

tz**b**

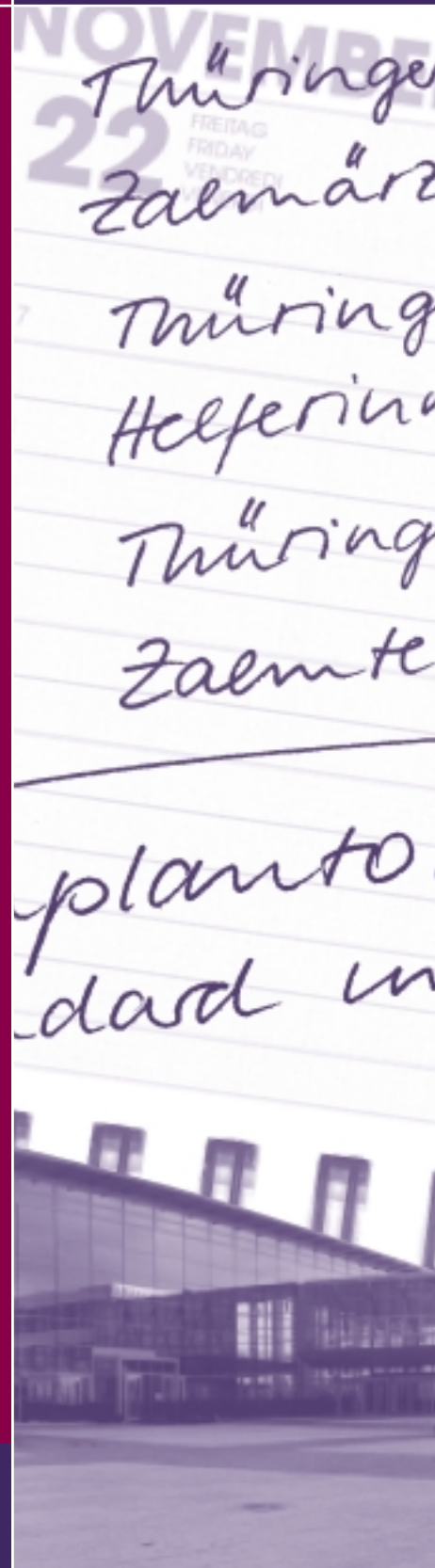
Thüringer
Zahnärzte
Blatt

Ausgabe 04 | 2002

Zahnarzt – (noch) ein freier Beruf?

Lesen Sie ab S. 6

6. Thüringer Zahnärztetag *S. 3 und Programmbeilage*



Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,



wenn man bedenkt, welch hohes Tempo der Zug des wissenschaftlich-technischen Fortschrittes in der Zahnheilkunde aufgenommen hat, so kann man nur den beglückwünschen, der eine entsprechende Platzkarte hat und den bedauern, der die Notwendigkeit für sich noch nicht erkannt hat. In Thüringen findet der Zahnärztetag alle zwei Jahre statt und stellt sozusagen den ICE im Fortbildungsprozess dar. Er gilt als Standortbestimmung und wissenschaftlicher Erfahrungsaustausch, ist andererseits eine Möglichkeit der kollegialen Begegnung und der Information im Dentalmarkt. Die gute Resonanz der fünf Zahnärztee-tage bestätigt uns, dass praxisrelevante Themen zum richtigen Zeitpunkt von kompetenten Referenten vorgetragen wurden. Am 22. und 23. November werden wir uns unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Dr. Schumann (Jena) dem Thema „Implantologie“ zuwenden. Leider war das in der Vergangenheit in Thüringen kein Thema, das viele Kollegen zu Fortbildungsveranstaltungen mobilisiert hätte. Aber die Zeit ist reif, wir müssen auch diesen Salonwagen des Fortbildungszuges besteigen, weil wir sonst abgekoppelt im Rangierbahnhof verbleiben.

Betrachtet man sich nur die Fachliteratur, die Beiträge in den Zeitschriften bis hin zu den Massenmedien, so stellt die zahnärztliche Implantologie offensichtlich ein immer interessanter werdendes Fachgebiet dar. Die Hemmschwelle einiger Kollegen ist kaum noch zu verstehen, zumal die aufgeklärten Patienten intensive und detaillierte Fragen stellen, die nur von kompetenten Fachleuten entsprechend beantwortet werden können.

Nicht jeder Zeitungsartikel oder Fernsehkommentar hält einer praxisrelevanten Prüfung Stand. Zu eben dieser Standortbestimmung wollen wir den 6. Thüringer Zahnärztetag nutzen. Beim Studium des Programmes werden Sie unschwer erkennen, dass zwei Tage wissenschaftliche Diskussion lediglich einen Auftakt und für manche auch Einstieg in die Implantologie sein werden.

Ein Kernsatz, der inzwischen von vielen Autoren in dieser und ähnlicher Form geprägt wurde, sei nochmals formuliert: Die orale Rehabilitation nach Zahnverlust beliebiger Ursache durch prothetische Therapie bedient sich der Implantologie als eine der Möglichkeiten, um Sprach- und Kaufunktion wieder herzustellen. Bei größeren Traumen oder Tumoroperationen ist es gelegentlich die einzig sinnvolle therapeutische Unterstützung vor der prothetischen Versorgung, aber auch zur Komfortsteigerung verschiedener Therapievarianten können gelegentlich die sinnvollste und einfachste Lösung darstellen.

Wenn wir diesen Grundsätzen folgen, ist es ganz unbestritten, dass heute kein Zahnarzt in Thüringen sich dieser Verantwortung entziehen kann. Das soll nicht heißen, dass jeder auch die chirurgischen Voraussetzungen für die Insertion von Implantaten in seiner Praxis realisieren muss. Es ist viel wichtiger, dass die entsprechende Indikation herausgefiltert und angeboten wird, dass das entsprechende prothetische Ziel formuliert, konkret geplant wird und gegebenenfalls die Zusammenarbeit mit einem chirurgisch versierten Zahnarzt, Oral- oder Kieferchirurgen gesucht wird.

Folgerichtig wurde bei der Erstellung der Konzeption des 6. Thüringer Zahnärztetages auch der Zahntechnikertag dieser Problematik zugeordnet. Darüber hinaus werden auch die zahnärztlichen Fachangestellten kompetent mit dieser Thematik weitergebildet, wobei von der Vorbereitung über die Assistenz bis zur korrekten Abrechnung alles geboten wird. Die Dentalausstellung wird ebenfalls die ganze Breite der Materialien, Instrumente und Literatur anbieten, wobei natürlich auch andere Bereiche, wie Röntgen, Computertechnik, Prophylaxe und Ausstattung ausreichend repräsentiert sind.

Die Messehallen in Erfurt bieten ausreichend Möglichkeiten, alle Seminare und Vorträge angemessen zu präsentieren. Ein Highlight wird auch die Abendveranstaltung im historischen Studentenkeller „Engelsburg“ sein, denn da wollen wir im Traditionszug unserer studentischen Ausbildung fahren.

Implantologie muss überwiegend privat liquidiert werden. Holen Sie sich die Kompetenz für exakte Aufklärungsgespräche, aber bitte von der Wissenschaft und nicht aus der Werbung. Wenn man erst seinen Platz im Zug der täglichen Arbeit gefunden hat, darf man sicherlich mit Implantatprothetik in der I. Klasse einen Fensterplatz belegen, also kein Luxus, aber guter Standard.

*Ihr Dr. Wolfgang Richter
Referent Fort- und
Weiterbildung der
Landeszahnärztekammer*

Thüringer Zahnärzte Blatt

Impressum

Offizielles Mitteilungsblatt der Landes Zahnärztekammer Thüringen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen

Herausgeber:

Landes Zahnärztekammer Thüringen und Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

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, Barbarossahof 16, 99092 Erfurt, Telefon 0361/74 32-115, Fax 0361/74 32-150, E-Mail: ptz@lzaekthue.de, edv@kzvth.ef.uunet.de

Die Redaktion behält sich das Recht vor, Leserbriefe zu kürzen. Als Leserbriefe gekennzeichnete Beiträge und wörtliche Zitate müssen nicht die Meinung der Herausgeber darstellen. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Unterlagen und Fotos wird keine Gewähr übernommen.

