

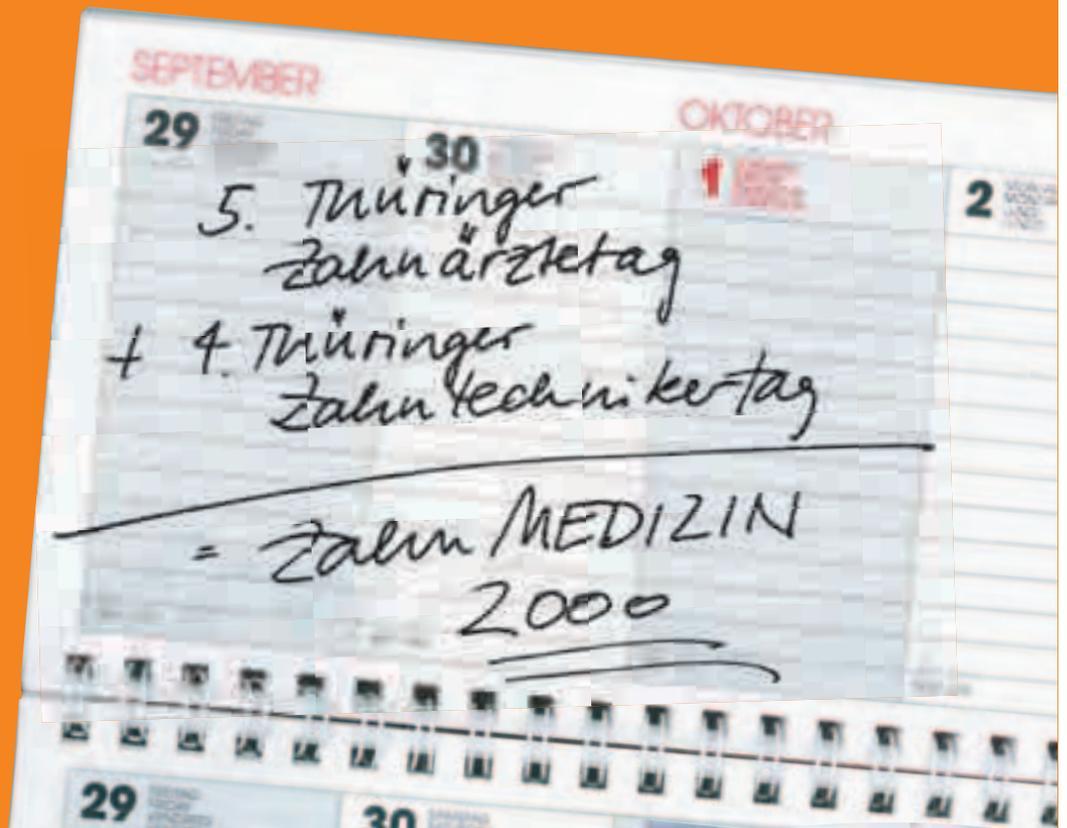


Kassenzahnärztliche Vereinigung  
Thüringen

# tz**b**

# THÜRINGER ZAHNÄRZTE BLATT 1

10. Jahrgang  
Januar  
2000



# 29.9. bis 2.10.2000

## Messe AG Erfurt



## In der Gesundheitspolitik reichen gute Wünsche nicht aus



Sehr verehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege,

wenn Sie diese Ausgabe vom „Thüringer Zahnärzteblatt“ in den Händen halten, werden Sie alle hoffentlich wohlbehalten in das vielbeschworene Millennium gekommen sein. Wohlbehalten – dabei gelten die guten Wünsche zuallererst Ihrem persönlichen Wohl, dem Wohl Ihrer Familien und dem Ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Mögen persönlich gute Wünsche angebracht sein, reichen dieselben in der Auseinandersetzung mit der aktuellen Gesundheitspolitik bei weitem nicht mehr aus. Die Erfahrung der letzten Monate hat gezeigt, dass die rot-grüne Regierung trotz des ihr allerorten bescheinigten Dilletantismus und der Wahlschlappen der letzten Monate am sozialistischen Kurs festhält und zur Durchsetzung ihrer Ziele sich eines Instrumentariums bedient, mit dessen Hilfe Entscheidungen des Bundesrates zu umgehen sind. Dieses zusammengestrichene Gesetz, das nicht mehr der Zustimmung der Länderkammer bedarf, folgt einer uns allen noch bekannten Methode des Vorgängers der Bundesgesundheitsministerin. Erinnern wir uns noch? Selbst wenn es ein „Rumpfgesetz“ ist, sind weiter Budgetelemente vorhanden, handelt es sich um totale Planwirtschaft, Überreglementierung und bürokratische Kontrollen. Es bleibt weiterhin der Grundsatz außer Kraft, dass für begrenzte Mittel keine unbegrenzten Leistungen zu haben sind. Damit führt diese Politik zu Rationierungen, welche die Patienten treffen und Arbeits- und Ausbildungsplätze im Ge-

sundheitswesen riskieren. Folglich sind Auseinandersetzungen mit dieser Politik unausweichlich.

Und die Opposition? Sie hat bisher zu ihrem Wort gestanden. Sie hat die Gesetzesvorlage im Bundesrat abgelehnt und somit auch nicht im Vermittlungsausschuss allen Werbungen trotzen müssen. Eigene Konzepte der Opposition werden deutlicher. Nach Lohmann, Kues, Schäuble, Parr und Thomae hat sich nun der stellvertretende CSU-Parteivorsitzende Seehofer mit Grundsätzen der CSU-Gesundheitspolitik zurückgemeldet. Da ist von mehr Freiheit bei Vertragsabschlüssen zwischen Kassen, Ärzten und Zahnärzten die Rede, von einer Beschneidung des Einflusses der KZVs hinsichtlich kassenindividueller Vertragsabschlüsse mit einzelnen Zahnarztgruppen, von „individuellen, vertraglichen Lösungen“ außerhalb von Einkaufsmodellen der Krankenkassen und unterschiedlichen Kassentarifen, welche die Versicherten frei wählen könnten. Letztlich von Kostentransparenz vertraglich erbrachter Leistungen gegenüber dem Patienten. Bleibt die Frage offen, ob in alle diese Überlegungen bereits zahnärztlicher Sachverstand einbezogen wurde oder ob es sich um einen Alleingang der Politik handelt, der mit der zahnärztlichen Standespolitik im Nachhinein ausgefochten werden soll. Die Erfahrungen der Vergangenheit lassen eine berechtigte Skepsis übrig.

Es bleiben also Herausforderungen an die zahnärztliche Berufspolitik bestehen. Im Wechselspiel mit der Politik werden zu den alten immer wieder neue hinzukommen; die Auseinandersetzung wird eine

ständige sein und uns leider neben der eigentlichen zahnärztlichen Tätigkeit viel Engagement und Energie abverlangen. Dieser Aufgabe müssen wir uns stellen, geht es doch um sehr viel!

Es geht um unsere Interessen, es geht in erster Linie um die Wahrung unserer Frei-beruflichkeit und die Wahrung der freien Arztwahl für unsere Patienten. Es geht um Prinzipien unserer Berufsausübung, die es zu verteidigen gilt. Verteidigung in Form entschiedener Ablehnung, aber genauso in Form von Konzepten der zahnärztlichen Berufspolitik. Erfreulich, dass diesbezüglich die großen Herbstversammlungen 1999 von KZBV, FVDZ und BZÄK Übereinstimmung zu den Eckpfeilern für ein stabiles, zukunftsorientiertes Gesundheitswesen erkennen ließen. Dieses Konzept im Bereich Zahnheilkunde heißt Vertrags- und Wahlleistungen, klare versicherungstechnische Leistungsgrenzen, Prävention vor Reparatur und Kostenerstattung auf der Basis differenzierter Festzuschüsse. Dieses Konzept zeigt deutlich die Grenzen einer solidarisch finanzierten Krankenversicherung und folgt dem Grundsatz Subsidiarität vor Solidarität. Es liegt an uns allen, diese Grundsätze in Zukunft im großen politischen Rahmen zunehmend zu verankern.

In diesem Sinn: Auf ein gesundes, glückliches und erfolgreiches neues Jahr 2000!

Ihr  
Dr. Lothar Bergholz



## Editorial

---

*Dr. Lothar Bergholz:  
„In der Gesundheitspolitik reichen  
gute Wünsche nicht aus“* S. 3

## Gastkommentar

---

*Dipl.-Kfm., Dipl.-Hdl. Jochen Pimpertz:  
„Ordnungspolitische Orientierung  
zur Reform des Gesundheitswesens“* S. 6

## Wir gratulieren / Wir trauern um

---

S. 8

## Laudationes

---

S. 9

## Berufspolitik

---

*Bundesversammlung BZÄK* S. 10

## LZKTh

---

*GOZ-Beschlusskatalog* S. 11

*Thüringer Bußgeldkatalog* S. 12

*Ausschüsse* S. 13

*Gutachtertagung* S. 14

## KZVTh

---

*Ausschreibung* S. 15

## Leserbrief

---

S. 15



## Öffentlichkeitsarbeit

Telefonforen S. 17

## Fortbildung

Dissertationen S. 18

Bericht PAR-Beratungskommission S. 21

## Veranstaltungen

S. 22

## Programm Frühjahrstagung

„Aktuelle Parodontologie“ S. 22

## Recht

Das Werbeverbot S. 25

## Nachrichten

S. 27

## Internet

Suchen und Finden im Internet S. 29

## Praxisservice

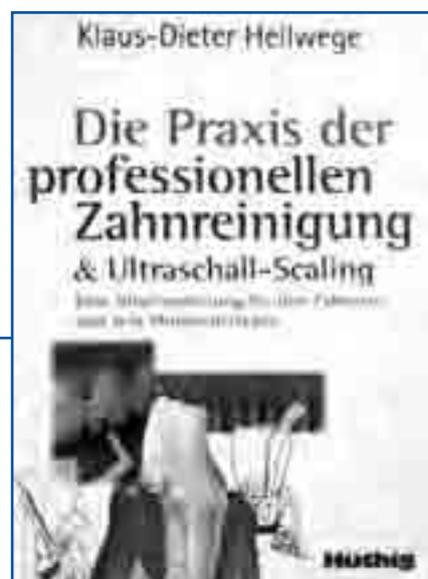
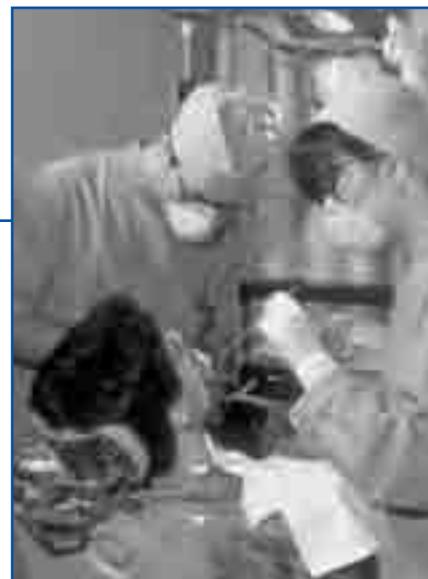
S. 30

## Buchbesprechungen

S. 33

## Kleinanzeigen

S. 37





# Ordnungspolitische Orientierungen zur Reform des Gesundheitswesens

Dipl.-Kfm., Dipl.-Hdl. Jochen Pimpertz

Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl von Prof. Dr. J. Eekhoff, Wirtschaftspolitisches Seminar der Universität zu Köln

Im November hat die „Reformkommission Soziale Marktwirtschaft“ einen umfassenden Vorschlag zur Reform des deutschen Gesundheitswesens vorgestellt. Dieser sieht u.a. eine Beschränkung des gesetzlichen Leistungskatalogs, eine Umstellung auf das Kostenerstattungsprinzip mit Selbstbehalten sowie die Durchsetzung des Wettbewerbsprinzips für die Krankenversicherungen und Leistungsanbieter vor. Nach der Vorstellung der Kommission sollen das Versicherungsprinzip in der GKV gestärkt und solidarische Umverteilungen, die nicht mit dem Erkrankungsrisiko zusammenhängen, außerhalb der GKV vorgenommen werden.

In der Tagespresse wurde der Reformvorschlag als Gegenentwurf zum aktuellen Gesetzesvorhaben aufgegriffen und die Zustimmung der Kommissionsmitglieder aus der SPD und von den Grünen als Zündstoff für die Regierungskoalition hochgespielt. Die Reformkommission hat sich jedoch einen weiterreichenden Auftrag gestellt: Angesichts der vielschichtigen Probleme im Gesundheitswesen finden sich Vertreter unterschiedlicher gesellschaftlicher Gruppen mit dem Ziel zusammen, abseits von tagespolitischen Sachzwängen dauerhafte Lösungen zu entwickeln. Unter der wissenschaftlichen Beratung von Prof. Dr. J. Eekhoff, ebenfalls Mitglied der Reformkommission, hat sich die Kommission ein Jahr damit beschäftigt, wie die Finanzierungserfordernisse im Gesundheitswesen mit Rücksicht auf die sozialpolitischen Aufgaben zu bewältigen sind. Neben den Anreizwirkungen im Gesundheitswesen sind vor allem die problematischen Wechselwirkungen mit dem Arbeitsmarkt zu berücksichtigen.

Seit drei Dekaden ringt die Politik um eine Ausgabenbegrenzung. Bisher erfolglos, denn mittels dirigistischer Eingriffe wurde besten-

falls der Mangel verwaltet. Finanzierungserfordernisse und -möglichkeiten geraten zunehmend in Konflikt. Dabei folgt das politische Ziel der Beitragssatzstabilität zunächst der ökonomisch richtigen Intuition, die Beschäftigungschancen nicht zu verschlechtern. Jede Verteuerung der Lohnnebenkosten beeinträchtigt unmittelbar die Arbeitsnachfrage der Unternehmen. Allerdings sichern konstante Beitragssätze keine konstanten Beitragseinnahmen, weil die Bemessungsgrundlage durch Arbeitslosigkeit, Vorruhestand oder Teilzeitarbeit schrumpft.

Deshalb sollen globale oder sektorale Budgets zusätzlich die Ausgaben beschränken. Sie führen aber zu einer Verschlechterung der Versorgung, weil selbst bei konstantem Leistungskatalog eine Verteuerung medizinischer Leistungen zu einer Verringerung des gesamten Leistungsangebots im Rahmen der GKV führen muss. Langfristig sinkt zudem die Qualität, weil sinkende Leistungshonorare die dynamischen und gut ausgebildeten Leistungsanbieter auf private Teilmärkte abdrängen. Der Gesetzgeber verschärft das Problem durch die stetige Ausweitung des Leistungskatalogs.

Offensichtlich konnten sich die Politiker in der Vergangenheit nicht durchringen, ursachengerechte Therapien vorzuschlagen. Dies ist nicht verwunderlich, da sich die formale Ausdehnung der Leistungen politisch gut vermarkten lässt. Warteschlangen und schlechende Qualitätsverschlechterungen treten erst langsam auf. Zunehmend müssen aber die Ärzte den Zugang zu Behandlungen rationieren und sehen sich den Beschwerden der Patienten ausgesetzt.

Die Kommission setzt bei den einnahmen- und ausgabenseitigen Anreizen zur exzessiven Ausgabenentwicklung an. Grundsätzlich steht die Verwendung knapper Mittel für Gesundheitsleistungen in Konkurrenz zu anderen nutzenstiftenden Verwendungen. Deshalb sind

neben gesundheitspolitischen auch sozial- und arbeitsmarktpolitische Aspekte zu berücksichtigen. Solange die Bürger souverän entscheiden und zusätzliche oder teurere Gesundheitsleistungen nachfragen, entspricht dies der Wertschätzung einzelner Haushalte. Steigende Ausgaben werden erst dann zu einem Problem, wenn die Kosten der Nachfrage nicht mehr den Nutzern direkt angelastet werden. Dann können Nachfrager und Anbieter die Folgen ihres Handelns Dritten anlasten und Ineffizienzen verursachen.

Der Reformvorschlag setzt bei der Koppelung von Arbeitsmarkt und Gesundheitswesen an. Durch die lohnbezogene Beitragserhebung zur GKV wurden bisher sowohl versicherungstechnische Ziele (Ausgleich zwischen unterschiedlichen Erkrankungsrisiken) als auch Einkommensumverteilungen (zugunsten einkommensschwacher Haushalte, Familienmitglieder und Rentner) verfolgt. Lohnabhängige Beiträge bilden heute jedoch nicht mehr zutreffend die Bedürftigkeit einzelner Haushalte ab. Während bei Einführung der GKV von einer repräsentativen vierköpfigen Familie mit nur einem abhängig Erwerbstätigen ausgegangen werden konnte, erzielen heute weitere Familienmitglieder nicht sozialversicherungspflichtige Einkünfte etwa aus selbständiger Tätigkeit. Der Anteil der Rentner, die ihre gesetzliche Rente um Vermögenseinkünfte ergänzen können, gewinnt an Bedeutung. Mehr noch, der Gesetzgeber unterstützt durch subventionierte Teilzeitarbeit, Altersteilzeit oder Vorruhestandsregelungen die Anreize, sozialversicherungspflichtige Einkommen zu reduzieren und somit die Finanzierungskrise zu verschärfen.

Die finanziellen Mittel zum Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken schrumpfen, weil Leistungs- bzw. Umverteilungsansprüche und Beiträge auseinander fallen. Bei gleichbleibendem Versorgungsanspruch lohnt sich die Reduktion sozialversicherungspflichtiger Einkommensbestandteile. Deshalb ist von der

lohnbezogenen auf die personenbezogene Beitragserhebung umzustellen, um den Versicherungsausgleich zu stärken, Umverteilungen bedarfsgerecht vornehmen zu können und Arbeitsmarktanreize nicht zu verzerrern. Die Prämien werden für jeden Bürger ohne Ansehen der individuellen Einkommensquellen erhoben. Doch was geschieht mit einkommensschwachen Haushalten? Bedürftigkeit kann treffsicher am steuerpflichtigen Einkommen festgestellt werden. Falls das Haushaltseinkommen nicht zur Zahlung der Versicherungsprämien ausreicht, muss die Gesellschaft aus allgemeinen Steuermitteln zweckgebunden Versicherungsbeiträge bezuschussen. Dies führt zu deutlichen Entlastungen, weil ungerechtfertigte Mitnahmen verhindert werden können. Und die kinderreichen Familien? Kinderreichtum stellt zunächst keine Bedürftigkeit dar. Erst wenn das Haushaltseinkommen überfordert wird, soll die Gemeinschaft einreten.

Für jeden Bürger muss eine obligatorische Versicherungspflicht bestehen. Diese ist auf einen gesetzlichen Basiskatalog festzulegen, den die Gesellschaft jedermann im Notfall und ohne Ansehen seiner finanziellen Ausstattung zukommen lassen will, weil sich sonst einzelne Personen systematisch unterversichern könnten im Vertrauen auf die solidarische Hilfe der Gesellschaft. Dieser Katalog muss keinesfalls einer Vollversicherung gleich kommen. Jedoch geben die bisherigen Versuche im Ausland, den Leistungsumfang spürbar einzuschränken, wenig Anlass zur Hoffnung. Dies mag auch mit der altruistischen Grundeinstellung der Gesellschaft zusammenhängen. Es sollte aber klar sein, dass eine weitere Ausdehnung in der Zukunft die Finanzierungserfordernisse weiter verschärfen wird. Deshalb ist der gesetzliche Leistungskatalog zumindest auf dem heutigen Niveau festzuschreiben, bis Ergebnisse einer Diskussion um mögliche Leistungsbeschränkungen vorliegen.

Aber selbst wenn negative Beschäftigungsanreize verhindert werden und der Leistungsumfang in der GKV nicht zunimmt, bleiben Anreize zur Ausgabenverschwendung bestehen, solange die Kosten des Leistungsgeschehens nicht systematisch berücksichtigt werden. Kernvorstellung der Reformkommission ist deshalb, den Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen zu intensivieren. Gesetzlicher Versicherungsschutz bedeutet demnach Absicherung des definierten Leistungsumfangs, nicht jedoch einzelner Kassen. Krankenkassen agieren als private Anbieter ohne Bestandsschutz. Der Sicherstellungsauftrag muss bei den Versicherungen liegen und wird von der Versicherungsaufsicht ebenso wie die Einhaltung notwendiger Solvenzvorschriften kontrolliert. Dann zwingt der Wettbewerb um potentielle Kunden die Versicherer zu effizienter Leistungsbereitstellung und Verwal-

tung. Sozialpolitiker befürchten, dass die Versicherungsunternehmen „Rosinenpicken“ betreiben könnten. Personen mit hohem Erkrankungsrisiko würden mit prohibitiv hohen Prämienforderungen konfrontiert. Mit einem Kontrahierungszwang, der eine Gesundheitsprüfung bei Kassenwechsel ausdrücklich verbietet, kann aber einer drohenden Diskriminierung begegnet werden. Die Versicherten wandern ungehindert zu dem Unternehmen, das gesetzlich vorgeschriebene Leistungen und Zusatzangebote wunschgemäß und effizient bereitstellt.

Warum geschieht dies heute noch nicht? Die Wanderungen bei einem Beitragssatzunterschied von bis zu zwei Prozentpunkten sind bisher nicht im erhofften Umfang eingetreten. Dies liegt u.a. an dem mangelnden Kostenbewusstsein der Patienten. Immer noch unterliegen die meisten Patienten der Vollversicherungstillusion, nicht zuletzt durch die politische Diskussion geschürt. Das Sachleistungsprinzip verhindert das Interesse an Effizienz. Solange die Patienten Leistungen quasi kostenlos konsumieren können, werden sie die bestmögliche Qualität ohne Rücksicht auf die Kosten nachfragen. Die Umstellung auf das Kostenerstattungsprinzip mit wahlweise Selbst behalten zwingt dagegen die Versicherten, die finanziellen Auswirkungen ihrer Nachfrage zu berücksichtigen. Sie müssen über Versicherungsumfang, Qualität, Prämienhöhe und Zuzahlungen entscheiden. Unter dieser Regelung verstärkt sich das Interesse, den effizientesten Versicherungsanbieter aufzusuchen.

