

tz**b**

Thüringer
Zahnärzte
Blatt

Ausgabe 10 | 2001

Berufsstand auf den Zahn gefühlt

Lesen Sie ab S. 6

Novellierung der Röntgenverordnung *ab S. 19*



Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,



der barbarische Akt des Terrors in den USA, unter dessen Schatten wir ohne Zweifel noch lange stehen werden und dessen möglichen Folgen wir uns nicht entziehen können, läßt gewohnte Dimensionen unserer standespolitischen Auseinandersetzungen auf dieser Seite nahezu im Nichts verblassen. Zu groß ist die Betroffenheit und das Mitgefühl mit den Opfern, die Achtung vor denen, die sich wehrten und vor denen, die ohne Rücksicht auf ihr eigenes Leben fremdes Leben retteten und dabei ihr eigenes verloren. Zu groß ist aber auch die Sorge um die Zukunft in Frieden auf dieser Welt. Die Bewahrung und Verteidigung von Freiheit und Demokratie wird künftig Solidarität gebieten. Eine Solidarität, die nicht nur den Schmerz, sondern auch die Lasten teilt. Ich bin sicher, daß die deutsche Zahnärzteschaft ihren Beitrag dazu leisten wird.

Vor allem deshalb kein „business as usual“ auf der heutigen Seite. Der Respekt vor den

Geschehnissen verbietet es, manche standespolitischen Auseinandersetzungen der letzten Zeit auf dieser Seite fortzusetzen. Um es deutlicher zu nennen – es geht hierbei vornehmlich um die Verknüpfung von Sachthemen mit persönlichen Differenzen, die im Interesse der Sachthemen ein Ende finden sollte. Die Kollegenschaft sieht in emotionalen Diskussionen zu persönlichen Themen eine Behinderung der Sacharbeit und damit eine Beeinträchtigung der eigentlichen Arbeit für die Kollegenschaft und gibt mir dies berechtigtermaßen mit Verwunderung zur Kenntnis.

Wenn ich eingangs Solidarität und Lastenteilung erwähnte, berührt dies grundsätzlich die Stellung der Zahnmedizin in unserer Gesellschaft. Gerade die gegenwärtige Diskussion zu den Tätigkeitsschwerpunkten verdeutlicht, an welchem Scheideweg die Zahnheilkunde steht. Offenbaren wir uns künftig als Verkäufer von Komfort und Kosmetik und

der Wandlung vom Patienten- zum Kundenbegriff auf der Grundlage marktwirtschaftlicher Überlegungen, von „Happy Smile“ also, und weisen dies auf dem Schild aus? Oder bleiben wir einer Zahnmedizin verpflichtet, der es weiterhin um die Vermeidung und Behebung von Krankheiten geht? Einer Zahnmedizin, die historisch unter großen Mühen Teil einer Gesamtmedizin wurde und damit eine entsprechende soziale Verpflichtung erlangte.

Ich denke, noch haben wir eine gute Basis für das „Arztsein“ in dieser Gesellschaft. Betrachten wir dies als Privileg, das es zu erhalten gilt!

*Dr. Lothar Bergholz
Präsident der
Landes Zahnärztekammer*

Thüringer Zahnärzte Blatt

Impressum

Offizielles Mitteilungsblatt der Landes Zahnärztekammer Thüringen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen

Herausgeber:

Landes Zahnärztekammer Thüringen und Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

Gesamtherstellung/ Satz und Layout:

Werbeagentur und Verlag Kleine Arche, Holbeinstraße 73, 99096 Erfurt, Telefon 0361/7 46 74 80, Fax 0361/7467485 E-Mail reinhardt@kleinearche.de www.kleinearche.de

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), Katrin Zeiß

Anschrift der Redaktion:

Landes Zahnärztekammer Thüringen, Barbarosahof 16, 99092 Erfurt, Telefon 0361/74 32-115, E-Mail-Adressen von LZKTh und KZVTh: pressestelle@lzaekthue.de edv@kzvth.ef.uunet.de

Als Leserbrief gekennzeichnete Beiträge müssen nicht die Meinung der Herausgeber darstellen. Die Redaktion behält sich vor, Leserbriefe sinnwährend zu kürzen.

Die Redaktion ist nicht für den Inhalt von Produktinformationen verantwortlich.

Druck und Buchbinderei:

Druck- und Verlagshaus Erfurt

Anzeigenannahme und -verwaltung:

Verlag und Werbeagentur Kleine Arche, z.Z. gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 4 vom 1.1.2001

Anzeigenleitung:

Wolfgang Klaus

Titelbild: Katrin Zeiß

Heftpreis:

Einzelheftpreis: 7,00 DM
Versandkosten: 1,90 DM
Abopreis: 97,91 DM incl. MwSt.

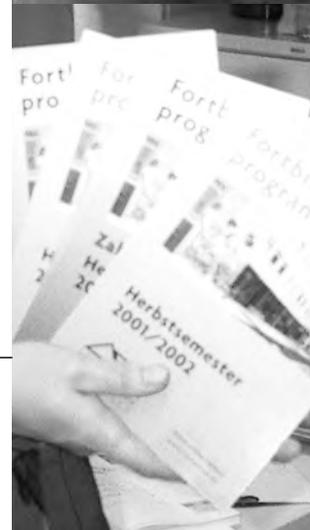
Redaktionsschluß:

Heft 11/2001: 15.10.01

Anzeigenschluß:

Heft 11/2001: 19.10.01

Editorial	3
Aktuelles	
<i>Zahnärzte trauern mit Amerika</i>	6
Titel	
<i>Berufsstand auf den Zahn gefühlt</i>	6
<i>Ausbildungsboom und Wartelisten</i>	8
Meinung	
<i>Kieferorthopädie – wohin?</i>	10
KZV	
<i>Kreisstellenvorsitzende stellen sich vor</i>	15
<i>Versorgungsgradfeststellung/Ausschreibung</i>	16
<i>Drei Monatsbeiträge Rückerstattung</i>	18
<i>Vielfältige Kommunikationsmöglichkeiten</i>	18
LZKTh	
<i>Informationen zur Novellierung der Röntgenverordnung</i>	19
<i>Kodak wechselt Produkt</i>	21
<i>Hinweise zur GOZ-Umstellung auf Euro</i>	21
<i>Hygienemaßnahmen in kieferorthopädischen Praxen</i>	22
Fortbildung	
<i>Zigarettenrauchen beeinflusst die kausale Beziehung zwischen Plaque und gingivaler Entzündung</i>	23
<i>Dissertationen</i>	27
Bücher	30
Gesundheitspolitik	32
Recht	
<i>Praxis wird nicht zum Basar</i>	36
<i>Urteile zu Behandlung im Ausland</i>	37
<i>Kein Schadensersatz nach Epilepsieanfall vor Klinik</i>	37
<i>Allergieverdacht abklären</i>	37
Helferinnen	
<i>Höhere Ansprüche bei Prüfungen</i>	38
Info	
<i>Thüringer Zahnärzte helfen Osteuropa</i>	41
<i>Nachruf Dr. Karl Mühlbauer</i>	42
<i>4. Thüringer Jugendzahnpflegetag</i>	42
<i>Wir gratulieren</i>	43
<i>Referat Fortbildung informiert</i>	50



Zahnärzte trauern mit Amerika

Anteilnahme mit den Opfern der Katastrophe

Kondolenzschreiben der BZÄK an Präsident der American Dental Association übermittelt

Berlin (bzäk). In einem Kondolenzschreiben an Dr. Robert Anderton, President of the American Dental Association, hat Jürgen Weitkamp, Präsident der Bundeszahnärztekammer, die Anteilnahme der deutschen Zahnärzte mit den Opfern und Angehörigen der Katastrophe in den USA übermittelt und dem Entsetzen über diesen Terrorakt Ausdruck verliehen. Weitkamp schrieb: „Wir möchten Ihnen unsere tiefe Sympathie ausdrücken und versichern, daß wir die Klagen des amerikanischen Volkes teilen über diese unbeschreibliche Katastrophe und den großen Terror, von dem Ihr Land getroffen wurde. Die deutschen Zahnärzte stehen in Solidarität an der Seite der amerikanischen Zahnärzteschaft bei der Verteidigung und Bewahrung von Demokratie und Freiheit.“

Die hohe Wertschätzung dieser Solidaritäts-Adresse durch die Kollegen in den

USA beweist ihre Veröffentlichung auf der zentrale Homepage der ADA noch am selben Tag (<http://www.ada.org>). Aus gegebenem Anlaß wurde eine für den 11. September geplante Vernissage mit Werken des Künstlers Jimmie Durham und wertvollen, von der Industrie gesponserten Bildern, im Foyer der Bundeszahnärztekammer kurzfristig abgesagt

Auch die BZÄK-Vorstandssitzung am Tag nach dem Anschlag stand im Schatten der Ereignisse in den USA, von denen sich die Teilnehmer tief betroffen zeigten. Kein „business as usual“, aber dennoch Abwicklung der Tagesordnung: Der Präsident der BZÄK gab eine kurze Darstellung der Ereignisse und wies darauf hin, daß der Sitz der Kammer ohne die nachdrückliche Hilfe der Amerikaner nicht an diesem Ort im Ostteil Berlins sein könnte. In einer Schweigeminute wurde der Opfer des Anschlags gedacht.

Entsetzen über das Unfaßbare

Tiefe Betroffenheit über die Terrorakte gegen die USA hat auch der Vorstand der KZV Thüringen geäußert:

Auf der Vorstandssitzung der KZV Thüringen am Mittwoch, dem 12. September, die auch unter dem Schatten der Ereignisse in New York und Washington stand, zeigten sich die Mitglieder und Geschäftsführung tief betroffen. Es wurde einhellig zum Ausdruck gebracht, daß eine solche Art von Gewalt und Terror verabscheuungswürdig und unmenschlich im höchsten Grade sind. Wir müssen erkennen, daß das, was in Amerika passierte, eine „menschliche Reaktion“ aus verletztem Stolz, Haß, Uneinsichtigkeit und Verbohrtheit im Ertremen ist. Was im ganz Kleinen beginnt, kann zu solchen Katastrophen führen und in den bekannten Ausmaßen enden.

*Dr. K.-H. Müller,
Beauftragter des Vorstandes
für Öffentlichkeitsarbeit*

Berufsstand auf den Zahn gefühlt

Die Zahnärzte in Thüringen – Zahlen, Fakten, Zukunftschancen

Erfurt (tzb). Thüringens Allgemeinärzte schlagen Alarm. Wegen Überalterung der Fachgruppe droht schon in einigen Jahren eine Unterversorgung, so die Befürchtungen. Nachwuchs werde nur ungenügend herangebildet, beispielsweise fehlt es in Thüringen an einem eigenen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin. Ähnliche sorgenvolle Töne sind auch aus der Fachgruppe der Kinderärzte zu vernehmen. Tenor auch hier: Es werden zu wenig Pädiater ausgebildet. Wie aber steht es um die Zahnärzte? Sind ähnliche Befürchtungen auch hier angebracht? Das „Thüringer Zahn-

ärzteblatt“ ist der Frage nachgegangen.

Zulassungen

Ende Juni dieses Jahres waren in Thüringen exakt 1900 Zahnärzte in eigener Niederlassung tätig. Das geht aus den aktuellen Statistiken der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Thüringen hervor. 70 der in eigener Praxis tätigen Zahnärzte sind Kieferorthopäden. Damit versorgt statistisch gesehen ein Zahnarzt 1333,9 Einwohner, während ein Kieferorthopäde für 3474,5 Thüringer zu-

ständig ist. An den drei Polikliniken und der Friedrich-Schiller-Universität waren zum gleichen Zeitpunkt 44 Zahnärzte und 31 Assistenten tätig. Im Jahr eins der kassenärztlichen Selbstverwaltung stellte sich das Bild noch vollkommen anders dar. 1990 arbeiteten noch die meisten Zahnärzte an den seinerzeit 58 Polikliniken, nämlich 842. Lediglich 479 Zahnärzte und 13 Kieferorthopäden hatten damals bereits den Sprung in die Freiberuflichkeit, die Niederlassung also, gewagt. Allein in diesem Jahr erteilte die KZV bislang 13 Kollegen die Zulassung (Stichtag

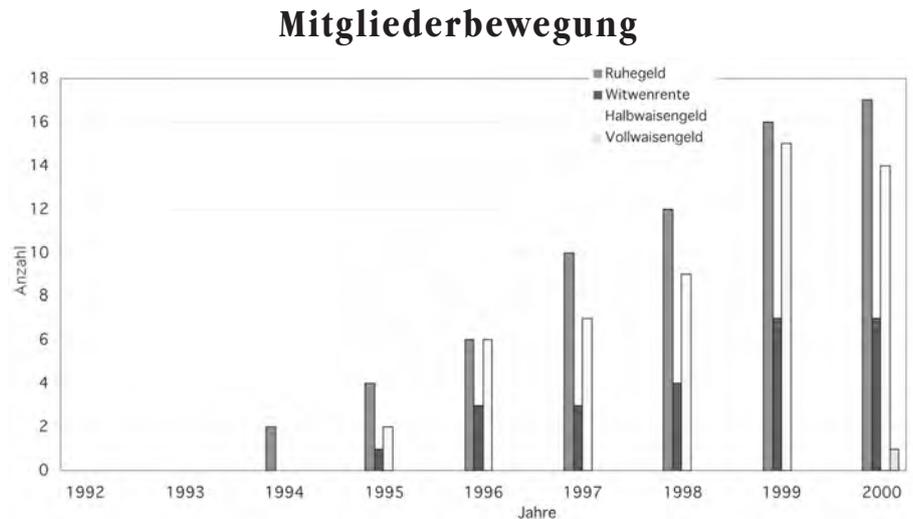
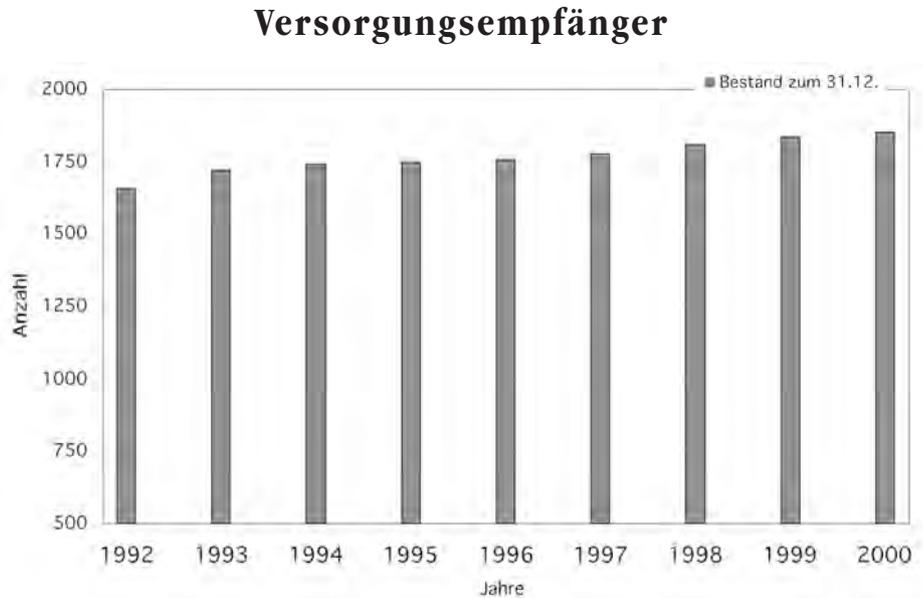
30. Juni). Weitere 63 Bewerber hoffen auf eine Zulassung, davon allein in Jena 17, in Erfurt zehn.

Altersentwicklung

Den Statistiken des zahnärztlichen Versorgungswerkes zufolge ist der durchschnittliche Zahnarzt in Thüringen zwischen 39 und 46 Jahre alt. Die 45jährigen bilden die größte Gruppe der niedergelassenen Kollegen, hat die KZV erfaßt 546 gehören zu dieser Altersgruppe (Stichtag 31. Dezember 2000). 415 Zahnärzte sind um die 50 Jahre alt, 345 wiederum 40 Jahre alt und 201 haben das 60. Lebensjahr erreicht. 87 der niedergelassenen Zahnärzte waren demzufolge 65 Jahre alt. Relativ schmal fällt die Altersgruppe der 30- bis 35jährigen aus. Lediglich fünf Zahnärzte waren Ende des vergangenen Jahres 30 Jahre alt, 110 wiederum 35 Jahre alt. Die Altersgruppe zwischen 39 und 46 Jahren macht nach Angaben des Versorgungswerkes somit mehr als die Hälfte der aktiven Versorgungswerk-Mitglieder aus. Was sich aus den KZV-Zulassungszahlen ablesen läßt, gilt auch für das Versorgungswerk. Der Mitgliederbestand ist noch im Anwachsen begriffen. Zugängen von 40 Mitgliedern pro Jahr stehen derzeit 24 Abgänge gegenüber. Das Versorgungswerk erwartet frühestens ab dem Jahr 2010 eine Umkehrung der jetzigen Entwicklung. Dann werden 56 Zahnärzte das 60. Lebensjahr übertroffen haben, Abgänge aus Altersgründen dürften dann die Anzahl der Neuzugänge übertreffen.

Praxisaufgaben

Die Zahl der Praxisaufgaben in den vergangenen Jahren stellt sich so dar: 1993 und 1994 wurden insgesamt 20 Praxen geschlossen, ein Jahr später waren es 16, im Jahr 1996 neun. Doppelt so viele Praxen schlossen 1997. Die meisten Praxisaufgaben registrierte die KZV 1998 – damals gaben 34 Praxisinhaber auf. 1999 lag die Zahl der Praxisschließungen bei 26, im vergangenen Jahr bei 23. Bis Ende August dieses Jahres wurden 14 Praxen aufgegeben, neun fanden bereits einen Nachfolger. Fast allen Praxisaufgaben dieses Jahres liegen Alter oder Krankheit zugrunde, zwei Zahnärzte warfen aus wirtschaftlichen Gründen das Handtuch. Damit setzt sich in diesem Jahr die Tendenz der Jahre von 1993 bis 2000 fort. Auch hier dominierten Altersgründe (62), gefolgt von Krankheits- und Todesfällen (32). Wegen Un-



Mitgliederentwicklung im Versorgungswerk der LZKTh Grafiken: Versorgungswerk

wirtschaftlichkeit machten 20 Praxen dicht. 24 Zahnärzte wanderten in andere Bundesländer ab.

Prognose

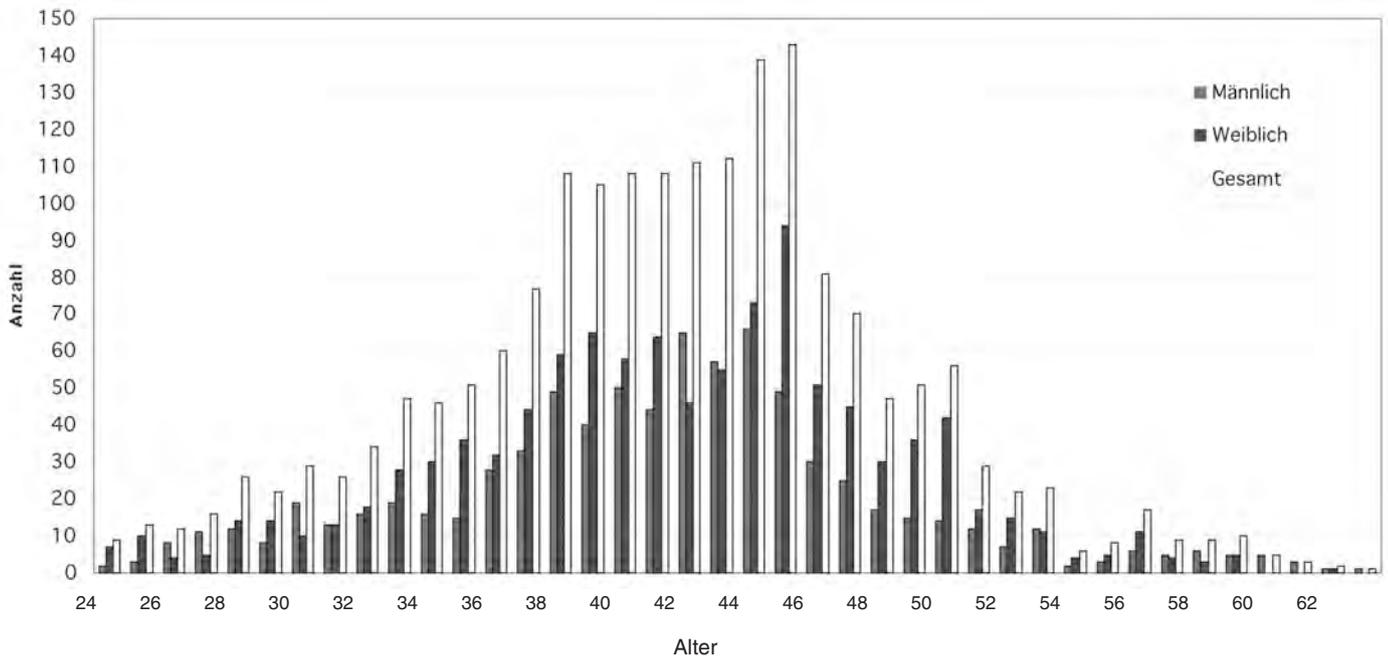
Ein regelrechter Schließungsboom bei Thüringer Zahnarztpraxen ist nach den Berechnungen des Versorgungswerkes spätestens in den Jahren 2017 bis 2022 zu erwarten. Legt man die Altersstatistik zugrunde, werden dann voraussichtlich zwischen 500 und 600 Praxen aus Altersgründen schließen. Das Versorgungswerk rechnet jedoch auch in diesen Jahren mit Neuzugängen von lediglich 40 Mitgliedern jährlich. Resultat dieser Entwicklung dürfte sein, daß es in diesem Zeitraum schwer sein wird, frei werdende Praxen zu veräußern – denn dann ist mit einem Überan-

gebot auf dem Markt zu rechnen.

Bundesrepublik

Als Reaktion auf die befürchteten Zulassungsbeschränkungen durch das Gesundheitsstrukturgesetz kam es im Jahr 1993 bundesweit zu einem Zulassungsboom (*). Knapp 4000 Zahnärzte, etwa 60 Prozent mehr als 1992, ließen sich im gesamten Bundesgebiet neu nieder. Nachdem 1994 nur noch rund 1600 Neuzulassungen registriert wurden, stieg die Zahl im Folgejahr auf 2000 Existenzgründungen an und hielt sich bis 1997 auf diesem Niveau. Die ab dem 1. Januar 1999 geltende Altersgrenze von 68 Jahren, nach deren Erreichen ein Zahnarzt nicht mehr an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen darf, führte dazu, daß die

Altersstruktur



Altersstruktur der dem Versorgungswerk angehörigen Thüringer Zahnärzte

Zahl der Berufsaufgaben 1998 um 80 Prozent über der des Jahres 1997 lag. Der damit verbundene Anstieg der Zahl zum Verkauf stehender Zahnarztpraxen blieb nicht ohne Einfluß auf das Niederlassungsgeschehen. Etwa 2200 Zahnärzte – 15 Prozent mehr als im Vorjahr – ließen sich 1998 nieder. Trotz deutlicher gesunkener Zahl der Berufsaufgaben hielt dieser Trend auch 1999 an: 2500 Neuniederlassungen wurden bundesweit registriert. Im Jahr 2000 dagegen entwickelte sich sowohl die Zahl der Berufsaufgaben als auch die der Existenzgründungen stark rückläufig. Während etwa 33 Prozent weniger Zahnärzte ausschieden, entschieden sich

2000 junge Zahnärzte für den Schritt in die Selbständigkeit.

Ausbildung

Von 1971 bis 1999 hat sich die Zahl der neu immatrikulierten Zahnmedizin-Studenten in Deutschland etwa verdoppelt (**). 1971 schrieben sich 1092 Studenten in der früheren BRD zum Zahnmedizin-Studium ein, deren Zahl kletterte bis 1991 auf 2011. Seit 1992 erfaßt die Bundeszahnärztekammer alte und neue Länder gemeinsam. 1992 schrieben sich 2370 Studenten an den Universitäten in ganz Deutschland für ein Studium der

Zahnmedizin ein. 1999 wurden 2296 künftige Zahnärzte immatrikuliert. Die Zahl der Approbationen nach dem sechsjährigen Studium stieg von 1142 (1977) auf 1708 (1999) – seit 1991 erfaßt die Bundeszahnärztekammer hier sowohl alte als auch neue Länder.

(*) entnommen:
IDZ-Information 2/2001
(**) Angaben nach:
KZBV-Jahrbuch 2000

Ausbildungsboom und Wartelisten

Interview mit Dr. Karl-Friedrich Rommel und Dr. Lothar Bergholz

Nachwuchssorgen bei Thüringens Zahnärzten oder nicht – ein Thema, zu dem in erster Linie die Landes Zahnärztekammer (LZKTh) und die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) auskunftsfähig sind. Für das „Thüringer Zahnärzteblatt“ äußern sich dazu Dr. Lothar Bergholz, Präsident der LZKTh, und Dr. Karl-Friedrich Rommel, Vorsitzender der KZV.

Droht Thüringen ein Zahnärztemangel?

Dr. Rommel: Ich glaube das nicht. Thüringen

hat jahrelang an zwei Hochschulen, in Jena und Erfurt, Zahnärzte ausgebildet, die meisten hiesigen Absolventen sind im Land geblieben. In der Zahnärztedichte rangiert Thüringen derzeit im Bundesmaßstab an dritter Stelle hinter den Stadtstaaten Hamburg und Berlin, bei den Flächenstaaten liegen wir sogar an der Spitze. Und die Einwohnerzahlen gehen zurück.

