klinische Anwendungsmöglichkeit von dreigliedrigen Vollkeramikbrücken hin. Brücken aus Dicor® zerbrachen im Durchschnitt bei 216,8 N, Cerestore®-Brücken bei 388,9 N und Brücken aus Vitadur N® und Hi Ceram® bei 363,4 N und 352,0 N. KAPPERT und KNODE (1990) führten Versuche zur Bruchfestigkeit von dreigliedrigen Vollkeramikbrücken bei starrer und nicht starrer Lagerung der Stümpfe durch. Brückengerüste aus In Ceram® erreichten bei Lagerung der Stümpfe in Gips eine Bruchfestigkeit von 2225 N gegenüber 910 N bei Lagerung in Palavit G® (KULZER, Wehrheim) und Gummiringen.

Erste Ergebnisse über Bruchfestigkeitsuntersuchungen an Targis®/Vectris®-Brücken veröffentlichten KÖRBER und KÖRBER (1996). Die Länge der getesteten Zwischenglieder betrug bei einer Dimensionierung des Glasfasersteges von 3 x 4 mm: 10 mm, 20 mm und 30 mm. Bei einer Zwischengliedlänge von 20 mm wurden 1040 N als Bruchlast ermittelt. Nach einem Temperaturlastwechsel innerhalb von 48 Stunden lag dieser Wert bei 950 N. Weiterhin wurden Untersuchungen mit stärker dimensionierten Glasfaserstegen (4 x 6 mm) durchgeführt, wobei sich die Bruchfestigkeitswerte erhöhten und die Durchbiegung abnahm.

Ob die von KÖRBER und KÖRBER (1996) ermittelte Abnahme der Druckfestigkeit von Targis®/Vectris®-Brücken auf die Zementierung mit Phosphatzement zurückzuführen ist, läßt sich nur durch weitere Versuchsreihen prüfen.

Grundlage für die eigenen Untersuchungen zum Kraft-Biege-Verhalten von Targis®/Vectris® waren identische Versuchsbedingungen zu SCHIEFLE und ZIKESCH (1992), die im Vergleich zu Targis®/Vectris®-Brücken eine geringere Durchbiegung für Probond®-Keramikbrücken und Probond®-Kunststoffbrücken nachweisen (Abb. 11) konnten. Eine direkte Vergleichbarkeit mit diesen Ergebnissen

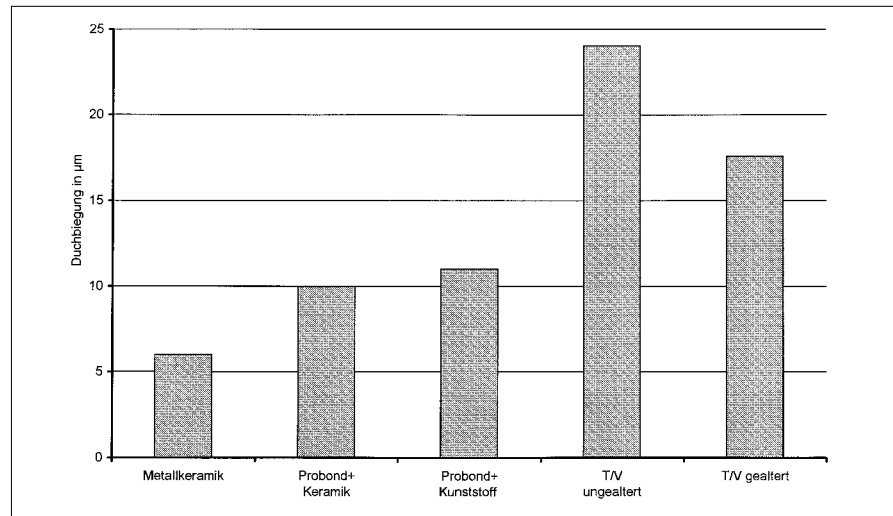


Abb. 11: Elastische Biegung von Brücken bei 500 N Mittenbelastung

war infolge standardisierter Prüfbedingungen gegeben.

Vergleicht man die Werte der Durchbiegung bei 500 N vor und nach Alterung der Targis®/Vectris®-Brücken so ist eine Zunahme der Steifigkeit zu erkennen. Die Ergebnisse zeigen, daß bei einem Steg der Größe 2 x 4 mm die Therapiesicherheit für die klinische Situation einer viergliedrigen Brücke im Seitenzahnbereich jederzeit gegeben ist.

Die graphische Darstellung der Kraft-Biege-Werte (Abb. 9) läßt bis zu Belastungen von 1200 N ein lineares Verhalten erkennen. Dies bedeutet, daß die Brücken sich rein elastisch verhalten und es unter physiologischen Bedingungen zu keiner bleibenden Deformierung, Kriechen oder Fließen kommt, wie dies z. B. bei Metallen mit niedrigem Elastizitätsmodul nachzuweisen ist (LENZ und MELLE 1997).

Bei den Versuchen zum Kraft-Biege-Verhalten wurden die Stümpfe starr gelagert. Eine etwas stärkere Durchbiegung bei einer dem Zahnhalteapparat angenäherten Lagerung der Stümpfe (KAPPERT und KNODE 1990, KAPPERT et al. 1991) ist zu erwarten und sollte in weiteren Untersuchungen überprüft werden.

### 5.3 Alterungsvorgänge

Obwohl klinische Tests als aussagekräftig beurteilt werden, sind sie mit einer Reihe von Nachteilen, wie der langen Zeitspanne zur Gewinnung von Daten, finanzieller Aspekte und der Problematik der Standardisierbarkeit der Testbedingungen behaftet (KREJCI et al. 1990).

Daraus ergibt sich die Forderung nach experimentellen Studien unter simulierten Mundhöhlenbedingungen. Mechanische und thermische Alterungsvorgänge sind zur Beurteilung des in vivo Verhaltens von Materialien sinnvoll. Nach Untersuchungen von FAZEKAS (1973) verändert sich die Temperatur in der Mundhöhle bei der Speiseaufnahme in einem Bereich von 13 °C und 46 °C. Die Temperaturdifferenz von 45 K in der vorliegenden Studie liegt damit über diesem Wert. Der gewählte Zyklus gewährleistete einen vollständigen Temperaturausgleich. Invitro Untersuchungen an Kompositorestaurationen, die über 600 Zyklen einer ähnlichen Temperaturwechselbeanspruchung ausgesetzt waren, wiesen vergleichbare Ergebnisse zu klinischen Resultaten auf (KREJCI et al., 1990).

Mit dem oberen Lastwert der dynamischen Dauerschwellbelastung von 400 N wurde dem höchsten zu er-

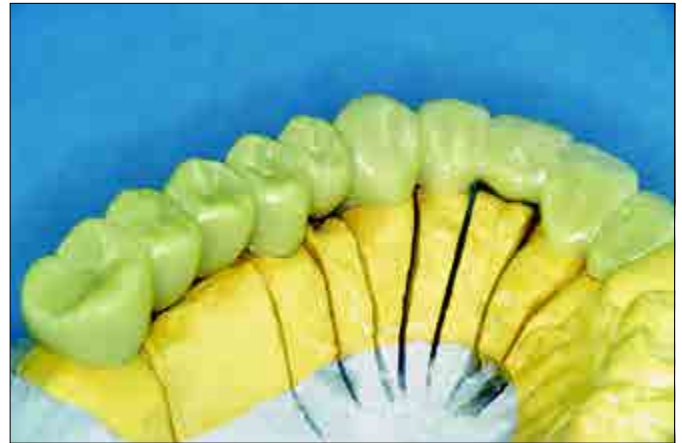
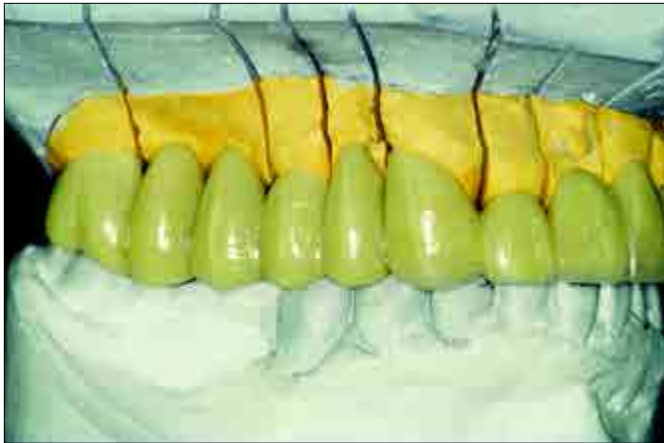


Abb. 12 und 13: Fertiggestellte Targis®/Vectris®-Brücke vor der Eingliederung

wartenden Kaudruck im Seitenzahngelände Rechnung getragen.

## 6. Schlußfolgerungen

Targis®/Vectris®-Brücken imponieren durch gutes Randspaltverhalten und hohe Biege- bzw. Bruchfestigkeit.

Die Glasfaserarmierung beeinflusst das Alterungsverhalten positiv. Der technische Aufwand zur Fertigung der Brücken im Labor ist akzeptabel.

Als Ergebnis der experimentellen Untersuchungen lassen sowohl das Randspaltverhalten als auch die Biege- und Bruchfestigkeitswerte von Targis®/Vectris®-Brücken einen klinischen Einsatz bei einer Zwischengliedlänge von 2 Prämolarenbreiten zu.

Das weitgehend elastische Verhalten und die entsprechende Durchbiegung bedingen eine sorgfältige Indikation hinsichtlich der Pfeilersituation und der daraus resultierenden Brückenspanne. Bei einer günstigen Pfeilerkonstellation ist die Eingliederung mehrspänniger Brücken durchaus möglich (Abb. 12 und 13).