Gesetzliche und Zusatzleistungen müssen um das Recht ergänzt werden, auf eine freie Arztwahl zu verzichten. Da der Sicherstellungsauftrag der Krankenversicherungen auch die räumliche Versorgung umfasst, wird der Patient in seiner Versorgung nicht substantiell tangiert. Wem die freie Arztwahl wichtig erscheint, kann dies zu den entsprechenden Kosten versichern. Wer aber bereit ist, sich auf Vertragsärzte zu beschränken, kann Prämiennachlässe realisieren. Ein obligatorisches „Hausarztmodell“ ist nicht notwendig.

Die Option auf beschränkte Arztwahl impliziert, dass zentrale Honorarverhandlungen aufgegeben werden und Kassen mit einzelnen Anbietern oder Anbieterverbänden separat Honorare aushandeln können. Dies führt zu einem Paradigmenwechsel: Der freie Unternehmer „Arzt“ wird gezwungen, in Konkurrenz zu den Berufskollegen ein effizientes Angebot bereitzustellen, um für Versicherte und Krankenkassen als attraktiver Vertragspartner aufzutreten. Seine Aufgabe wird um die Beratung des Patienten über Behandlungsalternativen und -kosten ergänzt.

Dies hat nichts mit den Vorschlägen zu „Einkaufsmodellen“ zu tun, bei denen bisher die Krankenversicherungen vor Wettbewerb ge-

schützt werden. Der freie Arzt degeneriert auch nicht zum Angestellten einzelner Versicherungsunternehmen, denn er hat die Wahl zwischen verschiedenen Vertragspartnern oder kann sich auf diejenigen Patienten konzentrieren, die eine freie Arztwahl wünschen. Zudem würde das Kostenerstattungsprinzip lediglich für die Abgeltung versicherter Honorarsätze sorgen, darüber hinausgehende Honorarforderungen bleiben Vereinbarung zwischen Arzt und Patient. Dies würde den Wettbewerb unter den Ärzten intensivieren und effiziente Anbieter stärken, dagegen weniger effiziente Anbieter unter Druck setzen. Wer aber Patientenorientierung ernst meint, kann nicht gleichzeitig Wettbewerbsausnahmen einfordern.

Die Erkenntnis, dass der Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen nicht beliebig steigerbar ist, sondern in Konkurrenz zu alternativen nutzenstiftenden Verwendungen steht, führt zu der Einsicht, dass der Verzicht auf ökonomische Orientierungen und die Missachtung von Wechselwirkungen mit der Sozial- und Arbeitsmarktpolitik keine dauerhaften Reformen erlaubt. Das Gesundheitswesen ist als ein in die gesellschaftliche Ordnung eingebundener Teil zu verstehen. Singuläre Maßnahmen führen stets zu neuen Verzerrungen, weil zusammenhängende Teilmärkte unberücksichtigt bleiben. Im Ergebnis ist die Versorgung der Versicherten bedroht. Eine Therapie des Gesundheitswesens erfordert eine umfassende Anamnese und komplexe Diagnosen. Nur die Berücksichtigung aller Fehlanreize und ihrer Wechselwirkungen verspricht dauerhaften Erfolg. Einfache Therapien wie die Budgetierung unterdrücken wesentliche Krankheitsbilder, unbeabsichtigte Nebenwirkungen treten mit zeitlicher Verzögerung auf. Deshalb ist der Bürger in seiner Rolle als Versicherter, Patient und Arbeitnehmer in den Mittelpunkt zu stellen, nicht die Interessen der Politiker, Krankenversicherungen oder Ärzte. Diesem Anspruch folgt die Orientierung am ordnungspolitischen Leitbild des mündigen Versicherten. Wer sich mit dieser Vorstellung nicht anfreunden kann, muss sich an den Forderungen nach Patientenorientierung und nachhaltiger Leistungssicherung messen lassen und Alternativen anbieten, die mindestens in gleichem Maße und frei von politischer Willkür diesen Zielen dienen.

# Wir gratulieren!

zum 78. Geburtstag	<b>Herrn Dr. Kurt Eberhard, am 17.1.</b>	Am Volkshaus 14, 98673 Eisfeld
zum 74. Geburtstag	<b>Frau Emmy Hopf, am 7.1.</b>	Mürschnitzer Straße 38, 96515 Sonneberg
zum 73. Geburtstag	<b>Herrn Dr. Dietrich Berlinghoff, am 30.1.</b>	Löbdergraben 8a, 07743 Jena
zum 72. Geburtstag	<b>Herrn SR Dr. Hans-Karl Heil, am 4.1.</b>	Ammerbacher Straße 103, 07745 Jena
zum 72. Geburtstag	<b>Herrn SR Dr. med. dent. Horst Lüdecke, am 15.1.</b>	Oststraße 30, 99867 Gotha
zum 70. Geburtstag	<b>Herrn Dr. med. dent. Jürgen Junge, am 13.1.</b>	Hauptstraße 34, 99880 Schnepfenthal
zum 70. Geburtstag	<b>Herrn Dr. med. dent. Dieter Köberich, am 29.1.</b>	Widemarkter Straße 9, 36404 Vacha
zum 65. Geburtstag	<b>Herrn SR Erwin Höhn, am 24.1.</b>	Schloßstraße 27b, 07407 Rudolstadt
zum 60. Geburtstag	<b>Herrn Dr. med. dent. Rolf Gäbler, am 4.1.</b>	Weißer Gasse 38, 99084 Erfurt
zum 60. Geburtstag	<b>Herrn MR Dr. med. dent. Erwin Burkhardt, am 10.1.</b>	Ernst-Haeckel-Straße 9, 98544 Zella-Mehlis
zum 60. Geburtstag	<b>Herrn Dr. med. dent. Johannes Bock, am 21.1.</b>	Steubenstraße 32, 99423 Weimar
zum 60. Geburtstag	<b>Frau SR Dr. med. dent. Helga Sauer, am 27.1.</b>	Zufahrtsstraße 1, 36460 Merkers

Wir trauern um

**Dr. Joachim Schmidt**

aus Arnstadt

geboren am 18. Mai 1913  
verstorben am 15. Dezember 1999

Landes Zahnärztekammer Thüringen  
Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

## 75. Geburtstag

**von Herrn Dr. med. dent. Karlheinz Kimmel**

- \* geb. am 05. Januar 1925 in Wiesbaden
- \* 1940/41/46 Zahntechnikerlehre
- \* 1947–1950 ZMK-Studium in Mainz
- \* 1952 Promotion
- \* 1971–1979 Direktor des Zentralinstituts für Zahnärztliche Ergonomie der LZK Rheinland-Pfalz
- \* seit 1999 Geschäftsführer Dental Information GmbH (ehemals Dental Echo Verlag GmbH)
- \* 1990 Silberne Ehrennadel der Deutschen Zahnärzteschaft
- \* 1995 Goldene Ehrennadel des Bundesverbandes Dentalhandel
- \* 1998 Hermann Euler-Medaille der DGZMK
- \* Autor bzw. Koautor von 69 Publikationen in Buchform

## Seinen 70. Geburtstag feierte am 13. Januar 2000 Dr. Jürgen Junge

Siebzig? fragt man sich und schaut schnell noch einmal das Geburtsdatum nach, um sich zu vergewissern, ob da nicht doch etwa ein großer Irrtum vorliegt.

Charakterisiert man etwa einen 70er Jubilar mit den Eigenschaften „sprühender Tatendrang, Aktivität, humorvolle Gelassenheit“? Woher nimmt dieser Mann die Kraft zur Bewältigung seiner vielen Aufgaben?

Als erster Präsident führte Dr. Jürgen Junge die Landeszahnärztekammer Thüringen mit großem Erfolg von ihrer Gründung bis zum Jahre 1999. Seine Amtszeit beendete er mit einem Neubeginn für die Thüringer Zahnärzte, mit dem ersten Spatenstich für das neue Kammergebäude. Die Verantwortung als Kammerpräsident weiterzugeben, bedeutete für Dr. Jürgen Junge in keinem Moment, seine standespolitische Tätigkeit einzustellen. Als Freiberufler hat er seine Aktivitäten lediglich verlagert.

Dr. Jürgen Junge arbeitet seit einiger Zeit beratend im Gesundheitsausschuss der Thüringer CDU mit und bringt seine große Sachkompetenz in dieses Gremium ein. Für die Bundeszahnärztekammer ist er auf dem Gebiet der Alterszahnheilkunde tätig. Als aktives Mitglied der „Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde“ organisiert er die Gothaer Symposien, deren Ruf über die Landesgrenzen hinaus bekannt ist.



Schon zu DDR-Zeiten galten diese Symposien als etwas Besonderes, waren doch die „Großen“ des Fachs aus „Ost“ und „West“ gleichermaßen vertreten. Aus dieser Zeit geblieben ist die große Wertschätzung bei vielen Wissenschaftlern und Kollegen.

Im Jahre 1987 erhielt Dr. Jürgen Junge die Henkel-Medaille und 1996 die Van Thiel Medaille in Anerkennung seiner großen Verdienste.

Nach dem Fall der Mauer bewegte die Befürchtung, die alten Funktionäre könnten weiter über die Thüringer Zahnärzte bestimmen, Dr. Junge, politische Verantwortung für den Berufsstand zu übernehmen. Bereits im Frühjahr 1990 engagierte er sich für den Aufbau der Selbstverwaltung. Das Vertrauen in seine

Person und die große Wertschätzung seiner Arbeit führten zur Wahl zum Präsidenten der Landeszahnärztekammer Thüringen.

Das Neue, Unbekannte, die Herausforderungen und Probleme hat Dr. Jürgen Junge mit Bravour gemeistert. Entscheidend waren dabei seine Zuverlässigkeit, Sorgfalt und die notwendige Gelassenheit, mit denen er alle Hürden nahm. Besonders hoch anzurechnen ist ihm, dass er seine wichtigsten Eigenschaften in dieser oftmals stürmischen Zeit nicht einbüßte: seine herausragende Kollegialität, sein offenes Ohr für die Probleme anderer, seine Fähigkeit, zu vermitteln und Konflikte zu lösen.

Dr. Jürgen Junge ist Arzt mit Leib und Seele, der auch von seinen Kollegen ärztliches Denken und Handeln einfordert und seine Berufsehre mit Leib und Seele verteidigt. Ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis ist ihm das höchste Gut.

Seine Ehrung mit der höchsten Auszeichnung der Bundeszahnärztekammer, der „Ehrendadel der Deutschen Zahnärzteschaft in Gold“ anlässlich der Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer in Berlin ist Ausdruck der bundesweit hohen Wertschätzung für eine Arbeit, auf die er stolz sein kann.

Im Namen der Kollegenschaft und des Kammervorstandes wünsche ich ihm weiterhin viel Freude und Erfolg im berufspolitischen Wirken und danke für die kollegiale und vertrauensvolle Zusammenarbeit in den letzten Jahren. Gesundheit und alles Gute für das begonnene Lebensjahrzehnt!

Lothar Bergholz

## Am 17. November 1999 hat Herr Kollege Dr. Klaus Scheffler aus Meiningen das 94. Lebensjahr vollendet.

Nun ist es wohl normalerweise kaum üblich, eine eigene Laudatio auf einen Praktiker zu publizieren, noch dazu einen nicht runden Geburtstag zu verwenden. Indes sollte uns das Herr Kollege Scheffler wert sein, da gleichzeitig dessen Lebenswerk zu würdigen ist.

Frühzeitig ist eine Hinwendung zur Kieferorthopädie erfolgt, und die Ausübung des Berufes ist auch in DDR-Zeiten trotz vielerlei Hindernisse in eigener Praxis erfolgt. Dabei ist dem Jubilar eine ungewöhnliche Aktivität zur Fortbildung eigen gewesen. Geradezu legendär ist der Ruf des einstigen, von ihm mit initiierten Arbeitskreises Landsberg. Gemeinsam mit Paul Sieberth und nach dessen Tod Heinz Herrmann sind hochinteressante Zusammenkünfte ins Leben gerufen worden. Deren ganz besonderes Kennzeichen ist einerseits die Aktivität jedes Teilnehmers, andererseits die freie Diskussion über fachliche Probleme in der Kieferorthopädie gewesen. Die Konzentration aller auf engstem Raum, unter heutzutage kaum vorstellbaren einfachen Bedingungen, ist dankbar auf-



genommen worden, weil sich daraus eine konsequente Arbeitsatmosphäre ergeben hat.

Jenseits der sonst üblichen Gängelei ist ausschließlich zu kieferorthopädischen Themen diskutiert worden, die auch heute noch aktuell sind. Man erinnert sich etwa an Versuche zur

räumlichen Erfassung von Veränderungen der Gesichtsstrukturen, die dort erstmals von dem früh verstorbenen Sohn Bernd Scheffler vorgestellt worden sind, an die Präsentation neuer Lehrbücher durch Edmund Bredy, oder aber an die Self-made Bracket-Produktion eines Harry Jungto.

Schefflers sind weit über Südthüringen hinaus auch als Balters-Schüler bekannt und haben all ihr Wissen und ihre Erfahrungen immer wieder bereitwillig weitergegeben. Zweifellos sind dabei auch durch staatliche Eingriffe und Schikanen die Wirkungsmöglichkeiten eingeschränkt worden. Der so überaus erfolgreiche Arbeitskreis Landsberg ist in den siebziger Jahren aufgelöst worden. Schwierigkeiten indes sind das gewesen, die dennoch, und das gilt auch für die Generation der Kinder, niemals zu einem Nachlassen der Einsatzbereitschaft geführt haben.

Anlass ist das, voller Ehrfurcht auf dieses Lebenswerk zu blicken. Gleichzeitig wünschen wir dem Jubilar alles erdenklich Gute. Vor allem die Freude an der Familie, den Kindern und Enkelkindern möge ihm an der Seite seiner überaus liebenswerten Frau noch lange beschieden sein.

Dr. Johannes Bock, Weimar

# Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer Berlin

Die Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer erörtere in ihrer alljährlichen Delegiertenkonferenz am 26. und 27. November 1999 im Radisson SAS-Hotel (ehemals Interhotel „Palasthotel“) in erster Linie die Fragen zur anstehenden Gesundheitsreform bzw. deren Versagen. In seinem Statement forderte der Präsident der BZÄK, Dr. Fritz-Josef Willmes, die komplette Rücknahme der Formulierung des Gesetzes und eine völlig neue Erarbeitung seitens der Regierung. Diese Forderung beinhaltete auch die Ablehnung jeder Form einer Budgetierung für ärztliche/zahnärztliche Leistungen.

Der Auftritt der CDU-Generalsekretärin Dr. Angela Merkel vor den versammelten Zahnärzten wurde vehement und begeistert begrüßt. Parallel zur BZÄK-Sitzung verlief die Sitzung des Bundesrates zum Thema Gesundheitsreform.



Natürlich stand Frau Merkel, jetzt als Oppositionelle, auf der Seite der Ärzte- und Zahnärzteschaft. Dies wurde mit entsprechendem Beifall honoriert. Für mich war allerdings die Rückerinnerung an die politischen Abläufe des Jahres 1998 mit der politisch inszenierten Rufschädigung unseres Berufsstandes noch zu frisch, um den plötzlichen Sympathiebekundungen für unseren Beruf zu glauben: Die Worte hör ich wohl, allein es fehlt der Glaube.

Die Resolutionen gegen das Reformgesetz 2000 wurden einstimmig befürwortet. Sicherlich sind solche Resolutionen gegen das Gesetz notwendig und richtig. Es bleibt die Hoffnung, dass sie real eine Wirkung zeigen werden und nicht nur der Beruhigung des eigenen Gewissens dienen, nichts unternommen zu haben.

Weiterhin wurde eine Resolution zur Qualitätssicherung mit Bildung eines Qua-

litätssicherungsausschusses der BZÄK in Kooperation mit der DGZMK einstimmig verabschiedet.

Hierzu erfolgte ebenfalls ein einstimmiger Beschluss, die Regelungen der Qualitätssicherung im Gesundheitsreformgesetz 2000 abzulehnen. Die Qualitätssicherung ist Auftrag und Aufgabe für den zahnärztlichen Berufsstand und die zahnmedizinischen Wissenschaften.

Ein weiterer wichtiger einstimmiger Beschluss ist die Novellierung der Approbationsordnung der Zahnärzte und der Ausbildungsverordnung der Zahnärzthelferinnen.

Folgende weitere Themen mit nicht immer einstimmigen Beschlüssen sollen nur erwähnt werden:

- Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahnheilkunde (einstimmig)
- Organisations- und Strukturreform der BZÄK
- Patientenberatungsstellen bei den Zahnärztekammern sollen vom Gesetzgeber als fachlich kompetente Einrichtungen bevorzugt werden

Die deutsche Zahnärzteschaft demonstrierte an diesen beiden Tagen politische Geschlossenheit. Und dies ist gut so.

Die Einladung zur Bundesversammlung 2000 erfolgte durch den Präsidenten der LZK Sachsen, Dr. Joachim Lüddecke, nach Dresden. Hier stimmten verhaltene Kommentare aus meiner „Sitzungsnachbarschaft“ wie „schon wieder im Osten“ sehr nachdenklich und befremdlich. Vor der geplanten Bundesversammlung findet kalendarisch der 10. Jahrestag der Wiedervereinigung statt.

G. Wolf



# Beschlusskatalog GOZ

Der Beschlusskatalog GOZ wurde vom GOZ-Ausschuss der Bundeszahnärztekammer unter Mitwirkung der GOZ-Arbeitsgruppen der Bundesländer herausgegeben. Hiermit möchten wir Ihnen diesen zur Kenntnis geben.

## Geb.-Nr. 002 GOZ

### Heil- und Kostenpläne, Nachträgliche Änderung

Die Geb.-Nr. 002 GOZ für die Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplanes ist für die Abschnitte A-E und H-K der GOZ sowie die berechenbaren Leistungen aus der GOÄ berechenbar.

Die Geb.-Nrn. 002 und 003 GOZ sind auch nebeneinander berechenbar. Die im Heil- und Kostenplan enthaltenen Steigerungssätze können geändert werden, wenn sich die Notwendigkeit hierzu aus dem Behandlungsablauf ergibt. Die Kosten für zahntechnische Leistungen sind vorzuberechnen. Wesentliche Änderungen sind dem Zahlungspflichtigen mitzuteilen.

Notwendige Materialkosten sind in der tatsächlichen Höhe anzusetzen.

## Geb.-Nr. 003 GOZ

### Heil- und Kostenpläne, Nachträgliche Änderung

Die Geb.-Nr. 003 GOZ ist aus gebührenrechtlicher Sicht für jeden notwendigen Heil- und Kostenplan berechenbar. Einzelkronen und Einlagefüllungen sind gebührenrechtlich keine prothetischen Leistungen, vgl. Geb.-Nr. 002 GOZ.

Behandlungsbegleitende Leistungen sind in der Regel in diesem Heil- und Kostenplan nicht enthalten. Die im Heil- und Kostenplan enthaltenen Steigerungssätze können geändert werden, wenn sich die Notwendigkeit hierzu aus dem Behandlungsablauf ergibt.

Die Kosten für zahntechnische Leistungen sind vorzuberechnen. Wesentliche Änderungen sind dem Zahlungspflichtigen mitzuteilen.

Notwendige Materialkosten sind in der tatsächlichen Höhe anzusetzen.

## Geb.-Nr. 005/006 GOZ

### Abformung

Die Geb.-Nrn. 005/006 GOZ sind dann berechenbar, wenn diagnostische und/oder planerische Leistungen durch den Zahnarzt erbracht werden.

## Geb.-Nr. 100/101 GOZ

### Individual-Prophylaxe

Werden im Rahmen der Geb.-Nrn. 100/101 GOZ mehrere Mundhygieneindizes erstellt, so kann dies über einen erhöhten Steigerungssatz/Vergütungsvereinbarung gebührenrechtlich berücksichtigt werden.

## Geb.-Nr. 200 GOZ

### Fissurenversiegelung

Die erweiterte Fissurenversiegelung geht über den Leistungsinhalt der Geb.-Nr. 200 GOZ hinaus und ist nach Geb.-Nr. 205 GOZ berechenbar. Die Schmelzätzung im Rahmen der Fissurenversiegelung ist Bestandteil der Geb.-Nr. 200 GOZ (§ 4 Abs. 2 GOZ) und nicht gesondert berechnungsfähig.

Das Fissurenversiegelungsmaterial ist im Rahmen der Geb.-Nr. 200 GOZ als Ersatz von Auslagen nach § 3 GOZ in Verbindung mit § 10 GOÄ zusätzlich berechnungsfähig soweit es nicht auch als Füllungsmaterial verwendet wird.

## Geb.-Nr. 202 GOZ

### Exkavieren und temporärer Verschluss einer Kavität

Die Geb.-Nr. 202 GOZ ist nur als selbständige Leistung (z.B. bei Abbruch der Behandlung, im Notfalldienst und in Vertretung und wenn zeitlicher Zusammenhang nicht gegeben ist) berechnungsfähig.

## Geb.-Nr. 203 GOZ

### Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten

Die Geb.-Nr. 203 GOZ ist je notwendiger Maßnahme berechenbar. Die Bezeichnung der jeweils durchgeführten Maßnahme im Leistungstext ist empfehlenswert.

## Geb.-Nr. 205/207/209/211 GOZ

### Füllungen

Der im Gebührenverzeichnis enthaltene Passus, dass Leistungen nach den Geb.-Nrn.

205-211 GOZ neben den Leistungen nach den Geb.-Nrn. 220-222 GOZ nicht berechnungsfähig sind, schließt nicht aus, dass Leistungen nach den Geb.-Nrn. 205/207/209/211 GOZ bei patientenbezogenen oder behandlungsablaufbedingten Umständen dennoch in einem zeitlichen Zusammenhang berechnet werden können.

Dies gilt ebenso für die Leistungen nach den Geb.-Nrn. 205/207/209/211 GOZ neben den Leistungen nach den Geb.-Nrn. 215-217 GOZ.

## Geb.-Nr. 206/208/210/212 GOZ

### Füllungsapolitur

Die Politur einer Füllung in nachfolgender Sitzung ist – unabhängig vom Füllungsmaterial – berechenbar.

Die Politur einer Füllung in der gleichen Sitzung wie das Legen der Füllung kann nur über einen erhöhten Steigerungssatz der Geb.-Nrn. 205/207/209/211 GOZ berücksichtigt werden.

## Geb.-Nr. 215/216/217 GOZ

### Provisorische Einlagefüllung

Für das Einfügen einer provisorischen Einlagefüllung ist keine Gebührenposition berechenbar. Diese zahnärztliche Leistung kann jedoch über einen erhöhten Steigerungssatz/Vergütungsvereinbarung berücksichtigt werden. Material- und Laborkosten können gesondert berechnet werden.