Dr. Bergholz: Zumindest mittelfristig sehe auch ich keinen drohenden Mangel. Bei konstant etwa 1900 niedergelassenen Zahnärz-

ten und einer angenommenen mittleren Berufstätigkeit von 35 Jahren ergäben sich durchschnittlich 54 freierwerdende und wieder zu besetzende Vertragszahnarztstühle. Außerdem übt ein Teil der Zahnmedizin-Absolventen letztlich keine zahnärztliche Tätigkeit aus. Der gegenwärtige Versorgungsgrad ist in Thüringen im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland um zehn Prozent höher.

Die vorhersehbare demografische Entwicklung scheint auch mir ein wichtiger Faktor. Die Vergreisung der Bevölkerung nimmt zu,

das bedeutet steigende Anforderungen insbesondere an Zahnerhaltung und Prothetik. Auch vor diesem Hintergrund besteht zumindest mittelfristig bei über 50 Zahnmedizin-Absolventen an der FSU Jena pro Jahr kein Anlaß zur Sorge.

Könnten die Jahre 2017 bis 2022 ein Problem werden? Immerhin werden dann voraussichtlich 500 bis 600 Praxen in Thüringen aus Altersgründen schließen. Haben die Patienten dann Unterversorgung zu befürchten?

Dr. Bergholz: Langfristige Bedarfsanalysen sind schwierig. Selbst das aktuelle Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen kommt bezüglich der Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten zum Schluß, daß die epidemiologische Datenbasis nur begrenzt valide Aussagen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung erlaubt. Immerhin postuliert das Gutachten abweichend von der Politik, daß das hohe zahnmedizinische Versorgungsniveau (unter Einbeziehung der Prävention) langfristig bestehen bleibt. Insbesondere bestehe Nachholbedarf an zahnmedizinischer Prävention, vor allem an qualifizierten Zahnärzten und zahnärztlichem Personal zur Umsetzung präventiver Strategien. Sicher wird man langfristig mit weniger Zahnärzten auskommen können, ohne das hohe Versorgungsniveau zu gefährden. In Thüringen könnte allerdings die altersbedingte Aufgabe der heute 39- bis 46jährigen Mitglieder zu einem Problem werden, wenn man nicht zeitangemessen entsprechend reagiert.

Dr. Rommel: Unterversorgung wird es in Thüringen wohl nicht geben. Die Menge zahnärztlicher Leistungen geht seit Jahren kontinuierlich zurück, bei den konservierenden Zahnbehandlungen bis zu drei Prozent pro Jahr. Die Mundgesundheit ist gut, die Zahl kariesfreier Kinder wird immer größer, da die Prophylaxe Erfolge zeigt. Jene Bevölkerungsgruppe, bei der am ehesten Karies auftritt – die jungen Leute also –, wandert zunehmend ab. Hier bleiben überwiegend ältere und alte Menschen. Bei ihnen geht es vor allem um prothetische Versorgungen, die wiederum recht langlebig sind. Unterversorgung muß man da wirklich nicht befürchten.

Hätte ein geballtes Ausscheiden von Zahnärzten im fraglichen Zeitraum aber nicht wirtschaftliche Konsequenzen für die Praxisinhaber? Müssen diese angesichts der dann zu erwartenden Marktlage nicht

befürchten, keinen Nachfolger zu finden oder ihre Praxis unter Wert verkaufen zu müssen?

Dr. Rommel: Das ist eine gewagte These, über die ich derzeit ehrlich gesagt noch keine Aussage treffen kann. Niemand weiß heute, was Zahnarztpraxen dann noch wert sind, ob sie überhaupt noch etwas wert sind. Die Kollegen sind sicher gut beraten, den Praxiswert nicht in ihre Altersvorsorge mit einzuplanen. Auf alle Fälle wird es bis dahin eine politische Entscheidung geben müssen. Wie die aussehen wird, läßt sich nicht voraussehen. Offenbar läuft die Entwicklung ja auf die gesteuerte Verringerung des Angebots hinaus. Zumindest deute ich Äußerungen aus den Kassen über Einkaufsmodelle und ähnliches so.

Dr. Bergholz: Eine gewisse Vorsicht gegenüber künftigen wirtschaftlichen Erwartungen, zumal über Zeiträume von 20 Jahren, halte ich immer für angebracht. Gleichwohl braucht niemand in Pessimismus zu verfallen, wenn ein etwa zu erwartendes Überangebot an Praxen deren ideelle Werte beim Verkauf schmälern würde. Außerdem ist diese Sorge meines Erachtens zunächst hypothetisch. Vielmehr sollten diese durchschnittlich 20 Jahre und mehr Berufstätigkeit genutzt werden, den Praxisverkauf nur als einen gewissen Teil der Alterssicherung anzusehen und sich auf eventuelle veränderte Bedingungen einzustellen.

Sehen Sie bereits jetzt Handlungsbedarf, um zu verhindern, daß mittel- und langfristig immer mehr Praxen schließen, ohne einen Nachfolger gefunden zu haben?

Dr. Bergholz: An einem Mangel an Zahnärzten wird die Übernahme von Praxen bestimmt nicht scheitern. Die Entwicklung der Zahnärztezahlen in der Bundesrepublik bis 2020 geht nach unterschiedlichen Szenarien von Steigerungen gegenüber 1994 (Basisjahr) zwischen 133,6 und 155,7 Prozent aus. Dazu kommen bereits jetzt erhebliche Zugänge durch erteilte Approbationen an Zahnärzte aus dem Nicht-EU-Bereich. Dieser Trend wird mit der EU-Osterweiterung eher noch zunehmen. Hier entsteht insgesamt ein Überangebot an Zahnärzten. Vielmehr kommt es auf die wirtschaftlichen, versicherungstechnischen und politischen Rahmenbedingungen an, unter denen eine Praxis betrieben werden kann. Diese sind permanenter Bestandteil unserer Vorschläge an die Politik. Die letzte Entscheidung liegt aber in deren Hand.

Dr. Rommel: Einen solchen Handlungsbedarf sehe ich nicht. In Deutschland werden seit Jahren Zahnärzte über den tatsächlichen Bedarf hinaus ausgebildet. Der Überschub liegt bei einem Drittel bis zur Hälfte des Bedarfs. Eigentlich erfordert das Konsequenzen dahingehend, daß die Ausbildungszahlen reduziert werden müßten, finde ich. Nicht zuletzt im Interesse der Freiberuflichkeit sollte das geändert werden.

Derzeit stehen 63 Bewerber auf eine Zulassung als Vertragszahnarzt auf der KZV-Warteliste. Wird sich dieser Trend fortsetzen? Ist vor diesem Hintergrund an eine Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen gedacht?

Dr. Rommel: Die meisten stehen schon jahrelang auf der Warteliste. Ein Prinzip bei der Zulassung ist: Wer am längsten wartet, bekommt den Zuschlag, wenn ein entsprechender Vertragsarztsitz frei ist. In Erfurt, wo wir aktuell zehn Bewerber haben, sind die Wartezeiten meist am kürzesten, weil dort relativ viele Zulassungen zurückgegeben werden. In Jena allerdings, dort sind es 17 Bewerber, weiß ich offen gesagt nicht, in welcher Zeit die Warteliste abgearbeitet sein wird. Prinzipiell bin ich gegen jegliche Zulassungsbeschränkung. Ich denke, daß der Beste die Chance erhalten sollte, sich durchzusetzen. Allerdings entscheiden über Zulassungsbeschränkungen bzw. deren Aufhebung nach gesetzlicher Grundlage nicht die Zahnärzte allein, sondern paritätisch mit den Krankenkassen, auf der Basis der Einwohnerzahlen. Das läßt wenig Handlungsspielraum. Problem hier: Bei sinkenden Einwohnerzahlen steigt automatisch der Versorgungsgrad. Mögliche Folge: Es entstehen in bisher offenen Gebieten Zulassungsbeschränkungen ohne daß sich die Zahl der Zahnärzte, erhöht. Die Praxisaufgabe kann dann unter Umständen den Verlust der Abrechnungsnummer nach sich ziehen. Dessen ist sich die KZV sehr wohl bewußt.

Muß an der Zahnarztausbildung etwas geändert werden, um eventuelle Versorgungsgänge zu vermeiden – oder auch ein Überangebot?

Dr. Bergholz: Versorgungsgänge wären mit dem Hinweis auf die Zahnärztezahlen nicht ausbildungsbedingt zu erwarten, sondern mit den politischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen für das Gedeihen einer Praxis verbunden. Hier sehe ich zwar keine

akute Gefahr, schließe dies aber für die Zukunft auch nicht aus.

Dr. Rommel: Rein theoretisch müssen wir weniger Zahnärzte ausbilden. Das wäre wirtschaftlich sinnvoll. Ansonsten schaffen wir noch mehr Kollegen, die überhaupt nicht in ihrem Beruf arbeiten. Mit anderen Worten, auf Kosten der Allgemeinheit werden potentiell arbeitslose Zahnärzte produziert.

In den vergangenen Kalenderjahren kam es erstmals vermehrt zu Praxisschließungen

wegen Insolvenz. Wie unterstützen Kammer und KZV Betroffene in solchen Situationen?

Dr. Bergholz: Es ist eine Selbstverständlichkeit, daß unsere Kollegialität auch Solidarität gegenüber denjenigen einschließt, die in eine unverschuldete Notlage geraten sind. Dazu unterhält die LZKTh in Abstimmung mit der KZV einen Hilfsfonds zur Unterstützung unserer Mitglieder in einer entsprechenden Notlage gemäß § 10 unserer Satzung.

Dr. Rommel: Die wenigsten Praxen werden wegen finanzieller Notlage geschlossen, bisher jedenfalls. Es gibt allerdings eine zunehmende Zahl von Praxen, die mit wirtschaftlichen Problemen kämpfen. Jeder versucht in seiner solchen Situation, sich so lange wie möglich über Wasser zu halten. Ich fürchte aber, daß der Hilfsfonds in Zukunft tatsächlich öfter als bisher gefragt ist.

Kieferorthopädie – wohin?

Als Otto Reuter sein Couplet „Ich wundere mich über gar nichts mehr“ schrieb, konnte er nicht ahnen, daß dies die Titelmelodie für die derzeitige Diskussion zur Gesundheitsreform sein könnte.

Von sieben „Sachverständigen“ werden in ihrem Gutachten (Dritter Band) massive Vorwürfe zur kieferorthopädischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland vorgetragen. Aus der Tatsache, daß 63 Prozent aller Kinder kieferorthopädisch behandelt werden, schließen die Herren, daß die Behandlungsquote um ein Vierfaches den objektiv ermittelten Bedarf überschreite. Dies stellt dann dieser Logik folgend eine dramatische Überversorgung dar. Ermittelt wurde der Versorgungsgrad üblicherweise nach dem „Dental Aesthetic Index“ (DAI).

Doch wie bereits von allen Kfo-Gutachtern Thüringens, einem Obergutachter der KZBV und den Hochschullehrern der Friedrich-Schiller-Universität Jena, Fachbereich Kieferorthopädie, im Rahmen des Qualitätzertifikates Kieferorthopädie Thüringens herausgearbeitet wurde, gibt es nur Indizes, die die Morphologie einer Dysgnathie, eine Funktionsstörung und die psychische Belastung zu beschreiben versuchen. Keines der Indizes kann in jedem Fall die Behandlungsnotwendigkeit erfassen. Insofern ist die Behandlungsindikation von weiteren Faktoren abhängig.

Es ist schon verwunderlich, daß sich die Kieferorthopäden rechtfertigen müssen, von Kassen genehmigte und von Gutachtern befürwortete Behandlungen durchzuführen. Der Vorwurf, nicht notwendige Behandlung Kindern angedeihen zu lassen, hat auch strafrechtliche Relevanz, nämlich den Verdacht auf vorsätzliche Körperverletzung. Mir ist

aber bis heute ein derartiges Strafverfahren in Deutschland nicht bekannt.

Vielmehr drängt sich der Verdacht auf, Begründungen zu suchen, um kieferorthopädische Leistungen als Vertragsleistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung auszugliedern. Wenn dem so ist, sollte man es auch klar definieren.

„Ich wundere mich über gar nichts mehr.“

Sicher könnte ja auch ein Expertengremium die europäische Krümmungsnorm einer Salatgurke auf die Bogenform behandelte Gebisse übertragen. Das Ergebnis wäre niederschmetternd. Die kieferorthopädische Therapie könnte demnach nichts, aber auch gar nichts zur Gesundheit der Bevölkerung beitragen.

Die Wertigkeit sozialmedizinischer Betreuung scheint sich bei den Gesundheitspolitikern verändert zu haben. Stand bisher die medizinische Betreuung der Bevölkerung im Vordergrund, ist zur Zeit nur von Einsparungen und Senkung der Lohnnebenkosten die Rede. Dazu gibt es mehrfache Indizien, zum Beispiel wird die ausdrückliche Herausnahme der Westangleichung bei der Vergütung ostdeutscher Zahnärzte vom sächsischen Gesundheitsministerium damit begründet, daß die zahnärztlichen Ausgaben je Versicherten in der GKV Ost bei 102,9 Prozent des Bundesdurchschnitts liegen. Wir Ostzahnärzte werden somit dafür bestraft, daß wir unseren karitativen Auftrag in der Gesellschaft erfüllen.

„Ich wundere mich über gar nichts mehr.“

Die Änderung der Kfo-Richtlinien vom 17. August 2001 soll eine Einsparung von 30 Prozent der Kfo-Kassenausgaben erbringen. Dazu wurde ein neues Indikationssystem,

das KIG, erarbeitet. Obwohl dieses System noch nicht bestätigt wurde und die notwendigen Vertragsformulare nicht bekannt sind, wird es am 1. Januar 2002 in Kraft treten.

Was sagen wir unseren Patienten, für die eine Kfo-Behandlung geplant und abgesprochen war, aber nach den kieferorthopädischen Indikationsgruppen nun nicht mehr zu Lasten der GKV behandelt werden dürfen? Sollen wir vorsorglich Behandlungspläne zur Genehmigung einreichen, obwohl in Thüringen bereits das Budget im AOK- und IKK-Bereich anteilig weit überschritten ist?

„Ich wundere mich über gar nichts mehr.“

Aber, liebe Kolleginnen und Kollegen, jede Unsicherheit bietet auch neue Chancen. Wenn wir an der rechtzeitigen Einleitung kieferorthopädischer Behandlungen gehindert werden, sind Fehlentwicklungen im Kiefer-Gesichtsbereich nicht gestoppt. Wir werden unsere Patienten nur später behandeln, wenn sich die Dysgnathien verstärkt haben, freilich mit einem erhöhten Kostenaufwand.

Weiterhin ist diese Ausgrenzung nur versicherungstechnischer Natur. Eine medizinische Indikation wird trotz KIG 1 + 2, trotz DAI bestehen bleiben. Diese Patienten müßten dann privat behandelt werden. Wenn das vom Gesetzgeber so beabsichtigt ist, sollten wir artig „Danke“ sagen für den „Einstieg in den Ausstieg“ aus der GKV, ähnlich wie bei der Kernenergie.

Insofern haben wir mit unseren Patienten hohen Gesprächsbedarf. Davor sollten wir uns nicht scheuen. Wir können viel Freiheit gewinnen.

*Hans-Otto Vonderlind,
Referent Kieferorthopädie
der KZV Thüringen*

Telefonverzeichnis der KZV Thüringen

Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen • Theo-Neubauer-Straße 14, 99085 Erfurt

Telefon: 0361/6767-0 • E-Mail: edv@kzvth.ef.uunet.de • Homepage: www.kzvth.de

Vorstandsvorsitzender: Herr Dr. Karl-Friedrich Rommel
Stellv. Vorstandsvorsitzender: Herr Dipl.-Stom. Klaus-Dieter Panzner
Hauptgeschäftsführer: Herr Michael Werner
Stellv. Hauptgeschäftsführer u. Justitiar: Herr Roul Rommeiß

Abteilungen	Durchwahl	Mitarbeiter	e-Mail
Faxgeräte			
Sekretariat Vorstand/Geschäftsführung	6767-104		
Zentrale	6767-108		
Zentrale	6767-0		
Vorstand	6767-103	(nur mittwochs)	
Sekretariat Vorstand	6767-105	Frau Koch	koch@kzvth.ef.uunet.de
Sekretariat Hauptgeschäftsführer	6767-112	Frau Aust	
Assistentin der Geschäftsführung	6767-111	Frau Holze	holze@kzvth.ef.uunet.de
Sekretariat Justitiariat	6767-106	Frau Molzahn	
Juristischer Mitarbeiter	6767-172		
Budget, Degression	6767-116	Frau Hintze	
Register, Zulassung	6767-117 o. 101	Frau Ruda, Frau Helmboldt	
Abteilungsleiter Innere Verwaltung	6767-157	Herr Muth	
Poststelle/Formularausgabe	6767-149		
Abteilungsleiter Buchhaltung	6767-129	Herr Kuck	kuck@kzvth.ef.uunet.de
Fax	6767-132		
Abschlagszahlungen	6767-136	Frau Schön	
Abteilungsleiter Datenverarbeitung	6767-138	Herr Schulz	schulz@kzvth.ef.uunet.de
Fax	6767-145		
Pflege/Genehmigung Praxissoftware, BKV	6767-139	Frau Otte	otte@kzvth.ef.uunet.de
Abteilung Prüfwesen	6767-127	Frau Kornmaul	
Abteilungsleiterin Honorarabrechnung	6767-332	Frau Kötschau	
Fax	6767-348		
KCH-Abrechnung	6767-343	Frau Flassig	
Kfo-Abrechnung	6767-352	Frau Walter	
ZE-Abrechnung	6767-128	Frau Döpping	
PAR/KB-Abrechnung	6767-121	Frau Jürschke	
Rechnerische Berichtigung	6767-341	Frau Kaiser	

Vorstand der KZV Thüringen

Vorsitzender, Ref. f. Vertragswesen	Herr Dr. Karl-Friedrich Rommel Schulhöf 2, 99880 Mechterstädt	Praxis- (03622/907204 Fax 03622/907194
Stellv. Vorsitzender, Ref f. Vertragswesen	Herr Dipl.-Stom. Klaus-Dieter Panzner Hoffmann-v.-Fallersleben-Str. 6, 99423 Weimar	Praxis- (03643/901976 Fax 03643/901978
Ref. f. Verwaltungsangel., Haushalt u. Finanzen	Herr Dipl.-Stom. Mathias Eckardt Brauhausgasse 4, 98553 Schleusingen	Praxis- (036841/3330 Fax 036841/33331
Ref. f. Prothetik	Herr Dr. med. dent. Jürgen Haas Schillerstr. 1, 99834 Gerstungen	Praxis- (036922/20208 Fax 036922/20889
Ref. f. kons.-chir. Leistungen u. Wirtschaftlichkeitsprüfung	Herr Dipl.-Stom. Frank Hauschild Friedrich-Ebert-Str. 24, 07336 Könnitz	Praxis- (036732/22249 Fax 036732/30811
Ref. f. Bedarfsplanung, Zulassung, PAR, KB, Kiefergelenkserkrankungen	Herr Dr. med. Horst Popp Paulstr. 4, 99084 Erfurt	Praxis- (0361/5623336 Fax 0361/5401889
(keine Vorstandsmitglieder)		
Ref. f. Öffentlichkeitsarbeit	Herr Dr. Karl-Heinz Müller Schwarzburger Chaussee 1, 07407 Rudolstadt	Praxis- (03672/422333 Fax 03672/431580
Ref. f. Kieferorthopädie	Herr Dipl.-Stom. Hans-Otto Vonderlind Friedrich-Rückert-Str. 10, 98646 Hildburghausen	Praxis- (03685/403636 Fax 03685/702264

Telefonverzeichnis der LZK Thüringen

Landeszahnärztekammer Thüringen • Barbarossahof 16, 99092 Erfurt

Telefon: 03 61/74 32 – 0 • E-Mail: info@lzaekthue.de • Homepage: http://www.lzaekthue.de

Präsident: Herr Dr. Lothar Bergholz
Vizepräsident: Herr Dr. Andreas Wagner

Kommissarische Geschäftsführerin: Frau Elke Magerod

Abteilungen	Mitarbeiter	Durchwahl	e-Mail
Telefax		74 32 - 150	
Zentrale, Poststelle	Frau Müller	100	
Sekretariat d. Vorstandes / d. GF	Frau Erfurth	102	
Assistentin d. GF / IUZ	Frau Burkantat	111	gf@lzaekthue.de
LAGJTh, GOZ, Patientenberatung	Frau Kozlik	114	lagj@lzaekthue.de
Patientenberatung, Gutachter, Schlichtung	Frau Meini	121	pb@lzaekthue.de
Recht, Sonderaufgaben	Frau Magerod	103	recht@lzaekthue.de
Mitgliederverwaltung	Frau Kiel	104	mv@lzaekthue.de
Buchhaltung	Frau Sohrt	105	bh@lzaekthue.de
	Frau Forberg	106	
Fort- und Weiterbildung	Frau Held	107	fb@lzaekthue.de
	Frau Westphal	108	
Zahnarzhelferinnen/Ausbildungsberaterin	Frau Schimschal	109	zah@lzaekthue.de
ZMF-Ausbildung/GOZ	Frau Frankenhäuser	113	goz@lzaekthue.de
EDV / Statistik / Seniorenbetreuung	Frau Büttner	110	edv@lzaekthue.de
Röntgen / Berufsausübung / Technik	Herr Dr. Brodersen	115	zrst@lzaekthue.de
	Frau Persicke	112	zaeba@lzaekthue.de
Öffentlichkeits-/Pressearbeit, Redaktion	Herr Dr. Brodersen	115	ptz@lzaekthue.de
Versorgungswerk:			
Telefax		240	
Geschäftsführer	Herr Ahnert	142	vzth@lzaekthue.de
Mitgliederverwaltung	Frau Bock	144	
Mitgliederverwaltung	Frau Dr. Heinevetter	143	

Vorstand der Landeszahnärztekammer Thüringen

(Praxisanschriften)

Präsident	Herr Dr. Lothar Bergholz Sophienstraße 41, 99817 Eisenach	(0 36 91/7 52 19, Fax 0 36 91/74 66 86 lothar.bergholz@t-online.de
Vizepräsident	Herr Dr. Andreas Wagner Bonifaciusstr. 4, 99084 Erfurt	(03 61/2 25 19 30, Fax 03 61/2 25 19 36 zahnarzt.wagner@t-online.de
Patientenberatungsstelle	Frau Dr. Angelika Krause Thomas-Mann-Str. 10, 99610 Sömmerda	(0 36 34/3 90 57, Fax 0 36 34/61 07 88 Dr.Angelika.Krause@t-online.de
Zahnärztliche Berufsausübung	Herr Dr. Matthias Seyffarth Fischergasse 1, 07743 Jena	(0 36 41/44 17 39, Fax 0 36 41/44 04 14 matthias.seyffarth@t-online.de
Gutachterwesen, Schlichtung	Herr Dr. Ingo Schmidt Hohe Mauer 2, 99310 Arnstadt	(0 36 28/60 25 62, Fax 0 36 28/72 29 52 dr.ingo.schmidt@t-online.de
Öffentlichkeitsarbeit, Prophylaxe	Herr Dr. Gottfried Wolf Rimbachstr. 17, 98527 Suhl	(0 36 81/72 13 45, Fax 0 36 81/70 92 63 goetz.wolf@t-online.de
Gebührenordnungen	Frau Dr. Gisela Brodersen Neuwerkstraße 47 a, 99084 Erfurt	(03 61/59 86 70, Fax 03 61/59 86 78 gisela@dr-brodersen.de
Zahnarzhelferinnen	Herr Dr. Robert Eckstein Charlottenstraße 3, 98617 Meiningen	(0 36 93/50 27 6, Fax 0 36 93/4 17 86 DrRoEck@t-online.de
Fortbildung, Weiterbildung	Herr Dr. Joachim Richter, Thüringenklinik, Rainweg 68, 07318 Saalfeld	(0 36 71/54 15 81, Fax 0 36 71/54 15 91 Herbst-Eisenach@t-online.de

Kreisstellenvorsitzende stellen sich vor

Dr. Peter Bracke
ist Kreisstellenvorsitzender
in Arnstadt



geboren 1955 in Arnstadt,
verheiratet, ein Kind

SR Günter Klemp
ist Kreisstellenvorsitzender
in Neuhaus



geboren am 30.08.1940 in Grabau (Pommern),
verheiratet

Dr. Martin Scheide
ist Kreisstellenvorsitzender
in Stadtroda



geboren am 17.04.1936 in Hainichen,
verheiratet, drei Kinder

Beruflicher Werdegang:

1974 – 1979
Sstudium der Zahnmedizin in Lwow (Ukraine)

1983
Fachzahnarzt für allgemeine Stomatologie

1985
Promotion

bis Ende 1990
Tätigkeit in der Kreispoliklinik Arnstadt,
Außenstelle Gräfenroda

seit 1990
Mitglied im UDZ, später FVDZ

1991
Niederlassung

1991 – 1998
Mitglied der Vertreterversammlung
der KZVTh im Altkreis Arnstadt

seit Mai 1992
Kreisstellenvorsitzender

1960 – 1965
Studium der Zahnmedizin
in Leipzig

1966 – 1970
Fachzahnarzt Ausbildung

1970 – 1990
Leiter der zahnärztlichen Abteilung
im LA Steinheid

seit Dezember 1990
Niederlassung

seit 1992
Kreisstellenvorsitzender

1954 – 1959
Studium der Zahnmedizin
und Promotion
an der KMU Leipzig

1959 – 1964
Medizinische Akademie Erfurt

1964 – 1990
Betriebspoliklinik KWH Hermsdorf

seit 1991
Niederlassung

seit 1991
Kreisstellenvorsitzender

Standespolitische Ziele:

- Vertretung der berufspolitischen Interessen der Kollegen der Kreisstelle in der Vertreterversammlung der KZVTh
- Wahrung der Kollegialität trotz widriger Rahmenbedingungen für die zahnärztliche Berufsausübung.