Anzeigenannahme und -verwaltung:

Werbeagentur und Verlag Kleine Arche, Holbeinstr. 73, 99096 Erfurt, Tel. 0361/7 46 74 80, Fax: 0361/7 46 74 85, E-Mail: reinhardt@kleinearche.de, Internet: www.kleinearche.de

z.Z. gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 5 vom 1.1.2002

Anzeigenleitung:

Wolfgang Klaus

Anzeigen und Prospekte stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar.

Gesamtherstellung/Satz/Layout:

Werbeagentur und Verlag Kleine Arche

Druck und Buchbinderei:

Druck- und Verlagshaus Erfurt

Titelbild:

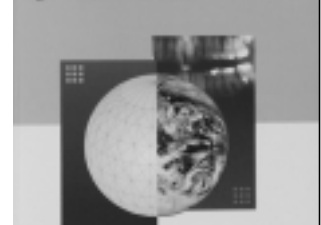
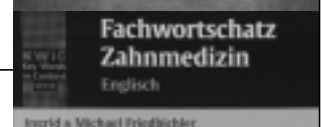
Verlag Kleine Arche
Einzelheftpreis: 3,50 €
Versandkosten: 1,00 €
Abopreis: 49,50 € incl. MwSt.

Mai-Ausgabe:

Redaktionsschluss: 22.05.2002
Anzeigenschluss: 22.04.2002

Der aktuellen Ausgabe liegt ein Prospekt der Firma „Schäffer WohnART“ bei.

Editorial	3
Titelthema	
<i>Zahnarzt – (noch) ein freier Beruf?</i>	6
Meinung	
<i>Bauernopfer oder Provinzposse?</i>	9
Veranstaltungen	
<i>6. Mühltaulauf der Zahnärzte</i>	10
KZV	
<i>Genaue Behandlungsdokumentation wichtig</i>	11
<i>Laudatio</i>	15
<i>Zahnärztliches Gutachterwesen (Schluss)</i>	16
<i>Ärztliche Therapie ohne Mehrwertsteuer</i>	17
LZKTh	
<i>Auch eine Homepage nicht ohne Vorschriften</i>	20
<i>Wenn der Zahnarzt bauen lässt</i>	21
<i>Bemessen der zahnärztlichen Leistung</i>	22
Fortbildung	
<i>Innovationen in der Teleskop- und Implantatprothetik – Galvanoforming und keramische Verblendungsmaterialien</i>	23
<i>Termine</i>	28
<i>Dissertationen</i>	31
Bücher	32
Helferinnen	33
Recht	
<i>Rechtliche Aspekte der zahnärztlichen Notfallbehandlung</i>	34
Gesundheitspolitik	
<i>Öffentliche Veranstaltung des Hartmann-Bundes Zahnärzte und Krankenkassen uneins über BEMA-Neustrukturierung</i>	36
<i>Gestiegene Kassenausgaben für Zahnarztbehandlung</i>	37
<i>38</i>	38
Info	
<i>Bestechungsverdacht auch in Thüringen</i>	42
<i>Datenpanne: Patientenakten öffentlich</i>	42
<i>Wir gratulieren</i>	43
<i>Das Referat Fortbildung informiert</i>	50
Kleinanzeigen	44



Zahnarzt – (noch) ein freier Beruf?

Von Prof. Dr. Günter Hirsch

Immer häufiger empfinden die Ärzte und Zahnärzte das Recht nicht als schützend, sondern als bedrückend, weniger als hilfreich denn als hinderlich. Und in der Tat: Zwar beschreibt § 1 der BÄO den Beruf des Arztes als einen „seiner Natur nach“ freien Beruf. Ob aber der Beruf wirklich noch als ein freier Beruf bezeichnet werden kann in Anbetracht all der öffentlich-rechtlichen Pflichten und Beschränkungen, denen er unterworfen ist, wird immer mehr in Frage gestellt. Immer mehr verwandelt die Abhängigkeit von der öffentlichen Krankenversicherung Ärzte und Zahnärzte zu „Kassenbeamten“.

Zu dem dichten nationalen Regelungsgeflecht tritt noch das europäische Gemeinschaftsrecht hinzu. Die längst in Gang gekommene Europäisierung des Gesundheitswesens stellt auch die Ärzte in einen neuen, Grenzen überschreitenden Rechts- und Wirtschaftsraum mit neuen Chancen, aber auch mit Anpassungs- und Harmonisierungsdruck.

Beschränkungen der Berufsausübung

Da rund 90 Prozent aller ärztlichen Leistungen vertragsärztliche Leistungen sind und nur 10 Prozent dem privatärztlichen Bereich unterfallen, ist es in erster Linie die Einbindung in das gesetzliche Gesundheitssystem, die die Berufsausübung des Arztes von A bis Z, von der Altersbegrenzung bis zur Zahnerstatzung, bestimmt.

Der Zugang zum Beruf des Kassenarztes und die Modalitäten seiner Ausübung unterliegen einer Fülle von Restriktionen und Reglementierungen. Am schwersten wiegen wohl die seit 1999 geltende Bedarfszulassung sowie die Altersbegrenzung für den Zugang zur vertragsärztlichen Tätigkeit und für das Erlöschen der Zulassung. Nach den gesetzlichen Bestimmungen können approbierte Ärzte, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, grundsätzlich nicht mehr zur vertragsärztlichen Leistung zugelassen werden. Mit Vollendung des 68. Lebensjahres erlischt die Zulassung.

Diese subjektiven Zulassungsbeschränkungen sah das Bundesverfassungsgericht als

gerechtfertigt an, da sie ein geeignetes Mittel seien, um die Kosten des Gesundheitswesens zu begrenzen. Denn eine steigende Anzahl von Ärzten führe zu einem Anstieg der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies mag ja statistisch gesehen stimmen. Ob aber ein partielles „Berufsverbot“ die richtige, dem Übermaßverbot entsprechende Therapie ist, kann bezweifelt werden. Außer diesen Zulassungsbeschränkungen, die in ihren Wirkungen einem Eingriff in die freie Berufswahl zumindest nahekommen, ist der Vertragsarzt durch eine Vielzahl weiterer Beschränkungen in der freien Gestaltung seines Berufs begrenzt.

So ist das Spektrum an Dienst- und Sachleistungen, die er mit der Krankenkasse abrechnen kann, eingeengt. Den Kassenärzten wurden Kürzungen bei den Honoraren, Einschränkungen beim Einsatz teurer Medizingeräte und die Verantwortung für den Arzneimittelverbrauch auferlegt. Ihre Vergütung wurde verschiedentlich abgesenkt oder – trotz Erhöhung ihrer Praxis- und Personalkosten – konstant gehalten. Die Vertragsärzte müssen sich Wirtschaftlichkeitsprüfungen stellen und werden durch die Festbetragsregelung für Arzneimittel eingeengt. Sie unterliegen regionalen und fachlichen Gebietseinschränkungen und Fachgebietsbegrenzungen. Schließlich ist das jährliche Gesamtentgelt für all ihre Leistungen ohne Rücksicht auf deren Gesamtumfang durch ein „Globalbudget“ gedeckelt.

Die Frage scheint also sehr wohl berechtigt, ob ein Beruf, der Altersgrenzen fast wie im öffentlichen Dienst unterliegt, kaum Spielraum bei der Vergütung erbrachter Leistungen hat, gleichzeitig aber – in Einzelfällen für ein nicht einmal die Selbstkosten deckendes Honorar – zur Leistungserbringung verpflichtet ist und der einer Fülle öffentlich-rechtlicher Ausübungsregelungen unterliegt, noch als freier Beruf bezeichnet werden kann.

Zwar kennt das Recht keine allgemeinverbindliche Definition der „freien Berufe“. Nach dem Bundesverfassungsgericht ist eine solche auch schlicht unmöglich, so dass die Soziologie helfen muss. Unstreitig gibt es jedoch drei klassische Kriterien für die Qualifizierung eines Berufes als „freier Beruf“, nämlich die Professionalität, die Eigenverantwort-

lichkeit und die Unabhängigkeit. In diesem Sinne formuliert auch das Partnerschaftsgesellschaftsrecht: „Die Freien Berufe haben im allgemeinen auf der Grundlage besonderer beruflicher Qualifikation oder schöpferischer Begabung die persönliche, eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Erbringung von Dienstleistungen höherer Art im Interesse der Auftraggeber und der Allgemeinheit zum Inhalt.“

Von den genannten drei Definitionskriterien der freien Berufe erfüllen die Vertragsärzte uneingeschränkt nur noch das erste: Sie üben ihren Beruf auf der Grundlage besonderer beruflicher Qualifikation aus. Die Ausbildung und die Approbations- und Zulassungskriterien der deutschen Ärzte haben – international gesehen – ein ausgesprochen hohes Niveau.