## Geb.-Nr. 218 GOZ

### Aufbaufüllungen bei Inlays

Aufbaufüllungen nach Geb.-Nr. 218 GOZ sind nicht neben Leistungen nach Geb.-Nrn. 215–217 GOZ berechenbar, s. BGH-Urteil vom 13.05.1992, Az.: IV ZR 213/91.

Sie können nur über einen erhöhten Steigerungssatz/Vergütungsvereinbarung berücksichtigt werden.

## Geb.-Nr. 220/221 GOZ

### Kronen/Brückenanker auf Implantaten

Bei der Versorgung mit Implantaten mit konfektionierten Systemen sind die Geb.-Nrn. 220 und 500 GOZ berechenbar. Wird ein Implantat/Implantatkorpus als Hohlkehl- oder Stufenpräparation tatsächlich präpariert, können Leistungen z.B. nach den Geb.-Nrn. 221/501 GOZ berechnet werden.

# Bußgeldkatalog zur Ahndung von Ordnungswidrigkeiten nach Röntgenverordnung

Im Thüringer Staatsanzeiger Nr.44/1999 vom 1. November 1999 wurde die „Verwaltungsvorschrift des Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit und des Thüringer Ministeriums für Landwirtschaft, Naturschutz und Umwelt über die Verfolgung und Ahndung von Ord-

nungswidrigkeiten nach der Röntgenverordnung und der Strahlenschutzverordnung“ veröffentlicht. Wichtiger Bestandteil dieser Verwaltungsvorschrift ist der Bußgeldkatalog, den wir Ihnen nachfolgend in Auszügen zur Kenntnis bringen.

Beachten Sie bitte, dass die Ämter für Arbeitsschutz bei Kontrollen in den Zahnarztpraxen festgestellte Ordnungswidrigkeiten nach diesem Bußgeldkatalog ahnden.

Tatbestand	Höhe des Bußgeldes in DM	Bemerkungen
Betrieb einer Röntgeneinrichtung oder eines Störstrahlers ohne die nach §3 Abs. 1 oder §5 Abs. 1 Satz 1 erforderliche Genehmigung	1.000 bis 10.000	Unter diesen Tatbestand fällt auch der Betrieb einer Röntgeneinrichtung ohne Anzeige nach §4 Abs. 1
Nichterstattung, nicht richtige oder nicht rechtzeitige Erstattung einer Anzeige entgegen §3 Abs. 5 (auch in Verbindung mit §4 Abs. 6 oder §5 Abs. 1 Satz 2), §6 Satz 1 oder §13 Abs. 3 Satz 1	200 bis 1.000	Die Beendigung des Betriebes einer Röntgeneinrichtung muss unverzüglich dem Amt für Arbeitsschutz gemeldet werden. Dies betrifft nicht nur die Verschrottung eines Gerätes, auch bei Praxisaufgabe muss die Beendigung des Betriebes angezeigt werden. Muss ein Strahlenschutzbeauftragter benannt werden (in Kliniken und an der Universität), muss dieser dem Amt für Arbeitsschutz gemeldet werden
Zu widerhandlung gegen eine vollziehbare Anordnung nach §4 Abs. 4, §5 Abs. 7 oder §7	1.000 bis 10.000	
Nichteinstellung oder nicht rechtzeitige Einstellung des Betriebes einer Vorrichtung entgegen §12 oder §12a	500 bis 2.000	
Nichtnachkommen der Mitteilungs-, Begründungs- oder Übersendungspflicht entgegen §14 Abs. 1 Satz 3	1.000 bis 3.000	Nur wenn Strahlenschutzbeauftragter bestellt wurde
Nichtwahrnehmung der Verantwortung der Einhaltung der Schutzvorschriften als Strahlenschutzverantwortlicher entgegen §15 Abs. 1 Nr. 3 oder als Strahlenschutzbeauftragter entgegen §15 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1	500 bis 10.000	Hierunter fallen z.B. * Weigerung, an der Qualitätssicherung durch die Zahnärztliche Röntgenstelle teilzunehmen * Keine Durchführung der Konstanzprüfung * Keine korrekte Führung von Aufzeichnungen nach §28 * Keine Durchführung von Belehrungen nach §36
Keine Einweisung in den Betrieb der Röntgeneinrichtung, Nichtbereithaltung der Gebrauchsanweisung oder der letzten Sachverständigenbescheinigung, Nichtauslegung der RöV	500	
Nichtüberprüfung, nicht rechtzeitige Überprüfung oder Nichtüberprüfenlassen einer Röntgeneinrichtung entgegen §18 Satz 1 Nr. 4	1.000 bis 10.000	Hierbei handelt es sich um die im 5-Jahresabstand durchzuführende Sachverständigenprüfung. Bitte auch daran denken, dass der Bericht dem Amt für Arbeitsschutz zugesandt wird.
Anwendung von Röntgenstrahlen entgegen §§23, 29 Abs. 1 oder 30	200 bis 1.000	
Nichtaufbewahrung oder Nicht hinterlegung der Aufzeichnungen und Aufnahmen entgegen §28 Abs. 4 Satz 1 und 2	1.000 bis 10.000	Aufzeichnungen über Röntgenaufnahmen müssen bis 10 Jahre nach der letzten Untersuchung aufbewahrt werden.

# Ausschüsse der Landeszahnärztekammer Thüringen

## 3. Legislaturperiode 1999–2003

### Berufsbildungsausschuss

#### Beauftragte Arbeitgeber

Mitglieder	stellvertretende Mitglieder
Dr. Robert Eckstein	Dr. Gisela Brodersen
Dr. Ingrid Glockmann	Dr. Angelika Kreisel
Dr. Hansjörg Heidrich	Dr. Ralf Kulick
Dr. Gerhard Kohl	Dr. Gerhard Otto
Dipl.-Med. Johannes Wolf	Dipl.-Stomat. Michael Uhlig
Dr. Guido Wucherpfennig	Dipl.-Stomat. Roswitha Al Zand

#### Beauftragte Arbeitnehmer

Mitglieder	stellvertretende Mitglieder
Beate Schulz, Waltersleben	Susanne Beck, Kleinfurra
Rita Wollenberg, Straußfurt	Gabriele Schmidl, Oberellen
Monika Ernst, Gera	Nancy Klaus, Gera
Petra Thum, Unterwellenborn	Maren Thomas, Saalfeld
Silke Klement, Geraberg	Claudia Möbius, Königssee
Antje Dreyse, Bad Tennstedt	Christine Reimer, Gera

### Prüfungsausschuss Zahnmedizinische Fachhelferinnen

#### Arbeitgeber:

Dr. Robert Eckstein, Meiningen  
Dr. Ralf Kulick, Jena  
Dr. Guido Wucherpfennig, Erfurt

#### Arbeitnehmer:

Marina Frankenhäuser, Gottstedt  
Sabine Fütterer, Breitenworbis

#### Lehrer:

Dr. Christiana Diez, Kleinpüschitz  
Prof. Dr. Eike Glockmann, Jena

### Prüfungsausschuss Zahnarzthelferinnen

#### Schule Erfurt

##### Arbeitgeber:

Dr. Gisela Gäbler, Erfurt  
Petra Macher, Apolda  
Christof Meyer, Erfurt

##### Arbeitnehmer:

Monika Gabler, Erfurt  
Jana Hildebrand, Erfurt  
Silke Klement, Elgersburg  
Sabine Ludwig, Erfurt

#### Schule Gera

##### Arbeitgeber:

Dr. Andreas Bierbaum, Gera  
Dr. Irmgard Hädrich, Saalfeld  
Dr. Thomas Harrweg, Eisenberg  
Dipl.-Stomat. Michael Uhlig, Gera

##### Arbeitnehmer:

Georgia Dreblow, Gera  
Heike Werner, Crossen

#### Schule Jena

##### Arbeitgeber:

Dr. Ingrid Glockmann, Jena  
Dr. Florentine Jahn, Jena  
Dr. Angelika Kreisel, Jena  
Dr. Ralf Kulick, Jena

##### Arbeitnehmer:

Heike Fiedler, Kahla  
Rosemarie Hager, Cospeda  
Renate Unbehaum, Jena

#### Schule Meiningen

##### Arbeitgeber:

Iris Brader, Meiningen  
Dr. Frank Obermüller, Meiningen  
MUDr./Univ. Palacky Silke Wessely,  
Sülzfeld  
Dipl.-Stomat. Maik Wieczorrek, Wasungen

##### Arbeitnehmer:

Silvia Hohmann, Tann/Rhön  
Ute Hübner, Nordheim  
Silke Schneider, Mehmels  
Birgit Schodt, Meiningen

#### Schule Nordhausen

##### Arbeitgeber:

Dr. Axel Böcke, Nordhausen  
Dr. Gerhard Otto, Arenshausen

##### Arbeitnehmer:

Mathilde Nachtwey, Geisleden  
Rosemarie Trümper, Nordhausen

#### Schule Weimar

##### Arbeitgeber:

Dr. Christl Lucas, Jena-Lobeda  
Ute Richter, Saalfeld  
Dipl.-Stomat. Thomas Terber, Weimar

##### Arbeitnehmer:

Susanne Beck, Großfurra  
Claudia Möbius, Dörnfeld  
Sylvia Sturm, Saalfeld

## Kinder haben Rechte



Photo: T. Williams

### Artikel 24 der „Kinderkonvention“ der Vereinten Nationen (1989):

„...Die Vertragsstaaten treffen insbesondere geeignete Maßnahmen, um Krankheiten sowie Unter- und Fehlernährung auch im Rahmen der gesundheitlichen Grundversorgung zu bekämpfen, unter anderem durch den Einsatz leicht zugänglicher Technik und durch die Bereitstellung ausreichender vollwertiger Nahrungsmittel und sauberen Trinkwassers, wobei die Gefahren (und Risiken der Umweltverschmutzung) zu berücksichtigen sind.“

**Realität: 40.000 Kinder sterben täglich an den Folgen von Mangel- und Untereinnährung.**

Wir helfen durch „Ernährungsgutscheine“, helfen Sie mit.

**Spendenkonto:  
Sparkasse Bonn: 6130**

Einweisung bei allen Bankautomaten  
Sparkassen (mit Kontonummer)



**DEUTSCHE WELTHUNGERHILFE**

Geschäftliche Weltungerhilfe: Bonn-Beuel 114  
53117 Bonn, Tel. 022 283 2286-0

Ja, über „Ernährungsgutscheine“ möchte ich mehr wissen.

Name:

Adresse:

PLZ/Ort:

## Kammergutachter und Mitglieder des Schlichtungsausschusses tagten

Am Mittwoch, dem 24. November 1999 versammelten sich die Gutachter und die von der Kammerversammlung neu gewählten Mitglieder des Schlichtungsausschusses zu ihrer alljährlichen Schulung. Unter fachkundiger Anleitung des Frankfurter Rechtsanwaltes Dr. Ernst-R. Rohde wurde über die komplizierte Arbeit der zahnärztlichen Sachverständigen, ihren Einsatz bei der Urteilsfindung berichtet und die Anforderungen der Justiz an diese überaus wichtige Tätigkeit gesprochen.

Als „Workshop“ vom Vorstandsreferenten für das Gutachterwesen, Dr. Ingo Schmidt, gestaltet und moderiert und medizinisch-rechtlich begleitet von RA Dr. Rohde, kamen die neue Qualitätssicherung, Patientenberatung und der Datenschutz, die Dokumentation und Aufklärung, der Einsatz von Gutachter- und Schlichtungskommissionen zur Diskussion, so dass der arbeitsreiche und erfolgreiche Nachmittag einer weiteren Verbesserung der Arbeit dieser Gremien unserer Kammer diente.

Dr. Ingo Schmidt



*Dr. Ernst-R. Rohde,  
Rechtsanwalt für Arzt- und Medizinrecht, moderierte die Schulung*



*Aufmerksame Zuhörer*

## Ausschreibungen

Gemäß § 103 Abs. 4 und 5 SGB V wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Saalfeld-Rudolstadt **ab sofort** ein Vertragszahnartzsitz in

### Rudolstadt

ausgeschrieben.

Bewerbungen zur Übernahme dieser Praxis sind schriftlich bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses unter folgender Anschrift einzureichen:

Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen  
Zulassungsausschuss  
Theo-Neubauer-Straße 14  
99085 Erfurt

Gemäß § 103 Abs. 4 und 5 SGB V wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Erfurt-Stadt **ab sofort** ein Vertragszahnartzsitz in

### Erfurt

ausgeschrieben.

Bewerbungen zur Übernahme dieser Praxis sind schriftlich bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses unter folgender Anschrift einzureichen:

Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen  
Zulassungsausschuss  
Theo-Neubauer-Straße 14  
99085 Erfurt

## Jagd auf Sauen bei Multident

Es ist eine nette Geste der Firma einmal jährlich guten Kunden, Geschäftsfreunden und Partnern, wenn sie Jäger sind oder als Treiber solch ein Erlebnis erfahren möchten, in die Eigenjagd Hehlingen des Grafen Günther von der Schulenburg zur Bejagung des dortigen guten Schwarzwildbestandes einzuladen.

Als jahrzehntelanger Kunde durfte ich in diesem Jahr wieder einmal am 8. November dabei sein.

Wir 57 Jäger und 12 Gäste erlebten nach einem kräftigem Frühstück eine vorbildlich geplante und unter der Führung von drei Forstbeamten des Grafen exakt durchgeführte Jagd, die eine gute Strecke von 21 Sauen, 7 Stücken Rehwild und 2 Füchsen ergab.

Bei einem deftigem Jagdmahl im Schafstall in Bisdorf wurde manch frohes Gespräch mit alten Bekannten oder vorjährigen Jagdteilnehmern geführt. Nach dem guten Essen und Trinken (Beifahrer nur!) war es in der originellen Umgebung urgemütlich und es blieben mit mir viele länger sitzen als geplant.

Für den schönen Jagdtag unter Wahrung des alten Brauchtums gebührt dem Jagdherrn Graf Schulenburg und Dr. Gottfried Fuhrmann ein kräftiges Waidmannsdank!

Dr. Henning Gode

## Leserbrief

Nach dem ersten Rundschreiben der KZV im September 1999 über die Situation der Ausschöpfung des Budgets (kons./chir.) unter Berücksichtigung des I. Quartals 1999 war ich, wie bestimmt so manch anderer Kollege, etwas verunsichert, was die Behandlungsmöglichkeiten bis zum Ende des Jahres betrifft.

Vertreter der KZV waren leider in diesem Moment außerstande, eine genaue Vorausschau zu geben. Deshalb richtete ich an die Gesundheitsministerin Fischer die Frage, was ich einem Patienten, der bei einer Primärkasse versichert ist und mit entsprechender Behandlungsnotwendigkeit auf meinem Behandlungsstuhl sitzt, sagen sollte, falls sich die damals im September gegebene Prognose bewahrheiten sollte.

Meine Anfrage war eine Bemühung um Verständnis der geplanten und beschlossenen gesetzlichen Bestimmungen und um Umsetzung in der Praxis. Dazu führte ich meine wirtschaftliche Situation aus, die u.a. eine Reduktion von Arbeitsplätzen allein in meiner Praxis von 1996 bis heute um vier Angestellte beinhaltet. Die finanzielle Situation ist bei uns ostdeutschen Zahnärzten mit der Aufnahme von Krediten in den Hochzinsjahren 1991, 1992 hinlänglich bekannt.

Die Antwort auf meine konkrete Frage war ein 129-seitiges Schreiben vom Gesundheitsministerium, wobei ein 2-seitiges allgemeines Anschreiben mit keinem Wort auf die konkrete Situation der kons./chir. Leistungen einging.

Die jetzige Bundesregierung scheint diese Strategie der Überflutung mit beschriebenen Papier bis zur Unmöglichkeit des Verständnisses zu betreiben, wenn es um das Bedürfnis einer Antwort auf konkrete Fragestellungen geht.

Die gleiche Erfahrung konnte ich machen, als ich zur Zeit des Kosovokrieges eine Anfrage an das Bundesverteidigungsministerium richtete. Auch hier erhielt ich ein umfangreiches Dokument, ohne dass auf meine Frage direkt geantwortet worden wäre.

Ich kann nur sagen, dass ich alle bewundere, die bei einer solchen Ablenkungsstrategie das eigentliche Ziel im Auge behalten und mit aller Konsequenz die sachliche Ebene vertreten.

Zum Glück konnte die Voraussage vom September etwas entkräftet werden, so dass ich meine Patienten weiterhin kompetent und auch vorerst wirtschaftlich abgesichert behandeln kann. So lösen sich manche Probleme scheinbar wie von selbst. Nur, wenn die gegenwärtige Bundesregierung diese Strategie weiterbetreibt, dann sollte sie es weglassen, sich als Vorreiter auszugeben und anerkennen, dass sie den Ereignissen doch wohl eher hinterherläuft.

Ich wünsche uns allen, dass wir uns den gewachsenen menschlichen Ansprüchen dieses Jahrtausends mit allen Erkenntnissen aus der Vergangenheit wachsen zeigen.

Dr. Elke Stephan, Waldau

## Bitte heute schon vormerken:

Die Vertreterversammlungen 2000:  
**20. Mai und 28. Oktober**

# TELEFONFOREN FINDEN GROSSES INTERESSE

## Thüringer Zahnärzte beteiligten sich in den letzten Wochen wiederholt an Telefonforen der TA sowie der OTZ.

Auf den Ratgeberseiten dieser Zeitungen wurden jeweils am Vortage der Aktion die Themen angekündigt, um den Lesern Gelegenheit zu geben, ihre Fragen von Fachleuten beantworten zu lassen. Während der zwei Stunden, in denen die Telefone freigeschaltet waren, nutzten viele Thüringer der Service.

Wenngleich die Zahnärzte mit einem großen Interesse gerechnet hatten, waren sie dennoch überrascht über die Anzahl der Fragesteller.

Die Fragen, die gestellt wurden, lassen darauf schließen, dass bei vielen Patienten großer Aufklärungsbedarf besteht. Wir als Zahnärzte müssen uns dieser Situation bewusst sein. Patienten „nicken“

eine vorgeschlagene Versorgung „ab“, ohne sie genau verstanden zu haben. Fragen wie „Wozu brauche ich denn einen Heil- und Kostenplan?“ oder „Schadet die viermalige Pulverstrahlzahnreinigung im Jahr meinen Zähnen?“ mögen als Beleg für diesen Sachstand gelten.

Der Bedarf an zahnärztlicher Beratung ist groß und scheint durch die Unsicherheit der Patienten, die in der Gesundheitspolitik begründet liegt, noch zuzunehmen. Für uns ein deutlicher Anstoß, die Öffentlichkeitsarbeit in der Zukunft noch mehr zu aktivieren.

*Dr. Karl-Heinz Müller, Rudolstadt*

# „ANONYME ZAHNÄRZTIN“ ZUM TELEFONFORUM

Als nach dem Telefonforum bei der Ostthüringer Zeitung OTZ die Redakteurin uns bat, noch einmal kurz in ihrem Büro vorbeizuschauen, haben wir an nichts Böses gedacht.

Sie wollte uns jedoch darüber in Kenntnis setzen, dass am Vormittag ein Anruf bei der Zeitung erfolgt war mit dem Hinweis, dass eine anonym bleiben wollende Zahnärztin – Kollegin zu schreiben, fällt mir dabei sehr schwer – vermutet, dass Kollegen, also wir, manche Dinge nicht korrekt darstellen werden.

Darüber musste ich einige Tage nachdenken, bis mir klar wurde, hier versucht jemand, mit „Dreck zu werfen“, möchte aber die schmutzigen Hände nicht vorzeigen.

Das ist für mich Kindergarteniveau.

Das ist aber nur die eine Seite der Medaille.

Dass wir Zahnärzte untereinander nicht klarkommen, das beweisen wir uns in

unseren eigenen Berufsvertretungen. Jetzt wird auch noch versucht, die Medien, die schon nicht das beste Meinungsbild von unserer Berufsgruppe besitzen, dazu zu benutzen, persönliche Befindlichkeiten auszutragen.

Frau Hentschel, Pressestelle der Thüringer Zahnärzte, muss größtes Lob und Anerkennung ausgesprochen werden, dass wir in den Medien regelmäßig präsent sind und dadurch ein positives Bild von unserer Berufsgruppe vermitteln können.

Jede/r, die/der glaubt, das besser zu können, sei hiermit aufgefordert, sich mit der Pressestelle in Verbindung zu setzen. Für jede Hilfe, konstruktive Anregung oder persönliche Teilnahme sind wir sehr dankbar.