- meinen Beitrag leisten, damit die Zahnärzte nicht Konkurrenten sind, sondern Kollegen und Freunde sein können
- das gute Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Zahnarzt, begünstigt durch die kleinen Orte und die räumliche Abgrenzung der Versorgungsgebiete in unserer Bergregion, muß bewahrt werden
- die Standespolitik muß unter den Kollegen mehr Interesse und Verständnis finden
- unser Behandlungskonzept darf nicht von den Krankenkassen bestimmt werden

- trotz standespolitischer Differenzen geschlossenes Auftreten in der Öffentlichkeit
- Wahrung und Förderung der Kollegialität unter den Kollegen des Kreises
- Angleichung der Vergütung an das Niveau der alten Bundesländer

Versorgungsgradfeststellung

Stand: 14. September 2001

Planungsbereich	Planungsbereich gesperrt/offen-noch mögliche Zulassungen	
	zahnärztliche Versorgung	kieferorthopädische Versorgung
Erfurt	gesperrt	offen
Gera	gesperrt	offen
Jena	gesperrt	gesperrt
Suhl	gesperrt	offen
Weimar	gesperrt	offen
Eisenach	gesperrt	gesperrt
Eichsfeld	gesperrt	offen
Nordhausen	gesperrt	offen
Wartburgkreis	gesperrt	offen
Unstrut-Hainich-Kreis	gesperrt	offen
Kyffhäuserkreis	gesperrt	offen
Schmalkalden-Meiningen	gesperrt	offen
Gotha	gesperrt	offen
Sömmerda	offen	offen
Hildburghausen	offen	offen
Ilmkreis	gesperrt	offen
Weimarer Land	gesperrt	offen
Sonneberg	gesperrt	offen
Saalfeld-Rudolstadt	gesperrt	offen
Saale-Holzland-Kreis	gesperrt	1,0
Saale-Orla-Kreis	gesperrt	offen
Greiz	gesperrt	offen
Altenburger Land	gesperrt	offen

Beschluß

des Landesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen in Thüringen: Bezug nehmend auf die erfolgte Veröffentlichung zur Versorgungsgradfeststellung und der Bestimmungen des §§ 100 und 101 SGB V in Verbindung mit §§ 15 und 16b ZV-Z ergeben sich nach der Sitzung des Zulassungsausschusses am 05.09.2001 folgende Veränderungen bezüglich der Anordnung/Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen:

Anordnung von Zulassungsbeschränkungen für die zahnärztliche Versorgung:

Planungsbereich: **Wartburgkreis**

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

gez. Günther Schroeder-Printzen
Vorsitzender des
Landesausschusses

Ausschreibung

Gemäß § 103 Abs. 4 SGB V wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Gera-Stadt ein Vertragszahnarztsitz in

Gera

ausgeschrieben.

Gemäß § 103 Abs. 4 SGB V wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Unstrut-Hainich-Kreis ein Vertragszahnarztsitz in

Bad Langensalza

ausgeschrieben.

Gemäß § 103 Abs. 4 SGB V wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Weimarer Land ein Vertragszahnarztsitz in

Bad Sulza

ausgeschrieben.

Bewerbungen und Anträge an den Zulassungsausschuß müssen zur ordnungsgemäßen Bearbeitung spätestens 3 Wochen vor dem Sitzungstermin vollständig in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen, Theo-Neubauer-Straße 14, 99085 Erfurt, vorliegen. Die Sitzung ist auf den 12.12.2001 terminiert.

i.A. Helmboldt, Zulassung

Drei Monatsbeiträge Rückerstattung

Ergebnis 2000 der Gruppenkrankenversicherung mit DBV Winterthur

Erfurt (kzv). Die Abrechnung des Gruppenvertrags Krankenversicherung mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen, der als eigener Abrechnungsverband geführt wird, ergibt auch für das Jahr 2000 – wie schon in den zurückliegenden Jahren – ein positives Ergebnis. Die Abrechnung für das Jahr 2000 hat einen erfreulichen Überschuß ergeben. Dieser Überschuß ermöglicht der DBV-Winterthur Krankenversicherung AG in Abstimmung mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen, im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages eine Beitragsrückerstattung von drei Monatsbeiträgen an die leistungsfrei gebliebenen Versicherten auszuzahlen.

Dieses positive Ergebnis liegt zum einen daran, daß die Mitglieder der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen die Vorteile des Gruppenversicherungsvertrags wahrgenommen und einen für den persönlichen Bedarf entsprechenden Versicherungs-

schutz – sei es die Krankheitskostenvollversicherung, das Krankentagegeld oder eine Ergänzungsversicherung beispielsweise für den stationären Krankenhausaufenthalt – gewählt haben. Zum anderen ist es auf das kostenbewußte Verhalten der Versicherten zurückzuführen. Dazu gehört auch, daß nicht jede kleine Rechnung sofort zur Erstattung eingereicht wird, sondern der eigene finanzielle Aufwand zu der Höhe der Beitragsrückerstattung ins Verhältnis gesetzt wird.

Hinzu kommt, daß im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrags jede Versicherungsart (außer Pflegepflichtversicherung), also auch zum Beispiel die Krankentagegeld- oder Krankenhaustagegeldversicherung, in das System der Beitragsrückerstattung eingeschlossen ist.

Den Beiträgen, die in diesem Vertrag eingenommen werden, stehen alle Aufwendungen (vor allem Leistungszahlen) gegenüber. Aus

der jährlichen Gegenüberstellung errechnet sich entweder ein Überschuß oder Verlust. Der Überschuß wird dazu verwandt, an die leistungsfrei gebliebenen Versicherten eine Beitragsrückerstattung auszuschütten.

Die Höhe der Beitragsrückerstattung innerhalb des Gruppenversicherungsvertrags ist unabhängig von der Dauer der zurückliegenden Leistungsfreiheit. Das heißt, daß bereits nach einem leistungsfreien Jahr eine Beitragsrückerstattung gewährt wird, wenn Überschüsse zur Verfügung stehen. Dies hat den Vorteil, daß eine Beitragsrückerstattung nicht – wie bei der Einzelversicherung – über mehrere Jahre aufgebaut werden muß.

Die Höhe der Beitragsrückerstattung wird somit vielmehr jedes Jahr durch das kostenbewußte Verhalten der Versicherten im Gruppenkrankenversicherungsvertrag der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen beeinflusst.

Vielfältige Kommunikationsmöglichkeiten

Neuigkeiten zum Intranet der Zahnärzte Deutschlands

Erfurt/Köln. Das zahnärztliche Intranet nimmt Gestalt an. Am 23. August fand in Köln dazu eine weitere Sitzung der AG „Zahnärzte Online“ statt. Die wichtigsten Ergebnisse der Tagung sind:

Als Starttermin für das zahnärztliche Intranet wurde der 1. Oktober dieses Jahres festgelegt. Seitdem können sich Interessenten als Teilnehmer im geschlossenen Bereich der Zahnärzte registrieren lassen. Die Registrierungsanträge werden in der KZV Thüringen angenommen. Die Autorisierung und Zulassung erfolgt dann durch ein zugelassenes Trust Center (Signtrust).

Außerdem haben sich die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf eine entsprechende Sicherheitstechnologie geeinigt. Die Sicherheitstechnologie entspricht den Forderungen des neuen Signaturgesetzes und eröffnet den Zahnärzten in Zukunft weitere Nutzungsmöglichkeiten. Denn das zahnärztliche Netz sollte nicht nur zur Übermittlung von sogenannten

„geschlossenen Informationen“ dienen, sondern auch zusätzliche Möglichkeiten der gesicherten Kommunikation, Datenübermittlung und Dokumentensignatur zwischen den Teilnehmern eröffnen. Dies scheint mit dem nun gewählten Sicherheitsstandard möglich zu werden.

Kompatibel und sicher

Bemerkenswert ist im Ergebnis der Sitzung, daß sich nun alle KZV für eine einheitliche Struktur entschieden haben, wodurch eine Kompatibilität der verschiedenen Komponenten möglich wird. So können die Teilnehmer zum Beispiel – wie auch geplant – ihre vorhandenen Softwarekomponenten für die Teilnahme nutzen oder in der gleichen Sicherheitsstruktur das Deutsche Zahnärztenetz (DZN) als neuen Provider mit den zusätzlichen kommerziellen Angeboten. Damit bleibt das gesamte System auch für eine Weiterentwicklung offen.

Die KZV wird alle Kolleginnen und Kollegen rechtzeitig über den Fortgang und die notwendigen Schritte zur Teilnahme am Zahnärztlichen Netz informieren.

Informationen: KZV Thüringen (Frau Holze), (0361/67 67-111).

*Dipl.-Stom. Klaus-Dieter Panzner
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KZV Thüringen*

Mitteilung: Geänderte Satzung vom TMSFG genehmigt

Erfurt (tzb). Das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit hat die Änderungen zur Satzung sowie zur Disziplinarordnung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen (tzb 9/2001) genehmigt. Das teilt die KZV mit. Die genannten Änderungen treten mit Veröffentlichung in Kraft.

Strengere Fachkunde-Kriterien und niedrigere Grenzwerte

Informationen zur Novellierung der Röntgenverordnung

Erfurt. Basierend auf zwei Richtlinien des Europäischen Rates, der Strahlenschutzrichtlinie 96/29/Euratom vom 13. Mai 1996 und der Patientenschutzrichtlinie 97/43/Euratom vom 30. Juni 1997, wurde die Überarbeitung der Atom- und Strahlenschutzgesetzgebung in Deutschland notwendig. Während das Atomgesetz und die Strahlenschutzverordnung bereits in der novellierten Form in Kraft getreten sind, wird an der Novelle der Röntgenverordnung (RöV) noch gearbeitet. Am 16. August 2001 fand die Verbändeanhörung statt, und man rechnet damit, daß der Referentenentwurf zum Ende dieses Jahres vorliegt und das Gesetzgebungsverfahren beginnen kann. Selbst bei problemlosem Ablauf ist mit einem Inkrafttreten nicht vor April/Mai 2002 zu rechnen. Dies ist insofern problematisch, da der von der EU vorgegebene Zeitraum bis zur Umsetzung der Richtlinien in nationales Recht bereits verstrichen ist.

Die Diskussionen zur Novelle der RöV reichen bis in das Jahr 1999 zurück. Die vorgelegten Entwürfe haben sich seitdem grundlegend verändert. Eine Arbeitsgruppe der Bundeszahnärztekammer hat sich immer wieder intensiv in die inhaltliche Diskussion eingebracht. Man muß jedoch konstatieren, daß die Möglichkeiten der Einflußnahme durchaus begrenzt sind.

Basierend auf dem aktuellen Stand der Novellierung werden nachfolgend die für die Zahnärzte wichtigsten Änderungen vorgestellt und diskutiert.

Fachkunde im Strahlenschutz, berechnete Personen

Neu eingeführt wird der § 18a „Erforderliche Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz“. Wie in der RöV vom 8. Januar 1987 darf Röntgenstrahlung nur von Personen mit der erforderlichen Fachkunde angewendet werden. Für die technische Assistenz unter Aufsicht eines fachkundigen Arztes sind Kenntnisse im Strahlenschutz nötig. Die bisherige Regelung sah für Zahnärzte eine Aus-

nahme zur Erlangung der Fachkunde vor (ge-regelt im §3 Abs. 3 Nr. 2). Dies ist nun entfallen. § 18a Abs. 1 regelt die Voraussetzungen zur Erlangung der Fachkunde wie folgt. Erforderlich sind demnach:

- eine für den Anwendungsbereich geeignete Ausbildung
- praktische Erfahrung
- die erfolgreiche Teilnahme an von der zuständigen Stelle anerkannten Kursen.

Die Arbeitsgruppe der BZÄK hat erfolgreich auf dahingehend interveniert, daß Zahnärzte mit Abschluß der Ausbildung und Erteilung der Approbation auch die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz erhalten. Insofern wird alles beim alten bleiben. Neu ist jedoch die Regelung, daß die Fachkunde im Strahlenschutz nicht mehr „lebenslang“ gilt, sondern in einem fünfjährigen Zyklus regelmäßig aktualisiert werden muß.

Über die konkrete Ausgestaltung der Aktualisierung der Fachkunde gibt es noch keine klaren Regelungen. Deshalb die dringende Empfehlung, sich nicht von dem zu erwartenden Ansturm von Anbietern verunsichern zu

lassen. Bis zum Inkrafttreten der novellierten Röntgenverordnung besteht kein Handlungsbedarf!

Ein im zahnärztlichen Bereich umfassend diskutierter Punkt war, daß nach der Novelle der RöV nur noch den Personen die technische Durchführung der Anwendung von Röntgenstrahlen unter Aufsicht erlaubt sein soll, die über eine abgeschlossene Ausbildung in einem gesetzlich geregelten Beruf im Gesundheitswesen verfügen. Bisher konnten auch Hilfskräfte, wenn sie über Kenntnisse im Strahlenschutz verfügen, technisch gesehen Röntgenstrahlen unter Aufsicht anwenden dürfen. Inwieweit es in diesem Punkt noch Bewegung gibt, wird sich zeigen. Auf der Verbändeanhörung wurde auf das Problem hingewiesen.

Im Zusammenhang mit § 18a Abs. 3 ergibt sich, daß auch Zahnarzhelferinnen ihre Kenntnisse im Strahlenschutz alle fünf Jahre aktualisiert werden müssen. Hier scheint es noch Handlungsspielräume zu geben, denn die Zahl der Helferinnen ist doch sehr hoch. Auch hier gilt, daß bis zum Inkrafttreten der Gesetzesänderung kein Handlungsbedarf besteht.



Die neue Röntgenverordnung bringt zahlreiche Veränderungen mit sich.

Foto: tzb

Rechtfertigende Indikation

In § 23 Abs. 1 heißt es dazu „... Die rechtfertigende Indikation erfordert die Feststellung, daß der gesundheitliche Nutzen der Anwendung am Menschen gegenüber dem Strahlenrisiko überwiegt. ...“. Dieser neue Paragraph faßt den Grundgedanken, daß nur eine indizierte Röntgenaufnahme gerechtfertigt ist, vollkommen neu. Strikter als bisher steht die Forderung, vor der Anfertigung einer neuen Aufnahme alle vorhandenen Aufnahmen zu prüfen. Dies könnte zum Beispiel Auswirkungen auf die Gutachtertätigkeit haben.

Anwendungsgrundsätze

Übernommen und in den einzelnen Absätzen ausführlicher kommentiert wurden die in der RöV von 1987 formulierten Anwendungsgrundsätze wie

- nur nach ärztlicher/zahnärztlicher Indikation
- Minimierung der Strahlenexposition
- Schutz nicht untersuchter Körperbereiche vor Strahlung (Nutzstrahlenfeld!)
- besondere Maßnahmen bei Schwangerschaft.

Neu ist die Forderung nach Abs. 6, „... daß die ausschließlich für die Anwendung am Menschen vorgesehenen Einrichtungen nur in dem Umfang vorhanden sind, wie es für die ordnungsgemäße Durchführung der radiologischen Diagnostik erforderlich sind.“ Die konkreten Folgen lassen sich ohne offizielle Begründung und Ausführungsbestimmungen nicht diskutieren.

Qualitätssicherung – diagnostische Referenzwerte

Der § 16 zur Qualitätssicherung erfährt die umfangreichste Änderung. Die Stellung und vor allem die Aufgaben der ärztlichen/zahnärztlichen Stellen werden genauer gefaßt und erfahren eine deutliche Ausweitung. Besonders interessant für den zahnärztlichen Bereich ist die Festlegung, daß als Grundlage für die Qualitätssicherung sogenannte diagnostische Referenzwerte dienen sollen. Diese werden erstellt und veröffentlicht

durch das Bundesamt für Strahlenschutz. Unklar aus technischer Sicht ist derzeit, wie dies für den zahnärztlichen Bereich aussehen soll.

Kontakt bei Problemen und speziellen Fragen:
Dr. Olaf Brodersen,
 (0361/74 32- 115,
 E-Mail: zrst@lzaekthue.de

Grenzwerte für den Strahlenschutz

	RöV, 8.1.87 §31	Novelle RöV §31a
Kontrollbereich	> 15 mSv/a	> 6 mSv/a
Überwachungsbereich	>5 mSv/a	>1 mSv/a
Frauen im gebärfähigen Alter	< 5mSv/m	< 2 mSv/m
Schwangere	k. A.	< 1 mSv gerechnet vom Zeitpunkt der Mitteilung bis Ende der Schwangerschaft

Die neuen Grenzwerte für den Strahlenschutz.

Tabelle: LZK

Die Grenzwerte für den Strahlenschutz erfahren eine drastische Reduzierung, wie nachfolgender Tabelle zu entnehmen ist.

Bereits im Vorfeld (1999) habe ich Testmessungen am Tubus-Gerät durchgeführt. Diese zeigten, daß in der Regel die jetzt übliche Definition des Kontrollbereiches von einem Radius von 1,5m um den Strahler (während der Aufnahme, nicht in Nutzstrahlrichtung) weiter gelten kann. Es zeigte sich jedoch, daß bei Nutzung von Filmen der Klasse D und hohen Durchsatz eine Ausweitung des Kontrollbereiches möglich sein kann. Dies wird bis zum

Inkrafttreten der RöV noch weiter geprüft.

Dies waren die wichtigsten Punkte aus der Novelle der RöV. Natürlich ist es möglich, daß der Referentenentwurf sich noch in einigen Details ändern wird. Der Vorstand der Landeszahnärztekammer und die zahnärztliche Röntgenstelle werden den Fortgang der Novellierung der RöV aufmerksam verfolgen und die Zahnärzte über die weitere Entwicklung auf dem Laufenden halten.

Dr. Olaf Brodersen, Leiter ZRSt

Kodak wechselt Produkt – neue Referenzaufnahme nötig

Hinweise der Zahnärztlichen Röntgenstelle zur Anschlußprüfung

Erfurt (tzb). Die Firma Kodak bietet seit geraumer Zeit einen neuen intraoralen Film mit dem Namen „Kodak Insight“ an. Dieser Film ist circa 20 Prozent empfindlicher als der seit Jahren bekannte intraorale Film „Kodak Ektaspeed plus“. Kodak nimmt nun im Rahmen einer Produktbereinigung den Ektaspeed plus vom Markt. Für den bisherigen Nutzer ergibt sich deshalb die Notwendigkeit, in einer überlappenden Anschlußprüfung eine neue Referenzaufnahme für die Konstanzprüfung mit dem neuen Film anzufertigen. Da es sich um einen Filmwechsel zu einer höheren Filmeempfindlichkeit handelt, kann der Praxisinhaber die überlappende Anschlußprüfung in Eigenregie vornehmen.

Arbeitsablauf

Der Chemikalienwechsel ist an einem Freitag durchzuführen, die weiteren Arbeiten am darauffolgenden Montag.

Prüfen Sie bitte vorab die Temperatur des Entwicklers.

Fertigen Sie, soweit möglich, eine Prüfkörperaufnahme auf dem „Ektaspeed plus“ an. Vergleichen Sie diese Aufnahme mit der bisherigen Referenzaufnahme. Es darf keine Abweichung der optischen Dichte visuell erkennbar sein.

Fertigen Sie eine Prüfkörperaufnahme auf dem neuen Film mit der gleichen Einstellung der Belichtungszeit wie gewohnt an. Diese Aufnahme wird visuell sichtbar dunkler als die Referenzaufnahme sein.

Fertigen Sie weitere Prüfkörperaufnahmen an, wobei Sie bei jeder Aufnahme die Belichtungszeit im Bezug zur vorherigen Aufnahme um eine Stufe reduzieren. In der Regel sollten drei Aufnahmen ausreichend sein. Bitte kennzeichnen Sie die Aufnahmen mit der entsprechenden Einstellung.

Diejenige Aufnahme, die visuell keine Abweichung zur vorhandenen Referenzaufnahme aufweist, kann als neue Referenz deklariert und entsprechend gekennzeichnet werden. Archivieren Sie die alte Referenz und das bisherige Prüfprotokoll. Beginnen Sie mit der nächsten Konstanzprüfung ein neues Protokoll und nutzen zur Belichtung die in der überlappenden Anschlußprüfung gefundene Einstellung.

Sollten Sie sich bei der visuellen Bewertung der optischen Dichte unschlüssig sein, so können Sie die Belichtungsserie an die zahnärztliche Röntgenstelle einsenden. Wir werden die Aufnahmen ausmessen und Ihnen die korrekte Referenzaufnahme bestimmen. Die Kosten für diese Dienstleistung belaufen sich auf 20 DM (10,20 Euro).

Kontakt für Nachfragen:

Dr. Olaf Brodersen, (03 61/74 32-115,
E-Mail: zrst@lzaekthue.de.

Rechnung mit fünf Stellen nach dem Komma

Hinweise zur Umstellung der GOZ auf Euro und Cent

Erfurt. Die BZÄK war mit der Forderung an die Bundesgesundheitsministerin herantreten, bei der Euro-Umstellung eine moderate Anpassung des Punktwertes auf 6 Cent vorzunehmen. Leider wurde dieser berechtigten Forderung nicht entsprochen. Somit ist davon auszugehen, daß der Entwurf des 8. Euroeinführungsgesetzes zum 1. Januar 2002 in der vorliegenden Form verabschiedet wird.

Vorgesehen ist eine Umstellung des Punktwertes in GOZ und GOÄ zum amtlichen Umrechnungskurs von 1,95583 DM für 1 €. Die neuen Punktwerte betragen somit

GOZ 5,62421 Cent
GOÄ 5,82873 Cent.

Mit einem Punktwert mit fünf Nachkommastellen wird wenigstens eine Verschlechterung vermieden. Die Anwendung der allgemeinen Vorschrift, daß auf die zweite Nachkommastelle auf- oder abgerundet wird,

hätte für die GOZ eine Punktwertabsenkung auf 5,62 Cent zur Folge gehabt.

Durch das 8. Euroeinführungsgesetz werden in der GOZ und in der GOÄ jeweils der §5 Abs. 1 Satz 3 geändert. Die neuen Vorschriften werden dann lauten:

§ 5 Abs. 1 Satz 3 GOZ in der Fassung ab 1. Januar 2002: „Der Punktwert beträgt 5,62421 Cent.“

§ 5 Abs. 1 Satz 3 GOÄ in der Fassung ab 1. Januar 2002: „Der Punktwert beträgt 5,82873 Cent.“

Die neuen Punktwerte führen dazu, daß in den Gebührenverzeichnissen die Beträge in Euro und Cent angegeben werden müssen. Die Berechnung der Gebührensätze gestaltet sich gemäß §5 Abs. 1 nun wie folgt:

1. Berechnung der Einzelsätze durch Multiplikation der Punktzahl mit dem neuen Punktwert

2. Auf- oder Abrundung des Einzelsatzes auf 2 Nachkommastellen

3. Multiplikation des Einzelsatzes mit dem Steigerungssatz

Bedingt durch den Ansatz, die Rundung auf zwei Nachkommastellen bei dem Einzelsatz durchzuführen, können Rundungsabweichungen im Vergleich zu der Multiplikation des Einzelsatzes mit fünf Nachkommastellen mit dem Steigerungssatz auftreten. Im Gesamtergebnis dürfte sich dies jedoch weitgehend ausgleichen. Der beschriebene Weg ist mit der BZÄK abgestimmt und dem Deutschen Ärzteverlag mitgeteilt worden. Die Drucklegung der GOZ und GOÄ erfolgt somit in dieser Form. Auch die Softwarefirmen werden diese Berechnung nach unserem Kenntnisstand in ihren Programmen umsetzen. Es ist empfehlenswert, bei Kostenvoranschlägen für Leistungen, deren Erbringung in das Jahr 2002 reichen, neben den DM-Gebühren

auch die Euro-Gebühren entsprechend auszuweisen. Liquidationen in DM, die nicht bis zum 31. Dezember 2001 beglichen wurden,

können noch bis zum 30. Juni 2002 in DM bezahlt werden. Danach ist nur noch eine Zahlung im Euro-Gegenwert möglich.

*Dr. Gisela Brodersen,
Referentin für
Gebührenordnungen*

Handschuhe erneut benutzen oder nicht?

Zu Hygienemaßnahmen in kieferorthopädischen Praxen

Erfurt. In einer Anfrage des Gesundheitsamtes des Kreises Minden-Lübbecke an das Robert-Koch-Institut im Juni dieses Jahres wurden Fragen nach hygienischen Standards in kieferorthopädischen Praxen aufgeworfen. Dies betraf insbesondere Probleme zur Desinfektion von Handschuhen. Das Gesundheitsamt vertritt die Auffassung, daß trotz des großen Patientendurchlaufs in kieferorthopädischen Praxen ein Handschuhwechsel, zumindest aber eine Desinfektion der Handschuhe, nach jedem Patienten zu erfolgen hat. Weiterhin wurde angefragt, ob die Desinfektion mit Speichel und Blut kontaminierter Handschuhe ausreichend sei oder ob vor der Desinfektion eine mechanische Reinigung der Handschuhe erforderlich ist.

Im zweiten Teil des Schreibens ging es um Hygienemaßnahmen bei der Benutzung von in der Kieferorthopädie üblichen Biegezangen. Das Gesundheitsamt äußerte erheblichen Zweifel an der Korrektheit gegenüber der üblichen Vorgehensweise der Sprühdeseinfektion von Zangen. Begründet wurden die Bedenken mit dem Einsatz der Zangen an den mit Speichel benetzten Zahnspangen. Es wurde angefragt, ob für jeden Patienten eine neu sterilisierte Zange erforderlich sei oder ob die Desinfektion in einem Desinfektions- oder Reinigungsbad ausreicht.