### Autorenadresse:

Dr. med. dent. Birgit Melle  
FSU Jena/Bereich Erfurt  
Poliklinik für Zahnärztliche  
Prothetik und Werkstoffkunde  
Nordhäuser Straße 78  
99089 Erfurt

### Literaturnachweis:

1. BIFFAR, R.: Zur Auswertung von Randspaltmessungen an festsitzendem Zahnersatz. Dtsch Zahnärztl Z 46(1991) 523-525
2. FAZEKAS, A.: Untersuchungen über die Temperaturveränderungen in der Mundhöhle bei der Speiseraufnahme. ZWR 82 (1973) 950-956
3. KAPPERT, H. F.; KNODE, H.: In-Ceram auf dem Prüfstand. Quintessenz Zahntech 16 (1990) 980
4. KAPPERT, H. F.; KNODE, H.; SCHULTHEISS, R.: Festigkeitsverhalten der In-Ceram-Keramik bei mechanischer und thermischer Wechsellast im Kunstspeichel. Dtsch Zahnärztl Z 46 (1991) 129-131
5. KÖRBER, K. H.: Die Kera-Platin-Frontzahnkrone, Indikation eines neuen Verfahrens. Dent Labor 32 (1984) 51-55
6. KÖRBER, K. H.; LUDWIG, K.: Maximale Kaukraft als Berechnungsfaktor zahntechnischer Konstruktionen. Dent Labor 31 (1983) 55
7. KÖRBER, S.; KÖRBER, K. H.: Glasfaser-Brücken-Zahnersatz; Erste Ergebnisse zur klinischen Bewährung des Glasfaser-Brücken-Zahnersatzes Targis-Vectris. Zahnarzt Magazin, 1996, 32-42
8. KÖRBER, K. H.; KÖRBER, S.: Mechanische Festigkeit von Faserverbund-Brücken Targis-Vectris; Experimentelle Untersuchungen. ZWR 105 (1996) 693-702
9. KRECJI, I.; REICH, T.; LUTZ, F.; ALBERTONI, M.: In-vitro-Testverfahren zur Evaluation dentaler Restaurationssysteme. 1. Computergesteuerter Kausimulator. Schweiz Monatsschr Zahnmed 100 (1990) 953-960
10. LENZ, E.: Die Composite-Krone. Dental Magazin 4 (1993) 6-17
11. LENZ, E.; MELLE, B.: Kronen- und Brückenrestorationen mit armierten Kunststoffen - experimentelle und klinische Ergebnisse mit Targis/ Vectris. Vortrag auf der 26. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Dentale Technologie e.V., Sindelfingen
12. LIEBE, U.: Vergleichende Experimentelle Bewertung innovativer Keramiksysteme. Med. Diss., Erfurt, 1993
13. LUDWIG, K.: Untersuchungen zur Bruchfestigkeit von Vollkeramikronen. Dent. Labor 39 (1991) 647-651
14. McLEAN, J. W.; FRAUNHOFER, J. A.: The estimation of cement film thickness by an in vivo technique. Br Dent J 131 (1971) 107-111
15. PRÖBSTER, L.; WEBER, H.; DIEHL, J.; WEIGEL, E.: Erste klinische und werkstoffkundliche Erfahrungen mit dem vollkeramischen Brückensystem In-Ceram. ZWR 99 (1990) 816-820
16. SCHIEFELE, J.; ZIEKESCH, M.: Experimentelle Untersuchungen von Leichtbaukonstruktionen für Kronen- und Brückenprothesen. Med. Diss. Erfurt, 1992
17. SCHUHMACHER, G. H.: Odontographie. Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1980, 3. Auflage
18. SCHWICKERATH, H.: Dauerfestigkeit von Keramik. Dtsch Zahnärztl Z 41 (1986) 264
19. SCHWICKERATH, H., COCA, I.: Zur Festigkeit von Kronen im Frontzahnbereich. Dtsch Zahnärztl Z 41(1986)1002-1004
20. SPIEKERMANN, H.: Zur marginalen Paßform von Kronen und Brücken. Dtsch. Zahnärztl. Z. 41 (1986) 1015-1019
21. SCHWICKERATH, H., COCA, I.: Zur Festigkeit von Kronen im Frontzahnbereich. Dtsch Zahnärztl Z 41 (1986) 1002-1004
22. SPIEKERMANN, H.: Zur marginalen Paßform von Kronen und Brücken. Dtsch. Zahnärztl. Z. 41 (1986) 1015-1019

# Rekonstruktive Parodontalchirurgie zur Behandlung des Furkationsbefalles II. Grades bei marginaler Parodontitis

G. Gabbour

## Einleitung

Die erfolgreiche PAR-Behandlung mehrwurzeliger Zähne mit Furkationsbefall, die zu einer guten Langzeitprognose führt, stellt noch immer eine Herausforderung an die Wissenschaft dar. Herkömmliche konservative und parodontalchirurgische Behandlungsmethoden zeigen wesentlich schlechtere Behandlungserfolge verglichen mit einwurzeligen parodontal geschädigten Zähnen.

Neuere Therapiemethoden versuchen deshalb gerade im kritischen Furkationsbereich, einen Wiederaufbau parodontaler Strukturen zu erreichen (Abb. 1a, b). Verschiedene Methoden werden zur Zeit in wissenschaftlichen Untersuchungen erprobt, einige Ergebnisse liegen bereits vor.

Mit der Einführung der gesteuerten Geweberegeneration wurde es möglich, eine Regeneration der thekodontalen Zahnbefestigung (Segmentierung der Zahnfächer) zu fördern. Der Behandlungserfolg wird beeinflusst von mehreren Faktoren (Abb. 3).

Die Bedeutung der Implantation autologen oder alloplastischen Materials wird nach wie vor kontrovers diskutiert.

Neben der Induktion neuen Knochens kann die Schaffung eines parodontalen Raumes eine der Funktionen eines Knochen- oder alloplastischen Transplantates sein. Die Kombination einer parodontalen Membran mit einem Knochentransplantat stellt demzufolge eine attraktive Behandlungsmöglichkeit dar (Abb. 2 a, b, c). Die ersten Ergebnisse von Schallhorn et al.,

1988, (Abb. 4 a, b) deuten darauf hin, daß eine vollständige Furkationsauffüllung mit Hilfe dieser therapeutischen Kombination befördert werden kann.



Abb. 1 a: Furkation Grad II am unteren 46 Molaren, kombiniert mit schüsselförmigem Defekt der distalen Wurzel



Abb. 1 b: Auffüllung des Knochendefektes mit  $\beta$ -Trikalziumphosphat als alloplastischer Knochenersatz



Abb. 2 a: Zustand nach manueller und maschineller Wurzelglättung eines Bifurkationsdefektes des II. Grades an 26



Abb. 2 b: Auffüllung des Defektes mit alloplastischen Knochenersatzgranulaten



Abb. 2 c: Anpassung und Adaptierung einer nicht resorbierbaren Membran (Goretex)



Abb. 3

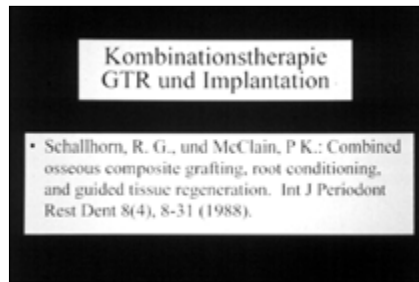


Abb. 4 a

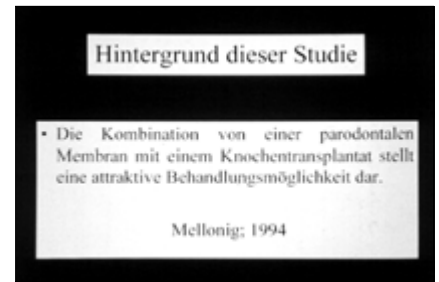


Abb. 4b

Ziel vorliegender Studie war es:

Unter klinisch kontrolliertem Vorgehen die Effektivität der konservativen und chirurgischen Parodontitistherapie mit und ohne Membrantechnik und Implantation von Trikalziumphosphat-Granulat als „Knochenersatz“ an Molaren mit fortgeschrittenen Furkationsdefekten (Grad II) longitudinal zu überprüfen.

## Material und Methoden

78 Patienten im Alter von 43 bis 57 Jahren, die überwiegend an die Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde der ehemaligen MAE überwiesen worden waren, wurden in die Untersuchungen einbezogen.

Alle Probanden waren frei von systemischen inneren Erkrankungen (Abb. 5). Die Patienten litten jedoch an einer fortgeschrittenen Parodontitis. Ferner hatten sie mindestens zwei

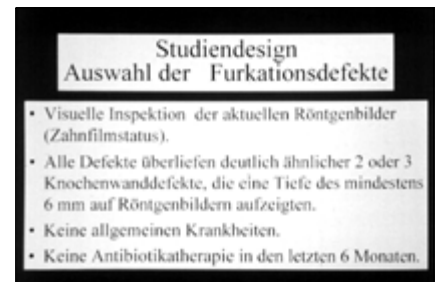


Abb. 5

Tabelle 1: Aufbau der Untersuchung

	<b>Gruppe (A)</b>	<b>Gruppe (B)</b>	<b>Gruppe (C)</b>	<b>Gruppe (D)</b>
<b>Anzahl der Patienten</b>	20	19	18	21
<b>Anzahl der Defekte</b>	25	25	24	22
<b>Anzahl der Meßpunkte</b>	68	65	68	64
<b>Therapie</b>	DS	MWF	GTR	GTR+
<b>Erkrankung</b>	RPP (fortgeschrittene proximale Defekte)			
<b>Untersuchungs-Parameter</b>	ST, v-AV, h-AT, Rez., SLI, GI, und Mikrobiologische Test (ANAWA) (ST= Sondierung der Taschentiefe), (v-AV= vertikale Attachmentverlust), (h-AV= horizontale Attachmentverlust), (GI=Gingivaindex nach Loe und Silnes), (SLI= Plaqueindex nach Silnes und Loe) (Rez.= Gingivarezession)			
<b>DS</b>	Deep scaling			
<b>MWF</b>	Modifizierte-Widman-Lappen-Operation			
<b>GTR</b>	Gesteuerte Geweberegeneration			
<b>GTR+</b>	Gesteuerte Geweberegeneration plus alloplastischem Material Illmaplant (Trikalziumphosphat)			
<b>Kontroll-Zeiträume</b>	Ausgangsbefund (-6 Wo), Reevaluation nach Initialbehandlung (0), 1. – 5. Kontrolluntersuchung (KU 1 – KU 5) nach 9 Monaten, 1, 2, 3, 4 und 5 Jahren			
<b>Auswertung</b>	t-Test nach Student für unabhängige und abhängige Stichproben Präsentation repräsentativer Einzeldaten			



