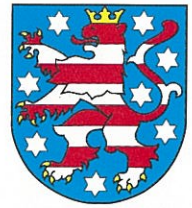




LANDES-
ZAHNÄRZTEKAMMER
THÜRINGEN



Kassenzahnärztliche Vereinigung
Thüringen

tzb****

**THÜRINGER
ZAHNÄRZTE
BLATT 4**

10. Jahrgang
April
2000





*Das
Leben
genießen...*

und heute noch Steuern sparen!

Wer die öffentliche Diskussion um die gesetzliche Rente in Deutschland verfolgt, ist zu Recht besorgt. Zu lange schon verschwiegen die Politiker, daß private Vorsorge nicht mehr finanzierbar ist.

Das Angebot an privaten Vorsorgemöglichkeiten ist breit.

Kaum eines ist so profitabel wie der Clerical Medical Rentenplan.



CLERICAL MEDICAL
The choice of the professional

Der CLERICAL MEDICAL Rentenplan

Mit dem Clerical Medical Rentenplan schließen Sie nach heutiger Gesetzgebung noch einen steuerfreien Sparplan ab, der durch hohe Auszahlungen Ihren Lebensstandard sichert und die Versorgungslücke schließt, die sich aus der Differenz Ihres Einkommens und der gesetzlichen Altersversorgung ergibt.

Hohe Rendite und Flexibilität inklusive

Der Clerical Medical Rentenplan ist eine hochrentable britische Kapitalanlage – natürlich in Deutschland zugelassen.

Mit diesem Sparplan sichern Sie sich hohe Gewinnanteile ohne ein Wechselkursrisiko einzugehen.

Lassen Sie sich überzeugen!

R. & R. Daume Finanzdienstleistungen GmbH

Neuwerkstraße 1 · 99084 Erfurt · Telefon: (0361) 6 43 87 84 · Fax 6 43 87 00

Gastkommentar

Rudolf Dreßler S. 4

Berufspolitik

CDU/CSU-Thesepapier zur Gesundheitspolitik S. 6

LAGJTh

Effektivität und Erfolg in der Gruppenprophylaxe S. 8

LZKTh

Liste der veröffentlichten Verordnungen der LZKTh S. 11
Patientenberatung S. 15

zum Titelbild

S. 12

Nachruf

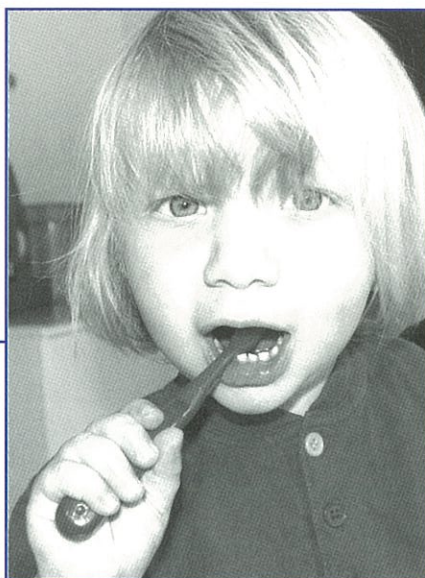
Sanitätsrat Dr. Curd Rodegast S. 16

wir gratulieren

S. 17

KZVTh

Aus der Vorstandsarbeit S. 17
Kieferorthopädische Versorgung S. 18
Statistik für Zahnärztliche Versorgung S. 19
Ausschreibungen S. 20
Neues Urteil S. 20



**Übrigens,
es ist
April!!!**



Fortbildung

Das Krebsregister und die Bedeutung für den Zahnarzt S. 22
Hepatitis-A S. 28
Empfohlene Maßnahmen zur Hepatitis-B-Prophylaxe S. 29
Tagungsbericht (FSU Jena) S. 30

Öffentlichkeitsarbeit

Telefonforen S. 33
Gespräch mit Rudolf Dreßler S. 34

Impressum

S. 35

Nachrichten

Vorstellung N. Borawsky S. 36
Amalgamersatz nicht ohne Schutz S. 37
Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden S. 38
Piercing S. 41
Zahnärzte in Indien S. 49

Kleinanzeigen

S. 42

Recht

Ärztliche Kooperationsformen S. 45

Korrektur:

Im tzb Heft 3/2000 hat sich auf Seite 39 ein falsches Foto plaziert: Nicht die Diskussionsveranstaltung in Georgenthal ist zu sehen, sondern eine Kreisstellenversammlung in Zeulenroda. Wir bitten um Entschuldigung. red.

Ein frohes Osterfest

wünscht Ihnen im Namen der Vorstände von Landes Zahnärztekammer Thüringen und Kassenzahnärztlicher Vereinigung Thüringen Ihre tzb-Redaktion





Gastkommentar

**von Rudolf Dreßler, MdB,
Stellvertretender Vorsitzender
der SPD-Fraktion in Deutschen Bundestag**

Ende letzten Jahres ist die Gesundheitsreform 2000 im Bundestag verabschiedet worden. Vorangegangen sind lange, turbulente Diskussionen mit Interessenverbänden und nicht zuletzt ein Gang durch den Vermittlungsausschuss.

Der ursprüngliche Referentenentwurf stieß nur teilweise auf Begeisterung. Dies ist ein Sachverhalt, der für ein parlamentarisches Verfahren als normal anzusehen ist. Teilweise enttäuschend war die Art und Weise, in der sich verantwortliche Landes- und politische Vertreter an der Diskussion des Gesetzes beteiligt oder nicht beteiligt haben. Ich habe es immer als Fehler der Opposition angesehen, dass sich CDU und CSU einem Dialog in Sachen Gesundheitsreform verweigert haben. Man kann immer geteilter Meinung sein, aber die konstruktive Arbeit zum Erhalt des Systems sollte im Vordergrund stehen.

Wir alle haben uns für ein Gesundheitssystem entschieden, das auf einer Versicherungspflicht basiert. Das bedeutet, jeder Pflichtversicherte entrichtet, ob er will oder nicht, einen

Krankenversicherungsbeitrag, welcher treuhänderisch durch die Krankenkassen verwaltet wird. Der politischen Ebene entsteht hieraus ein einfach verständlicher Konflikt. Einerseits muss es aufgrund dieses Pflichtsystems eine Obergrenze der finanziellen Belastungen des Einzelnen geben bzw. definiert werden. Zu glauben, dass Versicherungsbeiträge beliebig steuerbar sind, wäre unreflektiert. Andererseits handelt es sich beim Gesundheitsmarkt um kein System, welches frei nach Angebot und Nachfrage sich selber überlassen werden kann. Dem steht die ungleiche fachliche Kompetenz der Beteiligten im Wege.

Man könnte die Hypothesen wagen: „Die Nachfrage dieses Marktes ist nicht zu sättigen.“ Und: „Das Wohl des Versicherten steht im Mittelpunkt und nicht das der im System Beschäftigten.“

Wenn die gesetzte Beitragsobergrenze erreicht ist, bleiben theoretisch auf der Einnahmenseite, von kleineren Maßnahmen abgesehen, folgende Möglichkeiten: Ausweitung des Pflichtversicherungskreises, Zuzah-

lungserhöhung oder die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Dieses ist derzeit politisch nicht durchsetzbar. Zuzahlungserhöhung nach Seehofer-Vorbild stellt eine verdeckte, unsoziale, weil die Kranken belastende Art der „Beitragserhöhung“ dar.

Leistungsausgrenzung wäre auf der Ausgabenseite die Möglichkeit der Kostenersparnis, so wie die Opposition dieses immer wieder vorschlägt. Die zweite Möglichkeit ist die Effizienzsteigerung. In diesem Zusammenhang darf nicht unerwähnt bleiben, dass in unserem Gesundheitssystem erhebliche Einsparpotentiale stecken. Dieses wird von niemandem ernsthaft bestritten. Unterschiedlich sind je nach Interessengruppe die geschätzten Höhen der Einsparmöglichkeiten.

Die eigentliche Kernfrage: Soll Politik sich die Mühe machen und diese Unwirtschaftlichkeiten im Interesse der Versicherten aufdecken, oder soll die resignative Haltung im Sinne der vorab geäußerten Einnahmemöglichkeiten eingenommen werden? Unter diesen Gesichtspunkten bewerte ich den Kern der Gesundheitsreform.

Wichtige Elemente sind einerseits die Qualitätsverbesserung der medizinischen Versorgung, andererseits die bereits angesprochene Erschließung von Effizienzreserven. Unter dem ersten Punkt wäre die Stärkung der Hausärzte hervorzuheben, welche die jeweils betreuten Patienten durch das Labyrinth der medizinischen Diagnostik und Therapie lotsen. Für eine intensivere Ausbildung wird mehr Geld, zur Stärkung der Position wird ein separater Honorartopf zur Verfügung gestellt. Die erweiterten administrativen Befugnisse werden die Lotsenfunktion stärken. Ebenso erhält das Schlagwort der „Integrierten Versorgung“ seine praktische Bedeutung. Die Möglichkeit, dass ambulanter und stationärer Bereich enger zusammenarbeiten können, wird interessante neue Versorgungsmodelle hervorbringen. Doppel- und Mehrfachuntersuchungen, „Doctor hopping“ und Parallelbehandlungen werden rückläufig sein.

Auch die oft kritisierte Positivliste wird zu einer besseren und sachdienlicheren Arzneimittelverordnung führen. Um oft geäußerten Ängsten vorzugreifen, muss klargestellt werden, dass alles, was einen nachgewiesenen therapeutischen Nutzen hat, auch weiterhin von den gesetzlichen Krankenversicherungen erstattet wird.

Unter dem zweiten Punkt der Effizienzsteigerung ist die ab 2003 geltende neue Entgeltregelung im stationären Sektor zu werten. Wir erwarten von diesem System mehr Transparenz und Vergleichbarkeit der erbrachten Leistungen.

In Zukunft ist es möglich, Gelder in unterschiedlichen Leistungssektoren untereinander zu verschieben, wenn die Gesamthöhe in der Summe aller Sektoren pro Jahr nicht die vom Bundesministerium für Gesundheit vorgegebene Veränderungsrate übersteigt. Dem ärztlichen Anliegen der Flexibilisierung von Ausgaben sind wir nachgekommen. Ob diese Regelung dem ursprünglichen Begriff des Globalbudgets nahekommt, sei dahingestellt. Die Wirkung ist die gleiche.

In den letzten Tagen wurden viele Argumente gegen eine neue, geordnete Datenerfassung geäußert. Es steht außer Frage, dass der individuelle Persönlichkeitsschutz erste Priorität hat. Ich halte aber nichts davon, die Möglichkeiten der Datenzusammenführung im Interesse einer verbesserten Versorgung und die rudimentäre Einführung von Controllingverfahren im medizinischen Bereich zu verteufeln, ohne sie vorher eingehend geprüft zu haben. Angst war immer ein schlechter Ratgeber.

In der Gesundheitsreform finden sich mehrere Aspekte, die den zahnärztlichen Bereich betreffen. In Zukunft soll Zahnerhalt vor Zahnersatz gehen. Die Leistungsentgelte sollen dem tatsächlichen Zeitaufwand entsprechend angepasst werden. In der Honorarbemessung soll sich die Betonung des Zahnerhaltes widerspiegeln.

Der Bundesausschuss „Zahnärzte und Krankenkassen“ ist in Zukunft verpflichtet, Richtlinien zur Qualitätssicherung in der vertragszahnärztlichen Versorgung zu bestimmen. Der hohe Stand der Zahnheilkunde soll stabilisiert werden.

Zudem wird die Prävention in jungen Jahren gestärkt. Die Gruppenprophylaxe für besondere Risikogruppen wird über das 12. Lebensjahr hinaus ausgeweitet.

Es gab in den letzten Wochen viele Horrorszenarien über die Höhe der zahnärztlichen Gesamthonorierung. Wichtig war uns, dass nicht 1998 als Bemessungsgrundlage für das Jahr 2000 herangezogen wird, da dieses Jahr im Bereich des Zahnersatzes nicht repräsentativ war. Das Budget 1999 wurde bereits durch das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz an das von 1997 angebunden.

Festgelegt ist die Veränderungshöchst-rate, die sich auf diesen „Sockel“-Betrag bezieht, also jedes Jahr zusätzlich hinzu addiert werden kann. Sie entspricht in Zukunft immer der Grundlohnsteigerung im gesamten Zeitraum der zweiten Hälfte des Vor-

vorjahres und in der ersten Hälfte des Vorjahres und wird auf das Budget des Vorjahres „aufgesetzt“. Der endgültige Budgetrahmen wird von den jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen ausgehandelt.

Das bedeutet, für das Jahr 2000 werden die Veränderungsdaten für den Zeitraum des zweiten Halbjahres 1998 und des ersten Halbjahres 1999 gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum Gültigkeit haben. Es steht also in Zukunft entgegen mancher Behauptung insgesamt nicht weniger, sondern jährlich mehr Geld zur Verfügung.

In letzter Zeit beschwören Interessenvertreter die Hinwendung zu Wahl- und Regelleistungen. Viele sind der Meinung, dass dieser Systemwechsel, welcher irreversibel wäre, tatsächlich zu einer dauerhaften Verbesserung der finanziellen und Arbeitssituation führt! Bedenken wir bitte, dass eine Menge Versicherter, aufgrund ihrer schlechten finanziellen Situation bei Einführung solcher Systeme zu Lasten ihrer Gesundheit sparen werden. Einen garantierten „Mindestumsatz“ würde es nicht mehr geben.



Für eine sozial gerechte Gesundheitsreform

von Wolfgang Zöller, MdB (CSU)

Ausgangslage

Deutschland hat ein modernes und hochleistungsfähiges Gesundheitssystem. Angesichts der steigenden Lebenserwartung und des medizinischen Fortschritts will die CSU sicherstellen, dass auch in Zukunft eine hochwertige qualitative Versorgung entsprechend dem Stand der medizinischen Erkenntnisse für alle wesentlichen Risiken besteht. Darüber hinaus gilt es im Sinne einer nachhaltigen Politik, das Gesundheitssystem langfristig finanzierbar zu halten.

Die rot-grüne Reform führt das freiheitliche deutsche Gesundheitssystem in Richtung Staatsmedizin, Planwirtschaft, Zuteilungsmedizin und zu einer immer stärker ausufernden Bürokratie. Damit droht eine schlechtere Patientenversorgung. Der Gesundheitsbereich als Arbeitsmarkt- und Wirtschaftsfaktor wird massiv beeinträchtigt.

Unser Konzept

Ein solidarisches, sozial gerechtes und fortschrittliches Gesundheitswesen ist kein Selbstzweck, sondern muss den Patienten in den Mittelpunkt aller Handlungsweisen und Handlungsformen stellen.

Mehr Transparenz

Unser Gesundheitswesen braucht mehr Transparenz in allen, sowohl ökonomischen wie auch medizinischen Bereichen.

Die CSU will erreichen, dass der Patient künftig weiß, was seine Behandlung kostet und welche Leistungen z. B. der Arzt oder das Krankenhaus mit der Krankenkasse abrechnet.

Eine erstklassige Medizin muss sich ständig um die Sicherung der Qualität der Versorgung bemühen. Dabei sollten Qualifikationen und gute Ergebnisse transparent gemacht werden können.

Unser Gesundheitswesen muss ferner offen sein für neue Behandlungsmethoden. Wir fordern zuverlässige Kriterien, die die Qualität der medizinischen Leistungen definieren und transparent machen und das medizinisch Notwendige vom Wünschbaren zuverlässig trennen.

Nur ein informierter Patient kann ein mündiger Patient sein.

Mehr Wettbewerb

Wir sind für die freie Arzt- und Krankenhauswahl. Wettbewerb und Entscheidungsfreiheit bringe stets qualitativ bessere und dabei auch noch kostengünstigere Ergebnisse hervor als staatliche Planung und Reglementierung.

Wir treten für einen sozial geordneten Wettbewerb ein, der den Beteiligten möglichst viel Freiheiten und eigene Entscheidungsspielräume schafft.

Nötig sind daher gleichstarke Verhandlungs- und Vertragspartner. Dazu muss das organisierte System schrittweise sowohl auf Seiten der Krankenkassen wie auf Seiten der Leistungserbringer flexibilisiert werden. Der Selbstverwaltung bleibt es dabei eigenverantwortlich überlassen, in welchen Organisationsformen sich Leistungserbringer bzw. Krankenkassen für die Vertragsverhandlungen zusammenschließen.

Auch für den Krankenhausbereich setzen wir auf flexible Lösungen. Es muss bei der von der Politik zu verantwortenden Bedarfsplanung und der dualen Finanzierung bleiben. Es müssen aber flexiblere Finanzierungsansätze zugelassen werden, die durchaus regional oder von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich ausgeprägt sein können.

Die CSU setzt auf individuelle, vertragliche Lösungen. Nur mittels Wettbewerb und mittels differenzierter Angebote lassen sich zukunftsweisende Vergütungssysteme entwickeln.

Künftig soll der Wettbewerb und die gegenseitige Einigung entscheiden und nicht der Gesetzgeber, welcher Weg erfolgreich ist und welcher nicht. Ob Richtgrößen, Regelleistungsvolumen mit festen Punktwerten, Einzelleistungsvergütung oder Pauschalen, kombinierte Budgets, verbindliche Gesamtvergütungen, tages- oder abteilungsgleiche Tagessätze im Krankenhaus oder Fallpauschalen etc., all dies wird den Vertragspartnern freigestellt.

Mehr Wahlmöglichkeiten

Die Bundesbürger besitzen in unseren Augen ausreichend eigene sozialpolitische Kompetenz, um hinsichtlich ihrer Gesundheitsversorgung selbst Verantwortung zu übernehmen. Wir treten daher dafür ein, den Menschen mehr Wahlmöglichkeiten zu geben, wie sie sich ihren individuellen Bedürfnissen entsprechend verschern möchten.

Nach unserer Auffassung soll künftig jeder innerhalb einer gewissen Bandbreite selbst entscheiden können, ob er den bisherigen Versorgungsumfang beibehalten will, zusätzliche Leistungen (z. B. Akupunktur, besondere Naturheilverfahren, aufwendiger Zahnersatz etc.) haben will oder bei gleichzeitiger Beitragsermäßigung Leistungen abwählen will.

Schon aus Gerechtigkeitsgründen muss der Versicherte die zusätzlichen Leistungen selbst finanzieren. Umgekehrt verbleibt ihm aber bei Leistungsabwahl ausgehend vom heutigen Versorgungsniveau die volle Beitragsersparnis einschließlich des Arbeitgeberanteils zur freien Verfügung.

Der Gesetzgeber definiert unter Einbeziehung der Selbstverwaltung (Krankenkassen sowie Leistungserbringer) und Patientenverbände einen solidarischen Kernbereich, der auch bei extensiver Abwahl nicht unterschritten werden kann.

Der zwischen den Kassen laufende Risikostrukturausgleich (RSA) wird auf diesen Kernbereich begrenzt. Ziel des RSA sind gleiche Startchancen für alle Kassen im Wettbewerb.

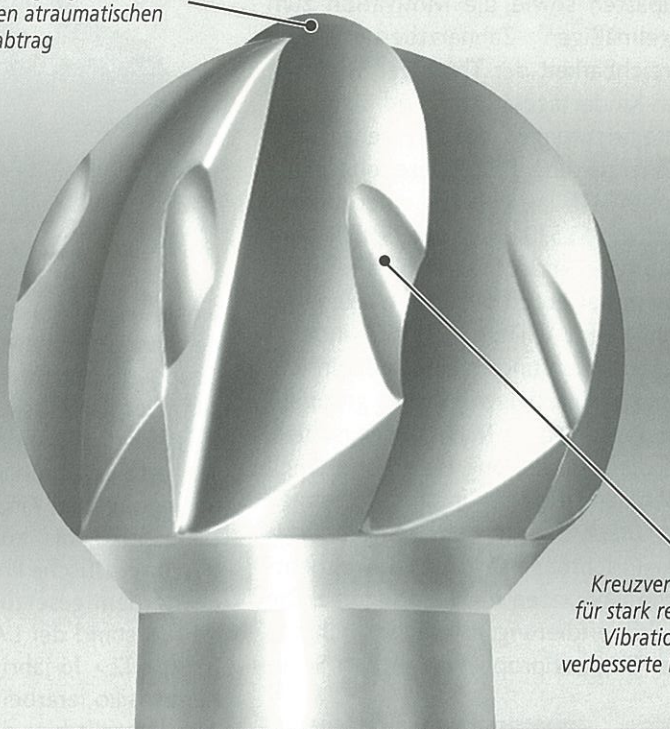
Für die Versicherten ergibt sich damit ein dreistufiges System, bestehend aus einem solidarischen Kernbereich, einem Bereich mit Abwahloptionen gegenüber dem heutigen Leistungskatalog und einem Bereich mit Wahloptionen für zusätzliche Leistungen gegenüber dem heutigen Leistungskatalog der GKV.

Schlussbemerkung

Im Gegensatz zur rot-grünen Reglementierungs- und Budgetierungspolitik setzt die CSU im Gesundheitswesen auf mehr Freiheit und auf mehr Eigenverantwortung. So gehört für die CSU zur richtigen Balance zwischen Eigenverantwortung und Solidarität auch die Förderung des gesundheitsbewussten Verhaltens.

DIE ZEIT DES RATTERNS IST NUN ABGELAUFEN

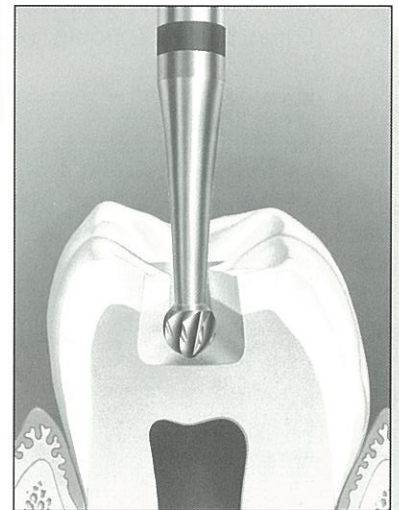
Scharfe Übergangsschneide
für raschen atraumatischen
Materialabtrag



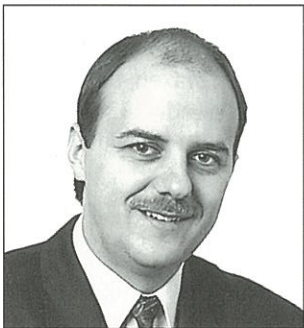
Kreuzverzahnung
für stark reduzierte
Vibrationen und
verbesserte Laufruhe

■ Hartmetall-
Rosenbohrer H1SE
zum schonenden
Exkavieren

Das besondere Kennzeichen
des H1SE: Grüner Ring und
goldener Schaft



Der neuartige Komet-Rosen-
bohrer H1SE arbeitet mit guter
Schnittfreudigkeit für nahezu
druckloses, schnelles und vor
allem pulpenschonendes Ent-
fernen der Karies.



Bernd Langner
Am Schwemmtümpel 33
99441 Magdala
Telefon: 03 64 54 / 5 17 49
Telefax: 03 64 54 / 5 22 80
e-mail: blangner@brasseler.de

■ Die Zeit des guten alten Rosenbohrers
zum Exkavieren ist vorbei, denn dieser
bewährte Klassiker konnte entscheidend
verbessert werden:

**Der außergewöhnlich ruhige Lauf
des H1SE garantiert einen bisher
unerreichten Behandlungs-Komfort.
Und dies zum Preis des alten H1S!**

GEBR. BRASSELER GmbH & Co. KG
Postfach 160, 32631 Lemgo
Telefon (05261) 701-0, Telefax (05261) 701-289
e-mail: info@brasseler.de, <http://www.kometdental.de>

© 01/2000 - GEBR. BRASSELER - Germany - 401536/0



Qualität zahlt sich aus.

Aus der LAGJTh berichtet: Effektivität und Erfolg in der Gruppenprophylaxe

Jedes Jahr werden vom ÖGD die zahnärztlichen Reihenuntersuchungen in Kindergärten und Schulen durchgeführt. Dieses Datenmaterial wird nach Altersgruppen und Schulformen ausgewertet und in Form von Graphiken der LAGJTh e. V. zur Verfügung gestellt. Diese Statistik ist aussagefähig und bundesweit vergleichbar und enthält auch die Aktivitäten der Patenschaftszahnärzte und Gruppenprophylaxehelferinnen der Landesarbeitsgemeinschaft.

1999 standen der LAGJTh e. V. 753 Patenschaftszahnärzte und die zehn Prophylaxehelferinnen der Landesarbeitsgemeinschaft zur Umsetzung der gruppenprophylaktischen Aufgaben zur Seite. Gemeinsam betreuten sie die Kindertageseinrichtungen des Landes Thüringen mit vier Impulsen im Jahr. In den Kindereinrichtungen umfasst die Basisprophylaxe die alters-

gerechte Gesundheitserziehung, Zahnputzübungen und das Putzen mit Fluoridpasten sowie die Motivation zum regelmäßigen Zahnarztbesuch. Die Erreichbarkeit der Thüringer Kinder in den Kindertagesstätten und Behinderteneinrichtungen durch Patenschaftszahnärzte und Prophylaxehelferinnen der LAGJTh lag 1999 bei einer Kinderzahl von 53.570. Das sind 95,87 % aller Thüringer Kinder bis zum 6. Lebensjahr. Davon betreuten die Prophylaxehelferinnen der LAGJTh e. V. 21.960 Kinder in Kindergärten und Behinderteneinrichtungen. Eine der wirksamen gruppenprophylaktischen Maßnahmen ist hierbei die Fluoridierung, die grundsätzlich nach den Fluoridierungsempfehlungen der DGZMK erfolgt. In den Kindertageseinrichtungen erfolgt das wöchentliche Einbürsten mit Fluoridgelee. Die Lackfluoridierung erfolgt im Rahmen der Gruppenprophylaxe in den Schu-



len und in der Praxis des niedergelassenen Zahnarztes. Nächster Schritt in der Gruppenprophylaxe wird die Erfassung der Kariesrisikokinder der 12- bis 16-jährigen sein. In einigen Arbeitskreisen erfolgt schon die Erfassung und Betreuung der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko bis zum 12. Lebensjahr durch spezifische Programme. Entsprechend dem gesetzlichen Auftrag wird der Vorstand der LAGJTh ein Konzept für die 12 - 16-jährigen mit erhöhtem Kariesrisiko erarbeiten. Ein wichtiger Aspekt stellt hier die Verzahnung von Gruppen- und Individualprophylaxe mit der Fissurenversiegelung dar.

