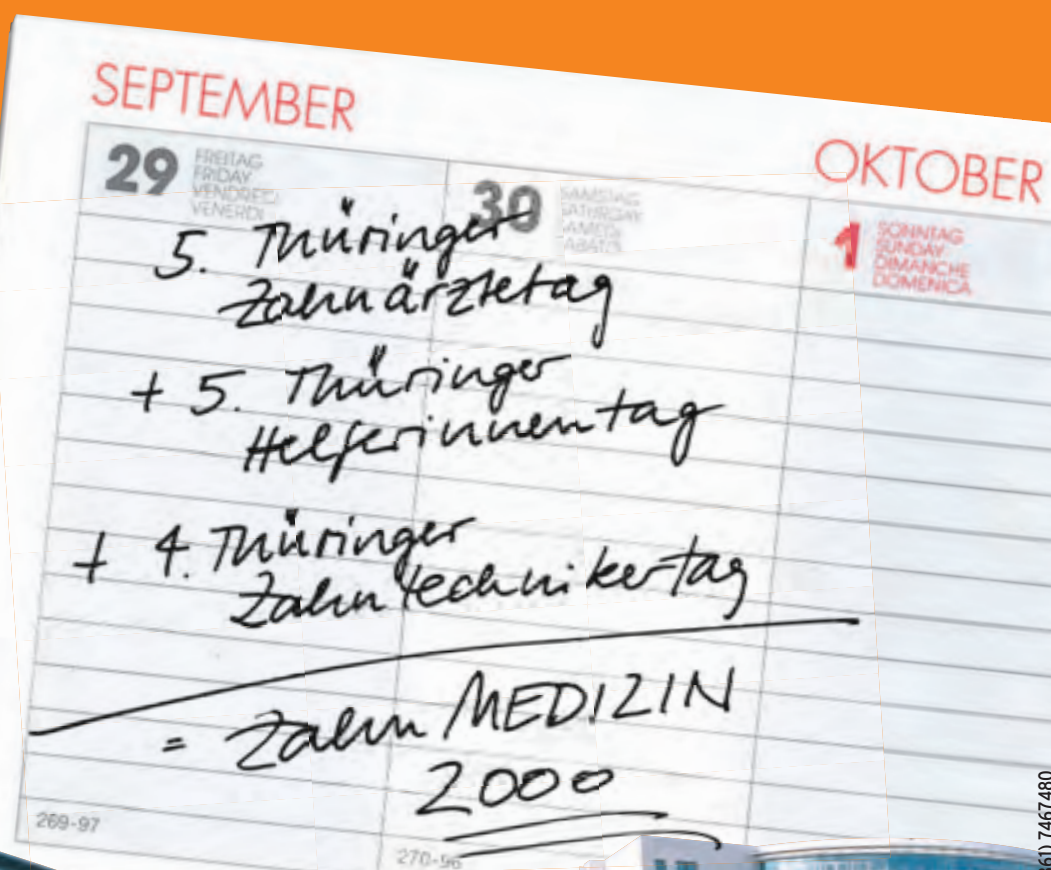


tz**b**

THÜRINGER ZAHNÄRZTE BLATT 7/8

10. Jahrgang
Juli/August
2000



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

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das 1. Halbjahr 2000 liegt, wenn Sie dieses „Thüringer Zahnärzteblatt“ in den Händen halten, bereits hinter uns, und es wird Zeit, eine erste Einschätzung zu veröffentlichen. Der Vorstand konnte erstmalig in diesem Jahr mit allen Krankenkassen in den Monaten März bis Mai Honorarverträge abschließen bzw. Eckpunkte vereinbaren, die es den Kollegen in den Praxen ermöglichen, ohne aufwendige Nach- und Rückberechnungen in gewisser Ruhe und Sicherheit ihrer Arbeit nachzugehen. Es ist ein Anliegen unseres Vorstandes, die notwendige Auseinandersetzung mit der schlechten rot-grünen Gesundheitspolitik dort zu führen, wo es angebracht ist, nämlich in der Politik bei den Politikern. Hier werden wir auch nicht nachlassen, konsequent auf Probleme und Unzulänglichkeiten aufmerksam zu machen. Zum Ende des Halbjahres liegen die Rechnungsergebnisse des I. Quartals vor und allen Unkenrufen zum Trotz ist dank Ihrer bewussten und verantwortungsvollen Arbeit wiederum kein unkontrollierter Mengenzuwachs im Sinne eines Hamsterradeffektes eingetreten. Probleme gibt es bei der AOK im Bereich Kieferorthopädie. Dort läuft die Menge

etwas aus dem Ruder. Hier fordern wir die Kollegen auf, besonders bewusst die Indikationsstellung zu überprüfen. Genaue Zahlen und den weiteren Verlauf der Budgetauslastung werden wir in Rundschreiben mitteilen. Fest steht aber auch, dass bereitgestellte Honorarvolumina, die im Vertragsjahr von den Krankenkassen nicht abgerufen werden und wo kein Ausschöpfungsvertrag vereinbart werden konnte, für immer für die Basisberechnung verloren sind. Das BSG hat leider die Auffassung der Krankenkassen bestätigt, dass allein das Volumen des Vorjahres zur Basisberechnung herangezogen werden muss. Somit ist es allemal besser, wenn vertraglich keine Ausschöpfung vereinbart war, das Budget etwas zu überschreiten und hinterher zurückzahlen. Der Zinsvorteil liegt auf Ihrer Seite. In anderen KZV-Bereichen ist durch restriktive und leistungsfeindliche Honorarverteilungsmaßstäbe das Budget seit Jahren rückläufig. Das wollen wir in unser aller Interesse vermeiden. Freilich ist eine Budgetierung von Gesundheitsleistungen menschenverachtend und zutiefst unhuman. Deshalb hat sich die KZV Thüringen auch in diesem Jahr wieder der Öffentlichkeits-



kampagne der KZBV angeschlossen. Dieses System kann nicht endlos funktionieren. Es muss eine Reform her, die diesen Namen auch verdient. Bis dahin aber werden wir unter diesen unsäglichen Bedingungen arbeiten, leben und überleben müssen, und das Alltagsgeschäft geht weiter. Die Zahntechniker-Innung in Thüringen verhandelt mit den Krankenkassen die BEL II, außer in Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern ist sie bereits bundesweit eingeführt. Bis zum Inkrafttreten wird der Vorstand, ähnlich wie beim Datenträgeraustausch, wieder flächendeckend Kreisstellenversammlungen durchführen, so dass keine Praxis unvorbereitet damit konfrontiert wird. Auch die Verwaltung braucht eine gewisse Vorlaufzeit. So wünscht Ihnen allen der Vorstand eine schöne Urlaubszeit und lassen Sie uns gemeinsam das 2. Halbjahr so gut angehen wie das erste.

Ihr Karl-Friedrich Rommel

Editorial

S. 3

Gastkommentar

Wolfgang Zierow S. 5

LZKTh

Auskunftsbegehren
privater Versicherungen S. 7

Kreisstellenvorsitzende
stellen sich vor S. 8

Impressum

S. 8

LAGJTh

Vertreterversammlung,
Wahl S. 9

Nachruf

S. 9 und S. 15

Versorgungswerk

Berechnung
des Ruhegeldanspruches S. 10

Wir gratulieren

S. 11

KZVTh

Das Verfahren
zur Degression im Bereich
der KZVTh S. 12

Info Gruppenversicherungs-
vertrag S. 14

Beschluss des
Landesausschusses S. 14

Einladung zur
Vertreterversammlung S. 14

Ausschreibungen S. 16



Aus der Universität

Fachschaft Zahnmedizin S. 17

Bundesfachschaftstagung S. 17

Fortbildung

Betreuung des Kariesrisiko-
Patienten, Teil 2: Methoden
zur Kariesrisiko-
Einschätzung S. 19

6. IHCF Kongress in Köln S. 27

Recht

Neues Gesetz zur
Beschleunigung
fälliger Zahlungen S. 30

Was muss der Zahnarzt
histologisch untersuchen
lassen? S. 31

Info

S. 32

Veranstaltungen

S. 39

**Folgende Zahnarzt-
ausweise werden hier-
mit für ungültig erklärt:**

1. Zahnarzteausweisnummer:
20008

ausgestellt auf

Dipl.-Stomat. Thomas Fröhlich
Lobenstein

2. Zahnarzteausweisnummer:
27032

ausgestellt auf

Dr. med. Gabriele Barthels
Saalfeld

Gemeinschaftsveranstaltung ZahnMedizin 2000



Man kann über vieles reden, aber wichtig ist, dass man es dann auch tut. Im Unterschied zu vielen Absichtserklärungen vieler Leute geschieht in Thüringen etwas. So stellen z. B. Zahnärzte, Zahnarthelferinnen und Zahntechniker ihre erste große gemeinsame Weiterbildungstagung unter das Motto „Zahnmedizin 2000“.

Die Zahnärzte wissen, dass sich in Zukunft notwendigerweise eine Veränderung in der zahnmedizinischen Versorgung vollziehen wird. Vorrangige Bedeutung wird dabei die Prävention und Zahnerhaltung haben. Schon Hippokrates hat gesagt: „Wohlgetan ist es, die Gesunden sorgfältig zu führen, damit sie nicht krank werden.“

Wen wundert es, wenn bei der Themenauswahl zur gemeinschaftlichen Veranstaltung für Zahnärzte und Zahntechniker Wert darauf gelegt wurde, vor allem neue wissenschaftliche Erkenntnisse z. B. über die Funktion des Kauorgans in Bezug auf den Gesamtorganismus des Menschen zu vermitteln. Natürlich ist es ein Erfordernis, dass bei der Betrachtung des gesamten orofazialen Systems unter dem Aspekt der Funktionserhaltung die Zahntechnik ihren Anteil hat. Wird zahnmedizinisch behandelt und gehört zur anschließenden Therapie auch eine prothetische Restauration, muss gesichert sein, dass diese von zahntechnischer Seite in höchstem Maße funktionell und ästhetisch erfolgt.

Systempartnerschaft - steht zur Zeit auch manches Fragezeichen zwischen den Berufsverbänden - sollte immer als ihre wichtigste Aufgabe sehen, das Verbindende zu suchen. Erfolge kann es nur geben, wenn es tragfähige Lösungen zwischen Zahnärzten und Zahntechnikern gibt, denen die Patienten vertrauen können.

Ein Austausch von Fachwissen ist eine sichere Grundlage zur Lösung von Aufgaben. Prof. Lehmann, Marburg: „Verstehen sich Zahnmedizin und Zahntechnik als Team, mit einer gemeinsamen Aufgabe, wird berechnete Kritik akzeptiert werden können.“ Ich hoffe, dass wir Thüringer Zahnärzte, Zahnarthelferinnen und Zahntechniker diesen Weg in Zukunft gemeinsam beschreiten wollen.

Für mich als Zahntechniker hat das in Erfurt zu erwartende interessante wissenschaftliche Programm einen hohen Stellenwert für die persönliche fachliche Weiterbildung, aber ein bewusst geschaffener „Nebeneffekt“ der gemeinsamen Veranstaltung bietet Möglichkeiten, sich mit Kunden, also Zahnärzten und ihren Praxismitarbeiterinnen auch privat, locker und ganz zivil, ohne weißen Kittel, zwanglos zu unterhalten. Sicher geht man auch zusammen durch die Dentalaustellung und kann z. B. als Zahntechniker bei einer der entsprechenden Dentalfirmen seine entweder schon erworbene oder in Anschaffung befindliche neueste Labortechnik bzw.

Technologie vorstellen, um entsprechendes Interesse zu wecken. Ich glaube, ich verrate kein Geheimnis, dass dies auch von den Initiatoren der Tagung so gewollt ist. An dieser Stelle sei dem Spiritus rector, Herrn Dr. Richter, für seine oft mit großer Geduld geführte, zielstrebige Vorbereitungsarbeit gedankt.

Nun wird sicher am Ende der Gemeinschaftsveranstaltung „Zahnmedizin 2000“ die Frage stehen, ob man sich in Zukunft den medizinischen Fortschritt noch leisten kann. Sollten die Gesetzlichen Krankenkassen ihre Definitionsmacht dazu benutzen, immer mehr hochwertige Leistungen zu katalogisieren und zu standardisieren, werden Zahnärzte und Zahntechniker nicht umhin können, wirksamere und kostensteuernde Strukturen zu fordern, um die Gestaltungsmöglichkeiten für alle Beteiligten zu erweitern und so einen qualitätsorientierten Wettbewerb zu fördern, in dem auch die Eigenverantwortung der Versicherten erhöht wird.

Ich bin sicher, dass der Erfolg unserer Veranstaltung darin liegen wird, die Zahngesundheit der Thüringer Bevölkerung weiterhin zu verbessern.

Wolfgang Zierow

Obermeister der Zahntechniker-Innung Thüringen

Auskunftsbegehren privater Versicherungen

Immer häufiger wird es zur üblichen Praxis privater Versicherungen, geplante oder erbrachte medizinische Leistungen zu hinterfragen. Mit der Begründung zur Abklärung der Erstattungspflicht durch den Versicherungsträger wird eine Vielzahl von Behandlungsunterlagen, z. B. Röntgenbilder, Modelle, OP-Berichte, Ablichtungen von Behandlungsunterlagen u. a., vom behandelnden Arzt/Zahnarzt abgefordert. Dabei wenden sich die Versicherer erstaunlicher Weise meist direkt an den Zahnarzt, und nicht wie eigentlich erforderlich, an ihren Vertragspartner, den Patienten. Meist ist unklar, wer die Unterlagen auswertet und welches Ziel verfolgt wird. In der Regel werden Leistungen in Frage gestellt oder als nicht notwendig, im Sinne des § 1 der GOZ deklariert mit dem Ergebnis der Erstattungseinschränkung.

In § 1 Abs. 2 GOZ ist geregelt, dass der Zahnarzt Leistungen nur berechnen darf, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst für zahnmedizinisch notwendige zahnärztliche Versorgungen erforderlich sind. Damit ist klargestellt, dass der Zahnarzt alle zur Verfügung stehenden Behandlungsmethoden zur Therapie heranziehen kann, die dem heutigen Stand der Wissenschaft entsprechen und deren Indikation gegeben ist. Die Frage der „medizinischen Notwendigkeit“ ist hier klar vom Begriff des „unbedingt Notwendigen“ im Sinne von ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich zu trennen.

Medizinisch notwendig sind damit alle Behandlungsmaßnahmen, die wissenschaftlich anerkannt sind, damit dem Stand der Wissenschaft entsprechen und medizinisch indiziert sind. Es ist völlig unerheblich, ob bei vorliegender medizinischer Indikation preiswertere Alternativen bestehen, allein fachliche Kriterien bestimmen, welche Behandlungsmethode angewendet werden soll. Der Zahnarzt ist verpflichtet, gemeinsam mit seinem Patienten Alternativen zu besprechen und mit ihm die günstigste Behandlungsmethode auszuwählen. Auf dieser Grundlage schließen Zahn-

arzt und Patient den Behandlungsvertrag (BGH U. v. 29.5.1991 AZ: IV ZR 151/90; AG Düsseldorf U. v. 22.1.1992 AZ: 24 C 13116/90).

Die Fragen der Kostenerstatter zur medizinischen Notwendigkeit sind meist als Versuch zu werten, die Erstattungspflicht einzuschränken. Nach dem o. g. BGH-Urteil ist das Versicherungsunternehmen bei Einschränkung der Leistungspflicht über die tatsächlichen Voraussetzungen zur Leistungseinschränkung beweispflichtig. Die Fragestellungen lassen oft schon erkennen, dass mit dem Auskunftsbegehren lediglich Argumente zur Beweisführung erbracht werden sollen.

Die Beurteilung der Notwendigkeit einer zahnärztlichen Leistung steht allein dem Zahnarzt zu, auf Grund seiner Pflicht, die Zahnheilkunde nach dem Gebot der zahnärztlichen Kunst auszuüben.

Ein Rechtsverhältnis besteht aber in jedem Fall ausschließlich gegenüber dem Patienten. Versicherer oder Erstattungsstellen stehen in keinem Rechtsverhältnis zum Zahnarzt und können deshalb auch niemals direkte Auskunftsbegehren an den Zahnarzt stellen. Hier muss, nicht zuletzt auch aus Schweigepflichtgründen, das Begehren an den Versicherten gerichtet werden, der dann das Anliegen an seinen Zahnarzt weiterleiten kann oder nicht. Oftmals nutzen Versicherer die Situation, um das Arzt-Patienten-Verhältnis nachhaltig negativ zu beeinflussen.

Zur Umgehung des Rechtsverhältnisses zwischen Zahnarzt und Patient werden oftmals sogenannte „Beratungszahnärzte“ eingeschaltet, die als Gutachter im Auftrag der Versicherung für die nötigen Argumente sorgen sollen. Eine objektive Beurteilung kann hier niemals gegeben sein, und Sie sind als Zahnarzt auch nicht verpflichtet, diese Gutachter anzuerkennen.

Werden solche Auskunftsbegehren an Sie herangetragen, empfehlen wir folgende Vorgehensweise:

1. Prüfen Sie, ob eine rechtswirksame Entbindung von der Schweigepflicht vorliegt. Die Bezugnahme der Versicherer auf die im Versicherungsvertrag erteilte globale Schweigepflichtentbindungserklärung reicht für eine wirksame Entbindung von der Schweigepflicht nicht aus (BGH Urteil v. 10.7.91, AZ. VIII ZR 296/90 und v. 20.5.92 AZ. VIII ZR 240/91).
2. Treten Sie in jedem Fall mit Ihrem Patienten in Verbindung und beraten Sie ausführlich über den Sachverhalt und beziehen Sie ihn nach Möglichkeit in die Erledigung des Auskunftsersuchens mit ein.
3. Der Versicherer hat konkret darzulegen, welchen Sachverhalt er aufzuklären wünscht (OLG Hamm, Beschluss v. 4.9.90, AZ. 20 W 35/90), fordern Sie ggf. den Versicherer dazu konkret auf.
4. Die Erteilung von Auskünften für Versicherungen ist keine medizinisch notwendige Leistung im Sinne des § 1 GOZ. Demnach ist eine Vergütung nach GOÄ sachlich falsch, da es sich hier um die Erstattung von Aufwendungen handelt. Der Vergütungsanspruch regelt sich in diesen Fällen nach BGB § 612 (1). Eine Vergütung gilt als stillschweigend vereinbart, wenn die Dienstleistung den Umständen nach nur gegen eine Vergütung zu erwarten ist.
5. Einholung einer Kostenübernahmeerklärung. Vergütung (Pauschalhonorar) je nach Zeitaufwand ab 80,00 DM + Auslagensatz.

Obwohl die dargestellte Vorgehensweise rechtlich korrekt ist, können wir nicht garantieren, dass die jeweiligen privaten Versicherungen dies auch in der genannten Form akzeptieren. Wir bitten Sie jedoch, dass Sie uns in solchen Fällen informieren, damit wir Sie auch kompetent unterstützen können.

Dr. Gisela Brodersen

Musterschreiben 1

Zahnarzt Dr. Karl Mustermann
Musterstraße 15
11111 Musterstadt

An die
.....-Versicherung
z. Hd. Frau/Herrn XXXXX
Postfach
11111 Musterstadt

Musterstadt, den 11.11.20XX

**Betr.: Ihr Auskunftersuchen vom /Vers. - Vertrags-Nr.
hier: Anforderung von Unterlagen**

Sehr geehrte Damen und Herren,
ich bin gern bereit, Ihrem Auskunftersuchen nachzukommen. Sicherlich werden Sie Verständnis dafür haben, wenn ich im Sinne einer ordnungsgemäßen Vorgehensweise zunächst von Ihnen folgendes benötige:

- Name und Adresse des von Ihnen benannten Beratungszahnarztes
- aktuelle Entbindung von der Schweigepflicht für diesen speziellen Fall durch Ihren Versicherten
- verbindliche Kostenübernahme Ihrerseits für die von mir gemachten Aufwendungen
- Summe der Aufwendungen: DM
- Verrechnungsscheck über die von mir geltend gemachten Aufwendungen DM
- Eine Kopie dieses Schreibens erhält die/der
- Eine Kopie dieses Schreibens erhält die/der Versicherte

Im Interesse Ihres Versicherten, - meines Patienten -, bitte ich darum, meine Anfrage schnellstens zu bearbeiten.

Für Ihre Bemühungen bedanke ich mich im voraus und stehe Ihnen für Rückfragen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Karl Mustermann

Musterschreiben 2

Patient Karl Mustermann
Musterstraße 15
11111 Musterstadt

An die
.....-Versicherung
zu Hd. Frau/Herrn XXXX
Postfach
11111 Musterstadt

Betreff: Untersuchung durch einen von Ihnen benannten Beratungszahnarzt zur Feststellung der medizinischen Notwendigkeit einer geplanten Behandlung

Bezug: Schriftwechsel vom
Versicherungsvertrag Nr., AZ:

Sehr geehrte Damen und Herren,
im Zusammenhang mit einer geplanten zahnärztlichen Behandlung habe ich bei Ihnen einen Heil- und Kostenplan eingereicht mit der Bitte, mich über die von Ihnen zu übernehmenden Kosten aufzuklären. In diesem Zusammenhang hatten Sie noch Fragen zur medizinischen Notwendigkeit der geplanten Behandlung an meinen Zahnarzt. Nachdem mein Zahnarzt von Ihnen vor der Beantwortung zunächst den Namen und die Adresse des Beratungszahnarztes erfahren wollte, sowie eine verbindliche Zusage der Übernahme der ihm entstehenden Aufwendungen gebeten hatte, haben Sie aus verschiedenen Gründen dieses Begehren abgelehnt. Ihre Fragen zur medizinischen Notwendigkeit sind daher unbeantwortet geblieben.