	Zahl der Defekte	Zahl der flächenbezogenen Defekte	Therapie/ Zahl des Eingriffes	Verteilung der betroffenen Molaren		Verwendete Membrane
				OK-Molaren	UK-Molaren	
<b>Gruppe (A)</b>	25	68	DS/17	12 Defekte/ 33 Flächen	13 Defekte/ 35 Flächen	–
<b>Gruppe (B)</b>	25	65	MWF/16	13 Defekte/ 32 Flächen	12 Defekte/ 33 Flächen	–
<b>Gruppe (C)</b>	24	68	GTR/16	11 Defekte/ 32 Flächen	13 Defekte/ 36 Flächen	Nicht-resorbierbare Membranen*
<b>Gruppe (D)</b>	22	64	GTR+/17	10 Defekte/ 30 Flächen	12 Defekte/ 34 Flächen	Nicht-resorbierbare Membranen*
<b>Total</b>	96	265		46 Defekte/ 127	50 Defekte/ 128	

\* Expandierte PTFE-Membran (Gore-Tex Parodontalmaterial: W. L. Gore)

Tabelle 2: Übersicht über Therapieaufwand in allen Gruppen

oder mehr Zähne (Molaren) mit Furkationsdefekten des II. Grades. Die Furkationen waren fortgeschritten und wiesen zum größten Teil einen kombinierten schüsselförmigen Defekt auf. Jedem Patienten wurde das Verfahren detailliert beschrieben. Das Einverständnis der Ethikkommission (MAE) zum Studiendesign lag vor.

Sechs Wochen nach Abschluß der Initialbehandlung erfolgte die Zuordnung der Patienten zu den Therapiegruppen.

Geprüfte Untersuchungsparameter sind in Tabelle 1 deutlich ersichtlich. Zur Dokumentation kamen Ausgangsbefund, Ergebnisse der Basistherapie, Ergebnisse nach 9 Monaten sowie nach 1, 2, 3, 4 und 5 Jahren nach Abschluß der jeweiligen Therapievariante. Die statistische Bearbeitung der Ergebnisse erfolgte mittels F-Test für abhängige und unabhängige Stichproben.

### Ergebnisse

Aufgrund von anatomischen Unterschieden sowie der Reaktion auf die Behandlung wurden die Unter- und Oberkiefermolaren für die Analyse getrennt gruppiert (Tabelle 2).

### Ergebnisse der einzelnen Parameter

Nach Abschluß der jeweiligen Therapievariante zeigte sich nach neun Monaten in allen Untersuchungsgruppen eine signifikante Reduktion aller ange-

wandten klinischen Parameter mit Ausnahme der Rezession. Die durchgehend höchsten Rezessionswerte resultierten nach MWF (Tabellen 3, 4, 5 und 6).

Die Messungen der Sondierungstiefen ergaben nach 9 Monaten in Unterkie-

Tabelle 3: Therapieergebnisse des Furkationsbefalles II. Grades im Unterkiefermolaren nach Deep scaling (DS), modifizierter Widman-Lappenoperation (MWF), gesteuerter Geweberegeneration (GTR) und gesteuerter Geweberegeneration mit Knochenersatzgranulat (GTR+) anhand der klinischen Untersuchungsparameter Gingivaretraktion, vertikaler Attachmentverlust (v-AV) und der Sondierungstiefen im Vergleich von Ausgangsbefund (-6), Basistherapieergebnis (Ausgangsbefund, 0), 9-Monate sowie 1-5-Jahreskontrollen; x - Mittelwerte, s - Standardabweichung, \* - signifikanter Unterschied innerhalb der Behandlungszeiträume, + - signifikanter Unterschied zwischen den Therapievarianten; p < 0.05)

	Rezession (R)				Sondierung des vertikalen Attachmentniveaus (v-AV)				Sondierung der Taschentiefen (ST)			
	Gruppen				Gruppen				Gruppen			
	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D
-6W	0,67 0,39	0,77 0,43	0,60 0,34	0,56 0,47	7,15 0,52	7,18 0,55	7,24 0,55	7,28 0,58	6,37 0,08	6,42 0,47	6,33 0,56	6,40 0,62
Ausgangsbefund	0,90 0,57	1,0 0,6	0,95 0,57	0,85 0,54	7,05 0,46	7,12 0,52	7,20 0,53	7,0 0,41	5,88 0,18	6,1 0,41	5,94 0,65	6,05 0,58
9 Monaten	1,47 0,57	2,30 0,28	1,70 0,57	1,69 0,57	5,68 0,29	5,38 0,52	4,50 0,59	4,38 0,38	4,49 0,09	4,14 0,61	2,60 0,43	2,5 0,40
1 Jahr	1,55 0,6	2,45 0,32	1,71 0,71	1,75 0,76	5,79 0,26	5,49 0,54	4,60 0,61	4,40 0,53	4,55 0,26	4,28 0,72	2,60 0,43	2,5 0,31
2 Jahre	1,60 0,62	2,50 0,35	1,88 0,74	1,80 0,79	5,87 0,47	5,70 0,54	4,65 0,63	4,45 0,57	4,79 0,54	4,60 0,69	2,95 0,4	2,79 0,42
3 Jahre	1,60 0,62	2,50 0,31	1,95 0,75	1,80 0,79	5,92 0,53	5,80 0,66	4,70 0,64	4,50 0,59	4,88 0,4	4,79 0,76	3,10 0,46	3 0,40
4 Jahre	1,68 0,5	2,50 0,31	2,1 0,65	1,85 0,82	6 0,68	5,94 0,7	4,77 0,65	4,50 0,59	5,14 0,38	4,98 0,89	3,2 0,43	3,1 0,43
5 Jahre	1,76 0,72	2,55 0,35	2,15 0,73	1,97 0,67	6,25 0,73	6,15 1,07	5 0,7	4,70 0,67	5,3 0,54	5,27 1	3,24 0,44	3,2 0,45

ferfurkationen eine stärkere Verringerung, ebenso durch GTR und GTR+.

Im statistischen Vergleich der Therapievarianten für die Unterkieferfurkationen untereinander resultierte schon nach 9 Monaten nach GTR und GTR+ ein höherer vertikaler Attachmentgewinn (2,20 und 2,30 mm) als nach DS bzw. MWF (0,80 und 0,97 mm).

Die Entwicklung der Wundheilung nach 9 Monaten in den Unterkieferfurkationsregionen sowohl nach GTR als auch nach GTR+ war durch signifikant höheren horizontalen Attachmentgewinn charakterisiert als die im Oberkieferfurkationsmolaren (2,60 mm und 2,93 mm gegenüber 1,28 und 1,10 mm).

Bezüglich der Plaque (SLI) und Blutungsparameter (GI) war ein unterschiedlicher Verlauf zwischen den Gruppen zu verzeichnen. Die Behandlungsergebnisse durch DS und MWF zeigten einen deutlich wellenförmigen Verlauf. Hierbei wurde auffällig, daß nach GTR und GTR+ der SLI und GI die stabilsten Verläufe aufwiesen und mit großem Abstand zu anderen Therapiemodalitäten signifikant niedrigere Werte aufwiesen.

## Analyse der longitudinalen Veränderungen

1. Die Analyse der longitudinalen Veränderungen im horizontalen und vertikalen Attachmentniveau sowie die Sondierungstiefen für beide Unter- und Oberkieferfurkationsmolaren zeigten, daß sich die umfangreichsten Attachmentgewinne innerhalb des ersten Kontrolljahres ereigneten. Dabei führte die GTR und GTR+ in der zweiten Hälfte des Untersuchungszeitraumes zu höherer Stabilität der Ergebnisse mit weniger Meßpunkten mit Attachmentverlust als nach DS, MWF.

Ein Vergleich der Operationsergebnisse nach 5 Jahren mit und ohne parodontaler Membran (auch zwischen der Behandlung mit GTR allein

	Sondierung des horizontalen Attachmentniveaus (h-AV)				Blutung nach Sondierung (GI)				Plaque (SLI)				
	Gruppen				Gruppen				Gruppen				
	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	
-6W	4,90 0,92	5,2 0,98	5,0 0,66	5,15 0,63	1,84 0,4	1,76 0,49	1,77 0,58	1,80 0,27	1,66 0,2	1,56 0,31	1,80 0,36	1,76 0,26	X S
Ausgangsbefund	5 0,90	4,88 0,97	5,1 0,67	5,15 0,66	0,54 0,52	0,71 0,63	0,55 0,51	0,67 0,47	0,54 0,5	0,51 0,44	0,55 0,38	0,48 0,51	X S
9 Monaten	4,1 0,65	3,70 0,54	2,50 0,66	2,22 0,66	0,45 0,38	0,48 0,63	0,40 0,52	0,36 0,43	0,55 0,53	0,46 0,6	0,30 0,43	0,35 0,51	X S
1 Jahr	4,10 0,85	3,90 0,61	2,60 0,48	2,30 0,74	0,67 0,64	0,55 0,73	0,39 0,74	0,42 0,47	0,55 0,53	0,50 0,44	0,40 0,5	0,42 0,51	X S
2 Jahre	4,5 0,81	4,03 0,59	2,8 0,47	2,5 0,77	0,64 0,70	0,66 0,64	0,41 0,65	0,49 0,36	0,73 0,64	0,76 0,6	0,37 0,65	0,40 0,5	X S
3 Jahre	4,65 0,64	4,15 0,74	2,85 0,48	2,60 0,49	0,73 0,77	0,70 0,72	0,50 0,76	0,40 0,65	0,71 0,61	0,74 0,44	0,40 0,58	0,37 0,63	X S
4 Jahre	4,88 0,72	4,30 1,1	2,85 0,47	2,68 0,51	0,69 0,74	0,77 0,81	0,46 0,61	0,51 0,51	0,60 0,70	0,67 0,47	0,38 0,74	0,33 0,47	X S
5 Jahre	5 0,72	4,42 0,65	3 0,47	2,92 0,42	0,75 0,87	0,63 0,83	0,50 0,73	0,46 0,54	0,69 0,81	0,70 0,52	0,40 0,55	0,37 0,39	X S