Trotz aller Maßnahmen und guter Ergebnisse in der Gruppenprophylaxe und der prophylaktischen Betreuung in den Zahnarztpraxen, bestätigt durch den DMFT-Wert der 12-jährigen von 1,71, ist die Zahl der Behandlungsbedürftigkeit aller Kinder im Freistaat Thüringen mit 36 % noch zu hoch.

Auf die Entwicklung der gruppenprophylaktischen Betreuung in Thüringen können wir stolz sein, doch sollten wir uns auf diesem Erfolg nicht ausruhen, sondern stets das Ziel vor Augen haben, die Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen in Thüringen stetig zu verbessern.

B. Kozlik
Geschäftsführerin der LAGJTh e. V.

Fotos: elmex-Fotoarchiv (1), Meisl (1)



• X IST E•XTRA: KLINISCH UND WIRTSCHAFTLICH



AB APRIL 2000



Weitere Informationen:

DENTSPLY DeTrey GmbH

De-Trey-Str. 1

D-78467 Konstanz

Tel. (07531) 5830

www.dentsply.de

DENTSPLY
DeTrey



Frei wählen...

VIGO LIBERTY

...das will auch Ihr Patient!

- Wahlmöglichkeit der Legierung. Gold oder Classic. Bio PontoStar® oder Wirobond® C, verblendet mit OMEGA 900.
- Sicherheit. Ein System abgestimmter Materialien.
- Biokompatibilität. Ausschließlich zertifizierte Produkte.
- Ästhetik. Zahnersatz, so natürlich wie die eigenen Zähne.
- Preis. Finanzieller Spielraum in der Patientenberatung.
- Information. Beratungskonzept für die Praxis, Dokumentation für den Patienten.

Ja, ich will mehr wissen. Bitte senden Sie mir Informationsmaterial zu.
Praxis/Labor:

BEGO 

BEGO Bremer Goldschlägerei
Wilh. Herbst GmbH & Co.
<http://www.bego.com>

VITA

VITA Zahnfabrik H. Rauter GmbH & Co. KG
Postfach 1338 - 79704 Bad Säckingen
Fax: 0 77 61/562-299 - <http://www.vita-zahnfabrik.com>



Überblick über die Veröffentlichungen von Verordnungen für die Thüringer Zahnärzte im tzb:

1. Jahrgang, 1991:

Heft 1:

Gesetz über die Berufsvertretungen und die Berufsausübung der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker - Kammergesetz - vom 13.7.1990

Satzung der Landes Zahnärztekammer Thüringen (Stand Januar 1991)

Beitragsordnung der LZKTh (Stand Januar 1991)

Rahmenberufsordnung für Zahnärzte (Auszug)

Heft 2:

Verordnung über die Berufsausbildung zur Zahnarzthelferin

Heft 3:

Vergütungstarifvertrag Zahnarzthelferinnen

Manteltarifvertrag Zahnarzthelferinnen
Dienstvertrag Zahnarzthelferin

Heft 5:

Gruppenversicherungsvertrag der LZKTh

Gesetz zum Schutz der arbeitenden Jugend (Auszug)

Heft 6:

Prüfungsordnung der LZKTh für die Durchführung der Abschlussprüfung im Ausbildungsberuf „Zahnarzthelfer/Zahnarzthelferin“

Heft 7:

Richtlinien des Bundesministers für Frauen und Jugend für die zahnärztliche Versorgung von Zivildienstleistenden vom 1. Juli 1991

Heft 8:

Gehaltserhöhung ZAH und Azubis

Heft 9:

Notfallvertretungsdienstordnung
Rahmenvertrag zwischen der LZKTh und der Technischen Überwachungs-Verein Thüringen GmbH
Rahmenvertrag zur Entsorgung von

Zahnarztpraxen in Thüringen

Veränderte Verfahrensweisen auf dem Gebiet der Sterilisation insbesondere für niedergelassene Ärzte und Zahnärzte

Richtlinien des Bundesministers für Frauen und Jugend für die zahnärztliche Versorgung von Zivildienstleistenden vom 1. Juli 1991

Heft 10:

Zahnärztliche Versorgung der Unfallverletzten und Berufserkrankten

Gebührenordnung für Zahnärzte vom 1.1.1988

2. Jahrgang, 1992:

Heft 2:

Liste von Gesetzen, die ein Zahnarzt als Arbeitgeber beachten muss

Liste von Gesetzen und Verordnungen zur Praxisführung

Heft 4:

Abwassereinleitungen aus Zahnarztpraxen in öffentliche Abwasseranlagen in Thüringen

Heft 5:

Schlichtungsordnung der LZKTh (Stand Mai 1992)

Satzung der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen
Vergütungstarifvertrag Zahnarzthelferinnen

Heft 7:

Prüfungsordnung der LZKTh

Einsatzrahmen für Zahnarzthelferinnen vom 20.3.1991

Heft 8:

Satzung der LZKTh (Stand Juli 1992)
Beitragsordnung der LZKTh (Stand Juli 1992)

Sitzungskosten- und Reisekostenordnung für Berufsangehörige und Angestellte

Heft 9:

Vertrag über die zahnärztliche Versorgung der heilfürsorgeberechtigten Beamten der Thüringer Polizei

3. Jahrgang, 1993

Heft 2:

Richtlinien für die Ausbildung/Umschulung zur Zahnarzthelferin

Heft 4:

Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Sprechstundenbedarf

Vertragliche und gesetzliche Regelungen zur prothetischen Versorgung

4. Jahrgang, 1994:

Heft 1:

Einsatzrahmen Zahnarzthelferin

Heft 7/8:

ZMF-Fortbildung

Fortbildungsordnung für die berufliche Fortbildung zur Zahnmedizinischen Fachhelferin/zum Zahnmedizinischen Fachhelfer

Treuhandvertrag

Heft 10:

Vereinbarung über die Vergütung der Patenschaftszahnärzte/ärztinnen vom 1.1.1995

Aktionsraster für die patenschaftliche Betreuung eines Kindergartens

5. Jahrgang, 1995:

Heft 1:

Wahlordnung für die Delegiertenversammlung der LZKTh vom 21.2.1991
Fortbildungsprüfungsordnung Zahnarzthelferinnen

Heft 2:

Veränderung der Ausbildungsrichtlinien

Empfohlene Vergütungstabelle für Zahnarzthelferinnen ab 1.4.1995

Das neue Arbeitszeitrechtsgesetz

**Heft 5:**

Verfahrensordnung (Sachverständigenkommission, Gleichwertigkeit des zahnärztlichen Ausbildungsstandes)

Heft 7:

Beitragsordnung der LZKTh (Stand Juni 1995)

Satzung der LZKTh (Stand Juni 1995)

Satzung des Versorgungswerkes der LZKTh (Stand Mai 1995)

Berufsordnung für Thüringer Zahnärzte (Stand Juni 1995)

Weiterbildungsordnung für Thüringer Zahnärzte (Stand Juni 1995)

Wahlordnung der LZKTh (Stand Juni 1995)

Geschäftsordnung der LZKTh (Stand Juni 1995)

Schlichtungsordnung der LZKTh (Stand Juni 1995)

Richtlinie zur Patientenberatungsstelle der LZKTh

6. Jahrgang, 1996**Heft 1:**

Richtlinie für die Beschäftigung von Assistenten und Vertretern

Heft 7/8:

Richtlinien für die publizistische Tätigkeit von Zahnärzten

Vergütungstabelle für Zahnärzthelferinnen und Stomatologische Schwestern

Heft 9:

Aufbewahrung und Nutzung von Patientenunterlagen aus der ehemaligen DDR

7. Jahrgang, 1997**Heft 6:**

Verfahrensordnung für den Schlichtungsausschuss nach § 102 BbIG

Heft 7/8:

Gutachterrichtlinien der LZKTh

Satzung zur Änderung der Fortbildungsordnung für die berufliche Fortbildung zur Zahnmedizinischen Fachhelferin/zum Zahnmedizinischen Fachhelfer

Zweite Satzung zur Änderung der Prüfungsordnung für die berufliche Fortbildung zur Zahnmedizinischen Fachhelferin/zum Zahnmedizinischen Fachhelfer (Fortbildungsprüfungsordnung) Jugendarbeitsschutzgesetz

Heft 9:

Berufsordnung für Thüringer Zahnärzte (Stand Juli 1997)

Meldeordnung der LZKTh (Stand August 1997)

Heft 11:

Gebührenverzeichnis Zahnärzthelferinnen

Heft 12:

Satzung des Versorgungswerkes der LZKTh

8. Jahrgang, 1998**Heft 1:**

Vergütungen Zahnärzthelferinnen wurden angehoben

Heft 9:

Berufsordnung für Thüringer Zahnärzte (Stand August 1998)

Heft 10:

Meldeordnung der LZKTh (Stand Juli 1998)

Heft 11:

Lehrplan ZAH

9. Jahrgang, 1999**Heft 2:**

Weiterbildungsordnung für Thüringer Zahnärzte

Leserumfrage

Die Attraktivität des tzb können wir durch Ihre Mitarbeit verbessern. Füllen Sie bitte die eingehaftete Karte aus und schicken Sie sie an die Redaktion zurück. Unter allen Einsendungen verlosen wir einen Fortbildungskurs freier Wahl in Thüringen.

**Friederikenschlösschen
Bad Langensalza**

„Das Friederikenschlösschen in Bad Langensalza befindet sich östlich des alten Stadtzentrums und der Stadtmauer. Es wurde 1749/1750 erbaut in rokokohafter Kleinform. An den doppelgeschossigen Mittelbau mit Pilaster-, Giebel- und Reliefverzierung schließen die eingeschossigen Steinbauten an.

Damit steht das Schlösschen im Kontrast zum im gleichen Zeitraum erbauten und in der Architektur auf Monumentalität ausgerichteten barocken dreigeschossigen Rathausbau. G. Wolf

Man klebt nur einmal



Clearfil SE Bond ist ein entscheidend vereinfachtes, lichthärtendes Bondingsystem. Sie sparen Zeit, weil der komplette Bondingvorgang weniger als 1 Minute Ihrer Arbeitszeit benötigt. Die „Self-etching“-Technik erspart Ihnen zusätzlich das Ätzen der Zahnschubstanz.

Clearfil SE Bond im praktischen „Intelly-Case“ erlaubt Ihnen eine schnelle Entnahme von Primer und Bond mit nur einer Hand. Dabei kommen die Flüssigkeiten nicht mit Ihrer Haut in direkten Kontakt. Sie sind geschützt vor Hautirritationen bzw. Kontaktallergien, wie z. B. dem 3-Finger-Syndrom.



**HÄGER
WERKEN**

Dentalprodukte weltweit
Dental Products Worldwide

Postfach 100654 · D-47006 Duisburg

Weitere Infos? Katalog?
Bestellung?

Tel. 02 03/9 92 69-0

Fax 02 03/29 92 83

E-Mail: info@hagerwerken.de

STADA DENTALINE

PREISBEWUSSTER VERORDNEN



*bezogen auf Clindastad® 300 (N1)

ab DM 29,90*

Clindastad® 150/300. Wirkstoff: Clindamycinhydrochlorid, verschreibungspflichtig.

Zus: 1 Kapsel enth.: Arzneilich wirksamer Bestandteil: Clindamycinhydrochlorid 162,86 mg/325,72 mg entsprechend Clindamycin 150 mg/300 mg. Sonstige Bestandteile: Gelatine, Lactose 1 H₂O, Magnesiumstearat, Maisstärke, Talkum, Gereinigtes Wasser, Farbstoffe E 132, E 171, E 172. **Ind:** Durch clindamycinempfindliche Erreger verursachte Infektionen der Knochen und Gelenke (z.B. Osteomyelitis, septische Arthritis), im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich (z.B. Otitis media, Sinusitis, Tonsillitis, Pharyngitis), im Zahn- und Kieferbereich, der tiefen Atemwege, im Becken- und Bauchraum, der weiblichen Geschlechtsorgane (z.B. Cervicitis, Salpingitis), der Haut bzw. Hautanhangsgebilde und Weichteile; Scharlach, Septikämie, Endokarditis. **Kontraind:** Nachgewiesene Lincomycin-/Clindamycin-Allergie. Durch Viren verursachte akute Infektionen der oberen Atemwege. Stillzeit. Strenge Indikationsstellung in der Schwangerschaft. Nutzen-Risiko-Abwägung bei Patienten mit Störungen im Magen-Darm-Trakt (z.B. bei Entzündungen des Dickdarms) in der Anamnese. Meningitis. Vorsicht bei Patienten mit gestörter Leberfunktion sowie Störungen der neuromuskulären Übertragung (z.B. Myasthenia gravis, Parkinson Krankheit). **Nebenw:** Oesophagitis, Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Durchfall, Mundschleimhautentzündung. Vereinzelt pseudomembranöse Enterocolitiden, Durchfälle, AAC. Selten makulopapulöse Hautausschläge, Urtikaria, schwere Allgemeinreaktionen der Haut (z.B. Erythema multiforme, z.T. ähnlich dem Stevens-Johnson-Syndrom). In Einzelfällen anaphylaktoide Reaktionen, schwere akute Überempfindlichkeitsreaktionen (Serumallergie, angioneurotisches Ödem, Anaphylaxie), Juckreiz, Scheidenkatarrh, abschilfernde und bläschenbildende Hautentzündung. Selten Thrombozytopenie, Leukopenie, Eosinophilie, Neutropenie, Agranulozytose. Erhöhung von Leberenzymen (z.B. Transaminasen) und Bilirubin, Gelbsucht. Störungen der neuromuskulären Übertragung. Bei langfristiger und wiederholter Anwendung Superinfektion oder Kolonisation mit resistenten Keimen oder Sproßpilzen möglich. **Wechselw:** Verstärkte Wirkung von Muskelrelaxantien. Antagonismus in vitro mit Erythromycin. Kreuzresistenz zwischen Clindamycin und Lincomycin. Die Sicherheit oraler hormoneller Kontrazeptiva kann in Frage gestellt sein. Stand: November 1999

STADA
Super im Preis
Top in der Qualität

STADApHarm GmbH · Stadastraße 2-18 · 61118 Bad Vilbel · <http://www.stadapharm.de> · <http://www.stada.de>

Patientenberatungsstelle der LZKTh von Patienten und Zahnärzten rege in Anspruch genommen

Seit Beginn der 3. Legislaturperiode im Juli 1999 wurden 106 Fälle in der Patientenberatungsstelle bearbeitet. Es wurden 29 Beratungsgespräche in der Kammer durchgeführt, und in 77 Fällen erfolgten schriftliche Bearbeitungen, die teilweise umfangreich waren. Den überwiegenden Teil der Fälle nehmen Probleme mit prothetischen Versorgungseinrichtungen ein. Etwa ein Drittel der Fälle betrifft den konservierend/chirurgischen Bereich und ein geringer Teil die Kieferorthopädie. Von diesen 106 Fällen wurden wiederum 45 an das Referat Gutachterwesen weitergeleitet, wovon 42 Begutachtungen tatsächlich durchgeführt wurden. Ein Schlichtungsverfahren war in diesem Zeitraum nicht erforderlich.

In der Patientenberatungsstelle haben die Patienten die Möglichkeit, sich neutral, fachkompetent und kostenlos zu informieren bzw. Rat und Hilfe zu erhalten. Dies wird zunehmend von Patienten, aber auch von Kollegen und Krankenkassen angenommen. Viele Patienten, die sich an uns wenden, haben oftmals gar keine Probleme mit ihrem Zahnarzt. Oftmals wollen sie nur noch eine zweite zahnärztliche Meinung hören, oder auch eine Bestätigung, dass der Rat ihres Zahnarztes richtig war. Schwieriger ist es, wenn es Probleme in der zahnärztlichen Behandlung gab, bzw. bei tatsächlicher oder angenommener fehlerhafter Behandlung. Hier bietet die Patientenberatung an, die vom Patienten vorgebrachten Sachverhalte kostenlos, schnell und unbürokratisch zu prüfen und die erforderlichen Maßnahmen zu deren Klärung einzuleiten. Dies betrifft eventuelle Rücksprachen mit dem behandelnden Zahnarzt, den Krankenkassenvertretern und den sich uns in der Kammer bietenden Möglichkeiten wie Jurist, Gutachter- und GOZ-Referat oder die abschließende Übergabe des Vorganges an die Schlichtungs-

stelle der Kammer. Viele Patienten haben auch eine zu hohe Erwartungshaltung und sind enttäuscht, dass wir keine rechtsentscheidende Stellungnahme geben können. Schmerzensgeld und Schadenersatzforderungen müssen immer auf zivilrechtlichen Wege durchgesetzt werden. Unser Bestreben wird es immer sein, Emotionen abzubauen, Vertrauensverluste auszugleichen und vermittelnd aufzutreten.

Gesundheitsministerin Andrea Fischer plant zur Freude vieler Verbraucherzentralen ein „Patientenschutzgesetz“. Mit Mitteln der Krankenkassen sollen „unabhängige Beratungsstellen“ finanziert werden, um einen „neutralen“ Mittler zwischen Zahnarzt und Patient zu installieren. Wieder einmal stellt Frau Fischer damit das Misstrauen der Politik gegenüber der zahnärztlichen Selbstverwaltung unter Beweis. Oder sollte ihr etwa entgangen sein, dass die Zahnärztekammern bereits seit Jahren über gut funktionierende Patientenberatungsstellen verfügen? Bescheinigt etwa Frau Fischer einer Verbraucherorganisation mehr Fachwissen, die teilweise außerordentlich komplizierten Probleme der Patienten zu beurteilen, als Gutachterkommission bzw. Schlichtungsstelle der Zahnärztekammer oder steckt dahinter die politische Absicht, Unfrieden zwischen Patienten und Ärzteschaft zu schüren?

In letzter Zeit kommen häufig Anfragen bezüglich der Zahnersatz-Versorgung im Jahr 1998 seitens der Patienten und auch der Zahnärzte.



Heide Leischner beantwortet als Mitarbeiterin der Patientenberatung zahlreiche Anfragen von Zahnärzten und Patienten.

Eine Zahnärztin fragte an, wie es sich denn mit der Gewährleistung verhalte bei einer 100 %-Fall-Patientin, die das Geld der Krankenkasse nicht an sie bezahlt habe. Da die prothetische Versorgung außer Vertrag lief, muss man sicherlich nicht für eine kostenlos erfolgte Versorgung, für die man die Laborkosten getragen hat, garantieren. Ein Zahnarzt und auch die entsprechende Krankenkasse wendeten sich an die Patientenberatung zur Klärung eines Regresses zu einer prothetischen Versorgung, die 1998 erfolgte. Ein Gutachten bestätigte die Erneuerungsbedürftigkeit einer Seitenzahnbrücke wegen Keramikdefekten, unzureichender Kronenrandverhältnisse und Temperatur-Empfindlichkeit eines Pfeilerzahnes. Die Patientin war in ein anderes Bundesland verzogen und hatte sich nach Eingliederung der Brücke nicht mehr bei dem behandelnden Zahnarzt vorgestellt. Dieser hatte somit keine Möglichkeit der Nachbesserung oder Neuanfertigung, wie es die Regeln der Gewährleistung von ihm fordern, was ja seinerseits möglich gewesen wäre. Da Regresse durch die Festzuschussregelung des Jahres 1998 und die ungeklärten Nachfolgeregelungen für solche Fälle kompliziert sind, sollte dieser Fall individuell kassenseitig geregelt werden. Es erfolgte eine einvernehmliche Einigung mit dem behandelnden Zahnarzt, indem dieser die Kosten einer Keramikreparatur erstattete.

In einigen Fällen werden auch die Patienten durch den Zahnarzt an die Patientenberatungsstelle verwiesen, wie im nachfolgenden Fall. Die Patientin wurde im Jahre 1996 mit einer verschraubten Keramikverblendbrücke auf zwei Implantaten versorgt. 1999 stellte die behandelnde Zahnärztin eine Periimplantitis fest und setzte die Konstruktion zur Korrosionsvorbeugung mit Harvardzement wieder ein. Die verursachte Bisserrhöhung führte zu Beschwerden. Es erfolgte eine kostenlose Neuversorgung, die sich als schwierig

und langwierig darstellte. Im Urlaub bekam die Patientin Beschwerden und suchte einen Notarzt auf, der die zu stark eingeschliffene Okklusion mit Kunststoff aufbaute. Danach stellte sich die Patientin in der Patientenberatung vor, bat um eine Kostenklärung für einen funktionstüchtigen ZE und stellte ein Gutachten in Auftrag. Dies bestätigte einen nicht voll funktionstüchtigen ZE, wobei eine Nachbesserung durch eine Keramikerneuerung versucht werden kann, ansonsten sollte eine Neuversorgung erfolgen.

Eine Einigung wurde erzielt, nachdem die behandelnde Zahnärztin sich bereit erklärte, die Laborkosten und das Zahnarzthonorar für eine Keramikerneuerung bei einem anderen Zahnarzt zu übernehmen.

Wie hilfreich und wichtig in einigen Fällen ein Röntgenbild sein kann, zeigen folgende Beispiele. Operation wegen Arztverschuldens lautet das Schreiben einer Patientin, die ein Jahr nach dem Bruch eines Wurzelkanalinstrumentes, nach einem Zahnarztwechsel wegen Beschwerden operiert werden musste. Die Patientin wirft der vorherbehandelnden Zahnärztin nicht sorgfältiges Arbeiten vor und kann sich nicht erinnern, dass eine Röntgenaufnahme erfolgte. Die Zahnärztin konnte allerdings das Röntgenbild vor und nach dem Instrumentenbruch und die entsprechende Dokumentation vorweisen.

In einem anderen Fall vermutet eine besorgte Mutter, dass der behandelnde Zahnarzt vor ca. einem Jahr bei ihrem Sohn keinen Milchzahn, sondern einen bleibenden Zahn gezogen habe, da kein Zahn nachwuchs. Nach Einsichtnahme der Behandlungsdokumente und des OPG konnte festgestellt werden, dass es sich tatsächlich um den 1. Milchmolaren gehandelt habe und der entsprechende 1. Prämolare noch vorhanden war, dass allerdings der 2. Prämolare nicht angelegt ist. Es wurde empfohlen, einen Kieferorthopäden über die Möglichkeit zum Lückenschluss zu konsultieren.

Ähnlich wie in anderen Bundesländern auch ist jeden Mittwochnachmittag ein Zahnarzt in der Patientenberatungsstelle als Ansprechpartner erreichbar. Außerhalb dieser Zeit ist Frau Leischner, als bewährte Mitarbeiterin in der Kammer, für die Sorgen und Nöte der Patienten ansprechbar. Nach den Telefonaktionen, die in der „Thüringer Allgemeinen“ veröffentlicht wurden, gingen vermehrt Telefonanrufe zu den entsprechenden Themen in der Patientenberatungsstelle ein. Bei fachspezifischen Anfragen kann ich mir auch vorstellen, einen spezialisierten Kollegen zu konsultieren und danach den Patienten zurückzurufen und die gewünschte Information zu geben. Bundesweit ist der Trend sichtbar, dass der Bedarf an Patientenberatung wächst und wir diesem Bedürfnis in unserer Kammer nachkommen.

Dr. Angelika Krause

Nachruf

Am 26.02.2000 verstarb Herr Sanitätsrat Dr. Curd Rodegast aus Erfurt im Alter von 93 Jahren.

Er war einer der ältesten noch praktizierenden Zahnärzte in Thüringen.

Herr Kollege Rodegast führte bis kurz vor seinem Tod seine kleine Praxis. Er behandelte seine Patienten, die mit ihm „alt geworden“

und ihm dankbar waren, dass sie in ihm einen gleichaltrigen Ansprechpartner hatten.

Mir persönlich fiel Herr Dr. Rodegast zum ersten Mal während des Besuches einer Fortbildungsveranstaltung auf. Damals war er schon 90 Jahre alt. Dieses Fortbildungsbestreben zum Wohle seiner Patienten zeichnete ihn ebenso aus wie sein zahnärztliches Engagement. Denn seine Praxis wollte er immer noch als beruflich verantwortungsvoller Zahnarzt für seine Patienten führen. So behandelte er seine Patienten noch bis drei Tage vor seinem Tod.

Bewundernswert war in seiner Lebensgeschichte, wie er trotz harter Schicksalsschläge immer wieder einen Neuanfang sowohl im Beruf als auch im persönlichen Leben gefunden hatte.

Herr Kollege Dr. Rodegast faszinierte neben seiner Arbeit als Zahnarzt seine Mitmenschen und Kollegen bis ins hohe Alter auch durch sein Hobby – den Gesang.

Die Nachricht von seinem Ableben erfüllt uns mit tiefer Betroffenheit und Trauer.

G. Wolf



Aus der Vorstandsarbeit berichtet

Die Mitglieder des Vorstandes der KZVTh haben sich vorgenommen, in regelmäßigen Abständen unter obiger Überschrift über die Arbeit im Vorstand, über den Stand der Vertragsabschlüsse und andere wichtige, alle Zahnärzte interessierenden Themen zu berichten.

Der Vorstand ist sich natürlich bewusst, dass dieses Vorhaben langsam in Gang kommen wird.

Es soll für alle Vertragszahnärzte in Thüringen eine weitere Möglichkeit sein, schnell und aktuell über Abläufe der Vorstandsarbeit und über die Arbeit der Geschäftsstelle der KZV informiert zu sein.

In den vergangenen Kreisstellenversammlungen wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass viele Kollegen Informationsdefizite haben und diese bemängeln.

Diese angebotene Berichtsform soll versuchen, eine bessere Transparenz herzustellen.

Im ersten Beitrag möchten wir noch einmal auf die satzungsmäßige Aufgabenstellung der KZV verweisen.