Unterschiedliche Arbeitsabläufe

In ihrer Stellungnahme vom 18. Juli 2001 ging die BZÄK in Übereinstimmung mit dem Robert-Koch-Institut auf die geäußerten Vorwürfe detailliert ein. Sie wies dabei auf grundsätzliche Unterschiede bei der Behandlungstätigkeit und den Arbeitsabläufen von Zahnärzten und Kieferorthopäden hin. Normalerweise, so die BZÄK, werden in kieferorthopädischen Praxen keine konservierenden und/oder chirurgischen Therapiemaßnahmen durchgeführt. Ein weiterer Unterschied zwischen beiden Praxisarten bestehe in der Tat-

sache, daß in kieferorthopädischen Praxen keine Aerosolbildung am Behandlungsstuhl auftrete.

Kann-Bestimmung zum Wechsel

Daraus ergeben sich Konsequenzen hinsichtlich der baulichen Anforderungen an die Praxen. Unter Punkt 11.1.1 in den „Anforderungen an die Hygiene in der Zahnarztpraxis“, veröffentlicht im Gesundheitsblatt 8/98 des Robert-Koch-Instituts, heißt es: „Auf Trennwände (zwischen mehreren Behandlungsplätzen) kann verzichtet werden, wenn keine Aerosolbildung gegeben ist.“ In Punkt 4.3.1 dieser Anforderungen heißt es weiter: „Handschuhe sind zwischen der Behandlung verschiedener Patienten zu wechseln.“ Und weiter: „Sofern nur Speichelkontakt bestand, kann bei Verwendung der Handschuh nach der Desinfektion ggf. weitergetragen werden.“

Es wird also eindeutig auf die mehrmalige Verwendung desinfizierter Handschuhe hingewiesen. Im Verlauf ihrer Ausführungen geht die BZÄK auf die Tatsache ein, daß nicht zwangsläufig bei jedem Patientenkontakt Handschuhe getragen werden müssen, sofern sichergestellt ist, daß keine Infektionsgefährdung erfolgt. Dies sei durchaus bei einer Inspektion der Mundhöhle möglich, wenn durch entsprechende Instrumentierung kein direkter Kontakt zur Schleimhaut und der Behandlerhand besteht (z.B. Reihenuntersuchungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Kindergärten und Schulen). Bei einer sichtbaren Durchmischung des Speichels mit Blut ist dagegen ein Handschuhwechsel erforderlich.

Zangen müssen nicht steril sein

Die BZÄK weist darauf hin, daß der Zeitpunkt des Handschuhwechsels oder die Entschei-

dung, ob überhaupt Handschuhe getragen werden, bedarfsorientiert zu erfolgen hat und in der Eigenverantwortung des Kieferorthopäden liegt. Ein Nicht-Tragen von Handschuhen sei in den Fällen, in denen keine Infektionsgefährdung vorliegt, im Sinne einer Latex-Allergie-Prophylaxe sowohl für den Behandler als auch für das gesamte zahnärztliche Personal sinnvoll.

Zu den Bedenken hinsichtlich der Hygiene der kieferorthopädischen Zangen, vertritt die BZÄK die Meinung, daß aufgrund der nicht-invasiven Tätigkeit keine Sterilisation zu erfolgen hat. Unter Punkt 5, Satz 2 „Instrumentenwartung“, der Hygieneanforderungen heißt es dazu: „Instrumente, die die Körperintegrität nicht durchdringen und nicht mit Wunden in Berührung kommen, müssen bei der Anwendung nicht steril sein.“ Deshalb ist eine sachgerechte Desinfektion nach Gebrauch ausreichend.

Die BZÄK weist darauf hin, daß bei der Hygiene grundsätzlich das Ausmaß der Keimbelastung zu berücksichtigen ist. Die Infektionsgefährdung durch kieferorthopädische Zangen sei weitaus geringer als die durch die Benutzung von Geschirr und Besteck in der Gastronomie, da dort keine Desinfektion erfolgt. Außerdem müßte das mögliche Vertauschen von Zahnbürsten in Kindereinrichtungen zwangsläufig zu einer Einstellung jeglicher Gruppenprophylaxe führen.

Die Stellungnahme der BZÄK festigt die Grundsätze der in kieferorthopädischen Praxen üblichen Maßnahmen zur Einhaltung eines wirkungsvollen Hygieneregimes. Ausschlaggebend ist aber weiterhin die gewissenhafte Durchsetzung der Infektionsverhütung und die Verantwortung des Praxisinhabers für die Patienten, sein Personal und nicht zuletzt für sich selbst.

*Dr. Matthias Seyffarth,
Referat zahnärztliche
Berufsausübung*

Zigarettenrauchen beeinflusst die kausale Beziehung zwischen Plaque und gingivaler Entzündung

Prof. Dr. med. dent. Hans-Peter Müller
Mund-, Zahn-, Kieferklinik, Ruprecht Karls-Universität Heidelberg,
Im Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg, E-Mail: perio@t-online

Eine auf den Grundzügen der Prävention aufbauende Neue Zahnheilkunde steht zur Zeit im Brennpunkt des allgemeinen Interesses. Die hierzu notwendige Datenbasis ist allerdings trotz der seit mehr als vier Jahrzehnten intensiv betriebenen Forschung überraschend schmal. Ohne fundierte Kenntnisse zur Pathogenese der häufigsten Erkrankungen des stomatognathen Systems, Karies und entzündliche, „Plaque-induzierte“ Parodontalerkrankungen, die beide komplex und multifaktoriell sind, werden allerdings alle Bemühungen scheitern, das unbezweifelbar hohe Niveau der hierzulande betriebenen Zahnheilkunde, egal ob kostenneutral oder nicht, entscheidend zu verbessern.¹

Gravierende Wissenslücken finden sich in der modernen Parodontologie selbst bei einer so banalen und scheinbar ein für alle Mal geklärten Frage: Wie eng ist tatsächlich die Beziehung zwischen der dentogingivalen Plaque und entzündlichen Reaktionen in der Gingiva? Im Rahmen eines internationalen Workshop zur aktuellen Klassifizierung der Parodontalerkrankungen wurden die häufigsten Formen der Gingivopathien als Plaque-

induziert beschrieben [3]. In der Tabelle 1 finden sich die nach Erzielung des Konsensus unterschiedlichen Plaque-induzierten Gingivopathien. Offenbar besteht Einigung darüber, daß diese Gingivopathien, wie die marginale Parodontitis auch, multifaktoriell verursacht oder zumindest modifiziert werden. Es fällt auf, daß das Rauchen nicht als modifizierender Faktor aufgeführt ist. In einigen Gingivitisexperimenten war aber beobachtet worden, daß entzündliche Reaktionen in der Gingiva bei Rauchern offenbar anders ablaufen als bei Nichtrauchern [5-7]. Vielfach ist die Rede von einem „paradoxen Effekt“ (reduzierte Entzündung bei gleichzeitig erhöhtem Risiko für parodontale Destruktionen), der dazu führen kann, daß ernste Parodontalerkrankungen bei Rauchern übersehen werden [8]. Daß Raucher mehr Parodontitis haben, schwerer zu behandeln sind und im allgemeinen trotz sorgfältiger unterstützender Nachsorgetherapie mehr Zähne verlieren als Nichtraucher, ist seit einigen Jahren bekannt [8]. Doch wann beginnt der schädliche Einfluß des Rauchens auf die Gingiva? Im Folgenden soll über einige aktuelle Forschungsergebnisse berichtet werden, die das Ziel hatten,

diertiefe“, auch echter Endpunkt genannt), positiv beeinflusst [1]. Kontinuierlich ein- oder mehrmals im Jahr durchgeführtes subgingivales Scaling reduzierte die Zahnmortalität nach 3 Jahren um etwa 58 %. Bei keiner Therapieform (Lappenoperationen, regenerative Maßnahmen) wurden bislang definitive, so genannte Phase-III-Studien durchgeführt, die die Überlegenheit einer Maßnahme im Sinne von Zahnerhalt, drohende Zahnlosigkeit oder Lebensqualität bisher nachgewiesen hätten [2].

¹ Wie wenig wir tatsächlich derzeit über erfolgversprechende Therapien wissen, soll hier kurz exemplarisch aufgezeigt werden. Auf dem Gebiet der Parodontologie existiert zum Beispiel genau eine definitive, prospektive, randomisierte, kontrollierte klinische Studie, in der nachgewiesen werden konnte, dass eine präventive Maßnahme über die Jahre tatsächlich das entscheidende Kriterium, nämlich den Zahnverlust (im Gegensatz zu den fast ausschließlich untersuchten Surrogat-Endpunkten „klinischer Attachmentgewinn“ oder „Reduzierung der Son-

zum Heraustrennen
und Sammeln

Literatur

Hujoel PP, Leroux BG, Selipsky H, White BA. Non-surgical periodontal therapy and tooth loss. A cohort study. J Periodontol 2000; 71: 736-742.
Hujoel PP, Armitage GC, Garcia RI. A perspective on clinical significance. J Periodontol 2000; 71: 1515-1518.
Mariotti A. Dental plaque-induced gingival diseases. Ann Periodontol 1999; 4: 7-17.
Müller HP. Checkliste Parodontologie. Thieme Verlag, Stuttgart 2001, S. 62.
Bergström J, Preber H. The influence of cigarette smoking on the development of experimental gingivitis. J Periodont Res 1986; 21: 668-676.
Bergström J, Persson L, Preber H. Influence of cigarette smoking on vascular reaction during experimental gingivitis. Scand J Dent Res 1988; 96: 34-39.
Danielsen B, Manji F, Nagelkerke N, Fejerskov O, Baelum V. Effect of cigarette smoking on the transition dynamics in experimental gingivitis. J Clin Periodontol 1990; 17: 159-164.
Müller HP. Rauchen oder parodontale Gesundheit. Gesundheitswesen 2000; 62: 400-403.
Løe H, Theilade E, Jensen SB. Experimental gingivitis in man. J Periodontol 1985; 36: 177-187.
Theilade E, Wright WH, Jensen SB, Løe H. Experimental gingivitis in man. II. A longitudinal clinical and bacteriological investigation. J Periodont Res 1966; 1: 1-13.
Fransson C, Berglundh T, Lindhe J. The effect of age on the development of gingivitis. Clinical, microbiological and histological findings. J Clin Periodontol 1996; 23: 379-385.
Ramberg PW, Lindhe J, Gaffar A. Plaque and gingivitis in the deciduous and permanent dentition. J Clin Periodontol 1994; 21: 490-496.
Brecx MC, Fröhlicher I, Gehr P, Lang NP. Stereological observations on long-term experimental gingivitis in man. J Clin Periodontol 1987; 15: 621-627.
Quirynen M, Dekeyser C, van Steenberghe D. The influence of gingival inflammation, tooth type, and timing on the rate of plaque formation. J Periodontol 1991; 62: 219-222.
Ramberg P, Lindhe J, Volpe A, Dahlén G. The influence of gingival inflammation on de novo plaque formation. J Clin Periodontol 1994; 21: 51-56.
Ramberg P, Axelsson P, Lindhe J. Plaque formation at healthy and inflamed gingival sites in young individuals. J Clin Periodontol 1995; 22: 85-88.
Liljemark WF, Bloomquist C. Human oral microbial ecology and dental caries and periodontal disease. Crit Rev Oral Biol Med 1996; 7: 180-198.
Carlén A, Rüdiger S, Olsson J. Pellicles formed in different areas of the dentition and of the tooth surface. J Dent Res 1999; 77: 670 (abstract 311).
DeRouen TA, Mancl L, Hujoel P. Measurement of associations in periodontal diseases using statistical methods for dependent data. J Periodont Res 1991; 25: 218-229.
Müller HP, Heinecke A, Eger T. Site-specific association between supra-gingival plaque and bleeding upon probing in young adults. Clin Oral Invest 2000; 4: 212-218.
Gunsolley JC, Quinn SM, Tew J, Gooss CM, Brooks CN, Schenkein HA. The effect of smoking on individuals with minimal periodontal destruction. J Periodontol 1998; 69: 165-170.
Müller HP, Stadermann S, Heinecke A. Bleeding on probing in smokers and non-smokers in a steady state plaque environment. Clin Oral Invest 2001; im Druck.
Danielsen B, Manji F, Nagelkerke N, Fejerskov O, Baelum V. Effect of cigarette smoking on the transition dynamics in experimental gingivitis. J Clin Periodontol 1990; 17: 159-164.
Müller HP, Stadermann S, Heinecke A. Longitudinal association between plaque and gingival bleeding in smokers and non-smokers. J Clin Periodontol 2002; im Druck.
Müller HP, Heinecke A, Zöller L, Fuhrmann A, Eger T. Gingivitis in young adults with Actinobacillus actinomycetemcomitans. Clin Oral Invest 2001; im Druck.
Fives-Taylor PM, Meyer DH, Mintz KP, Brissette C. Virulence factors of Actinobacillus actinomycetemcomitans. Periodontol 2000; 20: 136-167.
Quinn SM, Zhang JB, Gunsolley JC, Schenkein HA, Tew JG. The influence of smoking and race on adult periodontitis and serum IgG2 levels. J Periodontol 1998; 69: 171-177.
McFarlane GD, Herzberg MC, Wolff LF, Hardie NA. Refractory periodontitis associated with abnormal polymorphonuclear leukocyte phagocytosis and cigarette smoking. J Periodontol 1992; 63: 908-913.
Pabst MJ, Pabst KM, Collier JA, Coleman TC, Lemons-Prince ML, Godat MS, Waring MB, Babu JP. Inhibition of neutrophil and monocyte defensive function by nicotine. J Periodontol 1995; 66: 1047-1055.
Payne JP, Johnson GK, Reinhardt RA, Dyer JK, Maze CA, Dunning DG. Nicotine effects on PGE2 and IL-1 release by LPS-treated human monocytes. J Periodont Res 1996; 31: 99-104.
Müller HP. Neue Strategien bei der Behandlung parodontaler erkrankter Raucher. Freier Zahnarzt 2001; 44(1): 35-41.
Mariotti A. Sex steroid hormones and cell dynamics in the periodontium. Crit Rev Oral Biol Med 1994; 5: 27-53.
Ramberg P, Furuichi Y, Sheri D, Volpe AR, Nahi N, Gaffar A, Lindhe J. The effect of triclosan on developing gingivitis. J Clin Periodontol 1995; 22: 442-448.
Rosting B, Wamfors B, Volpe AR, Furuichi Y, Ramberg P, Lindhe J. The use of a triclosan/copolymer dentifrice may retard the progression of periodontitis. J Clin Periodontol 1997; 24: 873-880.
Haffajee AD, Socarransky SS, Lindhe J, Kent RL, Okamoto H, Yoneyama T. Clinical risk indicators for periodontal attachment loss. J Clin Periodontol 1991; 18: 117-125.
American Academy of Periodontology. Tobacco use and the periodontal patient. J Periodontol 1999; 70: 1419-1427.
American Academy of Periodontology. Diabetes and periodontal diseases. J Periodontol 2000; 71: 935-949.
World Health Organization. Tobacco or health. A global status report. WHO Library Cataloguing in Publication Data. Geneva 1997.
Harris MI, Flegal KM, Cowie CC, Eberhardt MS, Goldstein DE, Little RR, Wiedmeyer HM, Byrd-Holt DD. Prevalence of diabetes, impaired fasting glucose, and impaired glucose tolerance in U. S. adults. The third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. Diabetes Care 1998; 21: 518-524.

I. Gingivopathien

A. Durch dentale Plaque induzierte Gingivopathien

1. Ausschließlich mit Plaque assoziierte Gingivitis
 - a. ohne andere lokale Faktoren
 - b. mit lokal verstärkenden Faktoren
2. Systemisch verstärkte Gingivopathien
 - a. endokrine Faktoren
 - 1) Pubertätsgingivitis
 - 2) in Zusammenhang mit dem Menstruationszyklus
 - 3) in Zusammenhang mit der Schwangerschaft
 - a) Gingivitis
 - b) Granuloma pyogenicum
 - 4) in Zusammenhang mit Diabetes mellitus
 - b. in Zusammenhang mit hämatologischen Erkrankungen
 - 1) Leukämie
 - 2) andere
3. Medikamentös verstärkte Gingivopathien
 - a. medikamentös beeinflusste Gingivavergrößerung
 - b. medikamentös beeinflusste Gingivitis
 - 1) orale Kontrazeptiva
 - 2) andere
4. Durch Mangel- und/oder Fehlernährung beeinflusste Gingivopathien
 - a. Ascorbinsäure-Mangel
 - b. andere

Tabelle 1. Auszug aus der aktuellen Klassifizierung der Parodontalerkrankungen [4].

den Einfluß des Rauchens auf die klinischen parodontalen Verhältnisse bei ansonsten gesunden jungen Erwachsenen zu bestimmen.

Hat die Anwesenheit von Plaque stets gingivale Entzündung zur Folge?

Der Beginn der modernen Parodontologie wird häufig mit der Publikation der ersten Gingivitis-Experimente von Harald Löe und seinen Mitarbeitern [9, 10] gleichgesetzt. In sorgfältig geplanten Experimenten konnte der Einfluß einer de novo Plaquebildung auf die gingivalen Verhältnisse bestimmt werden, indem man zum Beispiel Studenten für zwei bis drei Wochen das Zähnebürsten oder andere Mundhygienemaßnahmen untersagte. Diese Experimente wurden in den letzten 35 Jahren unzählige Male wiederholt. Wenn sich Plaque auf der Zahnoberfläche bildet, zunimmt und reift, kommt es unausweichlich zur Entwicklung entzündlicher Reaktionen in der benachbarten Gingiva. Dies trifft ebenso zu für junge [9] und ältere Erwachsene [11],

wie auch für Kinder im Milch- und Wechselgebiß [12].

Obwohl bisher niemand über etwas Gegenteiliges berichtet hat, lohnt sich dennoch eine kritische Analyse der Präsentation dieser Ergebnisse in den Publikationen. Bereits die längst klassischen Studien von Harald Löe wiesen auf deutliche individuelle Unterschiede im Zeitablauf und Schweregrad der entzündlichen Reaktion in der Gingiva auf die Plaqueakkumulation hin. Während einige zunächst gingival gesunde Probanden bereits nach 9 bis 13 Tagen ohne Mundhygiene eine milde Form der Gingivitis entwickelten, war dies bei anderen erst nach 17-21 Tagen der Fall². Man folgerte aus diesen Beobachtungen, daß für die erheblichen Unterschiede in der „Inkubationszeit“ die großen individuellen Unterschiede in der Bildungsrate dentogingivaler Plaque die Ursache seien [10]. Die Plaquebildungsrate wird allerdings ganz wesentlich auch vom Entzündungsgrad der Gingiva beeinflusst [14-16]. Diese überraschende Beobachtung wird mit der Zunahme des Gingivaexsudats erklärt, daß für viele Bakterien der dentogingivalen Region ein geeignetes Substrat darstellt und essentielle Faktoren [17] und Pellikel bildende Proteine zur Adhäsion auf der Zahnoberfläche [18] enthält. Die bisher so eindeutige zeitliche (kausale) Relation (Plaque → Gingivitis) ist in Wirklichkeit also eine wechselseitige Beziehung: Plaque ↔ Gingivitis.

Bislang waren die Ergebnisse aus Gingivitisexperimenten in der Weise präsentiert worden, daß für jeden Probanden Mittelwerte des Plaque- und Gingivaindex berechnet wurden und diese neuen Variablen dann korreliert wurden. Der Grund für dieses Vorgehen liegt in der Tatsache, daß die multiplen Beobachtungen innerhalb einer Mundhöhle mehr oder weniger stark korreliert sind, die Beobachtungen sind nicht unabhängig. Die statistische Analyse derartiger Datensätze wird dadurch in erheblichem Maße kompliziert. Dieses Dilemma wurde in der Regel so gelöst, daß ein Patientenmittelwert für jede Variable berechnet wurde und somit der Proband zur

statistischen Einheit erklärt wurde. Man nahm einfach an, daß die so ermittelte Beziehung zwischen diesen neuen Variablen („Mundhygiene“, Entzündungshäufigkeit) nichts anderes als die flächenspezifische Assoziation zwischen Plaque und Gingivitis widerspiegelt. Derartige Annahmen sind in der Regel nicht gerechtfertigt. Bei diesem Vorgehen geht außerdem sehr viel Information verloren, die bei der Datenerhebung noch vorhanden war. Etwa seit zehn Jahren stehen jedoch Statistikprogramme zur Verfügung, mit denen die Abhängigkeit der Beobachtungen innerhalb eines Patienten korrekt berücksichtigt werden können [19].

Im Rahmen einer Querschnittsuntersuchung an 127 jungen Erwachsenen mit milder „plaque-induzierter“ Gingivitis wollten wir die tatsächliche, flächenspezifische Beziehung zwischen supragingivaler Plaque und einem wichtigen Symptom der Gingivitis, Bluten nach Sondieren, einmal genauer eruieren [20]. Die Assoziation war überraschend schwach. Wenn Plaque auf der Zahnoberfläche vorhanden war, stieg die Wahrscheinlichkeit um nicht mehr als 67 % an, daß die dazugehörige Gingivaeinheit nach Sondieren blutete. Noch viel gravierender waren die extremen Unterschiede zwischen den Probanden der Studie. Bei etwa einem Viertel wurde keine oder sogar eine negative Beziehung beobachtet, das heißt, die Wahrscheinlichkeit von Bluten nach Sondieren nahm in Anwesenheit von Plaque ab. Wichtiger als diese Assoziationen zwischen Plaque und Bluten sind allerdings die Konsequenzen, die sich in Verbindung mit der vorliegenden Mundhygiene bei den einzelnen Probanden ergeben. So konnten wir feststellen, daß ein Mundhygieneprogramm, das eine Reduktion der Gingivitis zum Ziel hat, nur bei 15 % der Probanden eine mindestens 50prozentige Abnahme der Blutungsneigung beim Sondieren zur Folge hätte, wenn es gelänge, den Einfluß der Plaque vollständig zu eliminieren [20]. Ging man bisher davon aus, daß vor allem die vollständige Plaqueentfernung ein Garant für entzündungsfreie Verhältnisse am Parodont sind, können die neuen und übererra-

² Tatsächlich wurden Gingivitisexperimente aus ethischen Gründen praktisch immer dann abgebrochen, wenn sich die Entwicklung einer mäßigen oder starken Entzündung ankündigte. Nur wenige Untersuchungen beschäftigten sich mit der Frage, welche Folgen wochen- oder gar monatelange Plaqueakkumulation hat. Offenbar kommt es selbst nach monatelangem ungestörten Plaquewachstum nicht unausweichlich zu nach Sondieren blutender Gingiva und einer so genannten etablierten Gingivitis [13].

schenden Ergebnisse dieser Studie einen erheblichen Einfluß auf tradierte Präventionskonzepte zur Reduktion der Gingivitis haben.

Bei Rauchern ist die Beziehung zwischen Plaque und gingivaler Entzündung noch schwächer

Was haben die Beobachtungen, die in dieser Pilotstudie gemacht wurden, mit dem Konsum von Zigaretten zu tun? Wie bereits erwähnt, scheint Rauchen vor allem in Gingivitisexperimenten die Entzündung zu dämpfen [5–7]. Allein dieser Umstand müßte dazu führen, daß sich die Beziehung zwischen Plaque und Gingivitis weiter abschwächt. Andererseits war in einigen Querschnittsuntersuchungen bei Rauchern eher mehr Bluten nach Sondieren beobachtet worden [20, 21].

In einem prospektiven Experiment sollten die Ergebnisse unserer Pilotstudie [20] unter extrem standardisierten Bedingungen in einer Gruppe von gesunden, physisch fitten Soldaten überprüft und der Einfluß des Rauchens auf die Beziehung zwischen Plaque und gingivaler Entzündung bestimmt werden [22]. Die 65 Probanden dieser Studie waren Soldaten des 5. Deutschen Kontingents der SFOR, die zwischen Dezember 1999 und Mai 2000 in Rajlovac, Bosnien-Herzegowina stationiert waren. Die üblichen Einschluß- und Ausschlußkriterien für klinische Studien der parodontalen Verhältnisse wurden berücksichtigt. Nach Aufklärung über den Ablauf der Untersuchung erteilten 33 starke Raucher (mehr als eine Packung pro Tag seit mehr als einem Jahr) und 32 Nichtraucher im Alter zwischen 19 und 30 Jahren ihr Einverständnis. Die klinischen Untersuchungen an 6 Flächen aller Zähne (Sondiertiefen, klinische Attachmentlevel, Bluten nach Sondieren mit einer druckkalibrierten Sonde, Plaqueindex, Zahnstein) fanden während der 6 Monate viermal im Abstand von 8 Wochen statt. Die Probanden wurden gebeten, ihre derzeitigen Mundhygienemaßnahmen nicht zu ändern. Parodontaltherapeutische Maßnahmen erfolgten nicht. Erst nach der letzten Untersuchung wurde eine Zahnreinigung durchgeführt und gegebenenfalls Mundhygieneinstruktionen angeboten.