Um aus dieser verfahrenen Situation herauszukommen, biete ich Ihnen nunmehr an, mich durch einen von Ihnen benannten Beratungszahnarzt **auf Ihre Kosten** zur Feststellung der medizinischen Notwendigkeit der geplanten Behandlung untersuchen zu lassen. Dies ist angezeigt, um die Angelegenheit nicht noch weiter zu verzögern. Bitte äußern Sie sich nunmehr innerhalb von 14 Tagen ab Zugang dieses Schreibens verbindlich, ob und in welchem Umfang Sie die Kosten übernehmen werden, oder benennen Sie mir innerhalb derselben Frist den Beratungszahnarzt, der mich auf Ihre Kosten untersucht. Ich bin nicht bereit, weitere Verzögerungen zu dulden.

Mit freundlichen Grüßen

Patient Karl Mustermann

Impressum

THÜRINGER ZAHNÄRZTEBLATT

Offizielles Mitteilungsblatt der Landes Zahnärztekammer Thüringen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen

Herausgeber:

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

Gesamtherstellung:

Verlag und Werbeagentur Kleine Arche, Holbeinstraße 73, 99096 Erfurt, Telefon 0361/7467480, Fax 0361/7467485 eMail tzbmagazin@aol.com

Redaktion:

Dr. 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 Pöschel (Pressestelle), Christiana Meinel

Anschrift der Redaktion:

Landes Zahnärztekammer Thüringen, Barbarossahof 16, 99092 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

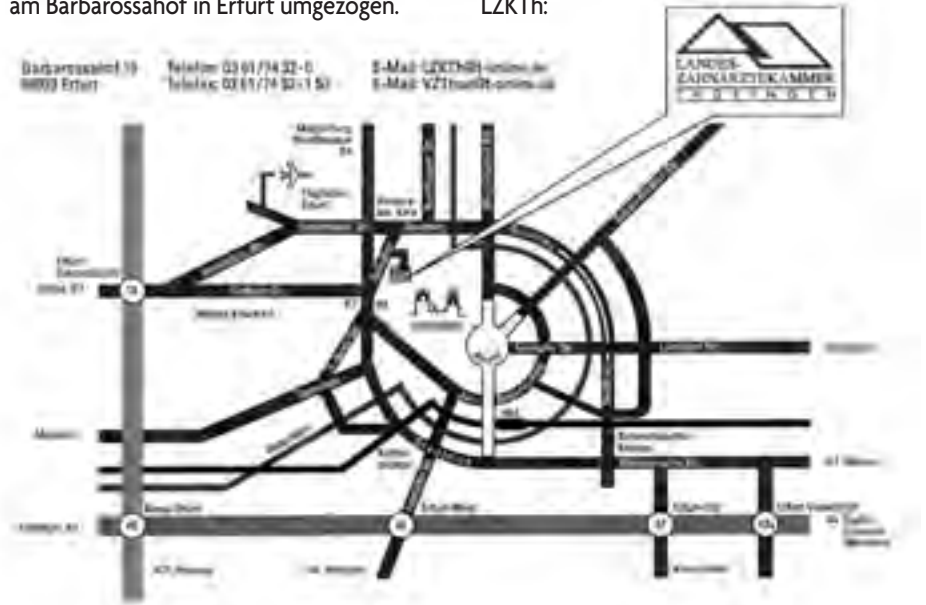
Titelbild:

Verlag und Werbeagentur Kleine Arche

Umgezogen!

Die Geschäftsstelle der Landes Zahnärztekammer Thüringen ist in das neue Gebäude am Barbarossahof in Erfurt umgezogen.

So finden Sie zur Landes Zahnärztekammer Thüringen und zum Versorgungswerk der LZKTh:



Die Kreisstellen- vorsitzenden stellen sich vor

Dr. Wolfgang Burzlaff ist Kreis- stellenvorsitzender der Kreisstelle Ilmenau der LZKTh

Dr. Wolfgang Burzlaff wurde 1942 in Kolberg/Pommern geboren.

Schulzeit in Halle/Saale

1960 Abitur

1961 - 66 Studium der Zahnmedizin an der Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg

1966 - 67 Pflichtassistenz an der Uni-Zahnklinik Halle/Saale

1968 - 71 Fachzahnarzt Ausbildung an der Kreispoliklinik Ilmenau

1971 - 85 Fachzahnarzt für Allgemeine Stomatologie an der Kreispoliklinik Ilmenau

1985 - 91 Fachzahnarzt im Betriebsgesundheitswesen Ilmenau (Bereich Technische Hochschule Ilmenau)

1971 - 84 Kreis Zahnarzt in Ilmenau

1.4.1991 Niederlassung in eigener Praxis in Ilmenau

seit 1991 Kreisstellenvorsitzender der LZKTh im Altkreis Ilmenau

Auf die Frage von tzb nach den persönlichen Zielen als Kreisstellenvorsitzender antwortete Dr. Burzlaff:

- Erhaltung und Pflege der Kollegialität
- Vertreten der Interessen der Kollegen bei der LZKTh
- Eintreten für die Erhaltung der echten Freiberuflichkeit, Unterstützung des Abbaus fremder, reglementierender Einflüsse in unserem Berufsstand

Vertreterversammlung der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen e. V. wählte neuen Vorstand

Am 31. Mai 2000 tagte in der LZKTh die Vertreterversammlung der LAGJTh e. V. Grund war die abgelaufene Legislaturperiode des alten Vorstandes und die damit verbundene Rechenschaftslegung über die vergangenen vier Jahre.

Zu Beginn seines Rechenschaftsberichtes bedankte sich der Vorstandsvorsitzende Dr. Wolfgang Hebenstreit besonders bei Dr. Jürgen Junge - Ehrenmitglied der LAGJTh e. V. -, DS Thorsten Radam, Dr. Ferdinand Spangenberg, DS Peter Luthardt sowie Dr. Cornelia Kallenbach, die während der Wahlperiode ausgeschieden sind, nicht wieder für den Vorstand kandidieren und auch nicht mehr der Vertreterversammlung angehören. Alle haben ausgezeichnete Arbeit im Sinne des § 21 SGB V zur Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit bei Kindern geleistet.



Vorstandsvorsitzender
Dr. Wolfgang Hebenstreit

Durch eine gute Öffentlichkeitsarbeit gelang es, die Wichtigkeit der Zahn- und Mundgesundheit zunehmend in das

Blickfeld der Kinder und auch ihrer Eltern zu rücken. In den vergangenen vier Jahren gab es einige Höhepunkte:

Am 2. Thüringer Jugendzahnpflegetag, der im Landratsamt Altenburg stattfand, nahmen 200 Kinder, der Landrat sowie der alternierende Vorsitzende der DAJ, Vertreter der Körperschaften und führende Krankenkassenvertreter teil.

Ein besonderes Ereignis war der 3. Thüringer Jugendzahnpflegetag, weil er zeitgleich mit der bundesweiten Eröffnung des Tages der Zahngesundheit und dem 50-jährigen Jubiläum der DAJ stattfand. Die Festveranstaltung im Erfurter Kaisersaal und das turbulente Fest für 2000 geladene Kinder in der Thüringenhalle werden sicherlich allen Beteiligten in guter Erinnerung bleiben.

Parallel zum 4. Thüringer Zahnärztetag war die LAGJTh im Neubaugebiet Roter Berg in Erfurt vertreten.

Neben diesen zentralen Aktivitäten präsentierte sich die LAGJTh zum 49. Wissenschaftlichen Kongress der BV der Ärzte und Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege im ÖGD in Weimar mit einem Info-Stand. Das Falblatt der LAG wurde überarbeitet und eine Infomappe erstellt. Die LAG nahm außerdem an Veranstaltungen des Thüringer Ministeriums für Gesundheit, Familie und Soziales, der Körperschaften und Verbände teil. Über die Prophylaxetätigkeit wurde ausführlich in regionalen Print- und elektronischen Medien und den Medien der Krankenkassenverbände berichtet.

Gemäß eines Beschlusses der VV vom 05.10.1994 wurde die epidemiologische Begleituntersuchung zur zahnärztlichen Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V an den ÖGD übertragen. Die Studie findet bundesweit im dreijährigen Abstand statt und wird von jeweils extra dazu kalibrierten Zahnärztinnen durchgeführt.

Nachruf

Dr. Klaus Scheffler

* 17. November 1905

† 12. April 2000

Als vor knapp einem halben Jahr in diesem Thüringer Zahnärzteblatt aus Anlass des 94. Geburtstages einer unserer ältesten Thüringer Kieferorthopäden geehrt worden ist, hat dies bei dem Jubilar nach seinem eigenen Bekunden Freude ausgelöst. Von Krankheit schon damals gezeichnet, ist das nahende Lebensende nicht weit gewesen. In tiefer Betroffenheit nimmt die Zahnärzteschaft jetzt Abschied. Die Erinnerung an Herrn Kollegen Dr. Klaus Scheffler wird in Thüringen ehrenvoll bewahrt. In den Stunden des tiefen Schmerzes sei seiner trauernden Ehefrau, den trauernden Hinterbliebenen unser aller Mitgefühl versichert.

J. Bock, Weimar

Den Schwerpunkt der Tätigkeit nimmt die Ausbildung von Zahnarzhelferinnen für die Gruppenprophylaxe ein. In Zusammenarbeit mit dem ÖGD und den Patenschaftszahnärzten aus dem niedergelassenen Bereich werden die fortgebildeten Prophylaxehelferinnen dazu beitragen, bei den Zielgruppen eine flächendeckende Basisprophylaxe zu gewährleisten.

Mit 748 niedergelassenen Zahnärzten wurden in diesem Jahr Patenschaftsverträge abgeschlossen.

In der Vertreterversammlung der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege e.V. wurde Dr. Hebenstreit erneut in seinem Amt als Vorsitzender der LAGJTh bestätigt. Zum stellvertretenden Vorsitzenden wählten die Mitglieder der Vertreterversammlung Hartmut Naumann, Vorsitzender des AOK-Landesverbandes Thüringen.

Dr. W. Hebestreit

Berechnung der Anwartschaften auf Altersruhegeld und Ruhegeld wegen Berufsunfähigkeit auf den 01.01.2000

Wie berechne ich meine Anwartschaft auf Altersruhegeld auf den 01.01.2000?

1. Beitragszahlung bis zum 65. Lebensjahr

Formel:

$$\text{Anwartschaft auf Altersruhegeld pro Jahr} = \frac{\text{Summe der Punktwerte} \times \text{Rentenbemessungsgrundlage 2000}}{100}$$

Beispiel: (unterstellt ein Mitglied, welches regelmäßig den Regelbeitrag gezahlt hat)

$$\text{Anwartschaft auf Altersruhegeld pro Jahr} = \frac{16,62 \times 66.947,00 \text{ DM}}{100}$$

$$\text{Anwartschaft auf Altersruhegeld pro Jahr} = \underline{\underline{11.126,60 \text{ DM}}}$$

2. Beitragszahlung bis zum 60. Lebensjahr

Die Anwartschaft beträgt 76 % der Anwartschaft bei Beitragszahlung bis zum 65. Lebensjahr.

$$\text{Anwartschaft auf Altersruhegeld pro Jahr} = 76 \% \text{ von DM } 11.126,60$$

$$\text{Anwartschaft auf Altersruhegeld pro Jahr} = \underline{\underline{8.456,22 \text{ DM}}}$$

Wie berechne ich den fiktiven Jahresanspruch auf Ruhegeld bei Berufsunfähigkeit?

In der nachfolgenden Berechnung haben wir folgende Werte unterstellt:

Rentenbemessungsgrundlage 2000 : 66.947,00 DM (ist für alle Berechnungen gleich)

Faktor: 76 % (ebenfalls für alle Berechnungen gleich)

Beitragsmonate bisher: 96 (Mitgliedszeitraum vom 01.01.1992 bis 31.12.1999)

Beitragsmonate bis 60. Lebensjahr: 168 (Mitglied vollendet am 31.12.2013 sein 60. Lebensjahr)
(Mitgliedszeitraum vom 01.01.2000 bis 31.12.2013)

Summe der Punktwerte: 16,62 (diese Zahl entnehmen Sie bitte dem Kontoauszug)

$$\text{Durchschnittlicher individueller Punktwert} = \frac{\text{Summe der Punktwerte} \times 12}{\text{Beitragsmonate bisher}}$$

$$\text{Durchschnittlicher individueller Punktwert} = \frac{16,62 \times 12}{96}$$

$$\text{Durchschnittlicher individueller Punktwert} = 2,08$$

$$\text{Hochrechnungspunktwert} = \frac{\text{Beitragsmonate bis 60. Lebensjahr} \times \text{durchschnittlicher individueller Punktwert}}{12}$$

$$\text{Hochrechnungspunktwert} = \frac{168 \times 2,08}{12}$$

$$\text{Hochrechnungspunktwert} = 29,12$$

Gesamtpunktwert = Summe der Punktwerte + Hochrechnungspunktwerte

$$\text{Gesamtpunktwert} = 16,62 + 29,12$$

$$\text{Gesamtpunktwert} = 45,74$$

$$\text{fiktiver Jahresanspruch} = \frac{\text{Gesamtpunktwert} \times \text{Rentenbemessungsgrundlage 2000} \times \text{Faktor}}{100}$$

$$\text{fiktiver Jahresanspruch} = \frac{45,74 \times 66.947,00 \text{ DM} \times 76 \%}{100}$$

$$\text{fiktiver Jahresanspruch} = 23.272,39 \text{ DM}$$

In diesem Beispiel bestehen jährliche fiktive Anwartschaften auf Ruhegeld wegen Berufsunfähigkeit von 23.272,39 DM bei Eintritt des Versorgungsfalles am 01.01.2000.

Wir gratulieren!

im Monat Juli

- zum 83. Geburtstag Herrn SR Arnold Wiedemann**
am 28.7., Neue Straße 13, 99330 Gräfenroda
- zum 77. Geburtstag Herrn SR Adolf Mett**
am 14.7., Kantstraße 7, 99425 Weimar
- zum 75. Geburtstag Herrn SR Dr. med. dent. Siegfried Sarau**
am 24.7., Schnepfenthaler Straße 18, 99880 Waltershausen
- zum 75. Geburtstag Herrn Dr. med. dent. Bodo Gebhardt**
am 27.7., Deegenstraße 3, 07586 Bad Köstritz
- zum 74. Geburtstag Herrn SR Dr. Günter Strobel**
am 6.7., Am Aschepöhl 6, 07973 Greiz
- zum 74. Geburtstag Herrn Dr. Dr. med. Gerd Schneider**
am 16.7., Südstraße 12, 99195 Stotternheim
- zum 74. Geburtstag Herrn SR Erich Gwiasda**
am 21.7., Danielstraße 5, 99752 Bleicherode
- zum 72. Geburtstag Herrn SR Wilfried Spangenberg**
am 30.7., Pachelbelstraße 18a, 99096 Erfurt
- zum 71. Geburtstag Herrn Dr. med. dent. Gerold Schmidt**
am 3.7., Zelterweg 1, 99425 Weimar
- zum 70. Geburtstag Herrn SR Dr. Gerhard Einicke**
am 19.7., Straße des Friedens 26, 99330 Gräfenroda
- zum 65. Geburtstag Frau Dr. med. dent. Franziska Glänzer**
am 19.7., Frauenberg 9, 99817 Eisenach
- zum 60. Geburtstag Frau SR Gisela Völker**
am 21.7., Langenfelder Straße 7/9, 36433 Bad Salzungen
- zum 60. Geburtstag Frau Roswitha Mutschmann**
am 23.7., Am Rosenweg 15, 07806 Neustadt/Orla
- zum 60. Geburtstag Frau Dr. med. dent. Karin Pangert,**
am 25.7., Otto-Nuschke-Straße 6a, 07407 Rudolstadt
- zum 60. Geburtstag Frau Gisela Steiner**
am 28.7., Zum Stünzertal 10, 07778 Dorndorf-Steudnitz

im Monat August

- zum 85. Geburtstag Herrn SR Rolf Richter**
am 19.8., Elxlebener Weg 19, 99310 Arnstadt
- zum 74. Geburtstag Frau Erika Richter**
am 3.8., Saalgärten 4, 07407 Rudolstadt
- zum 73. Geburtstag Herrn SR Wolfgang Schneider**
am 3.8., Joh.-Riedel-Straße 2 1/3, 97424 Schweinfurt
- zum 73. Geburtstag Herrn Dr. med. dent. Horst Wagner**
am 21.8., Mosbacher Straße 11a, 99848 Wutha-Farnroda
- zum 71. Geburtstag Herrn Dr. Dr. med. Ernst Kappauf**
am 2.8., Flurscheide 27, 99826 Frankenroda
- zum 71. Geburtstag Herrn Dr. med. dent. Günter Presser**
am 2.8., Friedrich-Engels-Straße 6, 36433 Bad Salzungen
- zum 71. Geburtstag Frau Dr. med. dent. Annedore Stendel**
am 3.8., Geraer Straße 20, 99099 Erfurt
- zum 70. Geburtstag Herrn Horst Uslar**
am 2.8., In der Sieken 1, 37318 Arenshausen
- zum 70. Geburtstag Herrn Dr. med. dent. Eckardt Schulze-Riewald**
am 18.8., Berta-v.-Suttner-Straße 1, 99867 Gotha
- zum 65. Geburtstag Herrn Günter Dotzauer**
am 15.8., Hainacker 1, 07950 Triebes
- zum 60. Geburtstag Frau Dorothea Franke**
am 23.8., Max-Reger-Weg 18, 07743 Jena
- zum 60. Geburtstag Herrn SR Günther Klemp**
am 30.8., Schanzweg 15, 98749 Steinheid

Das Verfahren zur Degression im Bereich der KZV Thüringen

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz) zum 01.01.1999 wurde mit § 85 Abs. 4 b – f SGB V das Degressionsverfahren wieder eingeführt.

Nach § 85 Abs. 4 b SGB V verringert sich der Vergütungsanspruch des einzelnen Vertragszahnarztes aus vertragszahnärztlicher Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädischer Behandlung bei Überschreitung der festgelegten Gesamtpunktmenge

ab 350 000 je Kalenderjahr um 20 vom Hundert,

ab 450 000 je Kalenderjahr um 30 vom Hundert und

ab 550 000 je Kalenderjahr um 40 vom Hundert.

Die KZV Thüringen hat für die Umsetzung dieser Gesetzesnorm mit den Landesverbänden der Thüringer Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen eine Vereinbarung zur Anwendung der Punktwertdegression geschlossen. Diese wurde mit Vorstands Rundschreiben 4/2000 vom 17.03.2000 im Wortlaut veröffentlicht.

Die KZV Thüringen hat bereits in der Vergangenheit mehrfach zum Ausdruck gebracht, dass Bedenken bestehen, inwieweit das Degressionsverfahren mit dem Grundgesetz zu vereinbaren ist. Gleichwohl ist die KZV verpflichtet, dieses Verfahren durchzuführen und die so errechneten Honorarkürzungen den Krankenkassen gutzuschreiben. In zahlreichen Sozialgerichtsurteilen, die nicht zuletzt durch die Entscheidung des Bundessozialgerichts bestätigt wurden, wurde das Degressionsverfahren als verfassungsgemäßer Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit gemäß Artikel 12 Abs. 1 Grundgesetz gewertet. Dieses Verfahren ent-

sprache einer gesetzlichen Vergütungsregelung, die einerseits aus Gründen des Gemeinwohls gerechtfertigt und andererseits geeignet ist, einen notwendigen Beitrag zur Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung zu leisten.

Gegenwärtig haben zahlreiche betroffene Zahnärzte gegen den Degressionsbescheid des Jahres 1999 Widerspruch eingelegt. Der Vorstand hat in seiner Sitzung am 05.04.2000 entschieden, die Verfahren ruhen zu lassen. Diese Entscheidung ist sachdienlich, da eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zu der Problematik der Degression zu erwarten ist.

Da die KZV Thüringen im Zusammenhang mit der Degressionsbescheidung für das Jahr 1999 sehr viele Anfragen von betroffenen Praxen erhalten hat, soll an dieser Stelle nochmals das Verfahren zur Ermittlung des Honorarkürzungsbetrages unter Berücksichtigung der häufigsten Fragen näher erläutert werden:

Punktmengenkonto

In Umsetzung der Gesetzesvorgaben sowie der vertraglichen Vereinbarung hat die Verwaltung für jeden Vertragszahnarzt im Zuständigkeitsbereich der KZV Thüringen ein sogenanntes Punktmengenkonto zu

führen. Auf diesem Punktmengenkonto werden sämtliche, über die KZV Thüringen zur Abrechnung eingereichten vertragszahnärztlichen Leistungen zuzüglich der von Krankenkassen gemeldeten Punktmengen gemäß § 13 Abs. 2 und § 28 Abs. 2 SGB V erfasst. Die Erfassung der Punktmengen erfolgt ohne Kürzungen.

Berechnung des Praxisfaktors

Der Ermittlung des Praxisfaktors liegt die Praxisstruktur – betrachtet im Kalenderjahr – zugrunde. Ein Zahnarzt in einer Einzelpraxis, der vom 01.01. bis 31.12. eines Kalenderjahres tätig war, erhält den Praxisfaktor 1,0.

Für einen ganztägig angestellten Zahnarzt im Kalenderjahr erhöht sich dieser Faktor um 70 % und für Entlastungs-, Weiterbildungs- sowie Vorbereitungsassistenten um 25 %.

Bei Gemeinschaftspraxen richtet sich der Praxisfaktor nach der Anzahl der gleichberechtigten Mitglieder der Praxis. Die Gleichberechtigung wird auf Antrag durch den Zulassungsausschuss festgestellt; andernfalls erhöht sich der Faktor nur um 70 %.