*Die Öffentlichkeitsarbeiter der LZKTh  
und der KZVTh,  
i. V. Dr. Karl-Heinz Müller, Rudolstadt*

## Impressum

### THÜRINGER ZAHNÄRZTEBLATT

Offizielles Mitteilungsblatt  
der Landes Zahnärztekammer Thüringen  
und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung  
Thüringen

#### Herausgeber:

Landes Zahnärztekammer  
Thüringen (verantwortl. für PZD) und  
Kassenzahnärztliche Vereinigung  
Thüringen

#### Gesamtherstellung:

Verlag und Werbeagentur  
Kleine Arche,  
Magdeburger Allee 107,  
99086 Erfurt,  
Telefon 0361/7467480,  
Fax 0361/7467485

#### Redaktion:

Gottfried Wolf  
(v. i. S. d. P. für Beiträge der LZKTh),  
Dr. Karl-Friedrich Rommel  
(v. i. S. d. P. für Beiträge der KZVTh),  
Christina Hentschel (Pressestelle),  
Christiana Meinl

#### Anschrift der Redaktion:

Landes Zahnärztekammer Thüringen,  
Mittelhäuser Straße 76–79,  
99089 Erfurt,  
Telefon 0361/7432–0, 0361/7432–113  
eMail LZKTh@t-online.de

#### eMail-Adressen

#### von Kammer und KZVTh:

LZKTh@t-online.de  
edv@kzvth.ef.uunet.de

#### Satz und Layout:

Verlag und Werbeagentur  
Kleine Arche

#### Druck und Buchbinderei:

Gutenberg Druckerei GmbH  
Weimar

#### Anzeigenannahme und -verwaltung:

Verlag und Werbeagentur  
Kleine Arche,  
z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste  
vom 1.7.1999

#### Anzeigenleitung:

Wolfgang Klaus

#### Titelbild:

Verlag und Werbeagentur  
Kleine Arche

# Fortbildungsthemen im tzb zum Heraustrennen und Sammeln

## Dissertationen

*Im Monat Oktober wurden die folgenden Dissertationsarbeiten zur Erlangung des akademischen Grades Doctor medicinae dentariae dem Rat der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena vorgelegt und erfolgreich verteidigt. Nachfolgend die Zusammenfassungen:*

Effektivitätsvergleich einer elektrischen und einer manuellen Zahnbürste bei Vorschulkindern unter besonderer Berücksichtigung der Zahn- und Mundhygiene im Vorschulalter

Untersuchung des oralen Gesundheitsverhaltens und -zustandes an Zahnmedizinstudenten und gleichaltrigen jungen Erwachsenen ohne Hochschulbildung

Werkstoffkundliche Untersuchungen zu den Eigenschaften von Prothesenkunststoffen unter dem Einfluss verschiedener Verarbeitungstechnologien

**Bericht aus der Arbeit  
der PAR-Beratungskommission  
der KZVTh (Teil 1)**



## Effektivitätsvergleich einer elektrischen und einer manuellen Zahnbürste bei Vorschulkindern unter besonderer Berücksichtigung der Zahn- und Mundhygiene im Vorschulalter

Vorgelegt von Konstanze Koch

Zur Vermeidung oraler Erkrankungen spielt das Erlernen der richtigen Technik und Systematik der Zahn- und Mundhygiene im Vorschulalter eine besondere Rolle. Übliches Instrument zur mechanischen Gebissreinigung ist die Handzahnbürste. In der vorgelegten Arbeit wurde auf der Grundlage einer kontrollierten Longitudinalstudie im Einfach-Blindverfahren die Effektivität der Reinigungswirkung der elektrischen Kinderzahnbürste „Dentiphant“ (Firma Rowenta) mit der manuellen Zahnbürste „Elmex 29“ anhand ihrer Plaquereduktion im Milchgebiss bei 64 vier- bis sechsjährigen Vorschulkindern verglichen. Dabei kam zur Bestimmung der Mundhygiene der Plaqueindex nach Rustogi (PIR) (Rustogi et al. 1992) erstmals im Milchgebiss zur Anwendung. Nach zweitägiger Mundhygienekarenz zur Plaqueakkumulation fand die Ausgangsuntersuchung statt, gefolgt von

der ersten Zahnputzaktion und der zweiten Untersuchung. Die dritte und vierte Untersuchung fanden nach ein- und zweiwöchigem Einsatz der Bürsten statt.

Als Wirksamkeit der Zahnbürstentypen galt die Plaquereduktion zwischen Ausgangsbefund und der jeweiligen Mundhygieneuntersuchung (in %). Nach dieser Bewertung erreichten die Probanden mit der elektrischen Zahnbürste eine Plaquereduktion von 55 % bis 70 %, mit der manuellen Zahnbürste dagegen lediglich von 34 % bis 52 %. Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen waren signifikant ( $\alpha = 0,05$ ). Bei differenzierter Betrachtung der Plaquereduktionen der einzelnen Gebissabschnitte wurde die höchste durchschnittliche Plaquereduktion mit der elektrischen Zahnbürste im Approximalkraum (81 %) erreicht. Im Zahnhals-

bereich schwankten die Werte im Durchschnitt von 26 % (Handzahnbürste) bis 50 % (elektrische Zahnbürste). Allgemein war die Plaquereduktion bei Mädchen signifikant höher als bei Knaben. Die kariesstatistischen Ergebnisse reflektierten bei einer Kariesverbreitung von 2,8 dft einen ungenügenden Sanierungsgrad (40,4 %) und einen Sanierungsstand (durchschnittlicher Behandlungsbedarf 51,6 %).

Die Ergebnisanalyse ließ die Schlussfolgerung zu, dass trotz der besseren Reinigungswirkung mit der elektrischen Zahnbürste mit beiden Bürstentypen zufrieden stellende Reinigungserfolge zu erzielen sind. Zur Aufrechterhaltung der Gebissgesundheit ist allerdings neben der Mundhygiene die sinnvolle Ergänzung durch Fluoridierungsmaßnahmen und Ernährungsberatung unerlässlich.



Nicola Wintruff

## Untersuchung des oralen Gesundheitsverhaltens und -zustandes an Zahnmedizinstudenten und gleichaltrigen jungen Erwachsenen ohne Hochschulbildung

Vorgelegt von Ines Wagner und Nicola Wintruff

In der vorliegenden Arbeit sollten Mundhygieneverhalten und Oralstatus von Zahnmedizinstudenten und gleichaltrigen jungen Erwachsenen ohne Hochschulbildung erfasst werden.

Es wurden 195 Personen unter klinischen Bedingungen untersucht. Davon waren 150 Zahnmedizinstudenten der Friedrich-Schiller-Universität Jena und des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Erfurt. Diese Auswahl der Studenten erfolgte nicht willkürlich, sondern es wurden einzelne Seminargruppen ausgewählt und vollständig erfasst. Desweiteren wurden 45 Personen gleichen Alters ohne Hochschulbildung als Patienten der Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde der FSU Jena einbezogen.

Dabei kamen geeignete Karies- und Parodontalindizes, wie DMF/T bzw. -S, PI, SBI, GPM/T, CPITN zur Anwendung. Die Wxploration des Mundhygieneverhal-

tens erfolgte mit Hilfe der Fragebogenmethode.

Die starke Verbreitung von Karies und Gingivitis innerhalb dieser Population musste bestätigt werden. Die Parodontitis trat nur bei einem geringen Prozentsatz jener Altersgruppe auf.

Der Vergleich von Mundhygieneverhalten, Karies- und Parodontalbefunden der Zahnmedizinstudenten mit den von Wustelt et al. (1984) zu Beginn der 80er Jahre an Zahnmedizinstudenten der FSU Jena gewonnenen Ergebnissen verdeutlichte interessante Aspekte und Tendenzen unter Berücksichtigung der seit 1990 eingetretenen politischen, wirtschaftlichen und sozialen Veränderungen auf dem Gebiet der neuen Bundesländer.

Gegenüber Ergebnissen von zahnmedizinischen Studien zu Personen dieses Alters sowie den Resultaten der Patientengruppe ohne Hochschulbildung wie-

sen die Zahnmedizinstudenten die bessere Mundhygiene und einen günstigeren Oralstatus auf. Dennoch ist dies, übereinstimmend mit anderen Literaturergebnissen, für künftige Zahnärzte als nicht optimal einzuschätzen.

Es wurden entsprechende Schlussfolgerungen hinsichtlich einer verstärkt präventiv orientierten Ausbildung der Zahnmedizinstudenten sowie dem weiteren Ausbau von effektiven Prophylaxeprogrammen und geeigneter zahnärztlicher Betreuung für die jungen Erwachsenen gezogen.

Aus der Untersuchung der Gruppe der Zahnartztkinder erhellte sich die Bedeutung frühestmöglich einsetzender oralpräventiver Maßnahmen.

Innerhalb vorliegender Studie wurden Zusammenhänge zwischen höherem Bildungsgrad und oralen Befunden verdeutlicht.



# Werkstoffkundliche Untersuchungen zu den Eigenschaften von Prothesenkunststoffen unter dem Einfluss verschiedener Verarbeitungstechnologien

Vorgelegt von Bettina Arnold-Jaruszewski

Die im Rahmen der vorliegenden Arbeit durchgeführten Untersuchungen hatten zum Ziel, ausgewählte mechanisch-physikalische Eigenschaften von Prothesenbasiswerkstoffen in Abhängigkeit vom verwendeten Kunststoff und Verarbeitungsverfahren darzustellen und Schlussfolgerungen für den Einsatz in der zahnärztlichen Praxis zu ziehen. In die Versuche wurden heiß- und kaltpolymerisierende Kunststoffe einbezogen. Mit dem Unipress-Injektionssystem wurden die Heißpolymerisate Futuracryl (Fa. Schütz-Dental), Paladon 65 (Fa. Kulzer) und Pro base hot (Fa. Ivoclar) sowie die Kaltpolymerisate Futura jet (Fa. Schütz-Dental), Palapress vario (Fa. Kulzer) und Pro base cold (Fa. Ivoclar) verarbeitet, das Kaltpolymerisat PalaXpress (Fa. Kulzer) im Palajet-Injektionsverfahren.

Mit den zur Anwendung gelangten Injektionsverfahren Unipress- und Palajet-Injektionssystem für kaltpolymerisierende und Unipress-Injektionssystem für heißpolymerisierende Kunststoffe standen zwei Verarbeitungsverfahren zur Verfügung, die aufgrund ihrer Verfahrenstechnik Kunststoffe mit hohen mechanischen und biologischen Eigenschaften erwarten ließen.

Zur Herstellung der Prüfkörper fiel die Entscheidung auf das Unipress-Injektionssystem. Es ermöglicht, den Kunststoff während der Polymerisation nachzupressen, so daß die Polymerisationsschrumpfung ausgeglichen werden kann und somit bessere mechanische Werte als für die im Stopf-Press-Verfahren verarbeiteten Kunststoffe erhofft wurden. Außerdem wurde das Palajet-Injektions-

system für das Kaltpolymerisat PalaXpress eingesetzt, weil erwartet wurde, dass PalaXpress eine den Heißpolymerisaten, aber auch anderen Kaltpolymerisaten überlegene Passgenauigkeit aufweisen würde.

An insgesamt 279 Kunststoffprüfkörpern wurden die Wasseraufnahme, die Härte, die statische Biegefestigkeit und das Dimensionsverhalten vor und nach der Wasserlagerung ermittelt.

Die für die Wasseraufnahme ermittelten Werte, die die Gewichtszunahme der Kunststoffe ausmachen, lagen zwischen 1,4 % und 2 %. Signifikante Unterschiede zwischen den kalt- und heißpolymerisierenden Kunststoffen bestehen nicht. Bei der Bestimmung der Härte und der statischen Biegefestigkeit ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den Werten vor und nach Wasserlagerung. Die Kunststoffe zeigten nach Wasserlagerung eine geringere Härte und statische Biegefestigkeit. Herkömmlich im Stopf-Press-Verfahren verarbeitete Kunststoffe im Unipress-Injektionssystem verarbeitet, zeigten höhere Werte bei der Härte und statischen Biegefestigkeit, als die auf das Unipress-Injektionsverfahren abgestimmten Kunststoffe.

Die Untersuchungen zum Dimensionsverhalten zeigten, dass bei allen kaltpolymerisierenden Kunststoffen der Spaltwert vom ersten Tag der Messung erreicht und sogar deutlich unterschritten wurde. Die heißpolymerisierenden Kunststoffe wiesen größere dorsale Randspalten auf. Die guten Messergebnisse für den dorsalen Randspalt der

Kaltpolymerisate sowie das auf dieses System abgestimmte Heißpolymerisat Futuracryl belegen, dass beim Einsatz des Unipress-Injektionssystems die Polymerisationsschrumpfung durch Nachpressen von Kunststoffteig während der Polymerisation ausgeglichen wird.

Bezüglich der Passgenauigkeit des Kaltpolymerisats PalaXpress kann eine Überlegenheit gegenüber den Heißpolymerisaten bestätigt werden. Eine deutliche Überlegenheit gegenüber der Passgenauigkeit anderer Kaltpolymerisate konnte jedoch nicht nachgewiesen werden.

Die Größe des dorsalen Randspalts für Paladon 65 und Pro base hot, hergestellt im Unipress-Injektions-Verfahren, war kleiner als für Paladon 65 und Pro base hot, die im Stopf-Press-Verfahren hergestellt wurden. Es konnte ein signifikanter Unterschied bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 1 % nachgewiesen werden.

Die Untersuchungen führten zu dem Ergebnis, dass die mechanischen und biologischen Eigenschaften der mittels Palajet- und Unipress-Injektionssystem verarbeiteten Kunststoffe ein qualitativ hohes Niveau besitzen. Obwohl der apparative Aufwand der Injektionsverfahren komplizierter als beim herkömmlichen Stopf-Press-Verfahren ist, wiegen die präzise hergestellten Kunststoffprüfkörper und deren mechanisch-physikalische Eigenschaften dieses wieder auf. Unipress-Injektionssystem und Palajet-Injektionssystem können für den Einsatz in zahntechnischen Laboratorien empfohlen werden.

# Bericht aus der Arbeit der PAR-Beratungskommission der KZVTh (Teil 1)

von Dr. med. Volker Oehler,  
Dipl.-Med. Inge Welcker  
und Dr. med. Jens Dietrich

*Die PAR-Beratungskommission ist ein Gremium zur Unterstützung der Arbeit des Vorstandes der KZVTh. Die Kommission soll im Auftrag des Vorstandes in Einzelfällen prüfen, ob die Richtlinien zur systematischen Behandlung von Parodontopathien eingehalten worden sind. Ausgangspunkt derartiger Prüfungen sind Anträge der Krankenkassen auf sachlich-rechnerische Berichtigungen, Hinweise auf fehlerhafte Leistungserbringung und Nichteinhaltung der Vertragsbestimmungen sowie Auffälligkeiten in der Leistungsabrechnung. Des Weiteren ist bei einzelnen Praxen zu untersuchen, ob Unwirtschaftlichkeiten in den Behandlungen zu vermuten sind, die dann ggf. durch den Vorstand in Einzelfällen den Prüfungsausschüssen zur Prüfung zugeleitet werden müssten.*

*Das Abrechnungsvolumen in den Jahren 1998/1999 im Bereich der PAR-Behandlungen der KZV Thüringen zeigt, wie in allen KZV-Bereichen der Bundesrepublik, eine deutlich ansteigende Fallzahlenentwicklung.*

*Als Reaktion darauf haben in den unseligen Zeiten der Budgetierung verschiedene KZVs vor jeder PAR-Behandlung eine Genehmigungspflicht eingeführt.*

*Ein derartiges Verfahren möchte der Vorstand der KZVTh nicht praktizieren. Deshalb wurden die Mitglieder der PAR-Beratungskommission gebeten, die nachfolgenden Hinweise zu geben, damit seitens der Thüringer Zahnärzte PAR-Behandlungen vertragsgerecht erbracht werden und nicht aufgrund fehlerhafter Leistungserbringung Kürzungen in erheblichem*

*Umfang durchgeführt und Disziplinarmaßnahmen bis hin zu Anträgen auf Wirtschaftlichkeitsprüfung eingeleitet werden müssen.*

*Die aktuellen Gespräche mit verschiedenen Zahnärztinnen und Zahnärzten belegen, dass Unzulänglichkeiten in Planung und Durchführung vorhanden sind.*

*Die KZV ist verpflichtet, regelmäßig entsprechende Statistiken im Bereich PAR-Behandlungen zu erstellen, um Abweichungen von dem durchschnittlichen Behandlungsumfang zu erkennen und mit den Kollegen Beratungsgespräche zu führen.*

*Aktuell ist die Zahl der Prüfanträge zu PAR-Behandlungen, besonders im Ersatzkassenbereich, ständig anwachsend. Die Vertragspartner drängen dabei auf eine akribische Einhaltung der Verträge*

*Es ist nicht darüber zu streiten, dass Teile dieser Vertragsvereinbarungen zur PAR-Behandlung längst überholt sind, mit moderner Zahnheilkunde wenig zu tun haben und häufig unter den Bedingungen einer Kassenpraxis unwirtschaftlich sein können.*

*Der Vorstand hat nun die PAR-Beratungskommission gebeten, Informationen und Hinweise zu formulieren, die eine korrekte Durchführung und Abrechnung von PAR-Behandlungen erleichtern sollen.*

*Grundlage dieser Hinweise sind die nach wie vor geltenden Richtlinien für die systematische Behandlung von Parodontopathien (aktuell mit Rundschreiben 10/99 vom 9.7.1999 an alle Thüringer Zahnarztpraxen übergeben).*

*Gleichzeitig schlagen sich Auffassungen der PAR-Beratungskommission der KZV Thüringen und Erfahrungen aus über 100 PA-Begutachtungen im Jahr nieder.*

*Im Nachfolgenden soll auf die häufigsten Fehler hingewiesen werden.*

## Die Vorbehandlung

Die Inhalte der Vorbehandlung sind allgemein bekannt. Jedoch wird häufig versäumt, diese in der Patientenkartei zu dokumentieren. Es ist besonders darauf hinzuweisen, dass allgemein erforderliche Maßnahmen, wie Extraktionen, einschließlich der Entfernung teilretinierter Zähne und Wurzelbehandlungen, Bestandteile der Vorbehandlung sind. Eine erforderliche prothetische Versorgung darf erst nach Abschluss der systematischen PAR-Behandlung erfolgen.

Die Vorbehandlung ist in der Regel in mehreren Sitzungen (nicht nur in einer) durchzuführen, da Kontrollen über die Mitarbeit des Patienten erforderlich sind.

Ein bis zwei Wochen nach Abschluss der Vorbehandlung kann der Zahnarzt entscheiden, ob eine systematische PAR-Behandlung noch erforderlich ist (Einhaltung der Reaktionszeit). Besonders bei leichten Krankheitsbildern (Gingivitis und beginnende Periodontitis marginalis) führt die intensive Vorbehandlung mit der aktiven Mitarbeit des Patienten zur Abheilung oder zur Verbesserung der Ausgangssituation vor einer systematischen PAR-Behandlung. Damit steht die Wirtschaftlichkeit einer Behandlung immer im direkten Verhältnis zur Mit-

## 32. Europäischer Zahnärztlicher Fortbildungskongress

Davos vom 4. bis 11. März 2000

Davos 2000: Fortbildung für ein ganzes Jahr - unter dieses Motto hat die Kongressleitung den 32. Europäischen Zahnärztlichen Fortbildungskongress gestellt, mit einem umfassenden Fortbildungsangebot, wie der nachstehende Programmauszug zeigt:

- **Prothetische Versorgung heute. Einfach oder komplex, parodontal und/oder implantatgetragen. Übersicht zu den gängigen Materialien und Methoden**  
(Prof. Dr. Carlo Marinello/  
Dr. Nicola Zitzmann, Basel)
- **Mehr Transparenz im Unternehmen Zahnarztpraxis durch selbst-erstellte Buchführung und die sich daraus ergebenden betriebswirtschaftlichen Auswertungsmöglichkeiten**  
(Dipl.-Kauffrau Monika Brendel,  
Hünstetten)
- **Zahnerhaltung - neue Wege der Prävention und Restauration**  
(Prof. Dr. Elmar Hellwig, Freiburg)
- **Ursachengerichtete Parodontaltherapie**  
(Prof. Dr. Ulrich Schlagenauf,  
Stuttgart)
- **Endodontische Schmerzdiagnostik und adäquate Therapie**  
(Prof. Dr. Claus Löst, Tübingen)
- **Materialtests in der zahnärztlichen Praxis**  
(OA Dr. Siegmund Dettlaff,  
CH-Brunnen)

### Nähere Informationen und Programm:

Freier Verband  
Deutscher Zahnärzte e. V.  
Ursula Holscher  
Mallwitzstraße 16, 53177 Bonn  
Tel.: 0228/85570  
Fax.: 0228/34 06 71  
www.fvdz.de

arbeit des Patienten. Diese kann aber zumeist erst vom Behandler nach einer längeren Beobachtungszeit eingeschätzt werden. Bei mangelnder Mitarbeit des Patienten ist unter anderem die Wirtschaftlichkeit der Behandlung nicht gegeben.

Sinnvollerweise sollte ein Aufkleber für die Dokumentation der Vorbehandlung verwendet werden. Dieser Aufkleber kann bei der KZVTh angefordert werden.

Die Befunderhebung und Erstellung des PA-Status

Da die Befunderhebung – ebenso wie die Vorbehandlung – allgemein bekannt ist, hier nur einige Hinweise:

**1.** Erst zur Befunderhebung ist der Röntgenstatus, möglichst in Rechtwinkeltechnik, anzufertigen bzw. es sollte ein aussagefähiger aktueller Röntgenstatus vorliegen. Übersichtsaufnahmen sind nur beschränkt tauglich und daher nur in Ausnahmefällen (starker Würgereiz) möglich.

### 2. Modellherstellung

Zur parodontalen Befundaufnahme gehört das Modellstudium an Hand von Kiefermodellen. Gefordert sind Modelle mit exakter Wiedergabe der Okklusalfächen sämtlicher Zähne und der Darstellung der Gingiva bis zur Umschlagfalte einschließlich inserierender Bänder, bei abnehmbarem Zahnersatz gegebenenfalls mit

und ohne Zahnersatz. Die Einstellung der Modelle in habitueller Okklusion muss möglich sein. Bei unvollständiger Bezahnung kann daher die Anfertigung von Bisschablonen bzw. Registraten erforderlich sein.

### 3. Erstellen des PA-Status

Dabei stellt das Original gleichzeitig den Behandlungsplan dar, die Durchschrift ist an die Krankenkasse zur Genehmigung zu schicken. Selbstverständlich sind alle obligaten Befunde einzutragen, jedoch sollten zusätzliche Informationen, wie Elongationen, Kippungen, Zahnwanderungen usw., ebenfalls nicht vergessen werden.

**4.** Erst danach ist die Erstellung der Diagnose möglich, die sich nach der noch gültigen Nomenklatur (unabhängig vom wissenschaftlichen Wert) richten sollte. Das heißt, es dürften nur die Diagnosen „Parodontitis marginalis profunda“ oder „Parodontitis marginalis superficialis“ geben, die mit Angaben zur Verlaufsform ergänzt werden können. Eine „Gingivitis“ kann also hier nie erscheinen. Ebenso ist die in der Nomenklatur anzutreffende „Parodontosis“ mit äußerster Vorsicht anzuwenden. Die Gingivitis hyperplastica als alleiniges Krankheitsbild erlaubt keinen Antrag auf systematische PAR-Behandlung.

Fortsetzung folgt in Heft 2/2000

Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose (DGZH) e.V.

## Supervisionsseminar in Gozo/Malta

vom 12. bis 19. April 2000

Das Themenspektrum umfaßt die gesamte zahnärztliche Hypnose - incl. der mit Hypnose kombinierbaren naturheilkundlichen Gebiete - sowie Teile der ärztlichen Hypnose, Selbsterfahrung, Einzel- und Gruppensupervision.