In der Abbildung 1 ist die kumulative topografische Verteilung des Plaque-Index inner-

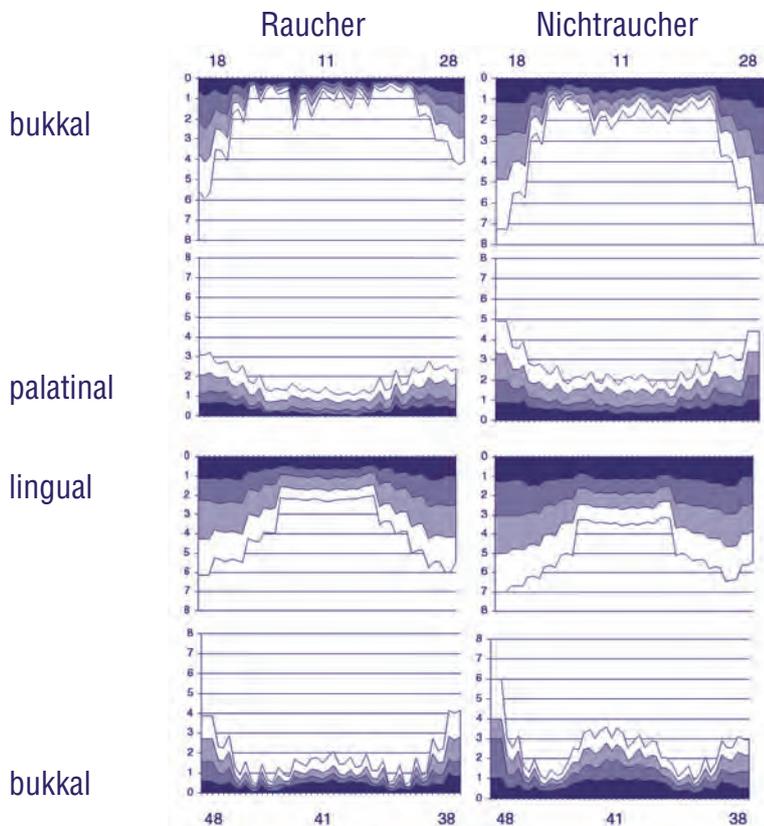


Abb. 1: Kumulative intraorale Verteilung des mittleren Plaqueindex bei Nichtrauchern und Rauchern zur Basisuntersuchung (BL) und zur Untersuchung nach 8 (T1), 16 (T2) und 24 Wochen (T3). Müller et al. [22].

halb der Mundhöhle bei Nichtrauchern und Rauchen zu sehen. Die Verteilung ist symmetrisch (rechts und links im Wesentlichen identisch), ein bestimmtes Muster ist erkennbar (im Molarenbereich findet sich mehr Plaque, Prämolaren sind vor allem bukkal sauberer etc.), und der Plaquebefall ist zu den unterschiedlichen Untersuchungszeitpunkten einheitlich, das heißt konsistent. Dies kann man auch daran sehen, daß die Wahrscheinlichkeit, zur ersten Nachuntersuchung an einer Zahnfläche dasselbe Ergebnis (Plaque oder keine Plaque) zu finden, wie bei der Basisuntersuchung, knapp 10 Mal höher war, als die Wahrscheinlichkeit eines anderen Ergebnisses (so genanntes Odds Ratio von 9,6). Bei konstanten Ergebnissen zur Basisuntersuchung, zur ersten und zur zweiten Nachuntersuchung war die Wahrscheinlichkeit, zur letzten Untersuchung dasselbe Ergebnis zu beobachten, mehr als 100 Mal größer als die Wahrscheinlichkeit, zu diesem Zeitpunkt ein anderes Ergebnis festzustellen. Zahnflächen sind also meist entweder plaquefrei oder plaquebedeckt. Raucher hatten generell, das heißt in allen Bereichen, etwas mehr Plaque als Nichtraucher. Symmetrie, Muster und Konsistenz der Beobachtungen waren allerdings absolut ähnlich.

Die Abb. 2 zeigt die Verhältnisse beim Blutungsindex. Der Unterschied ist frappierend. Ein definitives Muster ist nicht auszumachen, und vor allem sind die Beobachtungen wenig konsistent. Bei konstanten Ergebnissen zur Basisuntersuchung, zur ersten und zur zweiten Nachuntersuchung war die Wahrscheinlichkeit, zur letzten Untersuchung dasselbe Ergebnis zu beobachten, nur etwa 5,8 Mal so groß, als die Wahrscheinlichkeit, zu diesem Zeitpunkt ein anderes Ergebnis festzustellen. Die Wahrscheinlichkeit, bei einer folgenden Untersuchung ein konsistentes Ergebnis zu erhalten, war bei Rauchern signifikant geringer als bei Nichtrauchern (Odds Ratio von etwa 4 bei Rauchern gegenüber etwa 14 bei Nichtrauchern). Dies ist um so bemerkenswerter, als man eigentlich davon ausgehen sollte, daß eine lang andauernde Ansammlung von Plaque in habituell unsauberen Regionen der Mundhöhle (die in der Abb. 1 leicht auszumachen sind) schließlich nicht nur zu etablierter und persistierender Gingivitis, sondern zu Parodontitis führen sollte. Transitionsvorgänge (Übergänge von nicht-blutende zu blutende Gingiva und umgekehrt) waren stattdessen charakteristisch. Dies war in wenigen Gingivitisexperimenten ebenfalls beobachtet worden [7, 23].

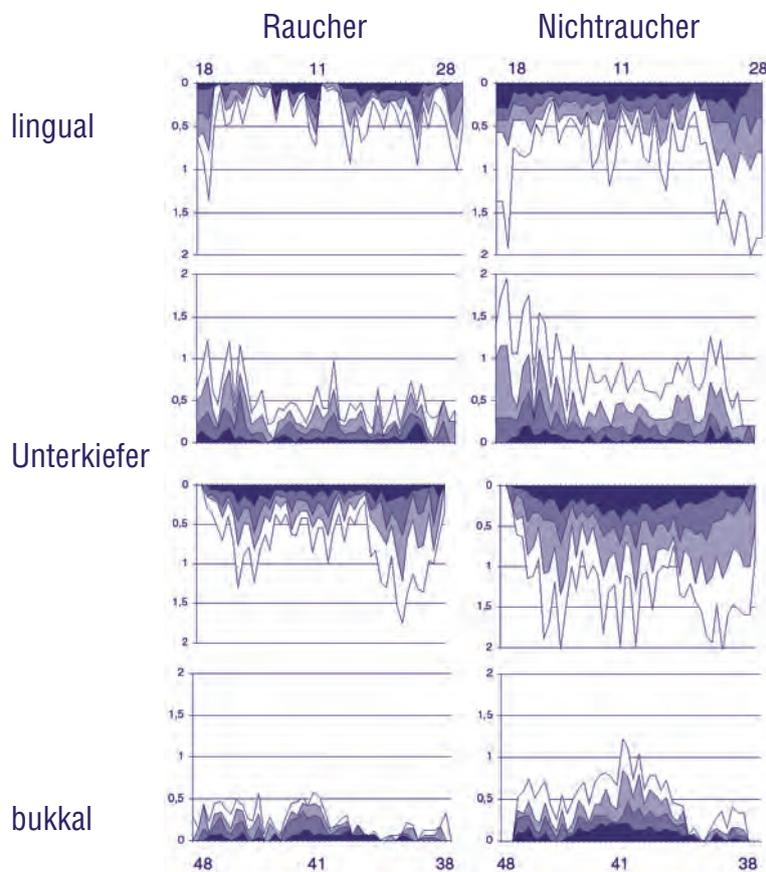


Abb. 2 Kumulative intraorale Verteilung des Blutungsindex. Müller et al. [22].

Auch in unserem prospektiven Experiment war die Assoziation zwischen der An- oder Abwesenheit von supragingivaler Plaque und Bluten nach Sondieren überraschend schwach [24]. Bei Rauchern war diese Beziehung allerdings noch schwächer (durchschnittliches Odds Ratio von 1,9) als bei Nichtrauchern (Odds Ratio von 2,9). Wie schon erwähnt, wurden während der 6 Monate häufiger Übergänge von einer auf Sondieren nicht blutenden (gesunden) zu einer blutenden Gingivaeinheit beobachtet. Im allgemeinen würde man in diesem Fall einen deutlichen Einfluß von supragingivaler Plaque vermuten. Im multivariaten Modell erhöhte eine Zunahme des Plaqueindex um eine Einheit die Wahrscheinlichkeit eines positiven Übergangs (kein Bluten fi Bluten) allerdings lediglich um 41 %, die Anwesenheit von Zahnstein um 37 %. Zigarettenrauchen hatte eine 86-%-ige Zunahme der Wahrscheinlichkeit zur Folge. Rauchen ist offenbar ein wichtiger unabhängiger Faktor, der über die beiden Ursachen Plaque und Zahnstein hinaus die Entstehung der Gingivitis erklären kann. Dies reduziert bei Rauchern die ohnehin schwache Assoziation zwischen Plaque und entzündlicher Reaktion in der Gingiva weiter. Präventive Programme zur Reduktion

der Gingivitis, die im wesentlichen auf eine Verbesserung der Mundhygiene abzielen, hätten bei Rauchern noch geringere Effekte als bei Nichtrauchern.

Ein weiterer biologischer Faktor, der die Beziehung zwischen Plaque und Gingivitis beeinflussen könnte, wurde kürzlich identifiziert. In einer Querschnittsuntersuchung von 97 jungen Erwachsenen mit Plaque-induzierter Gingivitis waren 17 Probanden mit einer intraoralen Kolonisierung mit dem Parodontalpathogen *Actinobacillus actinomycetemcomitans* identifiziert worden [25]. Bei acht Probanden war eine extrem weite Verbreitung des Keims in der Mundhöhle festgestellt worden. Durchschnittlich 61 % der Zähne und 64 % der Schleimhautareale waren mit *A. actinomycetemcomitans* kolonisiert. Bei 9 Probanden waren nur vereinzelte Proben kulturpositiv (11 % der Plaqueproben, 23 % der Schleimhautareale). In Bezug auf die parodontalen Verhältnisse unterschieden sich diese beiden Gruppen in keiner Weise. Allerdings war bei Probanden mit einer hohen intraoralen Belastung mit *A. actinomycetemcomitans* eine deutlich schwächere Beziehung zwischen Plaque und Bluten nach Sondieren festzustellen als bei Probanden mit

vereinzelt positiven Proben [25]. Erklärt wurde dieses Phänomen mit der möglichen Produktion eines potenten Leukotoxins, das die erste Abwehrlinie des Organismus unterlaufen kann, und immunsuppressiver Virulenzfaktoren, die dieses Parodontalpathogen auszeichnen [26].

Von der Gingivitis zur Parodontitis

Die in unseren Querschnittsuntersuchungen [20, 25] wie auch in dem hier beschriebenen longitudinalen Experiment [22, 24] gemachten Beobachtungen sowie Daten anderer Autoren [7, 23] lassen vermuten, daß Gingivitis wie auch Parodontitis eine multifaktoriell verursachte Erkrankung ist, bei der die möglichen Einflußfaktoren vielfach unbekannt oder im wesentlichen schlecht definiert sind. Parodontal schädliche Einflüsse wie Rauchen oder die Anwesenheit von Parodontalpathogenen stören wahrscheinlich zunächst die delikate Balance zwischen der (omnipräsenten) dentalen Plaque und der erforderlichen Abwehrreaktion innerhalb des Gewebes (Gingivitis). Rauchen hat zum Beispiel eine verminderte Produktion von Immunglobulinen zur Folge [27], beeinträchtigt die Chemotaxis und Phagozytose von polymorphkernigen Granulozyten [28, 29] und führt zu exzessiver Freisetzung proinflammatorischer Zytokine bei Kontakt von Makrophagen mit Gramnegativen Parodontalpathogenen [30]. Dank neuester Erkenntnisse über die Mechanismen, die dazu führen, daß Raucher ein etwa 2,5–6-fach erhöhtes Risiko haben, an Parodontitis zu erkranken, sollte Raucherentwöhnung schon heute fester Bestandteil der Parodontaltherapie sein [31].

Weitere Faktoren, die einen Einfluss auf die Reaktionsfähigkeit der Gingiva ausüben, sind sicherlich Sexualhormone während der Pubertät und Schwangerschaft und zur Kontrazeption [32]. Hier wird generell die Reaktion auf eine bestimmte vorhandene Menge von Plaque erhöht. Ein anderes Beispiel betrifft bestimmte antimikrobielle und antiinflammatorische Zusätze in Zahnpasten und Mundspüllösungen. Triclosan kann sowohl die Menge dentogingivaler Plaque reduzieren als auch ihre Zusammensetzung verändern. Gleichzeitig hat Triclosan einen entzündungsdämpfenden Einfluß auf die Gingiva [33]. Ob die Assoziation zwischen Plaque und Entzündung verändert wird, wurde bisher nicht untersucht, ist aber wahrscheinlich. Triclosan-

haltige Zahnpasten können während der unterstützenden Nachsorge parodontal erkrankter Patienten die Progressionsrate der Erkrankung reduzieren [34].

Schlußfolgerungen

Eingangs war davon die Rede, daß auch zu Beginn des 21. Jahrhunderts die meisten brennenden Fragen in der Zahnheilkunde immer noch offen sind. Es ist die Aufgabe der Wissenschaftler, Wissenslücken im Laufe der nächsten Jahre und Jahrzehnte zu schließen und neue Erkenntnisse zum Wohle unserer Patienten an den Praktiker weiterzugeben. Präventive Maßnahmen zur Eindämmung der beiden wichtigsten Erkrankungen der Mundhöhle, Karies und entzündliche Parodontopathien, dürfen sich nicht fast ausschließlich auf die Kontrolle der dentogingivalen Plaque beschränken. In der Tab. 2 wurden einmal exemplarisch Risikofaktoren für die marginale Parodontitis zusammengestellt [31]. Es wird deutlich, daß eine schlechte Mundhygiene zwar ein gewisses Risiko für aktive Parodontitis darstellt. Würde man diesen Faktor völlig ausschalten, könnte man (auf der Basis der Daten aus dieser wohlgeplanten und -durchgeführten prospektiven Kohortenstudie von Haffajee et al. [35]) die Parodontitisprävalenz innerhalb der Bevölkerung um etwa 17 % reduzieren (man spricht

	Vermeidbar	Relatives Risiko	Prävalenz	Attributables Risiko
Mundhygiene (>75 % Plaque)	Ja	1,8 ^a	25 % ^a	17 %
Rauchen	Ja	2,5-6,0 ^b	30 % ^d	31-60 %
Diabetes mellitus	Nein <small>(aber metabolische Kontrolle möglich)</small>	2,8-3,4 ^c	8 % ^e	13-16 %

^aHaffajee et al. [35]
^bAAP [36]

^cAAP [37]
^dWHO[38]

^eHarris et al. [39]

Table 2: Relative Bedeutung der drei wichtigsten Risikofaktoren der marginalen Parodontitis [31]. Der größten Effekt auf die Parodontitisprävalenz ist bei weitgehender Reduktion des Rauchens zu erwarten.

auch vom attributablen Risiko). Der Einfluß des Rauchens, ein anderer vermeidbarer Risikofaktor, erscheint wesentlich gravierender. Zwischen 31 und 60 % der Parodontitis gehen auf den Faktor Rauchen zurück. Der dritte wichtige Risikofaktor ist der Diabetes mellitus mit einem attributablen Risiko von 13–16 %. Es soll hier ausdrücklich betont werden, daß zur Zeit keine zweifelsfreien, prospektiven, randomisierten Interventionsstudien vorliegen, die uns definitive Hinweise dafür geben würden, zum Beispiel eine Neue Parodontologie zu entwerfen, in der diese Erkenntnisse jetzt rigoros eingesetzt werden

können. Risikoabschätzung und -management sind in der Zahnheilkunde ausgesprochen neue Methoden, die im Wesentlichen noch nicht validiert wurden. Sie helfen uns allerdings in der Kommunikation mit dem Patienten und bei der Bewältigung logistischer Probleme in der täglichen Praxis.

Danksagung

Die hier zusammengefaßten Untersuchungen wurden teilweise durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (MU 1404/2-1) unterstützt.

Dissertationen

Die folgenden Dissertationsarbeiten zur Erlangung des akademischen Grades Doctor medicinae dentariae wurden dem Rat der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena vorgelegt und im Sommer 2001 erfolgreich verteidigt. Nachfolgend die Zusammenfassungen:

Experimentelle Vergleichsstudie zum Ausmaß horizontaler und vertikaler Dimensionsänderungen bei der Herstellung von Sägeschnittmodellen anhand der Modellsysteme Quick-Pin und MODU

Vorgelegt von
Christian Egger

In Praxis und Labor häufig vorkommende Ungenauigkeiten sind bei feststehendem Zahnersatz approximale und okklusale Kontaktpunkte beziehungsweise Spannungen an Brückenpfeilern.

Es fällt auf, daß insbesondere die Abformung eine Vielzahl schwer beherrschbarer Unsicherheitsfaktoren in sich birgt. Demgegenüber bestehen jedoch bei der Modellherstellung bessere Standardisierungsmöglichkeiten.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden vom Plattenmodellsystem Quick-Pin und dem Schalenmodellsystem MODU jeweils vier Verfahrens-/Materialkombinationen für die Herstellung eines stilisierten Kiefermodells gefertigt. Die vier herausnehmbaren Stümpfe wurden anhand des Zweikoordinatenmeßmikroskops ZKM01-150 der Firma Zeiss, mit einer okklusalen und cervikalen

Messung auf ihr horizontales Dimensionsverhalten überprüft. Mittels der Lasertriangulation, mit dem Lasermeßgerät OTM3-10 der Firma Wolf & Beck, wurden dann die fünf unterschiedlich breiten Segmente zwischen den Pfeilern koordinatengesteuert auf ihre vertikale Deviation vermessen. Die horizontale Erfassung erfolgte nach 1h 30min und an Modellen, die älter als sieben Tage waren. Die vertikalen Dimensionen wurden nach 2h 23min mit drei Entnahmen, nach 11 Tagen mit fünf Entnahmen und nach 15 Entnahmen erfaßt. Zusätzlich sind nach Abschluß der beiden vorgestellten Untersuchungen unterschiedlich breite Stümpfe mit 1000, 500 und 300 Gramm waagrechttem Kraftaufwand belastet und auf ihre horizontale Stabilität geprüft worden.

Aus den Ergebnissen der durchgeführten werkstoffkundlichen Untersuchungen am Quick-Pin- und MODU-Modellsystem erge-

ben sich die folgenden Empfehlungen für den praktischen Einsatz.

Es kann gesagt werden, daß sich die Kombination des Zweikoordinatenmessgerätes ZKM 01-150 mit dem Lasermeßgerät OTM3-10 im Hinblick auf den hohen Präzisionsanspruch zweidimensionaler Vermessungen bewährt hat. Die erworbenen Erkenntnisse stellen die Forderung nach einheitlichen Meßbedingungen zur Beurteilung von Sägeschnittmodellen. Die getesteten Modellsysteme entsprechen dem klinischen Standard und ermöglichen eine sofortige Weiterarbeit nach der Modellherstellung. Allerdings sollte jede ausgelieferte Gipscharge im zahntechnischen Labor einer Kontrolle unterzogen werden. Unter klinisch relevanten Gesichtspunkten

gilt für alle Platten- und Schalenmodellsysteme, den Zahnkranz in annähernd gleich breite Stumpfsegmente mit mindestens drei Pins zu sägen. Das Expansionsverhalten von Dentalgips ist unter anderem stark von der begrenzenden Form, in der er erstarrt, abhängig. Daraus ergibt sich, je stärker die Gipsexpansion und je größer die Behinderung der Entfaltungsmöglichkeit der Expansion desto stärker sind die Quellungseffekte in Richtung des geringsten Widerstandes. In Abhängigkeit von der Segmentbreite und der damit verbundenen Pinanzahl verändern sich bei Sägeschnittmodellen mit mehr als einem Pin pro Segment die vertikalen Dimensionen. Schmale Segmente rutschen tiefer in den Modellsockel als breite. Aus dieser entstan-

denen Stufe resultieren beim Eingliedern von festsitzenden Restaurationen okklusale Diskrepanzen und approximale Ungenauigkeiten. Die äußerst geringe vertikale Abweichung bei MODU läßt sich durch gleichmäßiges Sägen der Segmente noch weiter verbessern. Präzision, Einfachheit und Vielseitigkeit favorisieren das ungesägte MODU-Modellsystem als Arbeitsgrundlage für die Herstellung von Implantat- Suprakonstruktionen. Die erforderliche Vielfalt der verwendeten Parameter in der multifaktoriellen Einheit Abformung/Modellherstellung als Basis jeder zahntechnischen Arbeit bestätigt einmal mehr die unabdingbare Notwendigkeit der Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und Zahntechniker.

Mundgesundheit und ihre Beziehung zu Ernährungsgewohnheiten und sozialen Faktoren bei 4- bis 7-jährigen Kindern

Vorgelegt von Michael Detsch

Die Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen hat sich in den letzten 10 Jahren deutlich verbessert, dennoch bestehen noch deutlich regionale Unterschiede. Dieser unter dem Terminus Caries decline bekannte Kariesrückgang bezieht sich allerdings stärker auf die bleibende Dentition als auf das Milchgebiß. Vor diesem Hintergrund wurden im Rahmen einer Basisstudie vor Übernahme der Gruppenprophylaxe durch den Autor 420 Kinder im Alter von 4 bis 7 Jahren (223 männlich, 197 weiblich) aus vier oberbayerischen Landgemeinden in Bezug auf ihren Mundgesundheitszustand untersucht. Zusätzlich erfolgte eine Befragung der Eltern zu sozialen Kriterien und zum individuellen Gesundheitsverhalten der Kinder unter Berücksichtigung ernährungsrelevanter Faktoren, der Mundhygiene und der Fluoridierung.

Die Kariesverbreitung betrug für die Altersgruppen der 4-, 5- und 7-Jährigen 2,5 dft (dt = 2,04, ft = 0,46) und für die 6-Jährigen 2,3 dft (dt = 2,02, ft = 0,28). Die zahnflächenbezogene Auswertung ergab für alle Altersgruppen eine Kariesverbreitung von 4,4 dfs (ds = 3,2, fs = 1,2), wobei die Knaben (ds = 2,8) eine signifikant niedrigere Kariesverbreitung als die Mädchen (ds = 3,7) hatten. Gleichzeitig hatten die Knaben mehr gefüllte Zahnflächen (fs = 1,5) als die Mädchen (fs = 0,96).

Der Sanierungsgrad lag bei allen Kindern unter 60 %. Sein Minimum betrug 30 % jeweils bei den 5- und 6-Jährigen. 27 % aller Probanden hatten naturgesunde Milchgebisse, 48 % der Kinder hatten einen kariesbedingten Behandlungsbedarf, und 25 % waren saniert. Die Behandlungsnotwendigkeit konzentrierte sich auf ein- und zweiflächige Füllungen an durchschnittlich zwei Zähnen, Indikationen für Milchzahnextraktionen bestanden bei 6 % der Kinder. Wegen des geringen Kariesbefalls im bleibenden Gebiß (0,1 DFT) wurde auf die weitere Analyse verzichtet. Der Entzündungsgrad der Gingiva war mit einem SBI von 0,7 gering und korrelierte mit dem Mundhygienezustand von 0,8 PI.

Die Auswertung des Fragebogens erbrachte erhebliche Defizite aus Sicht des Gesundheitsverhaltens. Unbefriedigende Mundhygiene, hohe Anzahl von kariogenen Zwischenmahlzeiten und eine unzureichende Fluoridierung verifizierten die Mundgesundheit. Hinzu kam, daß die Mehrheit der Kinder den unteren Sozialschichten, abgeleitet vom Bildungsniveau der Eltern, zugeordnet werden mußten. Die multivariate Analyse bestätigte den Zusammenhang zwischen Mundgesundheit und sozialen Kriterien. Die Ergebnisanalyse ergab insgesamt, daß die Gruppenprophylaxe bislang ineffektiv war, gemessen an der Mundgesundheit und am Verhalten der Kinder bzw. deren Eltern.

Der Autor fordert eine Optimierung der Gruppenprophylaxe unter veränderten Organisationsprinzipien, um insbesondere die Benachteiligung von Kindern mit hohem Kariesrisiko auszugleichen.

Klinische und immunologische Parameter des Parodonts in Abhängigkeit vom Hormonstatus

Vorgelegt von Susanne Lippold

Das überproportional häufige Auftreten generalisierter aggressiver Parodontitiden bei jungen Frauen sowie der in der Literatur vielfach bestätigte Einfluß von Sexualhormonen auf das Parodont waren Anlaß zu klinischen, immunologischen und mikrobiologischen Untersuchungen bei 26 gesunden Frauen (11 mit physiologischem Zyklus und 15 mit Einnahme hormonaler Kontrazeptiva) im Vergleich zu 15 gesunden männlichen Probanden unter Berücksichtigung des hormonellen Status.

PI, SBI und Sondierungstiefe wurden erfaßt, Speichel gewonnen und im Serum Estradiol, Progesteron und Testosteron bestimmt. Phagozytoseparameter und Chemotaxis von Sulkusgranulozyten und die systemische Phagozytose wurden bestimmt, des weiteren Lymphozytensubpopulationen und Zytokine.

Für die meisten untersuchten Parameter ließen sich Schwankungen innerhalb des Zyklus und Unterschiede zu den männlichen Probanden nachweisen. Der Blutungsindex bei Frauen war östrogenbedingt signifikant höher, die Sulkusphagozytose und die Zahl der Killerzellen sowie die Menge der Zytokine IFN-g und IL-5 waren gegenüber den Männern signifikant niedriger. Diese Faktoren könnten bei Vorhandensein einer größeren Plaquemenge die Abwehrleistung beeinträchtigen und somit die Manifestation einer Parodontitis begünstigen. → Seite 30

Untersuchungen von Spuren- und Mengenelementen, Gesamtprotein, Amylase und sIgA im menschlichen Parotisspeichel unter Medikation der Kontrazeptiva MP 200 (Lovelle) und MP 2000 (Valette)

Vorgelegt von
Martin Artschwager

Vor der Markteinführung des Präparates "Valette" der Firma Jenapharm GmbH, dem derzeitigen Marktführer in Deutschland unter den hormonalen Kontrazeptiva, wurde in einer Studie der Frauenklinik der FSU eine klinische Studie zur Erfassung möglicher Einflüsse des neuen Präparates auf Immunparameter im Vergleich zum bereits seit langem

verwendeten Präparat Lovelle durchgeführt. Im Zusammenhang mit dieser Studie sollte auch der Einfluß der beiden Präparate auf Speichelparameter untersucht werden.