Von Eigenverantwortlichkeit und Unabhängigkeit kann bei Vertragsärzten dagegen zwar noch im haftungsrechtlichen Sinne, kaum mehr jedoch im Kernbereich ihrer Tätigkeit, der freien Therapiewahl, gesprochen werden. Die an sich gewichtigen und völlig berechtigten Staatsziele der Wirtschaftlichkeit, Kostendämpfung und Beitragsstabilität im Gesundheitswesen haben die Entscheidungsspielräume der Vertragsärzte deutlich eingeschränkt. Damit hat der Sozialgesetzgeber in den letzten Jahren – ich zitiere Zuck – „im Grunde einen neuen Beruf eines Arztes geschaffen, der in eigentümlichen Schutzzonen wirtschaftet, aber gleichwohl vom vollen Risiko des freien Arztes betroffen ist, für den die Therapiefreiheit vielfach nur noch auf dem Papier steht, für den sich Leistungsbereitschaft und Flexibilität nur noch innerhalb zugeteilter Kontingente und Fachgebiete auszuhalten.“

Man sollte nicht den Fehler begehen, dies als ein Binnenproblem eines Berufsstandes zu sehen, der in der allgemeinen Einkommensskala immer noch ziemlich weit oben steht. Denn die Aushöhlung der Substanz, die die Freiberuflichkeit ausmacht, betrifft auch die Patienten – und damit 90 Prozent der Bevölkerung. Dieser bezahlt zwar nicht die individuelle ärztliche Leistung, finanziert aber mit seinen Beiträgen – die sich gerade in einer Aufwärtsspirale befinden – das gesetzliche Versicherungssystem mit. Statistische

Durchschnittskosten, Positivisten, planwirtschaftliche Arzneimittelhaushalte sowie gedeckelte Praxis- und Krankenhausbudgets berühren nicht nur die Therapiefreiheit der Ärzte, sondern auch das Recht des Patienten auf die medizinisch indizierte Heilbehandlung. Rationierte Gesundheitsleistungen, Behandlung nicht nach dem medizinisch Machbaren, sondern nach dem volkswirtschaftlich Finanzierbaren bis hin zur Hochleistungsmedizin nur noch für reiche Selbstzahler sind die Szenarien, die bereits an die Wand gemalt werden und zu tiefer Verunsicherung der Kassenpatienten führen. Der Weg zur Leistungsbudgetierung ist bereits eingeschlagen, er darf keinesfalls fortgeführt werden zur Leistungsverweigerung.

Beschränkung der Werbung

Ein weiteres Beispiel für Reglementierungen des Berufsbildes der Ärzte sind die Werbebeschränkungen. Die Standesorganisationen, veranlasst durch gute Lobbyarbeit der arrivierten Berufsangehörigen, neigen – bei Ärzten ebenso wie bei Rechtsanwälten – dazu, das Berufsrecht zu konservieren und Konkurrenz zwischen Standesgenossen, insbesondere durch neu auf den Markt drängende Berufskollegen, zu dämpfen. Die Gerichte dagegen betonen eher den freien Wettbewerb und die grundrechtlich geschützte Berufsfreiheit. Die beiden – jeweils für sich berechtigten – Interessen, einerseits die Unterbindung standeswidriger, dem Ansehen der Ärzteschaft und der Volksgesundheit abträglicher Praktiken, andererseits die freie Positionierung des einzelnen Arztes in Konkurrenz um den Patienten, führen immer wieder zu Konflikten auf dem Gebiet der Werbung.

Dazu ein Beispiel: Wenn eine Qualifikation in bestimmten Tätigkeitsschwerpunkten erworben wurde und ein Interesse der Patienten zu bejahen ist, um diese Qualifikation zu wissen, ist ein überwiegendes Allgemeininteresse, diese Angabe gleichwohl nicht zuzulassen, nur schwer erkennbar.

Rechtliche Grenzen

Die ärztliche Berufsausübung wird nicht nur durch öffentlich-rechtliche Bestimmungen reglementiert, sondern auch durch das Haftungsrecht. Zwar wird im Rahmen der zivil- und strafrechtlichen Verantwortlichkeit ein

ärztliches Verhalten ex post und beschränkt auf den konkreten Fall beurteilt. Hieraus folgen jedoch generelle Gebote und Verbote für den gesamten Berufsstand.

Die zivilrechtliche Arzthaftung ist durch eine seit Jahrzehnten anhaltende Tendenz der Rechtsprechung geprägt, die Anforderungen an die *lex artis*, an die Sorgfaltspflichten, an prä- und postoperative Aufklärungspflichten, an Organisations-, Überwachungs- und Nachsorgepflichten zu verstärken sowie das Beweisrecht der spezifischen Arzt-Patienten-Situation anzupassen. So hat etwa das Oberlandesgericht Koblenz 1999 zur Frage der Aufklärungspflicht bei Amalgam-Füllungen entschieden, dass der Zahnarzt auch über extrem seltene, aber schwerwiegende Risiken aufzuklären hat, wenn sie wesentypisch sind oder wenn in der medizinischen Wissenschaft bereits ernsthafte Stimmen darauf hinweisen. Diese Voraussetzungen seien allerdings bei Amalgam-Füllungen nicht gegeben.

Ein spezifisches strafrechtliches Risiko für forschende Ärzte, dessen Tragweite noch überhaupt nicht abzuschätzen ist, sei hier nur kurz erwähnt: Die nicht trennscharfe Grenze zwischen zulässiger Drittmittel-Forschung und Bestechung bzw. Untreue. Der Verweis auf den so genannten „Herzklappenprozess“ mag genügen. Dieser endete mit der Verurteilung eines Herzchirurgen, den das Gericht selbst als hoch qualifizierten, aufrechten und integren Menschen schilderte.

Es ist an der Zeit, durch transparente und klare Regelungen das Risiko der Ärzte zu beiseitigen, die rechtmäßige Einwerbung von Forschungsmitteln der Industrie mit rechtswidrigen Praktiken zu vermischen.

Der freie Beruf des Arztes ist in Deutschland jedenfalls insoweit, als er – wie in aller Regel – vertragsärztlich ausgeübt wird, in einem solchen Ausmaße verrechtlicht, dass er fast schon verstaatlicht erscheint. Die Zulassung und Berufsausübung der Ärzte wird jedoch darüber hinaus in steigendem Maße auch vom europäischen Gemeinschaftsrecht erfasst, wie folgender vom Europäischen Gerichtshof entschiedener Fall zeigt:

Der Zahnarzt Salomone Haim war italienischer Staatsbürger und hatte ein von der Universität Istanbul erteiltes Zahnarzt Diplom. Er arbeitete acht Jahre in Belgien, wo sein türkisches Diplom anerkannt wurde. Anschlie-

gend wollte er sich in Deutschland als Kassenarzt niederlassen. Dies wurde ihm mit der Begründung verweigert, dass zwar Diplome anderer Mitgliedstaaten anerkannt würden, er besitze jedoch ein Diplom eines Drittlandes. Dass dies von einem anderen Mitgliedstaat bereits anerkannt sei, ändere daran nichts. Der EuGH gab den deutschen Behörden auf, nicht nur auf das Fehlen eines anerkannten Diploms abzustellen, sondern die Berufserfahrung von Herrn Haim zu berücksichtigen. Dieser Fall zeigt schlaglichtartig, in welchem Ausmaß die Bürger Europas von der Grundfreiheit der Freizügigkeit in dieser Union ohne Binnengrenzen Gebrauch machen und welche Probleme dies aufwirft. Denn die in den Römischen Verträgen garantierte Freiheit, sich ohne jede Behinderung in anderen Mitgliedstaaten niederzulassen und Dienstleistungen zu erbringen und in Anspruch zu nehmen, kann in Konflikt geraten mit nationalem Recht.