In der Satzung der KZV Thüringen heißt es unter § 7, Abs. 10:

„Dem Vorstand obliegt insbesondere

1. die Einberufung der konstituierenden Vertreterversammlung,
2. die Wahrnehmung der Interessen der KZVTh und der Vertragszahnärzte gegenüber den Trägern der Sozialversicherung und sonstigen Körperschaften,
3. der Abschluss, die Änderung und Kündigung von Verträgen mit Trägern der Sozialversicherung und den sonstigen Körperschaften,
4. der Abschluss von Verträgen mit zahnärztlichen Universitätsinstituten,
5. die Einstellung und die Festlegung der Dienstverträge des Hauptgeschäftsführers und seines Stellvertreters,
6. der gesamte Verkehr mit der Aufsichtsbehörde,
7. die Aufstellung von Vorschlägen für die Berufung von Sozial- und Landessozialrichtern,
8. die Entscheidungen als Widerspruchsstelle im Sinne des § 85 SGG,

9. Entscheidungen über Vergütungseinhalte bei Mitgliedern wegen geltend gemachter Ersatzforderungen durch Kostenträger.“

Und unter § 12 Abs. 1:

„Die Disziplinarbefugnis über Mitglieder gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 1 - 2 Satzung sowie Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V, die ihre vertragszahnärztlichen Pflichten nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllen, steht dem Vorstand der KZV Thüringen zu. ...“

Diesen Wortlaut und die weiteren §§ können Sie der gemeinsamen grünen Vertragsmappe der Landeszahnärztekammer Thüringen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen entnehmen.

Dr. K.-H. Müller, Rudolstadt



Der Vorstand der KZVTh: (von links nach rechts) Dr. Horst Popp, DS Mathias Eckardt, Dr. Jürgen Haas, DS Manuela Letzel, Vorsitzender Dr. Karl-Friedrich Rommel, DS Frank Hauschild und stellvertretender Vorsitzender DS Klaus-Dieter Panzner (Foto: Meinel)

Wir gratulieren!

zum 90. Geburtstag

Herrn SR Heinz Herzner, am 3.4.
Florian-Geyer-Straße 5, 07545 Gera

zum 90. Geburtstag

Herrn Dr. med. dent. Hans Kümmerling
am 26.4., Fasaneriestraße 2, 07548 Gera

zum 76. Geburtstag

Frau MR Dr. Elly Weber, am 10.4.
Schulweg 50, 98574 Schmalkalden

zum 75. Geburtstag

Herrn Dr. med. dent. Peter Weiße
am 14.4.
Walter-Erdmann-Straße 28, 07548 Gera

zum 74. Geburtstag

Frau Dr. med. dent. Gisela Gebhardt
am 1.4.
Deegenstraße 3, 07586 Bad Köstritz

zum 73. Geburtstag

Herrn Dr. Wolfgang Ortleb, am 22.4.
Schwanweg 11, 07980 Wildetaube

zum 72. Geburtstag

Herrn Dr. med. Dietrich Nacke
am 2.4., Querstraße 4, 99867 Gotha

zum 71. Geburtstag

Herrn Franz-Josef Huschenbeth,
am 15.4.
Bahnhofstraße 14, 37308 Heiligenstadt

zum 71. Geburtstag

Frau Dr. med. dent. Charlotte Knörk
am 21.4.
Mosener Weg 5, 07570 Wünschendorf

zum 70. Geburtstag

Herrn SR Dr. med. dent. Hubert Boog
am 22.4.
Am Ofenstein 25, 99817 Eisenach

zum 60. Geburtstag

Herrn Peter Böcke, am 6.4.
Karolinger Straße 27, 99734 Nordhausen

zum 60. Geburtstag

Frau Inge Kuhles, am 7.4.
Bodensteiner Straße 4,
37339 Kirchohmfeld

zum 60. Geburtstag

Herrn Dr. med. dent. Manfred Pfeiffer
am 13.4.
Sebastian-Bach-Straße 2, 99817 Eisenach

zum 60. Geburtstag

Frau Dr. med. dent. Brunhilde Günther
am 17.4.
Pappenheimplatz 11, 98596 Trusetal

zum 60. Geburtstag

Frau Dr. med. Karin Martens, am 19.4.
Planweg 2, 07774 Frauenprießnitz

zum 60. Geburtstag

Herrn Dr. med. dent. Wolfgang Stauche
am 23.4.
Bahnhofstraße 16, 07429 Sitzendorf

zum 60. Geburtstag

Herrn Dr. med. dent. Harald Döbel
am 24.4.
Goetheweg 29, 99974 Mühlhausen

Planungsblatt C

KIEFERORTHOPÄDISCHE VERSORGUNG

Stand: 19.01.2000

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
PB-Nr.	Planungs- bereich	Einwohner 06/1999	Ber.Einw.- zahl	Versorgungs- grad 100%	Versorgungs- grad 110%	KFO	Angest.	Gesamt	Kfo-Anr.- ZÄ	Gesamt	Versorgungs- grad %
1 (51)	Erfurt, Stadt	202.057		12,6	13,9	8	0	8	3	11	90,3
2 (52)	Gera, Stadt	115.848		7,2	8,0	4	0	4	1	5	66,5
3 (53)	Jena, Stadt	99.434		6,2	6,8	7	0	7	4	11	179,6
4 (54)	Suhl, Stadt	49.794		3,1	3,4	1	0	1	1	2	78,2
5 (55)	Weimar, Stadt	62.355		3,9	4,3	3	0	3	0	3	80,1
6 (56)	Eisenach	44.534		2,8	3,1	2	0	2	2	4	150,4
7 (61)	Eichsfeld	115.032		7,2	7,9	3	0	3	1	4	58,2
8 (62)	Nordhausen	99.684		6,2	6,9	3	0	3	2	5	80,1
9 (63)	Wartburgkreis	145.994		9,1	10,0	1	1	2	2	4	46,6
10 (64)	Unstrut-Hain.-Kr.	120.834		7,6	8,3	4	0	4	0	4	58,1
11 (65)	Kyffhäuserkr.	95.667		6,0	6,6	1	0	1	1	2	32,4
12 (66)	Schmalk.-Mein.	144.970		9,1	10,0	4	1	5	1	6	68,8
13 (67)	Gotha	149.687		9,3	10,3	3	0	3	2	5	56,9
14 (68)	Sömmerda	81.904		5,1	5,6	1	0	1	3	4	83,6
15 (69)	Hildburghausen	74.361		4,6	5,1	1	0	1	0	1	24,7
16 (70)	Ilm-Kreis	122.638		7,7	8,4	5	0	5	1	6	72,7
17 (71)	Weimarer Land	91.821		5,7	6,3	4	0	4	1	5	84,4
18 (72)	Sonneberg	68.871		4,3	4,7	3	0	3	0	3	70,4
19 (73)	Saalf.-Rudolst.	134.935		8,4	9,3	3	0	3	1	4	46,9
20 (74)	Saale-Holzl.-Kr.	93.591		5,8	6,4	1	0	1	13	14	234,6
21 (75)	Saale-Orla-Kr.	100.033		6,3	6,9	3	0	3	0	3	52,2
22 (76)	Greiz	125.603		7,9	8,6	5	0	5	2	7	85,3
23 (77)	Altenburg_Land	116.408		7,3	8,0	2	0	2	0	2	27,9

Stand: 19.01.2000

Statistik für zahnärztliche Versorgung (Planungsblatt B+C) Einw. 06/99

PB-Nr.	Landkreise	16000	110%	KFO an.ZA	KFO	KFO +Pol	KFO+an. ZA+Pol	FA	FK	KFO	Arech	KFO ges.	Versorg.- grad %	ges.	an.ZA	Pol	ZA+	Polik.	ZA+an. ZA+Pol	Er-mäch.	1280	1680	110%	Insges.	Versorg.- grad %
1 (51)	Erfurt, Stadt	202.057	12,6	13,9	8	0	8	2330	5468	3	11	90,3	202	1	202	0	204	1	157,9	1	1880	173,6	201	127,1	
2 (52)	Gera, Stadt	115.848	7,2	8,0	4	0	4	519	2558	1	5	66,5	103	1	103	0	104	0	90,5	0	90,5	99,6	103	114,0	
3 (53)	Jena, Stadt	99.434	6,2	6,8	7	0	7	1606	2700	4	11	179,6	91	0	91	0	91	0	77,7	0	77,7	86,5	87	111,8	
4 (54)	Suhl, Stadt	49.794	3,1	3,4	1	0	1	483	337	1	2	78,2	44	0	44	0	44	0	53	0	53	29,6	43	143,6	
5 (55)	Weimar, Stadt	62.355	3,9	4,3	3	0	3	59	1449	0	3	80,1	45	0	45	0	45	0	39	0	39	37,1	53	142,5	
6 (56)	Eisenach	44.534	2,8	3,1	2	0	2	1347	1233	2	4	150,4	36	3	36	0	36	0	76	0	76	26,5	37	139,9	
7 (61)	Eichsfeld	115.032	7,2	7,9	3	0	3	1108	2815	1	4	58,2	74	2	74	0	74	0	74	0	74	68,5	75	109,3	
8 (62)	Nordhausen	99.684	6,2	6,9	3	0	3	1104	1663	2	5	80,1	73	0	74	1	74	0	74	0	74	59,3	72	121,4	
9 (63)	Wartburgkreis	145.994	9,1	10,0	1	0	1	1074	953	2	4	46,6	92	0	92	0	92	0	92	0	92	86,9	90	103,3	
10 (64)	Unstrut-Hein.-Kr.	120.834	7,6	8,3	4	0	4	281	2862	0	4	58,1	88	0	88	0	88	0	88	0	88	71,9	88	121,8	
11 (65)	Kyffhäuserkr.	95.667	6,0	6,6	1	0	1	850	906	1	2	32,4	66	1	66	0	67	0	67	0	67	56,9	66	116,0	
12 (66)	Schmalk.-Mein.	144.970	9,1	10,0	4	1	4	776	3154	1	6	88,8	107	0	107	0	107	0	107	0	107	86,3	106	122,6	
13 (67)	Gotha	149.587	9,3	10,3	3	0	3	1588	2053	2	5	56,9	120	0	120	0	120	0	120	0	120	89,0	118	132,2	
14 (68)	Sömmerda	81.904	5,1	5,6	1	0	1	1292	394	3	4	83,6	52	1	52	0	53	0	53	0	53	48,8	50	102,0	
15 (69)	Hildburghausen	74.361	4,6	5,1	1	0	1	160	1083	0	1	24,7	45	1	45	0	46	0	46	0	46	44,3	46	103,6	
16 (70)	Ilm-Kreis	122.638	7,7	8,4	5	0	5	286	2484	1	6	72,7	85	0	85	0	85	0	85	0	85	73,0	84	115,7	
17 (71)	Weimarer Land	91.821	5,7	6,3	4	0	4	340	1616	1	5	84,4	62	0	62	0	62	0	62	0	62	54,7	61	111,9	
18 (72)	Sonneberg	68.871	4,3	4,7	3	0	3	20	1954	0	3	70,4	52	0	52	0	52	0	52	0	52	41,0	52	126,8	
19 (73)	Saalf.-Rudolst.	134.935	8,4	9,3	3	0	3	821	2588	1	4	46,9	92	0	95	3	95	0	95	0	95	80,3	94	117,1	
20 (74)	Saale-Holz.-Kr.	93.591	5,8	6,4	1	0	1	1934	152	13	14	234,6	66	0	66	0	66	0	66	0	66	55,7	53	95,6	
21 (75)	Saale-Orla-Kr.	100.033	6,3	6,9	3	0	3	207	2342	0	3	52,2	65	0	65	0	65	0	65	0	65	59,5	65	108,7	
22 (76)	Greiz	125.603	7,9	8,6	5	0	5	799	2357	2	7	85,3	96	0	96	0	96	0	96	0	96	74,8	94	126,1	
23 (77)	Altenburg-Land	116.408	7,3	8,0	2	0	2	22	1518	0	2	27,9	75	0	75	0	75	0	75	0	75	69,3	75	108,2	

Legende

PB-Nr.	Landkreise/Planungsbereiche	Nummer des Planungsbereiches	KFO
16.000	Einwohnerzahl laut Amt für Statistik mit Stand 06/99		Arech
110%	Vermögenszahl für die Ermittlung des rech. Bedarfs		des
KFO	Feststellung der Grenze zur Überversorgung (Versorgungsgrad 110%)		Versorgungsgrad %
an.ZA	im Planungsbereich tätige KFO		ZA ges.
KFO	Bei KFO angestellte ZÄ		an.ZA
Pol	In Poliklinik tätige KFO		ZA+Pol
KFO	In Poliklinik tätige KFO		Pol
+Pol	Summe (KFO + in Poliklinik tätige KFO)		ZA+an.ZA
KFO+an.ZA	Summe (KFO + in Poliklinik tätige KFO)		+Pol
+Pol	Summe (KFO + in Poliklinik tätige KFO + angestellte ZÄ)		ermächtigte Zahnärzte
FA	Zahl der KFO-Fälle aller Allgemein Zahnärzte im KFO-Planungsbereich III/99		Vermögenszahl für großstädtische Planungsbereiche über 100.000 Einwohner
Fk	Zahl der KFO-Fälle aller KFO im Planungsbereich III/99		Vermögenszahl für übrige Planungsbereiche
Fk	Zahl der KFO-Fälle aller KFO im Planungsbereich III/99		Feststellung der Grenze zur Überversorgung (Versorgungsgrad 110%)
Fk	Zahl der KFO-Fälle aller KFO im Planungsbereich III/99		Zahl der bei der Ermittlung des Versorgungsgrades zu berücksichtigenden Vertragszahnärzte (Zahnärzte-ist)
Fk	Zahl der KFO-Fälle aller KFO im Planungsbereich III/99		Feststellung des Versorgungsgrades in %

Ortsänderung der Vertreterversammlung am 20.05.2000

Wie Sie alle aus dem gelben Beilageblatt des Rundschreibens 4/2000 der KZV entnehmen konnten, findet die Frühjahrs-VV in Gera statt.

Da es auf vielfachen Wunsch wieder einen standespolitischen Abend vor der Vertreterversammlung geben soll, ein dafür notwendiges Übernachtungskontingent in Erfurt nicht zu bekommen war, hat sich der Vorstand der KZV entschlossen, dem berechtigten Wunsch vieler Mitglieder nachzukommen und die Vertreterversammlung in Gera durchzuführen.

Dr. K.-H. Müller, Rudolstadt

Amtliche Mitteilung:

Beschluss des Landesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen in Thüringen gemäß § 103 SGB V und § 16b ZV-Z vom 16. März 2000

Bezug nehmend auf die erfolgte Veröffentlichung zur Versorgungsgradfeststellung und der Bestimmung des SGB V §§ 100 und 101 in Verbindung mit §§ 15 und 16b ZV-Z ergeben sich nach der Sitzung des Zulassungsausschusses am 01.03.2000 Veränderungen bezüglich der Anordnung/Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen.

Anordnung von Zulassungsbeschränkungen für die zahnärztliche Versorgung:

Eichsfeldkreis

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

gez. Günther Schroeder-Printzen
Vorsitzender des Landesausschusses

Ausschreibung

Gemäß § 103 Abs. 4 SGB V wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Jena-Stadt **ab 1. Juli 2000** ein Vertragszahnarztsitz in

Jena

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

Ausschreibung

Gemäß § 103 Abs. 4 SGB V wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Saalfeld-Rudolstadt **ab 1. Juli 2000** ein Vertragszahnarztsitz in

Bad Blankenburg

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

Neues Urteil zur Amalgamproblematik

Über die Frage, ob die Krankenkassen verpflichtet sind, die Kosten für einen Austausch von Amalgamfüllungen zu tragen, hat die KZV Thüringen bereits mehrfach berichtet.

So wurde u. a. darauf hingewiesen, dass die Krankenkasse insbesondere bei einer prothetischen Versorgung lediglich zur Zahlung der notwendigen Kosten gemäß § 30 SGB V (50 %, 60 % oder 65 %) verpflichtet ist, da die Beschränkung der Kas senleistung an den Gegenstand (hier Zahnersatz) und nicht an die Ursache des Behandlungsbedarfs anknüpft (BSG Urteil vom 8.3.1995, Az.: 1RK 7/94).

Am 6. Oktober 1999 hat sich das Bundes sozialgericht erneut mit der „Amalgamproblematik“ beschäftigt.

Es stellte in seinem Urteil (Az.: B 1 KR 13/97 R) klar, dass ein Zusammenhang zwischen der Verwendung von Amalgam als Füllungs material und gesundheitlichen Beschwerden wissenschaftlich nicht ausreichend bewiesen sei.

Zugrunde lag dem, dass ein Patient seine Krankenkasse auf Übernahme der Kosten für die Ersetzung seiner intakten Amalgamfüllungen durch Glasionomerzement verklagt hat, mit der Begründung, drei verschiedene Ärzte hätten ihm wegen seiner Depressionen und Schlafstörungen dazu

geraten, seine Amalgamfüllungen entfernen zu lassen.

Das BSG stellte in dem o. g. Urteil fest, dass Krankenkassen nur dann für Behandlungskosten aufkommen müssten, wenn die Notwendigkeit eines Eingriffs bestehe. Dies setze jedoch eine hohe Wahrscheinlichkeit eines Heilerfolgs voraus. Wegen fehlender Beweise sei bei Patienten mit Amalgamfüllungen von einem solchen Heilerfolg nicht auszugehen. Dass es dem Patienten nach dem Austausch der Amalgamfüllungen wesentlich besser gegangen sei, sah das BSG nicht als stichhaltig an. Ein kausaler Zusammenhang zwischen Depressionen, Nervosität oder Gelenkschmerzen mit dem Füllungs material sei wissenschaftlich nicht ausreichend bewiesen. Dass Amalgam Beschwerden von der Art verursachen könne, wie sie vom Kläger berichtet werden, sei nicht mehr als eine ungesicherte Annahme. Solange es nur eine hypothetische Möglichkeit gebe, dass die Beschwerden mit einem Austausch der Zahnfüllungen gelindert werden könnten, dürften die Kas sen nicht in die Pflicht genommen werden. Im übrigen sei die Entfernung von Amalgamfüllungen nur unter Freisetzung eines Teils des darin enthaltenen Quecksilbers und nur unter Verletzung bisher gesunder Zahns ubstanzen technisch möglich.

Ass. jur. Andrea Hofmann



Fortbildungsthemen im tzb zum Heraustrennen und Sammeln

**Das Krebsregister
und die Bedeutung
für den Zahnarzt**

Das Krebsregister und die Bedeutung für den Zahnarzt

P. Hyckel*, D. Schumann*, H. Kosmehl**

* Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie/Plastische Operationen (Prof. Dr. Dr. D. Schumann)

** Institut für Pathologie der Friedrich-Schiller-Universität Jena (Prof. Dr. D. Katenkamp)

Einleitung:

Nach dem in den neuen Bundesländern ein über Jahre etabliertes und relativ gut funktionierendes Tumorregister bestand, das aus wissenschaftlicher Sicht ein Datensatz war, dem in der Bundesrepublik Deutschland nichts Vergleichbares entgegengesetzt werden konnte, stellten sich nach der Einheit datenrechtliche und finanzielle Probleme, so dass die Notwendigkeit bestand, den wissenschaftlichen Wert dieser Struktur weiterzuführen und gleichzeitig unter veränderten Bedin-

gungen den gesetzlichen Gegebenheiten der Bundesrepublik gerecht zu werden. So wurde 1992 ein Verwaltungsabkommen zwischen dem Bund und den Neuen Ländern sowie Berlin zur Verwahrung und Sicherung der bereits gesammelten Daten geschlossen. 1993 - 1994 wurde das Krebsregistersicherungsgesetz, welches die Weiterführung des Registers für die Neuen Bundesländer regelt, erarbeitet. 1995 folgte das Gesetz über das Krebsregister, welches durch einen Staatsvertrag 1998 abgelöst wurde. Inzwischen sind in nahezu allen Bundes-

ländern epidemiologische Krebsregister eingerichtet worden.

Epidemiologie:

Die Notwendigkeit für solche Aktivitäten ergibt sich aus der gegenwärtigen Situation. Trotz intensiver Krebsforschung weltweit ist festzustellen, dass jährlich 330000 Menschen in Deutschland an Krebs erkranken. Dabei sterben jährlich 220000 Patienten an dieser Erkrankung. Krebserkrankungen sind die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. (Tabelle 1; Abb.1, 2)

Tabelle 1: modifiziert nach „Krebs in Deutschland. Häufigkeiten und Trends“

Geschätzte Zahl jährlich neu an Krebs Erkrankter, Deutschland 1997					
Lokalisation	ICD'9	Männer		Frauen	
		unter 60 Jahren	insgesamt	unter 60 Jahren	insgesamt
Mundhöhle und Rachen	140-149	4000	7200	900	2500
Speiseröhre	150	1300	3200	300	900
Magen	151	2000	9700	1300	8300
Dickdarm	153	2400	14400	2600	18000
Verdauungsorgane	150-159	11100	47900	7200	48800
Kehlkopf	161	1100	2900	300	400
Lunge	162	6700	28200	2500	8900
Atmungsorgane	160-165	8100	32400	3000	10100
M. Melanom der Haut	172	1400	3100	1500	3800
Brustdrüse	174/175	100	400	17000	45800
Weibl. Geschlechtsorgane	179-184	-	-	8200	26500
Prostata	185	2500	27800	-	-
Harnblase	188	2100	10300	400	4700
Niere	189	2000	6900	1300	5200

Trends der Inzidenz und Mortalität

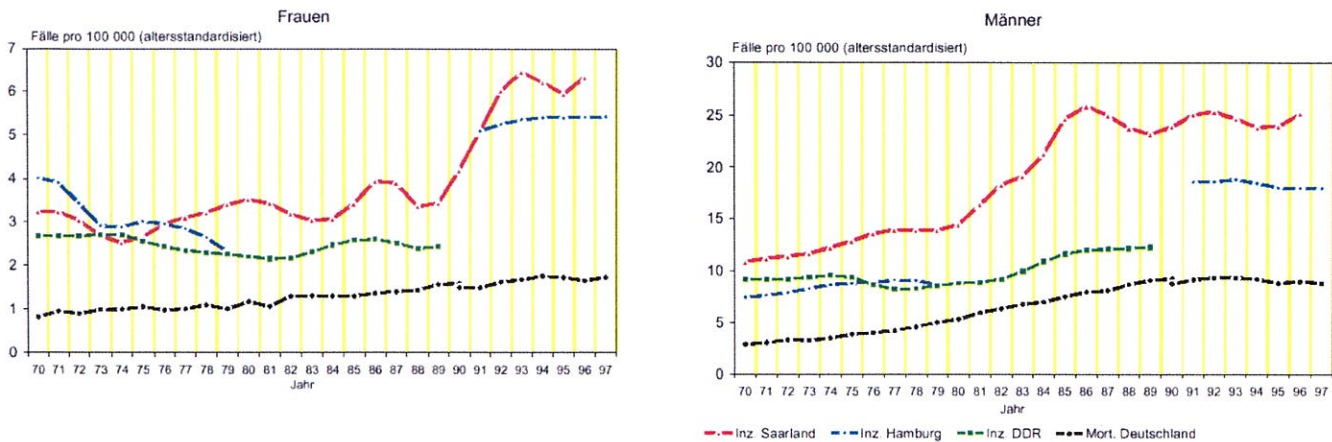


Abb. 1 und 2: aus „Krebs in Deutschland. Häufigkeiten und Trends“ (Mundhöhle und Rachen)

Dabei nimmt das Karzinom der Mundhöhle und des Rachens im Vergleich mit den anderen Malignomen in seiner Inzidenz einen mittleren Platz ein. Im Vergleich mit den Erkrankungsdaten anderer EU-Länder liegt die Inzidenz in Deutschland im oberen Drittel für Männer und im mittleren Drittel für Frauen. Die höchste Inzidenz in den EU-Ländern wird sowohl für Männer als auch für Frauen in Frankreich, die niedrigste in Griechenland ermittelt. Das mittlere Erkrankungsalter liegt für Männer bei 57,5 und für Frauen bei 63 Jahren. Als besorgniserregend ist festzustellen, dass die Krebserkrankungen der Mundhöhle und des Rachens zu den Krebserkrankungen gehören, deren Zahl in Deutschland seit den 70er Jahren zunimmt. Diese Entwicklung ist sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen evident. Was die Aggressivität der Tumoren angeht, gibt es deutliche Hinweise, dass die Tendenz zu den bösartigeren Formen tendiert. FRÖHLICH und Mitarb. (1992) konnten bei der Auswertung des DDR-Krebsregisters zeigen, dass die Anzahl an Neuerkrankungen der Lippenkarzinome, die eine 5-Jahresüberlebensrate von ca. 90 % haben stark rückläufig ist, während die Anzahl der Neuerkrankungen der Mundhöhle und des Oropharynx mit einer 5-Jahresüberlebensrate von ca. 40-45 % stark ansteigt. (Abb. 3)

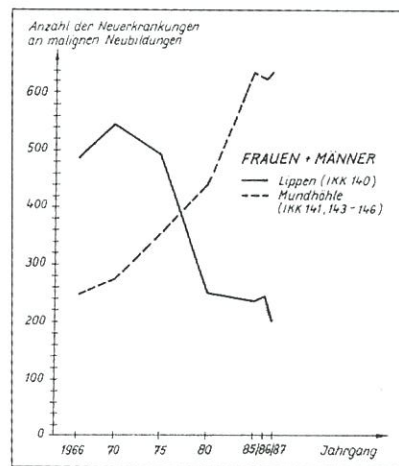


Abb. 3: Inzidenz der Neuerkrankungen an malignen Neubildungen des oralen Bereiches; aus Fröhlich et al. 1992

Gemessen an der Lebenserwartung gehen in Deutschland durch den Tod an bösartigen Neubildungen der Mundhöhle und des Rachens bei Männern insgesamt etwa 72.000 und bei Frauen etwa 17.500 Lebensjahre verloren. Der durchschnittliche Verlust an Lebenserwartung ist für Krebs im Bereich des Mundes mit 10 Jahren für Männer und Frauen gleich; er beträgt für Krebs im Rachenraum jedoch bei Männern 15 Jahre und bei Frauen 11 Jahre (Robert-Koch-Institut).