Von 31 Frauen wurden Speichelproben gewonnen. Die Frauen hatten vorher keine hormonalen Kontrazeptiva eingenommen, waren frei von Erkrankungen und nahmen keinerlei Medikamente ein. Von jeder Frau wurden drei Speichelproben gewonnen. Die erste Probe gilt als Vergleichswert, da sie vor Einnahme der Hormonpräparate entnommen wurde. Weitere Entnahmen erfolgten nach Einnahme der 10. bzw. der 20. Pille. 16 Frauen nahmen das Präparat Lovelle, 15 das Präparat Valette. Von allen Proben wurden Na, K, Ca, Mg, Zink, Gesamtprotein, Amylase und sIgA bestimmt. Die Ergebnisse zeigen einen östrogenbedingten signifikanten Anstieg des Natriumgehaltes im Parotisspeichel und einen Anstieg des

Natrium/Kalium-Quotienten.

Insgesamt zeigten sich z. T. gleichsinnige, z.T. auch gegenläufige Beeinflussungen der untersuchten Parameter, was darauf hindeutet, daß die in den Präparaten enthaltenen verschiedenen Gestagene diese Unterschiede bewirken, da das enthaltene Östrogen gleich ist.

Die angewendeten Präparate führen zu dynamischen Veränderungen der untersuchten Speichelparameter und belegen damit die immunmodulierende Potenz der hormonellen Präparate. Insgesamt kann aber festgestellt werden, daß sich alle Veränderungen im physiologischen Bereich bewegen und weniger ausgeprägt sind als im physiologischen Zyklus. Es können daher aus den Ergebnissen keinerlei Kontraindikationen für die Präparatanwendung abgeleitet werden.

Mehr als runderneuert

H. Plagemann, D. Niggehoff

„Vertragsarztrecht“

Ein Leitfaden für Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Rechtsanwälte und Krankenkassen,

272 Seiten, Fachhochschulverlag Frankfurt am Main 2000

48 DM (24,49 €), ISBN 3-923098-87-1

In Zeiten der Budgetierung und der Europäisierung des Gesundheitswesens gelangen auch bisher unangefochtene Rechtsgrundsätze des früheren Kassenarztrechts – heute Vertragsarztrecht – auf den Prüfstand. Die 2. Auflage „Vertragsarztrecht“ behandelt vor allem aktuelle Konfliktfelder aus allen Bereichen des Vertragsarztrechts bis hin zu den Psychotherapeuten, die seit über einem Jahr Pflichtmitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen sind. Dargestellt wird nicht nur das Zulassungswesen, sondern auch das Disziplinarrecht, das Verhältnis Arzt/Psychotherapeut – Patient und das hochkomplizierte Vergütungssystem. Das Buch enthält ein gesondertes Kapitel, das sich mit dem Recht der Vertragszahnärzte und deren Besonderheiten im Bereich des Leistungsrechts sowie der Vergütung befaßt.

Besonderes Augenmerk wird auf die Gestaltungsformen der gemeinsamen Berufsausübung gelegt (Stichworte: Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, Assistent, Jobsharing).

Der Leitfaden vermittelt Basisinformationen und zeigt zugleich Wege zur Lösung aktueller Konflikte auf. Die Darstellung des materiellen Rechts wird ergänzt durch Hinweise, wie mit Hilfe der zuständigen Gerichte effektiver Rechtsschutz in Anspruch genommen werden kann. Im Mittelpunkt der Darstellung stehen die Bestimmungen des Gesundheitsre-

formgesetzes sowie des Gesundheitsstrukturgesetzes (SGB V) einschließlich der Vorschriften des GKV-Reformgesetzes 2000. Die gesetzlichen Bestimmungen werden ergänzt durch normähnliche Bestimmungen wie etwa die Honorarverteilungsmaßstäbe, den EBM, Richtlinien des Bundesausschusses sowie weitere gesamtvertragliche Regelungen bis hin zur Zulassungsverordnung und so genannten Leitlinien.

Außerdem spielt auch das ärztliche Berufsrecht eine besondere Rolle sowie das Grundgesetz (hier insbesondere die Berufsfreiheit gem. Art. 12 GG). Jeder Abschnitt enthält am Schluß einen Hinweis auf aktuelle weiterführende Literatur. Die Verfasser haben Rechtssprechung und Literatur bis Oktober 2000 berücksichtigt und – soweit möglich – auch auf neuere Erkenntnisse der Instanzgerichte hingewiesen. Gerade dort zeichnet sich oftmals eine neue Rechtsentwicklung ab.

Schwerpunkte der Neubearbeitung sind die Abschnitte „Alternativmedizin“, „Approbation und Zulassung der Psychotherapeuten“, „Häusliche Krankenpflege“, „Qualitätssicherung“, „Zulassung und Bedarfsplanung“ sowie die „Budgetierung“ und das „Recht der Vertragszahnärzte“. Dem eiligen Leser wird der Zugang zu den einzelnen Problembereichen durch ein Stichwortverzeichnis erleichtert.

Verlagsangaben



Ideales Lehrbuch

H. Nuding, G. Nuding, J. Haller,

S. Runkel, W. Stollmaier

„Wirtschafts- und Betriebskunde für Arzt- und Zahnarzhelferinnen“

364 S. meist farbig illustriert,
Best.-Nr. 5890, 1. Auflage, Holland+Josenhans Verlag Stuttgart 2001,
ISBN:3-7782-5890-7, DM 45,80 (23,42 €)



Das Buch ist die erweiterte, modifizierte und aktualisierte Lizenzausgabe des Titels „Wirtschaftskunde“ von H. Nuding und J. Haller, die 1998 im Ernst Klett Verlag erschienen war (ISBN 3-12-882510-6). Dieses aktuelle Buch bringt das wirtschaftliche Grundwissen auf den Punkt. Wichtige Fachbegriffe werden klar erläutert. Am Ende der Teilgebiete dienen Wiederholungsfragen der regelmäßigen Kontrolle des Erlernten und der Vorbereitung sowohl auf Klassenarbeiten als auch auf Prüfungen. Durch die Kombination aus Lehrbuch- und Arbeitsteil ist das Buch ideal für den Einsatz im modernen Unterricht.

Mir gefallen die Übersichtlichkeit und die ansprechenden Illustrationen, die sowohl der/dem Lernenden als auch dem interessierten Leser die Erarbeitung und Bewältigung eines doch sonst ziemlich trockenen Themas wesentlich erleichtern.

Festschrift als Fachbuch

Jakob Wirz (Hrsg.)

„Restaurative Zahnmedizin 200X“

Neue, zukunftsgerichtete Erkenntnisse und Wege, 1. Auflage, 240 Seiten, 249 Abbildungen (240 farbige Abb., 9 s/w Abb.), ISBN 3-87652-134-3, Best.-Nr. 11310, Quintessenz Vlg., Berlin. 2001, 148 DM (75,10 €)



Anlässlich des 30jährigen Bestehens veröffentlicht die Arbeitsgemeinschaft Dentale Technologie e.V. ihre Festschrift in Form eines Fachbuches mit dem wegweisenden Titel „Restaurative Zahnmedizin 200X“. Eine Jury wählte aus den besten Vorträgen des Jahres 2000 die Autoren für dieses Buch aus.

Neue, zukunftsgerichtete Erkenntnisse und Wege für die restaurative Zahnmedizin – aus Sicht der praktizierenden Behandler, Wissenschaftler und Techniker – werden in diesem Buch aufgezeigt.

Auf 240 Seiten in 12 Kapiteln schreiben renommierte Autoren zu folgenden Themen:

- Alterszahnmedizin,
- Biokompatibilität,
- Ästhetik
- Implantologie.

Das bis auf wenige Ausnahmen farbig bebilderte Buch ist so ein Nachschlagewerk, das weit über den aktuellen Standard hinausreicht.

Die Autoren nutzen für die Erarbeitung der verschiedenen Themen alle heute modernen Darstellungsmöglichkeiten der therapeutischen Planungs- und werkstoffkundlichen Prüfverfahren wie Computersimulationen und dreidimensionalen Computerdarstellungen, die eine wertvolle Ergänzung der grafischen, röntgenologischen und fotografischen Untersetzung der Fachbeiträge sind.

Nützlicher Begleiter

Th. Schneller, S. Ramazan,

Chr. Goepel (Hrsg.)

„Handbuch Oralprophylaxe und Mundgesundheit bei Migranten“

Stand, Praxiskonzepte und interkulturelle Perspektiven in Deutschland und Europa, Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V., Bonn: DAJ, 2001, 336 Seiten, ISBN 3-926228-15-6, 22 DM (11,22 €)



Dieses Handbuch soll als nützlicher Praxisbegleiter den Fachkräften der Oralprophylaxe, Zahnärzten sowie Pädagogen, Erzieherinnen und Sozialarbeitern ihre Arbeit mit ausländischen Mitbürgern erleichtern helfen. Es werden Stand, Praxiskonzepte und Perspektiven der Mundgesundheit bei Migrantinnen und Migranten in Deutschland und Europa vorgestellt sowie deren Situation in ausgewählten Herkunftsländern beschrieben. Die angebotenen Anregungen, Lösungsmöglichkeiten und Informationen sollen den Dialog zwischen den Menschen aller Kulturen bereichern. Vertreter der Politik, der Verbände, der Kostenträger und der Wissenschaft beziehen Stellung zur Ausgangslage und zu den Rahmenbedingungen der Mundgesundheitsförderung und zahnmedizinischen Versorgung von Migranten. Auch werden Einblicke in die Zusammenhänge von Kultur, Religion, Sprache und Gesundheit der ausländischen Mitbürger gegeben.

Preisgekrönt

R. Buchmann

„Parodontale Entzündung“

Klinische, biochemische und mikrobiologische Parameter zur Diagnose und Therapiekontrolle. 152 Seiten, 88 Abbildungen, Schlütersche GmbH, Hannover 2001, ISBN 3-87706-808-9, 98 DM (50 €)

Verglichen mit dem Mangel an einschlägiger Literatur zum Thema Parodontologie vor einigen Jahren wird jetzt der Büchermarkt mit neuen Print- und elektronischen Ausgaben zu diesem Thema scheinbar übersättigt.

Ursache dafür sind die rasante Entwicklung dieses Fachgebietes in den letzten Jahren sowie endlich die Anerkennung seines Stellenwertes.

Die vorliegende Arbeit ist eine Habilitations-

schrift, deren hier dargestellte biochemisch-immunologische Arbeiten 1998 mit dem Millerpreis der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ausgezeichnet wurden.

Dieses Buch bietet eine Übersicht über die Grundlagenforschung in der Diagnostik progressiver Parodontalerkrankungen. Es wird ein tiefer Einblick gegeben in das lokale Geschehen bei entzündungsbedingten Parodontalerkrankungen. Dabei werden klinische, biochemische und mikrobiologische Verfahren zur Diagnose und Therapiekontrolle chronischer und aggressiver parodontaler Entzündungsreaktionen vorgestellt. Der Autor erläutert verschiedene Methoden zur Kontrolle der parodontalen Heilung, wobei insbesondere Anwendbarkeit und Effizienz der einzelnen Verfahren erörtert werden. Somit ergänzt diese Habilitationsschrift das Basiswissen durch tiefgründige Untersuchungen und deren Auswertungen.



Texte und Fotos: Dr. G. Wolf

Krankenhausplan:

Entscheidung vertagt

Erfurt (tzb). Über die künftige Thüringer Krankenhausstruktur ist noch keine Entscheidung gefallen. Der Krankenhausplanungsausschuss vertagte seine Beratung am 19. September ohne abschließendes Votum. Der Ausschuß mit Vertretern von Krankenkassen, Krankenhäusern und Landesärztekammer kommt im Oktober erneut zusammen. Das Ministerium will bis zum Jahr 2005 etwa 800 bis 1000 der jetzt 16 800 Thüringer Klinikbetten streichen (tzb 9). Der 4. Krankenhausplan soll mit Beginn des nächsten Jahres in Kraft treten.

Man habe in grundsätzlichen Positionen und zur weiteren Verfahrensweise nur teilweise Einvernehmen erzielen können, sagte ein Sprecher des Thüringer Sozialministeriums. Das Ministerium halte jedoch an seinem Ziel fest, noch im Oktober eine Gesetzesvorlage in das Kabinett einzubringen. Über Details zu den einzelnen Klinikstandorten und künftigen Bettenzahlen wurde in der ersten Beratungsrunde noch nicht geredet.

Kritik von allen Seiten an Berliner Gesundheitspolitik

Arbeitgeber gegen „Zahnersatz de luxe“ auf GKV-Kosten

Berlin/Erfurt (tzb). Die Diskussion um die Sanierung des deutschen Gesundheitswesens geht weiter und nimmt an Schärfe zu. Anlaß ist das Milliardendefizit, das die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in den ersten sechs Monaten dieses Jahres anhäufte (siehe auch folgende Seiten).

CDU/CSU und FDP verschärften ihre Kritik an Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD). Die Ministerin stehe vor einem Scherbenhaufen, erklärten die Gesundheitsexperten der Union, Horst Seehofer, Wolfgang Zöller (CSU) und Wolfgang Lohmann (CDU). Sie habe den Fehler gemacht, die Schleusen für die Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung zu öffnen, ohne gleichzeitig eine Strukturreform auf den Weg zu bringen. Hintergrund der Kritik: Seit Ulla Schmidt die von der Ärzteschaft kritisierten Arzneimittelbudgets und drohende Strafregresse abschaffte, explodieren die Ausgaben für Arzneiverordnungen.

Die großen Krankenkassen drängen weiter auf einen Ersatz für den von der Bundesge-

sundheitsministerin wieder gekippten Kas- senmindestbeitrag von 12,5 Prozent. Der Verband der Angestelltenkrankenkassen (VdAK) verlangte Zeitungsberichten zufolge ein Sofortprogramm. Notwendig sind aus VdAK-Sicht unter anderem die Halbierung des Mehrwertsteuersatzes auf Arzneimittel und ein Ende der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen.

Der Bundesverband der Arbeitgeberverbände (BDA) fordert einen radikalen Umbau der gesetzlichen Krankenversicherung. Nach BDA-Vorstellungen soll es eine Grundversorgung und Wahltarife geben. Die Krankenversicherung müsse eine Basisabsicherung für alle elementaren Risiken bieten, sagte BDA-Geschäftsführer Reinhard Göhner dem Hessischen Rundfunk. Für „Zahnersatz de luxe“ oder für Kuren müsse eine Zusatzversicherung abgeschlossen werden. Außerdem sollten die Arbeitgeberanteile für die Krankenversicherung künftig direkt an die Arbeitnehmer statt an die Kassen ausgezahlt werden, schlug er vor. Für alle Kassen sollte das Kostenerstattungsprinzip eingeführt werden.

Finanzloch wird immer größer in gesetzlicher Krankenversicherung

Beitragsätze der Krankenkassen geraten unter Druck/Sprung bei Arzneikosten

Berlin/Bonn (tzb). Das Finanzloch der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird immer größer. Das erste Halbjahr 2001 schloß die GKV mit einem Defizit von rund 4,9 Milliarden DM (2,5 Mrd. Euro) ab. Damit setzt sich der seit Jahresbeginn zu beobachtende Trend fort – im ersten Quartal lag das Defizit der GKV bereits bei 2,2 Milliarden DM (1,12 Mrd. Euro). Angesichts dieser Entwicklung geraten die Beitragsätze in der GKV weiter unter Druck. Nach Einschätzung von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) könnte sich das jetzige Defizit nach den Erfahrungen der vergangenen Jahre im zweiten Halbjahr verringern. Dann schlagen die Einmalzahlungen bei der Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge zu Buche.

Ost-Krankenkassen stehen besser da

Während die GKV-West rund 5 Milliarden DM (2,55 Milliarden Euro) Minus zu Buche stehen hat, ergibt sich in der GKV-Ost ein Plus von 200 Millionen DM (102 Mio Euro) – eine Folge des Risikostrukturausgleichs, durch den im gesamten Jahr 2001 nach derzeitigem Erkenntnisstand insgesamt 4,3 Milliarden DM (2,19 Mrd. Euro) von West- nach Ostdeutschland fließen. Das sind etwa 1,5 Milliarden DM (765 Mio Euro) mehr als im Vorjahr. Bereits bis Jahresende 2000 konnte dem Gesundheitsministerium zufolge die hohe Gesamtverschuldung der GKV-Ost auf 500 Millionen DM (255 Mio Euro) abgebaut werden.

Dieser Konsolidierungsprozeß werde sich in diesem Jahr weiter fortsetzen, was sich beim Beitragssatzniveau der GKV-Ost bereits positiv bemerkbar gemacht habe: Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der GKV-Ost habe zum 1. Juli 2001 mit 13,66 Prozent um 0,3 Beitragssatzpunkte unterhalb des Rekordniveaus von 13,95 Prozent Anfang 1998 gelegen. Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz lag laut Bundesgesundheitsministerium zum 1. Juli 2001 bundesweit bei 13,60 Prozent und habe damit dem bundesdurchschnittlichen Niveau des Jahres 1998

entsprochen. In diesem Durchschnittswert seien die in diesem Jahr erfolgten Beitragssatzanhebungen der beiden größten westdeutschen AOK Baden-Württemberg und Bayern sowie der AOK Hessen und Hamburg sowie einiger Betriebs- und Innungskrankenkassen bereits enthalten.

Mehr Ausgaben als Einnahmen

Mit 0,5 Prozent haben die Ausgaben für die ärztliche Behandlung in Ostdeutschland einen sehr geringen Zuwachs. Nach Meinung des Ministeriums wird sich das mit dem Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen ändern (das sich bei Redaktionsschluß dieser Ausgabe im Vermittlungsausschuß von Bundesrat und Bundestag befand). Durch die Neuregelungen können zusätzlich etwa 170 Millionen DM (86,7 Mio Euro) in die ambulante Vergütung in Ostdeutschland fließen.

Die Leistungsausgaben der Krankenkassen sind im 1. Halbjahr 2001 gegenüber dem Vorjahr bundesdurchschnittlich um 3,6 Prozent Mitglied gestiegen. In Westdeutschland gaben die Kassen 3,3 Prozent mehr aus, in Ostdeutschland 4,8 Prozent. Dagegen nahmen die beitragspflichtigen Einnahmen bundesweit lediglich um 1,9 Prozent zu.

Handlungsbedarf bei Arzneimitteln

In den beiden größten Leistungsbereichen, der Krankenhausbehandlung und der ambulanten ärztlichen sowie der zahnärztlichen Behandlung, verlief die Ausgabenentwicklung unterhalb des Grundlohnanstiegs. Hohe Ausgabenzuwächse waren hingegen insbesondere bei Arzneimitteln sowie beim Krankengeld und bei Heilmitteln zu verzeichnen. Die annähernd zweistellige Zuwachsrate beim Krankengeld resultiert aus der erstmaligen Berücksichtigung der Einmalzahlungen bei der Krankengeldberechnung aufgrund eines entsprechenden Urteils des Bundesverfassungsgerichts.

Deutlich über dem Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen liegen die Zuwächse im Bereich der Arzneimittelversorgung. Der nunmehr im 1. Halbjahr 2001 registrierte Anstieg der Ausgaben in Höhe von 11 Prozent hängt laut Ministerium auch zusammen mit einem erheblichen Zuwachs der Arzneimittelausgaben für die Verordnung von Arzneimitteln zur Behandlung von schwerwiegenden und lebensbedrohlichen Erkrankungen. So seien insbesondere die Ausgaben für die Krebsmedikation (Zytostatika) und die Aids-Therapie deutlich angestiegen. In diesen Therapiebereichen hat es in letzter Zeit wichtige Innovationen gegeben. Weiterhin ist zu beachten, daß die zur Verfügung stehenden Rationalisierungspotentiale, zum Beispiel bei den umstrittenen Arzneimitteln, zunehmend an Grenzen stoßen.

Auf der anderen Seite sei zu hinterfragen, ob den Mehrkosten von Innovationen immer ein entsprechender Nutzen für die Patientinnen und Patienten gegenüberstehe. Laut Ministerium gibt es deutliche Hinweise, daß dies nicht immer der Fall ist. Zur gezielten Steuerung der Ausgaben bei Arzneimitteln haben mittlerweile 19 von 23 Kassenärztlichen Vereinigungen konkrete Vereinbarungen mit den Krankenkassen ausgehandelt, darunter auch in Thüringen (tzb 9/01). Es liegt jetzt an der Selbstverwaltung im Bereich der Arzneimittelversorgung, einen entscheidenden Beitrag zur Reduzierung des Defizits der Krankenkassen in der zweiten Jahreshälfte zu leisten. Erforderlich hält es das Ministerium zudem, die in einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen erst anlaufenden Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf Grundlage von Richtgrößen bereits in diesem Jahr flächendeckend durchzuführen, um unwirtschaftlich handelnde Vertragsärzte auch gegebenenfalls mit individuellen Regressen zur Verantwortung zu ziehen.

Keine kurzfristige Finanzspritze

Die angesichts der aktuellen Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung erhobene Forderung, kurzfristig die soge-

nannten versicherungsfremden Leistungen wie Mutterschaftsgeld, Sterbegeld und Haushaltshilfe aus Steuermitteln zu finanzieren und die Mehrwertsteuer für Arzneimittel zu halbieren, sei nur eine „Scheinlösung“. Denn die dafür erforderlichen Steuermittel von 7 bis 8 Milliarden DM (3,57 bis 4,08 Mrd. Euro) müßten vom Steuerzahler aufgebracht werden oder würden die Verschuldung der öffentlichen Haushalte erhöhen.

Statt dessen verweist das Ministerium darauf, daß die Bundesregierung mit dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz und der GKV-Gesundheitsreform 2000 bereits wichtige Weichenstellungen zur Sicherung der solidarischen Krankenversicherung und zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität des Gesundheitswesens auf den Weg gebracht hätten. Mit der Reform des Risikostrukturausgleichs, den Regelungen zu Festbeträgen und der Budgetablösung im Arzneimittelbereich, dem Gesetz zur Einführung der Fallpauschalen im Krankenhausbereich sowie der Einführung des Wohnortprinzips bei der kassenärztlichen Vergütung seien weitere wichtige Gesetze ins Parlament eingebracht und teils bereits verabschiedet worden.

„Kurzfristigen Aktionismus zu Lasten Dritter oder auf Kosten der Patientinnen und Patienten wird es mit dieser Bundesregierung nicht geben“, erklärte Ulla Schmidt. Sinnvoller sei es, einen Schritt nach dem anderen zu machen. Das Gutachten des Sachverständigenrats zu Unter-, Über- und Fehlversorgungen im Gesundheitswesen werde sorgfältig ausgewertet. Gemeinsam mit den Beteiligten am „Runden Tisch“ wolle die Bundesregierung Lösungsoptionen entwickeln.

Kritik an Kritikern

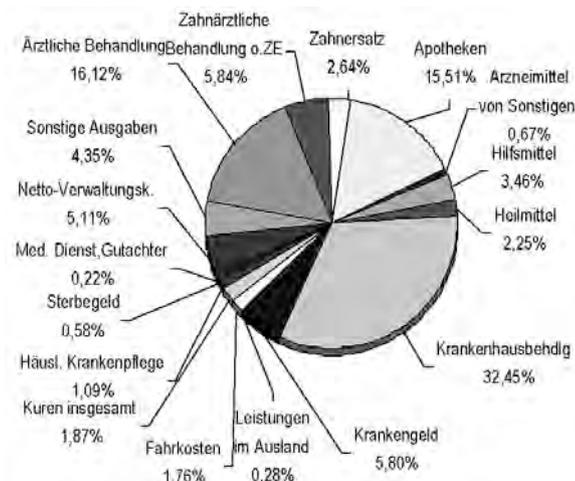
Kritik richtete Ulla Schmidt an die Adresse der Unionsfraktionen im Bundestag. Deren Vorstellungen seien völlig widersprüchlich. Während die CDU eine Aufspaltung des gegenwärtigen Leistungskatalogs in einen Kern- und Wahlleistungskatalog fordere, lehne der frühere Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer (CSU) dies ausdrücklich ab und schlage statt dessen ein Modell mit Wahlmöglichkeiten bei einem Teil des Leistungskatalogs in Kombination mit Selbstbehalten und niedrigeren Beitragssätzen vor. Beide Varianten belasten nach Meinung von

Ulla Schmidt die Kranken und Einkommensschwachen übermäßig und begünstigen Gesunde und Besserverdienende. Ohnehin sei die jetzige Finanzentwicklung der GKV auch Folge langjähriger Fehlsteuerungen und erheblicher Strukturermängel.

Auch der Druck auf die Beitragssätze sei nicht allein in diesem Jahr entstanden – schon gar nicht durch die Arzneimittelausgaben. Schmidt erinnerte daran, daß seit Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung im wiedervereinigten Deutschland Anfang 1991 bis Ende 1998 der durchschnittli-

che allgemeine Beitragssatz von 12,4 Prozent auf 13,6 Prozent angestiegen sei, obwohl gleichzeitig die Zuzahlungen drastisch erhöht wurden und der Leistungskatalog schrumpfte. Die jetzige Beitragsentwicklung müsse dagegen vor dem Hintergrund notwendiger Leistungsverbesserungen und Zuzahlungsabsenkungen gesehen werden. Zudem habe die Bundesregierung mit der Rücknahme der unsozialen Zuzahlungserhöhungen und Leistungsausgrenzungen gesundheitspolitische Fehlentscheidungen der Vorgängerregierung korrigiert. Hinzu komme die Umsetzung von Urteilen des Bundesverfassungsgerichts.