Für das Gesundheitswesen steht grundsätzlich den Mitgliedstaaten die Gesetzgebungskompetenz zu. Die Gemeinschaft ist zwar Rechtsgemeinschaft, Wirtschaftsunion und auch Währungsunion, sie ist jedoch keine Sozialunion. Die Mitgliedstaaten sind allein zuständig für die Ausgestaltung der sozialen Sicherungssysteme und damit für die Organisation des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung. Eine Harmonisierung der nationalen Gesundheitssysteme durch die EG ist ausdrücklich ausgeschlossen.

Demzufolge bestehen in den Mitgliedstaaten unterschiedliche Strukturen des öffentlichen Gesundheitswesens. Es gibt steuer- und beitragsfinanzierte Systeme. Großbritannien etwa stellt die ärztliche Versorgung durch einen staatlichen Gesundheitsdienst sicher. In Luxemburg und anderen Staaten gilt das Kostenerstattungsprinzip, in Deutschland dagegen das Sachleistungsprinzip. Auch strukturell ähnliche Systeme unterscheiden sich; als Stichworte seien nur genannt Arzneimittel-Budgetierung, Zulassungsbeschränkungen für Kassenärzte, Kollektivverträge zur Arztvergütung usw. Kurz gesagt: das Gesundheitswesen in Europa ist unterschiedlich strukturiert, organisiert und finanziert. Speziell das deutsche System der kassenärztlichen Versorgung ist ein hochkompliziertes und in sich verschränktes Netzwerk, dessen finanzielle Austerierung seit Jahrzehnten im Zentrum rechts-, gesundheits-, sozial-

und standespolitischer Auseinandersetzungen steht. Es ist ein geschlossenes System, das davon ausgeht, dass die kassenärztliche Versorgung durch Leistungserbringer im Inland sichergestellt wird.

Was tun, wenn das nationale Gesundheitsrecht einen Gemeinschaftsbürger etwa daran hindert, die ihm eingeräumte Dienstleistungsfreiheit in einem anderen Land in Anspruch zu nehmen? Diese Frage war vom EuGH im berühmten Fall Kohll zu entscheiden. Herr Kohll hatte als luxemburgischer Kassenpatient eine zahnärztliche Behandlung in Deutschland ohne Zustimmung seiner Krankenkasse durchführen lassen. Nach Luxemburger Versicherungsrecht sind ärztliche Leistungen grundsätzlich im Inland in Anspruch zu nehmen. Will ein Kassenpatient einen Arzt im Ausland aufsuchen, erstattet seine Kasse die Kosten nur dann, wenn sie dies vorher ausdrücklich genehmigt hat – was aber nur geschieht, wenn im Inland eine entsprechende Behandlung nicht möglich ist. Viele Länder, so auch Deutschland, haben entsprechende Regelungen.

Der EuGH bestätigt zwar den Grundsatz, dass allein die Mitgliedstaaten zuständig sind für die Ausgestaltung ihrer sozialen Sicherungssysteme. Sie müssen jedoch bei der Ausübung dieser ihrer Kompetenz das Gemeinschaftsrecht beachten. Eine Regelung, die die Versicherten faktisch daran hindert, ärztliche Dienstleistungen in einem anderen Land der Europäischen Gemeinschaft frei in Anspruch zu nehmen, verletzt deren Grundfreiheiten. Etwas anderes kann nur dann gelten, wenn bei einer Öffnung des Systems „eine erhebliche Gefährdung der sozialen Sicherheit“ droht. Diese Entscheidung wurde zum Teil heftig kritisiert, weil der EuGH damit die Kompetenz der Mitgliedstaaten für die Ausgestaltung der sozialen Sicherungssysteme verletzt habe. Dieser Einwand verkennt den fundamentalen Unterschied zwischen den Regelungskompetenzen der Gemeinschaft und dem Anwendungsbereich des Gemeinschaftsrechts. Es entspricht der ständigen Rechtsprechung des EuGH, daß die Mitgliedstaaten auch dort, wo sie allein regelungsbefugt sind, bei der Ausübung dieser ihrer Kompetenz die Grundfreiheiten des Gemeinschaftsrechts nicht beeinträchtigen dürfen.

Ob es darum geht, beim Zugang zum Beruf des Soldaten die Richtlinie der EU zur Nichtdiskriminierung von Frauen zu berücksichti-

gen, bei der Entscheidung über den Einsatz der Polizei gegen Grenzblockierer die Freiheit des Warenverkehrs zu schützen oder eben beim Anspruch der gesetzlich Versicherten auf Leistungen deren Recht nicht zu verletzen, Dienstleistungen frei in Europa in Anspruch zu nehmen – in all diesen Fällen kann nicht kurzschlüssig aus der jeweils den Mitgliedstaaten zustehenden Regelungskompetenz abgeleitet werden, dass diese Bereiche völlig immun gegen das Gemeinschaftsrecht seien. Aus diesem Grund ist übrigens eine klarere Abgrenzung der Kompetenzen der Gemeinschaft von denen der Mitgliedstaaten zwar nötig, reicht aber nicht, um die den Mitgliedstaaten zustehenden Regelungsmaterien völlig vom Anwendungsbereich des Gemeinschaftsrechts auszunehmen.

Nicht unerwähnt soll im Rahmen der Einwirkungen des Gemeinschaftsrechts auf das nationale Gesundheitsrecht die Verflechtung spezifischer deutscher Kostendämpfungsregelungen mit dem europäischen Kartellrecht bleiben. Der EG-Vertrag verbietet Absprachen und Verhaltensweisen von Unternehmen, die geeignet sind, den freien Handel zwischen den Mitgliedstaaten zu behindern, insbesondere die Festsetzung fester An- und Verkaufspreise. Festbeträge für Arzneimittel und medizinische Hilfsmittel nach §§ 35, 36 SGB V wurden vom OLG Düsseldorf mit Urteilen vom 28.8.1998 sowie vom 27.7.1999 als Verstoß gegen das Kartellrecht des EG-Vertrages (Art. 81) für nichtig erklärt. In einem der beiden Fälle wurden die betreffenden Krankenversicherungen außerdem verurteilt, dem klägerischen Pharma-Unternehmen den Schaden zu ersetzen, der ihm durch die Festbetragsregelung entstanden ist.

Diese Urteile erregten zurecht Aufsehen. Sie sind inzwischen in der Revision beim Kartellsenat des Bundesgerichtshofes gelandet. Dieser hat vor kurzem die Frage, ob die deutschen Arzneimittelhöchstbeträge mit dem europäischen Kartellrecht vereinbar sind, dem Europäischen Gerichtshof zur Entscheidung vorgelegt.

Im übrigen wirft nicht nur die Festbetragsregelung wettbewerbsrechtliche Zweifelsfragen auf. Auch andere Rechtsakte der zuständigen Gremien im Gesundheitswesen, die für bestimmte Waren und Dienstleistungen den freien, von Angebot und Nachfrage beherrschten Markt beschränken (wie z.B. festgesetzte Pflegesätze, Positivlisten, Erstat-

tungshöchstbeträge), weisen wettbewerbsrechtliche Aspekte auf.

Chance Europa

Vieles wäre noch der Erwähnung wert, etwa die Reglementierungen ärztlicher Kooperationsformen (Stichworte: Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, Partnerschaftsgesellschaft, angestellter Praxisarzt, „Zahnärzte-GmbH“, Zweitpraxis) oder die Entscheidung des EuGH, ärztlichen Bereitschaftsdienst dienst- und besoldungsrechtlich als Arbeitszeit zu behandeln.

Ich möchte damit schließen, die Zahnärzte als Vertreter eines klassischen freien Berufes im Hinblick auf die große historische Entwicklung der Integration Europas zu sensibilisieren. Gerade weil dieser Beruf durch eine Fülle nationaler Regelungen in Gefahr geraten ist, vorrangig als Erfüllungsgehilfe staatlicher Gesundheits- und Finanzpolitik und weniger als Garant der Volksgesundheit gesehen zu werden, sollte man sich bewusst sein, dass die Zeiten zu Ende geben, in denen jeder Staat in Europa in voller Souveränität isolierte Systeme der Gesundheitsversorgung entwickeln kann.

Wir sollten uns deutlich vor Augen führen, dass die Rechtsetzung und Rechtsprechung heute nicht mehr als Spiegelbild einer geschlossenen, national homogenen Gesellschaft gesehen werden können. Der klassische, vollsouveräne Staat des 19. und 20. Jahrhunderts hat in Europa abgedankt. Selbst Kernbereiche staatlicher Souveränität wie etwa die Organisation der Streitkräfte oder die Struktur der Gesundheits- und Sozialsysteme sind europarechtlich kontaminiert.