Viele Erkenntnisse, die über Krebserkrankungen gesammelt wurden, sind aus epidemiologischen Daten gewon-

nen worden. Die Epidemiologie ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Krebsforschung.

In diesem Zusammenhang ist es interessant, dass das gemeinsame Krebsregister der Neuen Bundesländer mit über zwei Millionen gespeicherten Erkrankungsfällen nicht nur bundesweit, sondern auch international zu den größten Datensammlungen im Bereich der Krebs Epidemiologie gehört.

Krebsursachen:

Die Entstehung einer Krebskrankheit beruht in der Regel nicht auf einer einzigen Ursache, sondern auf einem Geflecht verschiedener Faktoren. Von den vermeidbaren Risikofaktoren ist das (Zigaretten-) Rauchen, das 25 - 30 % aller Krebstodesfälle verursacht, von überragender Bedeutung. Ein ähnlich großer, weniger genau abzuschätzender Anteil aller Krebsfälle von 20 - 40 % dürfte auf falsche Ernährung, wie allgemeine Überernährung, einen zu hohen Anteil tierischer Fette und einen zu geringen Anteil bestimmter Vitamine, Mineralien und unverdaulicher Faserstoffe aus frischem Obst und Gemüse zurückzuführen sein. Weitere Risikofaktoren sind Infektionen mit onkogenen Viren (z. B. humane Papillomviren), genetische Faktoren, erhöhter Alkoholkonsum, Exposition am Arbeitsplatz und Umwelteinflüsse.

Tumorzentrum Jena:

Die Struktur, die die wissenschaftlichen und organisatorischen Belange im Kampf gegen den Krebs koordiniert, ist das Tumorzentrum e. V. Es entstand in Jena aus der interdisziplinären Arbeitsgruppe „Klinische Onkologie“ und vertritt folgende Arbeitsschwerpunkte:

- Gewährleistung einer hochqualifizierten Diagnostik, Therapie und Betreuung von Patienten am Klinikum;
- Durchführung von Studien und wissenschaftlichen Analysen;
- Dokumentation maligner Tumoren im Klinischen Krebsregister;
- Erarbeitung von Leitlinien zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge sowie deren ständige Aktualisierung;
- Durchführung von interdisziplinären Konsilien und Tumorsprechstunden;
- Unterstützung der zahnärztlichen und ärztlichen Weiterbildung durch interdisziplinäre onkologische Kolloquien;
- Etablierung eines telefonischen Konsiliardienstes für alle malignen Erkrankungen;
- Bereitstellung von kostenlosen Broschüren für Patienten mit einer Krebserkrankung, deren Angehörige und interessierte Bürger zu folgender Thematik:

- Prävention
- Krebsfrüherkennung
- Ernährung
- Diagnose Krebs
- Ratgeber zu verschiedenen Krebserkrankungen
- Krebsschmerz
- Rehabilitation

Krebsregister Jena:

Der Aufbau des Registers ist so geregelt, dass die Vertrauensstelle engen Kontakt zu den meldenden Ärzten und Zahnärzten sowie zu den in ihrem Auftrag meldenden Klinikregistern und Nachsorgeleitstellen hält. Nach Eingang der Meldungen werden die Daten auf Plausibilität und Vollständigkeit überprüft und erfasst. Im Anschluss daran

werden die Daten anonymisiert und der Registrierstelle zugeleitet. In dieser werden die Daten anonymisiert und für die wissenschaftliche Nutzung aufbereitet. Neben regelmäßigen statistisch-epidemiologischen Auswertungen gehört die Beantwortung wissenschaftlicher Anfragen zu den Aufgabenschwerpunkten der Registrierstelle. Sowohl Vertrauens- und Registrierstelle sind ärztlich geleitet.

Die Ziele des Krebsregisters sind folgende:

- Verbesserung von Behandlung und Nachsorge durch Unterstützung des Informationsflusses zwischen den behandelnden Einrichtungen, insbesondere zwischen dem stationären und ambulanten Bereich;
- Qualitätsmanagement in der onkologischen Versorgung;
- Nutzung von Daten im wissenschaftlichen Rahmen für
 - Weiterleitung und Verbesserung der Diagnostik und Therapie
 - Förderung der Früherkennung
- Meldung von epidemiologischen Daten an das gemeinsame Krebsregister der Neuen Bundesländer in Berlin

Bezug für den Zahnarzt:

Es sind vor allen Dingen zwei Aspekte, die das Krebsregister für den Zahnarzt interessant erscheinen lassen. Zum einen ist es die Nachsorge. Auf Grund der immer weiteren finanziellen Begrenzung von Leistungen durch die Krankenkassen ist die bisher geübte Praxis einer engmaschigen Nachkontrolle von Patienten mit Mundhöhlenkarzinomen in absehbarer Zukunft nicht mehr umsetzbar. Diese Aufgabe wird der Zahnarzt am Heimatort zum Teil mit übernehmen müssen. Vierteljährliche Kontrollen bei gleichzeitiger konservierender und prothetischer Rehabilitation ist eine Aufgabe, die auch auf den niedergelassenen Kollegen zukommt. Dabei ist die Vergütung gesetzlich geregelt. Die Vergütungsrichtlinie sieht eine Staffelung zwischen 3,- DM und 6,- DM für Meldebögen sowie 16,- DM für vollständige Meldungen per Diskette vor.

Bei Meldungen direkt an das Gemeinsame Krebsregister erfolgt die Vergütung über die Vertrauensstelle. Beauftragt der Arzt oder Zahnarzt ein Klinikregister oder eine Nachsorgeleitstelle mit der Meldung an das GKR, erhält er die Vergütung über die beauftragte Einrichtung. Dabei muss den Meldeformularen eine Anforderung zur Vergütung beigelegt werden. Entsprechende Formulare können kostenlos von der Vertrauensstelle des GKR abgerufen werden.

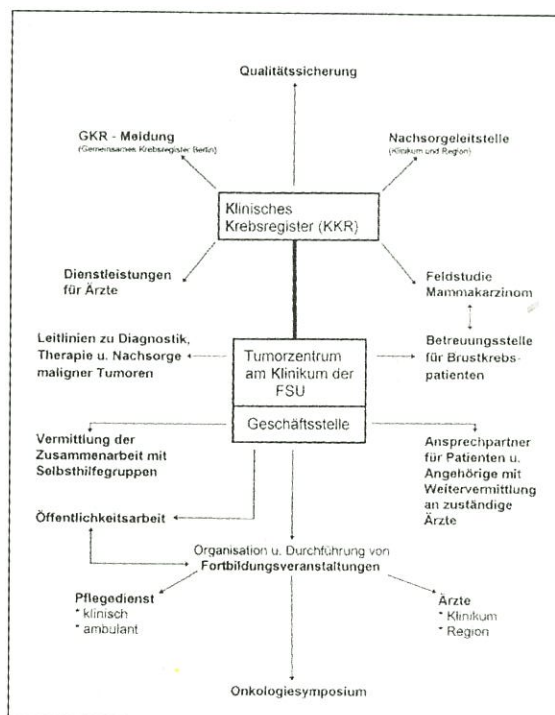


Abb. 4: Organigramm des Tumorzentrums

Voraussetzung ist jedoch eine enge Zusammenarbeit mit der Einrichtung wo der Patient behandelt wurde, da es bei Patienten im Zustand nach kurativer Therapie eines Mundhöhlenkarzinoms einige Besonderheiten gibt, die unbedingt beachtet werden müssen.

- Die Frage nach einem Rezidiv oder das erneute Auftreten von Präneoplasien muss ausgeschlossen werden. Auch nach Zweitkarzinomen, die im Aerodigestionstrakt nicht selten zu verzeichnen sind, ist zu suchen. Die Inspektion sollte einem Standardschema folgen: äußere Gesichtshaut, Lippen, Wangenschleimhäute mit Umschlagfalten, Zungenrücken, Tonsillengegend und Rachen, Zungenränder und Mundboden sowie Ober- und Unterkieferalveolarfortsatz mit dem harten Gaumen sind zu inspizieren. Danach sollte besonderes Augenmerk auf den Operationsbereich gelegt werden. Jegliche Ulzerationen, weißliche nicht abwischbare Belege, knotige Veränderungen sind rezidivverdächtig. Palpatorisch imponiert die Infiltration als „Tumorphärte“. Diese Veränderung ist im Bereich der OP-Narbe oder deren mittelbarer Umgebung feststellbar. Abzugrenzen von einem Tumor ist das postoperative- bzw. Nachbestrahlungsinfiltrat. Dies ist in der Regel diffus und oedematös. Wenn nach einem relativ symptomfreien Intervall plötzlich eine Kieferklemme auftritt, ist dies ein wichtiger Hinweis auf ein mögliches Rezidiv.

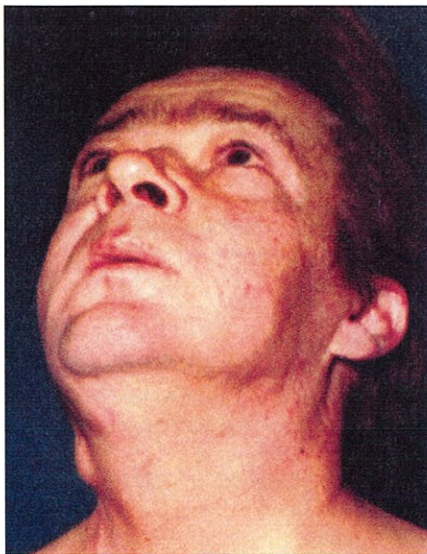


Abb. 5: Lymphknotenmetastase eines Mundhöhlenkarzinoms cervical rechts

Die Lymphknotenpalpation bedarf einer großen Erfahrung und ist vom Zahnarzt, der nach dem Studium nur selten solche Patienten betreuen muss, nicht zu verlangen. Während Lymphknoten der N3-Kategorie (Abb. 5) gut diagnostizierbar aber prognostisch infaust sind, ist die Mehrzahl der Lymphknotenmetastasen nur schwierig durch Palpation festzustellen. Sonografiebefunde vom niedergelassenen Kieferchirurgen bzw. HNO-Arzt angefertigt, können diese Lücke schließen. Ist dies nicht möglich, sollte der Patient in den ersten zwei Jahren halbjährlich und dann jährlich in der Fachklinik vorgestellt werden. Entsprechende Zwischenbefunde sollten an die Fachklinik bzw. das Krebsregister weitergeleitet werden. Formulare können über das Tumorzentrum Jena angefordert werden.

- Patienten im Zustand nach Therapie eines Mundhöhlenkarzinoms haben in der Regel im Unterkiefer nach der erforderlichen Kontinuitätsresektion eine Überbrückungsplatte eingegliedert, die den Knochendefekt temporär stabilisiert. Oft ist dieser Bereich durch ein Transplantat (Dünndarmtransplantat, Unterarmklappen bzw. einer gestielten Lappenplastik – Pectoralis major-Lappen, Sternocleidomastoideus-Lappen) gedeckt. Eine unsachgemäße prothetische Versorgung kann zu Ulzerationen mit einhergehender Infektion und damit zum Verlust der Überbrückungsplatte führen. Vor jeglicher prothetischer Versorgung (auch mit Implantaten) sollte deshalb Rücksprache mit der Fachklinik genommen werden.

- Patienten im Zustand nach Therapie eines Mundhöhlenkarzinoms sind in der Regel nachbestrahlt. Jegliche chirurgische Intervention (Zahnextraktion, Implantation, Wurzelbehandlung) kann deshalb zur Osteomyelitis des Kieferknochens durch den partiellen Verlust der regionalen Immunabwehr führen. Eine perioperative antibiotische Therapie mit einem knochengängigen Antibiotikum und der primäre Verschluss von Schleimhautwunden bzw. Eintrittspforten ist zwingend. Ist dies in der Praxis nicht zu gewährleisten, sollte der Patient für diese Maßnahme an die primär behandelnde Einrichtung zurücküberwiesen werden.

Der zweite Aspekt ist die Frage der Früherkennung. KOCH hat 1976 festgestellt, dass der Behandler bis dato keine Möglichkeit hatte, die Aggressivität eines Tumors zu beeinflussen. Das Ausbreitungsstadium ist aber mit den Mitteln der Früherkennung durchaus zu kontrollieren. Heute sind wir durch die präoperative Chemotherapie sehr wohl in der Lage, die Aggressivität eines Tumors zu beeinflussen und temporär sogar komplette Remissionen zu erreichen.

Was die Früherkennung betrifft, sind wir jedoch keinen Schritt weitergekommen. Waren es 1976 70 % der Patienten, die mit einem Tumor größer 3 cm zur ersten Konsultation kamen, so müssen wir heute einschätzen, dass 70 % der Patienten einen Tumor größer 4 cm aufweisen bzw. der Tumor hat Nachbarstrukturen erreicht oder infiltriert.

Dabei ist die Früherkennung eines Mundhöhlenkarzinoms ungleich leichter als die Früherkennung z. B. eines Magenkarzinoms. Als iatrogene Verschleppung wird für das Mundhöhlenkarzinom durchschnittlich eine Zeitspanne von zwei Monaten zwischen der Erstkonsultation und der Einweisung in die Klinik errechnet. Die umständliche Überweisungsprozedur vom Zahnarzt (trotz Verdacht auf Malignom) zum niedergelassenen Kieferchirurgen – und zeitversetzt die Überweisung in die Fachklinik verlängert zunehmend diesen Zeitraum.

Verdächtige Veränderungen sollten gleich, ob es sich um den Verdacht auf eine Neuerkrankung oder ein Rezidiv handelt, in einem Zeitraum von zwei bis drei Wochen ohne Anzeichen auf Rückbildung in der Fachklinik vorgestellt werden. Nur dann besteht die Chance für eine kurative Therapie eines Mundhöhlenkarzinoms. Grundsätzlich stehen uns drei Behandlungsmodalitäten zur Verfügung:

- die chirurgische Therapie,
- die Chemotherapie sowie
- die Bestrahlung.

Beim Mundhöhlen- und Lippenkarzinom ist die radikalchirurgische Tumorsektion nach wie vor das Verfahren mit der besten Überlebensrate. Entsprechende Leitlinien für die Therapie des Mundhöhlenkarzinoms wurden von den Fachgesellschaften erarbeitet:

Leitlinien für die Therapie des Mundhöhlenkarzinoms KÜBLER und MÜHLING (1998):

- * Tumorresektion in sano
- * Regionäre Lymphknotenausräumung
- * Chemotherapie
- * Radiotherapie
- * Immuntherapie
- * Kombinationstherapie
- * Unkonventionelle Therapieverfahren
- * Behandlung von Fernmetastasen

Jenaer Therapiestrategie:

Bei Karzinomen mit hohem Malignitätsgrad hat es sich bewährt, vor dem chirurgischen Eingriff eine Chemotherapie durchzuführen, mit dem Ziel, verstreute Tumorzellen zu vernichten. Die postoperative Bestrahlung wird bei allen Patienten empfohlen, bei denen ein Tumor der Kategorie T 3/4 vorliegt, wo ein hoher Malignitätsgrad (G 2/3) im histologischen Schnitt nachgewiesen wurde bzw. in Fällen, wo bei der histologischen Bearbeitung metastasenbefallene Lymphknoten nachweisbar waren. Da neben dem Lymphknotenbefund der R-Befund (Resektion im Gesunden) und der Malignitätsgrad die wichtigsten prognostischen Parameter sind, kommt ihnen eine besondere Bedeutung zu. Wenn es aus objektiven Gründen nicht möglich ist, den Tumor im Gesunden zu entfernen, folgt in einem hohen Prozentsatz der Fälle ein Rezidiv mit einer Verschlechterung der Überlebensrate auf 10 – 20 %. Eine Möglichkeit der Verbesserung der Überlebensrate ist die Ausweitung der Radikalität im Lokalbereich durch die plastische Defektdeckung mittels mikrochirurgisch anastomosierten Transplantaten.

Eine zukunftsweisende Methode zur Verbesserung der Überlebensrate ist die Berücksichtigung zell- und molekularbiologischer Parameter für die Prognosebestimmung. Dies gilt sowohl für die Neuerkrankung wie für das Rezidiv. Zunächst grenzt die aktuelle WHO-Klassifikation (1997) vom gewöhnlichen oralen Plattenepithelkarzinom das verruköse Karzinom mit einer besonders guten und das basaloïd-squamöse Karzinom mit einer besonders schlechten Prognose ab. Für die Prognosedifferenzierung innerhalb der gewöhnlichen Plattenepithelkarzinome

hat sich das Grading der Invasionszone mit der Bewertung folgender Parameter, Differenzierungsgrad, Atypie, Mitosezahl, Form der Invasion und lympho-plasmazelluläre Stromainfiltration als besonders günstig erwiesen und stellt eine gute Voraussetzung für die Therapieplanung dar. Der Nachweis tumorgener Viren (HPV-Typen, EBV) ist mittels in situ Hybridisierung und PCR möglich. Über die interdisziplinäre Tumorsprechstunde der Klinik für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie oder das Institut für Pathologie der Universität Jena kann direkt oder über den lokalen Pathologen auf entsprechende Konsultationen oder Untersuchungen zurückgegriffen werden.

Ein Beispiel dafür, wie durch extensive Tumorentfernung und gleichzeitige plastische Deckung des Defektes selbst bei einem Tumorrezidiv eine vollständige Rehabilitation erfolgen kann, zeigen die Abbildungen 6 bis 9.

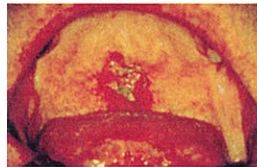


Abb. 6: Reizidiv eines alio loco versorgten adenoidzystischen Karzinoms

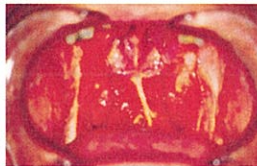


Abb. 7: Zustand nach Resektion des harten und weichen Gaumens



Abb. 8: Defektdeckung mittels freien Unterarmklappens



Abb. 9: Prothetische Versorgung

Schlussfolgerung:

Die Inzidenz des Mundhöhlenkarzinoms ist im Ansteigen begriffen. Das klinische Krebsregister am Tumorzentrum führt die Meldung an das Gemeinsame Krebsregister Berlin durch, dient als Nachsorgeleitstelle und führt entsprechende Dienstleistungen für im Meldesystem eingebundene Ärzte und Zahnärzte durch. Aufgrund der zunehmenden Einschränkungen finanzieller Leistungen durch die Kassen und des Anstiegs des Durchschnittsalters der Patienten mit Mundhöhlenkarzinom wird es sich kurzfristig punktuell und mittelfristig flächendeckend als notwendig erweisen, dass auch der Zahnarzt noch aktiver in die Nachsorge bei Patienten mit Mundhöhlenkarzinomen einbezogen wird. Dies betrifft nicht nur die konservierende Versorgung bzw. die prothetische Rehabilitation, sondern auch die Tumoprävention, -früherkennung und Tumornachsorge.

Literatur:

„Krebs in Deutschland. Häufigkeiten und Trends“ - Herausgeber: Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland in Zusammenarbeit mit dem Robert Koch-Institut, 2. aktualisierte Ausgabe, 1999

Fröhlich, M., Bernstein, P. Metelmamm, H.-R., Möhner, M.: **Zur Epidemiologie der Lippen- und Mundhöhlenmalignome: in Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie**, Herausgeber K. Schuchardt, N. Schwenzer, Band 37, Thieme Verlag Stuttgart, New York 1992

Koch, H.: **Zur Verantwortung des Zahnarztes bei der Früherkennung des Mundhöhlenkarzinoms**. Quintessenz 1976, 2, 127-133

Kübler, A.; Mühling, I.: **Leitlinien für die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie**. Springer-Verlag Berlin – Heidelberg 1998

Kontaktadresse:

Prof. Dr. Dr. P. Hyckel
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie/
Plastische Chirurgie der
Friedrich-Schiller-Universität Jena
Bachstraße 18
07740 Jena
Telefon: 03641/933522
Fax: 03641/933179
E-Mail: Hyckel@bach.med.uni-jena.de

Wissenschaftliches Symposium zur Entwicklung der Parodontologie

Am 12. Februar 2000 lud die Zahnärztekammer Nordrhein in Zusammenarbeit mit der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der Universität zu Köln zu einem sehr interessanten Symposium mit dem Thema: „Wechselwirkung zwischen systemischen und parodontalen Erkrankungen - Ein neuer Horizont für die Zahnmedizin“ ein.

Dank des Sponsorings der Firma Colgate konnten erstklassige internationale Referenten gewonnen werden, die Einblicke in bekannte und neueste Forschungsarbeiten boten.

Den Einstieg in die Thematik gab Prof. Dr. Th. Flemming/Münster. Sein Vortrag mit dem Titel „Paradigmenwandel in der Parodontologie“ beleuchtete die Entwicklung des Fachgebietes Parodontologie der letzten Jahre, insbesondere die neuen Erkenntnisse in Bezug auf Ätiologie und Pathogenese marginaler Parodontopathien.

So stellte er deutlich fest, dass mangelnde Mundhygiene zwar eine Gingivitis auslösen könne, für das Entstehen einer Parodontitis aber wesentlich mehr Faktoren vorhanden sein müssen. Verantwortlich sind vielmehr parodontopathogene Bakterien wie *Porphyromonas gingivalis* (Pg), *Bacteroides*arten oder *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (Aa.). Weiterhin lassen sich häufig Störungen der Immunregulation, systemische Erkrankungen, wie zum Beispiel Diabetes oder eine genetische Prädisposition bei den betroffenen Patienten feststellen.

Exogene Faktoren wie das Rauchen oder psychischer Stress sind einhellig anerkannte Risikofaktoren für Parodontalerkrankungen.

Die Untersuchung endogener Risikofaktoren befindet sich aber noch am Anfang. Hierbei konzentriert sich die Forschung gegenwärtig auf Substanzen der immunologischen Abwehr wie die Interleukine, welche als Mediatoren des Immunsystems eine zentrale Rolle bei der parodontalen Destruktion einnehmen.

Ein weiterer wichtiger Punkt des Vortrages war die Feststellung, dass die chronische lokale Entzündung bei der Parodontitis ein Risiko für einige Allgemeinerkrankungen darstellt.

Konsequenz hieraus für den Behandler ist eine umfassende Anamnese und Diagnostik, die auch allgemeinmedizinische Probleme miteinbezieht und nötigenfalls in Zusammenarbeit mit anderen Fachgebieten erfolgen sollte.

Eine sich daraus ergebende Therapievariante wäre die Vorbehandlung in Verbindung mit einer gezielten Antibiotikagabe. Nach einer anschließenden Reevaluation kann möglicherweise auf eine Chirurgische Invasion verzichtet werden.

Als möglichen Ausblick deutete Prof. Flemming die Therapie mit Zytokinen und Interferonen an.

Im Anschluss daran sprach Dr. D. Paquette aus Chapell Hill (USA) zum Thema des erhöhten Risikos eines zu geringen Geburtsgewichtes Frühgeborener bei parodontal erkrankten Müttern.



Mathis Klinger

Im Vordergrund stand die Feststellung, dass bei dieser Patientengruppe eine große infizierte Wundfläche vorliegt, über die ein ständiges Eindringen von Bakterien möglich ist. Die folgende Zunahme von Entzündungsmediatoren ist systemisch nachweisbar. Einige von diesen besitzen auch placentare Wirkungen. Nach statistischen Berechnungen haben Mütter mit Parodontitis ein 7-fach höheres Risiko, ein untergewichtiges Neugeborenes zur Welt zu bringen. Allerdings muss deutlich gesagt werden, dass diese Untersuchungen noch am Anfang stehen und keinesfalls eine gesicherte Kausalität daraus geschlossen werden kann.

In Amerika wird derzeit eine großangelegte Studie zu diesem Thema durchgeführt, um in Zukunft mehr Klarheit zu haben. Erste Daten scheinen aber zu belegen, dass sich eine Parodontaltherapie bei betroffenen Schwangeren positiv auf die Reduzierung von Frühgeburten auswirkt.

Den Zusammenhang zwischen kardiovaskulären Erkrankungen und Parodontitis marginalis erläuterte Prof. Dr. Th. Kocher aus Greifswald. Anhand epidemiologischer Untersuchungen ist der Risikofaktor marginale Entzündung für den Verlauf einer kardio- und cerebrovaskulären Erkrankung festzustellen. Dass Parodontalerkrankungen einen unabhängigen Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen darstellen, sei nach den neuesten Untersuchungen wahrscheinlich, muss jedoch noch intensiver untersucht werden. Eine breitangelegte Studie in Mecklenburg-Vorpommern soll in den nächsten Jahren genauere Ergebnisse bringen.

Im Anschluss referierte Frau Prof. Dr. S. Grossi/Buffalo über das Thema der systemischen Effekte einer Parodontitisbehandlung bei Diabetikern. So leiden Diabetiker doppelt so häufig an Parodontitis wie vergleichbare gesunde Menschen. Eine chronische systemische Infektion durch das Parodontium erhöht die Risikorate bei der Diabetes mellitus-Kontrolle und führt zu häufigerem Auftreten von mikrovaskulären und makrovaskulären Komplikationen. Bei einer Studie mit an Diabetes Typ 2 erkrankten Pima-Indianern konnte durch eine kombinierte Therapie mit Ultrasonic und Doxycyclin-Gabe nach drei Monaten eine komplette Elimination von Porphyromonas gingivalis nachgewiesen werden. Das Auftreten möglicher allgemeinmedizinischer Komplikationen wurde dadurch deutlich reduziert. Daraus schlussfolgernd gewinnt die Kontrolle und Behandlung von parodontalen Infektionen und oralen Entzündungen bei Diabetikern an zunehmendem Stellenwert.

Einen Einblick in die Schwierigkeiten genetischer Untersuchungen gab Prof. Dr. D. F. Kinane/Glasgow. Die Arbeiten zeigten allerdings, dass gerade die Juvenile Parodontitis einen autosomal dominanten Erbgang mit hoher Penetranz aufweist. Daher empfahl er, bei betroffenen Patienten stets

die Familie in die klinische Diagnostik miteinzubeziehen.