### Anmeldung:

Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Hypnose (DGZH) e. V.  
Regionalstelle Stuttgart, Esslinger Straße 40, 70182 Stuttgart



## Mit innovativem Konzept ins nächste Jahrtausend –

### Dental-Labore Dohrn AG erfolgreich zertifiziert

Aus dem 1972 gegründeten Göttinger Dental-Labor ist mittlerweile eine bundesweit operierende Unternehmensgruppe mit elf Laboren und rund 300 Mitarbeitern geworden.

Für die nächsten Jahre ist eine moderate Expansion durch den Zukauf von Laboren, die die anspruchsvollen Qualitäts- und Kundenservicekriterien der Dohrn-Gruppe erfüllen, geplant. Zielsetzung ist die ständige Optimierung von Qualität und Service sowie die partnerschaftliche und enge Zusammenarbeit mit dem Zahnarzt.

Durch einen bundesweiten Lieferservice können Kunden aus dem gesamten Bundesgebiet täglich beliefert werden. Gefertigt werden unter anderem Keramiktechnik, Galvano, Empress I + II, Titan, Kunststofftechnik nach Gutowski, Lasertechnik, Funkenerosion und Präzisionsmodellguß bis hin zu modernsten Implantatsystemen.

Der Herausforderung des Marktes, höhere Qualitätsstandards für Produkte und Dienstleistungen zu garantieren, hat sich die Dental-Labore Dohrn AG mit der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems auf Basis der DIN EN ISO 9002 für alle Labore der Dohrn-Gruppe gestellt.

Mit der erfolgreichen Zertifizierung im September 1999 durch die Zertifizierungsgesellschaft S.G.S., Hamburg, wurde nach einer systematischen Einführung der Qualitätsmanagement-Tools innerhalb von nur 15 Monaten ein weiterer wichtiger Meilenstein in Richtung Marktführerschaft im Bereich Qualität und Service gesetzt.

Das Qualitätsmanagement-System sorgt für eine ständige Überprüfung und Optimierung der Unternehmensabläufe in puncto Qualität und Service. Durch die detaillierte und ver-

bindliche Festlegung der Arbeits- und Prüfprozesse und ihre schriftliche Fixierung im Qualitätsmanagementhandbuch sind sämtliche Abläufe, Regelungen und Verfahren im Labor dokumentiert. Jeder Arbeitsschritt ist für die Mitarbeiter und Kunden bis ins Detail nachvollziehbar. Durch jährlich wiederkehrende Audits wird sichergestellt, daß alle Dohrn-Labore sich den ständig wachsenden Anforderungen des Dentalmarktes stellen und alle Anforderungen der DIN EN ISO 9002 sowie die gesetzlichen Vorschriften erfüllen.

Ziel für das Jahr 2000 ist die Ausweitung der vielfältigen Serviceangebote, um den Zahnarzt

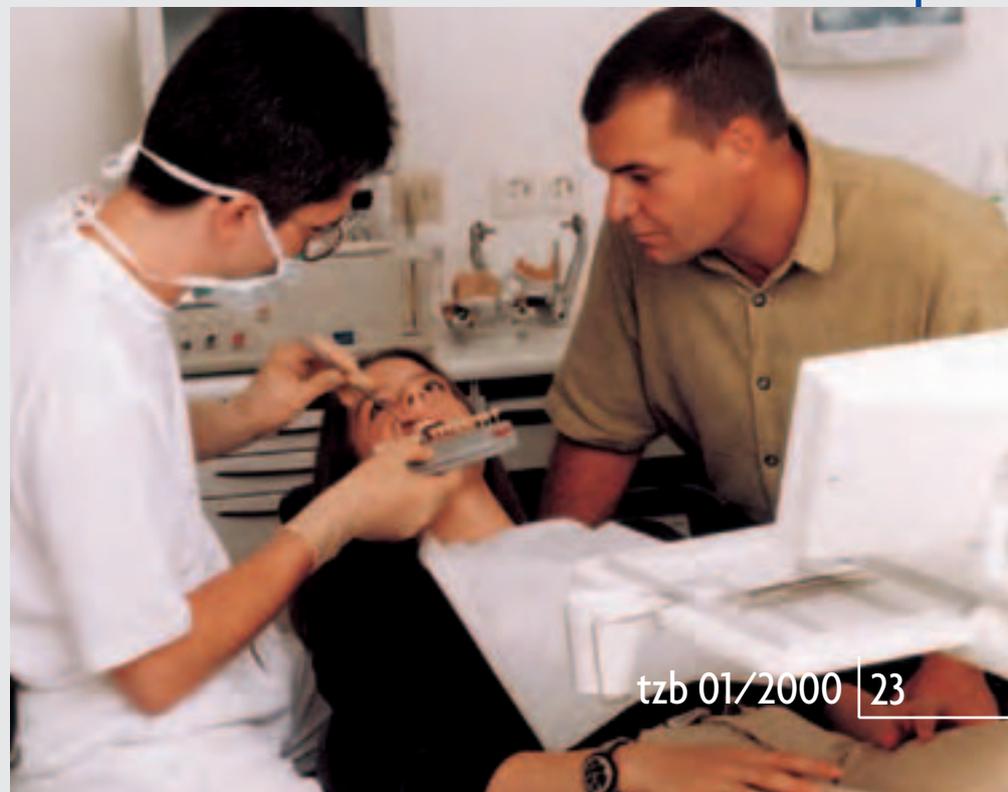
kostenmäßig und organisatorisch zu entlasten. Die bestehenden Angebote wie Technikerservice in der Praxis, mobiles Labor, signifikante Einkaufsvorteile und ein reichhaltiges Programm an Seminar- und Informationsveranstaltungen werden um weitere innovative Serviceleistungen für den Zahnarzt ergänzt.

In den letzten Monaten konnten durch vertriebliche Aktivitäten in enger Zusammenarbeit von Laborleitern, Außendienstmitarbeitern und Zentrale trotz der schwierigen Situation im Dentalmarkt etliche Neukunden gewonnen werden. Individuelle Betreuung durch Techniker und Außendienst gehören zum umfangreichen Service.

Bestandteil der strategischen Ausrichtung sind auch spezielle Maßnahmen im kosten- und ablauftechnischen sowie im führungspolitischen Bereich. Die Schaffung zentraler Bereiche wie Einkauf, Marketing, Personal, Controlling und Zentralverwaltung eröffnet darüber hinaus nicht nur erhebliche Einsparungspotentiale, sondern ermöglicht den einzelnen Betriebsleitern, sich auf ihre eigentlichen Aufgaben zu konzentrieren. Diese Einsparungspotentiale gibt die Dental-Labore Dohrn AG preislich an ihre Kunden weiter.

Durch die intensive Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter und den gruppeninternen Knowhow-Transfer haben die Zahnartztkunden der Dental-Labore Dohrn zudem die beruhigende Sicherheit, ihren Patienten stets optimale und innovative Lösungen aus der gesamten Bandbreite der Zahntechnik anbieten zu können.

Weitere Informationen erhalten Sie bei:  
Dental-Labore Dohrn AG, Labor Erfurt  
Am Kühlhaus 27, 99085 Erfurt  
Telefon (0361) 5 66 11 77, Fax -78



Verein zur Förderung von Lehre und Forschung  
in der Zahnmedizin am Klinikum der FSU Jena e.V.  
(Vorsitzender: Prof. Dr. E. Glockmann)  
Besuchsadresse: 07740 Jena, An der alten Post 04

### Programm Frühjahrstagung „Aktuelle Parodontologie“

**Tagungsort:** Bachstraße HS I oder II  
**Zeit:** Samstag, 18.03.2000, 09.00 bis ca. 15.00 Uhr.  
**Organisation:** Gemeinsame Kaffeepause  
**Gebühr:** 50,- DM  
**Für Mitglieder des Fördervereins kostenlos**

---

09.00	Eröffnung	Prof. Dr. E. Glockmann Jena
09.15	Aktuelle ätiologische Aspekte der Parodontitis- entstehung	Prof. Dr. G. Klinger Jena
10.00	Möglichkeiten und Notwendigkeiten mikro- biologischer Diagnostik	Prof. Dr. W. Pfister/ Dr. S. Eick Jena
10.45	Pause - Imbiss	
11.30	Risikopatienten in der Parodontologie	Prof. Dr. R. Mausberg Göttingen
12.30	Das aktuelle Therapiekonzept in Jena	OA Dr. B. Sigusch Jena
13.00	Einsatz der Ultraschallgeräte Cavitron und Vector	M. Klinger/A. Pertsch Jena
ca. 14.00 - 15.00	Besichtigung der neuen Klinik „An der alten Post 1“ mit Demonstration der Ultraschallgeräte Cavitron und Vector	

---

*Achtung! Bitte - abstimmen und zurückmelden!*

An der Frühjahrstagung des Fördervereins am 18.03.00

nehme ich teil Die Teilnahmegebühr in Höhe von 50,- DM habe ich auf das  
**Konto: 0893429000** bei **Dresdner Bank AG, Fil. Jena**  
**BLZ: 82080000** überwiesen.

Name:

Unterschrift

# Rechtsfragen des Zahnarzt–Patienten–Verhältnisses

## (Teil V)

### Das Werbeverbot

#### Mandy Schwerin

(Wissenschaftliche Mitarbeiterin  
Lehrstuhl Prof. Dr. jur. Andreas  
Spickhoff, FSU Jena)

#### 1. Problemstellung

Der Arzt betreibt kein Gewerbe. Der ärztliche Beruf ist ein „seiner Natur nach“ freier Beruf (vgl. § 1 BÄO). Der freie Beruf wird durch das Bundesverfassungsgericht [BVerfGE 9, 339, 351 = NJW 1959, 1579, 1580; BVerfGE 33, 367, 381] „durch ein hohes Maß an Verantwortlichkeit und eigenem Risiko in wirtschaftlicher Beziehung, eigener Verantwortlichkeit vor allem bei der Ausübung des Berufs selbst; weiterhin durch eine regelmäßig (...) unabhängige und eigenverantwortliche Stellung“ qualifiziert. Ein weiteres Kennzeichen der freien Berufe ist die Beschränkung werbenden und anpreisenden Verhaltens.

Das Werbeverbot für Zahnärzte und seine Ausnahmen ist in Thüringen in der „Berufsordnung der Thüringer Zahnärzte“ (hier im folgenden als BO abgekürzt) fixiert. Nach § 19 Nr.1 BO ist dem Zahnarzt jede Werbung und Anpreisung untersagt.

Inwieweit dieses ärztliche Werbeverbot, das Verbot öffentlicher Anpreisung, welches zu den ärztlichen Grundpflichten schlechthin gezählt wird, vor dem Hintergrund veränderter Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit überhaupt noch zu rechtfertigen ist, erscheint fraglich und soll deshalb im folgenden näher untersucht werden.

In einem sich durch steigende Arztzahlen verschärfenden Wettbewerb um Patienten wächst das Mitteilungsbedürfnis. Um eine Versorgung der Bevölkerung auf hohem fachlichen Niveau zu gewährleisten, kann Wettbewerb in diesem Sinne nur als Leistungswettbewerb verstanden werden. Dieser ist jedoch auf eine Transparenz der Leistungsangebote angewiesen. Zudem wächst die Berufsnot der jüngeren Generation. Gerade im Konkurrenzkampf mit bereits am Markt etablierten Kollegen sind Berufsanfänger auf Information der Öffentlichkeit angewiesen. Im Zuge der medizinischen Entwicklung haben sich zunehmend ärztliche Spezialisten herausgebildet, die nicht selten durch kostenintensivere Apparate und Behandlungen einen im Vergleich zum klassisch nieder-

gelassenen Arzt erhöhten betriebswirtschaftlichen Aufwand zu bewältigen haben. Hinzu kommt das Problem, ihre neuen Methoden der Fachwelt und der unwissenden Bevölkerung zu vergegenwärtigen. Mit dem Trend zur Spezialisierung wächst daher auch das Bedürfnis, innovative Behandlungsmethoden vorzustellen.

Mit den Interessen der Ärzte, der Öffentlichkeit sachdienliche Informationen zu verschaffen, korrespondiert das Informationsinteresse einer modernen Kommunikationsgesellschaft. Diese verlangt zunehmend nach gezielten Informationen im sich erweiternden ärztlichen Dienstleistungsbereich. In dieser Hinsicht bietet das Internet neue attraktive Möglichkeiten [zur Werbung eines Zahnarztes im Internet: Urteil des OLG Koblenz vom 13.2.1997, NJW 1997, 1932].

Das ärztliche Werbeverbot läuft demnach sowohl den Interessen der Berufsanfänger als auch den Interessen medizinischer Experten zuwider und blockiert zudem die Informationsinteressen potentieller Patienten. Die schon oben angesprochene Frage einer Rechtfertigung des ärztlichen Werbeverbots vor dem Hintergrund veränderter Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit verdient es also, mehr denn je, einer Antwort zugeführt zu werden.

#### 2. Die gegenwärtige Regelung des Werbeverbots

Die Möglichkeiten beruflicher Außendarstellung des Thüringer Zahnarztes sind abschließend in den §§ 16 ff BO geregelt. Sie werden durch den in § 19 BO geregelten Grundsatz der Untersagung jeglicher anderweitiger Anpreisung und Werbung begrenzt.

Verstöße gegen das Werbeverbot der Vorschriften in den Berufsordnungen können zu berufsrechtlichen Maßnahmen der (Zahn) Ärztekammern im Rahmen der Berufsaufsicht führen. Darüber hinaus begründen Zuwiderhandlungen gegen das standesrechtliche Werbeverbot zugleich auch einen wettbewerbsrechtlichen Unterlassungsanspruch nach § 1 UWG (Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb), „soweit sie geeignet sind, dem Verletzer ungerechtfertigte Wettbewerbsvorteile vor seinen ärztlichen Kollegen zu verschaffen“ [BGH NJW 1971, 1889]. Nach § 13 Abs.1 Nr.2 UWG kann der wettbewerbsrechtliche Unterlassungsanspruch auch geltend gemacht werden „von rechtsfähigen Verbänden zur Förderung gewerblicher Interessen, soweit ihnen eine

erhebliche Zahl von Gewerbetreibenden angehört, die Waren oder gewerbliche Leistungen gleicher oder verwandter Art auf demselben Markt vertreiben, soweit sie insbesondere nach ihrer personellen, sachlichen und finanziellen Ausstattung imstande sind, ihre satzungsmäßigen Aufgaben der Verfolgung gewerblicher Interessen tatsächlich wahrzunehmen und soweit der Anspruch eine Handlung betrifft, die geeignet ist, den Wettbewerb auf diesem Markt wesentlich zu beeinträchtigen“. Zu den Verbänden im Sinne der Vorschrift zählen nach einhelliger Meinung in Literatur und Rechtsprechung neben den in § 13 Abs. 2 Nr.4 UWG genannten Industrie- und Handelskammern sowie Handwerkskammern auch die als Körperschaften des öffentlichen Rechts organisierten Kammern der freien Berufe, zu deren Aufgabe nicht nur die oben genannte Berufsaufsicht, sondern auch die Förderung der beruflichen Interessen ihrer Mitglieder gehört [Baumbach/Hefermehl, Kommentar zum UWG, § 13 Rdnr. 30b]. Die zuständige Landeszahnärztekammer ist demnach im Rahmen einer Verbandsklage im Sinne von § 13 Abs.2 Nr.2 UWG auch zur Verfolgung wettbewerbswidrigen Verhaltens ihrer Mitglieder nach § 1 UWG sowohl sachlegitimiert als auch prozeßführungsbefugt.

#### 3. Verfassungsrechtliche Grenzen

Das ärztliche Werbeverbot betrifft den Zahnarzt insbesondere in seiner durch Art. 12 des Grundgesetzes (GG) geschützten Berufsfreiheit.

Art. 12 GG schützt neben der Freiheit der Berufswahl auch die freie Berufsausübung. Zur Freiheit der Berufsausübung im Sinne des Art. 12 Abs.1 S.1 GG gehört nicht nur die berufliche Praxis selbst, sondern auch jede Tätigkeit, die mit der Berufsausübung zusammenhängt und dieser dient. Die berufliche Außendarstellung des Arztes einschließlich der Werbung für die Inanspruchnahme seiner Dienste, jedenfalls soweit sie auf die Förderung des beruflichen Erfolges gerichtet ist, wovon in der Regel auszugehen sein wird, weisen einen engen Zusammenhang mit der Tätigkeit des Arztes auf. Sie gehören demnach in den Bereich geschützter berufsbezogener Tätigkeiten. Regelungen, die die berufliche Werbung beschränken, sind somit Eingriffe in die Freiheit der Berufsausübung des Arztes. [BVerfGE 85, 248, 256 = NJW 1992, 2341; BVerfGE 94, 372, 389 = NJW 1996, 3067]

Eingriffe in die Freiheit der Berufsausübung bedürfen gemäß Art. 12 Abs.1 S.2 GG einer gesetzlichen Grundlage, die durch ausreichende Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt werden kann und dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entspricht.

Die als Satzung von der als öffentlich-rechtliche Körperschaft organisierten, mit Autonomie ausgestatteten Landeszahnärztekammer Thüringens erlassene Berufsordnung findet in § 6 Abs.3 des „Gesetzes über die Berufsvertretungen und Berufsausübung der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker“ (Kammergesetz) vom 13.7.1990 eine ausreichende gesetzliche Ermächtigung. Den Regelungen in §§ 16 ff BO stehen daher grundsätzlich keine verfassungsrechtlichen Bedenken entgegen, so daß sie als gesetzliche Grundlage den Anforderungen in Art. 12 GG durchaus genügt [vgl. BVerfGE 71, 162, 172f. = NJW 1986, 1533].

Bei einer Beurteilung, ob diese Regelungen gerechtfertigt sind, müssen die Interessen der Zahnärzte auf Durchsetzung ihrer Berufsfreiheit und der Schutz der Gemeinschaftsinteressen gegeneinander abgewogen werden und im Sinne eines schonenden Ausgleichs verwirklicht werden. Rechtfertigt wird das Werbeverbot generell damit, daß durch Werbung, wie sie in der gewerblichen Wirtschaft üblich ist, dem Ansehen des Berufsstandes geschadet wird und infolge dessen das ärztliche Berufsbild verfälscht werde. Ziel ist die Sicherstellung der ärztlichen Berufsausübung, die sich nicht von finanziellen Interessen, sondern allein von medizinischen Notwendigkeiten leiten läßt. Darüber hinaus soll es dem Schutz der Bevölkerung vor unsachlicher Beeinflussung dienen, da sich Kranke leicht verunsichern und beeinflussen lassen und aus diesem Grund vor Anpreisungen bewahrt werden sollen. Eine Kommerzialisierung des Arztberufs durch Werbung könnte diesem Zweck zuwiderlaufen. [so die Begründungen des Bundesverfassungsgerichts in BVerfGE 71, 162 = NJW 1986, 1533; BVerfGE 85, 248 [257] = NJW 1990, 3162] Das Werbeverbot will also die Bevölkerung schützen und das Vertrauen darauf erhalten, der Arzt werde nicht aus Gewinnstreben bestimmte diagnostische und therapeutische Maßnahmen vornehmen oder gewisse Medikamente eigennützig verordnen [Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, 2.Auflage 1999, § 15 Rdnr.3]. Diese Gemeinwohlbelange überwiegen nach Ansicht der Gerichte das Informationsbedürfnis der Ärzte, um ihren beruflichen Erfolg herbeizuführen bzw. zu fördern, die Informationsinteressen potentieller Patienten, und auch das Austauschinteresse der Berufskollegen untereinander.

#### 4. Einschränkende Tendenzen

Wie die Änderung der ärztlichen Berufsordnung (MBO) auf dem 100. Deutschen Ärzte-

tag 1997 in Eisenach gezeigt hat, hält die Mehrheit der Ärzte am Verbot berufswidriger Werbung fest. Lediglich die Vorschriften über die Ausgestaltung der Praxisschilder und zugelassenen Informationen in den Praxisräumen haben eine Erweiterung erfahren. Zudem hat sich die Ärzteschaft zunehmend den Computerkommunikationsnetzen geöffnet und eine Vorschrift zur Regelung von zulässigen Praxisinformationen eingefügt. Dies macht deutlich, daß man vom Grundsatz der Beschränkung anpreisenden Verhaltens als Wesenszug des ärztlichen Berufs nur marginal abzuweichen bereit ist.

Eine im Vordringen befindliche Ansicht allerdings bestreitet die Rechtfertigung des absoluten Werbeverbots in seinem derzeitigen Ausmaß [Nachweise bei Koch, Kommunikationsfreiheit und Informationsbeschränkungen durch das Ständerecht der Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland und den Vereinigten Staaten von Amerika, 1991, S.13]. Es benachteilige den Anfänger, der sich in der Regel gegen etablierte Konkurrenten behaupten muß. Insbesondere müßten auch ärztlichen Spezialisten die Möglichkeit eingeräumt werden, in der Öffentlichkeit auf besondere Behandlungsmethoden aufmerksam zu machen [Deutsch, Medizinrecht, 4.Auflage 1999, Rdnr.29f.].

Hinzuweisen ist auch auf die zunehmend einschränkende Auslegung des umfassenden Werbeverbots durch die Rechtsprechung. In einem neueren Urteil hatte das Landesberufungsgericht für Heilberufe beim Oberverwaltungsgericht Koblenz [Urteil vom 23.9.1998; LBGH A 10744/98; abgedruckt in NJW 1999, 3429] über die Berufung eines Zahnarztes zu entscheiden, den das erstinstanzliche Gericht zu einer Geldbuße iHv 500 DM verurteilte. Die Landeszahnärztekammer Rheinland Pfalz hatte ein berufsgerichtliches Verfahren wegen einer Berufspflichtverletzung des Zahnarztes eingeleitet. Den Anlaß bildete die Anbringung eines dritten Praxisschildes durch den Zahnarzt. Dieses Urteil wurde in der Berufung aufgehoben. Nach Ansicht des Berufungsgerichts hatte der Zahnarzt mit der Anbringung des dritten Schildes keine Berufspflichtverletzung begangen, obwohl nach dem zugrunde liegenden Gesetz allenfalls zwei Praxisschilder erlaubt waren. Das Gericht gelangte zu der Überzeugung, daß bei der Außendarstellung zwischen werbewirksamen Verhalten und gezielter Werbung im engeren Sinne zu unterscheiden ist. Zwar kann der Anbringung von Praxisschildern „eine gewisse werbende Wirkung, die allein schon mit der Namensnennung des Zahnarztes auf dem Praxisschild verbunden ist, nicht abgesprochen werden. Jedoch steht bei diesen öffentlichen Verlautbarungen der sachlich notwendige Hinweis auf die Dienste des Arztes (...) so eindeutig im Vordergrund, daß das davon angesprochene Informationsinter-

esse den Werbeeffect weit in den Hintergrund treten läßt. Von einer Werbung im eigentlichen Sinne kann kaum gesprochen werden, nachdem es dabei nicht um eine die Willensbildung ansprechende Erweckung von Vertrauen oder die Erreichung eines positiven Eindrucks gerade für den Arzt geht“ [NJW 1999, 3429, 3430].