Konrad Hesse, der Nestor der deutschen Staatsrechtswissenschaft, schrieb der rückwärtsgewandten deutschen Staatsrechtslehre vor wenigen Monaten mit analytischer Präzision ins Stammbuch, wie sehr sich die traditionellen Kategorien von Staat, Souveränität und Kompetenzen auf unserem Kontinent geändert haben. Nach Konrad Hesse hat die deutsche Staatsrechtslehre diese grundstürzenden Veränderungen noch nicht verinnerlicht, sie lebe immer noch „von dem Gedankengut einer Welt, die nicht mehr die unsere ist und die, wie wir immer deutlicher sehen, in den tiefen Wandlungen des ausgehenden 20. Jahrhunderts ihren Untergang gefunden hat. Über ihre Grundlagen, bisher

als gesichert geltende Bestandteile der Staats- und Verfassungslehre, ist die Geschichte hinweggegangen.“ Dies mag man begrüßen oder bedauern – bestreiten kann man es schwerlich.

Die Europäische Gemeinschaft befindet sich in einem dynamischen Integrationsprozess auf der Achse zwischen einem bloßen völkerrechtlichen Staatenbund und einem souveränen Bundesstaat. Sie kann nicht, noch nicht definitiv staats- und völkerrechtlich definiert werden, ihr Endziel, ihre „Finalität“ ist offen. Aber dass sie mehr ist als eine Art gesteigerte Freihandelszone, dies ist Realität. Ob dies nun bedeutet, dass die Europäische Gemeinschaft bereits eigene (spezifische) oder nur geliehene Souveränität hat – diese Diskussion unter deutschen Verfassungsrechtlern erinnert an jenen deutschen Professor, der sein Lebenswerk dem Nachweis widmete, dass nicht Homer die Odyssee und Ilias geschrieben hat, sondern ein anderer, der zur gleichen Zeit lebte und zufällig auch Homer hieß.

In diesem Prozess der europäischen Integration sollten sich die freien Berufe positionieren. Der Beruf des Arztes ist inzwischen in ein dichtes Netz nationaler Reglementierungen eingebunden, die an die Substanz der Freiberuflichkeit gehen, da sie die Therapiefreiheit und die wirtschaftliche Handlungsfreiheit beschränken. Darüber hinaus erlegt europäisches Gemeinschaftsrecht weitere Pflichten auf.

Die Europäisierung der Heilberufe befreit aber auch von Einschränkungen. In einem sich erweiternden und verdichtenden Europa eröffnen sich dem freien Beruf Chancen, die es zu nutzen gilt. Im Wettbewerb der Systeme haben die deutschen freien Berufe aufgrund ihrer hohen Qualifikation und ihrer schlagkräftigen Organisation vorzügliche Ausgangspositionen. Die Öffnung der Grenzen auch und gerade für die freiberuflichen Ärzte sollte deshalb nicht als Gefährdung von Besitzständen empfunden werden, sondern als Chance auf einem europaweiten Dienstleistungsmarkt. Die Heilberufe unterliegen – an-

ders als andere „freie Berufe“ – aufgrund ihrer spezifischen humanitären und sozialen Aufgaben besonderen ethischen und gesellschaftlichen Bindungen. Das Rechtsgut Gesundheit hat für den Einzelnen, aber auch für den Staat einen anderen Stellenwert als das Leistungsspektrum etwa des Architekten. Die Ärzte üben einen freien Beruf in sozialer Verantwortung aus. Hoffen wir, daß die Sozialpolitik in Zukunft die Sicherstellung einer finanzierbaren Gesundheitsversorgung mit der Gewährleistungen dessen, was einen freien Beruf ausmacht, besser in praktische Konkordanz zu bringen vermag, als dies bisher der Fall war. Es gilt, Menschlichkeit und Wirtschaftlichkeit nicht als Gegensätze zu begreifen.

Prof. Dr. Günter Hirsch
ist Präsident des Bundesgerichtshofes

Bauernopfer oder Provinzposse?

Im Sommer 2001 wurden sowohl im „Thüringer Zahnärzteblatt“ als auch im „Thüringer Zahnarzt“, dem Verbandsblatt des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte, Landesverband Thüringen, verschiedene und teilweise emotionale Ansichten zur Rolle des Freien Verbandes und einigen personellen Querelen veröffentlicht. Tatsache war, dass aus den Reihen der Kammerversammlung die Kollegen Dr. Popp (Erfurt) und Dr. Gottfried Wolf (Suhl) als Delegierte für die Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer vorgeschlagen wurden. Beide Kollegen gehörten zu den UDZ-Gründern und hatten sich dieses Vertrauen bei allen Zahnärzten – auch den Nichtfreiverbändlern – erarbeitet. Dieses Engagement und Vertrauen belohnte die Mehrheit der Vertreter der Kammerversammlung mit der Wahl beider Kollegen in die Bundesversammlung der BZÄK. Ein von der Fraktion des FVDZ Thüringen nommierter Vertreter erhielt diesen Vertrauensbeweis nicht und demzufolge auch nur wenige Stimmen der Kammerversammlung – und davon nur von circa 50 Prozent der anwesenden Freiver-

bändler. Aber! Popp und Wolf hatten, da sie von der Fraktion nicht vorgeschlagen waren (sie waren zu kritisch und ehrlich), gegen die Verbandssatzung verstoßen, genau gegen § 18. Nicht Kompetenz und Vertrauen zählen mehr im Freien Verband, sondern Personenkult. Einige Mitglieder des Vorstandes des Landesverbandes Thüringen des FVDZ stellten den Antrag auf Eliminierung der unbequemen und kritischen Mitglieder Popp und Wolf aus dem Freien Verband. Eine sogenannte schriftliche Anhörung wurde vom Bundesvorstand des FVDZ nicht beachtet. Die Benachrichtigung über den Ausschluss aus dem FVDZ erfolgte an beide Kollegen am 22. März 2002. Der Ausschluss aus dem FVDZ geschah kurz vor den Wahlen zu einem neuen Landesverband: Ein Schelm, wer jetzt Böses denkt.

Nachbemerkung: Der seinerzeit vom Freien Verband nommierte Kandidat für die BZÄK-Versammlung wurde im Herbst ebenfalls von der Freiverbands-Fraktion in die Vertreterversammlung der KZV Thüringen als Kandidat

für die KZBV aufgestellt. Nachdem eine mögliche Niederlage abzusehen war, gab er seine Kandidatur zurück und trat gar nicht erst an. Für solche Feigheit hat die Satzung des FVDZ keinen Paragraphen.

Die Wahlen zum Bundesvorstand des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte verliefen ebenso wenig satzungs- und fraktionskonform wie für den Vorsitz in der KZBV (tzb 3/2002). Dies sind die höheren Ebenen des Postenschachers. Zum Vertuschen braucht man in Thüringen zwei Bauernopfer. Denn über eine Provinzposse könnte man noch herzlich lachen. Dies aber ist zu traurig zum Lachen – Zahnärzte, die täglich mit viel zeitlichen und ethischen Aufwand für ihre Patienten da sind, vertrauen darauf, dass sie politisch gut vertreten worden von den Leuten, denen sie letztlich auf Bundesebene sehr angemessene Diäten zahlen.

Dr. Gottfried Wolf, Suhl
Dr. Horst Popp, Erfurt

Kam, sah und siegte

6. Mühlallauf der Thüringer Zahnärzte mit Brandenburger Gewinner

Eisenberg. Beim diesjährigen Mühlallauf war alles anders als in den zurückliegenden fünf Jahren. Das begann mit dem Wetter. Nachdem im letzten Jahr die „Flossentiere im Vorteil“ (Zitat C. Meyer) waren, kamen diesmal auch die Trockenläufer voll auf ihre Kosten. Es war sicherlich nicht wie beim Ironman auf Hawaii, aber diesem wollten die Läufer auch gar nicht nacheifern. Es ging einzig um die Freude am Laufen und da kamen alle auf ihre Kosten.