Zum Thema Parodontitis und Stress nahm Prof. Dr. J. Meyle/Gießen Stellung. Eine Reihe internationaler und eigener Arbeiten zeigte, dass Stress ein signifikanter Risikofaktor für parodontale Erkrankungen ist. Nachweis hierfür sind auch höhere Parodontalindizes bei psychisch erkrankten Patienten.

Die Wichtigkeit eines Umdenkens hin zur allgemeinmedizinischen Diagnostik und Therapie unterstrich eindrucksvoll Dr. A. J. van Winkelhoff/Amsterdam in seinem Vortrag über Infektionsrisiken bei parodontalen Erkrankungen. Die drei Möglichkeiten, über welche orale Infektionen nichtorale Erkrankungen verursachen können, sind 1. eine metastatische Entzündung durch Immunschädigung, 2. eine metastatische Entzündung durch mikrobielle Toxine und 3. die metastatische Infektion durch Translokation oraler Bakterien. So sind verschiedene oralpathogene Keime bei einigen Allgemeinerkrankungen nachweisbar. Ein Beispiel hierfür ist der Actinobacillus actinomycescomitans, welcher ebenso bei der infektiösen Endokarditis, bei Hirnabszessen, bei Hautinfektionen oder Lungeninfektionen

sowie bei Mediastinitis und Osteomyelitis nachweisbar ist. Obwohl das Risiko, per oraler Infektion zu erkranken, für gesunde Menschen relativ gering ist, stellt für Patienten mit Schädigung des Immunsystems die Mundhöhle ein signifikantes Reservoir für ernsthafte Erkrankungen dar.

Prof. Dr. M. Davies/Manchester ging auf die Effektivität von antimikrobiellen Substanzen in der Mundhöhle ein. Die beiden einzigen Produkte mit Langzeiterfolg waren demnach Chlorhexidin und Triclosan. Durch den Zusatz eines Copolymers wird die Wirkung von Triclosan auf 12 Stunden erhöht, was zu einer deutlichen Verringerung der Blutungsneigung führt. Die Zahnpasta Colgate Total enthält diese Wirkstoffkombination, die bei Parodontitisneigung gute therapeutische Hilfe leistet. Als Resümee dieses sehr interessanten Tages steht sicherlich die Erkenntnis im Vordergrund, dass wir Zahnärzte nicht in einem eng umgrenzten Raum arbeiten, sondern dass es zwischen Mundhöhle und Gesamtorganismus eine Vielzahl an Wechselbeziehungen gibt, die wir in unser therapeutisches Konzept stets mit einbeziehen sollten.

Mathis Klinger, Jena

In regelmäßigen Abständen möchten wir auf Infektionskrankheiten eingehen, die insbesondere auch die Zahnarztpraxis betreffen, heute:

Hepatitis A

Erreger:

Das Hepatitis A-Virus (HAV) wurde vor etwa 25 Jahren im Stuhl infizierter Personen nachgewiesen.

Vorkommen:

HAV ist weltweit das am weitesten verbreitete Hepatitisvirus. Die epidemiologische Situation der Hepatitis-A ändert sich weltweit gesehen rasch, in Entwicklungsländern kommt die Hepatitis gehäuft vor. Insoweit ist bei Auslandsreisen in Länder mit niedrigerem hygienischen Standard ein deutlich erhöhtes Infektionsrisiko gegeben. Infektionsmöglichkeiten bestehen bevorzugt auch bei Kontakt zu an Hepatitis-A-Erkrankten, zu Homosexuellen, zu Kindern aus Kindertagesstätten und Drogensüchtigen.

Infektionsweg:

Das Virus wird vor allem auf faeco-oralem Weg übertragen. Die sexuelle Übertragung ist bekannt, aber selten, und wird in Zusammenhang mit dem anal-oralen Übertragungsweg gesehen. Die Übertragung der Hepatitis-A durch Drogensüchtige ist nicht bedeutsam. Zu einer Virusausscheidung über die Faeces kommt es bereits drei Wochen vor dem Krankheitsausbruch, die Infektiosität hält danach etwa zwei bis drei Wochen nach Krankheitsausbruch an.

Diagnostik:

Die Labordiagnostik der Hepatitis-A basiert auf dem Nachweis von hochspezifischen Antikörpern im Blut gegenüber dem HAV, welches im Stuhl des Erkrankten gegen Ende der Inkubationszeit (siehe unten) und in der Frühphase der Erkrankung kurzfristig nachweisbar ist. Nach Ausheilung der Erkrankung

bleibt lebenslanglich ein Hepatitis-A-Antikörper vom Typ IgG nachweisbar.

Krankheitsverlauf:

Nach einer Inkubationszeit in der Regel von 21 bis 42 Tagen treten uncharakteristische Magen-Darmsymptome wie Appetitlosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Schwäche und Fieber auf, gefolgt meist von einer Gelbsucht. Diese für die Hepatitis-A-Erkrankung untypischen Symptome können nach Vorliegen spezieller immunologischer Untersuchungsergebnisse einer Erkrankung an Hepatitis-A zugeordnet werden. Die Hepatitis-A heilt immer aus und führt nicht zu einer bleibenden Leberschädigung.

Prävention:

Eine Schutzimpfung gegen Hepatitis-A ist seit 1992 möglich und wird nach der Vorgabe des Hauptverbandes der gewerblichen

Berufsgenossenschaften (02.1995) aus beruflicher Sicht nur einem bestimmten Personenkreis (Versicherte, die in medizinischen Labors Stuhluntersuchungen durchführen, Versicherte in pädiatrischen Kliniken/Stationen, Versicherte auf Infektionsstationen) angeboten. Die erfolgreiche Aktivimpfung bietet einen Erkrankungsschutz von zehn Jahren. Eine medikamentöse Prophylaxe (passive Impfung) vor oder nach einer Exposi-

tion ist durch die Gabe eines antikörperhaltigen Standardimmunglobulins möglich, damit wird die Hepatitis-A-Erkrankung mit 80 bis 90 %iger Sicherheit für einen Zeitraum von drei bis fünf Monaten verhindert.

Es müssen gewissenhaft die erforderlichen Schutzmaßnahmen zur Vermeidung einer fäko-oralen Schmierinfektion eingehalten werden.

Arbeitsmedizinische Betreuung:

Nach dem arbeitsmedizinischen Grundsatz G 42, Fassung 03.1998 - Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung - sind arbeitsmedizinische Untersuchungen bezüglich der Infektionsgefährdung gegenüber Hepatitis-A in Zahnarztpraxen für den Arbeitgeber nicht obligat, sondern nur fakultativ vorzunehmen.

Quelle: Pressestelle der Zahnärzte Hessen

Empfohlene Maßnahmen zur Hepatitis-B-Prophylaxe nach einer Kanülenstichverletzung oder anderen Blutkontakten

Mitteilung der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut

Unter den durch Blut übertragbaren Infektionserregern nimmt das Hepatitis-B-Virus eine Sonderstellung ein, da - je nach Konzentration des Erregers - eine Übertragungswahrscheinlichkeit bis zu 100 % besteht. Daher ist es eine besonders wichtige Aufgabe arbeitsmedizinisch tätiger Ärzte, ein System zu entwickeln, das im Fall einer Exposition eine schnelle Prophylaxe ermöglicht. Dazu folgende Hinweise:

1. Wichtigste Voraussetzung ist die Erreichbarkeit des Betriebsarztes bzw. einer für Unfälle zuständigen Person. Die Beschäftigten sollten angehalten werden, jede Kanülenstichverletzung/jeden Blutkontakt (z. B. im Gesundheitsdienst

bei der Tätigkeit am Patienten, hier nachfolgend als „Spender“ bezeichnet) zu melden. Nach der Meldung sollte der Betriebsarzt versuchen, sich anhand der vorhandenen Daten (Impfdokumente, Daten von Antikörperbestimmungen) ein Bild der Immunität des Beschäftigten und des „Spenders“ zu machen.

2. Die weiteren Maßnahmen hängen von folgenden denkbaren Konstellationen ab:

2.1. Der Beschäftigte ist immun oder durch Impfung ausreichend geschützt (anti-HBs \geq 100 IE/l innerhalb der letzten 12 Monate oder erfolgreiche Impfung innerhalb der vergangenen fünf Jahre); Weitere Maßnahmen erübrigen sich.

2.2. Der „Spender“ ist HbsAg negativ: Damit erübrigen sich weitere Maßnahmen; der Beschäftigte sollte jedoch (zur Vermeidung ähnlicher Zwischenfälle in der Zukunft) gegen Hepatitis B geimpft werden, falls er nicht immun oder bereits geimpft ist.

2.3. Es sind weder Spender- noch Beschäftigtendaten verfügbar: Hier sollte möglichst umgehend (bis zu 48 Stunden nach Verletzung) beim Beschäftigten anti-HBs und beim Spender HBsAg bestimmt werden (Schnelltest).

Folgende Konstellationen sind denkbar: Der Patient ist HbsAG-negativ: Es besteht keine Infektionsgefahr. Falls der Beschäftigte nicht immun ist, sollte er - zur Vermeidung ähnlicher Zwischenfälle in Zukunft - dennoch geimpft werden.

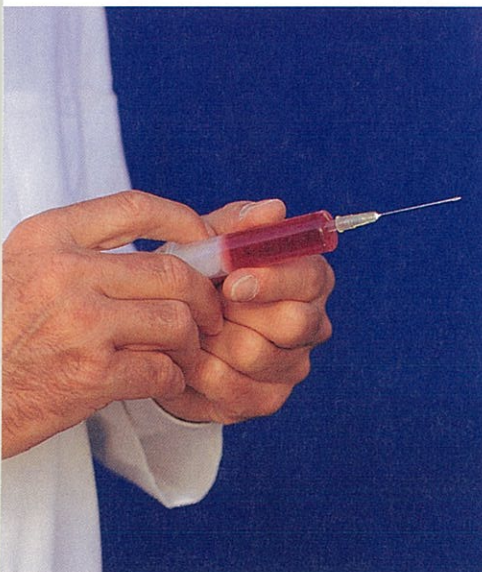
Der Patient ist HbsAG-positiv: Falls der Beschäftigte nicht immun ist (anti-HBs negativ), sollte in diesem Fall simultan geimpft werden (Hepatitis-B-Immunglobulin) intragluteal und Hepatitis-B-Impfstoff intradeltoidal). Die Schutzimpfung wird während der nächsten Monate gemäß den Vorschriften des Herstellers für die Grundimmunisierung komplettiert.

2.4. Der Beschäftigte hat sich mit einer unbekanntem, gebrauchten Kanüle gestochen oder einen sonstigen Blutkontakt gehabt: Falls Zweifel an seiner Immunität bestehen, sollte gemäß 2.3 ein Schnelltest Aufschluss über seinen anti-HBs-Status geben. Falls keine Immunität besteht, sollte simultan geimpft werden (s. 2.3).

Non-Responder (kein messbares anti-HBs nach mindestens 6 Impfungen) erhalten bei Expositionen unverzüglich HB-Impfstoff und HB-Immunglobulin. Festgestellte fehlende Impfungen der Grundimmunisierung sind entsprechend den für die Grundimmunisierung gegebenen Empfehlungen nachzuholen. Die einzelnen Impfungen und die Gabe von HB-Immunglobulin sowie die Ergebnisse der serologischen Untersuchungen sind sorgfältig zu dokumentieren.

In der Regel übernimmt der Unfallversicherungsträger (auf Antrag) die Kosten für den Schnelltest bzw. für die Simultanimpfung.

Aus: Epidemiologisches Bulletin 1/2000 des Robert-Koch-Institutes vom 7. Januar)



Frühjahrstagung „Aktuelle Parodontologie“



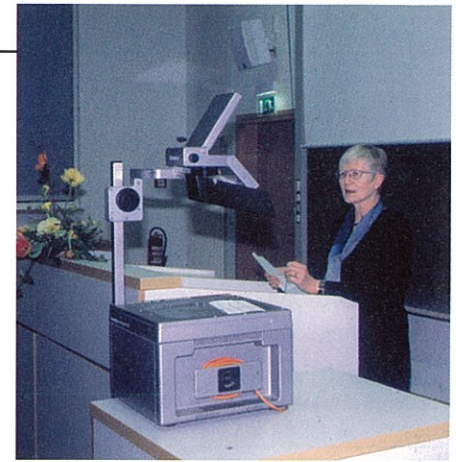
Der Verein zur Förderung von Lehre und Forschung in der Zahnmedizin am Klinikum der FSU Jena e. V. unter dem Vorsitz von Prof. Dr. E. Glockmann hatte am 18. März 2000 zur Frühjahrstagung mit parodontologischer Thematik eingeladen. Zeichnete sich schon bei den letzten Veranstaltungen eine große Resonanz ab, so übertraf das bei der Frühjahrstagung 2000 gezeigte Interesse alle Erwartungen. Da etwa 300 Anmeldungen, auch von Kollegen weit über Thüringen hinaus, vorlagen, war das Ausweichen in den größten Hörsaal des Klinikums erforderlich.

Prof. Dr. Glockmann begrüßte die Gäste und zeichnete anschließend die besten Absolventen des vergangenen Studienjahres (Denise Bugdoll, Susanne Lippold und Christian Zinner) aus. Erstmals wurde das Adolf-Witzel-Förderstipendium an Philipp Güntzer und Susanne Wohlfahrt vergeben. Das fachliche Programm stand unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Klinger, Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde. Es beinhaltete einen Überblick über den gegenwärtigen Stand der Parodontologie. „Aktuelle ätiologische Aspekte der Parodontitisentstehung“ (Prof. Dr. Klinger) standen am Anfang, wobei bereits die Verknüpfungen mit dem gesamten Spektrum der Medizin deutlich wurden und gezeigt wurde, dass eine rein lokale Ursachenbetrachtung dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis nicht mehr entspricht, sondern dass biologische Denkweisen nötig sind. Auf verschiedene, die Erkrankungen des Parodonts verursachende Bakterien, die Indikationen zur antibiotischen Therapie sowie die Effektivität der verschiedenen Antibiotika auf das parodontopathogene Keimspektrum gingen Prof. Dr. Pfister und Frau Dr. Eick in ihrem Vortrag ein. Als auswärtiger Gast konnte aus Göttingen Prof. Dr. Mausberg begrüßt werden, der über „Risikopatienten“ in der Parodontologie sprach und damit über die große Gruppe von Patienten, bei denen ein Zusammenhang zwischen einer Allgemeinerkrankung und dem Parodont besteht bzw. bei denen von einer Parodontitis mit Auswirkungen auf den Gesamtorganismus auszugehen ist.

Besonders eindrücklich waren seine Daten zu den Rauchgewohnheiten. Das Rauchen

wird in der Parodontologie als ein ganz wichtiger Risikofaktor angesehen. Diese Zusammenhänge, teilweise bei der Ätiologie bereits angedeutet, sind noch zu wenig bekannt und werden vielfach nicht ohne weiteres akzeptiert. Andererseits werden in vielen Publikationen immer noch nicht nachweisbare Auswirkungen von Materialien oder aber von Fehlfunktionen als Ursache der Parodontitis angesehen, die Effekte des Rauchens, zahlreicher Medikamente und vor allem der Bakterien und der durch diese ausgelösten Gewebsreaktionen ignoriert oder bagatellisiert. Das in Jena praktizierte Therapiekonzept wurde von OA Dr. Sigusch vorgestellt, und es belegt durch die sehr guten Langzeiterfolge, die sich in allen Untersuchungen immer wieder erneut bestätigen, die Schlüssigkeit dieses Konzepts. Es basiert vor allem auf einer exzellenten Vorbehandlung, die durch Fachschwestern, Studenten und/oder Kollegen – in Abhängigkeit von den individuellen Gegebenheiten – realisiert wird. Die anschließende Bearbeitung der Wurzeloberfläche, die Applikation eines Zahnfleischverbandes zum Schutz des Koagulums vor Speichetrtritt und die in Abhängigkeit vom Krankheitsbild und dem Erregerspektrum verordnete Gabe von Antibiotika sind weitere Schritte dieses bewährten Konzepts. Um die Bakterienelimination möglichst komplex zu erreichen, wird in Jena die Behandlung in einer Sitzung angestrebt. Das ist für die Patienten generell angenehmer und weniger belastend als die Therapie in zwei – vier Sitzungen, zumal für die, die vielfach von weit außerhalb Jenas zur Behandlung überwiesen wurden.

Abschließend stellten zwei junge Kollegen (Dr. Pertsch, M. Klinger) das Wirkungsprinzip von Ultraschallgeräten, besonders des Gerätes „Vector“ vor und demonstrierten die Anwendung sowie erste positive, statistisch belegbare Erfahrungen mit dem neuen Ultraschallgerät Vector in einem Video. Das Gesamtkonzept der Behandlung ändert sich dabei in keiner Weise, anstelle der handinstrumentellen Wurzeloberflächenbearbeitung



Leitete das fachliche Programm:
Prof. Dr. Gisela Klinger

tritt die „Ultraschallkürettage“. Diese bewirkt keinen zeitlichen Gewinn, wohl aber eine Entlastung für den Operateur, da die Vectorbehandlung weniger kraftintensiv ist. Die Belastung für den Patienten ist ebenfalls geringer. Sie wird allerdings auch bei der Bearbeitung mit Handinstrumenten nicht als sehr unangenehm empfunden, und die Einnahme von Schmerzmedikamenten war nach der Kürettage nur in seltensten Einzelfällen erforderlich.

Nach den Vorträgen war erfreulicherweise ausreichend Zeit für Diskussionen. In der Pause war es möglich, noch weiter über Vortragsinhalte zu diskutieren oder Studienkollegen, Freunde und Bekannte zu treffen, so dass wohl fast alle die Veranstaltung mit Freude und Zufriedenheit verließen, um entweder nach Hause aufzubrechen oder sich einiges von dem anzuschauen, was sich in Jena, dem Studienort vieler Teilnehmer, in der letzten Zeit verändert hat. Die erfreuliche Resonanz entschädigte die Organisatoren für alle Mühen, und sie zeigte auch etwas von dem Zusammengehörigkeitsgefühl der Kollegen, etwas, was wir zur Zeit dringend benötigen.

Prof. Dr. Gisela Klinger

Fotos: G. Wolf



Der größte Hörsaal im Klinikum fasste gerade die Gäste



Verein zur Förderung von Lehre und Forschung in der Zahnmedizin am Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena e. V.

Ich/Wir möchte/n Mitglied im Verein zur Förderung von Lehre und Forschung in der Zahnmedizin am Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität werden.

Name, Vorname _____

Firma _____

Student

Zahnarzt in Weiterbildung

Straße _____

niedergelassener Zahnarzt

vollberuflicher Förderer

PLZ, Ort _____

angestellter Zahnarzt

wir sind juristische Personen

Tel.: _____

Den Mitgliedsbeitrag in Höhe von DM zahle/n ich/wir

Datum: _____

durch Überweisung

im Lastschriftinzugsverfahren

Unterschrift: _____

Geschäftsadresse:

Verein zur Förderung von Lehre und Forschung
in der Zahnmedizin am Klinikum
der Friedrich-Schiller-Universität Jena e. V.
An der alten Post, 07740 Jena
Tel. 03641/934584, Fax 03641/934585

Zahlungsempfänger

Verein zur Förderung von Lehre und Forschung
in der Zahnmedizin am Klinikum
der Friedrich-Schiller-Universität Jena e. V.
Kreditinstitut: Dresdner Bank AG Jena
Konto-Nr.: 08 934 290 00, BLZ: 820 800 00

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

Hiermit ermächtige/n ich/wir sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos vorzunehmen:

Konto-Nr. _____

BLZ _____

Kreditinstitut _____

Kontoinhaber _____

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum _____

Unterschrift/en _____

Laut Beschluss der Mitgliederversammlung vom 19.11.1994 auf Festsetzung eines Mindestbetrages gemäß § 6 der Satzungen

beträgt der Jahresbetrag für die Mitgliedschaft

für Studenten: entfällt / **für Ausbildungsassistenten:** mindestens 25,- DM

für Zahnärzte in eigener Niederlassung: mindestens 50,- DM / **für vollwerbsfähige Personen:** mindestens 50,- DM

für juristische Personen: mindestens 100,- DM

Weiterbildungs- und Erholungs- wochenende in Thüringen!

SEPTEMBER

29

FREITAG
FRIDAY
VENDREDI
VENERDI

5. Thüringer
Zahnärztetag

+ 5. Thüringer
Helferinnentag

+ 4. Thüringer
Zahn Techniker tag

OKTOBER

1

SONNTAG
SUNDAY
DIMANCHE
DOMENICA

= Zahn MEDIZIN

270-96

2000

271-95

Informationen
unter Telefon
(03 61) 74 32-111
oder per E-Mail:
LZKTh@t-online.de

Dentalausstellung mit Themenschwerpunkt
„Angewandte Informatik in Praxis und Labor“

29.9. – 2.10.2000 Messe Erfurt

Impressum

THÜRINGER ZAHNÄRZTEBLATT

Offizielles Mitteilungsblatt
der Landeszahnärztekammer Thüringen
und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung
Thüringen

Herausgeber:

Landeszahnärztekammer
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:

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

eMail-Adressen

von LZKTh 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 1.1.2000

Anzeigenleitung:

Wolfgang Klaus

Titelbild:

H.-G. Schröder

Telefonforen mit unterschiedlicher Resonanz

TA-Leserforum läßt die Drähte glühen

Mehr als 100 Anrufer brachten die vier Kieferorthopäden, die sich am 23. Februar den Fragen der TA-Leser gestellt hatten, ziemlich ins Schwitzen. Das Lesertelefon wird mittlerweile von vielen TA-Lesern genutzt, um Probleme loszuwerden, die augenscheinlich beim Zahnarztbesuch nicht zur Sprache gebracht werden. Frau Dipl.-Stomat. Manuela Letzel, Herr Dr. Hilmar Reinhardt, Herr Dr. Jürgen Hering und Herr Dipl.-Stomat. Hans Otto Vonderlind kamen in den zwei Stunden, in denen die Telefone freigeschaltet waren, nicht zur kleinsten Pause, denn kaum war der Hörer aufgelegt, klingelte bereits der nächste Fragesteller.

Die Fragen bezogen sich auf sehr unterschiedliche Bereiche, wobei für viele Anrufer die Kosten ein wichtiges Thema darstellten. Noch immer besteht große Unsicherheit auf diesem Gebiet. Andere Fragen drehten sich um das günstigste Alter für eine kieferorthopädische Behandlung, die Anwendung von Zahnspannen und die Behandlungsdauer.

Als sehr erfolgreich schätzten die Kieferorthopäden die Telefonrunde ein, nicht zuletzt, weil dadurch die Möglichkeit besteht, sich mit Sachthemen an die Öffentlichkeit zu wenden.



Die Drähte glühten bei (v. l. n. r.) Dr. Jürgen Hering, Dr. Hilmar Reinhardt, DS Manuela Letzel und DS Hans Otto Vonderlind (Foto: Pöschel)

„Freies Wort“- Leser mit Zurückhaltung

Die Teilnehmer am Leserforum der Regionalzeitung „Freies Wort“ hatten sich auf das in Erfurt übliche Dauer-Telefonklingeln eingestellt. Entweder lag es am Thema oder am allgemeinen Interesse: die Zahl der Anrufer war weitaus geringer als erwartet. Prophylaxe, zahngesunde Ernährung, Mundhygiene scheinen nicht die Fragestellungen zu sein, welche die Suhler zum Telefon greifen lassen. Frau Dr. Carmen Sauer, Frau Dr. Christine Bieber,

Herr Dr. Karl-Heinz Müller und Herr Dipl.-Stomat. Gottfried Wolf nutzten jedoch die Zeit zwischen den 12 Anrufen, um mit den Journalisten über die Gesundheitsreform und ihre Auswirkungen auf die Zahnärzte zu sprechen. Damit wurde das Ergebnis der Aktion am Ende dann doch noch positiv: Eine ganze Seite der Zeitung befasste sich mit zahnmedizinischen Themen. red.

Treffen mit Rudolf Dreßler trotz Kontroversen mit positivem Ergebnis

Am 18. Februar 2000 trafen sich Vertreter der Thüringer Zahnärzteschaft mit dem stellvertretenden Fraktionsvorsitzenden der SPD, Rudolf Dreßler, zu einem Gespräch. In seinem Berliner Büro empfing der Gesundheitspolitiker den Präsidenten der LZKTh, Dr. Lothar Bergholz, den Referenten für Öffentlichkeitsarbeit der LZKTh, Herrn Gottfried Wolf, den KZV-Vorsitzenden Dr. Karl-Friedrich Rommel sowie dessen Stellvertreter Klaus-Dieter Panzner.

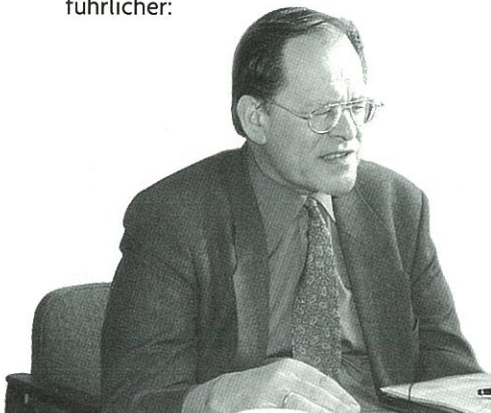
Sehr schnell kam eine Diskussion in Gang, in der die einzelnen Gesprächspartner energisch, gelegentlich auch lautstark, ihre Meinung vertraten. Beim Austausch der oftmals ganz und gar nicht übereinstimmenden Ansichten fiel eines auf: der Sachverstand, der dem routinierten Politiker erlaubte, souverän auf die Argumente der Zahnärzte einzugehen. Darin unterschied Dreßler sich wohlthuend von vorangegangenen Gesprächen, insbesondere mit grünen Bundes-Gesundheitspolitikerinnen oder dem Staatssekretär im Bundeskanzleramt.