Auch das Bundesverfassungsgericht hat das Werbeverbot in den letzten Jahren gelockert. Durch Beschluß vom 21.4.1992 hob das Bundesverfassungsgericht als Reaktion auf eine Verfassungsbeschwerde eines Arztes die vorangegangenen Urteile des Berufs- und Landesberufungsgerichts auf [BVerfG NJW 1993, 2988]. Es ging um folgenden Fall: Ein Arzt, der mit einem anderen Arzt für Radiologie eine Gemeinschaftspraxis betreibt, benutzte für seine Korrespondenz mit Kollegen einen Briefbogen, in dessen rechter oberer Ecke die Namen mit dem Zusatz „Ärzte für Radiologie“ gedruckt sind. Darunter findet sich ein Hinweis auf ihre Sprechstundenzeiten mit dem Zusatz „CT und Nuklearmedizin nach telefonischer Voranmeldung“. In diesem Zusatz sah die zuständige Ärztekammer eine standeswidrige Werbung und leitete ein berufsgerichtliches Verfahren ein, da hier eine der geltenden Berufsordnung widersprechende, nicht zulässige Angabe auf Arztbriefen verwendet wurde. Die Berufsgerichte verhängten eine Geldbuße in Höhe von 1500 DM. Nach Ansicht des BVerfG seien hingegen keine vernünftigen Erwägungen des Gemeinwohls dafür ersichtlich, sämtliche Angaben und Zusätze, die nicht als zulässige Berufsqualifikation auf einem Praxisschild erscheinen dürfen, ohne Rücksicht auf ihren Sinn und Zweck sowie ihren Informationswert für Dritte generell zu verbieten. Ein so weit gefaßtes und schematisch wirkendes Verbot ist nicht zu rechtfertigen; auch nicht mit dem Hinweis auf erwünschte Rechtssicherheit und Übersichtlichkeit.

#### 5. Fazit

Wie diese Urteile zeigen, wird das strenge Werbeverbot zunehmend mit Blick auf die Umstände im Einzelfall aufgelockert, da es sich nicht mehr generell rechtfertigen läßt. Auch das Bundesverfassungsgericht ist zu der Erkenntnis gelangt, daß „die Erwägung, daß Ärzten jegliche Werbung untersagt sei“, aus verfassungsrechtlicher Sicht von vornherein „in sich brüchig“ ist [BVerfGE 71, 183,198 = NJW 1986, 1536, 1537]. Das umfassende ärztliche Werbeverbot muß deshalb gemäß den Wertvorstellungen des Grundgesetzes reduziert werden. Diese Tendenz entspricht den Entwicklungen in anderen freien Berufen, wie z.B. beim Werbeverbot des Rechtsanwalts nach § 43 b BRAO. Verboten ist nach § 43 b BRAO lediglich eine Werbung, die unsachlich ist.

## Kreisstellenvorsitzende stellen sich vor

### Dr. med. Thomas Gröschel ist Vorsitzender der Kreisstelle Altenburg

*Dr. Thomas Gröschel, geboren am 8. Mai 1955 in Leipzig, verheiratet, zwei Kinder*

*Studium:  
November 1976 bis August 1981  
in Leipzig und Erfurt*

*Promotion:  
August 1988 an der Klinik für Kiefer-  
Gesichtschirurgie der Universität Leipzig*

*Berufliche Tätigkeit:  
Ausbildungsassistent  
September 1981 bis November 1985*

*Anerkennung als Fachzahnarzt für Allge-  
meine Stomatologie im November 1985*

*Leiter der Zahnabteilung der Poliklinik von  
Oktober 1989 bis März 1991*

*Tätigkeit in eigener Niederlassung seit  
April 1991*

Auf die Frage von tzb,  
**„Welche Ziele stehen für Sie als Kreis-  
stellenvorsitzender an erster Stelle?“**  
antwortete Dr. Gröschel

- Trotz Verschärfung der äußeren Bedingungen Kollegialität erhalten;
- Vertrauensverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient bewahren und ausbauen;
- Erhaltung der freien (Zahn)Arztwahl
- Geschlossenheit der Zahnärzte gegenüber Einkaufsmodellen der Krankenkassen; wenn nötig, sollten körperschaftsunabhängige Vereinigungen gegründet werden, um Einkaufsmodelle abzuwehren

## Aktionsgemeinschaft Zahnarzthilfe Kenya

Die Aktionsgemeinschaft Zahnarzthilfe Kenya wurde am 13. Oktober 1999 von Sömmerdaer Zahnärzten und anderen, die das Anliegen des Vereins mittragen, gegründet.

Der Verein hat, wie in der Satzung festgelegt, das Ziel, die zahnärztliche Versorgung in Armengebieten von Entwicklungsländern, vorläufig in Nyabondo/Kenya, zugunsten der mittellosen Bevölkerung zu unterstützen. Die Behandlung der Kranken ist kostenfrei und wird durch Spenden und Mitgliedsbeiträge ermöglicht. Es werden ausschließlich gemeinnützige Zwecke verfolgt. Die Behandlung selbst soll durch Zahnärztinnen und Zahnärzte erfolgen, die bereit sind, dort zeitweise zu arbeiten.

Die Aktionsgemeinschaft Zahnarzthilfe Kenya e. V. wurde am 19. November 1999 in das Vereinsregister Sömmerda unter der Nummer VR 571 eingetragen. Die Gemeinnützigkeit ist vom Finanzamt bestätigt, so

daß für Mitgliedsbeiträge, Spenden und für Einsätze und die damit verbundenen Kosten Spendenquittungen ausgestellt werden können.

Der Aufbau der zahnärztlichen Versorgung in Nyabondo erfolgt mit Hilfe von Franziskanerinnen, die dort ein Krankenhaus führen. Durch sie wird für Unterkunft und Verpflegung der dort arbeitenden Zahnärzte gesorgt. Zahnärztliche Behandlung ist dringend notwendig. Das Krankenhaus hat ein Einzugsgebiet von 150.000 Personen. Bei zahnärztlicher Behandlungsnotwendigkeit müssen die Patienten z. Zt. In das 60 km entfernte Kisumu gebracht werden.

Als erstes soll ein zahnärztliches Behandlungszimmer eingerichtet werden. Ein Raum mit Wasser- und Elektroanschluß wird zur Verfügung gestellt. Auch ein mobiler zahnärztlicher Einsatz zusammen mit anderen Ärzten ist erwünscht. Zur Zeit ist der ver-

ein dabei, eine gut funktionierende und robuste zahnärztliche Behandlungseinheit, Instrumente und Materialien zu besorgen. Außerdem ist geplant, ein mobiles zahnärztliches Behandlungsgerät kostengünstig zu kaufen. Die Organisation des Transports und die Klärung der Zollformalitäten wird mit Hilfe der Franziskaner erfolgen, die dabei viel Erfahrung haben.

Die Thüringer Zahnärzteschaft wird gebeten, dem Projekt durch Eintritt in den Verein, Spenden (Bankverbindung: Kontonr.: 38 013 111, BLZ: 820 541 12, Kreissparkasse Sömmerda) oder durch anderweitige praktische und materielle Hilfe zu unterstützen.

Ansprechpartner für weitere Informationen:  
Dr. Hans-Joachim Schinkel  
Bahnhofstraße 21  
99610 Sömmerda  
Tel.: 03634/62 10 79  
Fax: 03634/39 31 3

## 10 Jahre nach der Wiedervereinigung – ostdeutsche Firmen im Aufwind

Im zehnten Jahr der Wiedervereinigung zeigt sich eine insgesamt positiv veränderte Unternehmenslandschaft in Ostdeutschland. Die neue Ausgabe von „Firmen der neuen Bundesländer 1999“ belegt diese im Vorwort des Handbuches getroffene Einschätzung an hand aktueller Firmenportraits ostdeutscher Unternehmen. Für die 11. Aktualisierte Ausgabe wurden rund 2.900 Firmen neu aufgenommen und

über 1.200 Portraits wegen Schließung oder Übernahme gelöscht. Insgesamt stellt die neue Ausgabe jetzt rund 20.000 Unternehmen der neuen Bundesländer vor.

Mit der CD-Ausgabe des Nachschlagewerks kann nach sieben Kriterien selektiert werden: Firmenname, Ort, Region, Branche, Produkt, Beschäftigte, Umsatz.

Die Daten stehen dann am Bildschirm oder als Ausdruck zur Verfügung.

Firmen der neuen Bundesländer 1999, 11. Ausgabe, 551,05 DM, CD: 597,40 DM. Zu beziehen bei Verlag Hoppenstedt GmbH, Havelstraße 9, 64201 Darmstadt, Tel.: 06151/380-435, Fax: 06151/380-356, E-Mail: info@hopp.de, Internet: www.hoppenstedt.com.

## Zahnfleischentzündungen: Welche Maßnahmen wirklich helfen



Deutsche Gesellschaft für Parodontologie  
stellt neuen Ratgeber vor/  
Vorbeugemaßnahmen noch zu wenig bekannt

Mehr als 80 Prozent der Zahnfleischerkrankungen könnten allein durch eine verbesserte Zahnreinigung beherrscht oder ganz verhindert werden. Die vollständige Beseitigung von bakteriellen Zahnbelägen, vor allem in den schwer zugänglichen Zahnzwischenräumen, stehe dabei im Mittelpunkt. Jedoch seien die dazu nötigen Hilfsmittel wie Zahnseide, Zahnzwischenraumbürstchen, Zahnholzchen oder medizinische Mundspüllösungen noch zu wenig bekannt. Dies erläuterte Dr. Wolfgang Bengel, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie e. V. (DGP) in Dresden.

Um die Kenntnis und Anwendung dieser Vorbeugemaßnahmen zu verbessern, zur Früherkennung von Zahnfleischerkrankungen beizutragen und die Behandlungsverfahren des Zahnarztes zu erläutern, startet die DGP jetzt eine Aufklärungskampagne. Sie wird von der Lörracher Wybert elmex Forschung als offiziellem Partner unterstützt.

Zentraler Inhalt ist ein neu erstellter „Ratgeber gesundes Zahnfleisch“. Er wird über Zahnärzte kostenlos an Patienten abgegeben oder kann direkt angefordert werden

bei: elmex-Beratungsservice, Postfach 2420, 79514 Lörrach, Fax: 07621/907-124.

Die Behandlung einer Parodontitis erfordert eine zeitaufwendige und intensive Betreuung durch ein Team von Zahnarzt und speziell ausgebildeten Fachkräften. Bei rechtzeitiger Behandlung und guter Mitarbeit des Patienten sei diese chronische Erkrankung günstig zu beeinflussen und sogar zum Stillstand zu bringen, so Bengel.

Info DGP

## Al dente: Das erste Kochbuch für Klammerträger

„Al dente - Eßvergnügen mit fester Klammer“ - ein Kochbuch speziell für Klammerträger - ist soeben bei BIG Publications erschienen. Es richtet sich sowohl an Klammerträger als auch an Patienten nach einer Wurzelbehandlung und an Patienten mit Problemen am Zahnfleisch und der Mundschleimhaut.

Wer sich für eine Multibracket-Apparatur entscheidet, ahnt oft nicht, wie schwierig es sein wird, sich zu ernähren. Vor allem die ersten Wochen werden für viele Patienten zu einer ungewollten Schlankheitskur. Für die Zahnklammer-Patientin Birgit Hagenah war dies der Auslöser, ein Kochbuch eigens

für Klammerträger zu schreiben. Sie sammelte und kreierte Gerichte, die sie mit ihrer festen Klammer gut essen konnte. 50 Rezepte auf 68 Seiten, mit Tipps und Illustrationen, geben den Patienten die Möglichkeit, sich auch mit einer Klammer gesund und geschmackvoll zu ernähren. Mit einer praktischen Spiralbindung läßt sich das Buch ganz aufklappen, so dass die Seiten beim Kochen nicht verschlagen.

„Den Patienten kann so eine gute Hilfe gegeben werden, die ihnen die Eingewöhnung mit der Klammer erleichtert“ so Prof. Dr. Dietmar Segner, Fachzahnarzt für Kieferorthopädie, der „Al dente“ ein Vorwort

widmete. Der Kieferorthopäde kann nun mit diesem Kochbuch seinen Patienten auf die Frage „Was kann ich mit einer festen Klammer denn noch essen?“ eine Antwort geben.

Ein sehr gutes Kochbuch, das in keiner Kieferorthopädie-Praxis fehlen sollte.

**„Al dente - Eßvergnügen mit fester Klammer“**

ist bei BIG Publications, Hamburg, ISBN. 3980696405 erschienen und kostet im Direktvertrieb 29,80 DM.

Presseinfo

## Sportweltspiele der Medizin vom 1. bis 8. Juli 2000 in Cannes

Termin und Ort für die 21. Sportweltspiele der Medizin stehen fest: Vom 1. bis 8. Juli 2000 werden sich über 2000 Mediziner, Apotheker und Physiotherapeuten aus aller Welt in Cannes am Mittelmeer zu dieser weltweit größten Sportveranstaltung ausschließlich für Mediziner treffen.

Unverbindliche Auskünfte und Anmeldeunterlagen:

MPR,  
Feldbergstraße 49,  
60323 Frankfurt/Main,  
Fax: 069/172372,  
E-Mail: mpr@-frankfurt.de



# Suchen und Finden im Internet

David Filo und Jerry Yang, zwei Doktoranden der amerikanischen Stanford University waren die ersten, denen es gelang, den Informationswust des Internet in den Griff zu bekommen. Um nicht die Übersicht über ihre von Tag zu Tag anwachsenden Lesezeichensammlungen (Bookmarks) zu verlieren, gestalteten sie einen Katalog von Web-Adressen, aus dem 1994 der legendäre Suchdienst Yahoo! wurde. Das Prinzip dieses Kataloges, der inzwischen neben der englischen auch in zwölf weiteren Sprachen existiert und vielfach kopiert wurde (vgl. z.B. Web.de oder Dino), ist denkbar einfach. Die von Redakteuren erfaßten und nach bestimmten Kriterien ausgewählten Internet-Seiten werden nach Themen sortiert und den dazugehörigen, auf der Homepage von Yahoo! anklickbaren Unterkategorien zugeordnet. Der Suchende kann sich damit problemlos durch solche Kategorien wie „Politik“, „Medizin“, „Reisen“ oder „Internet“ hangeln - und sich dabei immer dichter an sein eigentliches Ziel heranarbeiten (z.B. auf die Homepage einer bestimmten Universität in einer bestimmten Stadt). Der Katalog verschafft seinen Benutzern einen guten Überblick über die Themenvielfalt der im Netz angebotenen Informationen sowie die Informationsdichte zu einem bestimmten Interessengebiet. Besonders hilfreich ist das mit dem Katalog verknüpfte Suchformular, mit dem man entweder im Gesamtkatalog oder in einer der gut strukturierten Kategorien die gewünschten Seiten finden kann.

Für den deutschsprachigen Raum existieren neben Yahoo! inzwischen eine Reihe weiterer Web-Kataloge, von denen die überregional konzipierten Dienste DINO und WEB.DE wohl die beliebtesten sind. Anders als bei reinen Suchmaschinen sortieren bei den Web-Katalogen noch „richtige“ Menschen die täglich neu eingehenden Internet-Seiten. Dieses aufwendige Verfahren (es können pro Tag meist nur ein paar hundert Seiten neu katalogisiert werden) sichert zwangsläufig die Qualität des Angebotes. Als nachteilig wirkt sich aus, daß die Web-Kataloge das Angebot im Internet nie auch nur annähernd in seiner Gesamtheit verzeichnen können.

Wer wirklich auch noch das entlegenste Dokument zu einem bestimmten Thema sehen möchte, sollte sich deshalb einer Suchmaschine bedienen, von denen es im deutschsprachigen Raum mehrere Dutzend gibt. Da das Angebot inzwischen unüberschaubar geworden ist, kursieren im Internet bereits Listen der jeweils beliebtesten und bedienungsfreundlichsten Dienste. Es sollte

nicht unerwähnt bleiben, daß nicht nur die Web-Kataloge unvollständig sind, sondern selbst die größten zur Zeit aktiven Suchmaschinen können nicht mehr als ein Drittel der indizierbaren Seiten im Internet abdecken.

Suchmaschinen gelangen im Prinzip auf zwei Wegen an ihre Informationen. Zum einen durchforsten diese elektronischen Spürhunde eigenständig in periodischen Abständen das Internet, zum anderen wenden sich die Anbieter von Internet-Seiten von sich aus an die Suchmaschinen, um ihr Angebot indizieren zu lassen. Natürlich verstehen die Computerprogramme nicht im eigentlichen Sinne, was auf den angebotenen Seiten steht, aber sie sind intelligent genug, die vorhandenen Texte nach bestimmten Kriterien zu durchforsten und einzuordnen.

Es hängt aber trotzdem von der angewandten Strategie der Nutzer ab, wie brauchbar ein von den Suchmaschinen ausgegebenes Resultat am Ende ist. Gibt man zum Beispiel den Allerweltsbegriff „Politik“ oder „Internet“ ein, so darf man sich nicht wundern, wenn dann eine Liste von mehreren Zehntausend möglichen Seiten angeboten werden. Schränkt man die Suche auf eine Reihe von sinnvoll miteinander verknüpfbaren Begriffen wie „Deutsche Außenpolitik“ oder „Internet Zahnmedizin“ ein, so fallen die Suchergebnisse schon brauchbarer aus.

## Auswahl deutschsprachiger Web-Kataloge:

Yahoo!	<a href="http://www.yahoo.de">www.yahoo.de</a>
DINO	<a href="http://www.dino-online.de">www.dino-online.de</a>
WEB.DE	<a href="http://www.web.de">www.web.de</a>
Allesklar.de	<a href="http://www.allesklar.de">www.allesklar.de</a>

## Auswahl deutschsprachiger Suchmaschinen:

Altavista	<a href="http://www.altavista.com">www.altavista.com</a>
Fireball	<a href="http://www.fireball.de">www.fireball.de</a>
InfoSeek	<a href="http://www.infoseek.com">www.infoseek.com</a>
Excite	<a href="http://www.excite.de">www.excite.de</a>
Lycos	<a href="http://www.lycos.de">www.lycos.de</a>

Wem die Suchergebnisse eines einzelnen Suchroboters nicht reichen, der kann sich der Hilfe sogenannter Meta-Suchmaschinen bedienen. Bei ihnen handelt es sich um eine Art Vermittler zwischen den verschiedenen Suchdiensten. Das Ergebnis der Suche ist eine Zusammenfassung der Suchergebnisse

mehrerer Suchmaschinen. Auf diese Weise lassen sich Kosten sparen. Ob diese Meta-Suchmaschinen ihren Zweck erfüllen, hängt vom Informationswunsch der Nutzer ab und davon wie sehr man sich mit immer neuen Methoden der Recherche vertraut machen möchte. Für die meisten Situationen ist ein Suchwerkzeug wie Yahoo! völlig ausreichend.

## Auswahl von Meta-Suchmaschinen:

All-In-One	<a href="http://www.albany.net/allinone">www.albany.net/allinone</a>
Inferencew	<a href="http://ww.inference.com/infindex">ww.inference.com/infindex</a>
Metasearch	<a href="http://www.metasearch.com">www.metasearch.com</a>
Metacrawler	<a href="http://www.metacrawler.com">www.metacrawler.com</a>
Search	<a href="http://www.search.de">www.search.de</a>

## Dann gibt es noch die Suchmaschinen-Suchmaschine

[klug-suchen.de](http://klug-suchen.de)

[www.klug-suchen.de](http://www.klug-suchen.de)

die beim Auffinden themenbezogener Suchmaschinen hilft, etwa für den Bereich Politik oder Medizin.

## Suchtips

- \* **Verwendung von Kleinbuchstaben**  
Bei manchen Namen führt ein großer Anfangsbuchstabe zu besseren Erfolgen, notwendig ist das aber nicht.
- \* **Eingabe mehrerer Wörter hintereinander.**  
Die Suche richtet sich auf Dokumente, die eines oder mehrere dieser Wörter enthalten. Je mehr Wörter, desto genauer das Ergebnis.
- \* **Man schreibe ein + vor Wörter, die vorkommen müssen.**
- \* **Man schreibe ein - vor Wörter, die nicht vorkommen dürfen.**
- \* **Man benutze Anführungsstriche für Phrasen**  
Als Phrase werden mehrere Wörter bezeichnet, die genau wie angegeben aufeinander folgen müssen (z.B. „Erfurter Dom“).
- \* **Man benutze das Sternchen \* als Joker für alle möglichen Zeichen**  
(z.B. „auto\*“ liefert alles über Autos, Automobil, Automatik, Autor, .....).
- \* **Man verwende keinen Punkt im Suchbegriff - er wird als Zwischenraum aufgefaßt.**

Die meisten Suchmaschinen bieten ausführliche Gebrauchsanweisungen.

S. Büttner, LZKTh

# Chairside Communication

Die gestiegenen Erwartungen des Patienten nach umfassender Aufklärung und Beratung stehen oft im krassen Gegensatz zu den Bemühungen des Zahnarztes unter den heute gegebenen Umständen, seine Praxis betriebswirtschaftlich zu führen.

Er benötigt ein Informations- und Kommunikationsinstrument, mit dem er in der Lage ist, dem Wunsch seiner Patienten ohne großen Zeitaufwand nachzukommen.

Hinter dem Begriff „Chairside Communication“ verbirgt sich weit mehr als das Aufklärungs- und Beratungsgespräch mit dem Patienten.

Die Grundausstattung eines funktionierenden Kommunikationsmodells besteht aus einer Kette von Modulen in gegenseitiger Abhängigkeit.

Eine Information muss zunächst codiert werden, bevor sie vom Sender dem Übertragungsmedium zur Verfügung gestellt wird. Der Empfänger muss die Übertragung seinerseits decodieren können, um dieselbe Information zu erhalten, die am Anfang der Kommunikationskette stand.