Tabelle 4: Therapieergebnisse des Furkationsbefalles II. Grades im Unterkiefermolaren nach Deep scaling (DS), modifizierter Widman-Lappenoperation (MWF), gesteuerter Geweberegeneration (GTR) und gesteuerter Geweberegeneration mit Knochenersatzgranulat (GTR+) anhand der Hartgewebmessungen (horizontaler Attachmentverlust, h-AV), der Plaque Untersuchungsparameter Plaque-Index (SLI) und Entzündungsindex (GI), im Vergleich von Ausgangsbefund (-6), Basistherapieergebnis (Ausgangsbefund, 0), 9-Monate sowie 1-5-Jahreskontrollen; x - Mittelwerte, s - Standardabweichung, \* - signifikanter Unterschied innerhalb der Behandlungszeiträume, + - signifikanter Unterschied zwischen den Therapievarianten; p < 0.05)

	Rezession (R)				Sondierung des vertikalen Attachmentniveaus (v-AV)				Sondierung der Taschentiefen (ST)				
	Gruppen				Gruppen				Gruppen				
	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	
-6W	0,65 0,36	0,58 0,39	0,64 0,58	0,46 0,26	7,38 0,50	7,28 0,53	7,14 0,52	7,16 0,60	6,73 0,48	6,66 0,50	6,14 0,53	6,25 0,59	X S
Ausgangsbefund	0,93 0,56	1,0 0,60	1,0 0,64	1,0 0,69	7,2 0,48	6,93 0,49	7,0 0,51	7,10 0,45	6,22 0,20	6,10 0,38	6,05 0,68	6,3 0,52	X S
9 Monaten	1,40 0,52	2,1 0,29	2,0 0,31	2,0 0,32	6,20 0,30	6,0 0,55	5,64 0,62	5,47 0,40	5,10 0,12	4,90 0,65	4,5 0,45	4,40 0,44	X S
1 Jahr	1,45 0,55	2,22 0,5	2,0 0,32	2,0 0,32	6,37 0,30	6,18 0,57	5,75 0,58	4,59 0,49	5,20 0,30	4,95 0,69	4,5 0,39	4,43 0,35	X S
2 Jahre	1,45 0,59	2,47 0,62	2,20 0,58	2,14 0,42	6,50 0,50	6,30 0,49	5,80 0,67	5,55 0,62	5,40 0,51	5,0 0,72	4,63 0,7	4,50 0,45	X S
3 Jahre	1,45 0,59	2,50 0,51	2,25 0,55	2,20 0,52	6,55 0,51	6,35 0,69	5,80 0,61	5,63 0,55	5,60 0,6	5,17 0,74	4,80 0,51	4,56 0,38	X S
4 Jahre	1,50 0,63	2,50 0,73	2,30 0,67	2,30 0,73	6,65 0,64	6,40 0,10	5,88 0,61	5,75 0,62	5,80 0,34	5,29 0,85	4,90 0,41	4,70 0,46	X S
5 Jahre	1,50 0,68	2,55 0,77	2,40 0,56	2,36 0,56	6,77 0,71	6,56 1,12	5,97 0,9	5,89 0,70	5,90 0,57	5,37 2,0	5,0 0,48	4,88 0,42	X S

Tabelle 5: Therapieergebnisse des Furkationsbefalles II. Grades im Oberkiefermolaren nach Deep scaling (DS), modifizierter Widman-Lappenoperation (MWF), gesteuerter Geweberegeneration (GTR) und gesteuerter Geweberegeneration mit Knochenersatzgranulat (GTR+) anhand der klinischen Untersuchungsparameter Gingivaretraktion, vertikaler Attachmentverlust (v-AV) und der Sondierungstiefen im Vergleich von Ausgangsbefund (-6), Basistherapieergebnis (Ausgangsbefund, 0), 9-Monate sowie 1-5-Jahreskontrollen; x - Mittelwerte, s - Standardabweichung, \* - signifikanter Unterschied innerhalb der Behandlungszeiträume, + - signifikanter Unterschied zwischen den Therapievarianten; p < 0.05)

und GTR plus Knochenersatzgranulat) für die Behandlung von Furkationsinvasionen im Oberkiefer ergaben keine statistischen Unterschiede der Sondierungstiefen und dem Zuwachs

im vertikalen Attachmentniveau. Es lag jedoch ein statistischer Unterschied im horizontalen Attachmentniveau vor, aber ohne klinische Bedeutung.

	Sondierung des horizontalen Attachementniveaus (h-AV)				Blutung nach Sondierung (GI)				Plaque (SLI)				
	Gruppen				Gruppen				Gruppen				
	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	
-6W	4,90 0,90	5,21 0,95	5,06 0,64	5,15 0,65	1,84 0,5	1,76 0,45	1,77 0,54	1,80 0,25	1,66 0,1	1,56 0,36	1,80 0,32	1,76 0,30	X S
Ausgangsbefund	4,97 0,87	5,15 0,94	5,10 0,70	5,20 0,68	0,54 0,51	0,71 0,59	0,55 0,56	0,67 0,50	0,58 0,4	0,50 0,48	0,55 0,34	0,63 0,49	X S
9 Monaten	4,20 0,61	4,40 0,57	4,0 0,64	3,92 0,64	0,48 0,34	0,56 0,66	0,42 0,53	0,30 0,45	0,35 0,48	0,36 0,5	0,32 0,39	0,40 0,47	X S
1 Jahr	4,40 0,82	4,48 0,58	4,20 0,42	4,0 0,70	0,58 0,61	0,58 0,76	0,50 0,79	0,52 0,48	0,72 0,56	0,66 0,49	0,49 0,6	0,52 0,57	X S
2 Jahre	4,60 0,79	4,66 0,56	4,30 0,45	4,10 0,75	0,76 0,75	0,69 0,60	0,41 0,68	0,38 0,31	1,09 0,68	0,93 0,7	0,59 0,62	0,60 0,4	X S
3 Jahre	4,86 0,67	4,88 0,72	4,48 0,41	4,45 0,45	0,88 0,72	0,75 0,69	0,39 0,71	0,40 0,62	0,75 0,65	0,70 0,41	0,45 0,46	0,48 0,67	X S
4 Jahre	5,10 0,69	5 1,2	4,58 0,48	4,33 0,49	0,81 0,73	0,74 0,85	0,40 0,65	0,45 0,48	0,85 0,75	0,87 0,45	0,43 0,39	0,40 0,43	X S
5 Jahre	5,26 0,74	5,20 0,61	4,66 0,46	4,46 0,39	0,70 0,85	0,63 0,87	0,44 0,77	0,42 0,58	0,80 0,78	0,77 0,56	0,50 0,51	0,47 0,32	X S

*Tabelle 6: Therapieergebnisse des Furkationsbefalles II.Grades im Oberkiefermolaren nach Deep scaling (DS), modifizierter Widman-Lappenoperation (MWF), gesteuerter Geweberegeneration (GTR) und gesteuerter Geweberegeneration mit Knochenersatzgranulat (GTR+) anhand der Hartgewebmessungen (horizontaler Attachmentverlust, h-AV), der Plaque Untersuchungsparameter Plaque-Index (SLI) und Entzündungsindex (GI), im Vergleich von Ausgangsbefund (-6), Basistherapieergebnis (Ausgangsbefund, 0), 9-Monate sowie 1-5-Jahreskontrollen ; x - Mittelwerte, s - Standardabweichung, \* - signifikanter Unterschied innerhalb der Behandlungszeiträume, + - signifikanter Unterschied zwischen den Therapievarianten; p < 0.05)*

2. Eine weitere Analyse der longitudinalen Veränderungen des horizontalen Attachementniveaus zwischen Unter- und Oberkieferfurkationen ergab jedoch einen statistischen Unterschied von großer Signifikanz zugunsten der Unterkieferfurkationen.

3. Eine weitere Analyse der Daten des mandibulären, horizontalen Sondierungsattachments ergab, daß nur 2 von 25 aller mit Membran behandel-

ten Unterkieferfurkationsdefekte völlig geschlossen waren. 56,8 % aller Furkationsdefekte der betroffenen Molaren in Gruppe C und D wiesen bei der Sondierung eine horizontale Tiefe von knapp weniger als 3 mm bis Untersuchungsende auf.

Im Oberkiefer dagegen wurde zwischen membran- und nichtmembranbehandelten Furkationsdefekten nur ein geringerer statistischer Unter-

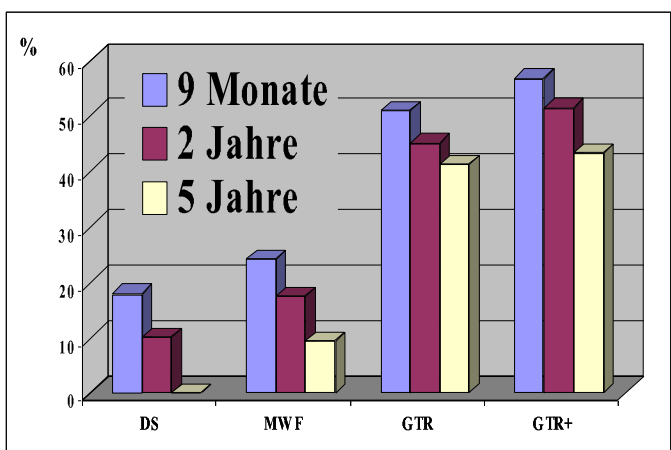
schied festgestellt, aber ohne klinische Bedeutung (Tabellen 7 und 8). Der parodontalen Sonde gelang es, den Gewölbebogen der Furkation in den restlichen Defekten mit einer unterschiedlichen Tiefe zu durchdringen. Dies steht im Widerspruch zu den 14 von insgesamt 21 vollständig geschlossenen Furkationen, die in einer Untersuchung von Schallhorn (1988) beobachtet wurden und ebenso zu 6 von 12 beobachteten Furkationen in einer Untersuchung von Pontoriero (1988).