Ausgabenanteile 1. Halbjahr 2001 Bund (alte und neue Länder)



vorläufige Rechnungsergebnisse zus. 1. Halbjahr in Mrd. DM	West	Ost	Bund
	2001	2001	2001
Einnahmen insgesamt	108,4	20,3	128,6
Beiträge insgesamt	105,3	19,9	125,2
Sonst. Einnahmen ohne RSA	3,1	0,3	3,4
Ausgaben insgesamt	111,3	22,3	133,5
Leistungen insgesamt	105,2	21,0	126,2
Ärztliche Behandlung	18,6	2,9	21,5
Zahnärztliche Behandlung o.ZE	6,5	1,3	7,8
Zahnersatz	3,0	0,6	3,5
Zahnärztliche Behandlung insg.	9,4	1,9	11,3
Apotheken	16,8	4,0	20,7
Arzneimittel von Sonstigen	0,7	0,1	0,9
Arzneimittel aus Apotheken und v.Sonst. zus.	17,5	4,1	21,6
Hilfsmittel	3,8	0,8	4,6
Heilmittel	2,6	0,4	3,0
Heil- und Hilfsmittel und Dialyse zus.	7,7	1,5	9,1
Krankenhausbehandlung insg.	35,7	7,6	43,3
Krankengeld	6,6	1,2	7,7
Leistungen im Ausland	0,4	0,0	0,4
Fahrtkosten	1,9	0,5	2,3
Ambulante Kuren	0,1	0,0	0,1
Stationäre Kuren	0,6	0,1	0,7
Mütterkuren	0,3	0,0	0,4
Anschlußrehabilitation (AHB)	1,2	0,2	1,4
Kuren insgesamt	2,1	0,4	2,5
Soziale Dienste / Krankheitsverhütung	0,7	0,1	0,8
Schwangerschaft / Mutterschaft	2,3	0,3	2,6
Betriebs-, Haushaltshilfe	0,3	0,0	0,3
Häusliche Krankenpflege	1,2	0,3	1,5
Sterbegeld	0,6	0,2	0,8
Medizinischer Dienst, Gutachter	0,3	0,0	0,3
Sonst. Aufwend. ohne RSA	0,4	0,1	0,5
Netto-Verwaltungskosten	5,7	1,2	6,8
Saldo Einnahmen - Ausgaben ohne RSA	-2,9	-2,0	-4,9
Saldo Einn.-Ausg. einschl. West-Ost-Transfer*	-5,0	0,2	-4,9
Saldo der RSA-Zahlungen	-2,3	1,9	-0,5
Saldo Einnahmen - Ausgaben inkl. RSA	-5,2	-0,1	-5,3

KZBV sieht freie Arztwahl bedroht

Einführung von Festzuschüsse und Kostenerstattung gefordert

Berlin (kzbv). Die aus der SPD bekannt gewordenen Pläne zur Reform des Gesundheitswesens, die freie Arztwahl einzuschränken bzw. an höhere Krankenversicherungsbeiträge zu koppeln, sind bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, Vertretung der rund 55 000 Vertragszahnärzte in Deutschland, auf scharfe Kritik gestoßen. "Anstatt eine Systemwende hin zu mehr Eigenverantwortung und mehr Wahlrecht der Patienten einzuleiten, wird mit diesem Vorschlag in die genau entgegengesetzte Richtung marschiert", sagte dazu der Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Karl Horst Schirbort.

Die Regierung setze ganz offensichtlich weiterhin auf mehr Reglementierung, weniger Wahlmöglichkeit und Entscheidungsfreiheit für die Versicherten und ziele damit auf eine klare Einschränkung der Rechte und Interes-

sen der Patienten. Gleichzeitig werde die Macht der Krankenkassen immer weiter ausgebaut. "Ein zukunftsfähiges und modernes Gesundheitswesen zeichnet sich nicht dadurch aus, daß die Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung den Krankenkassen überlassen wird", betonte Schirbort. Unklar bleibe außerdem, wie durch diese Umverteilung der Zuständigkeiten Geld eingespart und die Qualität in der medizinischen Versorgung verbessert werden solle, kritisierte Standespolitik.

Der Vorschlag der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zur Reform der zahnmedizinischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung setzt - im Gegensatz zu den Reformplänen der Regierung - auf ein stärkeres Selbstbestimmungsrecht und mehr Eigenverantwortung des Versicherten. Dabei soll der Prophylaxe zur Vermeidung von

Zahnschäden und aufwendigem Zahnersatz in der solidarisch abgesicherten Versorgung ein deutlich höherer Stellenwert eingeräumt werden, als dies bisher der Fall ist. Das zahnärztliche Reformkonzept schlägt die Einführung von Festzuschüssen vor, deren Höhe sich an der zahnmedizinischen Grundversorgung orientiert. Der Festzuschuß wird dem Patienten auch dann erstattet, wenn er sich für eine aufwendigere Versorgung entscheidet.

Um außerdem für Zahnärzte, Patienten und Krankenkassen die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen transparenter zu gestalten, fordert die Zahnärzteschaft die Einführung der Kostenerstattung. Hierbei erhält der Patient von seinem Zahnarzt eine detaillierte Rechnung über die erbrachten Leistung und bekommt den entsprechenden Festzuschuß von seiner Krankenkasse erstattet.

Historischer Tiefststand bei Krankmeldungen

Nur 3,63 Prozent Arbeitnehmer im Juli krank

Berlin/Erfurt (tzb). Der Krankenstand in der Bundesrepublik ist auf den niedrigsten Stand seit Einführung der Lohnfortzahlung für Arbeiter im Jahr 1970 gesunken. Nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums lag er bei der Juli-Erhebung bei 3,63 Prozent. Damit war an diesem Stichtag nur eine Million pflichtversicherter Arbeitnehmer krank gemeldet. Der bisherige Tiefstwert (4,13 Prozent) stammt aus dem Jahr 1998. Die Jahreswerte deuten ebenfalls auf einen positiven Trend hin.

Angaben des Ministeriums zufolge hatte der Krankenstand in den siebziger Jahren ein deutlich höheres Niveau als in den achtziger Jahren. Den bisherigen Höchststand erreichte er mit 5,67 Prozent im Jahr 1980. Anschließend bewegte er sich auf einen Tiefststand von 4,44 Prozent im Jahr 1983 zu. Bis 1991 erhöhte er sich dann wieder auf 5,21 Prozent. Seit 1995 ist eine Abnahme des Krankenstandes zu registrieren. Im Jahr

1995 lagen die alten und die neuen Bundesländer auf gleich hohem Niveau, nämlich bei 5,08 bzw 5,09 Prozent. Im vergangenen Jahr sank er auf 4,22 Prozent.

Der Krankenstand ist eine Stichtagserhebung, die zum jeden ersten eines Monats erfolgt. Die Krankenkasse ermittelt im Rahmen ihrer Mitgliederstatistik die zu diesem Zeitpunkt arbeitsunfähig kranken Pflichtmitglieder. Unberücksichtigt bleiben dabei aber die Rentner, Studenten, Jugendlichen und Behinderten, Künstler, Wehr-, Zivil- und Grenzschutz-pflichtdienstleistende, landwirtschaftliche Unternehmer sowie Vorruhestandsgeldempfänger, da für diese Gruppen in der Regel keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von einem behandelnden Arzt ausgestellt werden. Aus den 12 Stichtagswerten des Jahres und dem Stichtagswert vom 1. Januar des Folgejahres wird als arithmetisches Mittel ein Jahresdurchschnittswert errechnet.

Thüringen: Mehr Geld für Gesundheitsartikel

Erfurt (tzb). Die Thüringer sind offenbar bereit, mehr Geld für Gesundheitsartikel und Körperpflege auszugeben. Das geht aus den jüngsten Angaben des Landesamtes für Statistik hervor. Der Umsatz von Apotheken und Fachhandel mit medizinischen, orthopädischen und kosmetischen Artikeln sei im ersten Halbjahr 2001 um 6,6 Prozent gegenüber dem Vorjahr gestiegen, teilte die Behörde jetzt mit. Damit gaben die Thüringer Einzelhandelskunden jede zehnte Mark für diese Produkte aus.

Fast die Hälfte des Branchenumsatzes entfiel den Angaben zufolge auf Kosmetikprodukte und Körperpflegemittel. Deren Anteil an den Umsätzen hat sich laut Statistik seit 1995 mehr als verdoppelt. Insgesamt legte die Gesundheitsbranche seitdem um knapp 38 Prozent an Umsätzen zu.

Über die Ursachen dieser Entwicklung geht aus den Angaben des Landesamtes nichts hervor.

Seehofer fordert Zerschlagung der Kartelle

Plädoyer für Einzelvereinbarungen zwischen Kassen und Ärzten

Hamburg (tzb). Der frühere Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer (CSU) hat die Abschaffung des Verhandlungsmonopols der Ärztevereinigungen gefordert. „Die Kassen müssen die Möglichkeiten erhalten, mit einzelnen qualitätsorientierten Verträge zu schließen“, sagte Seehofer in einem Interview mit der Hamburger Wochenzeitung „Die Zeit“ (36/01). Andererseits müßten die Ärzte frei sein, mit Kassen ihrer Wahl zu arbeiten. Wichtig sei, daß diese Verträge in den Regionen und nicht bundeseinheitlich ausgehandelt würden, sagte der Politiker

der Zeitung. Dies habe auch Vorteile für die Patienten. Wenn die Ärzte nicht mit allen Kassen Verträge schließen müßten, werde sich bei den Kassen eine größere Patientenfreundlichkeit einstellen.

Für gelockertes Werbeverbot

Er sei nicht gegen die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Aber eine Selbstverwaltung müsse pluralistisch und dezentral sein. „Und dazu müssen wir die Quasikar-

telle auf beiden Seiten der Selbstverwaltung zerschlagen.“

Gleichzeitig sprach sich Seehofer für die Lockerung des Werbeverbotes für Ärzte aus. „Damit der Patient mitentscheiden kann, muß er besser informiert werden. Kliniken und Ärzte sollten deshalb verpflichtet werden, über ihre Qualifikation und Leistungsabrechnung Auskunft zu erteilen, und sie müssen für ihre Leistungen werben dürfen.“

Quelle: DIE ZEIT

Nach gesetzlicher Neuregelung: Praxis wird nicht zum Basar

Rabattgesetz und Zugabeverordnung aufgehoben – Konsequenzen für Zahnärzte aus Sicht der Bundeszahnärztekammer

Berlin (bzäk). Die Medien haben das Thema begierig aufgenommen: Am 25. Juli 2001 fielen Rabattgesetz und Zugabeverordnung. Müssen die Zahnärzte nun mit feilschenden Patienten rechnen? Können sie nun Rabatte mit dem zahntechnischen Labor vereinbaren? Was hat die Neuregelung konkret für die Zahnarztpraxis zu bedeuten?

Die Auswirkungen dürften gering bleiben, meint die Bundeszahnärztekammer (BZÄK). Das gilt zuallererst für die Honorierung zahnärztlicher Leistungen. Im GKV-Bereich wird das Honorar zwischen KZV und Krankenkasse vertraglich vereinbart. Rabatte sind hier nicht vorgesehen. Bei der Privatbehandlung ergibt sich das Honorar aus der Multiplikation von Punktzahl mal Punktwert mal Steigerungssatz. Für einen Rabatt ist hier kein Spielraum. Sollten Patienten gleichwohl nach Rabatten fragen, sollten die Zahnärzte darauf verweisen, daß die Honorare verbindlich in der Amtlichen Gebührenordnung festgelegt sind, empfiehlt die BZÄK. Sollten Patienten weiter insistieren, könne man ergänzend auf die seit über 13 Jahren unterlassene Punktwertanpassung verweisen.

Anders sieht das bei zahntechnischen Leistungen aus. Für die vertragszahnärztliche

Versorgung ist dieser Punkt ausdrücklich in § 11 Abs. 2 a und b des KZBV-VdAK/AEV-Vertrages geregelt.

Zahntechniker-Rabattweiterreichen

Dort heißt es, daß der Zahnarzt Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen an die Vertragskasse weiterzugeben hat. Ausgenommen hiervon sind Barzahlungsrabatte, die so genannten Skonti, von 3 Prozent, die beim Zahnarzt verbleiben können.

Nach Aufhebung des Rabattgesetzes gilt grundsätzlich nichts anderes. Auch wenn es den Barzahlungsrabatt nach dem Rabattgesetz nicht mehr gibt, kann der Zahnarzt weiterhin 3 Prozent Rabatt bzw. Skonto behalten. Alle darüber hinaus gehenden Rabatte oder geldwerten Vorteile muß er an die Krankenkasse weitergeben.

Drei Prozent bei Privatbehandlung

Im Prinzip nichts anderes gilt bei der Privat-

behandlung. Auch hier ist anerkannt, daß ein Rabatt von 3 Prozent beim Zahnarzt verbleiben kann. Alle weiteren Rabatte oder sonstigen geldwerten Vorteile sind an den Patienten weiterzugeben. § 9 GOZ spricht von den tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen.

Für die Behandlung gesetzlich wie privat Krankenversicherter gilt: Erhält der Zahnarzt Rabatte oder geldwerte Vorteile gleich welcher Art, die über Prozent liegen, muß er sie an Krankenkassen bzw. Patienten weiterleiten. Anderenfalls kann der Tatbestand des Betruges erfüllt sein.

Zugaben contra Berufsbild

Auch nach Aufhebung der Zugabeverordnung wird der Zahnarzt nicht unbegrenzt Zugaben in der zahnärztlichen Praxis verteilen können. Ein solches Vorgehen wäre mit dem Berufsbild des Zahnarztes nach der Berufsordnung nicht zu vereinbaren. Patientenbindung sollte nicht über Zugaben, sondern Qualität der zahnärztlichen Leistung erreicht werden. Bei Arzneimitteln gilt ohnehin weiter die Beschränkung des Heilmittelwerbegesetzes auf geringwertige Kleinigkeiten.

Urteile zu Behandlung im Ausland

BZÄK sieht Prinzip der Kostenerstattung grundsätzlich bestätigt

Berlin (ots). Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hat sich in zwei lang erwarteten Urteilen zu der Kostenerstattung bei grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen im Krankenhausbereich geäußert. Demnach halten die Richter die vorherige Genehmigung einer medizinischen Dienstleistung durch die Krankenkasse bei grenzüberschreitender Inanspruchnahme für ein Hemmnis, das einer besonderen Rechtfertigung bedarf. Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) sieht in den Urteilen das Prinzip der Kostenerstattung bei der Inanspruchnahme grenzüberschreitender

medizinischer Leistungen grundsätzlich bestätigt. Allerdings betrachtet das Gericht das Hemmnis im Falle von Krankenhausdienstleistungen als gerechtfertigt, da das Gleichgewicht des Systems der sozialen Sicherheit möglicherweise gefährdet werden könnte. Es handele sich hierbei um Gründe der Finanzierung und der öffentlichen Gesundheit. Der Richterspruch bezieht sich auf die Rechtssachen Geraets-Smits und Peerboom (Az: C-157/99) und Vanbraekel (Az: C-369/98). Die EuGH-Urteile, so BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, sprechen ausdrücklich

nur von der Krankenhausversorgung. „Wir sehen die grundlegenden EuGH-Urteile Kohl/Decker zur Kostenerstattung im ambulanten Bereich dadurch nicht eingeschränkt.“

Nach Auffassung von Vizepräsident Dr. Wolfgang Sprekels stellt das Urteil einen weiteren Schritt dar, mit dem das europäische Recht die Kostenerstattung auch nach Deutschland tragen wird. Der nationale Gesetzgeber werde langfristig nicht umhin kommen, dem Rechnung zu tragen.

Quelle: BZÄK

Kein Schadensersatz nach Epilepsieanfall vor Klinik

Richter: Ärzte konnten Anfall nicht voraussehen

Erfurt/Köln (tzb). Wenn ein Epileptiker während einer ärztlichen Behandlung einen Anfall erleidet und sich dadurch Verletzungen zuzieht, hat er nicht unbedingt Anspruch auf Schmerzensgeld und Schadensersatz. Das urteilte das Saarländische Oberlandesgericht (Az: 1 U 976/99 – 239).

Ein junger Mann, der seit Jahren unter epileptischen Anfällen litt, vergaß nach einer Nacht mit wenig Schlaf, seine Medikamente zu nehmen. Als er am nächsten Tag mit dem Auto unterwegs war, trat während der Fahrt ein Anfall auf. Nur dem beherzten Eingreifen seiner Beifahrerin, die das Fahrzeug mit der Handbremse zum Stehen brachte, war es zu verdanken, daß ein Unfall vermieden wurde. Anschließend wurde der Patient in die Unfallambulanz einer nahegelegenen Klinik gebracht. Nach einem EEG ergab die Untersuchung, daß der Patient wieder wach und orientiert war. Er wurde darüber informiert, daß ihm gegenwärtig das Autofahren nicht erlaubt sei, er regelmäßiger Kontrollen bedürfe und ausreichend Schlaf benötige. Dann wurde ihm eine Blutprobe entnommen, um den sogenannten „Antiepilepticaspiegel“ zu bestimmen und die Medikamentierung zu überprüfen. Der Patient sollte danach bis zum Ergebnis der Blutprobe im Flurbereich der Ambulanz warten. Als zwei Stunden spä-

ter immer noch kein Ergebnis vorlag, ging der junge Mann vor die Tür der Klinik, um sich ein wenig die Beine zu vertreten. Uplötzlich erlitt er einen weiteren epileptischen Anfall und schlug mit dem Kopf hart auf dem Boden auf. Tragische Folge des Sturzes: Schädelhirntrauma mit epiduralem Hämatom und Felsenbeinfraktur.

Der Patient verlangte vom Träger der Klinik und dem behandelnden Arzt Schmerzensgeld und Schadensersatz und zog deshalb vor Gericht – doch die Richter stellten sich ganz klar auf die Seite der Ärzte. Den Medizinern sei kein Behandlungsfehler anzulasten. Die Versorgung des jungen Mannes habe dem medizinischen Standard entsprochen. Zum einen bestehe nach einem epileptischen Anfall grundsätzlich keine zwingende Notwendigkeit, den Patienten in eine Notambulanz einzuweisen. Zum anderen sei der zweite epileptische Anfall nicht vorhersehbar gewesen, da bei dem Patienten in der Vergangenheit weder Anfallserien noch ein weit überdurchschnittlich langer Anfall (sogenannter Status epilepticus) aufgetreten war. Die Ärzte hätten deshalb nicht mit einem erneuten Anfall binnen weniger Stunden rechnen müssen.

Quelle: Anwalt-Suchservice

Allergieverdacht abklären

Bremen/Erfurt (tzb). Zahnärzte müssen vor Behandlung eine mögliche Nickelallergie ihrer Patienten abklären. Darauf hat das Oberlandesgericht Bremen in einem Urteil verwiesen (Az: 3 U 28/00). Hintergrund: Eine Patientin hatte eine Wurzelbehandlung vornehmen lassen. Der Zahnarzt empfahl anschließend die Erneuerung einer Brücke über dem behandelten Zahn. Die Frau informierte ihn, daß bei ihr der Verdacht einer Nickelallergie bestehe. Trotzdem erhielt sie eine Brücke mit einer Legierung, die zu über 60 Prozent aus Nickel bestand. Ein Jahr später stellten sich Beschwerden und Störungen ein. Diese wurden so schlimm, daß die Frau im Laufe der Zeit erwerbsunfähig wurde. Überzeugt davon, daß ihr Zustand auf den Nickelgehalt der Brücke zurückzuführen war, verklagte sie den Zahnarzt auf Schmerzensgeld und Schadensersatz. Die Richter argumentierten wie folgt: Die Verwendung einer nickelhaltigen Brücke stelle dann einen ärztlichen Kunstfehler dar, wenn der Allergieverdacht nicht abgeklärt werde. Der Zahnarzt habe seine therapeutischen Aufklärungspflichten verletzt. Er hätte den sichersten Weg wählen und deshalb eine nickelfreie Brücke anraten müssen. Dennoch kam der Zahnarzt glimpflich davon. Weil die Frau nicht beweisen konnte, daß ihre gesundheitlichen Beschwerden auf die Brücke zurückzuführen waren, wiesen die Richter die Forderung nach Schmerzensgeld und Schadensersatz ab.

Quelle: Anwalt-Suchservice

Höhere Ansprüche bei Prüfungen

Die neue Ausbildungsverordnung zur zahnmedizinischen Fachangestellten (2)

Erfurt. Als Fortsetzung aus dem tzb 9/2001 sollen in dieser Ausgabe weitere wichtige Paragraphen der Ausbildungsordnung zum/ zur „Zahnmedizinischen Fachangestellten“ erläutert werden.

Ausbildungsplan

Der Paragraph 6 regelt, daß die ausbildende Zahnärztin/der ausbildende Zahnarzt auf der Grundlage des Ausbildungsrahmenplanes einen Ausbildungsplan zu erstellen hat. Darin sind die zeitliche und sachliche Gliederung der Ausbildung entsprechend den spezifischen Praxisgegebenheiten festzulegen. Vor allem kieferorthopädisch und kieferchirurgisch arbeitende Praxen haben hier die Möglichkeit, besondere Ausbildungsabschnitte zu planen. Die Landeszahnärztekammer Thüringen wird den Praxen einen Musterausbildungsplan zur Verfügung stellen. Dieser kann durch die Ausbildungspraxen an die konkreten Gegebenheiten angepaßt werden. Seine Gültigkeit erhält er durch die notwendigen Unterschriften von Ausbilder und Azubi.

Berichtsheft

Wie in der Vergangenheit, so sind die Auszubildenden auch in Zukunft verpflichtet, ordnungsgemäß ein Berichtsheft zu führen (§ 6). Dieses dient als Ausbildungsnachweis und ist unter anderem auch ein Zulassungskriterium für die Abschlußprüfung. Der aktuelle Stand der Ausbildung ist darin zu dokumentieren. Die ausbildende Praxis hat die Führung des Berichtsheftes während der Arbeitszeit zu gestatten. In den nächsten Wochen erhalten alle Auszubildenden von der LZKTh ein neues Berichtsheft mit allen notwendigen Unterlagen.

Prüfungen

Vor dem Ende des zweiten Ausbildungsjahres ist eine **Zwischenprüfung** (§ 7) fällig. Die Teilnahme ist zwingend und ein weiteres Zulassungskriterium zur Teilnahme an der Abschlußprüfung. Das Ergebnis der Zwischenprüfung geht allerdings nicht in das Ergebnis der Abschlußprüfung ein.

In maximal 120 Minuten sind schriftlich praxisbezogene Aufgaben zu folgenden Prü-

fungsgebieten zu lösen:

- Durchführen von Hygienemaßnahmen
- Hilfeleistung bei Zwischenfällen und Unfällen
- Assistenz bei konservierenden und chirurgischen Behandlungsmaßnahmen
- Anwendung von Gebührenordnungen und Vertragsbestimmungen.

In der **Abschlußprüfung** (§ 8) werden die Veränderungen in der neuen Ausbildungsordnung am deutlichsten. Geprüft wird in vier schriftlichen Prüfungsbereichen (bisher Prüfungsfächer) und in einem praktischen Prüfungsteil (Abb. 1). In der Prüfung soll die Auszubildende ihre berufliche Handlungskompetenz, insbesondere ihre Fähigkeit des

selbständigen Planens, Durchführens und Kontrollierens nachweisen (siehe Grafiken).

Die Einzelheiten der Abschlußprüfung werden für den Bereich der LZKTh in einer neuen Prüfungsordnung festgelegt.

Übergangsregelungen

Im § 9 ist geregelt, daß die bestehenden Berufsausbildungsverhältnisse nach der alten Ausbildungsverordnung weitergeführt werden. Auch die einmal erworbene Berufsbezeichnung „Zahnarthelferin“ behält ihre Gültigkeit (wird fortgesetzt).