Die größten Schwierigkeiten bei der Chairside Communication liegen im Bereich der Codierung und Decodierung. Dies ist begründet in dem unterschiedlichen zahnmedizinischen Wissensstand von Zahnarzt und Patient.

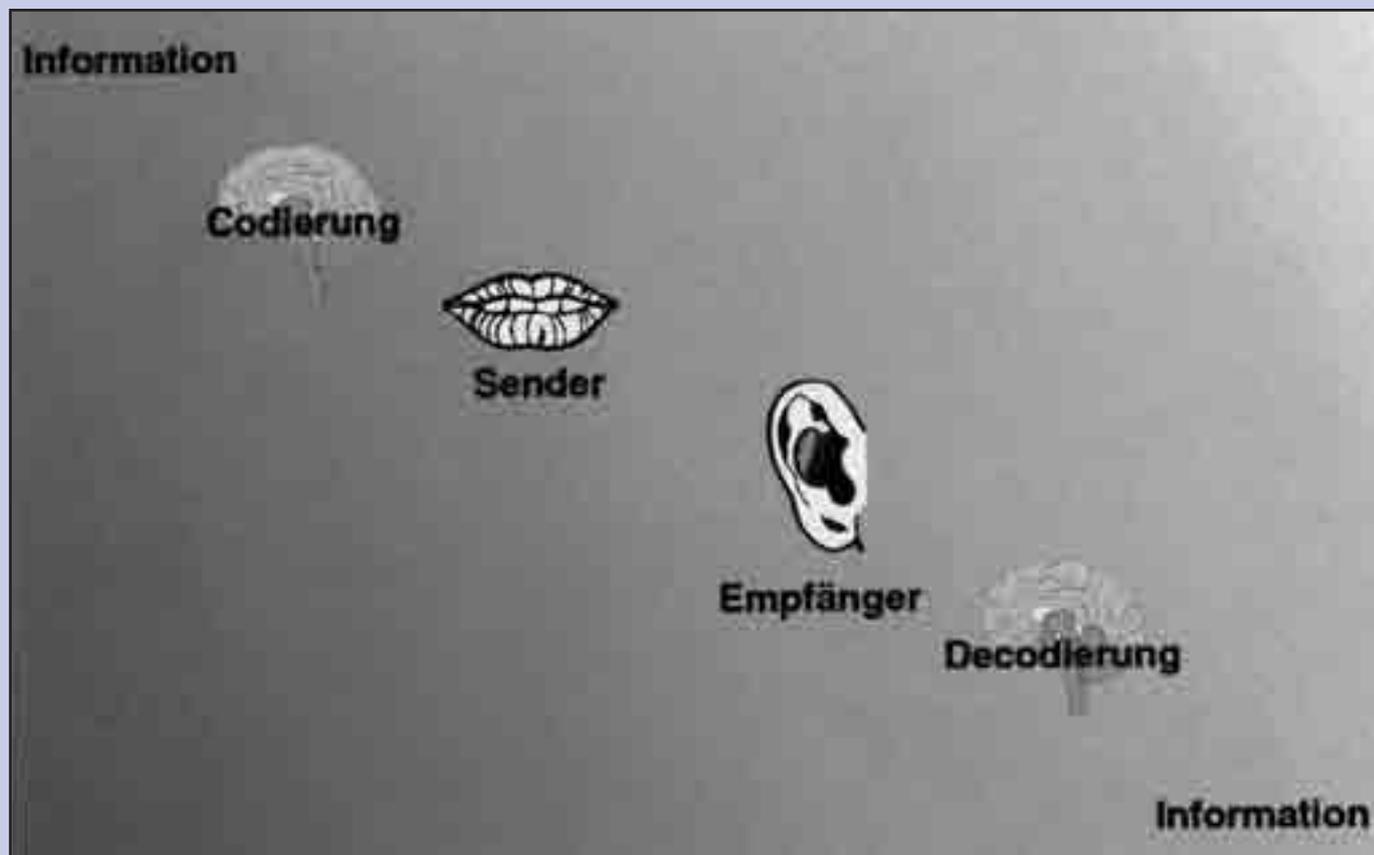
Eine bestimmte Information, z. B. den Befund oder die Versorgungsplanung schematisch mit Strichzeichnungen auf einem Blatt Papier darzustellen, setzt voraus, dass der Patient nicht nur über ein hohes Abstraktionsvermögen verfügt, er muss darüber hinaus über das nötige zahnmedizinische Grundlagenwissen verfügen, um die Zeichnung zu verstehen.

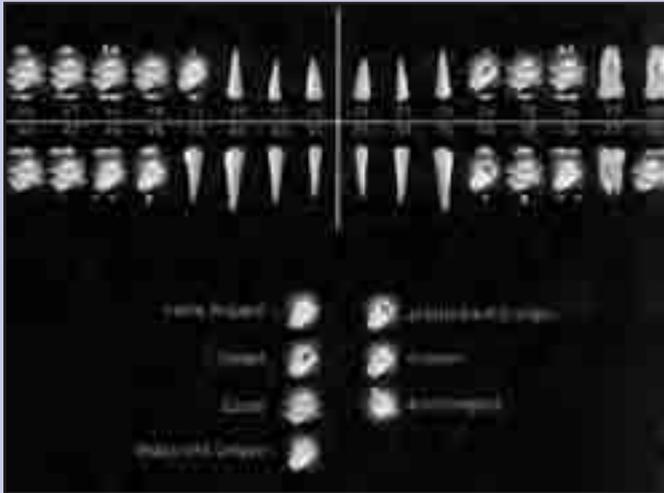
Da hiervon in der Regel nicht ausgegangen werden kann, wird dieser Kommunikationsversuch zum Scheitern verurteilt sein und Frustration auf beiden Seiten zur Folge haben.

Die gewünschte Kommunikation am Behandlungsstuhl, die „Chairside Communication“ findet auf diese Weise nicht statt.

Mittlerweile gibt es eine Vielzahl von Instrumenten zur erfolgreichen „Chairside Communication“. Neben Motivations- und Instruktionsprogrammen als Videofilm sind auf dem Markt mittlerweile Softwareprodukte vorhanden, die eine sehr effiziente zeit- und somit kostensparende Aufklärung und Beratung ermöglichen (z. B. Dental Explorer, QVG). Als Beispiel sei hier auch die intraorale Kamera zu nennen, die sehr eindrucksvoll Detailbefunde, wie etwa insuffiziente Füllungen in vielfacher Vergrößerung auf einem externen Monitor darstellen.

Neben der oftmals fehlenden Übersicht besteht das Risiko, den Patienten in Verlegenheit zu bringen, wenn seine Befunde auf diese Weise „zur Schau gestellt“ werden. Ein gewisses Maß an Provokation ist sicherlich vertretbar und auch gewollt, der Patient sollte sich dennoch in einer für ihn per se schon unangenehmen Situation nicht gedemütigt fühlen.





Selten besteht über dieses Medium die Möglichkeit, umfassende Maßnahmen zu planen.

Für die konservierende und prothetische Behandlungsplanung gibt es Kommuni-

kationssoftware. Idealerweise sollte eine solche Software den individuellen Patientenbefund ohne großen Zeitaufwand visualisieren können, möglichst mit Fotografien auf einer grafisch

ansprechenden, nicht überladenen ästhetischen Oberfläche. Das Programm sollte für den Zahnarzt einfach und mit wenigen Mausklicken im Wesentlichen ohne Tastatur intuitiv bedienbar sein.



Für den Patienten ist es sehr wichtig, dass Lateral- und Frontalansichten zu den ausgewählten Versorgungen vorhanden sind, da ihm diese Ansichten aus seinen täglichen Blicken in den Spiegel bekannt sind und er schon wissen möchte, wie seine Umwelt die neue Versorgung wahrnehmen wird.

Um den Patienten über die Komplexität und den Aufwand einer zahnmedizinischen Versorgung zu informieren, eignen sich sehr gut Videoclips, in denen Arbeitsabläufe transparent gemacht werden. Nur so kann der Patient den finanziellen Aufwand für eine zahnmedi-

zinische Versorgung verstehen; man sollte davon ausgehen, dass Patienten, die keinen Bezug zur Zahnmedizin haben, oftmals gar nicht wissen, dass die Arbeiten keine Konfektionswaren sind, sondern individuell mit großem Aufwand von Hand gefertigt werden.

Ein Kalkulationsmodul mit der Möglichkeit einer späteren Übernahme der Daten in eine Abrechnungssoftware runden das Anforderungsprofil ab. Damit ist es möglich, dem Patienten einfach Auskunft über den zu erwartenden finanziellen Aufwand der geplanten Versorgung zu geben.



Eine Software, die diesem Anforderungsprofil genügt, wie z. B. der „Dental Explorer“, die neueste CD-ROM-Veröffentlichung des Quintessenz Verlages und auf einer weit verbreiteten Rechnerplattform, wie z. B. Windows 95, 98 oder NT betrieben werden kann, ist ein echtes Kommunikationsinstrument für die „Chairside Communication“ in einer qualitätsorientierten und zukunftsweisenden Zahnarztpraxis.

ZA Michael-Kurt Prüfert, Quickborn

## Vertex™ Akrylfarbstoff – eine neue Dimension in der Ästhetik von Prothesen



Vertex™ Akrylfarbstoff wurde aufgrund der steigenden Nachfrage nach ästhetisch geformten Prothesen entwickelt. In Kombination mit dem großen Spektrum von Vertex™ -Grundfarben befähigt der neue Farbstoff sowohl den Zahnarzt als auch den Zahntechniker, den Wunsch einer großen Patientengruppe nach einer möglichst natürlich aussehenden Prothese zu erfüllen.

Mit dem Vertex™ Akrylfarbstoff kann der Zahntechniker dem Zahnarzt und seinem Patienten eine individuelle Voll- oder Teilprothese anbieten. Natürliche Gegebenheiten der Gingiva können mittels Aufsprühtechnik

effektiv nachgebildet werden. Durch das Eindringen in die Prothese selbst können so jegliche Abnutzungerscheinungen vermieden werden. Vertex™ Akrylfarbstoff wird in fünf Farben angeboten und kann mit fast allen Prothesengrundmaterialien kombiniert werden. Um größtmögliche Individualität zu erreichen können die fünf Grundfarben untereinander gemischt werden.

Vertex™ Prothesenmaterialien werden auch in Deutschland vertrieben. Mehr Informationen gibt es im Internet unter [www.vertex-dental.com](http://www.vertex-dental.com) oder über den örtlichen Vertrieb.

DENTIMEX B. V., Zeist, Niederlande



### Neu: meridol special-floss für Patienten mit Implantaten, Brücken oder Brackets

**Flauschfaden mit aminfluorid/Zinnfluorid reinigt besser als normale Zahnseide**

Eine neue Zahnseide hat die Wybert elmex Forschung jetzt speziell für Patienten mit Implantaten, Brücken oder Brackets entwickelt: meridol special-floss. Der elastische Flauschfaden erleichtert mit einer verstärkten Einfädelhilfe die Reinigung schwer zugänglicher Stellen und schützt Zahnfleisch und Zähne zusätzlich mit den Wirkstoffen Aminfluorid/Zinnfluorid.

Wybert GmbH, Lörrach



### Rexam non latex powderfree, der Handschuh, der keine Latex-Allergie verursacht

Der Handschuh REXAM non latex powderfree ist latexfrei und ungedupert. Das Material Nitril ist geruchlos.

Der neue Non latex powderfree ist die Weiterentwicklung des Rexam non latex.

Seine texturierte Oberfläche macht den REXAM non latex powderfree äußerst griffig.

Der REXAM non latex powderfree ist resistent gegen Chemikalien und mit den in den Zahnarztpraxen üblichen Desinfektionsmitteln desinfizierbar. Das latexfreie Material Nitril ist dreimal durchstichfester als Latex. Zusätzlich bietet der REXAM non latex powderfree einen Rollrand sowie eine lange Stuple und ist bis zu 121 ffi C autoklavierbar.

Der REXAM non latex powderfree ist ab sofort im Dentalhandel in 5 Größen erhältlich.

Roeko GmbH + Co., Langenau



### Activ point – die Spitzenlösung

Activ point - Chlorhexidin Spitzenspitzen - bieten als temporäre Einlage optimalen Schutz vor Reinfektion des Wurzelkanals. Die ISO-genormten Spitzenspitzen bestehen aus einer Guttaperchamatrix mit 5 % Chlorhexidindiacetat und sind gut röntgensichtbar. Chlorhexidin CHX ist bekanntermaßen auch in niedrigen Konzentrationen äußerst wirksam gegenüber Bakterien und vielen anderen Organismen einschließlich Hefen und Pilzen.

Die neue Darreichungsform als Spitze ermöglicht es, Chlorhexidin schnell und sicher in den Wurzelkanal einzubringen. Die Spitze kann später rückstandsfrei entfernt werden. Durch vorher applizierte (steriles H<sub>2</sub>O) oder aus den Dentinkanälchen nachfließende Flüssigkeit wird das CHX aus der Spitze freigesetzt.

Activ point, Inhalt 60 Stück, ist ab sofort in den ISO-größen 15-80 und in zwei Sortierungen im Dentalhandel erhältlich. Detaillierte Informationen können bei ROEKO angefordert werden.

ROEKO GmbH, Langenau

## Neuroanatomie: 3D-Stereoskopie-Atlas des menschlichen Gehirns

M. C. Hirsch, T. Kramer

360 Seiten, 173 Abbildungen,  
incl. CD-ROM und 3D-Brille,  
ISBN: 3-540-65998-6,  
DM 79,-, Springer-Verlag 1999.

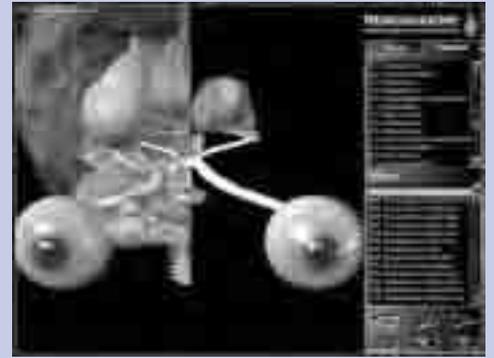


Wer schon immer einmal einen Blick in das menschliche Gehirn werfen wollte, dem sei ein neuartiger Atlas empfohlen, in dem alle wichtigen Gehirnstrukturen mit

Hilfe spezieller Techniken dreidimensional betrachtet werden können. Diese Form der räumlichen Darstellung des Gehirns - welt-

weit die erste dieser Art - ist das Ergebnis einer jahrelangen Entwicklungsarbeit, die der Kerngebiete, Leitungsbahnen, Blutgefäße, funktionelle Systeme, Hirnnerven und vieles mehr (insgesamt mehr als 1.500 Strukturen) im Computer aufbereitet und detailliert nachgebaut wurden. Dem Atlas beigelegt ist neben einer 3D-Brille auch eine CD-ROM, auf der die 173 Illustrationen des Buches als drehbare 3D-Modelle umgesetzt sind. Weitere Informationen über das Computergehirn und den im Springer-Verlag erschienenen Stereoskopie-Atlas sind unter [www.brainmedia.de](http://www.brainmedia.de) abrufbar.

Presseinfo



## Zahnersatz in der Diskussion

-Experten nehmen Stellung -

K. M. Lehmann (Hrsg.)

ISBN 3-932091-40-X, 48,- DM,  
Verlag im Kilian, Marburg 1999

Dieser Jubiläumsband zum 10jährigen Bestehen des Kuratoriums perfekter Zahnersatz greift brennende Fragen auf, die von den Medien hinterfragt und den Patienten geschätzt sind.

„Zahnersatz in der Diskussion - Experten nehmen Stellung“ bietet 43 Expertenbeiträge zu den interessanten Themen der Zahnmedizin und Zahntechnik, anschaulich gemacht durch mehr als 60 Farbfotos. Dabei geht es um qualitativ hochwertige und ästhetisch ansprechende Versorgungsformen. Es geht aber auch um Allergologie und Werkstoffkunde, Toxikologie und Psychosomatik, um nur einige der Bereiche zu nennen, zu denen das Kuratorium perfekter Zahnersatz die Fachleute befragt hat.

Themenübersicht:

- Was gesunde Zähne und funktionstüchtiger Zahnersatz bedeuten
- Die Versorgung zerstörter Zähne mit Füllungen

- Was Implantate bei der Wiederherstellung des Kauorgans leisten können
- Zahnersatz bei älteren Menschen
- Versorgung von kiefer- und gesichtsversehrten Patienten
- Zahnersatz bei Kindern und Jugendlichen
- Psychosomatische Aspekte bei der Wiederherstellung des Kauorgans

In der Thematik Werkstoffe äußert sich E. Lenz zur Problematik „Qualitätsgerechter Einsatz von Dentallegierungen durch den Zahnarzt“.

Für den praktisch tätigen Zahnarzt ist das Buch sicherlich eine wirksame Unterstützung zur sachgerechten Patientenberatung.

Die Broschüre kann bezogen werden  
(Preis + 5.00 DM Versandkosten) bei

Kuratorium perfekter Zahnersatz  
Max-Planck-Str. 25, 63303 Dreieich



## Atlas der chirurgischen Laserzahnheilkunde

G. Romanos

ISBN 3-437-05020-6, 368,- DM  
Urban und Fischer, München/Jena 1999  
<http://www.urbanfischer.de>

In der Zahnmedizin spielt die Laserchirurgie inzwischen eine immer größere Rolle und ist teilweise fester Bestandteil dieses Fachgebietes geworden.

Die Vorteile liegen nach Meinung der Autoren auf der Hand: schmerzärmer, den Patienten

wenig belastender oralchirurgischer Eingriff, komplikationsloser postoperativer Verlauf mit rascher Wundheilung.

Detailliert abgerundet wird dieser Atlas durch einen sehr hilfreichen Anhang mit Übersichten von Lasergeräten mit Bauartzulassung für Deutschland sowie Herstellerangaben, ausgewählten Laserinstitutionen, ausgewählter weiterführender Fachliteratur und internationaler Fachzeitschriften.

Als Co-Autoren fungierten solche, in der Laserzahnmedizin, bekannten Autoren wie H. Deppe, Th. Ertl, N. Gutknecht und P. Purucker.

## Aus der Fachpresse:

# Nachfolgend die Zusammenfassungen einiger interessanter Artikel aus der Zeitschrift „Journal of Clinical Periodontology“ Volume 26, Number 10, 1999.

### Auswirkungen von Nikotin und Alter auf die Replikation und Lebensfähigkeit menschlicher Gingivafibroblasten in vitro

Das Ziel der vorliegenden Studie war es, (1) die Auswirkungen von Nikotin auf menschliche Gingivafibroblasten (MGF), (2) die Unterschiede zwischen Rauchern (○ 10 Zigaretten/Tag für zumindest 5 Jahre) und Nichtrauchern und (3) die Unterschiede zwischen Patienten verschiedenen Alters zu untersuchen. Von 15 Patienten (4 Raucher ○ 25 Jahre; 4 Nichtraucher ○ 25 Jahre; 3 Raucher ○ 40 Jahre; 4 Nichtraucher ○ 40 Jahre) wurden MGF mittels Biopsien während parodontalchirurgischer Eingriffe gewonnen. Nikotin wurde in 3 verschiedenen Konzentrationen getestet: 6 eg/ml, 60 eg/ml, 600 eg/ml. Um die Lebensfähigkeit der Zellen zu prüfen, wurde Neutralrot (NR) verwendet, für die Austestung der Proliferation ein Hoechst-Test. Nach 48 Stunden Exposition durch Nikotin erwiesen sich 600 eg/ml als hochtoxisch in allen Gruppen mit einer statistisch signifikanten Reduktion von Proliferation und Lebensfähigkeit im Vergleich zur Kontrolle. Beim Vergleich der Gruppen gleichen Alters zeigten die unbehandelten MGF (Kontrolle) der Patienten ○ 25 Jahre eine erhöhte Proliferationsrate aber nicht Lebensfähigkeit als bei den Rauchern. Bei Patienten ○ 40 Jahre waren Proliferationsrate und Lebensfähigkeit der MGF bei Rauchern im Vergleich zu Nichtrauchern erhöht. Nach Exposition der MGF von Nichtrauchern ○ 25 Jahre durch 600 eg/ml Nikotin zeigten diese geringere Lebensfähigkeit und Proliferation als die von Rauchern gleichen Alters. Beim Vergleich der Gruppen unterschiedlichen Alters zeigten die unbehandelten MGF von Rauchern gleiche Lebensfähigkeit und Proliferation unabhängig vom Alter. 600 eg/ml Nikotin tötete allerdings mehr MGF bei Rauchern ○ 25 Jahre als bei solchen ○ 40 Jahre. Bei Nichtrauchern zeigten unbehandelte MGF von Patienten ○ 25 Jahre eine geringere Replikation aber nicht Lebensfähigkeit als die von Patienten ○ 40 Jahre. Nach Behandlung mit 600 eg/ml Nikotin erwiesen sich die MGF von Patienten ○ 25 Jahre weniger lebensfähig als die von solchen ○ 40 Jahre. Es schien, dass Zigarettenkonsum und Lebensalter der Spender bei der Untersuchung der Effekte von Nikotin auf MGF eine Rolle spielen, weil MGF von Rauchern weniger empfindlich auf Nikotin reagieren als die von Nichtrauchern und Zellen älterer Spender und sich widerstandsfähiger gegen Nikotin verhalten als die jüngeren Spender.

### Auswirkung des Rauchens auf die lokale Anwendung eines Doxycyclinpräparates im Vergleich zu Scaling und Wurzelglättung

Diese Studie untersuchte den Effekt des Rauchens auf die Ergebnisse zweier nichtchirurgischer Therapieformen: (1) Scaling und Wurzelglättung allein (SRP) oder (2) kontrollierte Abgabe eines subgingival applizierten Doxycyclinhyclats in einem Gel auf Polylactid-Basis. Die Teilnehmer der 9-Monatsnachuntersuchung von 2 Multizenterstudien wurden als Nichtraucher (Personen, die niemals geraucht haben: n = 100), ehemalige Raucher (n=137) und Raucher (○ 10 Zigaretten/Tag: n = 121) klassifiziert. Die klinischen Parameter der behandelten Stellen mit Sondierungstiefen (ST) ○ 5 mm bei der Ausgangsuntersuchung und für eine Untergruppe mit Ausgangs-ST ○ 7 mm wurden ausgewertet. Die klinischen Parameter (Plaque Index, klinische Attachment levels, ST, Bluten auf Sondieren [BOP]) wurden zu Beginn der Untersuchung und nach 4, 6, und 9 Monaten erhoben. In der mit Doxycyclin behandelten Gruppe konnten generell keine ausgeprägten Unterschiede im Attachmentgewinn bzw. der ST-Reduktion zwischen den 3 Raucherkategorien festgestellt werden. In der SRP-Gruppe allerdings ließen sich generell Unterschiede bezüglich Attachmentgewinn und ST-Reduktion beobachten, wobei Nichtraucher bessere Ergebnisse zeigten als ehemalige und aktuelle Raucher nach 6 und 9 Monaten. Diese Unterschiede in den klinischen Resultaten zwischen SRP und Doxycyclin zwischen den 3 Rauchergruppen werden im Hinblick auf die Konsequenzen für die Therapie von Rauchern diskutiert.