Was ebenfalls anders war, wird beim Blick auf die Ergebnislisten deutlich: Die Sieger wechselten. Den 5 km-Lauf gewann Dr. Steffi Schwarz. Das Bemerkenswerteste dabei war, dass sie in der Gesamtwertung des 31. Mühlallaufs den dritten Platz belegte. Schnell war sie übrigens nicht nur im Wettkampf, son-

dern auch bei der Siegerehrung. Kaum geehrt, war sie auch schon wieder weg – so scheiterte ein kurzes Interview. Übrigens nahm Frau Dr. Schwarz zum ersten Mal am Mühlallauf teil, in den vergangenen Jahren hatte dies nie geklappt.

Auch beim 15 km-Lauf der Männer gab es in diesem Jahr einen neuen Sieger, der mit nur 8 Sekunden Vorsprung ins Ziel kam. Falk Hoffert, ein Brandenburger Kollege aus Templin, der zum Wochenende bei einem Freund in Klosterlausnitz weilte, schlug die Thüringer allesamt und sorgte dafür, dass der Thüringer Dauergewinner Dr. Peter Krone diesmal nur als Zweiter ins Ziel kam. Dr. Krone hat aber auch in diesem Jahr in seiner Altersgruppe einen ausgezeichneten dritten Platz belegt.

Alle teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen sind sich einig, dass dies nicht der letzte Lauf war. Man kann es allen nur wärmstens empfehlen, die fünf Tage der Woche mit einer nicht sehr haltungsgerechten Körperstellung am Behandlungsstuhl sitzen bzw. stehen, diesen sehr gesunden, Geist und Körper wohltuenden Ausgleich zu versuchen. Auf ein gutes Treffen im nächsten Jahr im landschaftlich reizvollen Mühlal.

*Dr. Karl-Heinz Müller,
Beauftragter der KZV
für Öffentlichkeitsarbeit*

Ergebnisliste 6. Thüringer Zahnärzte-Lauf 2002

Frauen – 5 km

1.	441	ZA Dr. Schwarz, Steffi	63	Jens-Heppner-Fanclub	24:03	F35
2.	475	ZA Rath, Almut	67	Erfurt	28:30	F35

Männer – 15 km

1.	370	ZA Hoffert, Falk	66	IG Postheim Templin	58:29	14.	M35
2.	46	ZA Dr. Krone, Peter	55	LTV Erfurt	58:37	3.	M45
3.	16	ZA Kallenbach, Ullrich	57	Rennsteiglauf-Verein	1:00:44	7.	M45
4.	348	ZA Kaupa, Hartmut	62	o.V.	1:04:29	14.	M40
5.	17	ZA Jakob, Andreas	60	Daberndorf	1:04:51	16.	M40
6.	308	ZA Dr. Steindorf, Michael	57	o.V.	1:12:09	20.	M45
7.	8	ZA Schwedler, Peter	58	Eisenach	1:13:41	37.	M40
8.	60	ZA Dr. Möckel, Matthias	62	Ronneburg	1:14:41	38.	M40
9.	11	ZA Wolf, Johannes	51	Mühlallauf-Verein	1:14:43	17.	M50
10.	124	ZA Dr. Kokott, Rainer	62	Gera	1:15:00	41.	M40
11.	267	ZA Dr. Schwarz, Ullrich	64	Erfurt	1:15:25	46.	M35
12.	138	ZA Dr. Müller, Karl-Heinz	54	Rudolstadt	1:15:57	23.	M45
13.	367	ZA Drath, Volkmar	56	SG Naitschau	1:16:25	24.	M45
14.	150	ZA Klemp, Günter	40	Steinheid	1:17:44	11.	M60
15.	5	ZA Dr. Meyer, Christof	61	Erfurt	1:18:01	46.	M40
16.	248	ZA Dr. Stemmler, Rainer	62	Eisenberg	1:27:25	52.	M40
17.	309	ZA Dr. Veller, Jürgen	58	SV Töttestädle	1:27:35	53.	M40
18.	338	ZA Sperling, Wolfgang	54	USV Jena	1:27:40	34.	M45



Die schnellsten Zahnärzte: Zweitplatzierte Dr. Peter Krone, Sieger Falk Hoffert, Dritter Ullrich Kallenbach (Foto oben v.l.). – Foto unten: Dr. Steffi Schwarz (r.) gewann den Frauenwettbewerb.

Fotos: Müller

Genauere Behandlungsdokumentation wichtig

Aufzeichnungspflicht in der vertragszahnärztlichen Praxis

Von *Ass. jur. Kathrin Borowsky*

Der folgende Artikel lehnt sich an einen früheren Beitrag von KZV-Justitiar Roul Rommeiß (tzb 1/2001) an und resultiert aus den vielfältigen Anfragen der Vertragszahnärzte zu dieser Problematik. Die Verfasserin bemüht sich, die Bedeutung der Aufzeichnungspflicht, insbesondere im Arzthaftungsprozess, zu beleuchten und möchte auf einige Sonderfragen näher eingehen.

Beweis im Arzthaftungsprozess

Seit 1978 bejaht der Bundesgerichtshof (BGH) in seiner Rechtsprechung die Pflicht des Arztes zu angemessener Dokumentation und erklärt sie letztlich nur aus der selbstverständlichen therapeutischen Pflicht gegenüber den Patienten. Darüber hinaus weist er auf die Bedeutung der Dokumentationspflicht für die Beweislastverteilung im Arztfehlerprozess hin. So könne es nicht ohne Gewicht sein, „dass eine Pflicht zur ordnungsgemäßen Dokumentation dem Patienten gegenüber ohnehin besteht, denn soweit diese Pflicht geht, kann der Arzt sich auch beweisrechtlich nicht auf eine angebliche Unzumutbarkeit der erforderlichen Aufzeichnungen berufen“. Es unterliege ferner keinen Bedenken, „diese Pflicht zur Dokumentation wenigstens in dem Umfang, in dem sie sich auch schon aus allgemein therapeutischen Erwägungen anbietet, dem Arzt auch außerprozessual als eine Art Rechenschaftspflicht aufzuerlegen, ähnlich der, die bei der Verwaltung fremden Vermögens seit langem selbstverständlich ist“.

Unzulänglichkeiten der Dokumentation können Patienten in Haftpflichtprozessen Vorteile verschaffen. Fehlt ein ein gebotener Vermerk, wirkt sich dies zu Gunsten des Fehler-nachweises aus. Auch beim Nachweis des Ursachen-Zusammenhangs kann mangelhafte Dokumentation eine Rolle spielen. Zwar bildet die unterlassene Dokumentation nicht selbst die Grundlage für einen Haftungsanspruch. Fehlt sie jedoch, kann gerade dieser Umstand es dem Patienten erleichtern, einen behaupteten Behandlungsfehler nachzuweisen. Grundsätzlich ist aber ein schuldhafter

Behandlungsfehler als Ursache für einen Gesundheitsschaden Voraussetzung für einen Haftungsanspruch. Dies wiederum bedarf der substantiierten Behauptung des Patienten. Nach herrschender Spruchpraxis der Gerichte kommen Beweiserleichterungen zu Gunsten des Patienten dann in Betracht, wenn die gebotene ärztliche Dokumentation lückenhaft oder unzulänglich ist und sich darum für ihn im Schadensfalle die Aufhellung des Sachverhaltes unzumutbar erschwert. Dasselbe gilt im Hinblick auf den grundsätzlich vom Patienten zu erbringenden Beweis dafür, dass der Behandlungsfehler Ursache für den Körperschaden ist. Ferner kommt eine Beweislastumkehr wegen Dokumentationsmängeln regelmäßig dann in Betracht, wenn Krankenunterlagen gezielt nachträglich manipuliert wurden.

Bei alledem bleibt festzuhalten, dass das Dokumentationsversäumnis selbst noch keine Verschiebung der Beweislast auslöst. Der Patient muss im Falle der Ermäßigung seiner Beweislast trotzdem darlegen und gegebenenfalls beweisen, dass ein ärztlicher Fehler als Ursache des eingetretenen Schadens ernstlich in Betracht kommt (Laufs/Uhlenbruck „Handbuch des Arztrechts“).

Einsicht in Krankenunterlagen

Das so genannte vorprozessuale Recht des Patienten, die Krankenunterlagen einzusehen, umfasst auch die Einsichtnahme durch einen beauftragten Rechtsanwalt und die Überlassung von Fotokopien gegen Unkostenersatzung. Sofern der Patient wegen fehlender technischer Möglichkeiten außerstande ist, selbst die Fotokopien zu fertigen, kann der Arzt diese dagegen unschwer fertigen. So wird man den Arzt für verpflichtet halten, gegen Vorkasse die Ablichtungen zu fertigen. Die Einsichtnahme in die Krankenunterlagen hat grundsätzlich in der Praxis des Arztes zu erfolgen. Auf eine Aushändigung der Akten zwecks Ablichtung hat der Patient grundsätzlich keinen Anspruch.