Der Praxisfaktor gilt für das gesamte Kalenderjahr. Das heißt, dass für jeden Tag eines Kalenderjahres $1/365$ (im Schaltjahr 2000 $1/366$) des Faktors zu berücksichtigen ist. Veränderungen oder nicht ganzjährige Tätigkeiten führten daher im Jahr 1999 zur anteiligen Berücksichtigung wie folgt:

Zahnarzt-Status	Beginn der Tätigkeit	Ende der Tätigkeit	Praxisfaktor
Zahnarzt in Einzelpraxis	01.01.	31.12.	1,00000
	01.04.	31.12.	0,75342
angestellter Zahnarzt	01.01.	31.12.	0,70000
	01.01.	31.03.	0,17260
Assistent	01.01.	31.12.	0,25000
	01.04.	31.12.	0,18836

Bei der Berechnung unberücksichtigt muss unter anderem bleiben, dass Vertragszahnärzte in einem unterversorgten Gebiet tätig sind oder Praxisbesonderheiten, wie z. B. Überweisungspatienten, Alter der Patienten etc. auftreten.

Auch die Ausnahmeregelungen des § 101 Abs. 1 Nr. 4 und 5 SGB V, wonach Zahnärzte im sogenannten „Job-Sharing“ zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen werden können, führen zu keiner Änderung des Praxisfaktors.

Der Praxisfaktor, soweit er größer als 1,00000 ist, führt zu einer Erhöhung der Punktmengengrenzen, innerhalb derer die Degressionsberechnung durchzuführen ist.

Berechnung des Abzugsprozentsatzes

Der Abzugsprozentsatz (A) wird nach folgender Formel berechnet:

$$A = \frac{\text{ÜP1} \times 20\% + \text{ÜP2} \times 30\% + \text{ÜP3} \times 40\%}{\text{Gesamtjahrespunktmenge}}$$

ÜP: Überschreitungspunktmengen in der jeweiligen Degressionsstufe

Der Abzugsprozentsatz beschreibt den statistischen Degressionsanteil an den Honorarpunkten des Leistungsjahres. Mit ihm werden die Honorarforderungen des Zahnarztes gegen die KZV multipliziert. Damit finden die unterschiedlichen Punktwerte der einzelnen Krankenkassen und Leistungsbereiche sowie Zuzahlungen durch die Patienten Berücksichtigung.

Bei der Berechnung des Degressionsbetrages werden konservierend-chirurgische Leistungen und PAR/KB zu 100 % berücksichtigt. Hingegen gehen Punktmengen der Leistungen im Bereich Zahnersatz ab dem Jahr 2000 in Höhe von 60 % und im Bereich Kieferorthopädie in Höhe von 80 % in die Degressionsberechnung ein.

Korrekturen

Ergebnisse von sachlich-rechnerischen Berichtigungen, gebührenord-

nungsmäßigen Richtigstellungen oder Wirtschaftlichkeitsprüfungen führen zu einer Neuberechnung des Degressionsbetrages.

Eine Neuberechnung wird nach Beendigung dieser Verfahren von Amts wegen durch die KZV Thüringen durchgeführt. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass die jeweiligen Bescheide bestandskräftig sind und die Buchung bzw. die Buchungsmittelung vorgenommen wurde.

Zu beachten ist, dass es sich bei Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren, Verfahren zur sachlich-rechnerischen Berichtigung und Degressionsverfahren um jeweils eigenständige Verwaltungsverfahren handelt. Demzufolge sind die Bescheide über Honorarkürzungen auch jeweils gesondert mit dem Rechtsbehelf des Widerspruchs anfechtbar. Das heißt, die dann daraus folgende Degressionsberechnung kann nicht damit angegriffen werden, die inzwischen bestandskräftige Wirtschaftlichkeitsprüfung sei rechtswidrig. Genauso kann nicht die Wirtschaftlichkeitsprüfung kritisiert werden, weil die Degression nicht berücksichtigt worden sei. Beide Verfahren sind selbständig, wobei die Wirtschaftlichkeitsprüfung die Grundentscheidung zur Neuberechnung der Degression darstellt, die insoweit dann gebunden ist.

Durchführung der Degression

Ob eine Thüringer Zahnarztpraxis in Degression ist, wird nach jeder Quartalsabrechnung festgestellt, d. h. es wird geprüft, ob Zahnärzte die Punktmengengrenzen überschritten haben. Ist dies der Fall, werden die Degressionsbeträge zu diesem Zeitpunkt vorläufig berechnet und belastet.

Änderungen der Praxisstruktur können zu Veränderungen führen, welche dann bei der nächsten Degressionsüberprüfung berücksichtigt werden. Ein Ausgleich der Beträge erfolgt immer mit der nächst folgenden Quartalsabrechnung.

Degressionsgutschriften, die sich aufgrund von Berichtigungen wegen Wirtschaftlichkeitsprüfungen, sachlich-rechnerischer Berichtigungen oder gebührenordnungsgemäßen Richtigstellungen ergeben, werden jeweils in derjenigen Quartalsabrechnung berücksichtigt, in welcher auch die Honorarkürzungen aus diesen Verfahren gebucht werden.

Widerspruchsrecht

Das Degressionsverfahren stellt einen Eingriff in die Rechte des einzelnen Vertragszahnarztes auf Zahlung der Vergütung (mittels eines belastenden Verwaltungsaktes) dar, welcher mit dem Rechtsbehelf des Widerspruchs angegriffen werden kann. Diesbezüglich ist darauf zu verweisen, dass ein solcher Widerspruch keine aufschiebende Wirkung entfaltet. Dies folgt unter anderem aus der Formulierung des § 85 Abs. 4 f SGB V, wonach den Krankenkassen ein Zurückbehaltungsrecht in Höhe von 10 % gegenüber jeder Forderung der KZV zusteht, solange die KZV ihrer Verpflichtung zur Auszahlung der degressionsbedingten Honorarkürzungen an die Krankenkassen nicht nachkommt. Dieses Zurückbehaltungsrecht übersteigt jedoch um ein Vielfaches diejenigen Beträge, die den Krankenkassen aus Degression gutzuschreiben sind.

Sollten weitere Fragen bestehen, steht Ihnen die verantwortliche Mitarbeiterin der Verwaltung der KZV Thüringen, Frau Hintze (Tel. 0361/6767-116) gerne zur Verfügung.

Vertreterversammlung

der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen

Gemäß § 6 Abs. 5 der Satzung der KZV Thüringen wird bekanntgegeben, dass eine Vertreterversammlung der KZV Thüringen stattfindet.

TERMIN
Sa., 28. Oktober 2000

ORT
Airport-Hotel
Binderslebener Landstr. 100, 99092 Erfurt

Themen zur Tagesordnung können bis 6 Wochen vor Beginn der Vertreterversammlung (bis zum 16. September 2000) schriftlich durch den Vorstand, die Mitglieder der Vertreterversammlung oder die Kreisstellen bei der Geschäftsstelle der KZV Thüringen, Theo-Neubauer-Str. 14, 99085 Erfurt eingereicht werden.

Dr. med. dent. Rolf Gäbler
Vorsitzender der Vertreterversammlung

Information der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen und der DBV-Winterthur Krankenversicherung AG an alle Thüringer Zahnärzte, die ihre private Krankenversicherung im Gruppenversicherungsvertrag der KZV Thüringen versichert haben

Im Rahmen des GKV Gesundheitsreformgesetzes 2000 sind verschiedene Änderungen für versicherte Personen in der privaten Krankenversicherung eingeführt worden. Unter anderem ist der 10 %-ige gesetzliche Zuschlag auf den Monatsbeitrag der privat Krankenversicherten von besonderem Interesse (Versicherungsaufsichtsgesetz § 12 Abs. 4a; § 12e; § 12e Ziffer 4).

Dieser dient, zusammen mit den bisherigen von den Privaten Krankenversicherungsunternehmen seit Jahren eingeleiteten Maßnahmen, zur Beitragsstabilität der Krankenversicherungsbeiträge im Alter. Damit soll erreicht werden, dass die Beiträge ab dem 65. Lebensjahr konstant bleiben. Sollten darüber hinaus noch finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, sollen diese zur Beitragssenkung ab dem 80. Lebensjahr eingesetzt werden.

Der gesetzliche Zuschlag betrifft nicht alle Tarife, sondern bezieht sich nur auf die substitutive Krankheitskostenversicherung, also die Vollversicherungen, die die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ersetzt.

Nicht betroffen sind: Ergänzungs- und Zusatzversicherungen wie: Pflegegeld-, Pflegepflicht-, Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Auslandsreisekranken- und Anwartschaftsversicherung; auch Ausbildungstarife, Beamtenanwärtertarife und der Beitragssicherungsplan.

Dieser gesetzliche Zuschlag ist vom 21. bis zum 60. Lebensjahr zu entrichten.

Die Umsetzung der Zuschlagsregelung ist folgendermaßen vorgesehen:

Neukunden, die ab 02.01.2000 eine private Krankenversicherung ab-

Amtliche Mitteilung:

**Geschäftsstelle des Landes-
ausschusses der Zahnärzte und
Krankenkassen in Thüringen**

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

Bezug nehmend auf die erfolgte Veröffentlichung zur Versorgungsgradfeststellung und der Bestimmungen des SGB V §§ 100 und 101 in Verbindung mit §§ 15 und 16b ZV-Z ergeben sich nach der Sitzung des Zulassungsausschusses am 07.06.2000 keine Veränderungen bezüglich der Anordnung/Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen.

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

gez. Günther Schroeder-Printzen
Vorsitzender des Landesausschusses

schließen, müssen diesen 10 %-igen gesetzlichen Zuschlag ab sofort bezahlen.

Alle Kunden, die schon vorher versichert waren, werden im Laufe dieses Jahres informiert, dass der Zuschlag innerhalb der nächsten 5 Jahre, beginnend ab 01.01.2001, in 2 %-Sprüngen bis auf 10 % des Beitrages zu zahlen ist. Allerdings haben die Kunden als Versicherungsnehmer ein Widerspruchsrecht. Widersprechen sie dem Zuschlag, entfällt dieser für die gesamte Vertragsdauer. Dieses Widerspruchsrecht wird von den Versicherten je nach persönlicher Situation (Familienstand, Alter) in unterschiedlicher Weise wahrgenommen werden.

Die Höhe des gesetzlichen Zuschlages wird vom monatlichen Zahlbeitrag berechnet. Das bedeutet, dass Beitragserhöhungen während der 5-

jährigen Zuschlagserhöhung mit berücksichtigt werden. Dagegen werden bestehende **Risikozuschläge** nicht mit dem Zuschlag belegt.

Bei Gruppenversicherungsverträgen können formal gesehen die Versicherungsnehmer das **Widerspruchsrecht** ausüben, das heißt also die KZV Thüringen als Vertragspartner der DBV-Winterthur. Dies ist unseres Erachtens möglicherweise nicht sachgerecht und entspricht nicht den Intentionen der Versicherten, die eine Entscheidung sicherlich für sich alleine treffen wollen.

Daher haben die KZV Thüringen und die DBV Winterthur Krankenversi-

cherung AG vereinbart, das Widerspruchsrecht auf die im Gruppenversicherungsvertrag versicherten Personen zu übertragen, so dass die Entscheidung für oder gegen den Zuschlag dem einzelnen Versicherten überlassen wird.

Dies stimmt auch mit der seit Jahren praktizierten Verfahrensweise (direkter Kontakt der DBV-Winterthur zu den versicherten Personen bei Leistungsabrechnung, Vertragsänderungen, Beitragsrückerstattung und anderes mehr) überein. Zudem bleibt die Entscheidung für oder gegen den Zuschlag dem einzelnen Versicherten überlassen. Dies scheint uns auch

wichtig in Anbetracht der Höhe des Zuschlages.

Die versicherten Kunden erhalten im September/Oktober 2000 die offizielle Information der DBV Winterthur Krankenversicherung AG. Dann können Sie entscheiden, ob Sie den gesetzlichen Zuschlag zahlen oder der Erhöhung des Beitrages widersprechen wollen.

Mit freundlichen Grüßen

*Kassenzahnärztliche Vereinigung
Thüringen*

*DBV-Winterthur
Krankenversicherung AG*



Nachruf

Wir trauern um

Dr. med. dent. Dieter Köberich

geboren am 29. Januar 1930 – verstorben am 14. Juli 2000

Mit großer Trauer hat uns die Nachricht vom Ableben unseres geschätzten Kollegen Dr. Dieter Köberich erfüllt.

Am 14. Juli verstarb er im Alter von 70 Jahren nach langer, schwerer Krankheit.

Geboren am 29. Januar 1930 als Sohn des Zahnarztes Arno Köberich in Vacha, legte Dieter Köberich 1948 dort das Abitur ab. Da ihm das Studium in der DDR auf Grund seiner sozialen Herkunft verwehrt wurde, ging er 1949 nach Würzburg, um Zahnheilkunde zu studieren. Im Jahr 1953 schloss er das Studium erfolgreich mit der Approbation und Promotion ab.

Von 1953 bis 1956 war er als Assistenz Zahnarzt in Burgkunstadt und Münchberg in Oberfranken tätig. In dieser Zeit lernte Dr. Dieter Köberich seine spätere Frau Sigrid Wunderlich kennen.

1956 heirateten sie und im gleichen Jahr kam ihre Tochter Jutta zur Welt. 1958 wurde ihr Sohn Ralph geboren, der später auch in die Fußstapfen seines Vaters treten sollte. Schon im Jahr 1956 siedelte Familie Köberich in die damalige DDR über, um die väterliche Zahnarztpraxis zu übernehmen. Dieses Vorhaben war jedoch mit großen Schwierigkeiten verbunden. Herr Dr. Köberich musste sich erst als angestellter Zahnarzt im staatlichen Gesundheitswesen der DDR „bewähren“, ehe der Übernahme der Zahnarztpraxis seines Vaters durch die Staatsorgane zugestimmt wurde.

Erst ab 1962 war er als niedergelassener Zahnarzt in Vacha tätig. In den 60er Jahren begann Dr. Köberich auch seine ehrenamtliche Mitarbeit in der damaligen Abrechnungsstelle der niedergelassenen Zahnärzte in Erfurt. Diese Tätigkeit sollte für uns alle von großem Nutzen sein. Vom 15.12.1990 bis zum 29.6.1991 wurde er zum Vorstandsvorsitzenden der KZV Thüringen e. V. gewählt.

Ab dem 1. März 1991 praktizierte er gemeinsam mit seinem Sohn in seiner Praxis. Am 3. Mai 2000 konnte das 80-jährige Jubiläum der Zahnarztpraxis Köberich in Vacha gefeiert werden.

In der ersten Vertreterversammlung der neu gegründeten KZV Thüringen als Körperschaft

des öffentlichen Rechts wurde Herr Dr. Dieter Köberich im Jahr 1991 mit überwältigender Mehrheit in den Vorstand und zu dessen 1. Vorsitzenden gewählt.

Er baute die Selbstverwaltung der Thüringer Zahnärzte auf und errang in Thüringen und bundesweit hohes Ansehen. Auch nach seinem Ausscheiden im Jahre 1995 war er als Mitglied der Vertreterversammlung der KZVTh bis zum Ende des Jahres 1998 engagiert tätig. Bis zu seinem Tode verfolgte er die gesundheits- und standespolitische Entwicklung in unserem Land und stand vielen Kolleginnen und Kollegen mit Rat und Tat zur Seite. Sein herzliches Wesen, sein kollegiales Verhalten und sein ausgesprochener Sinn für Gerechtigkeit haben ihm bei seinen vielen Freunden, seinen Kollegen und Patienten Respekt und hohe Anerkennung eingetragen.

Die Vertreterversammlung der KZVTh, die Vorstände von KZVTh und LZKTh, der Landesverband Thüringen des FVDZ und die gesamte Zahnärzteschaft des Landes Thüringen gedenken seiner mit großer Hochachtung.

*Dr. Rolf Gäbler
Vorsitzender der Vertreterversammlung*

Ausschreibungen

Gemäß § 103 Abs. 4 SGB V wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Landkreis Gotha **ab 7. September 2000** ein Vertragszahnarztsitz in

Günthersleben

ausgeschrieben.

Bewerbungen und Anträge an den Zulassungsausschuss müssen zur ordnungsgemäßen Bearbeitung spätestens 14 Tage vor dem Sitzungstermin vollständig in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses, bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen, Theo-Neubauer-Straße 14, 99085 Erfurt, vorliegen. Die nächste Sitzung ist auf den 6. September 2000 terminiert.

Gemäß § 103 Abs. 4 SGB V wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Weimar-Stadt **ab 1. Februar 2001** ein Vertragszahnarztsitz in

Weimar

ausgeschrieben.

Bewerbungen und Anträge an den Zulassungsausschuss müssen zur ordnungsgemäßen Bearbeitung spätestens 14 Tage vor dem Sitzungstermin vollständig in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses, bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen, Theo-Neubauer-Straße 14, 99085 Erfurt, vorliegen. Die nächste Sitzung ist auf den 6. September 2000 terminiert.

Gemäß § 103 Abs. 4 SGB V wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Kyffhäuserkreis **ab 7. September 2000** ein Vertragszahnarztsitz in

Sondershausen

ausgeschrieben.

Bewerbungen und Anträge an den Zulassungsausschuss müssen zur ordnungsgemäßen Bearbeitung spätestens 14 Tage vor dem Sitzungstermin vollständig in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses, bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen, Theo-Neubauer-Straße 14, 99085 Erfurt, vorliegen. Die nächste Sitzung ist auf den 6. September 2000 terminiert.

Gemäß § 103 Abs. 4 SGB V wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Saalfeld-Rudolstadt **ab 1. Januar 2001** ein Vertragszahnarztsitz in

Rudolstadt

ausgeschrieben.

Bewerbungen und Anträge an den Zulassungsausschuss müssen zur ordnungsgemäßen Bearbeitung spätestens 14 Tage vor dem Sitzungstermin vollständig in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses, bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen, Theo-Neubauer-Straße 14, 99085 Erfurt, vorliegen. Die nächste Sitzung ist auf den 13. Dezember 2000 terminiert.

Gemäß § 103 Abs. 4 SGB V wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Landkreis Gotha **ab 1. Dezember 2000** ein Vertragszahnarztsitz in

Georgenthal

ausgeschrieben.

Bewerbungen und Anträge an den Zulassungsausschuss müssen zur ordnungsgemäßen Bearbeitung spätestens 14 Tage vor dem Sitzungstermin vollständig in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses, bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen, Theo-Neubauer-Straße 14, 99085 Erfurt, vorliegen. Die nächste Sitzung ist auf den 6. September 2000 terminiert.



Fachschaft Zahnmedizin der Friedrich-Schiller-Universität Jena

Alle eingeschriebenen Zahnmedizin-Studenten – das sind an der Friedrich-Schiller-Universität Jena in diesem Jahr insgesamt 350 – bilden die Fachschaft einer Fakultät und wählen einmal im Studienjahr ihre Vertreter: den Fachschaftsrat. Dieser besteht bei den Zahnmedizinern zur Zeit aus acht Personen aus drei der fünf Studienjahre.

Wir stehen den unteren Semestern mit Rat und Tat zur Seite, denn in allen das Studium betreffenden Fragen wird gerne das Wissen der höheren Semester in Anspruch genommen – und weitergegeben. Dies fängt bereits mit den Tutoren an, die den Neankömmlingen jeweils im Oktober Jena und ihre Alma mater näher bringen und auch danach noch vielgefragte Ansprechpartner bleiben bei Testaten, Klausuren und Prüfungen. Gemeinsame Bestellungen von Ausstattung und Materialien über unser Büro senken die nicht ganz unerheblichen Ausgaben.

Natürlich sind wir auch Bindeglied zu den Professoren, denen der Kontakt zu ihren Studenten ebenfalls sehr am Her-

zen liegt: Als Besonderheit darf es gelten, dass unter Direktor Prof. Dr. Heinz Graf Studenten an der monatlich stattfindenden Leitungssitzung des ZZMK teilnehmen und sich so seit jeher in die unmittelbare Leitungstätigkeit einbringen dürfen.

Im Sommersemester 2000 erfolgt erstmals am ZZMK eine Evaluation der Lehre. In den von uns erarbeiteten Fragebögen nehmen die Studenten Stellung zu den abgehaltenen Veranstaltungen (Vorlesungen, Seminare, Praktika). Ziel ist nicht eine persönliche Abrechnung, sondern das Auffinden von Schwachpunkten in der Ausbildung und deren Beseitigung.

Gelegentlich veranstaltete Fortbildungsveranstaltungen, die Betreuung von Gaststudenten und der Kontakt zu den Fachschaften anderer Universitäten runden unsere Tätigkeit ab. Hierzu wird jedes Semester eine Bundesfachschaftstagung Zahnmedizin abgehalten, bei der jeweils eine andere Universität Ausrichter ist. Nach dem Umzug in unsere neue Zahnklinik haben wir uns im Sommer

2000 zum Ausrichter bereiterklärt, um die neuen Räumlichkeiten und – in einer Vortragsreihe – das Forschungsprofil der FSU Jena vorzustellen.

Natürlich darf auch der Spaß nicht zu kurz kommen, so dass wir einmal je Semester eine „Zahni-Party“ durchführen, bei der zuletzt mehr als 500 Gäste anwesend waren.

Dies alles wäre nicht möglich ohne den Verein zur Förderung von Lehre und Forschung in der Zahnmedizin, der immer ein offenes Ohr hat für die Fachschaft und uns nach Kräften unterstützt: Die Organisation der BuFaTa z. B. wurde uns wesentlich erleichtert durch den neuen PC, der uns zu diesem Anlass gestiftet wurde.

Dieter Börner
Fachschaft Zahnmedizin der FSU Jena

Kontaktadresse:
Fachschaft.Zahnmedizin@med.
uni-jena.de

Bundesfachschaftstagung Zahnmedizin Jena 2000 2.-4.06.2000

Da saßen wir nun im Hotel im EXPO-Gebiet von Jena und warteten auf unsere 190 angemeldeten Gäste. Der Rost brannte, das Jenaer Wetter zeigte sich von seiner besten Seite und nach und nach trafen sie alle ein. Gestärkt von Thüringer Würstchen ging es um 20.00 Uhr zum Empfang ins Jenaer Rathaus. Da Oberbürgermeister Dr. Röhlinger verhindert war, wurden wir von Dr. Haroske als Vertreter der Stadt empfangen und erfuhren Wissenswertes über die

Geschichte Jenas. Die Begrüßung von Seiten der Universität erfolgte durch Prof. Wiederanders, Dekan der medizinischen Fakultät, dessen Kindheit den Zuhörern jedoch Rätsel aufgab. Nach einem Sektempfang, gesponsert von Geldermann, saßen die Gäste noch lange gesellig in der Ratszeise beisammen.