**Schlußfolgerung und Diskussion**

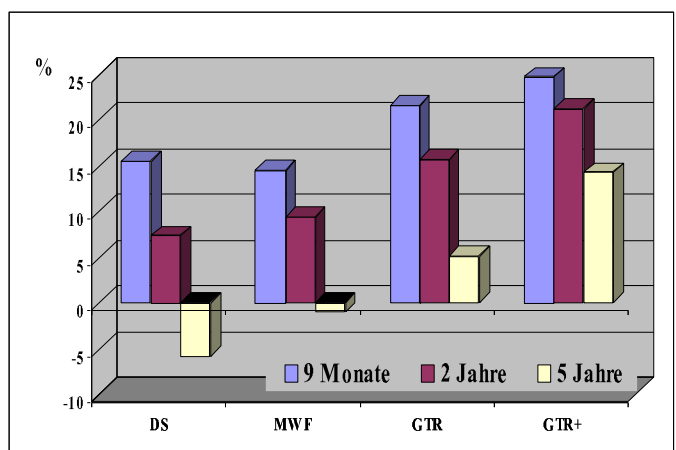
Die Daten dieser Studie weisen aus, daß mittels aller geprüften Therapievarianten positive Ergebnisse erzielt, aber langfristig nur bei den Gruppen C und D aufrechterhalten werden können, was im Einklang mit anderen Untersuchungen steht. Dies bestätigten neuere Ergebnisse bei kurzfristiger Kontrolle nach Verwendung resorbierbarer als auch nichtresorbierbarer Membranen.

Deshalb kann man folgendes schlußfolgern:

1. Die zusätzliche Applikation eines Knochenersatzgranulates führte nicht zu einem signifikant verbesserten Zuwachs des vertikalen oder horizontalen Attachementniveaus gegenüber alleiniger GTR, was besonders die hohe Variationsbreite der Einzeldaten aus-



*Abb. 6: Prozentuale Knochenauffüllung der Unterkieferfurkation während der 5-Jahresstudie*



*Abb. 7: Prozentuale Knochenauffüllung der Oberkieferfurkation während der 5-Jahresstudie*

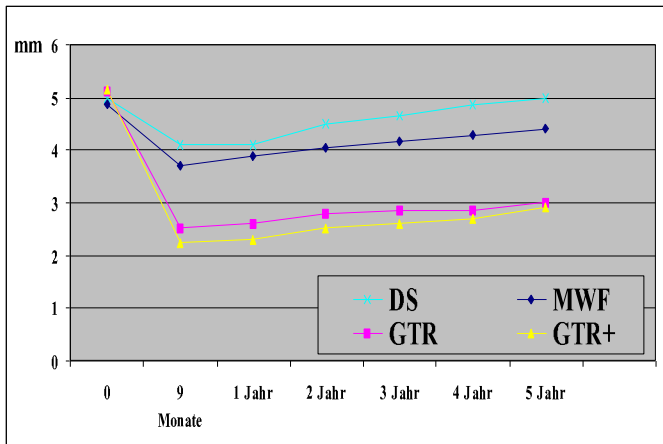


Abb. 8: Longitudinale Veränderung des horizontalen Attachmentniveaus der Unterkieferfurkation

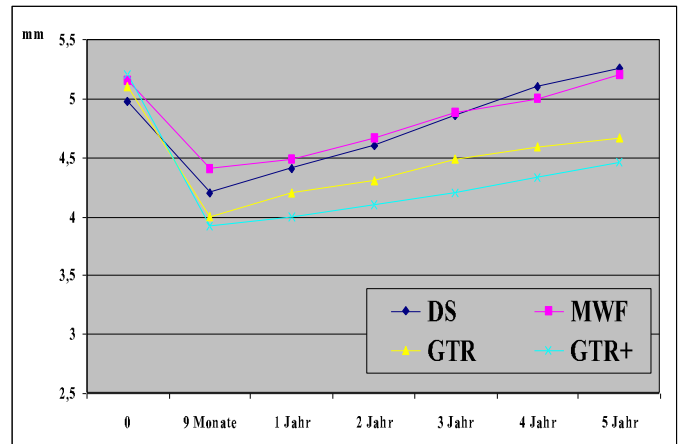


Abb. 9: Longitudinale Veränderung des horizontalen Attachmentniveaus der Oberkieferfurkation

	OK-Furkationen										
	0		9 Monate			2 Jahre			5 Jahre		
	F2	F1	F2	F1	F2	F3	F1	F1	F3		
<b>Gruppe A (DS)</b>	13	-	13	-	11	2	-	-	5		
<b>Gruppe B (MWF)</b>	12	-	12	-	11	1	-	-	3		
<b>Gruppe C (GTR)</b>	13	7	6	6	7	-	4	4	-		
<b>Gruppe D (GTR+)</b>	12	8	4	7	5	-	6	6	-		

Tabelle 7. Dynamik der Furkationsentwicklung im UK-Molaren

	OK-Furkationen										
	0		9 Monate			2 Jahre			5 Jahre		
	F2	F1	F2	F1	F2	F3	F1	F1	F3		
<b>Gruppe A (DS)</b>	12	-	12	-	9	3	-	7	6		
<b>Gruppe B (MWF)</b>	13	1	12	-	11	2	-	9	4		
<b>Gruppe C (GTR)</b>	11	4	7	4	7	-	3	8	-		
<b>Gruppe D (GTR+)</b>	10	4	6	4	6	-	4	6	-		

Tabelle 7. Dynamik der Furkationsentwicklung im OK-Molaren

weist. Damit stimmen wir mit Wallace et al., 1994, überein und stehen im Widerspruch zu vielen anderen Autoren.

Interessant ist die hohe Stabilität der GTR-Ergebnisse (Gruppe C und D in Unterkieferfurkationen) im Fünfjahreszeitraum bei gleichfalls bestem Verlaufsmuster des GI und SLI. Anhand dieser Ergebnisse sind annähernd 56,8 % der Unterkiefermolaren und ihre beteiligten Flächen in den Gruppen C und D schon nach einem Jahr

und bis Untersuchungsende (5 Jahre) stabil geblieben. Das betrifft besonders die Werte der Sondierungstiefe und des Attachmentniveaus.

Diese Stabilität der Werte war selbst bei den UK-Furkationsmolaren besonders für C und D Gruppen höher bei Patienten, die sich einer intensiveren Erhaltungstherapie unterzogen hatten. Dies deutete auf eine starke Korrelation zwischen Mundhygiene und Langzeitstabilität der regenerierten Flächen

hin. Eine Begründung dieser Tatsache könnte auf die Verbesserung der anatomischen Situation im Furkationsbereich und damit die Schaffung optimaler Voraussetzungen für eine effektive häusliche Mundhygiene zurückgeführt werden.

### Letzter Kommentar:

Die geringeren Regenerationsleistungen des vertikalen Attachmentniveaus im Oberkieferfurkationsbereich sind auf die häufige Vergesellschaftung mit schüsselförmigen Defekten zurückzuführen. Demzufolge stellt die strikte Einhaltung der Indikation eine unabdingbare Voraussetzung für den Behandlungserfolg dar (Gottlow; 1994). Das Ausmaß der signifikanten Unterschiede von durchschnittlich 1,5 mm Attachmentgewinn zwischen den Therapievarianten GTR und DS bzw. MWF relativiert allerdings Ergebnisse im gewissen Umfang.

Die Oberkiefermolaren stellen einzigartige therapeutische Herausforderungen dar, die bei vielwurzeligen Unterkieferzähnen nicht vorkommen. Der Furkationsbefall, insbesondere interproximal, ist häufig schwierig zu sondieren und demzufolge zu beurteilen. Neben der komplexen Binnenanatomie einer Trifurkation bereitet der Zu-

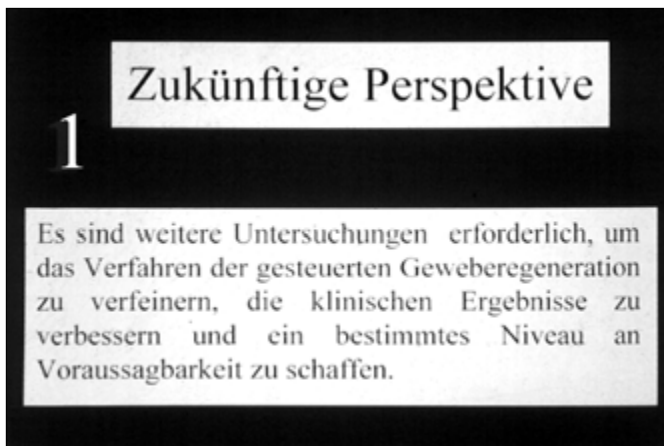


Abb. 10

gang Schwierigkeiten bei der Durchführung einer angemessenen Reinigung. Die Breite des Eingangs der Oberkieferfurkation ist oft unzureichend, um einen Eintritt der Kürette zu ermöglichen. Eine gebogene Sonde ist von entscheidender Bedeutung für die klinisch geschätzte Diagnose des Defektes (Grad II oder III.). Schall und Ultraschallinstrumente können einen Furkationszugang ermöglichen. Sie sind jedoch nicht in der Lage, die gewundenen inneren Kurven und Fur-

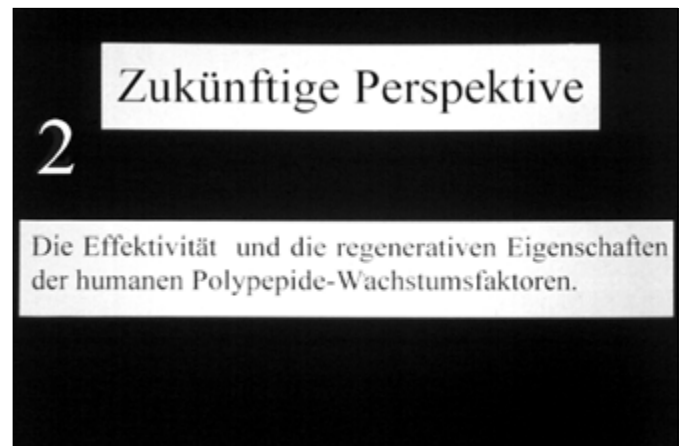


Abb. 11

chen zu überwinden. Ein potentielles Problem bei der Plazierung von parodontalen Membranen ist die dünne kortikale Platte, die sich über der mesiobukkalen Wurzel befindet. Diese kann sich beim Reentry entweder als Deshiszenz oder Fenestration erweisen. Eine völlige Isolation der interproximalen Furkation während der Positionierung der Barrieremembran, insbesondere bei gleichzeitiger Behandlung multipler Furkationseingänge, ist technisch aufwendig.