„Im Laufe meines politischen Lebens habe ich mir zwei Grundsätze angeeignet“ eröffnet Dreßler nach gegenseitiger Vorstellung das Gespräch.

„Der erste“ - Dreßlers Blick gleitet über die Runde und man merkt, dass er nicht zum ersten Mal auf diese Art schnörkellos zum Thema kommt:

„Sage das, was ist und nicht, was sie gerne hören.“

Seinen zweiten Grundsatz erklärt er ausführlicher:



„Ich möchte in der Bewertung der Dinge berechenbar bleiben.“ Rudolf Dreßler schickt seine Erklärung sofort hinterher: „Ich möchte nicht, dass Sie, wenn ich Sie in einigen Monaten wieder sehe, sagen können, ich hätte Sie in die Irre geführt.“

Es gibt jedoch programmatische Dinge, die zwischen den Zahnärzten und uns nicht kompatibel sind.“

Unser Gespräch mit Rudolf Dreßler widerspiegelte die derzeitige politische Situation. Auch wenn wir einem unerwartet sachkundigen Gesprächspartner gegenüber saßen, bleibt doch außer Zweifel, dass die rot-grüne Gesundheitspolitik den Interessen der Zahnärzte und vor allem ihrer Patienten diametral gegenübersteht. Es ist an der Zeit, dass die Politik dazu übergeht, sich an den Tatsachen zu orientieren und die Beteiligten zu einem konstruktiven Dialog an den Tisch bittet. Die Gesundheitsreform 2000 beweist, dass ohne Sach- und Fachverstand die eigentlichen Probleme nicht gelöst werden können. Es gehört schon ein großes Maß an Unaufrichtigkeit dazu, dem nicht sachkundigen Publikum ein schlechtes Kostendämpfungsgesetz als moderne Strukturreform zu verkaufen. Dass dieses Gesetz ein ausschließliches Kostendämpfungsgesetz darstellt, ist allerdings auch in Politikerkreisen unstrittig und jeder weiß: so wenig, wie das Solidaritätsstärkungsgesetz die Solidarität gestärkt hat, ändert das Strukturreformgesetz verkrustete Strukturen.

Dr. Karl-Friedrich Rommel

Wer nach solch harschen Worten ein „Aber“ erwartet, wird nicht enttäuscht, denn nachdem er die Lage klargestellt hat, wird Dreßler geradezu versöhnlich:

„Unsere Gespräche mit Ihrer Bundesrepräsentanz sind regelmäßig, intensiv und vertrauensvoll bei aller Unterschiedlichkeit im Detail und in grundsätzlichen Fragen. Wir haben eine Kommunikations-



ebene gefunden, bei der keine Seite versucht, die andere zu besch...“. Er spricht es aus, sagt was er denkt, der hemdsärmelige, bodenständige Wuppertaler, und wischt damit jegliche Befangenheit vom Tisch. Man merkt, dass ihm an schönen Worten wenig gelegen ist, dass er versucht, herauszufinden: wie wird die Gesundheitsreform von denen, die damit leben müssen, beurteilt, wo ist die Schmerzgrenze für die Zahnärzte erreicht, was ist in der Zukunft von denen zu erwarten, die mehr als ein Jahr lang gegen die Reform Sturm liefen.

Die Thüringer schildern ihre Probleme mit dem Gesetz, wobei besonders Dr. Rommel kein Blatt vor den Mund nimmt. Dreßler hört zu. Alle Themen, mit denen die Thüringer nicht einverstanden sind, kommen unverblümt auf den Tisch. Dreßler schweigt, bis das Thema „Wahl- und Regelleistungen“ angesprochen wird.

In dieser Frage reagiert er unwirsch: „Über das ‚Ob‘ brauchen Sie mit der SPD nicht verhandeln, allenfalls über das ‚Wie‘“. Er lässt keinen Zweifel, dass nur in einem Punkt mit ihm zu reden sein wird: man könne gemeinsam definieren, was aus dem Leistungskatalog in Zukunft ausgegrenzt werden müsse. Alles andere sei eine Vermischung von PKV und GKV, die nicht hinzunehmen sei, jedenfalls nicht mit ihm.

Gemeinsam müssten Krankenkassen, Zahnärzteschaft und Politik einen Weg finden, sich über einen Ausgrenzungskatalog zu verständigen. Es gehe nicht an, lediglich über Ausgrenzungen zu diskutieren, meint dazu Gottfried Wolf. Neue

Therapie- und Diagnoseverfahren, wie z.B. die mikrobiologische Diagnostik vor einer Parodontitisbehandlung, müssten Eingang in den Leistungskatalog finden.

Der viel diskutierte Begriff „Notwendigkeit“ kommt ins Spiel. Dreßler: „Eine notwendige Versorgung muss auch in Zukunft für jedermann erschwinglich bleiben.“ Wenngleich man sich in dieser Frage einig ist in der Ablehnung des englischen oder kanadischen Modells, misslingt dennoch eine übereinstimmende Definition des Begriffs „Notwendigkeit“.

Zwangsläufig geht an dieser Stelle die Diskussion in Richtung Budgetierung, Globalbudget, Ausgabenvolumina, Überversorgung - eine Thematik, bei der Dreßler von den Zahnärzten gar nicht erst Zustimmung erwartet. Nach Dr. Rommels Kritik, jeder verstünde unter dem Begriff Globalbudgetierung etwas anderes und zöge damit in den Krieg, outet er sich als Erfinder des Begriffs und preist die Unumgänglichkeit des Globalbudgets an.

Auch auf seiner Forderung nach Zulassungsbeschränkungen beharrt Rudolf Dreßler ungeachtet der Tatsache, dass dafür kaum Fürsprecher zu gewinnen sein werden:

„54 000 Niedergelassene sind einfach zu viel. Die Politik steht vor der Aufgabe, die Überkapazität zu regeln, auch mit der Gewissheit, damit Existenzfragen aufzuwerfen.“ Dieses Herangehen an ein - besonders in den neuen Bundesländern existenzielles - Problem billigen seine Gesprächspartner keinesfalls. Gottfried Wolf: „Die Überversorgung in Thüringen begründet sich im wesentlichen darauf, dass nach wie vor die Patienten auf der Suche nach Arbeit in die alten Bundesländer abwandern. Wenn man diese Bevölkerungsfuktuation nicht aufhält, indem der Arbeitsplatzabbau endlich gestoppt wird, werden in zehn Jahren nur noch Alte, die keine Beitragszahler mehr sind, in den neuen Bundesländern leben.“ Wolf prognostiziert langandauernde Strukturprobleme in den neuen Ländern, die in der Zerstörung des Mittelstandes begründet sind.

Dreßler jedoch formuliert unbeirrt seine Kernthese: „Die GKV ist notwendig, um erträgliche Beitragsätze und die medizinische Versorgung zu gewährleisten, nicht dazu, Arbeitsplätze zu erhalten.“

Die Ressourcen im System der GKV gelte es zu erkennen und zu heben. „Sind in den 250 Mrd. DM der GKV Ressourcen in nen-

nenswerter Höhe versteckt, die man freilegen muss?“ Dressler verzichtet auf die Meinung seiner Gesprächspartner und beantwortet die Frage gleich selbst mit „ja“. Erstaunlicherweise stimmt er jedoch diesmal mit den Zahnärzten überein, die beispielhaft belegen, dass in ihrem Bereich über Ressourcen nicht zu reden sei, weil diese bereits in den vielen vorangegangenen Reformen gehoben wurden. Eine konstruktive Weiterentwicklung des Systems könne nicht darin bestehen, die Leistungsspirale für die Zahnärzte immer weiter nach oben zu drehen.

Die weiteren Themen, welche die Teilnehmer der Gesprächsrunde im Verlauf der nächsten Stunde anschneiden, drehen sich um die Stellung der Patientenberatung, die Gewährleistungspflicht der Zahnärzte und die Angleichung der Punktwerte.

Eine unerwartete Wendung nimmt das Gespräch nach Dr. Rommels Frage nach dem Ost-West-Angleich der Honorarsituation. Dr. Rommel schildert die Problematik: Bei den Verhandlungen der KZV mit der Mehrzahl der Krankenkassen ergeben sich permanent Unstimmigkeiten bezüglich der für den Rechtsbereich Ost geltenden Grundlohnsummensteigerung, die auf das Budget anzurechnen ist. Den zu niedrig angesetzten Wert will Rommel nicht gelten lassen, wirkt er sich doch deutlich negativ auf die Höhe des Budgets aus. Dreßler erläutert die Gesetzeslage und weist darauf hin, dass die Haltung der Krankenkassen in diesem Punkt nicht damit übereinstimmt. Letztendlich sichert er sogar seine Hilfe zu, die Streitigkeiten aus dem Wege zu räumen.

Mit diesem Ergebnis des Gespräches verabschiedet man sich voneinander. Sollte man Dreßlers Hinweis als Abschiedsgeschenk vor seinem Weggang nach Israel werten?

C.P.



Zahlreiche kontroverse Standpunkte wurden ausdiskutiert. Dr. Rommel bezog klare Position.

Anzeige



weinreiter
WOHNEN

Neuwerkstraße 29 • 99084 Erfurt/Thüringen
Tel. (0361) 6 42 13 79 • Fax (0361) 6 42 13 70

Ihr exklusiver Inneneinrichter

- **Möbeldesign**
- **Textile Raumgestaltung**
- **Dekoration**
- **Modernes Lichtdesign**
- **Accessoires**
- **Innenausbau**

Kreisstellen- vorsitzende stellen sich vor

**Dr. Ingo Schmidt ist Vorsitzender
der Kreisstelle Arnstadt der LZKTh**



Dr. Ingo Schmidt,
geboren am 22. Dezember 1943
in Gräfenroda, ist verheiratet
und hat zwei erwachsene Kinder.

Studium: 1962 bis 1968 in Berlin

Promotion: 1976 in Berlin

Berufliche Tätigkeit:
Ungeachtet des großen Wagnis
und der Probleme unter DDR-Bedingungen:
im Jahre 1987 Übernahme der väterlichen
Praxis in Arnstadt gemeinsam mit Ehefrau
und Berufskollegin Dr. Rotraut Schmidt -
seither sind Dr. Rotraut und Dr. Ingo
Schmidt dort tätig.

Auf die Frage von tzb,

„Welche Ziele stehen für Sie als
Kreisstellenvorsitzender an erster Stelle?“
antwortet Dr. Schmidt:

- Angesichts der sich zunehmend
verschlechternden Bedingungen für die
Ausübung unseres Berufes sehe ich die
Förderung und Wahrung der Kollegialität
als ein wichtiges Ziel an.

- Bei beruflichen Problemen möchte ich
den Kollegen als Ansprechpartner
zur Verfügung stehen.

Gemeinsam mit dem KZV-Kreisstellen-
vorsitzenden, Dr. Peter Bracke, werde ich
auch in Zukunft regelmäßige
Zusammenkünfte aller Kreisstellenmit-
glieder organisieren, um einen kontinuierli-
chen Erfahrungsaustausch zu ermöglichen



Anspruchsvolle Zahnheilkunde auf dem Lande vorgestellt: Nicole Borawski

Wenn man aus Richtung Glauchau nach Ziegelheim kommt, liegt der Gedanke fern, dass man hier einen Zahnarzt findet. Doch bietet der Ort nicht nur eine moderne und attraktive Zahnarztpraxis, sondern auch noch eine einmalige Attraktivität für Thüringen: hier hat sich die jüngste Zahnärztin des Freistaates, Nicole Borawski, niedergelassen.

Zahnärztin wollte sie schon immer werden. So studierte Frau Borawski in Leipzig Zahnmedizin und war anschließend in Mosel/Sachsen zwei Jahre als Assistenz Zahnärztin tätig. 1998 ergab sich in Ziegelheim die Möglichkeit zur Niederlassung, da der dort ansässige Zahnarzt seine Praxis aufgab.

Was bewegt eine junge Frau aus der Stadt, sich beruflich „auf dem Lande“ zu betätigen? Sie sei am Anfang auch etwas skeptisch gewesen, wie sie, vor allem wegen ihres Alters oder besser Nicht-Alters, von den Bewohnern aufgenommen werde, immerhin bildet solch kleiner Ort so etwas wie eine „verschworene Gemeinschaft“. Nicole Borawski kann nur über gute Erfahrungen berichten. Ihre Praxis wurde vom ersten Tage an von den Patienten angenommen, es gab keine Ressentiments gegen die junge Zahnärztin.

Nach gut einem Jahr in der eigenen Niederlassung ist Frau Borawski der Überzeugung, sich ihren Traum erfüllt zu haben. Sie sei froh, Zahnärztin geworden zu sein und der Praxis gehe es wirtschaftlich gut. Viel Unterstützung finde sie in ihrer Helferin, die sie aus der vorhergegangenen Praxis übernommen habe und die eben alle Leute kenne. Die Arbeit mit den Patienten mache ihr Spaß, sie habe viel zu tun, vor allem nehme Paro einen wichtigen Platz in der täglichen Arbeit ein. Das führt sie auf das weniger ausgeprägte Gesundheitsbewusstsein als in städtischen Gebieten zurück. Dafür seien die Patienten aber auch viel verständnis-

voller, wenn eine Behandlung einmal etwas länger als geplant, dauert. Da wird die Wartezeit für einen Plausch genutzt. „Manchmal ist es hier wie beim Friseur“ erzählte Nicole Borawski lachend.

Auch an den Wochenenden ist sie für ihre Patienten in dringenden Fällen erreichbar, da es in Ziegelheim keinen Notdienst gibt.

Was sie manchmal nerve, sei die Unsicherheit des Berufsstandes durch die Gesetzgebung und die Abhängigkeit von den Krankenkassen, denen jeglicher sozialer Gedanke fern läge. Diesbezüglich wünsche sie sich zeitweise eine bessere und schnellere Informationspolitik in Thüringen, besonders zu Abrechnungsfragen. Ärgern würde sie auch das Werbeverbot für Zahnärzte, das absolut überholt sei. Auf der einen Seite trage sie die volle Verantwortung für sich, ihr Personal, die Praxis und die Patienten, auf der anderen Seite sehe sie sich dadurch in ihren Möglichkeiten sehr eingeschränkt. Sicher werde es da Änderungen geben.

Besonders wichtig ist für Nicole Borawski die ständige Qualifizierung in ihrem Beruf. So nutzt sie die Wochenenden nicht nur für Fortbildungsangebote in Thüringen, sondern auch in angrenzenden Regionen, besonders Sachsen. Als selbstverständlich betrachtet sie auch ihre gruppenprophylaktische Betreuung als Patenschaftszahnärztin in einem Kindergarten.

So bleibt ihr nur wenig Zeit für ihre Hobbies, von denen sie besonders Sport im Allgemeinen und im Besonderen das Skifahren erwähnt.

Wenn sie einen Wunsch für die Zukunft haben dürfte: Dass es mit der Praxis und im Privatleben weiter so gut laufe wie bisher.

Text u. Foto: Meinel

Amalgamersatz nicht ohne Schutz

Eine kürzlich abgeschlossene Studie des weltweit anerkannten Medical Department der University of Chicago bestätigt die Vermutung, dass der Ersatz von Amalgam-Zahnfüllungen mit Risiken für Patient wie auch den behandelnden Zahnarzt verbunden ist. Beim Ausbohren von Amalgamfüllungen können unmittelbar am Kontaktpunkt zwischen dem Amalgam (Quecksilberverbindung) und dem Diamanten (Kohlenstoff) des Bohrers extrem hohe Temperaturen auftreten. Die Regionen, in denen diese Temperaturen kurzzeitig entstehen, sind auf wenige Kubikmikrometer begrenzt, erreichen jedoch Werte, bei denen Quecksilber gespalten werden kann, also eine mikroskopische Kernspaltung stattfindet. Diese Kernreaktion, die prinzipiell der Kernspaltung in einem Kernreaktor entspricht, erstreckt sich über nur wenige Atomlagen, nichtsdestotrotz ist die dabei entstehende Belastung durch kurzweilige radioaktive Strahlung durchaus meßbar.

Prof. Elizabeth Jones, welche die Untersuchungen in Chicago leitet, präsentierte ihre Resultate zuerst im Dezember letzten Jahres auf einem internationalen zahnärztlichen Kongress in Urbana. Seitdem wird ihre Ansicht von einer zunehmenden Anzahl von Fachleuten geteilt. Obwohl das Auftreten von radioaktiver Strahlung bei der Bearbeitung von Quecksilberverbindungen mit Diamantwerkzeugen schon seit einigen Jahren bekannt ist, konnte erst jetzt zweifelsfrei

nachgewiesen werden, dass die von Zahnärzten empfangene Dosis weit über den Grenzwerten liegen kann, die von den Arbeitsschutzbehörden als unbedenklich eingestuft worden ist. Die Tatsache, dass in Chicago 1997-99 bei neunzehn Zahnärzten, die sich auf den Ersatz von Amalgam durch andere Füllstoffe spezialisiert haben, Krebs diagnostiziert worden ist, wollte Prof. Jones jedoch nicht unmittelbar auf die Emission radioaktiver Strahlung durch Amalgam zurückführen. Um diesen direkten Zusammenhang zu bestätigen, müssten weitere statistische Auswertungen abgewartet werden. Ein unmittelbarer Zusammenhang sei jedoch auch nicht auszuschließen.

Dr. Thorsten Pöschel, Physiker an der Humboldt-Universität zu Berlin und Experte für Mikro-Kernreaktionen, kommentiert: „Die Untersuchungen aus Chicago belegen eine Hypothese, die von Fachleuten seit etwa drei Jahren vertreten worden ist, jedoch häufig als „theoretische Spinnerei“ abgetan wurde. Die Strahlung ist zweifelsfrei messbar und kann, ähnlich der Röntgenstrahlung, Schäden verursachen. Der Schutz gegen diese Strahlung ist ebenso einfach wie wirkungsvoll möglich: Bei zerspannenden Arbeiten an Amalgamfüllungen sollte sich der Arzt grundsätzlich mit einer normalen Röntgenschürze schützen.“ Nach Einschätzung von Pöschel seien die Gefahren für Helferinnen und Patienten weniger gegeben, da sie entweder weiter entfernt vom Ursprung der ionisierenden Strahlung seien, oder die Dauer der Belastung nur sehr kurz sei. Für Zahnärzte, die tagtäglich dieser Strahlung ausgesetzt sind, könne jedoch durchaus eine reale Gefahr bestehen.

Die Vereinigung Israelische Zahnärzte IUD reagierte sofort und empfahl ihren Mitglie-

dern, beim Bearbeiten von Amalgamfüllungen einen Schutzhalm ähnlich einer Röntgenschürze zu tragen. Die britische Versicherung United Dentist's Insurance erarbeitet gegenwärtig eine Änderung der Versicherungsbedingungen für Zahnärzte, nach der Erkrankungen ihrer Mitglieder aufgrund radioaktiver Verstrahlung nicht versichert sind, wenn nachgewiesen werden kann, dass Amalgam ohne zusätzliche Sicherheitsvorkehrungen bearbeitet worden ist.

Das deutsche Gesundheitsministerium wollte zu diesem Thema keine Stellung beziehen, jedoch wurde bekannt, dass auch in Deutschland über die Verschärfung der Arbeitsschutzvorkehrungen für Zahnärzte nachgedacht wird. Zwei diesbezügliche Studien sollen an Universitätskliniken in Auftrag gegeben worden sein.

Dr. Brodersen, Leiter der Zahnärztlichen Röntgenstelle, sieht einen direkten Zusammenhang zwischen den Forschungsergebnissen und der Qualität von intraoralen Röntgenaufnahmen: werden Röntgenaufnahmen direkt nach dem Entfernen der Amalgamfüllung angefertigt, führt die diffuse Reststrahlung zu Kontrastminderungen und einem Anstieg der optischen Dichte. Im extremsten Fall sind die Aufnahmen nicht mehr auswertbar. Dr. Brodersen empfiehlt, nach dem Entfernen der Amalgamfüllungen und einer Röntgenaufnahme eine Halbwertszeit von mindestens 15 min. einzuhalten.

Die Landeszahnärztekammer Thüringen hat für ihre Mitglieder ein Informationspaket zusammengestellt, das bei der Pressestelle der LZKTh schriftlich oder per E-Mail abgerufen werden kann: Pressestelle der LZKTh, Christina Hentschel, 0361-74 32 123

Jugendsofortprogramm verlängert

Das „Sofortprogramm für 100.000 Jugendliche“ wurde im Jahre 1999 eingeführt. Trotz einiger Kritik an dem Programm von verschiedenen Seiten der Wirtschaft sei die verbesserte Lage auf dem Ausbildungsmarkt nach Ansicht der Bundesregierung und der Bundesanstalt für Arbeit (BA) zum Großteil auf das Sofortprogramm zurückzuführen. Daher hat die Bundesregierung im Rahmen des Haushaltsentwurfs 2000 beschlossen, das Sofortprogramm zum Abbau der Jugendarbeitslosigkeit, JUMP, um ein Jahr zu verlängern. Umgesetzt wird das Programm nach wie vor in erster Linie von Einrichtungen und Organisationen, die im Bereich der Aus- und Weiterbildung, also v. a. Arbeitsämter, tätig sind.

Um die Maßnahmen noch zielgenauer und effizienter auszugestalten und die Mittel, die sich im laufenden Jahr auf 2 Milliarden DM plus 200 Mio. DM aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) belaufen, gezielter einzusetzen, wurden die bisher gemachten Erfahrungen der Arbeitsämter ausgewertet. Auch die Begleitforschung durch das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) hat erste verwertbare Zwischenergebnisse gebracht.

Auf dieser Grundlage sind die Richtlinien in einigen Punkten verändert worden. Die Richtlinien können angefordert werden in der BFB-Geschäftsstelle unter Tel.: 030/28

44 44 32 oder im Internet unter www.sofortprogramm.de/Informationen.

Die verschiedenen Förderinstrumente im Rahmen von JUMP können von allen Wirtschaftsbereichen in Anspruch genommen werden. Angesprochen von JUMP sind v. a. arbeitslose Jugendliche sowie Bildungseinrichtungen und Arbeitgeber, die Praktikums-, Ausbildungs- oder ABM-Stellen anbieten. Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an das ortsansässige Arbeitsamt (Hotline: 08000 100 001 oder www.sofortprogramm.de).

Info Bundesverband der Freien Berufe (BfB)

Dr. Klaus Zöller und Bundesvorstand wieder gewählt

Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden e. V. tagte



Haben Sie darauf nicht
schon lange gewartet?

Zugegeben: CD-Wechsler gibt es wirklich unzählige. Doch **BeoSound 9000** ist einfach anders.

Legen Sie Ihre 6 Lieblings-CDs nebeneinander ein, oder die sechs neuesten. Oder sechs, die bestens nebeneinander aussehen. Gestalten Sie Ihr eigenes Programm – oder lassen Sie sich vom integrierten RDS-Radio verwöhnen.

BANG & OLUFSEN 

Bang & Olufsen, Media Mobil
Marktstraße 19, 99084 Erfurt, Tel. (03 61) 6 43 16 47
Gera Arcaden, 07545 Gera, Telefon (03 65) 8 00 95 80

Grund zur Freude über das klare Votum der außerordentlichen Mitgliederversammlung des Berufsverbandes der Deutschen Kieferorthopäden am 22. Januar 2000 in Berlin: Der neu gewählte Bundesvorstand wird in fast unverändertem „Gruppenbild mit Dame“ seine Arbeit fortsetzen:



Von links nach rechts: Dres. Claus Durlack (Bayern), Klaus Zöller (Osnabrück, 1. Bundesvorsitzender), Wolfgang Schulz (Baden-Württemberg), Annemarie Stolze (Sachsen-Anhalt), Eugen Dawirs (Bremen, 2. Bundesvorsitzender), Nils Borchers (Schleswig-Holstein) und Werner Schupp (Nordrhein)

Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden repräsentiert mehr als 80 % aller in der Bundesrepublik niedergelassenen Fachzahnärzte für Kieferorthopädie. Während der Mitgliederversammlung in Berlin demonstrierten sie nicht nur totale Übereinstimmung bei der Wiederwahl ihres Bundesvorstandes, sondern auch eine absolute Einigkeit innerhalb ihres Berufsverbandes. Besonders deutlich wurde das bei der Verabschiedung eines vom BDK-Bundesvorstand eingebrachten Leitantes, der die zukünftige Politik und die Ziele des BDK beinhaltet:

1. Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden e. V. - BDK - lehnt jede Form der Rationierung von Gesundheitsleistungen ab. Die Kieferorthopädie ist die Behandlung von Zahn- und Kieferfehlstellungen und ist Prävention vor Karies und Parodontopathien sowie ihren typischen Folgeerscheinungen im stomatognathen System. Zusätzlich hat die kieferorthopädische Behandlung eine unübersehbare ästhetische Wirkung.

Jede Budgetierung wirkt sich leistungshemmend und qualitätsfeindlich aus. Sie ist daher für den BDK nicht akzeptabel.

2. Der Sicherstellungsauftrag innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung ist mit begrenzten Mitteln für den Fachbereich Kieferorthopädie zukünftig nicht mehr zu erfüllen. Das gilt sowohl im Hinblick auf den Umfang als auch auf die Qualität der bisher erbrachten Leistungen.

3. Die Mitglieder des BDK lehnen es ab, Versicherten der Gesetzlichen Krankenkassen auf Grund von Budgetierungen notwendige Behandlungen vorenthalten zu müssen. Die BDK-Mitglieder lehnen es ebenso ab, für diese Patienten die hohe Qualität der Kieferorthopädie in Deutschland einschränken zu müssen.

4. Bevor Budgetierungen sie zwingen, Patienten notwendige kieferorthopädische Leistungen vorzuenthalten oder die bisherige Qualität ihrer Leistungen einzuschränken, werden die Mitglieder des BDK schrittweise das System der Gesetzlichen Krankenversicherungen verlassen müssen.

5. Wird die Budgetierung innerhalb der GKV beibehalten, kann sowohl die notwendige Behandlung der gesetzlich krankenversicherten Patienten als auch die Qualität der kieferorthopädischen Leistungen nur durch neue Versorgungsformen gewährleistet werden.