Der Samstagmorgen begann um 9.30 Uhr in der Aula des Universitätshauptgebäudes mit einem Grußwort von Prof.

Glockmann. Danach betonte Dr. Pietzsch, Thüringer Minister für Soziales, Familie und Gesundheit, wie wichtig es ist, dass Studenten sich engagieren und aktiv für Ihre Belange eintreten. Sehr erfreulich war das eindeutige Bekenntnis zum Standort Jena als Ausbildungsstätte der Zahnmedizin. Das persönliche Gespräch mit dem Minister konnte in der anschließenden Kaffeepause gesucht werden.



Klinikführung in der Bachstraße:
Phantomraum

In zwei wissenschaftlichen Vortragsreihen konnten die Forschungsleistungen an unserem Klinikum eindrucksvoll dargestellt werden. Hierbei wurde darauf geachtet, neben Professoren auch junge Doktoren und Doktoranden zu hören, um ein breites Spektrum unserer Mitarbeiter aufzuzeigen. Eine Fachausstellung war beliebter Anlaufpunkt zwischen den Veranstaltungen.

Als Highlight darf auch die Aussprache der Fachschaften gewertet werden, in der die Vertreter die Lage an ihren Hochschulen schildern. Wieder stand Jena in einem sehr guten Licht: Lange Wartezeiten und Verlosung von Kursplätzen sind in Jena nur vom Hörensagen bekannt, die Durchfallquoten liegen vergleichsweise niedrig und auch die Ausstattung unserer neuen Zahnklinik und die Versorgung der Studenten mit Material in den Vorklinischen Kursen sind beispielhaft.

In Münster musste die Fachschaft schon Laborgeräte anschaffen, weil der Klinik kein Geld zur Verfügung steht.

Es gibt aber auch Erfreuliches zu berichten, so z. B. Klinikneubauten in Würzburg und Tübingen. Das problemorientierte Lernen wird in Dresden in einem Projekt mit der Harvard-Universität erprobt und ein Aufbaustudiengang Parodontologie wurde in München eingeführt.

Zum Mittagessen konnten wir den Innenhof des Hauptgebäudes nutzen und wie zuvor von der Aula schon, waren die Teilnehmer sehr angetan vom Ambiente des ehrwürdigen Gebäudes.

Die „Ehemaligen“ nutzten die Gelegenheit, um die Reize Jenas zu erkunden: Eine Wanderung zum Fuchsturm oder an den Schleiersee standen auf dem Programm, andere zog es in die schattige Atmosphäre des Jenaer Planetariums.

Im Abschlussplenum wurden die in verschiedenen Arbeitsgruppen am Nachmittag erarbeiteten Ergebnisse vorgestellt: Eine Internetplattform mit Links zu allen Fachschaften wird angestrebt, Evaluation ist an vielen Universitäten üblich und wird in diesem Semester erstmals auch in Jena im Bereich Zahnmedizin durchgeführt. Auf Grund der steigenden Zahl von Auslandsfamulaturen bietet der ZAD (Zentraler Austausch Dienst) neue, interessante Aufenthaltsorte wie z. B. Kamerun, an.

Nach einer kurzen Verschnaufpause konnten wir unseren Gästen im Biergarten des Gasthauses „Zur Noll“ trotz Gewitterregens ein Buffet mit Thüringischen Spezialitäten bieten. Im Haus der

Gewerkschaft wurde dann mit den „Space Hobos“ und mit DJ Dirk und den „Schönen Tönen“ bis spät in die Nacht getanzt.

Am Sonntag gab es dann noch eine Klinikführung. Begeisterung auch hier: klimatisierter Behandlungssaal, digitales Röntgen, Zentralsterilisation für die Instrumententrays und der zentrale Aufnahmearzt für neue Patienten, das alles in so heller und freundlicher Atmosphäre, ist längst nicht selbstverständlich. Auch die Vorklinik in den alten Räumlichkeiten in der Bachstraße muss sich nicht verstecken: moderner Phantomraum mit KaVo – Phantomen und Videodemonstration, die gut ausgestattete Studententechnik und auch die Zahntechnik, mit Laserschweißgerät, Titan-gussanlage, Empressgerät, sind auf dem heutigen Stand der Technik.

Ein besonderer Dank gilt dem Förderverein unseres Klinikums, der der Fachschaft einen neuen PC zur Verfügung gestellt hat, der uns bei der Organisation dieser BuFaTa sehr behilflich war. Dank Anschluss ans Netzwerk des Klinikums ist die Erstellung und Pflege einer eigenen Homepage möglich.

Weiterhin danken wir allen Referenten und den zahlreichen Helfern und Helferinnen, ohne die ein so reibungsloser Verlauf nicht möglich gewesen wäre.

Ulrike Nestler / Dieter Börner
Fachschaft Zahnmedizin der FSU Jena

Kontaktadresse:
Fachschaft.Zahnmedizin@med.uni-jena.de



Rundgang durch die neue Zahnklinik „An der alten Post“



Empfang auf Thüringisch an der Mensa



Fortbildungsthemen im tzb zum Heraustrennen und Sammeln

Betreuung des Kariesrisiko-Patienten

Teil 2:

Methoden zur Kariesrisiko-Einschätzung

Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde/ Bereich Erfurt
Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde

Betreuung des Kariesrisiko-Patienten

Teil 2: Methoden zur Kariesrisiko-Einschätzung

R. Heinrich-Weltzien, J. Kühnisch, S. Kneist und L. Stößer

Allgemeine und klinische Aspekte zum Kariesrisiko

Da die multifaktoriell bedingte Kausalität der Karies bislang eine sichere Erkrankungsprognose anhand eines einzelnen Risikoprädiktors begrenzt, ergibt sich die Konsequenz, neben einer differenzierten diagnostischen Erfassung manifester und initial kariöser Läsionen auch allgemeinmedizinische, verhaltensbedingte und sozio-ökonomische Befunde zu berücksichtigen. Obwohl alle anamnestischen Angaben des Patienten subjektiv sind, vervollständigen sie doch das „Bild vom Patienten“ und werden einem ganzheitlichen zahnmedizinischen Betreuungsansatz gerecht.

Epidemiologische Studien zeigten in den vergangenen Jahren, dass Bevölkerungsgruppen mit einem niedrigeren Bildungsniveau und Sozialstatus, ältere und alte Patienten mit einem reduzierten Allgemeinzustand, geistig und körperlich Behinderte sowie ethnische Minderheiten eine deutlich schlechtere Zahngesundheit aufweisen als die „Normalpopulation“ (Micheelis und Reich 1999). Während ältere und alte Menschen sowie Patienten mit einer Behinderung nicht oder nur bedingt in der Lage sind, eine optimale Mundhygiene aufrechtzuerhalten, werden ein mangelndes orales Gesundheitsbewusstsein, eine unzureichende Mundhygiene, zahnschädigende Ernährungsgewohnheiten und eine nur sporadische Inanspruchnahme zahnärztlicher Betreuungsangebote als Ursachen der erhöhten Kariesaktivität in sozio-ökonomisch benachteiligten Populationen diskutiert (Kühnisch et al. 1998). Bereits bei der Anamneseerhebung und der kli-

nischen Routineuntersuchung kann der Zahnarzt zahlreiche Hinweise auf ein erhöhtes Kariesrisiko seines Patienten erhalten. In der Regel finden sich:

- deutlich sicht- und quantifizierbare Plaque,
- eine ausgeprägte plaquebedingte Gingivitis,
- zahlreiche initial kariöse Läsionen,
- Zahnstellungsanomalien,
- ein unzureichender Gebrauch fluoridhaltiger Präparate,
- ein häufiger Genuss kariogener Nahrungsmittel sowie Getränke und/oder
- eine reduzierte Speichelfließrate (Xerostomie).

Der bisherige Kariesbefall, manifestiert als

- aktive kariöse Läsionen,
- vielen und mehrflächigen Füllungen,
- endodontisch behandelten Zähne und/oder

→ Zahnextraktionen infolge umfassender kariöser Destruktion,

wird aber nach wie vor als der stärkste klinische Prädiktor des zukünftigen Kariesbefalls des Patienten angesehen (Powell 1998). Das Wissen um die Gesamtheit dieser Risikofaktoren erlaubt vor allem dem Familienzahnarzt, der seine Patienten langjährig betreut, eine gute Kariesrisiko-Einschätzung. Die Richtigkeit der Kariesvorhersage ist dabei für Kinder mit vorangegangener Karieserfahrung mit 80 % sehr viel genauer als bei Kariesfreien (50 %), so dass dem Zahnarzt empfohlen wird, die Unzulänglichkeiten seiner subjektiven Kariesrisiko-Einschätzung durch Einbeziehung zusätzlicher diagnostischer Tests zu verbessern (Heinrich-Weltzien et al. 1998a, Kneist et al. 1998a und 1998b).

Einem präventivmedizinischen Risikoverständnis folgend, kann eine Kariesvorhersage nur bei der Abwesenheit einer Erkrankung, also bei kariesfreien Patienten erfolgen. Aus diesem Grundverständnis heraus ist Methoden, die auf den Kariesbefall als Prädiktor der

Anforderungen an Methoden zur Kariesrisiko-Einschätzung
■ Der bisherige Kariesbefall sollte kein Prädiktor für das Kariesrisiko sein
■ Definition des Kariesrisikos
■ Hohe Sensitivität und Spezifität (Vorhersagegenauigkeit)
■ Gute Praktikabilität
■ Hohe Nutzen-Kosten-Relation

Tab. 1: Grundsätzliche Anforderungen an Methoden zur individuellen Kariesrisiko-Einschätzung in der zahnärztlichen Praxis; modifiziert nach Überla et al. (1981).

Kariesrisiko-Einschätzung verzichten, der Vorzug zu geben.

Allgemeine Forderungen an Verfahren zur Kariesrisiko-Einschätzung formulieren die Notwendigkeit der Definition des diagnostischen Schwellenwertes – „Was ist ein Kariesrisiko?“. Darüber hinaus sollte das Verfahren eine hohe Sensitivität, Spezifität, gute Praktikabilität und insgesamt eine hohe Nutzen-Kosten-Relation aufweisen (Tab. 1). Methoden, die mit einer Genauigkeit von mehr als 80 % kariesgefährdete Patienten richtig erkennen, besitzen eine gute Aussagekraft und können für den Einsatz in der zahnärztlichen Praxis empfohlen werden (Hausen 1997).

Aus der Sicht einer frequentierten kasenzahnärztlichen Praxis ist allerdings eine klare Ja- oder Nein-Entscheidung zum Kariesrisiko wünschenswert, da diese Differenzierung Grundlage für die bedarfsgerechte Präventivbetreuung der Patienten ist.

Kariesrisiko-Einschätzung auf der Grundlage des Kariesbefalls

Das seit 1993 in der Bundesrepublik Deutschland etablierte Verfahren der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) zur Identifikation von kariesgefährdeten 2- bis 12-jährigen Kindern definiert einen altersbezogenen Kariesgrenzwert, nach dessen Überschreitung ein Kind als besonders kariesgefährdet eingestuft wird (Tab. 2). Dabei wird von der Annahme ausgegangen, dass Kinder mit einem

hohen Kariesbefall in der Vergangenheit auch zukünftig ein hohes Kariesrisiko besitzen. Das Vorgehen zielt vorrangig auf die Auffindung der epidemiologischen Kariesrisiko-Gruppe ab – also die 30 % der Kinder, die 70 bis 80 % des

Altersgruppe	Erhöhtes Kariesrisiko, wenn
2- bis 3jährige	dmft > 0
4jährige	dmft > 2
5jährige	dmft > 4
6- bis 7jährige	dmft/DMFT > 5 oder DT > 0
8- bis 9jährige	dmft/DMFT > 7 oder DT > 2
10- bis 12jährige	DMPS an Approximal-/ Glattflächen > 0

Tab. 2: Altersbezogene Grenzwerte des Kariesbefalls zur Erfassung von Kindern mit einem erhöhten Kariesrisiko – Empfehlung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (1993).

<p>Niedriges Kariesrisiko</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Eine kariöse Läsion innerhalb des letzten Jahres ■ Flaches Fissurenrelief ■ Versiegelte Fissuren/Grübchen ■ Gute Zahn- und Mundhygiene ■ Angemessene Fluoridverabreichung ■ Regelmäßige Zahnarztbesuche
<p>Moderates Kariesrisiko</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Eine kariöse Läsion innerhalb des letzten Jahres ■ Zerklüftetes Fissurenrelief ■ Befriedigende Mundhygiene ■ Keine Fluoridverabreichung ■ Initial- und/oder Approximalkaries ■ Unregelmäßige Zahnarztbesuche ■ Kieferorthopädische Behandlung
<p>Hohes Kariesrisiko</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ≥ 2 kariöse Läsionen innerhalb des letzten Jahres ■ Vorkommen von Glattflächenkaries ■ Mutans-Streptokokken-Anzahl >10⁷CFU/ml Speichel ■ Tiefe Fissuren/Grübchen ■ Keine Fluoridverabreichung ■ Schlechte Zahn- und Mundhygiene ■ Häufiger Zuckerkonsum ■ Unregelmäßige Zahnarztbesuche ■ Geringe Speichelfließrate ■ Nursing Bottle Syndrom

Tab. 3: Empfehlung der American Dental Association zur Klassifikation des Kariesrisikos (Kosden 1995).

Kariesbefalls auf sich vereinen. Dieses Ziel ist eine gesundheitspolitische Vorgabe und resultiert vor allem aus den begrenzten personellen und materiellen Betreuungsressourcen im öffentlichen Gesundheitsdienst.

Die Empfehlung der American Dental Association (ADA) zur Klassifikation des individuellen Kariesrisikos berücksichtigt vordergründig den Karieszuwachs eines Patienten (Kosden 1995). Die Entwicklung einer kariösen Läsion innerhalb des letzten Jahres wird dabei mit einem geringen bzw. mittleren Kariesrisiko und die von zwei und mehr aktiven Kariesläsionen mit einem hohen Kariesrisiko assoziiert. Darüber hinaus bezieht die Empfehlung anamnestiche, soziale, klinische und mikrobiologische Einflussfaktoren ein (Tab. 3) und geht damit deutlich über die DAJ-Empfehlungen hinaus.

Kritikwürdig an beiden Verfahren ist grundsätzlich, dass bereits manifeste kariöse Schäden vorliegen müssen, bevor ein Kariesrisiko diagnostiziert werden kann. Allen Möglichkeiten, dem kariösen Prozess präventiv zu begegnen, wird eine zu geringe bzw. gar keine Chance eingeräumt. Eine Kariesrisiko-Einstufung von kariesfreien Kindern kann mit beiden Verfahren nicht vorgenommen werden.

Kariesrisiko-Einschätzung auf der Grundlage initial kariöser Läsionen

Von dem Gedanken, den zukünftigen Kariesbefall bei Kindern und Jugendlichen ohne die bisherige kariöse Destruktion, mikrobielle Befunde sowie sozio-ökonomische Faktoren prognostizieren zu können, ließ sich die schweizerische Arbeitsgruppe um Marthaler leiten. Im Ergebnis ihrer Forschungsarbeit wurde die Dentoprog-Methode entwickelt, die die Anzahl gesunder Milchmolaren, braun verfärbter Fissuren sowie bukkaler und lingualer Entkalkungen der Glattflächen erster bleibender Molaren als Prädiktoren eines Kariesrisikos verwendet (Brändle et al. 1992). Die aktuellen Formeln der Dentoprog-Metho-

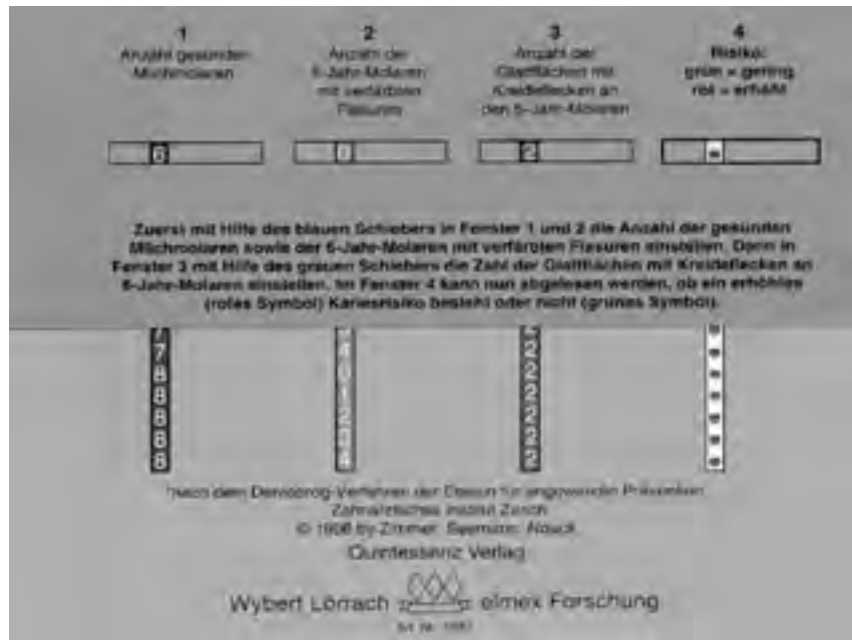


Abb. 1: Schieber zur Karies-Risikobestimmung; © Zimmer, Seemann, Noack (1996) Quintessenz Verlag, Art. Nr. 1981.

wendige Rechenarbeit und ist in der zahnärztlichen Praxis problemlos einsetzbar. Dem Kind kann anhand des traurigen roten oder lachenden grünen Gesichts sein aktuelles Kariesrisiko oder Nicht-Risiko sofort bildlich veranschaulicht werden (Zimmer et al. 1997).

Mikrobiologische Methoden zur Kariesrisiko-Einschätzung

Die kulturelle Anzucht von Mutans-Streptokokken und Laktobazillen mit einem chair-side-Test ist gegenwärtig die einfachste, sicherste und kostengünstigste Methode für die zahnärztliche Praxis, um hohe kariogene Keimzahlen des Patienten frühzeitig zu erkennen.

Die seit Mitte der 70er und Ende der 80er Jahre (Larmas 1975; Jensen und Bratthall 1989) am weitesten verbreiteten Kultursysteme sind Dentocult®-SM und -LB (Tab. 6). Beim S. mutans-Nachweis mit dem Dentocult®-SM-Test werden die adhärenenden Eigenschaften von Mutans-Streptokokken zusammen mit ihrer selektiven Kulturförderung durch Mitis-salivarius-Bouillon mit Bacitracin genutzt. Unabhängig vom Wachstum anderer oraler Keime in der Bouillon können auf dem Plastikspatel nur Mutans-Streptokokken anwachsen.

Neu entwickelte Systeme (CRT, Cario-Check) gestatten im Vergleich zu allen bisher üblichen Tests den gleichzeitigen Nachweis von Mutans-Streptokokken und Laktobazillen (Abb. 2). Der CRT bedient sich eines verbesserten Selektivmediums für Mutans-

$DPW_{(1-10 \text{ Jahre})} = 100 - 12,5 \times \text{GesMM}$
$DPW_{(7-10 \text{ Jahre})} = 65,36 - 8,17 \times \text{GesMM} - 4,33 \times \text{VerFiss}$
$DPW_{(6-10 \text{ Jahre})} = 31,36 - 3,92 \times \text{GesMM} + 3,49 \times \text{VerFiss} + 5,1 \times \text{Kreidef}$

Tab. 4: Bewertung des Kariesrisikos nach der Dentoprog-Methode (Marthaler et al. 1997) auf der Grundlage altersbezogener Formeln (Anzahl gesunder Milchmolaren, GesMM; verfärbter Fissuren, VerFiss; Kreideflecken, Kreidef).

de können für die Altersgruppen der 5- bis 6-, 7- bis 8- und 9- bis 10-jährigen der Tabelle 4 entnommen werden (Marthaler et al. 1997).

Die Dentoprog-Methode wurde 1996 mit dem Schieber zur Karies-Risikobestimmung bei Verwendung gleicher Prädiktoren grafisch umgesetzt (Abb. 1). Dieser Schieber liefert eine Ja- oder Nein-Entscheidung zur vorliegenden Kariesgefährdung von 6- bis 9- und 10- bis 12-jährigen. Das Vorgehen ist einfach, erspart dem Untersucher im Vergleich zur Dentoprog-Methode auf-

Beide Methoden berücksichtigen ausschließlich Kariesvorstufen und ermöglichen damit eine präventive Intervention, bevor sich initial kariöse Läsionen an bleibenden Molaren zu einer Dentinkaries entwickelt haben. Die klinische Relevanz der Initialkaries als Kariesrisiko-Prädiktor wurde zuvor in verschiedenen Quer- und Längsschnittuntersuchungen bestätigt (Marthaler et al. 1990; Raadal und Espelid 1992; Heller et al. 1995; Heinrich-Weltzien et al. 1998b).

Kulturell
■ <i>Dentocult[®] SM Strip Mutans</i> (Orion Diagnostica, Finland)
■ <i>CRT[®]</i> (Vivadent, Liechtenstein; Doppeltest)
■ <i>CarioCheck[®] plus SM/LB</i> (Hain Diagnostika, BRD; Doppeltest)
■ <i>Cario-doc[®]</i> (Dentsply-DeTrey, BRD; Doppeltest)
Immunoassay
■ <i>Streptococcus-mutans-Elisa</i> (Autoimmun Diagnostika GmbH, BRD)
Molekularbiologische Techniken
■ <i>Streptococcus-mutans-PCR</i>

Abb. 6: Mikrobiologische Nachweismethoden für Mutans-Streptokokken.