Zukünftig stehen die folgenden offenen Fragen allen an der Thematik „Parodontale Regeneration“ interessierten Kollegen zur Diskussion (Abb. 10 und 11)!

**Anschrift des Autors:**

*Dr. med. George Gabbour  
Wartburgstraße 63  
99094 Erfurt*

**Abgeschlossene Promotionsverfahren der Zahnheilkunde an der FSU Jena vom Juli 1998 bis Dezember 1998**

**Kirsten Röhrich**

„Untersuchungen zur Unterkieferentwicklung nach Transplantation eines autogenen dorsalen Rippensegments an Patienten mit hemifazialer Mikrosomie im wachstumsfähigen Alter“

**Christian Unger**

„Der Einfluß plastischer Füllungsmaterialien auf das Demineralisierungsverhalten kavitätennaher Schmelzbereiche in vitro“

**Annette Kober**

„Langzeit-EKG-Untersuchungen bei ambulanten zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen in Lokalanästhesie – Ein Beitrag zur Abschätzung des kardialen Risikos“

**Christina Schwalm**

„In vitro-Chemotaxis sulkulärer PMNL bei Patienten mit verschiedenen Formen der Parodontitis marginalis“

**Matthias Beier**

„CT-Diagnostik von Raumforderungen der Weichteile im Kiefer-Gesichts-Halsbereich“

**Eyck Hauer**

„Orale Laktobazillenbefunde zur Vorhersage eines Kariesrisikos – Eine klinisch mikrobiologische Untersuchung“

**Bastian Kobes**

„Haftung verschiedener Dentalzemente an unterschiedlich konditionierten Titanoberflächen“

**Jens Köhler**

„Ursachen für Zahnextraktionen in den neuen deutschen Bundesländern“

**Dipl.-Stom. Olaf Noack**

„Untersuchungen zum oralen Gesundheitszustand hospitalisierter und nichthospitalisierter Senioren sowie der Mundtrockenheit (Xerostomie) infolge regelmäßiger Medikamenteneinnahmen“

## Aufbrüche

### Feierliche Verabschiedung für 53 Zahnmedizinstudenten

Am 29. Januar 1999 endete für 53 Zahnmedizinstudenten die Zeit des Studiums. Zwar hatten sie sich lange auf den Tag der Zeugnisübergabe gefreut, aber es stellte sich auch die Ambivalenz des Ereignisses heraus, der nun folgende Aufbruch ins Berufsleben, weg von vertrauter Umgebung, weg von Freunden, weg von der Betreuung durch Professoren und Assistenten, die sie jederzeit um Rat fragen konnten, und hinein in einen vielfach rauhen Alltag mit ganz anderen, noch weitestgehend unbekanntem Zwängen.

Fast vollzählig waren die Absolventen der Einladung des Vereins zur Förderung von Lehre und Forschung in der Zahnmedizin an der Friedrich-Schiller-Universität Jena zu ihrer feierlichen Verabschiedung gefolgt.

Festlich gekleidet erschienen sie mit ihren Partnern und Eltern, die ja vielfach die Zeit des Studiums nicht nur finanziell, sondern auch moralisch unterstützt haben. Nach den Klängen des „Richter-Trios“, den Begrüßungsworten des Fördervereinsvorsitzenden, Prof. Dr. Eike Glockmann, und den Abschiedsworten des Geschäftsführenden Direktors, Prof. Dr. Heinz Graf, folgten alle Anwesenden gespannt den fesselnden Ausführungen von Prof. Dr. Axel Stelzner, der als Mitglied des Rates der Medizinischen Fakultät der FSU Jena die Festrede mit dem Thema „Aufbrüche“ hielt und den Bogen spannte von der Gründung der Jenaer Hohen Schule vor 450 Jahren über viele nachfolgende historische Ereignisse in Jena und von Jena ausgehend, so daß alle Absolventen im nachhinein stolz sein konnten, ihr Studium an einer so geschichtsträchtigen Universität absolviert zu haben.

Dr. Joachim Richter, Mitglied des Vorstandes der Landes Zahnärztekam-



*Übergabe der Examenszeugnisse an die Absolventen der Zahnmedizin durch Prof. Dr. Graf und Prof. Dr. Glockmann*

*Foto: FSU Jena*

mer Thüringen, hieß die Absolventen im Kreis der Zahnärzte willkommen und versuchte, ihnen bei allen derzeitigen Schwierigkeiten Mut zu machen, vor allem Mut zum Engagement.

Die anschließende Ausgabe der Zeugnisse konnte, durch die Sponsoren Jena-Dental und Vivadent unterstützt, erweitert werden um die Überreichung eines Fachbuches der zahnärztlichen Prophylaxe, das auf den Start in den Beruf prägend einstimmen soll.

Nach einem Glas Sekt, mit dem auf die neue Berufswürde in großer Runde angestoßen wurde, führte Prof. Dr. Edwin Lenz die Gäste durch die Zahnklinik.

Der Abend klang aus mit einem festlichen Ball im Hotel Esplanade, bei dem in einem Programm nochmals

die verschiedenen Stationen des Studiums skizziert wurden und bei dem in vielen Gesprächen, bei Wein und Tanz Glückwünsche übermittelt wurden. Es wurde sich aber auch verabschiedet von einer mehr als 5jährigen Lebensphase, von einer Stadt in allen Umbrüchen der letzten Jahre und von den Mitgliedern des Lehrkörpers der Medizinischen Fakultät der FSU, die bei der Ausbildung der Zahnmedizinstudenten tätig waren.

*Gisela Klinger*

## „State of the Art Mucogingival Surgery“ „Autogenous Bone Crafting“

Mit einem großartigen Programm starteten die Oberbayerischen Zahnärzte wieder ihren alljährlichen Einstieg in das Fortbildungsszenario des laufenden Jahres. Und es war ihnen, wie immer, gelungen. Trotzdem blieb die Spannung, ob der Erfolg der letzten Jahre am Spitzingsee der neuen Mannschaft mit Dr. Martin Reissig als neuem Vorsitzenden des Zahnärztlichen Bezirksverbandes Oberbayern weiterhin beschieden bleibt. Dr. Mühlbauer hatte seinen langjährigen ZBV-Vorsitz zur Verfügung gestellt, um einer neuen Mannschaft mit neuen Ideen Platz zu machen und ist nun Ehrenvorsitzender. Dr. Bauer, der wissenschaftliche Organisator des „Spitzingsee“ hatte sich in den verdienten standespolitischen Ruhestand begeben.

Bemerkenswert: Dem neuen Vorstand mit Dr. Martin Schubert als 2. Vorsitzenden und nun Hauptverantwortlichen für die Winterfortbildung war es gelungen, mit Prof. Mick R. Dragoo aus den USA einen sehr guten „Akteur“ zu gewinnen. Dragoo nur als Referenten zu bezeichnen würde den Rahmen der Fortbildung stark einengen.

Im Seminarzentrum des Arabella-Spitzingsee-Hotels wurde ein Raum zur Ordination umfunktioniert, in dem die Live-Operationen vorgenommen und mittels einer Video-Anlage in den Tagungsraum übertragen wurden. Prof. Dragoo kommentierte alle Behandlungsschritte step by step und Rückfragen der Seminarteilnehmer während der Operationen wurden sofort beantwortet. Aus der Vielzahl der dargebotenen mukogingival- und parodontal-chirurgischen Eingriffe faszinierte besonders die Auffüllung solitärer Knochentaschen mit Knochenautotransplantat. Das benötigte Knochenmaterial wurde aus der Tuberregion im Oberkiefer gewonnen und damit die Knochentasche aufgefüllt.

So unüblich und für den versierten Parodontologen recht einfach im handling alle Operationsverfahren in ihren Techniken waren – hier überzeigte langjährige Vervollkommnung des mikrochirurgischen Handwerks. Manche Dinge riefen denn doch erschrockene Reaktionen im Auditorium hervor. Der Tuber, die heiligste topografische Region des Total- und Hybridprothetikers, wurde zwecks par-

odontologischer Restauration „mißbraucht“. Allerdings ist, nach Worten von Prof. Dragoo, in der Heilungsphase nicht mit einer negativen anatomischen Veränderung der Tuberregion zu rechnen. Wurzel- und Knochenglättung wurden mit der Turbine und einem Gelbringdiamanten vorgenommen. Die „Bewässerung“ des Op-Feldes provozierte im Seminar ein Aufstöhnen des Entsetzens. Letztlich wurden aber alle Teilnehmer wieder durch die praxisnahen Demonstrationen versöhnt.

Die gesamte Technik wurde von der Fortbildungsakademie der Bayerischen Landeszahnärztekammer zur Verfügung gestellt incl. des Personals. Jeder Seminarteilnehmer erhält auf Wunsch ein Video aller Operationen dieses Seminars. So bleibt dem Teilnehmer die phantastische Möglichkeit, die von ihm miterlebten chirurgischen Eingriffe autodidaktisch zu rekapitulieren – für einen sehr moderaten Unkostenbeitrag. Dies ist nur möglich, wenn hochanspruchsvolle Kurse und Seminare nicht durch professionelle Anbieter vermarktet werden.

Komplettiert wurde die Fortbildung durch die nur auf dieses Thema bezogene Dentalausstellung. Prof. Dragoo hatte während der Behandlungen alle Materialien und Instrumente entsprechend für die jeweilige Op vor- und dargestellt, in der Ausstellung waren die ersten Preisorientierungen möglich.

Abgerundet wurde der diesjährige „Spitzingsee“ am Abend mit einem amerikanischen Buffett und Dixielandmusik. Amerika und seine „berühmt-berüchtigte“ Küche à la „Mc ...“ ist ein Irrtum. Man kann auch herrlich schlemmen. Fast wie in Frankreich.