6. Der BDK wird die notwendige kieferorthopädische Versorgung der Bevölkerung im Rahmen von neuen Behandlungsformen unverzüglich vorbereiten.

Info BDK

Excite®

sehr hohe Haftkraft 34 MPa*

extrem feine
Füller



schnell und einfach

eine Flasche – eine Schicht

Acetonfrei
(Lösungsmittel Alkohol)

Excite® . Der Ein-Schicht-Bonder für Komposit

*34 MPa, Prof. E. S. Duke, Indiana School of Dentistry (1999)

Vivadent Dental GmbH
Postfach 11 52
73471 Ellwangen / Jagst-Neuheim
Tel. (07961) / 889-0, Fax (07961) / 54217
e-mail: info@vivadent.de
http://www.vivadent.de

 **VIVADENT** 

Black and White für Hülle and Fülle.

Mirafit

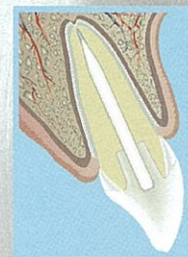
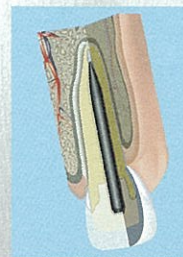
Mirafit White: Glasfaser



Mirafit Carbon: Karbonfaser



- Entscheidene Grundlage für einen homogenen Stumpfaufbau
- Starker, dauerhafter Verbund zwischen Stift, Zahnschmelze, Stumpfaufbau, Zement
- Neuartig verflochtene Faserstruktur
- Gewindefreie Stifte für zahnschmelze-schonende Präparation
- Biokompatibel, keine Korrosionsgefahr
- Mit dem Bohrer einfach zu entfernen



**HÄGER
WERKEN**

Dentalprodukte weltweit
Dental Products Worldwide

Postfach 100654 · D-47006 Duisburg

Weitere Infos? Katalog?
Bestellung?

Tel. 02 03/9 92 69-0

Fax 02 03/29 92 83

E-Mail: info@hagerwerken.de

Piercing im Mund

Über Geschmack lässt sich bekanntlich sehr gut und kontrovers streiten.

Wenn allerdings Patienten mit Wünschen an den Zahnarzt herantreten, bei denen das medizinische Gewissen Alarm schlägt oder schlagen sollte, dann kann ein Problemfall entstehen.

Praktik der Naturvölker - Modetrend heute

Das Piercing stellt eine Modeerscheinung der 90er Jahre dar, bei uns in Deutschland wohl verstärkt in den letzten fünf Jahren zu beobachten, die sich bei Jugendlichen großer Beliebtheit erfreut.

Das Piercing als solches ist ein seit Jahrhunderten bei Naturvölkern noch heute verbreitetes Procedure, welches seinen Ursprung in religiösen Wurzeln hat.

In Mode kam Piercing in den 80er Jahren in Großbritannien mit der Punkbewegung. Die mit Sicherheitsnadeln durchstochenen Ohren und Wangen sollten Provokation und Ausdruck der Opposition gegen bestehende gesellschaftliche Verhältnisse sein.

Das Durchstechen der Zunge, Lippen und Wangenbändchen bei immer mehr Jugendlichen sollte die Zahnärzteschaft schon sensibilisieren und die Aufklärung über mögliche Folgen verstärkt durchführen.

Welche Probleme bestehen

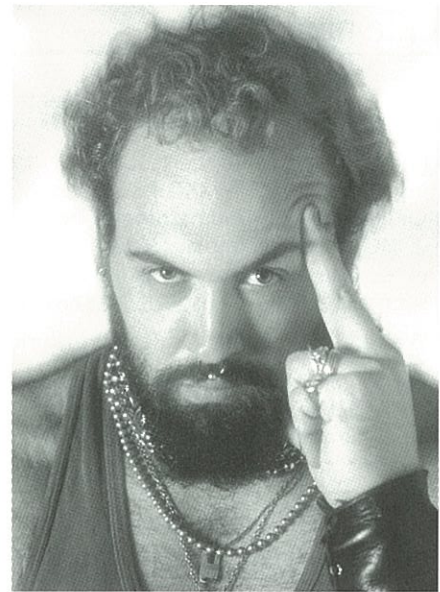
Es gibt eine Reihe von Problemen im Zusammenhang mit Piercing, die in der täglichen Praxis auftreten können.

Sicherlich sind die lokalen Komplikationen von systemischen Erkrankungen zu unterscheiden.

Die Zunge und Lippen sind einer hohen Infektionsgefahr ausgesetzt. So kann es lokal begrenzt zu Hämatomen, Nachblutungen und Schwellungszuständen der Zunge kommen. Aus systemischer Sicht bedeutsam sind virale Infektionen (HBV). Lokale Schäden können erst nach einer längeren Zeitspanne manifest werden. Durch das gegen die Zähne Schlagen des Piercingkörpers können Schmelzabrasionen und Schmelz-Dentinfrastrukturen entstehen, die Eingangspforten für einen Kariesdefekt sind. Besonders Weichteile reagieren empfindlich auf das Piercing durch den Verlust keratinisierter Gingiva und ausgedehnter Rezessionen.

Verhalten in der Praxis

Man sollte seine Patienten auf die Gefahren des Piercings hinweisen und die Entfernung empfehlen. Bei einer Verweigerung durch den Patienten ist eine genaue Mundhygieneinstruktion durchzuführen und aus forensischer Sicht eine exakte Dokumentation in den Patientenunterlagen vorzunehmen.



Resümee

Zahnärzte sollten in der Lage sein, Ursachen und Wirkungen piercing-verursachter Komplikationen im Mund zu erkennen und diese dem Patienten zu erklären. Außerdem ist man gut beraten, die durchgeführte Aufklärung und die eventuell schon eingetretenen Symptome zu dokumentieren.

Vor einer aktiven Mitwirkung der Zahnärzte beim Piercing kann nur gewarnt werden.

Dr. K.-H. Müller, Rudolstadt

Bohrer bald unnötig?

Schlagzeilen machte in der letzten Zeit der Jenaer Lasersystem-Hersteller Asclepion-Meditec, dessen Anteile die Jenoptik vor einem Jahr zu 100 % übernahm, nicht nur mit seinem Börsengang zum 22. März.

Zahn- und augenmedizinische Anwendungen sowie Methoden schonender kosmetischer Behandlungen sind die Wachstumsfelder, in denen sich Asclepion in den vergangenen 20 Jahren immer wieder mit Weltneuheiten positioniert hat.

Nun soll eine weitere Neuheit dazukommen: ein schmerzfreies Verfahren zur substanzerhaltenden Umwandlung von kariösem Zahnmaterial in „beißfeste“ Zahnschicht - mittels einer photoreaktiven Substanz, die mit Laserlicht bestrahlt wird.

Die Markteinführung ist für das Jahr 2001 geplant.

red.

Mein Zahnarzt ist Spitze!“

München (ots) - In der „Studie zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen“ aus dem neuesten Bundesgesundheitsurvey 1998 des Robert-Koch-Instituts (RKI) in Berlin erhalten die Zahnärzte das höchste Prädikat aller medizinischen Fachärzte.

Die Leistungen der Zahnärzte wurden im Vergleich mit allen anderen Facharztgruppen am häufigsten in Anspruch genommen (75 % der männlichen Bevölkerung, 78 % der weiblichen Bevölkerung). Gleichzeitig liegt aber auch der Zufriedenheitsgrad der zahnärztlichen Patienten an der Spitze: 96 % aller Männer äußerten sich zufrieden mit ihrem Zahnarzt (gefolgt von Augenärzten, Urologen, Praktischen Ärzten und Internisten). Bei den Patientinnen rangieren die Frauenärzte an der Spitze (94,5 % Zufriedenheit), dicht gefolgt von 94 % aller Patientinnen, die mit ihrem Zahnarzt zufrieden sind (gefolgt von Augenärzten, Röntgenologen, Praktischen Ärzten und Internisten).

Die Bewertung bezog sich jeweils auf die vergangenen 12 Monate des Bundesgesundheitsurveys.

„Die großen Anstrengungen der Zahnärzteschaft um eine gute Mundhygiene, die Maßnahmen zur Individualprophylaxe und die Anwendung modernster Behandlungsverfahren erhalten durch diesen hohen Zufriedenheitsgrad ihre öffentliche Anerkennung“, so Dr. Janusz Rat, Vorstandsmitglied der Bayerischen Landes Zahnärztekammer. „Wir Zahnärzte wollen Gesundheitspartner unserer Patienten sein. Dies wird von der Bevölkerung geschätzt, die in uns und unsere Leistungen ein hohes Vertrauen setzt“.

Die Bayerische Landes Zahnärztekammer appelliert an die Gesundheitspolitiker, die Umsetzung des Fortschritts der Zahnheilkunde zum Nutzen der Bevölkerung zu unterstützen und nicht durch falsch verstandene „Spar“-Maßnahmen zu gefährden. „Diese hohe Bewertung ist für uns Zahnärzte eine Bestätigung, uns weiterhin für den hohen Standard der Zahnheilkunde in Deutschland einzusetzen und keinesfalls zuzulassen, dass die Therapiefreiheit und das freie Arzt-Patienten-Verhältnis eingeschränkt wird“, so Dr. Rat.

Weiterbildungsass. Oralchir., 3 J. Fachweiterbildung

(incl. klin. Jahr) absolviert, 30 J., Ex. '96, Diss. vor Abschluß, insgesamt 4 J. BE in MKG-Praxis und Klinik mit umfassendem OP-Katalog i. d. Traumatologie (incl. Osteosynthese des UK u. MG), KH-Chir., Implantologie (ITI), Laserchir. (CO₂), sept. u. extraoralen Chir., sowie soliden Kenntnissen d. allg. ZHK sucht für letztes fachspezif. Jahr aus fam. Gründen

Weiterbildungsstelle Oralchir. in Thüringen

Weitergehende Zus.arbeit (Angestelltenverh., Sozietät) nach Facharztprüfung in 2001 wird angestrebt.
Telef. Kontakt unter 0171/8293545 (ab 19 Uhr)

ZAHNARZTPRAXIS

in Industriestadt Nordrhein-Westfalen - alteingesessen und gepflegt - zu günstigen Konditionen abzugeben.
Tel. 0173/3815697 (Mailbox)

Suche Stelle als Vorb.-Ass. in Thüringen

ab 5/2000, 25 J., Ex. 10/99 Leipzig, z. Z. Promotionsstud.
Tel. 0341/6893578

In Kaltennordheim/Rhön

würden wir uns über **einen Kieferorthopäden** freuen. Wir bieten 120 m² renovierte, zentral gelegene Geschäftsräume sowie eine Singlewohnung 50 m² im selben Haus günstig an.

Chiffre: tzb 0021

Sehr günstiger Verkauf

meines kompletten zahnmed. Arbeitsplatzes, einschließlich vollst. Rö-Anlage.

Dr. Liselotte Fadel
Auf den Steinen 28, 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
Tel. 02641/36238

Frühjahrsfortbildungsveranstaltung 2000 der Landes Zahnärztekammer Hessen

13. Mai 2000,
Stadthalle Kassel

Thema:
Knochenersatz -
Fakten und Fiktionen

Nähere Auskünfte:
Landeszahnärztekammer
Hessen,
Außenstelle Kassel,
Mauerstraße 13,
34117 Kassel,
Tel.: 0561/7098611

Reparatur-Express-Service ...für Praxis und Labor

Handstücke, Turbinen, Winkelstücke, Micromotore etc. sämtl. Hersteller

LOGO-DENT
Markgrafenstr.1 · 79268 Bötzingen
Telefon 0 76 63/ 30 94 · Fax 52 02

Mittlere Zahnarztpraxis in Ostthüringen (gesperrter Bereich) wegen Ortswechsel abzugeben!

2 Behandlungszimmer; ausbaufähiges Spektrum in den Bereichen: Kfo, ZE,

Unterstützung und Hilfe bei Finanzierung und Wohnraumsuche

Anfragen: Wirtschafts-Beratung der Deutschen-Ärzte-Versicherung Regionalbüro Saalfeld
Tel. 03671/53 12 18 od. 53 12 19

Junge Zahnärztin (z. Z. Promo)

sucht ab sofort im Raum Erfurt – Jena – Delitzsch Teilzeitstelle als Vorbereitungsassistentin. Tel. 0177/2316698

Biete Vollzeitstelle

ab Mai 2000 für engagierte Vorbereitungsassistenten, möglichst mit Berufserfahrung.

Chiffre: tzb 0022

Engagierte Zahnärztin, 26 J. / 2 J. BE, z. Z. Promotion,

sucht ab sofort Stelle als ZÄ (Job-Sharing?) in: Altenburg, Weimar, Erfurt, Jena, Gera oder Rudolstadt.
Telefon 0171/8849258

Zahnarzt

übernimmt nach Auslandseinsatz Praxisvertretungen / Notdienste. Telefon 036202/81015


Ihr Speziallabor für Keramik, Kombinationstechnik und Kieferorthopädie

AVANTGARDE
Dentatechnik GmbH & Co KG
Zahn technischer Meisterbetrieb

ästhetische Keramik • Vollkeramik • Inlay - Technik • Frästechnik • Teleskoptechnik • Implantat - Technik • Modellgußtechnik • Kieferorthopädie • Galvano - Technik •

wir sorgen für ein natürliches Lächeln

AVANTGARDE
Tel.: (03 41) 6 88 59 70
Fax: (03 41) 6 88 13 58
ISDN: (03 41) 6 96 40-0
Lilienstraße 2, 04315 Leipzig



Es gibt Leute, die haben mehr
unterschiedliche Materialien im
Mund als in der **Mülltonne.**

Muss doch nicht sein. Grundsatz Nr. 2 des
neuen GoldenGate System: Werkstoffreduktion.
Fragen Sie uns. 0130/73 50 00.

GOLDEN
G A T E
SYSTEM



Degussa Dental

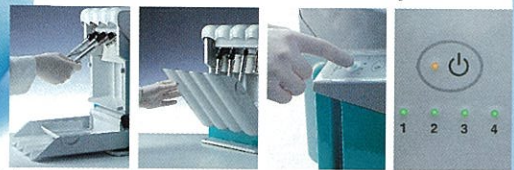
- Turbinen
- minimalinvasives Spitzensystem
- MULTiflex-Kupplungssystem
- Hand- und Winkelstücke
- Prophylaxe-Instrumente
- Motoren
- Systemlösungen
- Pflegesysteme
- Pflegemittel**
- Behandlungseinheiten
- Leuchten
- Arbeitsstühle
- Laser
- Multimedia
- Praxismöbel
- Labor-einrichtungen
- Laborantriebe
- Laborgeräte
- Absaugsysteme



KaVo QUATTROcare
made by kavo

Rück-
kaufaktion
Reinigungs-
geräte

Wussten Sie, dass mehr als 50% aller Instrumentenausfälle auf ungenügende Innenreinigung zurückzuführen sind! KaVo QUATTROcare® macht Schluß damit!



So einfach ist das:
Instrumente aufstecken... ...Klappe zu... ...Start drücken... ...und fertig.

KaVo QUATTROcare®

made by kavo

Jetzt sparen Sie **300,- DM** und viel Ärger.

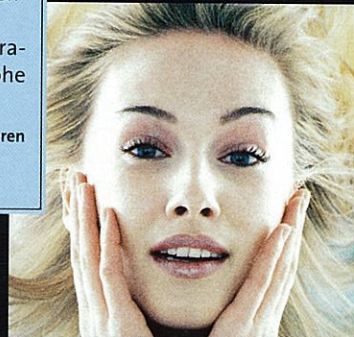
Sie sparen 300,- DM*: bei Rückgabe Ihres alten Pflegegerätes und Anschaffung eines KaVo QUATTROcare®. QUATTROcare® reinigt und pflegt vier Instrumente gleichzeitig. Vollautomatisch. Blitzschnell.

Sie gewinnen: Maximale Wirtschaftlichkeit durch punktgenaue Innenreinigung und Schmierung.

Ihre Sicherheit: Weniger Reparaturen. Längere Lebensdauer. Hohe Werterhaltung.

Fragen Sie Ihren Fachhändler nach weiteren Informationen. Er berät Sie gern.

*Ab sofort bis zum 30. Juni 2000.



FÜR ZAHNÄRZTE, DIE DAS BESTE MACHEN.

Rechtsfragen des Zahnarzt-Patienten - Verhältnisses (Teil VII)

Zahnärztliche Kooperationsformen

Von Mandy Schwerin (wissenschaftliche Mitarbeiterin,
Lehrstuhl Prof. Dr. jur. Andreas Spickhoff, FSU Jena)

Nach § 1 Abs. 1 der Muster-Bundesärztereordnung (BÄO in der Fassung von 1997), dem auch § 1 Abs. 1 der Berufsordnung für Thüringer Zahnärzte (im folgenden BO abgekürzt) entspricht, dient der Arzt der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Allgemeinheit. Auf dieser Grundlage basiert die Charakterisierung des ärztlichen Berufs als freien Beruf (§ 1 Abs. 1 BÄO bzw. § 1 Abs. 1 S. 2 BO), der gekennzeichnet ist durch verantwortliche Entscheidungs- und Weisungsfreiheit sowohl in fachlicher als auch in wirtschaftlicher Hinsicht. Dieser Grundsatz führte in der Vergangenheit dazu, dass eine Zusammenarbeit von Ärzten bei ambulanten Behandlungen nach § 18 BOÄ a.F. nicht gestattet war, weil man dadurch das „Fundament des deutschen Arztiums“ gefährdet sah (Kreienberg, Ärztliche Mitteilungen 1962, 1548, 1558). Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit beschränkte sich demnach auf Einzelpraxen.

In den letzten Jahrzehnten hat sich jedoch aufgrund wirtschaftlicher Aspekte durch immer teurer werdende Praxiseinrichtungen, den Drang zu notwendiger Spezialisierung und rein praktischer Aspekte durch Erleichterung bei der Einteilung der Arbeitszeit, Möglichkeit gegenseitiger Vertretung in der ambulanten Patientenversorgung zunehmend das Bedürfnis freiberuflich tätiger Ärzte herausgestellt, ärztliche Behandlungen nicht nur in Einzelpraxen, sondern in Kooperation mit anderen Arztkollegen durchzuführen. Im folgenden Beitrag sollen die praktisch wichtigsten Kooperationsformen ärztlicher Tätigkeit im Überblick dargestellt und auf die Probleme im Hinblick auf ihre rechtliche Zulässigkeit eingegangen werden.

I. Grundtypen

Als Grundtypen zahnärztlicher Kooperation - wie auch in § 15 BO aufgeführt - gelten die Gemeinschaftspraxis und die Praxismgemeinschaft, die auch unter dem Oberbegriff der Gruppenpraxis zusammengefasst werden. Der Unterschied zwischen beiden liegt in der Intensität des beruflichen Zusammenwirkens.

Alle Formen der Zusammenarbeit müssen der Landes Zahnärztekammer Thüringens angezeigt werden. Die Verträge sind immer vor ihrem rechtsverbindlichen Abschluss zur berufsrechtlichen Prüfung vorzulegen (§ 15 Abs. 6 BO)

1. Die Gemeinschaftspraxis

a) Begriff

Als engste Verbindung unter den Grundtypen ärztlicher Kooperation gilt der Zusammenschluss mehrerer Ärzte gleicher Fachrichtung zu einer Gemeinschaftspraxis. Diese Praxis ist durch die gemeinsame Ausübung ärztlicher Tätigkeit in gemeinsamen Räumen mit gemeinsamer Praxiseinrichtung, gemeinsamer Karteiführung und Abrechnung sowie mit gemeinsam angestelltem Personal auf gemeinsame Rechnung unter gemeinsamem Namen gekennzeichnet.

Der Behandlungsvertrag mit einem Patienten kommt mit allen Zahnärzten der Praxis zustande. Die Gemeinschaftspraxis hat daher keine getrennten Patientenstämme für jeden Zahnarzt, sondern einen gemeinsamen Patientenstamm. Die ärztlichen Leistungen sind austauschbar. Der Patient kann daher von jedem Zahnarzt der Praxis die Behandlung verlangen. Man könnte auch weitergehend sagen, dass der Patient angesichts der Austauschbarkeit der Leistungen andererseits keinen Anspruch auf die Behandlung durch einen bestimm-

ten Zahnarzt hat. Dies ist jedoch vor dem Hintergrund des garantierten Rechts des Patienten auf freie Arztwahl nicht haltbar (vgl. § 15 Abs. 5 BO). Jeder Patient kann mithin verlangen, nur durch einen bestimmten Zahnarzt behandelt zu werden. Wenn er jedoch einen derartigen Willen nicht äußert, so kann davon ausgegangen werden, dass er mit einer Behandlung durch jeden Zahnarzt der Praxis einverstanden ist.

b) Gleiches Fachgebiet

Die Bildung einer Gemeinschaftspraxis kann nur durch Ärzte des gleichen oder zumindest ähnlichen Fachgebiets erfolgen. Den Grund dafür bildet die schon oben erwähnte Austauschbarkeit der Leistungen. Für diese ist aber notwendige Voraussetzung, dass die zusammenarbeitenden Ärzte auf demselben Fachgebiet die erforderlichen ärztlichen Qualifikationen haben. Was noch zu einem ähnlichen Fachgebiet zählt, ist im einzelnen noch nicht geklärt. Dies muss im Einzelfall entschieden werden.

Ärzte mit verschiedenen Fachgebieten können sich deshalb grundsätzlich nicht in der Form einer Gemeinschaftspraxis zusammenschließen. In Ausnahmefällen sind nach einem Urteil des Bundessozialgerichts vom 22.4.1983 [BSGE 55, 97] fachübergreifende Gemeinschaftspraxen dann möglich, wenn jeder beteiligte Arzt seine Fachbereichsgrenzen einhält und dem Patienten das Recht auf freie Arztwahl erhalten bleibt; darüber hinaus muss eine Wirtschaftlichkeitsprüfung bei den Kassenpraxen gewährleistet sein, um die Einhaltung des Grundsatzes der Kassenwirtschaftlichkeit zu überwachen.

c) Rechtsform

Die Gemeinschaftspraxis wurde in der Vergangenheit in der Regel (vgl. § 15

Abs. 1 b) BO) als Berufsausübungsgemeinschaft von Zahnärzten in der Rechtsform der Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR oder BGB - Gesellschaft, §§ 705 ff BGB) betrieben. Da die ärztliche Tätigkeit als freiberufliche und nichtgewerbliche Tätigkeit charakterisiert wird, ist der Betrieb einer Gemeinschaftspraxis in Form einer OHG oder KG nicht möglich (zu weiteren Möglichkeiten vgl. Ausführungen unter II.).

Durch den Gesellschaftsvertrag verpflichten sich die Zahnärzte gegenseitig, die Erreichung des gemeinsamen Zwecks - den Betrieb einer Zahnarztpraxis - zu fördern, insbesondere die vereinbarten Beiträge zu leisten (§ 705 BGB). Die Besonderheit besteht darin, dass der Gesellschaftsvertrag keiner Form bedarf. Er kann demnach auch mündlich abgeschlossen werden. Es empfiehlt sich jedoch - nach eingehender rechtlicher und wirtschaftlicher Beratung - exakte Regelungen über alle Fragen zu treffen, die bei der Zusammenarbeit auftreten können und dies schriftlich niederzulegen. Nur anhand dessen können spätere Streitigkeiten, z. B. im Zusammenhang mit der Auflösung der Praxis, verhindert werden. Geregelt werden sollten insbesondere Fragen der Geschäftsführung, der rechtsgeschäftlichen Vertretung der Gemeinschaftspraxis gegenüber Dritten, der Verteilung der Einnahmen und der Arbeitsverteilung. Zu empfehlen ist auch die genaue Festschreibung der Zuordnung der technischen und sonstigen Geräte zum Gesellschaftsvermögen bzw. zum Vermögen des einen oder anderen Partners. Zudem sind Vereinbarungen darüber notwendig, wie die Auseinandersetzung im Falle der Auflösung der Gemeinschaft zu regeln ist. Erleichterung bei der Formulierung der Regelungen bieten in diesem Zusammenhang Musterverträge (z. B. bei Narr, *Ärztliches Berufsrecht*, 2. Auflage, Stand: Jan. 1988, Rdnr. 1302; sehr ausführliches Vertragsmuster bei Rieger, *Verträge zwischen Ärzten in freier Praxis*, in: Heidelberg *Musterverträge*, H.1, 5. Auflage 1993)

Die Gesellschaft tritt zur gemeinsamen Berufsausübung nach außen im

Rechtsverkehr als Einheit auf. Grundsätzlich obliegt allen Gesellschaftern gemeinsam die Geschäftsführung und die Vertretung der Gesellschaft nach außen, soweit im Gesellschaftsvertrag nichts anderes geregelt ist. Sie bildet eine sog. Gesamthandsgemeinschaft, d.h. das Gesellschaftsvermögen gehört jedem, beschränkt durch den Anteil der anderen Gesellschafter. Bei einer Gemeinschaftspraxis haften die Partner gemeinsam auf Erfüllung des Vertrages und auch für die aus der ärztlichen Tätigkeit entstehenden Schadensersatzansprüche, die z. B. aus der fehlerhaften Behandlung eines Patienten durch einen Gesellschafter entstanden sind. Jedoch kann das Risiko letztgenannter Schadensersatzansprüche durch eine Berufshaftpflichtversicherung weitgehend abgedeckt werden.