Abb. 2: Der Doppel-Dip-Slide-Test CRT (Vivadent) zum Mutans-Streptokokken- und Laktobazillen-Nachweis.

Streptokokken, so dass deren Nachweisgrenze noch empfindlicher wurde und die Keimausbeute erhöht ist (Kneist et al. 1999). Der Vorzug dieser Kultursysteme liegt vor allem in der Zeiteinsparung für den Zahnarzt. Die Keimzahlen werden mit allen Kultursystemen semiquantitativ als Keimzahlklassen durch einen Bildvergleich bestimmt (Abb. 3 und 4).

Neuere Verfahren zur Ermittlung der Mutans-Streptokokkenzahl im Speichel beruhen auf der Antikörperbestimmung im Speichel (*S. mutans*-ELISA) bzw. dem molekulargenetischen Nachweis (*S. mutans*-PCR).

Bei dem *S. mutans*-ELISA-Test werden spezifische gegen *S. mutans* gerichtete IgA-, IgG- und IgM-Antikörper im Speichel des Patienten bestimmt. In

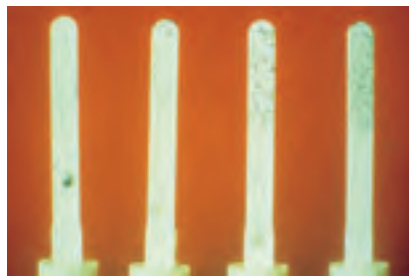


Abb. 3: Keimzahlklassen 0 bis 3 von Mutans-Streptokokken auf Dentocult Strip Mutans (Orion Diagnostica).



Abb. 4: Keimzahlklassen 0/1 bis 4 von Laktobazillen auf Dentocult LB (Orion Diagnostica).

Abhängigkeit von hohen bzw. niedrigen Keimzahlen im Speichel werden signifikant unterschiedliche Konzentrationen zwischen *S. mutans*-spezifischen Antikörpern aufgefunden und geben Aufschluss über ein zu erwartendes Kariesrisiko. Allerdings sind derzeit die Referenzbereiche für eine Kariesge-

fährdung noch strittig; insofern kann der *S. mutans*-ELISA-Test für die Praxis bis jetzt noch nicht empfohlen werden.

Empfindliche molekularbiologische Nachweismethoden haben in den letzten Jahren als Polymerase-Kettenreaktion (polymerase chain reaction, PCR) ebenfalls Eingang in die Zahnheilkunde gefunden. Der Vorteil der Keimzahlbestimmung mit *S. mutans*- und *S. sobrinus*-spezifischen DNA-Sonden liegt darin begründet, dass auch abgestorbene Bakterien, die sich einer „klassischen“ mikrobiellen Anzucht entziehen, nachgewiesen werden können. Die Nachweisgrenze der Methode liegt für *S. mutans* bei etwa 1000 Keimen je Probe und ist im Vergleich zur kulturellen Anzucht um etwa eine Zehnerpotenz höher. Neben der nachgewiesenen hohen Empfindlichkeit sind komplizierte Transportbedingungen unnötig und vereinfachen das Vorgehen.

Sowohl der ELISA- als auch die spezies-spezifische PCR sollten aus Gründen der Qualitätskontrolle, aber auch aus ökonomischen Erwägungen heraus dem klinischen Labor vorbehalten bleiben, in das der Zahnarzt den Patientenspeichel zur Untersuchung einlandet. Es bleibt weiterhin abzuwarten, ob sich der Zahnarzt solcher Testverfahren bedienen wird.

Neben der mikrobiologischen Keimzahlbestimmung umfassen kommerziell erhältliche Testkits auch das Equipment für die Bestimmung nichtbakterieller Speichelparameter, wie der Speichelfließrate und dem pH-Wert. Dabei stellt der Speichel-pH-Wert einen guten nichtbakteriellen Kariesrisiko-Prädiktor dar. Dennoch wird erst durch die Verknüpfung bakterieller und nichtbakterieller Speichelparameter eine höhere Genauigkeit der Kariesrisiko-Prognose erreicht (Stößer et al. 1998).

Mikrobiologische Speicheltests bzw. Vorsorgeuntersuchungen wurden in der Vergangenheit bezüglich ihrer prognostischen Aussagekraft kontrovers diskutiert. Sie werden jedoch heute als ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel für den Zahnarzt angesehen, um besonders in kariesaktiven Altersphasen bei kariesfreien bzw.

sanierten Kindern und Jugendlichen das Auftreten von hohen Speichelkeimzahlen zu erkennen und Präventivmaßnahmen einleiten zu können (Kneist et al. 1998a).

Mikrobiologische Vorsorgeuntersuchungen werden daher im

- Kleinkindalter (2. bis 3. Lebensjahr)
- 5./6. Lebensjahr vor Durchbruch des ersten bleibenden Molaren
- 11./12. Lebensjahr vor Durchbruch des zweiten bleibenden Molaren
- 13. bis 18. Lebensjahr beim Vorhandensein approximaler Initialläsionen

empfohlen.

Leitfaden zur Kariesrisiko-Einschätzung in der zahnärztlichen Praxis

Da aus wissenschaftlicher Sicht bislang keine Methode zur Kariesrisiko-Einschätzung allein den Qualitätsanforderungen einer Vorhersagegenauigkeit von mehr als 80 % entspricht und darüber hinaus auch universell in allen Altersgruppen einsetzbar ist, wird die Kombination einzelner Verfahren empfohlen (Powell 1998). Um die Entscheidungsfindung für den niedergelassenen Zahnarzt zu vereinfachen und einen routinemäßigen Ablauf zu gewähren, wurde neben dem Diagnostikschema (Abb. 5) ein „Befundblatt zur Kariesrisiko-Diagnostik bei 2- bis 17-Jährigen“ entwickelt (Abb. 6).

Der Kariesrisiko-Einschätzung muss dabei stets eine sorgfältige Kariesdiagnostik vorangestellt werden. Grundsätzlich ist es empfehlenswert, die visuelle Inspektion der Fissuren und Glattflächen regelmäßig durch beidseitige Bissflügel-Aufnahmen zur Detektion klinisch versteckter approximaler und okklusaler Läsionen zu ergänzen. Die Laserfluoreszenz-Diagnostik (DIAGNOdent, KaVo) ist bei fraglichen visuellen bzw. röntgenografischen Befunden der Okklusalfäche ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel zur Differenzierung zwischen einer Schmelz- und Dentinläsion. Für Patienten, bei denen Dentinläsionen diagnostiziert wurden, ist neben der restaurativen Füllungstherapie die Präventivbetreuung als Kariesrisiko-Patient eine conditio sine qua none. Auf dem Befundblatt muss daher in der ersten Spalte das Vorhandensein kariöser Läsionen (Abb. 6) bejaht werden; altersunabhängig kann bei diesen Patienten auf eine weiterführende Kariesrisiko-Diagnostik verzichtet werden, da sich das Risiko bereits als Erkrankung manifestiert hat.

Entsprechend dem Diagnostikschema in der Abbildung 5 beinhaltet die nächste Stufe der Kariesrisiko-Beurteilung die Bewertung vorhandener initial kariöser Läsionen. Der Eintrag der Anzahl aller approximalen D1/2-



Abb. 5: Fließschema zur Kariesrisiko-Diagnostik in der zahnärztlichen Praxis.

Dokumentation Kariesrisiko-Diagnostik/ 2- bis 17jährige

Patient: _____ geb. am _____ Pat.Nr.: _____

	Kariöse Läsionen	Anzahl approximaler D1/2-Läsionen	Anzahl okklusale Phasien	Kariesrisiko (visuell erfassbar)	Anzahl kariöser Zähne	Risiko per Schiefer	DMB	IDE	IFI	Speichelkeimzahl	Kariesrisiko
2 Lebensjahr	Ja/Nein	+/0	+/0	+/0	+/0	+/0					Ja/Nein
3 Lebensjahr	Ja/Nein	+/0	+/0	+/0	+/0	+/0					Ja/Nein
4 Lebensjahr	Ja/Nein	+/0	+/0	+/0	+/0	+/0					Ja/Nein
5 Lebensjahr	Ja/Nein	+/0	+/0	+/0	+/0	+/0					Ja/Nein
6 Lebensjahr	Ja/Nein	+/0	+/0	+/0	+/0	+/0					Ja/Nein
7 Lebensjahr	Ja/Nein	+/0	+/0	+/0	+/0	+/0					Ja/Nein
8 Lebensjahr	Ja/Nein	+/0	+/0	+/0	+/0	+/0					Ja/Nein
9 Lebensjahr	Ja/Nein	+/0	+/0	+/0	+/0	+/0					Ja/Nein
10 Lebensjahr	Ja/Nein	+/0	+/0	+/0	+/0	+/0					Ja/Nein
11 Lebensjahr	Ja/Nein	+/0	+/0	+/0	+/0	+/0					Ja/Nein
12 Lebensjahr	Ja/Nein	+/0	+/0	+/0	+/0	+/0					Ja/Nein
13 Lebensjahr	Ja/Nein	+/0	+/0	+/0	+/0	+/0					Ja/Nein
14 Lebensjahr	Ja/Nein	+/0	+/0	+/0	+/0	+/0					Ja/Nein
15 Lebensjahr	Ja/Nein	+/0	+/0	+/0	+/0	+/0					Ja/Nein
16 Lebensjahr	Ja/Nein	+/0	+/0	+/0	+/0	+/0					Ja/Nein
17 Lebensjahr	Ja/Nein	+/0	+/0	+/0	+/0	+/0					Ja/Nein

© Dr. Ina Eickhardt (2001)

Abb. 6: Befundblatt zur Erfassung 2- bis 17jähriger Kariesrisiko-Patienten.

Läsionen, verfärbten Fissuren und Kreidflecken der ersten bleibenden Molaren sowie die Summe gesunder Milchmolaren erfolgt auf dem Befundblatt in den dafür vorgesehenen Spalten (Abb. 6). Während dem Zahnarzt bislang keine klinischen Verfahren zur Kariesrisiko-Einschätzung auf der Grundlage von Kariesvorstufen bei bis zu 5- und älter als 13-Jährigen zur Verfügung stehen, erfolgt bei kariesfreien 6- bis 12-Jährigen die Risikoeinschätzung mit dem Schieber zur Karies-Risikobestimmung. Die Dokumentation der Ja- oder Nein-Entscheidung wird auf dem Befundblatt in der Spalte „Risiko per Schieber“ (Abb. 6) vorgenommen.

Erst wenn mit dem Schieber keine Kariesgefährdung bei dem Patienten diagnostiziert wurde, jedoch Initiailläsionen an Okklusal-, Approximal- und/oder Glattflächen vorhanden sind, ist die Bestimmung bakterieller (Abb. 6/ Spalten: „SM“ und „LB“) und nichtbakterieller Speichelparameter (Abb. 6/ Spalten: „Sekretion“ und „pH“) sinnvoll. Die registrierten Keimzahlklassen für SM und LB, die Speichelfließrate und der Speichel-pH-Wert werden wiederum in dem Befundblatt dokumentiert und zu einer abschließenden Ja- oder Nein-Entscheidung zum bestehenden Kariesrisiko des Patienten herangezogen.

Bei Patienten ohne Initiailläsionen ist erfahrungsgemäß keine Erkrankungsgefährdung zu erwarten, deshalb

erbringen mikrobiologische Vorsorgeuntersuchungen hier keinen zusätzlichen diagnostischen Nutzen. In Altersgruppen, für die bislang keine klinischen Verfahren zur Kariesrisiko-Einschätzung verfügbar sind, sollte bei Patienten mit initial kariösen Läsionen eine mikrobiologische Kariesrisiko-Bestimmung vorgenommen werden, da eine Kariesgefährdung anhand hoher Keimzahlklassen aufgezeigt und präventive Maßnahmen eingeleitet werden können.

Wird im Ergebnis der Kariesrisiko-Bestimmung ein solches diagnostiziert, so ist eine intensive Präventivbetreuung, die die professionelle Zahnreinigung, die lokale Verabreichung von fluorid- und chlorhexidinhaltigen Präparaten, die Fissuren- und Grübchenversiegelung sowie die Motivation zur präventiven Selbstbetreuung einschließt, indiziert.

Erst wenn der Zahnarzt auch initial kariöse Läsionen erfasst, dokumentiert und kontrolliert, wird er in die Lage versetzt, die Progressions- bzw. Remissionstendenz des Kariesprozesses einzuschätzen (Abb. 7). Insofern wird dem Zahnarzt nur auf Grundlage einer genauen Kariesdetektion eine sichere Kariesrisiko-Beurteilung gelingen. Die Bevorzugung klinischer Prädiktoren in Verbindung mit dem indikationsgerechten Einsatz mikrobiologischer Speicheltests wird dem derzeitigen wissenschaftlichen Verständnis



Abb. 7: Die wiederholende Anfertigung der Bissflügel-Aufnahme verdeutlicht die Progression der Läsion am Zahn 15 distal nach 1,5 Jahren und unterstreicht die Bedeutung der Erfassung, Dokumentation und Kontrolle initial kariöser Läsionen.

einer bedarfsorientierten Kariesrisiko-Diagnostik gerecht.

Da die Erfassung und Betreuung des Kariesrisiko-Patienten nicht ausreichend durch die gesetzliche Kranken-

Gebührenposition und Leistungsbeschreibung nach GOZ	Einfachsatz in DM	Hebefaktor	Preis in DM
Ä 1 Eingehende Beratung	9,12	1,7	15,50
405 Professionelle Zahnreinigung, Entfernung klinisch erreichbarer supra- und subgingivaler harter und weicher Zahnbeläge inklusive Politur	1,20 je Zahn Anzahl d. Zähne: 28	1,7	57,12
102 Lokale Applikation fluorid- bzw. chlorhexidinhaltiger Präparate (z.B. Duraphat®, Fluor Protector® bzw. Cervitec®)	5,50	1,7	9,35
5 3 Materialkosten (z.B. Fluor Protector® bzw. Cervitec®)	5,00	-	5,00
Gesamthonorar in DM =			86,97

Abb. 8: Abrechnungsbeispiel für zahnmedizinisch indizierte, aber nicht über die gesetzliche Krankenversicherung abrechenbare Recall-Termine bei Patienten mit erhöhtem Kariesrisiko. Die systematische prophylaktische Betreuung setzt die Erhebung des Mundhygienestatus (Position 100) voraus. Bei nachfolgenden Unterweisungen, Kontrollen des Übungserfolges kann entsprechend den Richtlinien die Position 101 angesetzt werden (Gebührenordnung für Zahnärzte GOZ).

versicherung (BEMA-Positionen) abgesichert ist, muss unter Berücksichtigung betriebswirtschaftlicher Aspekte die Abrechnung erbrachter Leistungen auf der Grundlage der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) herangezogen werden. Neben der prinzipiellen Möglichkeit, präventive Maßnahmen gemäß § 2 Absatz 3 der GOZ mit dem Patienten zu vereinbaren, können mit dem Einver-

ständnis des Patienten und nach Erbringen der betreffenden Leistungen die Gebührenpositionen 100, 101, 102, 200, 403, 405, 406 zuzüglich der Verbrauchsmaterialien abgerechnet werden. Abrechnungsbeispiele für eine typische Recall-Sitzung mit professioneller Zahnreinigung sowie die mikrobiologische Speicheldiagnostik können den Abbildungen 8 bis 10 entnommen werden.

Ausführliches Literaturverzeichnis liegt bei den Autoren vor.

Korrespondenzanschrift:

Priv.-Doz. Dr.

Roswitha Heinrich-Weltzien

Friedrich-Schiller-Universität Jena/
Bereich Erfurt

Zentrum für Zahn-, Mund-
und Kieferheilkunde

Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde

Nordhäuser Straße 78, 99089 Erfurt

eMail: heinrich@zmkh.ef.uni-jena.de

Abb. 9:
Abrechnungs-
beispiel zur
mikrobiolo-
gischen Speichel-
diagnostik auf
Grundlage der
Gebührenord-
nung für Zahn-
ärzte (GOZ).

Gebührenposition und Leistungsbeschreibung nach GOZ	Einfachsatz in DM	Hebefaktor	Preis in DM
401 Elektromechanische Parodontaldiagnostik/ Speichelsekretionsbestimmung analog § 6 Abs. 2 GOZ	3,50	1,7	9,35
401 Elektromechanische Parodontaldiagnostik/ Pufferkapazitätsbestimmung analog § 6 Abs. 2 GOZ	5,50	1,7	9,35
§ 3 Materialkosten CRT buffer	-	-	10,00
401 Elektromechanische Parodontaldiagnostik/ Bestimmung der Anzahl von Mutans Streptokokken im Speichel analog § 6 Abs. 2 GOZ	5,50	1,7	9,35
401 Elektromechanische Parodontaldiagnostik/ Bestimmung der Anzahl der Laktobazillen im Speichel analog § 6 Abs. 2 GOZ	5,50	1,7	9,35
§ 3 Materialkosten CRT bacteria	-	-	25,00
Ä 3 Eingehende Beratung	17,10	1,7	29,07
Gesamthonorar in DM =			101,47

Abb. 10:
Abrechnungs-
beispiel zur
mikrobiologi-
schen Speichel-
diagnostik für
beihilfeberech-
tigte Patienten
auf Grundlage
der Gebühren-
ordnung für
Ärzte (GoÄ)

Gebührenposition und Leistungsbeschreibung nach GOÄ	Einfachsatz in DM	Hebefaktor	Preis in DM
GOÄ Entnahme und gegebenenfalls Aufbereitung von Ä298 Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung: <i>Bestimmung der Speichelsekretionsrate</i>	4,56	2,3	10,49
GOÄ Bestimmung der Pufferkapazität des Speichels Ä3511	5,70	1,15	6,56
§ 10 Materialkosten CRT buffer	-	-	10,00
GOÄ Entnahme und gegebenenfalls Aufbereitung von Ä298 Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung: <i>Bestimmung der Mutans Streptokokken im Speichel (CRT bacteria)</i>	4,56	2,3	10,49
GOÄ Entnahme und gegebenenfalls Aufbereitung von Ä298 Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung: <i>Bestimmung der Laktobazillen im Speichel (CRT bacteria)</i>	4,56	2,3	10,49
§ 10 Materialkosten CRT bacteria	-	-	25,00
Ä 3 Eingehende Beratung	17,10	1,7	29,07
Gesamthonorar in DM =			102,10

Weltweites Wissen für erfolgreiche Prävention – die Zahnarztpraxis als Kommunikationszentrum

6. IHCF Kongreß in Köln

Unter diesem Motto fand Ende letzten Jahres in Kooperation mit der Universität Köln, unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Michael Noack, der nunmehr 6. Jahreskongreß der IHCF statt. Wie immer fand sich ein äußerst engagierter und innovationsfreudiger Teilnehmerkreis ein, der auch vom direkten Austausch mit den 13 Referenten aus vier Ländern auf dem abendlichen »Get Together« rege Gebrauch machte. Den Teilnehmern wurden aber außer guter Laune in erster Linie wichtige aktuelle Informationen für die Gesunderhaltung der Patienten geboten, wodurch sich die an den Praktiker gerichteten IHCF Kongresse ohnehin von manch anderen Veranstaltungen unterscheiden.

Die Mischung der Vorträge machte deutlich, dass der Zahnarztpraxis heute und künftig eine wichtigere Rolle zukommt. Die Verzahnung der bakteriellen Problematik zwischen der Mundhöhle und dem Gesamtorganismus fordern den Zahnarzt als Arzt. Ausgehend von der Plaque und der darin stattfindenden Differenzierung werden Eintritt und Verlauf von internistischen Erkrankungen wesentlich beeinflusst. Aus diesem Grund waren die Referate sinnvoll zusammengestellt, da die Praxis die Zusammenhänge kennen muss und eine geeignete Organisationsstruktur zur Erfüllung der Aufgaben in der Diagnostik, Therapie und Kommunikation mit dem Patienten finden sollte.

In der Reihenfolge der Vorträge zog sich dieser Anspruch als roter Faden durch die Präsentation der Referenten und spiegelte sich auch in dem alljährlichen Highlight des IHCF Kongresses, der Vergabe des CORSODYL-Forschungspreises an Wissenschaftler und Praktiker, wider. Diese wurden zum ersten Mal auch dem Publikum in Kurzpräsentationen inhaltlich vorgestellt, so dass an dieser Stelle kurz auf die Arbeiten eingegangen werden kann.

Reduzierung von Mutans Streptokokken durch CORSODYL-Gel

Susanne Kneist, Roswitha Heinrich-Weltzien und Thomas Fischer, Universität Jena,

konnten zeigen, dass bei täglicher Anwendung von CORSODYL-Gel in einer zweimal täglichen Trayanwendung oder morgendlichem und abendlichem Einbürsten über 14 Tage sowohl eine Reduktion der Mutans Streptokokken im Speichel, nachgewiesen durch die Dentocult SM Methode, als auch der Approximal-Raum-Plaquerbefall in gleichem Maße erreichbar ist. Bei einmaliger Anwendung beider Methoden über drei Wochen liefert die Traymethode signifikant bessere Ergebnisse. Auch die einmalige Einbürstanwendung von 1-prozentigem Corsodyl Gel reduzierte die Mutans Streptokokken. Je höher jedoch die Reduktion ist, desto länger besteht Schutz vor Rekolonisation. Gelegentlich auftretende Begleiterscheinungen, wie »staining«, ließen sich durch einfache Politur im Rahmen der stattfindenden Recall-Sitzungen ohne Probleme für den Patienten beheben. Künftig muss überprüft werden, wie schnell sich nach einer solchen Hygienisierungsphase Mutans Streptokokken wieder in der Ausgangshöhe in der Mundhöhle etabliert haben. Für diese Arbeit wurde der dritte Preis in der Kategorie Wissenschaft vergeben.