G. Wolf



Foto: Wolf



**Mitteldeutsche Gesellschaft  
für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde  
zu Erfurt e.V.**



**EINLADUNG  
zum Wissenschaftlichen Abend  
„Ein integriertes Konzept zur kieferorthopädisch-  
kieferchirurgischen Therapie von Dysgnathien“  
am Mittwoch, dem 05. Mai 1999, 18.00 Uhr  
RADISSON SAS-Hotel Erfurt  
Juri-Gagarin-Ring 127**

18.00 Uhr Eröffnung des wissenschaftlichen Abends Prof. Dr. E. Lenz, Erfurt

„Ein integriertes Konzept zur kieferorthopädisch-kieferchirurgischen  
Therapie von Dysgnathien“

18.15 Uhr Aus kieferchirurgischer Sicht PD Dr. Dr. H. Pistner, Erfurt

19.15 Uhr Aus kieferorthopädischer Sicht OA Dr. N. Watted, Würzburg

ab

20.15 Uhr kollegiale Begegnung mit kalt/warmem Buffet

Bitte hier abtrennen !

Hiermit melde ich die Teilnahme am Wissenschaftlichen Abend der MITTELDEUTSCHEN  
GESELLSCHAFT für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde am 05. Mai 1999 in Erfurt an:

.....

Titel

Name

Vorname

Teilnahmegebühr (Wissenschaftliches Programm, Pausenversorgung, Buffet)

- \* Mitglieder der Gesellschaft (70,- DM) ..... Personen
- \* Nichtmitglieder (100,- DM) ..... Personen

Die Kopie eines Bankbeleges in Höhe der Teilnahmegebühr fügen wir bei.

.....

Ort

Datum

Unterschrift

Einsendungen bis spätestens 05. April 1999 erbeten.

**Referenten:**

PD Dr. Dr. H. Pistner

Chefarzt der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Plastische Operationen

Klinikum Erfurt GmbH

OA Dr. N. Watted

Oberarzt der Poliklinik für Kieferorthopädie der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

**Organisatorische Hinweise:**

Tagungsort: RADISSON SAS-Hotel Erfurt

Juri-Gagarin-Ring 127

99084 Erfurt

Telefon: 0361/5510-0 Fax: 0361/5510-210

**Wissenschaftliche Leitung:**

Herr Prof. Dr. E. Lenz

Nordhäuser Str. 78, 99089 Erfurt; Tel.: 0361/7411307 Fax: 0361/7411107

**Organisatorische Leitung:**

Prof.Dr. E. Lenz, Dr. U. Tesch, Frau R. Grube

Nordhäuser Str. 78, 99089 Erfurt; Tel.: 0361/7411307 Fax: 0361/7411107

Teilnahmegebühr (einschließlich Pausenversorgung und Buffet)

Mitglieder der Gesellschaft: 70,- DM Nichtmitglieder der Gesellschaft: 100,- DM

Anmeldung bis 05.April 1999 erbeten. Die Teilnahmegebühr bitten wir zu überweisen:

Konto der Gesellschaft: Volksbank Mühlhausen, Konto-Nr. 300006140 BLZ 82094034

---

Bitte hier abtrennen !

**FAX: 0361/741-1107**

Mitteldeutsche Gesellschaft für ZMK e.V.

Herrn Prof. Dr. E. Lenz

Nordhäuser Str. 78

99089 Erfurt

## Bundesministerium für Gesundheit informiert über die geplante Gesundheitsreform

Das Bundesministerium für Gesundheit bezieht auf seiner Homepage Stellung zu aktuellen gesundheitspolitischen Problemen.

Dipl.-Stom. Thilo Richter, Weimar, wies uns auf diesen Artikel hin.

Um auch die Leser, die nicht über einen Internet-Anschluß verfügen, mit der Sichtweise des Bundesministeriums bekannt zu machen, veröffentlichen wir die „Frage der Woche“ 1/99.

### Was will die für das Jahr 2000 geplante Gesundheitsreform

Die neue Bundesregierung will eine Kehrtwende in der Gesundheitspolitik hin zu mehr Qualität, Wirtschaftlichkeit und patientengerechteren Versorgungsstrukturen. Im Mittelpunkt sollen die Patienten stehen.

Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsförderung und Rehabilitation erhalten einen hohen Rang. Das Instrument der Selbsthilfe soll gestärkt werden.

Vorgesehen sind nach der Koalitionsvereinbarung insbesondere folgende Maßnahmen:

- Streichung medizinisch fragwürdiger Leistungen und Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen. Zur Sicherung der Qualität in der Arzneimittelversorgung soll eine Positivliste eingeführt werden.
- Stärkung der hausärztlichen Versorgung unter Beachtung der freien Arztwahl
- Stärkung der Patientenrechte und des Patientenschutzes
- Vorrang von Rehabilitation vor Frühverrentung und Pflege
- Bessere Zusammenarbeit von Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern z.B. durch gemeinsame Nutzung teurer Medizintechnik
- Verbesserung der Qualitätssicherung
- Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung

- Neuordnung der ärztlichen und zahnärztlichen Vergütung sowie der Krankenhausfinanzierung
- Reform der ärztlichen Ausbildung und Überprüfung der Berufsbilder im Gesundheitswesen
- Einführung eines Globalbudgets für die Ausgaben der Krankenkassen

Mit dem Solidaritätsstärkungsgesetz sind die Voraussetzungen geschaffen worden, daß in Ruhe, ohne Druck durch überproportional steigende Ausgaben eine Gesundheitsreform erarbeitet werden kann.

Die Reform soll in einem breiten Dialog mit allen Beteiligten erarbeitet werden. An dieser Reformwerkstatt sollen auch die Versicherten und Patienten, deren Organisationen und die Selbsthilfegruppen beteiligt werden.

*red.*

## Dentale Implantation – eine Standortbestimmung



Die dentale Implantation gilt als gesichertes Therapiemittel in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Die zentralen Fragen der Implantatwerkstoffe sind weitestgehend geklärt, Probleme der Osseointegration und Osteoprotektion werden noch intensiv diskutiert.

Da die Erfolgsrate wesentlich von der chirurgisch-prothetischen Konzeption und Ausführung durch die Präzisionszahntechnik abhängt, soll das auch am sogenannten schwierigen Fall angewendete System durch Life-Operationen demonstriert und diskutiert werden. Dabei wird auch auf Fehler und Gefahren vor dem Hintergrund der Begutachtungspraxis hingewiesen.

Gut bewährt hat sich das sogenannte Werkstattgespräch mit der Zahntechnik und die Vorstellung parodontologischer Aspekte auf der Grundlage aktueller Forschungsergebnisse.

Zu diesem Thema findet eine Diskussion und Standortbestimmung vor dem Hintergrund des nationalen und internationalen Wissensstandes statt.

**Termin:**  
18. und 19. Juni 1999

**Ort:**  
Friedrich-Schiller-Universität Jena,  
Klinik für Mund-, Kiefer- und  
Gesichtschirurgie

**Information und Anmeldung:**  
FSU Jena, Klinik für Mund-, Kiefer-  
und Gesichtschirurgie,  
Prof. Dr. Dr. med. habil.  
Dieter Schumann, Bachstraße 18,  
07743 Jena,  
Tel.: 03641/933 180

### 3. Dresdner Parodontologief Frühling

- Wann:** 24. April 1999
- Wo:** Komödie Dresden
- Anliegen:** Jährliche Vorstellung und Diskussion von Lehrmeinungen repräsentativer Schulen zu ausgewiesenen Inhalten der Parodontologie
- Thema:** „Medikamente in der Parodontologie“
- Referent:** Prof. Dr. med. dent. Andrea Mombelli, Klinik für Parodontologie und Brückenprothetik der Universität Bern
- Nachfrage unter:** Prof. Dr. Th. Hoffman,  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus,  
Poliklinik für Zahnerhaltung, Fetscherstraße 74,  
01307 Dresden, Tel.: 0351/4582712

Zum Titelbild:

### **Der Marktplatz in Jena mit dem „Hanfried“**

(Im Bildhintergrund Mitte die ehemalige Marktmühle, heute unter dem Namen „Göhre“ bekannt, Hauptgebäude der Städtischen Museen)

Die Friedrich-Schiller-Universität Jena beging im letzten Jahr ihr 450jähriges Bestehen (siehe dazu auch tzb Heft 1/99). Ihrem Begründer, Johann Friedrich I., wurde auf dem Jenaer Marktplatz am 15. August 1858 ein Denkmal gesetzt, erschaffen von dem Bildhauer Friedrich Drake, der u. a. auch der Schöpfer des Berliner Schinkel-Denkmal und der Victoria auf der Siegestsäule ist.

Daß das Denkmal einen Vorläufer hatte, war lange Zeit unbekannt. Es handelte sich um eine überlebensgroße Büste des Fürsten Gustav von Dornis, die vermutlich am 30. Juni 1847, dem 300. Jahrestag der Gefangennahme, auf dem Markt aufgestellt wurde. Ihr Verbleib ist bis heute nicht geklärt. Wahrscheinlich gelangte sie 1858 in das neue Bibliotheksgebäude und ist mit diesem 1945 zerstört worden.

Das Standbild Johann Friedrich I., von den Jenensern liebevoll „Hanfried“ genannt, hat dazu beigetragen, daß dieser Fürst – und das ungebrochen auch durch die DDR-Jahrzehnte – bei den Jenensern eine seltene Popularität genießt. Dafür stehen auch die Erinnerungen von Ernst Vogel, einem alten Jenaer Studenten: „Ja, was kann der alte Jenenser Markt nicht alles erzählen! – Wenn da vor dem Denkmal Johann Friedrich des Großmütigen eine

Schar Wanderer aufstellung nahm, erschien sicher plötzlich ein hilfsbereiter Musensohn mit der festliegenden Erklärung. Das ist Johann Friedrich der Großmütige, genannt Hanfried, der Gründer und Erhalter der Universität Jena, Beschützer der akademischen Jugend und ihrer Freiheiten, leider nicht Bezahler ihrer Schulden. In

der rechten Hand hält er den Mensurspeer, in der linken das eigens dazu mitgebrachte Kommersbuch; außerdem soll er ein Freund Luthers gewesen sein.“

*Ch. Meinel*



*Foto:  
H.-G. Schröder,  
Erfurt*

## Lasertherapie in der zahnärztlichen Praxis

*N. Gutknecht*

DM 210,-, ISBN 3-87652-757-0. Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin 1999.