Ist der Patient bereits verstorben, so geht das Einsichtsrecht im Hinblick auf seine Kran-

kenunterlagen auf die Erben über, sofern es um vermögensrechtliche Aspekte geht. Voraussetzung dafür ist, dass der geäußerte oder mutmaßliche Wille des Verstorbenen dem nicht widerspricht. Die Erben müssen das notwendige vermögensrechtliche Interesse an der Einsichtnahme nachweisen. Der BHG neigt darüber hinaus dazu, auch den nächsten Angehörigen des Verstorbenen ein entsprechendes Einsichtsrecht in die Krankenunterlagen zu gewähren. Dies folgt aus dem sogenannten postmortalen Persönlichkeitsbelangen des Verstorbenen.

Der behandelnde (Zahn-)Arzt hat einem später den Patienten untersuchenden und behandelnden (Zahn-)Arzt Auskünfte über Aufzeichnungen zu erteilen und Aufzeichnungen, einschließlich der Röntgenaufnahmen, vorübergehend zu überlassen. Ferner besitzt der Patient auch das Recht, die Herausgabe von Krankenunterlagen an den nachbehandelnden (Zahn-)Arzt zu verlangen. Nach § 28 Abs. 6 Satz 2 RÖV muss der (Zahn-)Arzt dem Patienten Original-Röntgenaufnahmen zur Weiterleitung an den nachbehandelnden (Zahn-)Arzt überlassen, um Doppeluntersuchungen und damit Doppelbelastungen durch Röntgenstrahlungen zu vermeiden. In diesen Fällen empfiehlt es sich, die Röntgenaufnahmen vorübergehend dem Nachbehandler direkt zu übersenden und „zu treuen Händen“ einige Zeit zu überlassen. Dies sollte in der Karteikarte des Patienten vermerkt werden.

Nach angemessener Frist sollte die Rückgabe der Röntgenbilder angemahnt werden, unter Umständen ist die Kammer um Mithilfe zu ersuchen.

Davon zu unterscheiden ist das prozessuale Einsichtsrecht des Patienten. Dies spielt in fast allen Arzthaftungsprozessen eine wichtige Rolle. Das Gericht ist zur Beiziehung der Krankenunterlagen von Amts wegen verpflichtet, wenn dies erforderlich ist, um eine möglichst vollständige Aufklärung des Sachverhaltes herbeizuführen und ein Sachverständigengutachten einzuholen. Die beigezogenen oder vorgelegten Krankenunterlagen sind hier im Original beizubringen und als Teil der Prozessakte anzusehen.

Aufklärung und Dokumentation

Im Hinblick auf das zu führende Aufklärungsgespräch vor ärztlichen Eingriffen ist in der Dokumentation auf folgende Schwerpunkte Wert zu legen:

So soll die Aufklärung dem Patienten angepasst erfolgen und seine psychische Situation, seine medizinischen Kenntnisse und seine Intelligenz berücksichtigen. Im Hinblick auf die Risikoaufklärung gilt, dass diese typische Risiken eines Eingriffs beinhaltet, nicht jede nur mögliche Schädigung. Beispielsweise muss vor der operativen Weisheitszahnentfernung aufgeklärt werden über mögliche Heilungsstörungen und entzündliche Komplikationen, mögliche Schädigungen des Nervus alveolaris inferior und Nervus lingualis und deren Folgen und bei ungünstiger anatomischer Situation über die Möglichkeit einer Kieferfraktur. Der Patient kann ferner eine Aufklärung ablehnen oder auch eine detailliertere Aufklärung fordern. Die Pflicht zur Aufklärung und Einwilligung besteht unabhängig davon, ob ein Eingriff medizinisch klar indiziert oder nicht unbedingt erforderlich ist. Die Aufklärung muss nachweisbar sein. Das Aufklärungsgespräch beinhaltet neben dem Risiko auch Befund und Diagnose, die vorgeschlagene Therapie, alternative Behandlungsmethoden, Folgen der Unterlassung der vorgeschlagenen Behandlung und gegebenenfalls die Gebührenaufklärung (Fibelkorn/Klammt „Das zahnärztliche Haftungsrecht“).

Röntgenaufnahme und Modelle

Modelle und Röntgenaufnahmen zählen ebenfalls zu den Krankenunterlagen. Bei der Bewältigung der der KZV zugewiesenen Aufgaben im Rahmen der Sicherstellung (PAR-Beratungskommission, Prothetikeinigungs-gespräch etc.) sowie in der Wirtschaftlichkeitsprüfung fallen immer wieder Unzulänglichkeiten bei der Dokumentation von Röntgenaufnahmen und Modellen auf. Das BSG betont in ständiger Rechtsprechung, beispielhaft Entscheidung BSG 6. Senat v. 19.11.1985 (Az.: 6 R Ka 14/83), dass der Vertragszahnarzt verpflichtet ist, der Kassen-(zahn)ärztlichen Vereinigung zum Zwecke der Qualitätsprüfung die Röntgenaufnahmen mit den dazu gehörigen Befunden vorzu-legen.

Die vorzulegende Röntgenaufnahme sollte hinreichenden Beweis zur qualitätsgerechten Erbringung der Leistungen liefern können. Es muss also eine eindeutige Zuordnung des Röntgenfilmes zu einem bestimmten Patienten möglich und der Zeitpunkt der Aufnahme vermerkt sein. Diesbezüglich empfiehlt es sich, die Röntgenaufnahmen zu beschriften bzw. in beschrifteten Taschen aufzubewahren. In jedem Fall muss eine Verwechslung der Zuordnung der Aufnahme zu Patient und Aufnahmedatum ausgeschlossen sein. Eine Verwertung der Röntgenaufnahme sollte jederzeit – soweit möglich – erfolgen können, um schädliche Strahlenbelastungen zu vermeiden, die infolge von Doppeluntersuchungen entstehen können. Ein zugänglicher Aufbewahrungsort für die Aufnahme ist daher zu wählen. Des weiteren sollte regelmäßig ein Abgleich mit der Krankenkarte erfolgen. So muss aus der Dokumentation eindeutig hervorgehen, wann eine Röntgenaufnahme erfolgte. Empfehlenswert ist es auch, im Hinblick auf die vorzunehmende Röntgenbestrahlung und die damit zusammenhängende Aufklärung insbesondere die Frage nach einer Schwangerschaft zu vermerken. Manipulationen an der Röntgenaufnahme sowie das Herausschneiden sind zu unterlassen, da ansonsten eine Verminderung des Beweiswertes der Aufnahme mit den damit einhergehenden möglichen genannten Folgen zu befürchten steht.

Neben den Folgen im Arzthaftungsfall sind aber auch – und gerade – die Besonderheiten im Vertragszahnarztrecht zu berücksichtigen. Die ordnungsgemäße Dokumentation bildet eine wesentliche Rolle hinsichtlich des Vergütungsanspruches und im Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren. Kann eine Röntgenaufnahme trotz Aufforderung bei der KZV oder den Prüfungsausschüssen nicht vorgelegt werden und kann der Zahnarzt dies nicht nachvollziehbar entschuldigen (zum Beispiel mit Überlassen an Zweitbehandler), dann können die Leistungen als nicht erbracht angesehen werden. Dies führt regelmäßig zum Verlust des Vergütungsanspruches, unter Umständen auch nachträglich. Auch im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß § 106 SGB V spielen Röntgenaufnahmen eine besondere Rolle. Können Röntgenaufnahmen, die zum Zeitpunkt der Stuserstellung bei PAR vorgelegen haben, nicht vorgelegt werden, kann die Wirtschaftlichkeit in Frage stehen. Hier droht Regress. Röntgenaufnahmen und Modelle stellen obligate Befund-

unterlagen bei der PAR-Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Behandlung dar, auch wenn die Wissenschaft andere Auffassungen vertritt. Da eine ordnungsgemäße Planung, also die Aufstellung des PAR-Status, nur aufgrund ausreichender Befunde möglich ist, ist der Nachweis erforderlich, dass die Aufnahmen zum Zeitpunkt der Planung vorlagen, so dass allein hieraus der ordnungsgemäßen Dokumentation weitere Bedeutung zukommt.