### Einflussfaktoren für den Erfolg von GBR: Rauchen, Zeitpunkt der Implantation, Implantatlokalisation, Knochenqualität und provisorische Versorgung

Das Ziel der vorliegenden retrospektiven klinischen Studie war es, den Einfluss verschiedener Faktoren auf die Ergebnisse der gesteuerten Knochenregeneration (GBR) zu untersuchen. 75 Patienten, die aus klinischen Gründen nicht zufällig den untersuchten Parametern zugeordnet worden waren, wurden untersucht. Die Patienten wiesen freiliegende Implantatoberflächen auf, die mit einem xenogenen Knochenersatzmaterial und einer resorbierbaren Kolla-

genbarriere an insgesamt 112 Implantaten behandelt wurden. Die Defektmorphologie wurde dokumentiert, vermessen und berechnet zum Zeitpunkt der Implantation und bei Reentry. Der Erfolg der GBR-Therapie wurde zu verschiedenen klinischen Parametern in Beziehung gesetzt und es wurden Korrelationen berechnet. Defekte im Oberkiefer zeigten signifikant ( $p = 0.0001$ ) mehr knöcherne Auffüllung (96 %) als solche im Unterkiefer (78 %). Die Insertion einer provisorischen Versorgung war ebenfalls mit günstigeren Ergebnissen assoziiert (92 % Defektauffüllung) als der Verzicht auf eine solche Versorgung (76 %) ( $p 1.01$ ). Sofort bzw. mit kurzer Verzögerung gesetzte Implantate zeigten die besten Resultate mit 92 % Knochenauffüllung im Vergleich zu Spätimplantaten mit nur 80 % (Unterschied nicht signifikant). An Stellen mit Knochentyp I (kompakter Knochen) wurde eine reduzierte knöcherne Auffüllung beobachtet (64 %). Die Resultate zeigen, dass eine knöcherne Auffüllung freiliegender Implantatoberflächen mittels GBR erfolgreich erzielt werden kann. Dies lässt sich zuverlässiger im Oberkiefer und nach provisorischer Versorgung erreichen. Frühe Implantation erscheint vorteilhaft wegen der Erhaltung des Alveolarfortsatzes, günstigerer Defektmorphologie und höherer regenerativer Kapazität.

### Zusammenhänge zwischen Gesundheitszustand bzw. körperlicher Verfassung und Parodontalerkrankungen

Um die Zusammenhänge zwischen Gesundheitszustand bzw. körperlicher Verfassung und Parodontalerkrankungen feststellen zu können, wurde eine Querschnittsstudie durchgeführt. Die Teilnehmer waren 517 männliche und 113 weibliche Probanden im Alter zwischen 23 und 83 Jahren, die am Zentrum für Gesundheitsfürsorge der Präfektur Aichi, Japan, in den Jahren 1992 bis 1997 an einer mehrphasigen Gesundheitsüberprüfung teilnahmen. Der Parodontalstatus der Probanden wurde durch Erhebung des CPITN erfasst. Um die Stärke der Assoziationen zwischen den untersuchten Faktoren und den CPITN-Graden untersuchen zu können, wurden relative Risiken mit Hilfe ordinaler logistischer Modelle berechnet. Konventionelle Risikofaktoren wie hohes Alter, Rauchen, erhöhte Plasmaglukose und vereinfachter Debris Index waren mit hohen CPITN-Graden assoziiert. Bluthochdruck, Hämaturie, Leukozytose bzw. Thrombozytose, positives C-reaktives Protein und hoher Serumspiegel alkalischer Phosphatase waren ebenfalls positiv mit den

CPITN-Graden assoziiert, während hohe Serumspiegel von HDL-Cholesterin mit niedrigem Parodontitisrisiko assoziiert waren. Schlechte körperliche Verfassung, die die aerobe Kapazität sowie Fußbalance und -reaktion beeinträchtigte, war mit höheren CPITN-Graden assoziiert. Diese Assoziationen waren unabhängig von den konventionellen Risikofaktoren. Obwohl diese neuen Risikoindikationen erst in longitudinalen Studien daraufhin überprüft werden müssen, ob sie eine ursächliche Bedeutung in der Pathogenese der Parodontitis haben, legen die Ergebnisse dieser Studie einen Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand sowie körperlicher Verfassung und Parodontitis nahe.

### Bestimmung der Plaquedicke auf Wurzeloberflächen mittels einer neuen 3-D Laser Scanning Methode

In der Literatur finden sich keine Angaben, wie die Dicke bakterieller Plaque auf Zähnen objektiv gemessen werden kann. Das Ziel der vorliegenden Studie war es deshalb, Plaque auf der Zahnoberfläche zu quantifizieren und zu prüfen, wie diese Quantifizierung bei 51 Patienten mit einem klinischen Plaque Index korreliert. Die Patienten wurden gebeten, am Tag der Untersuchung keinerlei Mundhygienemaßnahmen vorzunehmen. Von den Teststellen (kariesfreie freiliegende Wurzeloberflächen) wurden mit einem individuellen Löffel Abformungen genommen, anschließend wurde nach Anfärben der Beläge der Plaque Index nach Silness und Loe erhoben. Nach vollständiger Entfernung der Plaque mit einer Zahnbürste wurde eine 2.

Abformung genommen. Die so gewonnenen Replikas wurden mit einer Coordinate Messmaschine (CMM) und einer Laser-Scanning-Sonde eingelezen. Die Plaque, die unmittelbar zum Gingivarand benachbart war, hatte eine mittlere Dicke von  $0.106 \pm 0.0118$  mm (Mittelwert  $\pm$  Standardabweichung), während die Plaqueschicht 250  $\mu$ m koronal des Gingivarandes  $0.053 \pm 0.052$  mm dick war. Es bestand eine signifikante Korrelation zwischen Plaque Index und Plaquedicke ( $p < 0.002$ ). Die Beobachtung, dass die größte Menge der Plaque am Gingivarand lokalisiert ist, unterstützt die Hypothese, dass primäre Wurzelkariesläsionen ihren Ausgang vom Gingivarand nehmen. Die vorgestellte Methode misst die Plaquedicke auf freiliegenden Wurzeloberflächen, die mit dem Plaque Index korreliert und zeigt, wie morphologische Eigenschaften der Zähne, der Gingiva und der Plaque in vivo von Replikas erfasst werden können.

### Reaktion des Knochengewebes um in einen Kieferdefekt gesetzte Implantate

Das Ziel der vorliegenden Studie war es, die Knochenveränderungen zu untersuchen, die sich um Implantate herum abspielen, bei denen zum Zeitpunkt der Implantation bukkal und lingual eine unterschiedliche knöcherne Abstützung vorlag. 8 Beagle-Hunde wurden zufällig in eine Test- und eine Kontrollgruppe verteilt. Alle Prämolaren der linken Seite des Unterkiefers wurden jeweils entfernt (P1, P2, P3, P4). Bei den 4 Hunden der Testgruppe wurde die bukkale Knochenwand im Prämolarenbereich entfernt, um

einen Knochendefekt von 25 mm Länge, 5 - 6 mm Höhe und 4 mm Breite zu erzeugen. Bei den 4 Hunden der Kontrollgruppe wurde keine Knochenresektion durchgeführt. 8 Monate nach Zahnextraktion wurden bei jedem Hund 3 Implantate (Astra Tech AB, Mölndal, Schweden; TiO-Blast; 8 x 3,5 mm) gesetzt. Bei den Hunden der Testgruppe wurden die Implantate so in den Defekt gesetzt, dass (i) mechanische Stabilität erreicht wurde und (ii) die linguale Fläche der Implantate völlig von Knochen bedeckt war. Auf der bukkalen und den approximalen Seiten hingegen blieben der koronale Anteil ohne Gewinde (2 mm) und die 3 koronalsten Gewindedrehungen von Knochen entblößt. In der Kontrollgruppe waren alle Implantate nach Insertion vollkommen im Knochen versenkt. Nach einer Heilungsphase von 3 Monaten wurden die Aufbauten montiert und Plaquekontrolle begonnen. 4 Monate später wurden die Hunde geopfert. Die Unterkiefer wurden entfernt und fixiert. Die Implantatregionen wurden herausgetrennt, die Gewebeproben entwässert, eingebettet, in bukkolingualer Richtung geschnitten und unter dem Lichtmikroskop untersucht. Es kam zur Osseointegration der Implantate, die in einen chronischen Defekt gesetzt worden waren, bei dem bukkal und lingual ein unterschiedliches Knocheniveau vorlag. Während der Phase der Heilung und Belastung kam es allerdings zu ausgeprägten Knochenmodellationen und -remodellationen. Auf der bukkalen Seite kam es zu Knochenauffüllung und Osseointegration, während es auf der lingualen Seite zu erheblichen Knochenresorptionen und zu einer Vernichtung der Zahl der multizellulären Einheiten kam. Im Zuge der Knochenumbauvorgänge kam es zu Rezessionen der periimplantären Mukosa.



### Die Praxis der professionellen Prophylaxe & Ultraschall-Scaling

K.-D. Hellwege

357 S., 390 Abb., ISBN 3-83045006-0, 198,- DM.  
Hüthig Verlag, Heidelberg 1999  
<http://www.thieme.de/pressediens>

Der Autor ist langjährig schon bekannt durch sein Werk „Praxis der zahnmedizinischen Prophylaxe“, das inzwischen auch 1999 in der 5. überarbeiteten und erweiterten Auflage bei selbem Verlag erschienen ist.

Mit diesem Buch „Die Praxis der professionellen Prophylaxe & Ultraschall-Scaling“ stellt der Autor in gewohnter Art und Weise die Behandlungsmaßnahmen der professionellen Zahnreinigung vor.

Sowohl für den Zahnarzt als auch seine ZMF sind die Abbildungen und Grafiken geradezu eine Aufforderung, das hier vermittelte Wissen in praxi umzusetzen.

Andererseits zeigt der Autor dem Zahnarzt und seinem Praxisteam auch sehr deutlich die Verpflichtung, dem Patienten zumindest die professionelle Prophylaxe anzubieten und dafür zu gewinnen. Dies betrifft sowohl die „ästhetische“ als auch die therapiebegleitende Prophylaxe.

Längst hat der Begriff professionelle Prophylaxe in der Zahnmedizin die Vorstellung berichtigt, dass es sich hier lediglich um eine „kosmetische“ Leistung handelt.

Veröffentlichungen zu wissenschaftlichen Untersuchungen aus den USA in den letzten zwei Jahren mussten erst wieder bestätigen, was wir seit Studium und Facharztausbildung wussten: Zahnheilkunde ist ein medizinisches Fachgebiet und professionelle Prophylaxe im oralen System vermindert das Krankheitsrisiko der Parodontitis und senkt damit das Schlaganfallrisiko um das 2,5 fache.

Damit hat dieses Lehrbuch, das meiner Meinung nach den Einsatz der ZMF hervorragend manifestiert, neue Aspekte in der professionellen Prophylaxe gesetzt.

Die anschaulichen Darstellungen zur Anwendung, Handhabung und zum kontrollierten - eben professionellen Umgang mit den Hilfsmitteln der professionellen Zahnreinigung (Handinstrumente, Ultraschallgeräte u. v. a. m.) - unterstreichen den besonderen Nutzwert des Buches für die Praxis und schließlich für den Patienten.

Aus meiner Sicht sollte dieses Buch die Pflichtlektüre für die ZMF-Ausbildung sein.



## Funktionsdiagnostik und Therapieprinzipien

- Farbatlanten der Zahnmedizin Band 12 -

A. Bumann, U. Lotzmann

360 S., 1430 Abbildungen,  
ISBN 3-13-787501-3, 432,- DM.

GeorgThieme Verlag, Stuttgart 2 000  
<http://www.thieme.de/pressediens>

Zunehmende funktionelle, vor allem stressbedingte Erkrankungssymptome sowie die Forderung nach Qualitätssicherung bei oralen Rehabilitationen erfordern in steigender Quantität und Qualität eine immer umfangreicher werdende Funktionsdiagnostik mit anschließender therapeutischer Strategie.

Aus dem Vorwort:

„Medizin und Zahnmedizin haben sich nicht zuletzt unter dem wechselseitigen Einfluss neuer Methoden, Technologien und Materialien weiterentwickelt. Den damit gestiegenen Anforderungen an die patientenorientierte Ausbildung können unsere Studentinnen und Studenten strenggenommen allein schon aufgrund der unzeitgemäßen Approbationsord-

nung nicht mehr gerecht werden. Gerade die komplexen Zusammenhänge in der zahnärztlichen Funktionsdiagnostik und -therapie können im Verlauf der zahnmedizinischen Ausbildung aufgrund des Zeitmangels und der ungünstigen Betreuungsrelation zwischen Lehrpersonal und Studierenden vielfach nur sporadisch erläutert und demonstriert werden. Die approbierte Zahnärztin und der approbierte Zahnarzt sind folglich aufgefordert, Wissensdefizite auf allen Teilgebieten der Zahnheilkunde durch gezielte und kontinuierliche Fortbildung zu kompensieren. So ist es die primäre Aufgabe des vorliegenden Atlas, dem geeigneten Leser in Bildsequenzen und ergänzenden Textpassagen detaillierte Kenntnisse insbesondere auf dem Gebiet der zahnärztlichen Funktionsdiagnostik zu vermitteln. Die therapeutischen Aspekte werden hier nur prinzipiell abgehandelt. Die diagnosebezogene Therapie wird Inhalt eines gesonderten Buches sein.

Die in diesem Atlas ausführlich beschriebene Methode der klinischen Funktionsanalyse beruht im Wesentlichen auf orthopädischen Untersuchungstechniken, die bereits von Cyriax, Maitland, Mennell, Kalternborn, Wolff und Frisch beschrieben wurden. Hansson und Mitarbeiter propagierten diese Techniken Ende der 70er und Anfang der 80er Jahre erstmals auch für das Kiefergelenk. In Zusammenarbeit mit dem Physiotherapeuten G. Groot Landeweer wurden diese Erkenntnisse Ende der 80er Jahre aufgegriffen und konsequent zu einem praxisgerechten Untersuchungskonzept weiterentwickelt. Da sich das klinische Vorgehen grundlegend von der klassischen Funktionsanalyse unterscheidet, wurde der Terminus „manuelle Funktionsanalyse“ eingeführt.

Ziel der manuellen Funktionsanalyse ist die Überprüfung des Adaptationsgrades von Gewebestrukturen und der Nachweis möglicher Belastungsvektoren. Dies ist allein durch instrumentelle Methoden nicht möglich. Die sog. instrumentelle Funktionsanalyse (z. B. Okklusionsana-

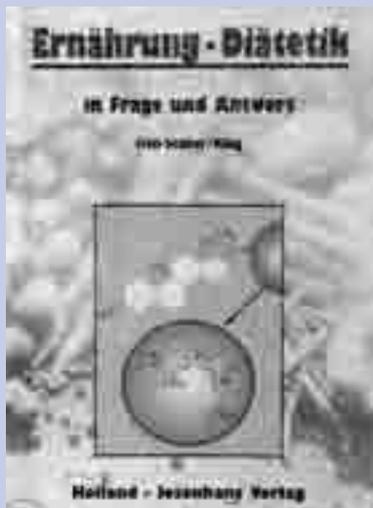
lyse an montierten Modellen, Axiographie) ist jedoch hilfreich, um unterschiedliche Einflüsse wie Malokklusion, Bruxismus und Dysfunktion aufzudecken. Somit lassen sich klinische und instrumentelle Teilbereiche der Funktionsdiagnostik zu einem sinnvollen Ganzen ergänzen.

Die gerade in den letzten Jahren hinsichtlich des Ätiologiemodells zunehmend kontrovers geführte Diskussion „Okklusion versus Psyche“ führte zu einer starken Polarisierung der Lehrmeinungen. Sie erscheint aber gerade aus der Sicht des Praktikers wenig sinnvoll, geht es doch im konkreten Patientenfall um eine individuelle Ursachenfahndung, in der natürlich auch okklusale und psychische Faktoren einbezogen sind.

Im Rahmen einer kausalen Funktionstherapie ist zu berücksichtigen, dass die Beseitigung okklusaler Störungen zwar eine Reduktion potentieller Einflüsse darstellen kann, aber nicht zwingend zur Beschwerdefreiheit führen muss, da weitere Kausalfaktoren außerhalb unseres Arbeitsbereiches liegen können.

Einige Leser mögen kritisch anmerken, dass die Kapitel „Modellmontage und Okklusionsanalyse“ sowie „Instrumentelle Bewegungsanalyse“ nicht die Vielfalt der derzeit beworbenen Artikulator- und Registriersysteme widerspiegeln. Wir hielten es allerdings aus didaktischen Gründen für sinnvoll, die in diesen Kapiteln erläuterten Arbeitsschritte am Beispiel eines seit Jahren auf dem Markt etablierten Artikulator- und Registriersystems zu dokumentieren. Dies ist nicht als Wertung zu interpretieren. Prinzipiell eignen sich auch andere präzise verarbeiteten Systeme zur Aufzeichnung und Simulation von Unterkieferbewegungen.“

Alle notwendigen diagnostischen therapeutischen Arbeitsabläufe werden step by step dargestellt. Damit wird dieser Atlas für den Behandler ein wertvoller „Assistent“ in der oft komplizierten diagnostischen Fragestellung und therapeutischen Entscheidungsfindung.



## Ernährung und Diätetik in Frage und Antwort

E. Höll-Stüber, S. Klug

372 Seiten, broschiert,  
ISBN 3-7782-7410-4, 29,80 DM

Holland + Josenhans Verlag, Stuttgart 1999

Das Thema der richtigen Ernährung spielt in unserer Gesellschaft eine immer größere Rolle. „Ernährung und Diätetik in Frage und Antwort“ richtet sich an alle, die sich für das Thema Ernährung interessieren, sei es nun beruflich (in der Ernährungsberatung, Pflegeberufen, Kindererziehung) oder privat.

In diesem neuen Buch wird auf die grundlegenden Themen der Ernährungslehre eingegangen.

Dabei haben die beiden Autorinnen Wert auf knappe und verständliche Informationsvermittlung gelegt, der Text ist in thematisch gegliederten kurzen Fragen und Antworten verfasst. Dort, wo zusätzlich erläuternde Zusammenhänge vermittelt werden sollen, führen knappe Texte in die Themen ein.

Bitte beachten Sie zur näheren Information auch das Vorwort der Autorinnen.

Im zahnmedizinischen Bereich dient dieses Buch als Hilfestellung vor allem für die Arbeit von Zahnarzt und ZMF bei der Beratung der Kinder- und Jugendlichen im Bereich der Gruppen- und Individualprophylaxe, sowie die Motivation der erwachsenen Patienten bei professioneller und therapiebegleitender Prophylaxe.

Alle Buchbesprechungen: G. Wolf, Suhl

**Zur Verstärkung unseres Teams**

suchen wir einen engagierten Assistenz Zahnarzt für eine Zahnarztpraxis in Thüringen.

Chiffre: tzb 0014

**Zahnarzt, 17 J. BE,**

übernimmt Praxisvertretungen/Notdienste thüringenweit.

Chiffre: tzb 0015

**Versorgungsgradfeststellung des Bundeslandes Thüringen vom 21. Dezember 1999**

Bezug nehmend auf die erfolgte Veröffentlichung zur Versorgungsgradfeststellung und der Bestimmungen des SGB V §§ 100 und 101 in Verbindung mit §§ 15 und 16b ZV-Z ergeben sich nach der Sitzung des Zulassungsausschusses am 08.12.1999 folgende Veränderungen bezüglich der Anordnungen/Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen eingetreten:

Anwendung von Zulassungsbeschränkungen für die zahnärztliche Versorgung:

**Planungsbereich Wartburgkreis**

Günther Schroeder-Printzen  
Vorsitzender des Landesausschusses

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

**Suche Assistentenstelle**

ab 01.01.2000

Raum: Dresden; Leipzig; Halle; Berlin; Bautzen; Görlitz

Beurich, Bettina; Krenkelstr. 32; 01309 Dresden;  
Tel.: 0351/ 442 5536 ; geb.: 05.11.1967;

Examen: 29.11.1999 Dresden;  
Berufsausbildung: ZAH



**Auftraggeber:**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ausgabe(n):**

(Monat/Jahr)

**Rubrik:**

- Stellenangebote (2,20 DM)
- Stellengesuche (1,50 DM)
- Praxisübernahme (2,20 DM)
- Praxisabgabe (2,20 DM)
- Praxisgemeinschaft (2,20 DM)
- Vertretung (2,20 DM)
- Verkäufe (2,20 DM)
- Kaufgesuche (2,20 DM)
- Heiraten/  
Bekanntschäften (2,20 DM)
- Reisen (2,20 DM)
- Immobilien (2,20 DM)
- Kursankündigungen (2,20 DM)
- Sonstiges (2,20 DM)
- privat (2,20 DM)
- gewerblich (2,60 DM)

Chiffre:  ja  nein

Chiffregebühr 12 DM; Ausland 20 DM

*Alle Preise zzgl. gesetzl. MwSt. gelten für zweispaltige Anzeigen (87 mm breit) je mm Höhe. Mindesthöhe 20 mm*

Den Rechnungsbetrag buchen Sie bitte von meinem Konto ab.

Nr. \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

Unterschrift nicht vergessen und abschicken an:

**Verlag und Werbeagentur  
Kleine Arche  
Magdeburger Allee 107  
99086 Erfurt**

Zuschriften auf Chiffre-Anzeigen werden gesammelt per Post an die Auftraggeber weitergeleitet.

Datum

Unterschrift