2. Praxisgemeinschaft

a) Begriff

Praxisgemeinschaften sind Zusammenschlüsse von Zahnärzten zwecks gemeinsamer Nutzung z. B. von Praxisräumen, Praxiseinrichtungen, gemeinsamer Inanspruchnahme von Personal usw. Im Gegensatz zur Gemeinschaftspraxis ist die Verbindung der Partner bei der Praxisgemeinschaft also wesentlich lockerer, da sich die Kooperation weitgehend auf die äußeren Voraussetzungen der Zahnarztpraxis, d.h. auf die gemeinsame Nutzung sächlicher und/oder personeller Mittel der Berufsausübung, beschränkt (Organisationsgemeinschaft gemäß § 15 Abs.1 a) BO). Die Tätigkeit der einzelnen Zahnärzte erfolgt im übrigen völlig selbständig, d.h. den Behandlungsvertrag schließt der Patient nur mit dem jeweiligen Zahnarzt ab. Jeder Zahnarzt hat also seinen eigenen Patientenstamm. Eine Vertretung des Zahnarztes durch einen Partner ist demnach nur in dem Umfang zulässig, wie in anderen Einzelpraxen auch. Eine Praxisgemeinschaft kann man mithin definieren als eine Gesamtheit der sächlichen und/oder persönlichen Mittel, mit denen ein freiberuflich tätiger Arzt seinen Beruf ausübt (so Ehmann, *MedR* 1994, 141, 144).

b) Sonderformen

Als Sonderformen der Praxisgemeinschaft sind insbesondere die Apparategemeinschaft und die Laborgemeinschaft zu nennen, wobei insbesondere letztere für die zahnärztliche Behandlung eine erhebliche praktische Rolle spielt. Mehr als die Hälfte des Umsatzes einer typischen Zahnarztpraxis entfällt auf die Zahnprothetik. Im Jahre 1995 entfielen vom Umsatz des Zahnarztes durchschnittlich 31,4 % auf Material- und Laborkosten (KZBV, *Jahrbuch* 1996, TAB 5.6; Quelle nach Scheuffler, *MedR* 1998, 65). Die zahntechnischen Leistungen wurden vorwiegend durch gewerbliche Labors im Auftrag von Zahnärzten erbracht. Nicht zuletzt aufgrund deren Sorge vor wachsender Konkurrenz durch die Zahnärzte wurde in der Vergangenheit die Zulässigkeit zahnärztlicher Praxislabors angezweifelt. Damit verbunden war auch die Klärung der damit zusammenhängenden handwerks-, wettbewerbs- und steuerrechtlichen Probleme (dazu i.e. Scheuffler, *MedR* 1998, 65ff).

Die Rechtsprechung hat es grundsätzlich für zulässig erachtet, dass eine Zahnarztpraxis, sei es als Einzel- oder Gemeinschaftspraxis, ein Praxislabor betreibt, wenn es ausschließlich für die jeweilige Praxis tätig wird. Daneben stand die Beantwortung der Frage im Vordergrund, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen mehrere Zahnärzte, für die sich ein praxiseigenes Labor im Hinblick auf die damit verbundenen Kosten für Ausstattung und Zahntechniker nicht rentiert, gemeinsam ein Labor betreiben können. Diese Problematik bildete u.a. 1994 den Gegenstand eines Prozesses vor dem Landessozialgericht Schleswig-Holstein [AktZ: L 6 Ka 25/93]. Es ging um folgenden Fall: Mehrere selbständige Zahnärzte betrieben gemeinsam ein Praxislabor. Sie hatten jeder einen einzelnen Zahntechniker als Praxisangestellten beschäftigt. Durch Arbeitsanweisung seitens aller Zahnärzte erbrachte jeder Zahntechniker seine Leistungen nur für seinen jeweiligen Arbeitgeber. Das Gericht setzte die Tendenz der vorangegangenen Rechtsprechung fort und erklärte es für zulässig, wenn mehrere Zahnärzte ein Praxislabor als Laborgemeinschaft

betreiben. Dies gilt aber nur unter den von der Rechtsprechung entwickelten engen Grenzen (vgl. Urteil s. oben; ausführlich dazu Scheuffler, MedR 1998, 65, 67):

* In der Laborgemeinschaft darf kein Zahntechniker oder sonstiger Mitarbeiter beschäftigt werden, der selbstständig tätig ist; d.h. die Zahn-techniker müssen abhängig beschäftigt sein.

Kriterien, die für eine Selbstständigkeit sprechen:

* unabhängig von Weisungen

* tragen wirtschaftliches Risiko im erheblichen Maße

* Rechnungstellung an die Praxis u.a.

* Kein Zahntechniker darf eine Gesellschafterstellung haben.

c) Rechtsform

Auch für den Zusammenschluss zu einer Praxisgemeinschaft bietet sich die Rechtsform der BGB - Gesellschaft (§§ 705 ff BGB) an. Im Gegensatz zur Gemeinschaftspraxis ist die GbR lediglich Inhaber der sächlichen und/oder personellen Mittel, so dass sich diese Gesellschaft als reine Innengesellschaft darstellt, die nach außen lediglich in den Fällen von Rechtsgeschäften, die diese Mittel betreffen, als Gemeinschaft auftritt. Die zahnärztliche Tätigkeit erfolgt hier nicht für die Gesellschaft, sondern in Erfüllung des Behandlungsvertrages mit dem jeweiligen Patienten. Dies ist wichtig für die Frage der Haftung der Gesellschafter. Diese haften gemeinsam als Gesellschafter der GbR nämlich nur für diejenigen Rechtsgeschäfte, die sie in Verfolgung des Gesellschaftszwecks vornehmen. Eine Haftung für Behandlungsfehler eines anderen Zahnarztes scheidet bei einer Praxisgemeinschaft somit aus.

Bezüglich der Regelungen im Gesellschaftsvertrag kann - mit Einschränkungen hinsichtlich des unterschiedlichen Zwecks der Gesellschaft - auf die Ausführungen zur Gemeinschaftspraxis verwiesen werden.

II. Neue Tendenzen ärztlicher Kooperationsformen

1. Die ärztliche Partnerschaftsgesellschaft

Die Gemeinschaftspraxis, nicht hingegen die Praxisgemeinschaft, kann nicht nur in der Rechtsform einer BGB-Gesellschaft (§§ 705 ff BGB) betrieben werden. Seit dem 1.7.1995 besteht durch das „Gesetz über Partnerschaftsgesellschaften Angehöriger freier Berufe“ (abgekürzt: PartGG) zudem die Möglichkeit, diese Praxen in Form von sogenannten Partnerschaftsgesellschaften zu betreiben (vgl. auch § 15 Abs. 1 c) BO).

§ 1 Abs. 2 PartGG beschränkt den Anwendungsbereich dahingehend, dass Gesellschafter einer solchen Gesellschaft einerseits nur Angehörige Freier Berufe, also insbesondere Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Heilpraktiker usw. (so im Satz 2 beispielhaft aufgeführt), und andererseits nur natürliche Personen sein können. Die Partnerschaftsgesellschaft kommt durch einen schriftlichen Partnerschaftsvertrag (§ 3 PartGG) zustande. Zu beachten ist insbesondere, dass die Gesellschaft zur Eintragung in das Partnerschaftsregister anzumelden ist (§ 4 PartGG).

Der Patient schließt den Behandlungsvertrag mit der Gesellschaft. Für die Verbindlichkeiten der Gesellschaft haften neben ihrem Vermögen die Partner gemeinsam als Gesamtschuldner (§ 8 Abs. 1 S. 1 PartGG). Insoweit unterscheidet sich die Partnerschaftsgesellschaft, abgesehen von einem erhöhten formalen Aufwand, vor allem in ihren rechtlichen Auswirkungen nur marginal von der BGB-Gesellschaft.

Im Vordergrund des Interesses bei der Rechtsformwahl im Falle der Bildung einer Gemeinschaftspraxis steht demnach verständlicherweise die Frage nach den Vorteilen einer Partnerschaftsgesellschaft gegenüber der BGB-Gesellschaft.

Als Vorteil kann zum einen angeführt werden, dass auf die Partnerschaftsgesellschaft durch Verweisung in § 7 Abs. 2 PartGG der § 124 Handelsgesetzbuch (HGB) Anwendung findet. Die Partnerschaftsgesellschaft ist damit als „frei-

berufliche Variante“ der OHG konzipiert worden. Daraus ergibt sich gegenüber der BGB-Gesellschaft der Vorteil, dass die Gemeinschaft selbstständig und damit rechtsfähig wird, ohne dass sie eine juristische Person darstellt. Das bedeutet, dass die Partnerschaft unter ihrem Namen Rechte (z. B. auch das Eigentum an Grundstücken) erwerben und Verbindlichkeiten eingehen kann und vor Gericht klagen und verklagt werden kann.

Interessanter scheint demgegenüber die durch § 8 Abs. 2 PartGG eingeräumte Möglichkeit einer Haftungskonzentration auf den jeweils handelnden Partner zu sein, was einen Vorteil gegenüber der BGB-Gesellschaft darstellt. Nach § 8 Abs. 2 ist es möglich, das Risiko der Haftung für die nicht handelnden Partner zu beschränken.

Ein weiterer Vorteil gegenüber der Rechtsform der GbR besteht darin, dass sich bei der Partnerschaftsgesellschaft die niedergelassenen Zahnärzte mit selbstständig tätigen, zur eigenverantwortlichen Berufsausübung berechtigten Angehörigen anderer Berufe zu einer Partnerschaft zusammenschließen können. Die möglichen Berufspartner sind in § 15 Abs. 2 der BO abschließend aufgezählt. Zudem ist die Möglichkeit einer solchen Zusammenarbeit dahingehend begrenzt, als die Angehörigen der aufgezählten Berufsgruppen in ihrer Verbindung mit dem Zahnarzt einen gleichgerichteten oder integrierenden diagnostischen oder therapeutischen Zweck bei der Heilbehandlung von Menschen, auch auf dem Gebiet der Prävention und Rehabilitation durch räumliches und koordiniertes Zusammenwirken aller beteiligten Berufsausübenden erfüllen müssen.

2. Die Ärzte-GmbH

Über die Frage, ob eine GmbH ambulante (zahn)ärztliche Leistungen als eigene vertragliche Leistungen anbieten und durch angestellte Ärzte erbringen darf, obwohl sie selbst nicht über die Zulassung zum ärztlichen Beruf verfügt und diese auch nicht erhalten kann, ist eine intensive Diskussion ent-

brannt. In der BO wird diese Möglichkeit zahnärztlicher Kooperation nicht erwähnt.

In einer Entscheidung am 25.11.1993 [BGHZ 124, 224 = NJW 1994, 786 = MedR 1994, 152] hat der Bundesgerichtshof dies für grundsätzlich zulässig erklärt. In diesem Grundsatzurteil ging es um die Beurteilung der Zulässigkeit einer Zahnheilkunde-GmbH. Das Gericht hatte in letzter Instanz bestätigt, dass auch eine GmbH die Heilkunde im Sinne des Zahnheilkundengesetzes (§ 1 ZHG) „ausübe“, wenn sie Maßnahmen der Zahnheilkunde durch angestellte approbierte Zahnärzte erbringen lässt. Der Bundesgerichtshof bestätigte damit seine anlässlich der Beurteilung einer Heilpraktiker-GmbH aufgenommenen Rechtsprechung [BGH MedR 1992, 328], dass Ärzte-GmbHs grundsätzlich zulässig sind.

Die GmbH ist eine Kapitalgesellschaft, eine juristische Person des Privatrechts, die zu jedem gesetzlich zulässigen Zweck durch eine oder mehrere Personen errichtet werden kann und für deren Verbindlichkeiten den Gläubigern nur das Gesellschaftsvermögen haftet (§§ 1, 13 Abs. 2 GmbHG). Diese Strukturmerkmale scheinen prinzipiell mit dem Berufsbild des Arztes nicht vereinbar zu sein. Der Arzt ist nur Angestellter der GmbH als Rechtsperson. Dies widerspricht seiner notwendigen Entscheidungs- und Weisungsfreiheit. Eine Beschränkung der Haftung auf das Gesellschaftsvermögen läuft der Eigenverantwortung eines Freiberuflers entgegen. Zudem lässt sich die Struktur der GmbH als Kapitalgesellschaft, deren Handeln vordergründig auf Gewinnerzielung ausgerichtet ist, mit dem Ethos der ärztlichen Tätigkeit (vgl. § 1 BÄO) und standesrechtlichen Bindungen nicht vereinbaren.

Aus diesen Gründen stellte sich für das Gericht die Frage, ob es nicht einem gesetzlich oder gewohnheitsrechtlich fixierten Berufsbild widerspricht, wenn (zahn)ärztliche Behandlungen in einer primär erwerbswirtschaftlichen

Form angeboten werden. Zunächst musste daher das Berufsbild eines (Zahn)Arztes skizziert werden. Das Gericht ging davon aus, dass die berufliche Tätigkeit des niedergelassenen, frei praktizierenden Arztes oder Zahnarztes durch die eigene, durch Approbation ausgewiesene fachliche Kompetenz des Arztes, seine unmittelbare Verantwortung gegenüber dem Patienten sowohl im Bereich der eigentlichen Behandlungstätigkeit als auch im tatsächlichen und rechtlichen Umfeld dieser Behandlung sowie durch ein auf diesen Gegebenheiten beruhendes besonderes, unmittelbares und weit gespanntes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient geprägt ist. Diese durch Rechtsstradition und allgemeine gesellschaftliche Anschauungen gewachsenen Anforderungen rechtfertigen sich aus der Tatsache heraus, dass die ärztliche Berufsausübung dem Schutz der Volksgesundheit dient. Dieses Berufsbild liegt zwar den bisherigen gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen zugrunde, jedoch fehlt es an seiner Fixierung durch Gesetz (die BOÄ ist keine gesetzliche Regelung in dem Sinne) oder durch Gewohnheitsrecht. Es fehlt daher bislang an einem gesetzlich oder gewohnheitsrechtlich fixierten Berufsbild, dem ärztliche Behandlungen in der Form einer GmbH widersprechen könnten. Zudem spricht für eine Zulässigkeit von Ärzte-GmbHs der verfassungsrechtliche Gleichheitssatz. Es ist kein sachlicher Grund ersichtlich, eine ambulante ärztliche Tätigkeit innerhalb von Krankenhäusern, die in der Rechtsform einer GmbH betrieben werden, für zulässig zu halten, die gleiche Tätigkeit aber zu versagen, wenn die GmbH allein ambulant tätig wird [Deutsch, Medizinrecht, 4. Aufl. 1999, Rdnr.86].

Nichtsdestotrotz unterliegt die Ärzte-GmbH Einschränkungen. Zum einen darf sie nur Privatpatienten behandeln. Die Kassenzulassung der GmbH würde nur dann möglich sein, wenn die vertragsärztliche Versorgung durch zugelassene Vertragsärzte nicht anders sichergestellt werden kann, § 95 Abs. 1

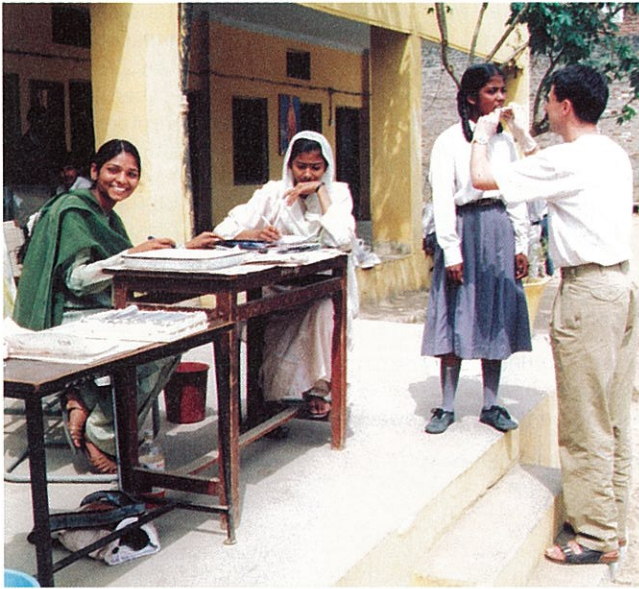
SGB V. Das war bisher praktisch nie der Fall.

Zum anderen ist seit Jahren umstritten, ob die Ärzte-GmbHs dem standesrechtlichen Werbeverbot zu unterworfen sind, da sonst das Werbeverbot umgangen werden könnte. Eine Auffassung geht davon aus, dass die Berufsordnung sich zwar nicht direkt, aber mittelbar in der Weise an juristische Personen richtet, dass die juristische Person die ihr verbundenen Ärzte nicht daran hindern dürfe, ihren Berufspflichten gerecht zu werden. Eine andere Auffassung geht demgegenüber davon aus, dass die GmbH dem Werbeverbot nicht unterliegt, da die Berufsordnung juristische Personen nicht erfasst. Der Bundesgerichtshof hat in einer Entscheidung von 1994 (MedR 1995, 113) eine GmbH als „Störer“ im Sinne von § 1 UWG angesehen, weil in der Duldung der berufswidrigen Werbung durch den Arzt ein Wettbewerbsverstoß liegt, den sich die GmbH zu eigen mache. (vgl. zum Werbeverbot ausführlich den Beitrag Teil V in Heft 1/2000)

Trotz allem hat die GmbH gegenüber den übrigen Rechtsformen, insbesondere der Partnerschaftsgesellschaft, für Ärzte bedeutende Vorteile auf haftungsrechtlichem Gebiet. Bei der Partnerschaftsgesellschaft haften den Gläubigern für Verbindlichkeiten der Gesellschaft neben der Partnerschaft die Gesellschafter persönlich (§ 8 Abs. 1 S.1 PartGG). Für Verbindlichkeiten der GmbH aus Vertrag, insbesondere der Erfüllung von Behandlungsverträgen mit dem Patienten haftet allein die GmbH mit ihrem Gesellschaftsvermögen, nicht aber der Arzt selbst. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass eine Haftung des Arztes als Angestellten oder Gesellschafters aus Delikt (§§ 823 ff BGB) davon unberührt bleibt. Eine deliktische Haftung kommt immer dann in Betracht, wenn jemand schuldhaft, d.h. vorsätzlich oder fahrlässig, das Eigentum oder die Gesundheit eines anderen verletzt (vgl. zu Haftungsfragen ausführlich Beitrag IV in Heft 12/1999).

„Zahnärzte für Indien“ im Internet

Heutzutage hat fast jede Firma, jede Partei und beinahe jeder Verein eine eigene Homepage im Internet. Diesem neuen Medium konnten wir „Zahnärzte für Indien“ uns auch nicht mehr verschließen und sind seit Januar 2000 unter der Adresse: www.zahnaerzte-fuer-indien.de weltweit aufrufbar. Sicherlich ist unser Internetauftritt wenig spektakulär und kann auch im Outfit noch zulegen. Schließlich wurden diese Seiten nicht von Designern, sondern von Zahnärzten gestaltet. Auf unseren Seiten gibt es Informationen zur Organisation, zu den Einsatzgebieten und Tipps für die Vorbereitung eines eventuell geplanten Einsatzes in Indien, sowie diverse Kontaktadressen.



Schuluntersuchung in Shahid Nagar



Zahnbehandlung im St. Stevens Hospital

Desinfektionsmittel für die zahnärztliche Praxis



SEPTANIN®

Das SEPTANIN® Desinfektions-Angebot aus der elmex Forschung entspricht den hohen Qualitätsansprüchen einer modernen zahnärztlichen Praxis hinsichtlich Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und ökologischer Verträglichkeit. Alle Produkte sind DGHM zertifiziert, aldehyd- und phenolfrei und damit sehr gut verträglich für Praxisteam, Patient und Material. Fordern Sie weitere Produktinformationen über unser gesamtes Sortiment und unsere aktuellen Preislisten an.



**elmex Forschung – Prophylaxe-Partner
auch für die Praxishygiene**

G
WYBERT GmbH
Spezialist für orale Prävention

Berner Weg 7, 79539 Lörrach
Tel.: 07621-907-155 und 907-152
Fax: 07621-907-149



Prophylaxeschulung von „healthworkers“
(ähnlich einer Gemeindeschwester) in Shahid Nagar



Verteilung von Zahnbürsten nach dem Prophylaxeunterricht
in einer Schule für Straßenkinder in Delhi

Wer sind die „Zahnärzte für Indien“? Wir sind eine Gruppe deutscher Zahnärzte und Zahnärztinnen, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, etwa 30 000 bedürftige indische Kinder, die in Heimen der „Kindernothilfe“ Duisburg leben, in Indien zahnärztlich zu versorgen und Prophylaxemaßnahmen zu organisieren bzw. durchzuführen. „Zahnärzte für Indien“ arbeiten in Zahnstationen an acht christlichen Missions-Krankenhäusern, die aus Spenden aus Deutschland in den 60er Jahren eingerichtet wurden. Diese alten, wirklich ausgedienten Behandlungseinheiten konnten im letzten Jahr aus den Erlösen der Altgoldspendensammlung „Aktion Z“ der Zahnärztekammer Karlsruhe gegen moderne indische Behandlungseinheiten ausgetauscht werden. Teilnehmen an dieser Sammelaktion kann jeder Kollege. Die erforderliche Sammelbüchse wird von der Karlsruher ZÄK auf Anfrage verschickt (Bezirkszahnärztekammer Karlsruhe, Joseph-Meyer-Str. 8-10, 68167 Mannheim, Tel.: 0621/38000-0, Stichwort: „Zahnärzte für Indien“). Neuestes Vorhaben ist der Einsatz einer in Indien eingerichteten, fahrbaren Zahnstation im indischen Armutsgürtel Orissa und Madhya Pradesh, nachdem die Einfuhr eines von uns in Deutschland eingerichteten „Dentomobils“ nach jahrelangen Bemühungen an den indischen Importvorschriften scheiterte. Dass unser Projekt kein Tropfen auf den heißen Stein ist, kann anhand der gesunkenen Zahlen für Zahnextraktionen und großen Füllungen in den von uns betreuten Heimen und Schulen belegt werden. Übrigens: Hätten wir die von uns erbrachten Leistungen seit Gründung der „Zahnärzte für Indien“ über die AOK abgerechnet, so würde unsere Arbeit einen Gegenwert von 2 Millionen DM in diesem Jahr überschreiten - ohne Budget!

Wir würden uns freuen, wenn wir mit unserem kleinen Artikel die Neugier bzw. das Interesse an unserer Arbeit bei dem einen oder anderen Kollegen geweckt haben sollten.

Dipl.-Stom. Jörg Ehrhardt, Auma

Fotos: Privat

FOR-MED

Start: 26. Mai 2000

Weitere Informationen
und Anmeldung:

For-Med GmbH
fon 09 21/306 05
fax 09 21/306 15
info@for-med.de

Betriebswirtschaft für Zahnärzte!

Ein Studiengang der For-Med GmbH

Fundiertes Management Know-how wird für Dentalmediziner immer wichtiger. Die For-Med GmbH hat daher eigens für Zahnärztinnen und Zahnärzte einen betriebswirtschaftlichen Studiengang konzipiert.

Der Studiengang:

- berufsbegleitend, insgesamt neun Wochenendtagungen
- akademisches Niveau im Einklang mit den Bedürfnissen der Praxis
- wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. Peter Oberender
- Veranstaltungsort: Campus der Universität Bayreuth

Die For-Med GmbH:

- seit 1997 in der betriebswirtschaftlichen Ausbildung von Medizinerinnen tätig
- als privater Bildungsträger unabhängig von Unternehmen, Verbänden und Hochschulen
- hochkarätige Referenten aus Forschung und Praxis

Als unternehmerisch denkender Zahnarzt werden Sie mit Gewinn an diesem spezialisierten und klar akzentuierten Bildungsangebot teilnehmen.

Die Komfort-Tarife von Deutschlands Ärztekrankeversicherer Nr. 1

Gesundheit nach dem Baukastenprinzip: Zahlen Sie nur, soviel Sie wollen.



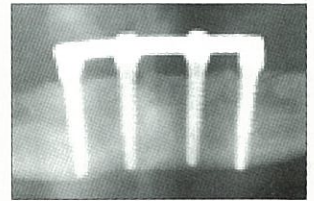
Sie wollen als Zahnarzt in den Genuß von optimalen Versicherungsleistungen kommen? Dann gibt es für Sie ein ganz einfaches Rezept: die Komfort-Tarife der Vereinte. Damit können Sie sich aus einem flexiblen Baukastensystem ein individuelles Leistungspaket zusammenstellen. Sie bestimmen die Höhe der Selbstbeteiligung, den Umfang der Absicherung und damit auch den Preis. Ganz nach Ihren Vorstellungen. Interessiert? Mehr darüber, wenn Sie uns schreiben. Oder schicken Sie uns einfach ein Fax: (089) 67 85 - 22 20.

Vereinte. Ihre ganz private Krankenversicherung.

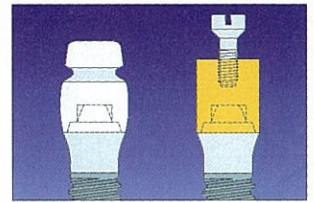
 **Vereinte**

Die Krankenversicherung der Allianz

Die implantatfixierte Prothese in **1 Tag**



Durch den *einzeitigen Eingriff* und die *Möglichkeit FRIALOC® sofort zu belasten (bei 4 Implantaten)* verkürzen Sie die *Behandlungszeit drastisch: ein überzeugendes Argument für Ihre Patienten.*



Mit *FRIALOC®* reduziert sich die *Anzahl der prothetischen Komponenten erheblich, denn sie basieren alle auf einem prothetischen Durchmesser. Das Aufbauteil ist bereits integriert.*

FRIALOC® - das transgingivale Schraubenimplantat für die **Sofortbelastung**

FRIALOC® setzt neue Maßstäbe für die Versorgung des zahnlosen Unterkiefers durch eine drastische Verkürzung der Behandlungsdauer unter Verwendung eines bewährten prothetischen Protokolls. Unmittelbar nach der Implantation erfolgt die Abdrucknahme zur Herstellung einer steggetragenen Prothese – die Implantate können nach der Eingliederung sofort belastet werden! Die ausgezeichnete Primärstabilität, die bewährte tiefenstrukturierte Oberfläche für rasche Osseointegration und das vereinfachte prothetische Konzept sind nur einige herausragende Eigenschaften von FRIALOC®. **FRIALOC® – einfach schneller!**

Bitte fordern Sie unseren FRIALOC®-Prospekt an.
FRIADENT GmbH · Postfach 71 01 11 · D-68221 Mannheim
Tel. 06 21/4 86-21 00 · Fax 06 21/4 86-1776
E-Mail: info@friadent.de · Internet: www.friadent.de

FRIALIT®-2 · IMZ®-TwinPlus · FRIALOC® · FRIOS® · FRIACOM®

FRIADENT