Reduzierung von Plaque bei festsitzenden Apparaturen

Den zweiten Preis in dieser Kategorie erhielt die Gruppe Ingelore Gehlen, Lutz Netuschil und Christos Katsaros, Universität Homburg/Saar, die die Auswirkung einer 0,2-prozentigen Chlorhexidinspülung auf die Plaquebildung bei jugendlichen Kieferorthopädie-Patienten mit festsitzenden Apparaturen untersuchte. Da in dieser Studie bis fünf Tage nach Absetzen einer Spülung mit CORSODYL-Lösung immer noch eine deutliche Reduktion der Mutans Streptokokken nachweisbar war, empfehlen die Autoren eine intermittierende Anwendung in Kombination mit professionellen Zahnreinigungen und Mundhygienemotivation durch die Patienten. Hierdurch könnten die plaquebedingten Nebenwirkungen festsitzender Apparaturen eingedämmt werden. Auch die Compliance der Patienten, CORSODYL-Lösung

entsprechend anzuwenden, erwies sich als hoch.

Einsatz von subgingivaler Spülung und Politur in der Parodontaltherapie

Erster Preisträger »Wissenschaft« war die Gruppe S. Jepsen, Th. Kocher, K. Jepsen, P. Hofmann und H.-K. Albers, Kiel, mit ihren Untersuchungen zu »Klinischen und enzymatischen Effekten prolongierter subgingivaler Irrigationen mit Chlorhexidin oder Tetracyclin-HCl bei unbehandelter Parodontitis«. Es wurde der Einsatz zur subgingivalen Irrigation einer 0,2-prozentigen Chlorhexidinlösung, einer Tetracyclin-HCl-Lösung und der mechanischen Behandlung mit einem Aircaler bzw. einer subgingivalen Politur mit einem teflonbeschichteten Aircaler jeweils miteinander verglichen. Vier Patientengruppen mit entsprechenden Parodontalbefunden wurden gebildet und über 12 bzw. 24 Wochen nach der Behandlung untersucht. Kriterien waren Plaquebefall, Sondierungsblutung, Sondierungstiefe und relatives Attachmentniveau. Außerdem wurde die Aktivität der Aspartataminotransferase und der neutralen proteolytischen Enzyme bestimmt. Es wurde aus den Ergebnissen gefolgert, dass die subgingivale Spülung in Kombination mit der subgingivalen Politur besonders in den nicht-chirurgischen Behandlungsphasen der Parodontaltherapie eine Alternative zur herkömmlichen Behandlung darstellt. Dies liegt insbesondere darin begründet, dass diese Methode ohne Substanzverlust auf der Wurzeloberfläche einhergeht. Der antiseptischen 0,2-prozentigen Chlorhexidinlösung ist dabei der Vorzug vor der antibiotischen Tetracyclin-HCl-Lösung zu geben.

Gewinner der Praktikerpreise

Die beiden diesjährig vergebenen Praktikerpreise gingen an die Kollegen Bernd Heinz, Hamburg, und Annegret Görbert, Altenburg. Ihre Arbeiten unterstrichen den Wert des Chlorhexidins in der Intensivprophylaxe während der Parodontal- oder kieferorthopädischen Behandlung.

Softwareeinsatz rund um Karies- und Parodontitisbetreuung

Die Hauptvorträge wurden durch Prof. Douglas Bratthall, Malmö, eröffnet, der Konzept, Methodik und Umgang mit der Cariogram-Software erläuterte. Dieses Instrument zur Darstellung der ätiologischen Faktoren der Karies und deren Zusammenwirken kann interaktiv mit dem Patienten genutzt werden. Gleichzeitig liefert das Programm nach Eingabe der diagnostisch erhobenen Werte zur Bestimmung der aktuellen Kariesaktivität Empfehlungen für die Praxis und den Patienten, welche Maßnahmen zur Verbesserung der Chancen auf Kariesfreiheit zu treffen sind. Es dient somit zur Unterstützung der Patienteninstruktion und -motivation einerseits, aber auch für die Entscheidungsprozesse im Behandlungsteam andererseits.

An dieses Thema knüpfte der Vortrag des Kollegen Butz an. Er stellte das ebenfalls in einer Arbeitsgruppe der IHCF entwickelte Software Programm »DentiGroup« und das zugrundeliegende Konzept des HIDEP-Modells vor. Dieses Modell und die Software ermöglichen sowohl in der Karies- als auch in der Parodontalbetreuung Risikoklassifizierungen, anhand derer sich Behandlungsschritte und Ergebnisdokumentation durchführen lassen. So wird es möglich, den Erkrankungs- und Erkrankungsrisikozustand eines Praxisklientels nach Altersgruppen darzustellen, um Schlüsse über die Behandlungs- und Betreuungseffektivität des Praxisteam zu ziehen. Diese Thematik wurde durch den Kollegen Peter Dolensky, Köln, ergänzt, der mit einer Fülle von Anregungen, wie mit Hilfe des Computers eine systematische Organisation und Kommunikation möglich wird, aufwartete. Gegenstand der Präsentation von Susanne Fath, Berlin, war die Diskussion der Frage, welche Qualifizierungen die in die Betreuung aktiv eingebundenen Mitarbeiterinnen haben sollten und wie diese zu erwerben sind. Matthias Meier, Aachen, zeigte anhand praktischer Beispiele, dass Multimedia am zahnärztlichen Arbeitsplatz unter Nutzung aller informationsverarbeitenden Module wie Kameras, Röntgen, PC, Farbdrucker, DVD, Video keine Spielerei ist, sondern entscheidend hilft, das Leistungsspektrum der heutigen Zahnheilkunde für den Patienten transparent zu machen. Der informierte Patient ist auch der interessierte Patient und somit für umfassendere Behandlungsvorschläge zugänglich.

Einsatz und Wirkung von Chlorhexidin in der Kariesprävention

Aus diesem Grund profitierten die Teilnehmer auch von den wissenschaftlichen Vorträgen, die Antworten auf eine Vielzahl Fragen für die engagierte Praxis lieferten. Prof. Lutz Stößer ging in seinem Vortrag der Frage nach, in wieweit auch für Risikopatienten die Chance zur Kariesfreiheit besteht. Eine für den Praktiker immer wichtiger werdende Frage, gerade wenn der Patient die präventive Betreuung oder die höherwertige Restauration privat bezahlen muss. Chemo-pharmazeutische Plaquekontrolle ist ein Ansatz, bakterielle Kolonisation der Zahnoberfläche durch Inhibierung des Wachstums der Mikroorganismen, Modifikation der Biochemie und Ökologie der Plaque sowie Zerstörung und Ablösung bereits vorhandener Beläge auf oralen Oberflächen zu unterdrücken. Dem Chlorhexidin kommt dabei seit Jahren aufgrund seiner vergleichsweise hohen Substantivität und Bioverfügbarkeit in der Mundhöhle eine zunehmend größere Bedeutung zu. Die Ergebnisse aus der Literatur und der durchgeführten Studie seitens der Erfurter Gruppe haben sowohl für die 0,2-prozentige Chlorhexidin-Spüllösung als auch für das 1-prozentige Chlorhexidin-Gel einen entsprechend hohen antibakteriellen Effekt gezeigt, so dass Prof. Stößer in seiner Schlußbetrachtung Chlorhexidin einen kariespräventiven Effekt attestierte und die Empfehlung aussprach, Chlorhexidin künftig stärker in unterschiedlichen Anwendungsformen einzusetzen. In wieweit dieser Wirkstoff Chlorhexidin einen »Goldstandard« darstellt, auch unter kritischer Betrachtung der Nebenwirkungen, beleuchtete Prof. Martin Addy, Bristol. In einer Bewertung der vorliegenden Studien zu Chlorhexidin und anderer antimikrobieller Wirkstoffe wie z. B. Triclosan oder Zinnfluorid und den eigenen Untersuchungsergebnissen, konnte Prof. Addy den Status Goldstandard bejahen. Chlorhexidin ist das am besten untersuchte und sicherste Bisguanidin und hat sich daher gegenüber Alexidinen und Octenidinen klar durchgesetzt. Die von Harold Loe eingeführte Dosierung von ca. 20 mg wurde empirisch definiert und findet sich auch in der Gebrauchsempfehlung der 0,12-prozentigen Chlorhexidin-Lösung wieder, da dort im Gegensatz zur Empfehlung der 0,2-prozentigen Corsodyl-Lösung statt 10 ml, 15 ml pro Spülung verwendet werden. In vergleichenden Untersuchungen zeigte sich selbst 0,01-prozentiges Chlorhexidin als effektiver wie zehnmal höher dosiertes 0,1-prozentiges Triclosan. Chlorhexidin hat sich als am wirkungsvollsten erwiesen und kann in Form

von Spüllösung in niedriger Konzentrierung, 0,06-prozentig, als zusätzliche und in höherer Konzentrierung, 0,2-prozentig, als Ersatz für die mechanische Zahnreinigung zur Plaquekontrolle eingesetzt werden. Der Referent ging dabei auch auf den dikationischen Aufbau des Chlorhexidin-Moleküls ein, der als Ursache für die Bindung von Farbstoffen aus der Nahrung auf der Zahnoberfläche, wodurch Verfärbungen entstehen können, angegeben wird. Diese sind jedoch durch Politur – da rein oberflächlich – reversibel und stellen somit keine Kontraindikation dar, zumal sie auch bei weniger wirksamen Verbindungen auftreten. Der wesentliche Vorteil des Chlorhexidins ist nach Prof. Addy die allen anderen Wirkstoffen überlegene Substantivität. So kann eine 90-prozentige Reduktion der Bakterien über 12 bis 14 Stunden erreicht werden, gegenüber maximal 4 bis 5 Stunden bei allen anderen Wirkstoffen.

Zusammenhänge zwischen internistischen und parodontalen Erkrankungen

Den humanmedizinischen Themenblock bildeten die Vorträge, die durch Prof. Noack eröffnet wurden. In diesen Präsentationen wurde deutlich, wie wichtig die bakterielle Kontrolle im Zusammenhang mit allen Stufen parodontaler Erkrankungen ist. Besonders Anliegen von Prof. Noack war es, deutlich zu machen, dass die Behandlung dieser Erkrankungen weit über das Thema »Zahnerhaltung« hinausgehen, da hier Zusammenhänge mit einer Reihe systemischer Erkrankungen bestehen. Die schon beim Zähneputzen, ja selbst Kauen und Bruxen, auslösbare Bakteriämie im Falle parodontaler Erkrankungen kann bei entsprechend prädisponierten Patienten zu einer Endokarditis führen. In ersten Forschungsergebnissen wurden Infektionen mit Chlamydien oder Viren als Ursache koronarer Herzerkrankungen diskutiert. Im Tierversuch konnte eine Arteriosklerose bereits mit oralen Streptokokken ausgelöst werden. Auch konnte bei Herzkranken mittels DNA-Analyse der Zusammenhang zu Parodontalpathogenen bewiesen werden. An der Universität Köln wurde in einer interdisziplinären Studie nachgewiesen, dass Herzinfarktpatienten mehr devitale Zähne und mehr Plaque aufweisen, als vergleichbare Kontrollgruppen. Prof. Noack unterstrich, dass koronare Herzerkrankungen die Ursache für 50 Prozent der Todesfälle darstellen, aber nur 70 Prozent durch die bekannten Risikofaktoren erklärlich sind. Daher ist eine Integration der



Die Gewinner des Corsodyl-Preises 1999

Zahnheilkunde in die Medizin dringend geboten. Zahnmediziner müssen sich stärker mit systemischen Erkrankungen ihrer multimorbiden Patienten beschäftigen und in der Humanmedizin muß dem Parodont als Infektionspforte Beachtung geschenkt werden. Obwohl die insgesamt 8 x 9 cm Wundfläche des marginalen und apikalen Parodonts ein vergleichsweise großes Problemfeld für die Todesursache Nr. 1, die koronaren Herzerkrankungen, ausmachen, gibt die GKV nur 9 Prozent für die Zahnheilkunde insgesamt und hiervon nur wieder 4 Prozent für die Behandlung der Parodontopathien aus. Hier ist nach Prof. Noack dringend eine Änderung geboten.

Antibiotische Abschirmung bei Risikopatienten

Prof. Sindet-Pedersen, London/Aarhus, knüpfte an die Problematik der koronaren Herzerkrankungen mit seinem Vortrag zum Thema »Antibiotische Abdeckung von Patienten mit Parodontitis und Endokarditis« an. Eine antibiotische Abdeckung bei zahnärztlichen Eingriffen, die eine Blutung auslösen, ist jedoch nicht nur bei Patienten mit koronaren Herzerkrankungen, sondern auch bei Diabetikern, nach einer Splenektomie, einer unzulänglichen Immunabwehr, oder Patienten mit Hüftprothesen notwendig. Die jeweils einzuleitende Antibiotikagabe wird in Abhängigkeit des mikrobiologischen Status gewählt. Hierfür haben sich in der internationalen Wissenschaft zwei unterschiedliche Richtlinien in den USA und Europa herauskristallisiert. Prof. Sindet-Pedersen wies jedoch darauf hin, dass grundsätzlich vor dem Start eines

zahnärztlichen Eingriffes die orale Infektion beherrscht werden muss, was wiederum die Bedeutung des Chlorhexidins aus den anderen Vorträgen unterstreicht.

Kollagenase-Hemmung als Wirkmechanismus in der Parodontaltherapie

Letzte hier zu besprechende Präsentation aus dem medizinischen Zusammenhang war das Referat von Prof. Denis Kinane, Glasgow. Wer die Diskussion um die »Pille gegen Parodontose« sowohl in der Laien-, wie anschließend in der deutschen Fachpresse verfolgte, war gespannt auf diese erste Präsentation in Deutschland durch einen an den Studien beteiligten Wissenschaftler. Prof. Kinane erklärte den Hintergrund des für die normale Parodontaltherapie ergänzenden neuen therapeutischen Ansatzes. Zunächst muss man sehen, dass das parodontale Gewebe zu 60 Prozent aus Kollagen besteht. Hier setzen die Forschungen an, die Gollub und Kollegen vor Jahren durchführten und die Kollagenase inhibierende Funktion des Tetracyclins entdeckten. Dabei fiel ihnen auf, dass dieser Effekt unabhängig von der antibiotischen Wirkung ist. Auf diese Erkenntnis fußt die Entwicklung des Medikaments Periostat. Dieses Doxycyclin-Präparat wird in einer 20-mg-Dosierung zweimal täglich sechs Monate lang Patienten nach einer normalen konservativen parodontalen Therapie gegeben. Die Konzentration in der Sulcus Flüssigkeit erreicht bei dieser Dosierung den kritischen Wert für eine Kollagenase Inhibierung. In den Phase-III-Studien konnte an 190 Patienten ein deutlicher Attachmentgewinn im Vergleich zu Placebogabe nachgewiesen werden, was

schließlich zur Zulassung durch die FDA führte. Prof. Kinane fasste seine Beurteilung der vorliegenden Ergebnisse zu Periostat wie folgt zusammen:

Das Produkt ist sicher, da bei mittlerweile 85.000 Patienten erprobt keine Nebenwirkungen verzeichnet wurden; es ist effizient, da Taschenreduktion und Attachmentgewinn nachweisbar sind und die Einnahmenvorgabe von 2 mal täglich gut der morgendlichen und abendlichen Mundhygieneroutine anzupassen ist. Seiner Meinung nach bleibt abzuwarten, ob europäische Patienten bis dahin ungewohnte Verschreibungen vom Zahnarzt akzeptieren.

Grundsätzlich stellt Periostat eine wertvolle Ergänzung dar, die Reaktion des Patienten auf die Therapie positiv zu modulieren.

Ausblick

Mit dem Programm 1999 konnten die IHCF und Prof. Noack als wissenschaftlicher Leiter die Mission der IHCF erfolgreich fortsetzen, neueste wissenschaftliche internationale Erkenntnisse dem Praktiker und damit auch den Patienten zugänglich zu machen.

Auch der 7. IHCF Kongreß vom 6.-7. Oktober 2000 in Ulm, unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Haller, verspricht wieder besondere Highlights. Die Vorträge werden sich neuen Methoden und Techniken in der minimal invasiven Zahnheilkunde widmen und wieder Wissenschaftler und Praktiker aus verschiedenen Ländern zusammenbringen. Dabei werden auch besonders interessante Lösungen für die heutige Praxis auf allen Gebieten der Restauration, Parodontologie und Prothetik gezeigt, die bislang noch keinen Eingang in die Kassenzahnheilkunde gefunden haben, obgleich sie in anderen Ländern längst erfolgreich eingesetzt werden. Programme, wie auch Unterlagen zu dem auch dieses Jahr wieder mit insgesamt 16.000 DM dotierten CORSODYL Forschungspreis der IHCF können angefordert werden:

IHCF Büro
Austrasse 24, P.O.Box 12 46
FL-9490 Vaduz/Liechtenstein
Tel.: 00423/2 37 28 50, Fax: 2 37 28 51
E-Mail: info@ihcf.org
Internet: www.ihcf.org

Informationen finden Sie auch im Internet unter: www.dent-all.de

Korrespondenzadresse:
Dr. Volker Scholz
Schulungszentrum Lindau
Zeppelinstraße 2a, 88131 Lindau
aus: ZMK 3/2000, Spitta-Verlag

Verbesserung der Zahlungsmoral:

Seit 1. Mai gilt das neue Gesetz zur Beschleunigung fälliger Zahlungen

Von cand. iur. Irka Fürle
(Lehrstuhl Prof. Dr. iur.
Andreas Spickhoff, FSU Jena)

Nicht selten werden Rechnungen von Zahnärzten erst dann bezahlt, wenn eine Mahnung ins Haus flattert. Manchmal muss sogar erst ein Rechtsanwalt eingeschaltet werden, damit der Zahnarzt an sein Geld kommt. Die schlechte Zahlungsmoral beim Begleichen von Rechnungen war ausschlaggebend für die Änderungen im Bürgerlichen Gesetzbuch, die zum 01. Mai 2000 mit dem „Gesetz zur Beschleunigung fälliger Zahlungen“ (Bundesgesetzblatt Ausgabe 2000 I, Nummer 14, Seite 330) in Kraft getreten sind. Der Gesetzgeber hat damit vor allem Handwerkern und Unternehmen eine schnellere Durchsetzung ihrer fälligen Zahlungsforderungen ermöglichen wollen. Allerdings enthält das neue Gesetz gleichfalls einige interessante Neuregelungen, die auch in der zahnärztlichen Praxis von Bedeutung sein können. Im wesentlichen handelt es sich dabei um zwei Normen, die allgemeine Fragen des Verzugs betreffen.

Die wichtigsten Neuregelungen im Überblick:

1. Verzug tritt leichter ein – Forderungen werden bereits nach 30 Tagen fällig

Ein Schuldner kam bisher erst in Verzug, wenn der Gläubiger ihm eine Mahnung geschickt hatte. Auch erst dann konnte der Gläubiger Verzugszinsen ansetzen. Erst beim Eintritt weiterer durch den Verzug bedingter Einbußen konnte Schadenersatz verlangt werden.

Nach dem neuen Gesetz wurde nun an die bisherige Regelung des § 284 BGB

ein neuer Absatz 3 angefügt. Danach ist eine Mahnung nun nicht mehr erforderlich. 30 Tage nach dem Erhalt der Rechnung kommt der Schuldner automatisch in Verzug - ohne weitere Mahnung. Die 30-Tage-Frist beginnt mit Zustellung der Rechnung. Im Zweifelsfall müssen Sie nachweisen, dass die Rechnung dem Schuldner auch ordnungsgemäß zugegangen ist.

Lassen Sie sich daher den Nachweis des Zugangs der Rechnung schriftlich bestätigen. Ein mögliches Instrument ist das Einschreiben mit Rückschein, welches freilich mit erheblichen Kosten verbunden ist. Sie können die Rechnung aber auch eigenhändig (durch Boten) übergeben und die Entgegennahme durch den Auftraggeber quittieren lassen oder dem Patienten die Rechnung, falls möglich, gleich im Anschluss an die jeweilige Behandlung mitgeben.

Selbstverständlich können Sie als Gläubiger auch weiterhin durch Mahnung nach Fälligkeit den Verzug herbeiführen.

Sie sparen jedoch durch diese Neuregelung viel Aufwand. Nicht nur, dass damit ein nicht unerheblicher Zeitvorteil verbunden ist. Darüber hinaus bringt die neue Regelung auch einen Kostenvorteil, weil Mahnkosten zur Gänze erspart werden, wenn nach Ablauf der 30-Tage-Frist nicht nochmals an die Zahlung erinnert werden muss (bisher: 2. Mahnung). Dennoch werden Mahnungen künftig nicht völlig entbehrlich werden. Selbst bei einem Vorgehen nach der neuen Regelung in § 284 Abs. 3 BGB, wird man einen Patienten, der mit der Bezahlung einer Rechnung im Rückstand ist, nicht sofort verklagen, sondern vielmehr nochmals an die Zahlung, gegebenenfalls auch lediglich durch einen kurzen Anruf, erinnern, schon um das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht empfindlich zu stören.

2. Höherer Verzugszins

Im Zuge der Neuregelung wurden vom Gesetzgeber auch die Verzugszinsen erhöht. Konnten bisher gemäß § 288 BGB nur 4 % Verzugszinsen in Rechnung gestellt werden, können diese nach dem neuen Gesetz bis zu 5 % über dem Basiszins liegen. Der Basiszinssatz ist der Nachfolgezinsatz des Diskontsatzes der Deutschen Bundesbank und wird zum 1.1., 1.5. und 1.9. eines jeden Jahres überprüft und gegebenenfalls - bei Änderung der Bezugsgröße um mehr als 0,5 Prozent - geändert. Zuletzt wurde dieser am 1. Mai von 2,68 % auf 3,42 % erhöht. Ein Gläubiger kann seitdem Mehrkosten für den Verzug in Höhe von 8,42 % geltend machen.