Dr. Robert Eckstein

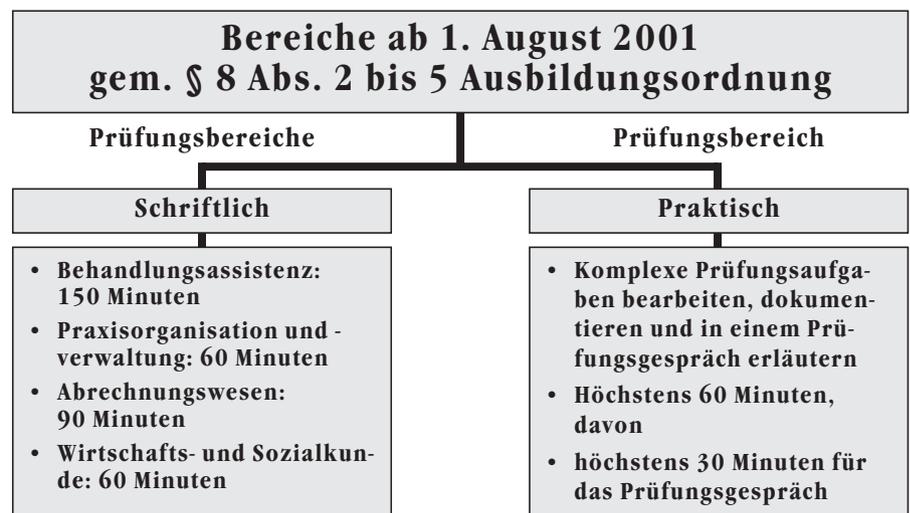


Abbildung 1

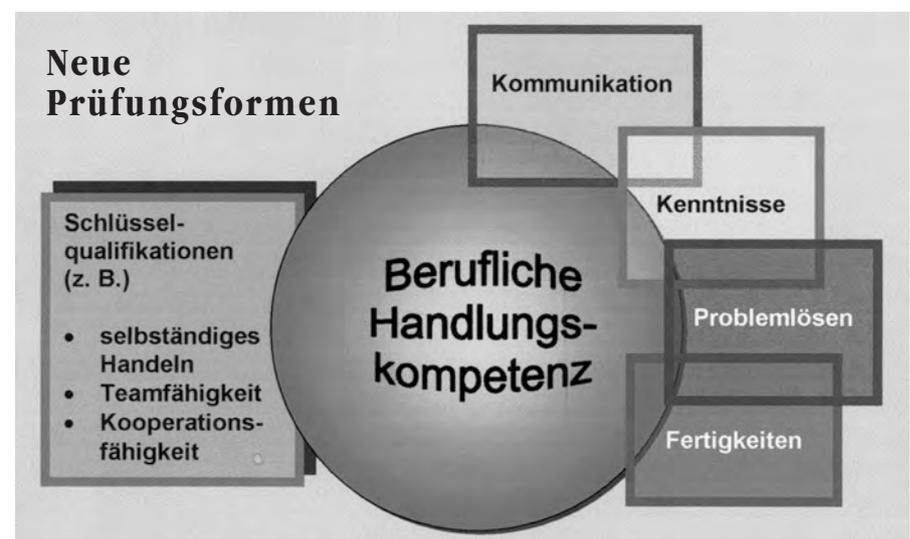


Abbildung 2

Quelle: LZÄK Westfalen-Lippe

Thüringer Zahnärzte helfen Osteuropa

Technik für Ukraine und Litauen – Hospitationsplätze für Berufskollegen

Erfurt. Die Verbesserung der medizinischen Grundversorgung in der Ukraine und Litauen ist Inhalt eines Aktionsprogramms, welches durch das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit gefördert wird. Im Juni des vergangenen Jahres hat die Suchthilfe in Thüringen gGmbH (SiT) die Trägerschaft über das Projekt übernommen, nachdem es zunächst von der LAS Wohlfahrtspflege gGmbH praktisch umgesetzt wurde. Mit Hilfe des Programmes sollen bedürftige Krankenhäuser in den ehemaligen GUS-Staaten besser ausgestattet werden. Sie erhalten medizinische Gerätschaften, die an Thüringer Kliniken nicht mehr benötigt werden, weil diese im Zuge des Krankenhausinvestitionsprogrammes neu ausgestattet wurden. Die Hilfsgüter bringt die SiT monatlich mit einem 18-Tonnen-Lkw in die Krankenhäuser der Westukraine und in die litauische Hauptstadt Vilnius.

Auch Zahnarztpraxen und –kliniken in Thüringen haben sich an der Aktion bereits beteiligt. Sie spendeten in den letzten Jahren Zahnarzttechnik (Behandlungseinheiten und

zahnärztliche Instrumente) für ukrainische Krankenhäuser und Ambulatorien. Mit insgesamt neun Zahnarztbehandlungseinheiten wurde die Versorgung von 60 000 Einwohnern im Gebiet Jaworiv verbessert, sechs Behandlungseinheiten kommen etwa 120 000 Einwohnern in Nowojaworiwsk zugute. Weiterhin wurden acht Standturbinen in diese Region gebracht. Zwei Behandlungskabinette erhielten das Notfallkrankenhaus in Lwow (Lemberg), und zwei Zahnarzteinheiten gingen in ein Krankenhaus in Vilnius.

Gerade der Einsatz von Turbinentechnik hilft, die Behandlungsdauer zu verkürzen und Schmerzen zu lindern. Hierzulande sind Behandlungen mit der alten Technik mit Bohrern im niedrigen Drehzahlbereich längst nicht mehr vorstellbar. Deshalb bittet die SiT die Thüringer Zahnärzte, dieses Hilfsprojekt auch weiterhin zu unterstützen und weiterhin noch funktionstüchtige stomatologische Technik zur Verfügung zu stellen.

Auch in anderer Hinsicht haben Thüringens Zahnärzte ihre osteuropäischen Kollegen un-

terstützt. Dank der finanziellen Möglichkeiten des Thüringer Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit gelang es, Zahnärzten aus Osteuropa in Thüringer Praxen Hospitationsaufenthalte zur Weiterbildung auf dem Gebiet moderner Zahnheilungsmethoden, moderner Füllungsmaterialien und Gerätetechnik zu vermitteln. So hospitierten seit 1998 vier Zahnärzte aus Lwow und eine Zahnärztin aus Plovdiv (Bulgarien) in Thüringen. Für sie war es interessant zu erfahren, wie unter idealen Bedingungen gearbeitet und die Arbeit organisiert wird. Bestimmte Methoden können schon jetzt unter den Bedingungen in den Heimatländern der Zahnärzte zum Einsatz gelangen. Für die Vermittlung weiterer Hospitationsplätze in einer Zahnarztpraxis ist die SiT dankbar.

P. Schäfler, Projektleiter

Kontakt:

SiT, (03 61/7 51 08 21,
Fax 03 61/7 51 08 23,
E-mail: SiT- Horizonte@t-online.de

Strom- Verbund für Zahnärzte

Berlin (fvdz). Das Verhandeln ihrer Strompreise können die Mitglieder des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ) neuerdings Profis überlassen. Seit einigen Monaten bietet die DYNADENT Service für Zahnärzte GmbH exklusive Bedingungen für den Strombezug und will die Praxen vor einseitigen Preiserhöhungen schützen. Dazu wurde eine Rahmenvereinbarung mit der EnergyLink AG (München) abgeschlossen. Das neue Angebot, das gemeinsam mit dem Hartmannbund aufgebaut wurde, gelte gleichermaßen für den Gewerbestrom der Praxis und für den Haushaltsstrom des Praxisinhabers und seiner Mitarbeiter, teilte der FVDZ mit.

„Fachchinesisch“ kein Rezept für Patienten-Gespräch

Expertentip: Verständliche Sprache und Fakten

Erfurt (tzb). Gelungene Patienten-Kommunikation bedeutet, die Sprache des Patienten zu wählen, in Bildern zu sprechen und den Dialog als Team-Leistung zu verstehen. Darauf weisen Kommunikationsexperten hin. Wer diese drei Dialog-Regeln beachtet, könne nicht kommunizieren. Im Patientengespräch dominiere in vielen Zahnarztpraxen „Fachchinesisch“. Dabei seien einfache und verständliche Erklärungen angebracht, etwa um Füllungstherapien zu erklären.

Die Basis eines gelungenen Beratungsgesprächs bilde in jedem Fall fundierte Sachkenntnis. Die Kunst besteht jedoch darin, etwa Begriffe wie „solide Versorgung“ mit Kompomer und „anspruchsvolle Rekonstruktion“ mit Komposit so zu vermitteln, daß

der Patient die Ratschläge versteht und annimmt. Erst recht in Zeiten aufgeklärterer und selbstbewußterer Patienten. Mit diesem Wandel gewinnt das Thema Patienten-Kommunikation im Praxisalltag zunehmend an Bedeutung. Gelungene Kommunikation ist immer Team-Work: Wenn der Behandler das Zimmer verläßt, ist die Mitarbeiterin die Ansprechpartnerin des Patienten – nun darf es nicht zum Bruch in der Argumentation kommen. Dazu muß das ganze Praxis-Team eine Sprache sprechen. Fachterminologie sollte vermieden werden, geeignet sind statt dessen visualisierbare Begriffe, also solche, die in den Köpfen ein Bild entstehen lassen.

Quelle: MainStream PR

Nachruf

Dr. Karl Mühlbauer nach schwerer Krankheit verstorben

Murnau. Nach langer schwerer Krankheit verstarb am 8. September im 63. Lebensjahr Dr. med. dent. Karl Mühlbauer (Foto) aus Murnau in Oberbayern. Vielen Zahnärztinnen und Zahnärzten in Thüringen, besonders in Ostthüringen, sowie in Sachsen bleibt Kollege Mühlbauer wohl in Erinnerung durch sein selbstloses Engagement beim Aufbau ihrer Praxen.

Als Vorstandsmitglied der Bayerischen Landeszahnärztekammer (BLZK) vermittelte er die ersten Kontakte für den Aufbau des Referates Zahnärztliche Fortbildung der Landeszahnärztekammer Thüringen. Sehr intensiv war seine Mitarbeit bei der Gründung des „Thüringer Zahnärzteblatt“ und des Referates Öffentlichkeitsarbeit der LZKTh.

Im Kreis der Kolleginnen und Kollegen sowie der Freunde wurde Dr. Mühlbauer vor allem

sehr geschätzt wegen seiner Ehrlichkeit sowohl in der standespolitischen Arbeit als auch im privaten Bereich. Trotz seiner vielen Funktionen im Vorstand der BLZK, als 1. Vorsitzender des Zahnärztlichen Bezirksverbandes Oberbayern, im Bereich der KZVB, in der Bundesversammlung des FVDZ sowie als Delegierter der Bundeszahnärztekammer war Kollege Mühlbauer immer Zahnarzt, der seinen Beruf mit Engagement und Freude ausübte, und niemals Funktionär.

Persönlich schätzte ich seine hohe Allgemeinbildung, seine Kunst- und Kulturbegeisterung genauso wie seine Geduld beim Zuhören, die Toleranz anderer Ansichten und sein privates Engagement für die Suchtprävention bei Schulkindern.

Die zahnärztliche Standespolitik hat mit dem Ableben von Kollegen Dr. Mühlbauer einen

Verfechter für die politische Kultur des Miteinander selbst bei extrem divergierenden Meinungsverschiedenheiten verloren.

Dr. Gottfried Wolf



Symposium verschoben

Jena (tzb). Das internationale Symposium „Preventive Dentistry 2001“ (tzb 9/01) an der Friedrich-Schiller-Universität Jena ist verschoben worden. Wie die Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde nach Andruck des letzten tzb-Heftes mitteilte, soll die Fachtagung nunmehr am 22./23. Februar 2002 stattfinden. Ursprünglicher Termin war der 19./20. Oktober dieses Jahres.

Zeitzeugen für Forschungsprojekt gesucht

Jena (tzb). Die Medizinische Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena erforscht in einer Promotionsarbeit die Medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaft für Stomatologie an der FSU Jena für die Bezirke Erfurt-Gera-Suhl 1951 bis 1991. Für das Vorhaben sucht die Universität ehemalige Mitglieder der Gesellschaft, die als Zeitzeugen wesentliche Unterstützung leisten könnten. Auch an eventuell existierenden Unterlagen über die Gesellschaft besteht Interesse.

Kontakt:

c5bome@nds.rz.uni-jena.de oder Institut für Geschichte der Medizin (Ernst-Haeckel-Haus), Berggasse 7, 07745 Jena.

Kinder und gesunde Zähne

4. Thüringer Jugendzahnpflegetag und Tag der Zahngesundheit in Südthüringen – Mundgesundheit ins Bewußtsein gerückt

Meiningen/Suhl. Großes Gedränge herrschte am 19. September auf dem Marktplatz in Meiningen. Circa 700 Kinder aus Kindertageseinrichtungen und Schulen trafen sich, um gemeinsam den 4. Thüringer Jugendzahnpflegetag zu begehen.

Viel Spaß gab es im Kariestunnel, als der ein oder andere feststellen mußte, daß seine Zähne nicht sauber geputzt waren. Doch mit neuer Zahnbürste und -becher wurde am Zahnputzbrunnen unter fachlicher Anleitung Abhilfe geschaffen. Ebenso konnten sich alle Anwesenden an Ständen über zahngesunde Ernährung und Mundgesundheit informieren und am Imbißstand „McDent“ entsprechende Kostproben zu sich nehmen. Auf Zahnbürsten wurden Namen eingraviert und Plaketten zum Anstecken gefertigt. Der 4. Thüringer Jugendzahnpflegetag hat dazu beigetragen, das Thema „Mundgesundheit“ erneut in das Bewußtsein der Öffentlichkeit zu bringen.

Wenige Tage zuvor, am 14. September, fand im Kongreßzentrum Suhl die Veranstaltung

zum Tag der Zahngesundheit statt. Kindergartengruppen, Schulklassen und Erwachsene informierten sich über das Thema „Mundgesundheit.“ Im Mittelpunkt standen diesmal die Fluoride. Besucher konnten sich informieren über die enthaltenen wertvollen Stoffe der Mineralwässer sowie über den Fluoridgehalt des Suhler Haushaltswassers. Ein Zauberer sorgte besonders bei den Kleinen für viel Spaß.

Im Kariestunnel wurden vorhandene Zahnbeläge sichtbar gemacht, die anschließend unter fachmännischer Anleitung mit dem richtigen „Werkzeug“ am Putzbrunnen beseitigt wurden. Zahngesunde Lebensmittel wie Vollkornbrot und Milchprodukte konnten probiert werden. Aus „Milchkühen“, die eigens für diese Veranstaltung mitgebracht wurden, konnten die Kinder die Milch selbst zapfen, was allen sehr viel Spaß bereitete.

*Brigitte Kozlik,
LAG Jugendzahnpflege
Thüringen*

Wir gratulieren!

zum 60. Geburtstag am 13.10.2001

Frau Zahnärztin Dipl.-Med. Anke Grundmann

Mühlstr. 1, 99518 Bad Sulza

zum 60. Geburtstag am 08.10.2001

Herrn Zahnarzt Dr. med. dent. Bernd Müller

Lindenbühl 3, 99974 Mühlhausen

zum 60. Geburtstag am 02.10.2001

Herrn Sanitätsrat Wolfgang Kraus

Schillerstr. 5, 07407 Rudolstadt

zum 60. Geburtstag am 03.10.2001

Frau Zahnärztin Dr. med. dent. Ursula Weisflog

Maler-Fischer-Str. 10, 07546 Gera

zum 60. Geburtstag am 11.10.2001

Herrn Zahnarzt Dr. med. dent. Klaus Fietze

Marlittstr. 7, 99310 Arnstadt

zum 66. Geburtstag am 10.10.2001

Herrn Sanitätsrat Christian Träger

August-Bebel-Allee 7, 06571 Wiehe

zum 67. Geburtstag am 04.10.2001

Herrn Medizinalrat Dr. med. dent. Eberhard Möckel

Wiltchental 18, 99706 Berka

zum 73. Geburtstag am 07.10.2001

Herrn Sanitätsrat Dr. med. dent. Wolfgang Mölle

Jahnstr. 18, 99817 Eisenach

zum 73. Geburtstag am 09.10.2001

Herrn Medizinalrat Dr. med. dent. H. Gottschalt

Steubenstr. 14, 07907 Schleiz

zum 73. Geburtstag am 16.10.2001

Herrn Sanitätsrat Dr. med. dent. Rolf Zegar

Wettinerstr. 2 a, 98617 Meiningen

zum 74. Geburtstag am 07.10.2001

Herrn Zahnarzt Karl Succolowsky

Hertzstr. 1 a, 37327 Leinefelde

zum 75. Geburtstag am 25.10.2001

Herrn Zahnarzt Dr. Wolfgang Thiem

F.-Liszt-Str. 4, 99610 Sömmerda

zum 80. Geburtstag am 02.10.2001

Frau Sanitätsrat Stephanie Treppschuh

Werner-Sylten-Str. 13, 99867 Gotha

Veranstaltungstips:

Herbstsymposium des DZOI

Berlin. Zu einem Herbst-Symposium über „Erfolge und Mißerfolge in der chirurgischen und prothetischen Therapie“ unter dem Motto „Vom Praktiker für den Praktiker“ lädt das Deutsche Zentrum für orale Implantologie e. V. (DZOI) nach Berlin ein. Der Kongreß findet vom 23. bis 25. November im Hotel Steigenberger statt. Die wissenschaftliche Leitung liegt bei DZOI-Präsident Dr. Werner Hotz. Wichtige Fragen über die Vermeidung von Mißerfolgen in der chirurgisch-implantologischen Therapiephase oder zu Implantationen in Verbindung mit Transplantat oder Knochenersatz klären Dr. Dr. Peter Ehrl und Prof. Dr. Dr. Bodo Hofmeister in ihren Referaten. Prof. Dr. Klaus-Peter Lange wird „Erfolg und Mißerfolg in der Implantologie unter der Berücksichtigung prothetischer Aspekte“ in seinen Ausführungen behandeln. Dr. Detlef Hildebrand zeigt in seinem Beitrag die „Navigation in der Implantologie – Planung, Prävention und Perfektion“. Sachverständig auf dem Gebiet der Rechtssicherheit in der Praxis ist Kerstin Salhoff. Ihre Kursteilnehmer bringt sie in einem speziellen Seminar und zusätzlich mit einem Intensiv-Abrechnungstraining auf den neuesten Stand.

Anmeldung: DZOI-Sekretariat, Hauptstr. 7a; 82275 Emmering; % (081 41) 53 44 56; Fax: (081 41) 53 45 46.

Kongreß in Heidelberg

Heidelberg. Der 10. Deutsche Kongreß „Präventive Zahnheilkunde“ findet am 16./17. November in Heidelberg statt. Er steht unter dem Thema „Prophylaxe im Wandel – von der Funktion bis zur Ästhetik“. Die Tagungsleitung haben Prof. Dr. Johannes Einwag, Prof. Dr. Dr. Hans-Jörg Staehle und Dr. Dieter Langusch. Die Vorträge beschäftigen sich unter anderem mit Möglichkeiten des Zahnsustanzerhalts durch Karies-Monitoring, mit aktuellen Entwicklungen der Kariesprävention durch Fluoride und mit Zahnstrukturanomalien.

Kontakt:

Kongreß-Agentur projekt+plan GmbH,
Tel. und Fax: 0800/100 67 31.

Vorbereitungsassistenten/in oder Kollege/in mit Niederlassungsberechtigung

in umfangreiche Praxis nach Meppen gesucht. Großzügige Gehalts- u. Urlaubsregelung, sehr geeignet auch für (Ehe-)Paar, Einstieg in Praxis bzw. spätere Übernahme möglich, aber nicht Bedingung.

*Za. H. Palm,
Tel.: 0 59 32/23 53 oder 0 59 31/36 98*

Junger Zahnarzt (28) zuverlässig, flexibel, engagiert, 2 J. BE sucht ab 2002 Stelle als angest. ZA/Ass. in Praxis mit breitem Behandlungsspektrum. Auch Teilzeit/Vertretung möglich. Raum Jena – Gera – Weimar – Erfurt bevorzugt oder auch thüringenweit.

*Tel.: 01 60/4 81 46 00
ab 19 Uhr*

Rechtsanwaltskanzlei Ralf Schwarz

Interessenschwerpunkt: bundesweite zahnärztliche Forderungsbeitreibung

Humboldtstraße 3
07545 Gera

Telefon (0365) 7 73 67 60

Telefax (0365) 7 73 67 59

E-Mail: RA-Schwarz@sr-i.de

Junger Zahnarzt sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt Praxis mit Kassenzulassung in Erfurt und Umgebung zur Übernahme. Übergangssozietät wäre möglich.

Tel.: 09 71/78 53 73 39



PARTNER-SERVICE

Sehr geehrte Leser,

mit der heutigen Ausgabe des Thüringer Zahnärzteblattes führen wir unsere Aktion **PARTNER-SERVICE** fort. Wir wollen damit helfen, Kontakte zwischen Ihnen und Firmen herzustellen, die sich mit Entwicklung, Herstellung und Vertrieb unterschiedlicher Produkte beschäftigen.

Bei Interesse an bestimmten Informationen kreuzen Sie einfach das Feld der Firma an, über deren Produkte Sie mehr erfahren möchten, und senden uns das Blatt per Fax zu. Wir nehmen Ihre Wünsche auf und leiten sie umgehend an die Inserenten weiter.



VERLAG UND
WERBEAGENTUR
KLEINE ARCHE

Ihre Ansprechpartnerin: Frau Kersten
Holbeinstraße 73 · 99096 Erfurt
Telefon: 0361/74674-80 · Fax: -85
E-Mail: kersten@kleinearche.de

Rückfax, bitte an 0361/74674-85

head & neck
SUPPORT
Komfortkissen für die zahnärztliche Praxis

head & neck support fixiert den Kopf des Patienten in einer bequemen Lage und erleichtert lange Behandlungszeiten für Arzt und Patient.

Funke GmbH & Co. KG, Ährenfeld 10, 46348 Raesfeld

ERHÄLTlich IM DENTALGROSSHANDEL

Infomaterial



Power-Workshop Totalprothetik, 30.11.01 in Berlin – gemanagte Qualität für die tägliche Praxis

**5. Prothetik Symposium, 01.12.01 in Berlin
Prothetik ... und die Frage nach dem richtigen Weg nach Rom**

Infomaterial



LOSER & CO
öfter mal was Gutes...



Endodontieneuheiten

Infomaterial



Unsere IDS-Neuheiten 2001

- ER DentinPost – Wurzelstifte aus glasfaserverstärktem Komposit – perfekte Lösung für die Versorgung von gering- und teilzerstörten Zähnen
- RetroPost – Stiftsystem zur extraoralen, retrograden Wurzelkanalbehandlung von akzidentell oder intentional isolierten Zähnen, die re- oder transplantiert werden.
- Strukturierte Diamanten für die Kronenstumpfpräparation

Infomaterial



**intraoraler Zahn-Röntgenfilm
Insight**

Infomaterial



Die Matrix – Restaurative System- lösung für die Praxis

4 Segmente – 4 Anforderungsprofile

Der Markt unterscheidet bei der direkten Füllungstherapie: Frontzahn – Seitenzahn. Solide Grundversorgung – anspruchsvolle Rekonstruktion. Daraus ergeben sich 4 Segmente mit 4 differenzierten Anforderungsprofilen.

Zahnärzte benötigen Füllungsmaterialien für jedes einzelne Segment. Für die solide Grundversorgung genauso wie für die anspruchsvolle Rekonstruktion. Sowohl im Front- als auch im Seitenzahnbereich. Visuell umgesetzt ergibt sich daraus eine 4-Felder Darstellung – die Matrix.

Diese Matrix schafft Übersicht und ermöglicht nun eine klare Orientierung, um die Praxis- und Patientenbedürfnisse innerhalb der 4 Felder abzugrenzen. Als Antwort auf die Anforderungen der Gegenwart und Zukunft bietet DENTSPLY optimierte und klinisch sichere Produkte für jedes dieser Felder.

Dyract® Posterior / Dyract® AP – schnell, sicher, solide

Die medizinisch solide Grundversorgung ist primär die rein funktionelle Behebung eines kariösen Schadens.

Dyract® Posterior, ein weiß opakes Kopomer auf der Basis von Dyract® AP, erfüllt speziell die Anforderungen für den Seitenzahnbereich.

Dyract® AP wurde optimiert für die solide Versorgung, vor allem im Frontzahnbereich. Beide Produkte erlauben die zeitsparende Verarbeitung ohne ätzen mit Prime&Bond® NT.

Esthet•X™ – anspruchsvoll, zeitlos, mehr

Die Grundversorgung ist vielen nicht genug. Für eine anspruchsvolle Versorgung steht die ästhetisch funktionelle und langlebige Rekonstruktion. Das Mehr, das Esthet•X™ bietet, ist für jeden Patienten spürbar und erst recht: erfahrbar. Esthet•X™ bietet im Seitenzahnbereich mit dem Einsatz nur einer Hauptfarbe eine überzeugende ästhetische Rehabilitation. Die Verschleißsicherheit und die Randedichtigkeit sorgen für langlebige Ergebnisse.

Die opazitätsgetreue Rekonstruktion mit 31 Farben erfüllt höchste Ansprüche im Frontzahnbereich. Weitere Erfolgsfaktoren dieser Frontzahnversorgung sind die Kantenstabilität und die zuverlässige Kombination mit Prime&Bond® NT.

„Die solide Versorgung“ und auch „die anspruchsvolle Rekonstruktion“ sind als Begriffe im Rahmen der Patientenberatung sehr leicht erklärbar und dadurch gut zu gebrauchen. Schließlich sind verständliche Informationen die Basis für das dauerhafte Vertrauen des Patienten zu seinem Zahnarzt-Team.

Weitere Informationen erhalten Sie bei:
DENTSPLY DeTrey, Marketing Deutschland,
De-Trey-Straße 1, 78467 Konstanz, Telefon 07531/583-172,
Fax 07531/583-184 oder über www.dentsply.de

DENTSPLY
DETREY



Referat Fortbildung informiert

Für folgende Kurse im aus dem Fortbildungsprogramm „Herbstsemester 2001/2002“ der Landes Zahnärztekammer Thüringen werden noch Anmeldungen entgegengenommen.

Ansprechpartner:

Frau Held/Frau Westphal
Tel.: 0361/7432-107/108
Fax: 0361/7432-150

Kursbeginn

Achtung! Im Januar 2002 beginnt wieder eine Kursreihe „Prodontologie für die Praxis“! Referent: Prof. Dr. K. Merte, Leipzig
Informationen zu Datum und Inhalt – Fortbildungsheft Seite 10



Monika Westphal mit dem aktuellen Fortbildungsprogramm der Landes Zahnärztekammer Thüringen. Wer die Angebote nutzen will, sollte sich schnell entscheiden.

Foto: tzb

Datum	Ort/Kurs-Nr.	Thema	Wissenschaftl. Leitung	Teilnehmergebühr/€
Fr., 09.11.01	Erfurt, 01/069	Praxis Internet – Internetpraxis	Brodersen, Erfurt	95,-
2-Tage-Kurs				
Fr., 09.11.01 Sa., 10.11.01	Erfurt, 01/070	Erfolgssichere Endodontie	Schulz-Bongert, Düsseldorf	330,-
2-Tage-Kurs				
Fr., 16.11.01 Sa., 17.11.01	Erfurt, 01/072	Zahnfarbene adhäsive Füllungen im Front- und Zahnhalsbereich	Besek, Zürich	280,-
Sa., 17.11.01	Erfurt, 01/074	Professionelle Patientenführung durch die Zahnarzt-helferin	Sandock, Berlin	110,-
2-Tage-Kurs				
Fr., 14.12.01 Sa., 15.12.01	Erfurt, 01/082	Chirurgische Parodontaltherapie mit Live-Operationen	Meyle, Gießen	305,-