Der Einsatz von Lasern in der Zahnheilkunde wird auch heute noch nach 25 Jahren kontrovers diskutiert. Dabei zeichnet sich ab, daß sich durch verbesserte Geräte und gezielte Anwendungsspektren mittels Lasertherapie brauchbare bis sehr gute Behandlungsergebnisse erzielen lassen. Vorausgesetzt ist die wissenschaftlich fundierte Kenntnis im Umgang mit Laserstrahlen. So postuliert der Autor in seinem Vorwort. „Dieses Buch wurde nicht vom Praktiker für den Praktiker, sondern von der Wissenschaft für die Praxis geschrieben, d. h. umfangreiche in-vitro- und in-vivo-Untersuchungen bildeten die Grundlage für die Integration der Lasertechnologie in bereits bestehende Behandlungskonzepte bzw. die Einstellung von alternativen Behandlungsabläufen für die verschiedenen Teilbereiche der Zahnmedizin“.

Sehr differenziert beschreibt der Autor die Wechselwirkungen von Laserstrahlen mit den einzelnen natürlichen und Zahnersatzmaterialien, sive Kompositmaterial, Weichgewebe, Zahnhartgewebe sive Implantologie, Endodontie und Parodontologie.

Nicht nur die Möglichkeiten, sondern auch die Grenzen der Lasertherapie werden aufgezeigt und erleichtern somit dem verantwortungsbewußten Praktiker, den Einsatz einer neuen Technologie in sein bisheriges Therapiekonzept zu planen und anzuwenden.

Der Autor hat dieses Buch mit gut fundierten Kenntnissen über diese Technologie und Laserphysik ausgestattet und auch selbst sehr kritisch beleuchtet. Dies, die Persönlichkeit des Autors und seine Vita in puncto Ausbildung im Bereich „Laserzahnheilkunde“ bestimmen dieses Buch zu einem erstklassigen Leitfaden, der Vorurteile über die Lasertherapie ausräumt, die Lasertechnologie in der Zahnheilkunde aber auch nicht als Marketinginstrument einiger Hersteller und Vertreiber sehen will.

## Lexikon der Zahntechnik

*A. Hohmann und W. Hielscher*

DM 198,-, ISBN 3-929360-28-4, Verlag Neuer Merkur, München .

Mit 12 000 Begriffen aus Zahntechnik und Zahnheilkunde und 1 200 farbigen Abbildungen ist dieses Lexikon wohl derzeit der ungeschlagene Renner an Nachschlagewerken in der Zahnmedizin.

Für den Nutzer sind in kurzer präziser Darstellung alle Fakten der Zahnmedizin aufgelistet und viele Begriffe aus der Zahntechnik inklusive Materialkunde, besser im Synonym „Dentale Technologie“, zusammengefaßt.

Das Lexikon speichert Verfahrenstechniken, Werkstoffe, zum Verständnis notwendige medizinische Grundbegriffe, Werkzeuge und Produktbezeichnungen.

Es ist ein „Muß“ für Schüler, Studenten, Autoren, Zahnärzte, Zahntechniker, Werbetexter und die Dental-Industrie, die eine Botschaft in Prospekten und Broschüren knapp, aber erfolgreich „überbringen“ wollen.

## Zahnärztliche Werkstoffe und ihre Verarbeitung Band I

*Eichner*

ISBN 3-7785-2408-9, DM 128,-. Hüthig, Heidelberg 1996

Leider liegt derzeit nur Band I vor und beinhaltet die Themen Modellwerkstoffe, Einbettmassen, Materialkunde, zahnärztliche Kunststoffe, Metall-Kunststoff-Verbindsysteme, Abformwerkstoffe, Wachse, Schleif- und Poliermittel.

Zwei Themenkomplexe möchte ich besonders hervorheben, da sie von Autoren verfaßt wurden, die den Zahnärzten in Thüringen bestens bekannt sind.

Prof. Welker aus Jena beschreibt Prothesenkunststoffe, ihre Verarbeitung, Anwendung und Eigenschaften. Für sehr wichtig erachte ich hierbei auch die Darstellung der Verarbeitungstechniken. Die Kenntnis darüber ermöglicht es dem Zahnarzt, die technologischen Herstellungsverfahren individuell für seinen Patienten zu bestimmen.

Das Thema „Keramische Werkstoffe“ wurde von Herrn Prof. Gehre aus Leipzig aufgearbeitet und gibt Zahnärzten und Zahntechnikern einen umfassenden Einblick in die Technologie der Keramik sowie ihre Bearbeitung.

Abgerundet wird das Buch durch die ebenfalls wichtigen Themen Werkstoffprüfungen, Werkstoff-Normen und SI-Einheiten und Umrechnungstabellen.

*G. Wolf, Suhl*

**Zahnarzt, 16 J. BE, übernimmt Praxisvertretungen/Notdienste thüringenweit.**

Zuschriften unter Chiffre **tzB 093** an TYPE-DTP, Müllerstraße 9, 99510 Apolda.

**Praxisvertreter/in** in der Zeit von Mitte April bis August 99 im Raum Saalfeld gesucht.

Tel.: 0 36 71/3 36 96

### Südharz

kleine gepflegte **Praxis**, 2 BHZ, 110 qm, erweiterungsfähig, gute Parkmöglichkeiten, zum IV./99 mit oder ohne Inventar **abzugeben**.

Zuschriften unter Chiffre **tzB 094** an TYPE-DTP, Müllerstraße 9, 99510 Apolda.

## Leseverbot für widerspenstige Bayern

Vergebens warten derzeit die bayerischen Zahnärzte auf das Erscheinen ihres Zahnärzteblattes. An dessen Stelle fanden sie in ihrem Briefkasten eine Kammerdepesche mit dem Titel „Sonderausgabe wegen Zensur des Bayerischen Zahnärzteblattes“ vor.

Zwischen den drei Säulen zahnärztlicher bayerischer Standespolitik herrscht Krach.

Die Spitzen des Freien Verbandes und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns befinden sich auf Konfrontationskurs mit dem Kammervorstand.

Dabei ist der Punkt, an welchem man Meinungen über unterschiedliche politische Standpunkte austauschte, längst überschritten. Mittlerweile werden die Auseinandersetzungen mit härteren Bandagen geführt.

Die Uneinigkeit darüber, welche Linie bei den Verhandlungen mit Kassen und Politikern – gerade vor dem Hin-

tergrund des Solidaritätsstärkungsgesetzes – einzuschlagen sei, ist keineswegs ein speziell bayerisches Problem.

Hätte man dort jedoch aus dem Wahlverhalten bei den Kammer- und KZVB-Wahlen eine Schlußfolgerung gezogen, wäre man zu der Auffassung gelangt, daß die Mehrzahl der Delegierten vom Kurs der Hardliner genug hat.

Die Realität aber sieht anders aus: Diskussionsbeiträge, die nicht ins politische Konzept passen und in denen Widersprüche zur Auffassung der KZBV und des (bayerischen) Freien Verbandes auftauchen, erhalten kurzerhand ein Veto.

Was da im Editorial des Kammerpräsidenten, in einem Bericht über die VV der BLZK und in einer Reportage über die Demonstrationen gegen rot-grüne Gesundheitspolitik an mißliebigen Meinungen ausgesprochen

wurde, soll möglichst niemand schwarz auf weiß nachlesen können. Die Veröffentlichung dieser Beiträge im Zahnärzteblatt wird kurzerhand untersagt.

Dies wiederum nimmt die Landeszahnärztekammer nicht widerstandslos hin, vertritt sie doch die Meinung: „Nur durch das Zulassen anderer, kritischer Meinungen kann sich eine seriöse Publikation von einem „Lobbyisten-Blatt“ unterscheiden.

Ergebnis für die Leser: kein Zahnärzteblatt erscheint, sondern auf einer 8seitigen Depesche die zensierten Beiträge.

Wann die bayerischen Zahnärzte wieder in einem umfangreichen gemeinsamen Zahnärzteblatt blättern können, steht in den Sternen.

*Ch. Hentschel*

## Scheinselbständigkeit und arbeitnehmerähnliche Selbständige

Von der neuen Regelung der Scheinselbständigkeit sowie der arbeitnehmerähnlichen Selbständigen können im Bereich der Freiberufler u.a. die Praxisvertreter, freien Mitarbeiter, „Honorarangestellten“ etc. betroffen sein. **Folge:** Versicherungspflicht in der Sozialversicherung bzw. in der gesetzlichen Rentenversicherung. Nicht betroffen sind die niedergelassenen Zahnärzte in eigener Praxis.

Sofern Sie zu den o. a. Personenkreisen gehören, setzen Sie sich bitte kurzfristig mit der Verwaltung des VZTh, Herrn Wohltmann zur Klärung in Verbindung.

Bitte beachten Sie die Beweislastumkehr: Ab sofort ist der Scheinselbstän-

dige oder arbeitnehmerähnliche Selbständige für den Nachweis verantwortlich, daß er nicht unter die neue Regelung fällt.

**Ausführliche Informationen erhalten Sie in der April-Ausgabe des tzb.**

*R. Wohltmann  
Geschäftsführer*

Inserentenverzeichnis	Seite
Fachlabor Dr. W. Klee, Frankfurt	2. US
DBV Winterthur Versicherung, Offenbach	87
BIORA GmbH, Bad Homburg	89
Vivadent Dental GmbH, Ellwangen	90
Vereinte Versicherung AG, München	95
Hager & Werken GmbH & Co. KG, Duisburg	101, 102, 111, 112
Wenzel Raumausstattungen	105
Degussa AG, Hanau	123
Vita Zahnfabrik, Bad Säckingen	124
R. + R. Daume Finanzdienstleistungen, Erfurt	126
Kleinanzeigen	131
MULTIDENT	4. US



**34. Fortbildungswoche  
Norderney '99  
22.5. - 29.5.1999**

**KH/**

Karl-Häupl-Institut  
Fortbildungszentrum der  
Zahnärztekammer Nordrhein



LANDES-  
ZAHNÄRZTEKAMMER  
T H Ü R I N G E N