Die Verzugszinsen sind damit ab Inkrafttreten des neuen § 288 BGB fast doppelt so hoch wie bisher. Da nicht auszuschließen ist, dass der Basiszins weiter ansteigt, können auch die Verzugszinsen noch höher klettern. Damit wird der Verzug für den säumigen Schuldner teurer.

Gibt es Übergangsregelungen?

Das Gesetz gilt nicht rückwirkend. Das heißt, für alle Rechnungen, die dem Kunden vor dem 1. Mai 2000 zugegangen sind, bleibt es beim alten Recht. Nach dem 1. Mai 2000 zugestellte Rechnungen werden nach dem neuen Recht behandelt.

Was muss der Zahnarzt histologisch untersuchen lassen?

Überlegungen nach einem aktuellen Fall vor dem Rechtsausschuss

Vor dem Rechtsausschuss einer Zahnärztekammer musste folgender Fall erörtert werden: Ein Zahnarzt hatte eine Zyste aus dem Unterkieferknochen entfernt. Er hielt sie für eine typische follikuläre Zyste und verzichtete auf eine histologische Bestätigung. An gleicher Stelle wuchs in der Folge ein Ameloblastom, das schließlich eine Kontinuitätsresektion des Unterkiefers, mehrere langwierige stationäre Aufenthalte und rekonstruktive Eingriffe erforderlich machte. Der Patient meint nun, dass dieser Krankheitsverlauf durch histologische Untersuchung der vermeintlichen Zyste und nachfolgende kleinere Nachresektion vermeidbar gewesen wäre. Macht er seinem Zahnarzt zu Recht einen Vorwurf?

Sicherheit für die Diagnose

Der geschilderte Fall veranlasst uns zu den folgenden Überlegungen.

Eine histologische Untersuchung entfernten Gewebes dient der Überprüfung und Sicherung der klinischen Diagnose. Oftmals sind die Einordnung einer Veränderung und die Diagnosestellung überhaupt erst durch feingewebliche Untersuchung möglich. Auch kann der Pathologe auf Grund des histologischen Bildes Aussagen zur Prognose und darüber treffen, ob die fragliche Veränderung vollständig entfernt ist.

Die histologische Untersuchung durch einen Facharzt für Pathologie ist somit ein wesentlicher Bestandteil der Diagnosefindung und kann ganz erhebliche Konsequenzen für die weitere Behandlung haben. Sie ermöglicht Aussagen, die mit keinem anderen Untersuchungsverfahren getroffen werden können. Die histologische Diagnose ist zwar nicht absolut sicher, aber die sicherste Aussage, die wir erhalten können.

Man könnte also fordern, dass jedes entfernte Körpergewebe der histologischen Untersuchung zugeführt werden müsse. Schließlich kann jeder erfahrene Pathologe von Überraschungen berichten, wo sich vermeintlich harmlose Veränderungen unter dem Mikroskop als bösartige Tumoren herausgestellt hatten. Wäre es demnach nicht sinnvoll, jedes Gewebstück histologisch zu prüfen und diese Pflicht zu verallgemeinern?

Andererseits gibt es Gewebsanteile, bei denen eine routinemäßige histologische Untersuchung unsinnig wäre. Denken wir nur an eine exstirpierte Pulpa, an extrahierte Zähne mit vielleicht anhängender chronischer apikaler Parodontitis, an ein exzidiertes Lippenbändchen. Wie aber steht es bei einem exzidierten Wangenfibrom, bei einem Reizfibrom am Prothesenrand, einer Gingiva-Wucherung, einer radikulären Zyste, bei Gewebe aus einer schlecht heilenden Extraktions- oder Operationswunde?

Keine gesetzliche Verpflichtung

Es gibt keine gesetzliche Verpflichtung, jedes entfernte Gewebe untersuchen zu lassen. Die Entscheidung hierüber liegt bei dem behandelnden Arzt oder Zahnarzt. Er muss verantwortlich selbst entscheiden, ob eine histologische Untersuchung angebracht oder gar erforderlich ist. Er ist dabei immer auf der sicheren Seite, wenn er diese veranlasst. Niemand wird dem Zahnarzt einen Vorwurf machen, dass er „normales“ und unverdächtigtes Gewebe histologisch untersuchen ließ. Dagegen kann eine Unterlassung der histologischen Untersuchung schwerwiegende medizinische und juristische Folgen haben.

Unbedingt notwendig ist die histologische Untersuchung bei

- Verdacht auf einen Tumor, unabhängig davon, ob dieser vermutlich gutartig oder bösartig ist;
- Klinisch nicht ganz eindeutigen Krankheitsbildern, bei denen ohnehin Gewebe entfernt wird.

Die histologische Untersuchung ist also immer dann dringend anzuraten, wenn pathologisches Gewebe entfernt wird. Das betrifft

- Tumore und Auftreibungen aller Art,
- Zysten aller Art,
- Entzündliche Prozesse, die nicht einfache akute Eiterungen sind,
- Krankheiten mit atypischem, unerwartet ungünstigem und langwierigem Verlauf, sofern diese mit Gewebsveränderungen einhergehen,
- Überraschende und auffällige Gewebbefunde etwa während eines operativen Eingriffs.

Wer sollte die histologische Untersuchung veranlassen?

In Fällen, in welchen eine histologische Untersuchung gefordert werden muss, ist auch fast immer die Überweisung an einen Facharzt für MKG-Chirurgie oder die Klinik angebracht. Der niedergelassene Zahnarzt sollte sich deshalb bei unklaren oder gar tumorverdächtigen Befunden nicht mit einer histologischen Abklärung aufhalten, sondern sogleich den Spezialisten zu Rate ziehen. Die Indikation zur Biopsie und histologischen Untersuchung in der Praxis des Allgemein-Zahnarztes ist also selten zwingend gegeben. Dennoch empfehlen wir auch hier die histologische Untersuchung allen entfernten pathologischen Weichgewebes.

Wie wird eine histologische Untersuchung veranlasst?

In allen größeren Städten bieten niedergelassene Fachärzte für Pathologie ihre Dienste an. Teilweise sind auch die Pathologischen Institute der Klinika bzw. deren Chefärzte zur Durchführung ambulanter histologischer Untersuchungen kassenärztlich ermächtigt. Die erwähnten Pathologen versenden auf Anfrage Röhrchen zum Versand des Untersuchungsmaterials sowie Untersuchungsanträge.

Grundsätzlich wird das Untersuchungsgut in 10-Prozent-Formalinlösung (4 % wässrige Lösung von Formaldehyd) eingesandt. Die Anforderung einer Untersuchung kann auch formlos erfolgen. Bei Kassenpatienten wird ein ausgefüllter zahnärztlicher Überweisungsschein mit der Angabe „histologische Untersuchung erbeten“ beigefügt. Innerhalb weniger Tage trifft der Untersuchungsbeleg ein. Der Pathologe wird den Einsender telefonisch informieren, wenn sich überraschenderweise eine

bösartige Veränderung herausstellt. Immer ist eine telefonische Absprache mit dem untersuchenden Pathologen möglich und in unklaren Fällen sehr zu empfehlen.

Prof. Dr. Dr. J. Klammt

*Dr. med. G. Wittstock
(Chefarzt des Pathologischen
Instituts des Klinikums Schwerin)*

*Wir danken „dens“ für die
Nachdruckgenehmigung*

Zielsetzung der IHCF Aktion „Paro Sensibility 2000“



Im tzb Heft 5 war eine Presseerklärung der IHCF (International Health Care Foundation) relativ unscheinbar abgedruckt. Darin

wurde erklärt, dass der „Fachwelt und der Öffentlichkeit zu einem besseren Bewusstsein und Verständnis im Umgang mit parodontalen Erkrankungen verholfen“ werden soll. Interessierten Zahnarztpraxen sollte eine Untersuchungssystematik, die auch von der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie propagiert wird, nahe gebracht werden. Die erhobenen Befunde werden zentral ausgewertet. Die Ergebnisse sollen den hohen Bedarf professioneller Betreuung und Behandlung verdeutlichen und gleichzeitig auch helfen, bei den Patienten die Angst vor der Parodontalbehandlung abzubauen.

Am 31. Mai fand eine solche Veranstaltung in Erfurt in der Zahnärztlichen Abteilung der FSU Jena statt. Herr Dr. Kühnisch (Foto) führte die über 30 erschienenen Kollegin-

nen und Kollegen und Fachschwestern gut in die Thematik ein. Er erläuterte dabei noch einmal die Pathogenese der Gingivitis und Parodontitis, um dann die Symptomatik der Untersuchung und Befundung in aller Ausführlichkeit zu erklären.

Alle Praxen, die an der Aktion teilgenommen haben, qualifizieren sich zu einer anschließenden Kampagne zur Information der Öffentlichkeit zur Parodontalgesundheit.

Falls es noch interessierte Kolleginnen und Kollegen gibt, können Sie sich gern an folgende Adressen wenden:

Organisationsbüro der IHCF, per Fax ++41 2372851, per E-Mail: info@ihcf.org

internet: www.ihcf.org oder Post: IHCF, Austr. 24, P.O.Box 1246, FL-9490 VADUZ

Fragebogenaktion soll herausfinden: wieviel Multimedia braucht die Praxis?

Um exakte Aussagen über die Verwendung moderner Informationstechnologien in der Praxis treffen zu können, hat die Arbeitsgruppe „Vernetzte Praxis“ des Arbeitskreises „Angewandte Informatik in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ der DGZMK einen detaillierten Fragebogen erarbeitet. Die Arbeitsgruppe unter der Leitung von Prof. Dr. Bernd Kordaß, Universität Greifswald, macht es sich zur Aufgabe, die Kriterien für eine sinnvolle

Vernetzung der Zahnarztpraxis zu definieren. Dabei wird sie von der DGZMK unterstützt.

Anhand der Fragestellung soll herausgefunden werden, welche Anforderungen die Zahnärzte an die Entwicklung von Hard- und Software stellen. Der Fragebogen befasst sich weiterhin mit Nutzen und Problemen durch die Anwendung von Multimedia in der Praxis.

Damit repräsentative Umfrageergebnisse erzielt werden, sollten sich möglichst viele Kollegen an der Aktion beteiligen.

Fragebögen können angefordert werden über:

Dr. Olaf Brodersen
Tel.: 0361-7432115
oder E-Mail: lzktth@t-online.de.

„Praxis mit Gewinn verkaufen“

Am 1. Juli 2000 fand im Dorint Hotel Erfurt eine Veranstaltung statt, die gemeinsam von der KZV Thüringen und der Apo-Bank organisiert wurde.

Das Thema „Praxis mit Gewinn verkaufen, den Lebensabend finanziell sichern“ war gut gewählt, was an über 70 hochinteressierten Zuhörern sichtbar wurde.

Herr Dr. Axer vom Institut für Wirtschaft und Praxis Bicanski GmbH, Münster, verstand es ausgezeichnet, allen anwesenden Zahnärztinnen und Zahnärzten in einer lockeren und doch auch sehr konzentrier-

ten Vortragsweise die Problematik zu vermitteln.

So erfordert die Praxisabgabe an einen Nachfolger erhebliche Planungs- und Geschäftsüberlegungen. Die Weitergabe in einem „gesperrten Zulassungsgebiet“ hat sich an strenge gesetzliche Vorgaben zu halten. Durch das GKV-Gesundheitsstrukturgesetz werden diese Probleme noch verschärft. Der abgebende Zahnarzt ist mit der Aufgabe konfrontiert, die „Früchte“ seiner Arbeit für die Finanzplanungen seines Lebensabends optimal einzusetzen.

Probleme der steuerlichen Behandlung des Veräußerungsgewinns und Fragen der Erbschafts- und Schenkungssteuer wollen immer richtig bedacht sein.

Mein persönliches Resümee aus dieser Veranstaltung ist, dass eine solche Fortbildung nicht erst besucht werden sollte, wenn man an die Praxisabgabe denkt. KZV und Apo-Bank sind gut beraten, solche Veranstaltungen im Abstand immer wieder anzubieten.

Dr. K.-H. Müller, Rudolstadt



Thüringer Zahnmediziner berät Amerikaner zu Kariesprävention

Prof. Dr. Dr. Lutz Stößer ist zum Berater des Wissenschaftlichen Rates der Amerikanischen Zahnmedizinischen Gesellschaft (American Dental Association) für das Jahr 2000 gewählt worden. Der Direktor der Jenaer Universitäts-Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde mit Sitz in Erfurt, der auch für fünf Jahre Generalsekretär der Europäischen Gesellschaft für Kariesforschung (ORCA) ist, wurde für das Gebiet der Fluoridforschung und Kariesprävention berufen. Die langjährigen Forschungen, u. a. in der Prävention von Zahnerkrankun-

gen, haben so erneut internationale Anerkennung erfahren.

Prof. Stöbers Aufgaben bestehen u. a. darin, die ADA bei der Beantwortung aller wissenschaftlichen Fragestellungen und bei der Einführung neuer Methoden in die praktische klinische Zahnheilkunde zu beraten, neue Dentalmaterialien zu prüfen und einzuschätzen, Übersichtsartikel und Leitlinien zu erstellen sowie neue Standard-Prüfprozeduren für dentale Produkte - Pharmaka und Werkstoffe - zu entwickeln.

red.

Jetzt Infomaterial zum „Tag der Zahngesundheit“ bestellen!

Am 25. September 2000 ist wieder der „Tag der Zahngesundheit“. Dazu bietet der Aktionskreis „Tag der Zahngesundheit“ wie in den Jahren zuvor wieder umfangreiches Informationsmaterial an: Poster, Merkblätter und Broschüren sowie Klebebuttons der verschiedenen Herausgeber in einem DIN-A-2 Versandkarton, in dem die Plakate ungefaltet verschickt werden können. Dazu gibt es die Möglichkeit kostenloser Nachbestellungen über Bestellkarten.

Die Info-Pakete können gegen Einsendung von 8,80 DM Versandkostenbeitrag in Briefmarken (keine Frankierstreifen) plus

einem mit der eigenen Adresse beschrifteten Adressaufkleber angefordert werden beim

Verein für Zahnhygiene e. V.
Feldbergstraße 40
64293 Darmstadt

Info-Paket „Tag der Zahngesundheit“ 2000

Das Paket enthält u. a.

1 Zahnpflegebeutel „Tag der Zahngesundheit“ (Sonderangebot)

2 Poster „Gesund beginnt im Mund“

10 Merkblätter „Tag der Zahngesundheit 25. September“

10 Merkblätter „Was Sie schon immer über Zähne wissen wollten“

1 Poster „Zähneputzen macht Spaß“

1 DIN-A-4-Kleinposter „Das Gebiss des Menschen“

1 DIN-A-4-Kleinposter „Die wichtigsten Gebisserkrankungen und ihre Verhütung“

1 Overheadfolie dazu

1 Anforderungskarte: Video „Kalle, Klops und Karies“

10 Faltposter „Mit Zahnseide werden die Zähne sauberer“

8 Elternblätter „Wie man Kinder vor Karies bewahrt“

10 Merkblätter
„Zähneputzen - aber richtig“

1 Merkblatt „Beugen Sie Informationslücken vor“

1 Faltblatt „Rosa Zeiten für die Zweiten“

1 Broschüre „Gesunde Zähne ein Leben lang ... und was man dafür tun kann“

1 Broschüre Arbeitsmaterialien für die Gruppenprophylaxe“

1 Poster „Zahnfreundliche Süßwaren“

1 Faltblatt „Bitte recht zahnfreundlich“

1 Produktliste
„Zahnmännchen-Süßwaren“

ca. 30 Klebebuttons
„Zahnmännchen mit Schirm“

1 Patienten-Info-Mappe

1 Anforderungskarte mit Salzprobe

1 Merkblatt „Kariesschutz mit Fluorid in jedem Lebensalter“

1 Merkblatt „Trinken aus dem Fläschchen - aber richtig“

1 Broschüre „Strahlend gesunde Zähne für Ihr Kind“

sowie weitere Merkblätter, Broschüren und Prospekte

Bestellungen, die keinen Adressaufkleber oder keine Briefmarken enthalten, können aus technischen Gründen nicht berücksichtigt werden.

Achtung Urlauber: Es sollte sichergestellt sein, dass der Besteller sein Paket auch annehmen kann. Die Post bewahrt nämlich Pakete höchstens eine Woche lang auf und sendet sie dann zurück. Eine zweite Auslieferung kann aber aus Kosten- und organisatorischen Gründen nicht erfolgen!

Schriftenreihe der Landesärztekammer Thüringen

Erster Band „Humane Krankenversorgung oder Beitragsstabilität?“ erschienen!

Die Landesärztekammer Thüringen gibt eine Schriftenreihe heraus. Die in ihr veröffentlichten Beiträge wenden sich verschiedenen Themen ärztlicher Berufs- und Standespolitik, Medizin und Medizingeschichte zu, die nicht nur für die Ärzteschaft, sondern auch für fachfremdes Publikum von Interesse sein können.

Ziel der Schriftenreihe ist es, die in Veranstaltungen der Landesärztekammer Thüringen gehaltenen Vorträge zum Nach- oder zum Neulesen unseren Mitgliedern und allen Interessierten zur Verfügung zu stellen.

Die Beiträge des ersten Bandes mit dem Titel „Humane Krankenversorgung oder Beitragsstabilität“ basieren auf dem im letzten Jahr unter Leitung von Prof. Dr. Dietfried Jorke veranstalteten Studientag „Ethik in der Medizin“, einer Veranstaltung der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Thüringen, des Collegium Europaeum Jenense und der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Die Schriftenreihe beginnt angesichts der umstrittenen Gesundheitsreform mit einem gesundheitspolitisch brisanten Thema. „Humane Krankenversorgung“ und „Beitragsstabilität“ scheinen immer weniger vereinbar. Zwischen diesen Polen bewegt sich zumeist die gesundheitspolitische Debatte, und es entsteht der Eindruck, als ob in unserem

Gesundheitswesen nur noch die Wahl zwischen Beitragserhöhung oder Rationierung bestünde.

Überlegungen zu dieser Problematik werden von Experten verschiedener Fachrichtungen präsentiert.

Aus dem Inhalt:

Peter M. Huber: Die Finanzierbarkeit medizinischer Leistungen im Koordinatensystem des Grundgesetzes

Peter Oberender: Neue Anforderungen an das Gesundheitswesen

Klaus-M. Kodalle: Eigenverantwortung. Das Problem der Gerechtigkeit in der Debatte über den Umbau des Gesundheitssystems

Christoph Fuchs: Ärztliche Überlegungen zum Umgang mit Mangelsituationen im Gesundheitswesen - Zielkonflikte und Güterabwägungen

Der Band 1 „Humane Krankenversorgung und Beitragsstabilität?“ ist für 10 DM bei der Landesärztekammer Thüringen zu beziehen. Eine Überweisung auf folgendes Konto mit dem Kennwort PR-Krankenversorgung entspricht einer Bestellung:

Deutsche Apotheker- und Ärztekbank,
Erfurt, Kto.-Nr. 0003101401, BLZ
10090603

(Name und Anschrift nicht vergessen!)

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:
Landesärztekammer Thüringen/Öffentlichkeitsarbeit/Tel.:03641/61 4103/101

ästhetische Keramik •

Empress 2 •

Frästechnik •

Teleskoptechnik •

Implantat - Technik •

Kieferorthopädie •

Galvano - Technik •

Lilienstraße 2, 04315 Leipzig
www.avantgarde-dental.de
e-Mail: ADentaltec@aol.com
Tel.: 0341/69640-0 • Fax: 0341/6881358

Drei Monate als Zahnarzt auf Jamaika

Was macht ein junger Zahnarzt im Anschluss an seine Assistenzzeit? Er denkt „jetzt oder nie“ und begibt sich auf die Wanderschaft. „Ich wollte armen Menschen helfen und ein wenig Abenteuerlust war wohl auch dabei“ begründet Hendrik Jünger sein Vorhaben, das ihn nach seinem Studium in Greifswald und der Arbeit als Vorbereitungsassistent in Erfurt nach Jamaika führen sollte.

Seine Wahl fiel auf den Inselstaat in der Karibik, weil die Bedingungen im Health Care Centre in Junction ihm erlaubten zu arbeiten, ohne mit eigenen Mitteln dafür aufkommen zu müssen. Ein Aufenthalt in Brasilien wäre für ihn bereits an den Flugkosten gescheitert.



In der Freizeit genoss Hendrik Jünger die Landschaft der Insel

In Montego Bay gelandet, machte sich keulenschlagartig die Hitze bemerkbar, die ihn die nächsten drei Monate in Arbeits- und Freizeit begleiten sollte. Hendrik Jünger musste die Erkenntnis machen, dass bei mehr als 30 °C eben alles ein wenig langsamer vonstatten geht. Trotzdem passte er sich nicht den Regeln an, die dem Arzt ein Mittagsschläfchen oder eine Dusche erlauben, während die Patienten ohne zu murren warten.

ORIGINAL		RECEIPT	
Junction Hospital		HOSPITAL M No: 306816	
Docket No. _____			
RECEIVED from (Patient's Name)			TOTAL
Marva Walker			
DOLLARS		CENTS	
\$ 50 reg 100 ext		\$ 150	
DATE 14/3/00		D. C. Jordan	
J.P.S. (1962) LTD		HOSPITAL SECRETARY	

Rezepte jamaikanisch: die Mengenangaben erfolgen in Teelöffeln.

Auf dem Gelände des Health Care Centre praktizierte er gemeinsam mit einer Humanmedizinerin und einigen Helferinnen als einziger Europäer und einziger Zahnarzt im Umkreis von 40 km.

Die Ausstattung seiner Kellerpraxis erwies sich als leidlich. Die amerikanische Einheit „mittleren Alters“ funktionierte. Das Speibecken fehlte zwar schon seit mehreren Jahren, wurde jedoch nicht vermisst, da die Patienten das Waschbecken nutzten, um Speichel, Kühlflüssigkeit und auch Blut zu „entsorgen“.

„Dabei sollte man wissen, dass es für den Jamaikaner eine Qual ist, die Hände einer anderen Person im eigenen Mund zu wissen“ beschreibt Hendrik Jünger die Situation. „Oft wurde meine Arbeit dadurch gestört, dass die Patienten unbedingt ausspeien mussten“. Die Absaugung befand sich links neben dem Waschbecken und ich reichte sie meiner Helferin vor jedem Eingriff quer durch den Raum. Zum Glück war der Schlauch ausreichend lang.“

Den air scaler dieser Einheit teilte Hendrik Jünger mit Mrs. Donni. Sie war Zahnarzt-helferin, hatte aber im Gegensatz zu ihren deutschen Kolleginnen weitreichende Kompetenzen. Sie behandelte alle Kinder, welche noch nicht das 17. Lebensjahr vollendet hatten. Die Zahnreinigung, das Legen von Füllungen und Extraktionen durfte sie selbständig durchführen, wobei ihr Behandlungsspektrum auf Milchzähne begrenzt war. „Ich erlebte es öfters, dass

sie auch vor bleibenden Zähnen nicht zurückschreckte“ schildert Jünger seine Erfahrungen mit der Helferin.

„Während ich mich jedes Mal freute, wenn ich den air scaler (wenn ich ihn endlich von Mrs. Donni gebracht bekam) einsetzen konnte, trieb mich ein akkubetriebenes (!) blaues Winkelstück regelmäßig zur Verzweiflung. Der Akku hatte den Memoryeffekt schon längst vergessen. Am Kabel befand sich ein Wackelkontakt, den meine Helferin mittels starker Bewegungen zu überbrücken versuchte. Ihr Erfolg hielt sich in Grenzen, so dass es für mich immer ein Abenteuer war, vorherzusagen, wie viel Zeit ich für die Füllungspolitur benötigen oder wann ich bei der Trepanation des Knochens auf die Turbine umsteigen würde. Als mir dann noch die Soflex-Scheiben ausgingen, hieß es: ab jetzt wird mit Strips die gesamte Füllung poliert.“

Weil die wenigsten Jamaikaner sich eine Krankenversicherung leisten können, müssen sie jeden Eingriff bar bezahlen. Bei ihrer Registrierung wurden 50 jai fällig und pro Zahn, egal ob für Füllung oder Extraktion, waren 100 jai zu zahlen - bei einem Monatseinkommen von ca. 600 jai für viele unerschwinglich. Befundaufnahme und Röntgen wurden nicht in Rechnung gestellt.

Beim Besprechen der Behandlung ging die Meinung von Zahnarzt und Patient oft weit auseinander. Der Verzehr großer Mengen von Zuckerrohr, das zum Teil stundenlang



Der Arbeitsplatz

gekaut wird, führt bei vielen Jamaikanern zu einem desolaten Zustand der Zähne. Während die meisten besorgt um die Optik ihrer Schneidezähne waren, hatte es Hendrik Jünger ausgesprochen schwer, die Einsicht zu erzeugen, dass abgebrochene Backenzähne behandlungsbedürftiger sind - auch wenn niemand sie sieht.

Mit ca. 70 % bestand deshalb der größte Teil seiner Arbeit aus Extraktionen, mitunter schwierigsten, weil die Zähne teilweise bis zum Zahnfleischrand abgefault waren. Bedingt durch diesen schlechten Gebisszustand stellten Operationen den zweiten Schwerpunkt seiner Arbeit dar. Dabei wägte Hendrik Jünger Risiko und Erfolgsaussicht sorgfältig ab, denn er wusste genau: nichts durfte schief gehen. Ohne Röntgengerät - es blieb während der gesamten Zeit funktionsuntüchtig - und mit der Gewissheit, dass das nächste Krankenhaus 40 km

entfernt und für ihn weder telefonisch noch in vertretbarer Zeit mit einem Fahrzeug zu erreichen war, bedachte er jeden einzelnen Eingriff. Auf die Frage, ob er Angst gehabt hätte, antwortete er dennoch: „Die erste Woche, aber dann nicht mehr“. Auch wenn er den Armen helfen wollte, hätte er doch nie ihre Gesundheit durch eine unüberlegte Operation riskiert. Deshalb kam er in solchen Fällen nicht umhin, manchen Eingriff abzulehnen und die Patienten zu bitten, einen Chirurgen aufzusuchen. Oft plagte ihn bei derartigen Entscheidungen das schlechte Gewissen, schließlich war vorhersehbar, dass die meisten abgewiesenen Patienten das Geld für einen Chirurgen nicht aufbringen und allenfalls bei einem der Jamaika-typischen Zahnärzte landen würden. Da dort eine Zahnarztausbildung, wie wir sie in Deutschland kennen, nicht existiert, bildet man sich selbst aus, indem man einem Kollegen so

lange über die Schulter schaut, bis man der Meinung ist, genug zu können.

Eine solcherart vorsichtige Entscheidung bescherten Hendrik Jünger jedoch auch ein unangenehmes Erlebnis: „Nachdem ich einen Patienten zur weiterführenden chirurgischen Behandlung im UK-Bereich an einen Kiefer- und Gesichtschirurgen überwiesen hatte, erschien er mit der Forderung nach der finanziellen Hilfe von 1000 jam. \$ (ca. 50,00 DM) oder zahnärztlicher Versorgung abermals in der Praxis. Ich konnte mit beidem nicht dienen. Es folgte eine ausführliche, stark emotional geprägte Diskussion, die er mit den Worten beendete „...wir werden uns schon irgendwann wiedersehen und dann kannst du was erleben.“

Wenngleich ihm verziehen wurde, die Frage, ob er gerne in dem Land mancher Urlaubssehnsüchte bleiben wolle, beantwortet Hendrik Jünger mit einem klaren „nein“. „Ein nochmaliger Hilfseinsatz ist keine Frage für mich, jedoch auf Dauer genügt mir die Einseitigkeit der Arbeit nicht. Es ist nicht erfüllend, ausschließlich zu extrahieren.“ Hendrik Jünger könnte sich außerdem nicht mit der Behördenwillkür abfinden, die sogar das „Vererben“ von Jobs zulässt.

Das Vierteljahr auf Jamaika betrachtet er als eine Zeit, in der er vielen Herausforderungen begegnet ist, gelernt hat, auf sich selbst angewiesen zu sein und, für ihn am wichtigsten: Gelassenheit zu bewahren. Eine große Erfahrung für den 29-jährigen, der jetzt seine nächste Herausforderung in einer wissenschaftlichen Laufbahn an der Universität Leipzig sucht. *red.*



Das Wartezimmer war stets gut gefüllt



Helferinnen

40jähriges Staatsexamen gefeiert

130 Kommilitoninnen und Kommilitonen des Immatrikulationsjahrganges 1955 Medizin und Zahnmedizin trafen sich am 2. Juni 2000 anlässlich ihres 40jährigen Staatsexamens an der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Viele wurden von ihren Partnern begleitet, die häufig sogar im eigenen Semester studiert hatten.

Am Freitagabend konnte man bei einem zwanglosen Treffen im Kollegienhof der Universität bei herrlichem Frühsommerwetter und musikalischer Umrahmung alte Erinnerungen auffrischen. Auch für das leibliche Wohl war bestens gesorgt: das Bierfass war „oazapft“ und der Rost brannte.

Für Einblicke in die jetzige Situation des Medizin- und Zahnmedizinstudiums sorgte eine Diskussionsrunde, die am Samstagvormittag im Hörsaal der Frauenklinik stattfand. Interessante Themen wurden von kompetenten Referenten behandelt:

„Die Medizinische Fakultät und ihre Kliniken in den letzten fünf Jahren“ (Prof. Dr. Günter Stein)

„Das Klinikum 2000 - was bringt die nahe Zukunft?“ (Prof. Dr. Hans-Joachim Seewald)

„Medizin- und Zahnmedizinstudium an der FSU heute“ (Prof. Dr. Werner Linß)

Anschließend konnten interessierte Teilnehmer unter der bewährten Führung von



Zentrumsdirektor Prof. Dr. Heinz Graf die neuen Räumlichkeiten des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde besichtigen. Das Gebäude ist mit modernster Technik ausgerüstet und bietet optimale Bedingungen für Patienten, Ärzte und medizinisches Personal.

Der Tag klang mit einem Gesellschaftsabend im Hotel Esplanade aus. Die stets gefüllte Tanzfläche war beredtes Zeugnis von der tollen Stimmung.

Solche Treffen gehören zur guten Tradition dieses Studienjahres. Aber einmalig ist unseres Wissens nach, dass Mediziner und Zahnmediziner, die sich ja oft als Konkurrenten betrachten, diese Wiedersehen gemeinsam feiern.

Beachtenswert ist auch, dass viele ehemalige Kommilitoninnen und Kommilitonen in leitenden Funktionen der Medizinischen Fakultät der FSU Jena vertreten sind:

Prof. Dr. Hans-Joachim Seewald: Ärztlicher Direktor des Klinikums

Prof. Dr. Werner Linß: Direktor des Anatomischen Institutes und Beauftragter für vorklinische Ausbildung im Studiendekanat

Prof. Dr. Heinz Graf: Direktor des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Prof. Dr. Günter Stein: Ehemaliger Dekan der Medizinischen Fakultät und Ärztlicher Direktor

Prof. Dr. Axel Stelzner: Leiter des Institutes für Virologie

Prof. Dr. Manfred Danz: Institut für Anatomie

Prof. Dr. Joachim Buchmann ist Kommissarischer Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie der Universität Rostock.

Wir hoffen, dass das nächste Treffen wieder solch großen Anklang findet.

Dr. Jürgen Hering, Gera

Kinder aus Tschernobyl werden zahnmedizinisch betreut



Ein Besuch beim Zahnarzt ist mittlerweile fester Bestandteil des Programms, das der Verein für Hilfe von Kindern aus Tschernobyl e. V. für seine jährlichen Gäste organisiert. Das Hilfsangebot der Polikliniken für Präventive und konservierende Zahnheilkunde der FSU Jena erlaubt es, die 20 Kinder aus Weißrussland, die sich derzeit zu einem dreiwöchigen Aufenthalt in Thüringen befinden, einer zahnmedizinischen Untersuchung zuzuführen. Laut Auskunft von Frau Prof. Annerose Borutta ist der

Mundzustand der Kinder, die alle nach dem Reaktorunglück geboren wurden, relativ gut, im Vergleich zu gleichaltrigen deutschen Kindern jedoch deutlich eingeschränkt. Bei den meisten Kindern besteht Behandlungsbedarf. Erkrankungen, die im Zusammenhang mit der Reaktorkatastrophe stehen, lassen sich jedoch nicht erkennen. Die Kinder zeigten sich während des Zahnarztbesuches sehr aufgeschossen und wissbegierig und haben sicherlich einiges in punkto Mundgesundheit gelernt. Die Kinder aus Krasnoje Bolje und Mogiljew verbringen mit ihren zwei Begleitern eine Woche im Haus der Betreuung in Kunitz und zwei weitere Wochen bei Gasteltern im Raum Jena. Der Aufenthalt in Deutschland wird aus Spendengeldern finanziert. *red.*

„9. Gothaer Tage der Kinderheilkunde“

6. und 7. Oktober 2000

Ort:

Hotel „Der Lindenho“, Schöne Aussicht 5, 99867 Gotha

Schirmherr:

Dr. med. Klaus-Peter Ullrich

Programm am Freitag:

„Zahnheilkunde“ (Moderation PD Dr. Dr. Hans Pistner)

„Neues aus der Wissenschaft“

Programm am Samstag:

„Augenheilkunde“

(Moderation Prof. Dr. Holger Busse, Prof. Dr. Rolf Zeth)

Anmeldung:

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin,
Friedrichstraße 9, 99867 Gotha, Tel.: 03621/87800

Aktionstag „Sanfte Zahnheilkunde“ – Hypnose in der Zahnarztpraxis

am 20. September 2000

Hypnose in der Zahnarztpraxis ermöglicht vielen Patienten, die Behandlung angenehm und entspannt zu erleben.

Um die Hypnose in der Zahnarztpraxis weiter voranzubringen und Vorurteile abzubauen, wird die Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose e. V. (DGZH) am 20. September im Vorfeld ihrer Jahrestagung am 2. und 3. Oktober dieses Jahres, die im Rahmen des 15. Internationalen Kongresses für Hypnose der International Society of Hypnosis (ISH) vom 2. bis 7. Oktober in München stattfinden wird, mit einem bundesweiten Aktionstag auf die Möglichkeiten einer sanften Zahnbehandlung mit Hilfe der zahnärztlichen Hypnose hinweisen.

Weitere Informationen dazu erhalten Sie über die DGZH,
Esslinger Straße 40, 70182 Stuttgart,
Tel.: 07 11/2 36 06 18, Fax: 07 11/24 40 32.

Fortbildung und Erholung an der Ostseeküste

9. Zahnärztetag

der Zahnärztekammer
Mecklenburg-Vorpommern

vom 1. bis 3. September 2000

Rostock-Warnemünde

Hotel Neptun

WISSENSCHAFTLICHES PROGRAMM:

Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
an der Schwelle zum neuen Jahrtausend

8. Helferinnentagung

am 2. September im Saal des Kurhauses
Warnemünde

Anmeldung bis zum 25 August bei:
Zahnärztekammer
Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Straße 304
19055 Schwerin
Tel. (03 85) 5 91 08-0
Fax (03 85) 5 91 08-20



**Möglichkeiten und Grenzen
der Zahnarztpraxis**
Orthopädische, psychologische
und chirurgische Aspekte

mit großem Helferinnen-Programm,
Dental-Schau, Rahmenprogramm.
Festvortrag: „Neue Eliten“
von Prof. Dr. Gerr Kaiser, Düsseldorf

**8. Fortbildungstage
der ZÄK Sachsen-Anhalt**
vom 15. bis 17. September 2000
in Wernigerode

Auskunft / Anmeldung: ZÄK S.-A.,
Frau Einecke, Große Diesdorfer Straße 162,
39110 Magdeburg
Tel. 03 91 / 7 39 39 14, Fax 03 91 / 7 39 39 20,
e-mail: info@Zahnarztekkammer-SAV.de

XX. ICOI World Congress und 30. Jahrestagung der DGZI

12. - 14. Oktober 2000 in Berlin

Die älteste implantologische Gesellschaft Europas (Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie - DGZI) und der größte Dachverband (International Congress of Oral Implantologists - ICOI) werden ein gemeinsames Jubiläum feiern. Die Möglichkeit, quasi vor der Haustür und an einem Wochenende eine internationale Repräsentanz dieses Formats zu erleben, sollte Anreiz sein, dieses Wochenende in der Hauptstadt zu verbringen. Referenten sind u. a. Prof. Carl Misch (USA), Prof. Chanavas (Frankreich), Prof. Tantom (USA), Prof. Grafelmann (Deutschland), Prof. Lang (Deutschland), Prof. Szmukler-Moncler (Schweiz) u. v. a. m.

Informationen zu Kongress, Rahmenprogramm und Buchung sind anzufordern beim DGZI-Organisationsreferat unter Fax: 0911/204027.

33. Jahrestagung der Arbeits- gemeinschaft für Funktionslehre

**24. und 25. November 2000 im Maritim
Kurhaushotel Bad Homburg**

Thema:
- Kraniomandibuläre Dysfunktionen -
Modell der integrierten Medizin
- Freie Themen

Zimmerreservierung:
Maritim Kurhaushotel Bad Homburg, Ludwigstraße,
61348 Bad Homburg, Tel.: 06172/660138, Fax: 06172/660100

Vortragsanmeldungen werden mit Autoreferat, Zeitbedarf sowie einer Diskettenversion (Microsoft Word 97 für Windows) bis zum 30. Juni 2000 erbeten an den Vorsitzenden der AGF: Prof. Dr. Th. Reiber, Nürnberger Straße 57, 04103 Leipzig

Weltkongress über Medizin und Gesundheit

Medicine Meets Millennium

unter der Schirmherrschaft von Bundeskanzler Gerhard Schröder

Vom 21. Juli bis zum 20. August 2000 findet in Hannover anlässlich der EXPO 2000 der Weltkongress über Medizin und Gesundheit, Medicine Meets Millennium, statt. In Zusammenarbeit mit der WHO hat ein weltweiter Beirat von Wissenschaftlern und Gesundheitsexperten diesen Kongress in Form einer umfassenden wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen tour d'horizon angelegt. Er soll ein Forum für Diskussionen über weltweite gesundheitliche Herausforderungen und Perspektiven zu Beginn des 21. Jahrhunderts sein und den Weg zu einer verbesserten Lebensqualität für die Menschen in aller Welt aufzeigen.

Einer der Kongresstage, der 9. August 2000, ist dem Thema „Oral Health“ gewidmet. Dieser Tag soll die Möglichkeit eröffnen, weltweit aktuelle Fragestellungen der Zahnheilkunde zu diskutieren. Hierzu wurden namhafte, auf ihrem Gebiet führende Wissenschaftler eingeladen, die durch ihre Grundsatzreferate die Basis für eine intensive Forumsdiskussion legen werden.

Im Anschluss an den Kongresstag ist von 18.00 Uhr bis 20.00 Uhr eine Podiumsdiskussion in deutscher Sprache über ein zahnmedizinisches gesundheitspolitisches Thema vorgesehen.

Am 8. August 2000 sind halbtägige Symposien in deutscher Sprache vorgeschaltet, die von speziellen Dentalfirmen veranstaltet werden.

Wir möchten alle Kolleginnen und Kollegen zu diesem außergewöhnlichen Ereignis, das zudem den Besuch der EXPO 2000 erlaubt, sehr herzlich nach Hannover einladen. Auch die Zahnheilkunde hat einen entscheidenden Anteil an der Medizin und Gesundheit, dem Hauptthema dieses Weltkongresses. Dies können Sie durch Ihre Teilnahme an dem Kongresstag „Oral Health“ dokumentieren.

Die Teilnahmegebühr beträgt DM 100,—/Tag.
Medicine Meets Millennium findet im
Congress-Centrum Hannover statt.

Prof. Dr. W. Geurtsen

Wissenschaftlicher Koordinator von „Oral Health“

Kieferorthopädin oder Zahnärztin mit KFO-Interesse in KFO-Praxis gesucht.

Engag. Mitarbeiterin in humorv., harmon. Team gesucht. Unser Behandlungsspektrum ist vielfältig und komplex (Fkt. Therapie, MB, Kiefergelenke) Vorkenntn. sind nicht erforderlich., da eine hochwertige Einarb. gewährleistet ist.

MUDr. B. John, FZÄ f. KFO, Hohensteiner Str. 22, 09366 Stollberg, Tel. 037296/3984

junge Zahnärztin,

sucht ab sofort in Jena eine Praxis zur Übernahme, Übergangssozietät erwünscht

Chiffre: tzb 0025

junge motivierte Zahnärztin,

mit 2 Jahren BE sucht ab Herbst Teil- oder Vollzeitstelle in Weimar, Jena, Erfurt, Gera

Tel. 0171/8849258

Zahnärztin,

3,5 Jahre BE, offen für alle Kooperationsformen sucht neuen Wirkungskreis in Ostthüringen, ab November 2000, auch Vertretungsdienste möglich.

Chiffre: tzb 0024

Verkaufe im Kundenauftrag

CEREC 2

mit Kronensoftware & Intraoralkamera Sivation, Sortiment an Keramikblöcken, Intensivseminar, Übergabe und prof. Einarbeitung, 39.000,- DM incl. MwSt., Interessiert? Näheres unter: Tel. 0173/5735061 oder 0911/52143-13
Sirona Dental Depot GmbH
Marienbergstraße 76
90411 Nürnberg

Existenzsichere Praxisübernahme

➤ **Hochsauerland:**
außergewöhnliche, sehr gut aus gestattete Praxis mit 4 BHZ aus Altersgründen abzugeben. Sehr hoher Umsatz, hoher Privatanteil. Einstieg in die Sozialität im Sommer 2000. Übergang mit Partnerschaft Oralchirurg erwünscht.

➤ **Hess. Lichtenau:**
Praxis mit 2 BHZ, ca. 100 m², aus Altersgründen abzugeben. Privathaus in der Nähe steht zum Verkauf.

➤ **Göttingen-Land:**
Praxis mit 4 BHZ, 140 m² groß, ausgestattet mit 3 Ecodont und 1 Holland Dental Einheiten sowie neuwertigen Behandlungszellen aus Schreinerhand, für zwei Behandler geeignet.

dn

Deuker + Neubauer Kassel
Dieter Wilke
Tel.: (05 61) 58 97-133
Fax: (05 61) 58 97-188

➤ **Celle-Stadt:**
Praxis, ca. 110 m² groß, mit ca. 450 Scheinern/hohem Umsatz sofort abzugeben.

➤ **Lehrte-Stadt:**
Praxis, gut ausgestattet (ca. 11 Jahre alt), zum April 2001 abzugeben. 2 BHZ (Sirona E), OPG und weitere Extras.

➤ **Garbsen (Landkreis Hannover):**
Praxis aus persönlichen Gründen sofort abzugeben, 4 BHZ, digitales Röntgen, Ca. 122 m² groß.

dn

Deuker + Neubauer Braunschweig
Eugen Schwirko
Tel.: (05 31) 2 42 38 10
Fax: (05 31) 2 42 38 30

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

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

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

Antworten auf Chiffre-Anzeigen an:

Verlag und Werbeagentur Kleine Arche
Holbeinstraße 73, 99096 Erfurt, Tel. 0361/7467480, Fax 0361/7467485
eMail: tzbmagazin@aol.com

Zuschriften auf Chiffre-Anzeigen bitte deutlich mit der Chiffre-Nummer auf dem Umschlag versehen. Sie werden gesammelt an die Auftraggeber weitergeleitet.