Die ordnungsgemäße Dokumentation des Befundes gehört zum Leistungsinhalt der BEMA – Gebührennummern. Die Dokumentation hat deshalb hinreichende Eintragungen zu Ziel und Ergebnis (Befund und weitergehende Therapie) zu enthalten. Ist die vorgenommene Auswertung nicht darstellbar, kann die Erfüllung des Leistungsinhaltes als Voraussetzung eines Honoraranspruches in Frage gestellt werden. Röntgenaufnahmen, die keinem therapeutischen Zweck dienen (Abklärung von klinischen Befunden und Einleitung notwendiger Therapieschritte), sind nicht nur unwirtschaftlich, sondern können Zweifel an der Indikation begründen. Ist die Indikation zum Röntgenbild zu verneinen, kann sogar der Vorwurf der Körperverletzung erhoben werden. Da demgegenüber ein unterlassenes Röntgen ebenfalls zur Unwirtschaftlichkeit nachfolgender Therapieschritte oder zu Haftungsfällen führen kann, ist die Darstellung des Anlasses und der Feststellungen dringend anzuraten. Die vorzunehmenden Eintragungen richten sich nach dem Gesamtkontext der Kartei. Je klarer sich die Notwendigkeit aus der im übrigen dargestellten Therapie ergibt, z. B. Anfang-, Mess- und Kontrollaufnahme bei WK/WF, um so geringer die Anforderungen an die Dokumentation der einzelnen Röntgenleistung.

Bezüglich der Modelle empfiehlt es sich, diese eindeutig mit Namen und Geburtsdatum zu beschriften. Des weiteren ist die Beschriftung mit dem Datum des Vorliegens in der Praxis günstig. Diese sollte mit der auf dem Krankenblatt identisch sein. Die Modelle müssen ferner jederzeit ausgewertet werden können. Deshalb ist auf eine hinreichende Fixierung und ordnungsgemäße Aufbewahrung größten Wert zu legen (Rundschreiben der KZV Thüringen 1/2001). Ansonsten wäre auch hier wegen unzulänglicher Dokumentation ein nur eingeschränkter Beweiswert zur qualitätsgerechten Erbringung der Leistung zu befürchten.

In der Karteikarte soll möglichst das Datum der Abdrucknahme vermerkt werden, insbesondere, wenn zwischen Abdrucknahme und Vorliegen der Modelle ein zeitlicher Zwischenraum liegt.

Ogleich es für die Beschriftung der Modelle keine Verpflichtung gibt, ist jedenfalls sicherzustellen, dass das Modell hinsichtlich Patient und Zeitpunkt jederzeit – auch zum Teil wesentlich später nach erfolgter Behandlung – zugeordnet werden kann. Kann eine solche Zuordnung wegen fehlender Beschriftung oder fehlender Einträge in der Karteikarte nicht vorgenommen werden, bereitet eine Klärung mittels anderer Unterlagen mitunter Schwierigkeiten.

Laborrechnungen und Eigenlaborbelege sind mitunter nicht aussagekräftig genug, da das Rechnungsdatum oft hinter dem tatsächlichen Fertigungsdatum liegt. Wir bereits beschrieben, müssen die Modelle jedoch zur Planerstellung vorgelegen haben, da sonst an der Wirtschaftlichkeit der Leistung Zweifel gehegt werden kann.

Abrechnung

Zur hinreichenden Dokumentation gehört auch, dass die Ausführungen im Krankenblatt zur Leistungserbringung mit denjenigen in den Abrechnungsunterlagen übereinstimmen. Diesbezügliche Widersprüche gehen zu Lasten des Arztes und können zum Ausschluss von Honoraransprüchen sowie zu disziplinarrechtlichen Sanktionen führen. Entsprechend hat der Zahnarzt durch ein angemessenes Kontrollsystem dafür Sorge zu tragen, dass derartige Widersprüche nicht auftreten. Dazu zählen neben regelmäßigen Kontrollen und Unterweisungen des Personals zeitnahe, am besten tagtäglich vorzunehmende Abgleiche der Daten des Krankenblatt mit denen der Abrechnung und die Fertigung sogenannter Fehlerprotokolle bei Auftreten von Widersprüchen.

Werden unterschiedliche Dokumentationen geführt, ist dies zusätzlich problematisch. Prinzipiell ist eine einheitliche Dokumentation zu fordern, die eine jederzeitige Darstellung aller Behandlungsleistungen ermöglicht. Wird aber eine handschriftliche und elektronische Dokumentation geführt, ist hierbei auf Übereinstimmung zu achten, da ansonsten der Beweiswert der Dokumentation gegenseitig vernichtet bzw. vermindert wird.

Dr. Jürgen Hering zum 65. Geburtstag



Am 27. April 2002 feiert Dr. med. dent. Jürgen Hering (Foto), seit 12 Jahren Thüringer Landesvorsitzender des BDK, seinen 65. Geburtstag.

Der gebürtige Zeitzer begann nach dem Abitur 1955 das Studium der Zahnmedizin an der FSU Jena, welches er 1960 mit dem Staatsexamen erfolgreich beendete. Die anschließende Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie absolvierte er in der Kieferorthopädischen Poliklinik Gera. In dieser Zeit promovierte er zum Dr. med. dent..

Bereits 1965 wurde er zum Oberarzt, 1972 zum Chefarzt der Poliklinik für Kieferorthopädie am Bezirkskrankenhaus Gera berufen. Sein umfangreiches fachliches Wissen, seine Kollegialität und sein ihm eigener Arbeitsstil befähigten ihn, während seiner beruflichen Laufbahn 21 Zahnärzte zu Fachzahnärzten für Kieferorthopädie auszubilden. Desweiteren wurde ihm die Dozententätigkeit an der medizinischen Fachschule Gera übertragen, die er 30 Jahre ausübte. In diese Zeit fällt auch sein langjähriger Vorsitz des Prüfungsausschusses für Stomatologische Schwestern und Fachschwestern und seine Mitgliedschaft in der zentralen Fachkommission Stomatologische Schwestern, wo ihm maßgeblich die Erarbeitung von Lehrplänen oblag.

In Anerkennung seiner erfolgreichen Tätigkeit als Chefarzt der Poliklinik für Orthopädische Stomatologie wurde Dr. Jürgen Hering in die zentrale Fachkommission Kieferorthopädie, in der er bis zur politischen Wende tätig war, als beratender Kieferorthopäde des

Bezirksarztes und Leiter des Arbeitskreises Orthopädische Stomatologie des Bezirkes Gera berufen. Unter seiner Leitung wurden Weiterbildungsveranstaltungen und Gruppenhospitationen auf hohem Niveau durchgeführt, die von allen kieferorthopädisch tätigen Kollegen gerne besucht und auch überregional geschätzt wurden. Vier seiner Weiterbildungsassistenten promovierten unter seiner wissenschaftlichen Betreuung zum Dr. med. mit praxisrelevanten Themen.

Seit 1990 ist Dr. Hering Vorsitzender des damals neu gegründeten ersten „ostdeutschen“ Landesverbandes des Berufsverbandes der Deutschen Kieferorthopäden (BDK) und wurde als erster Vertreter der neuen Bundesländer in den Bundesvorstand des BDK gewählt und mit der Leitung des Ausschusses „Neue Bundesländer“ betraut.

Sein unermüdlicher fachlicher Einsatz widerspiegelt sich auch im Wirken als Gutachter, als Mitglied des kieferorthopädischen Fachausschusses und Landesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen bei der KZV Thüringen sowie als Mitglied des Fortbildungsausschusses der Landes Zahnärztekammer und der Kammerversammlung.

Trotz dieser bundesweiten ehrenamtlichen Tätigkeiten ist sein höchstes Anliegen die fachlich korrekte und nach neuesten wissenschaftlichen Standards ausgerichtete Behandlung der ihm anvertrauten Patienten.

Über 20 Veröffentlichungen und die Publikation des Lehrbuches „Orthopädische Stomatologie für Fachschwestern“, welches er als Mitautor gestaltete, sind Ausdruck seiner wissenschaftlichen Tätigkeit.

Zu seinem Ehrentag wünschen ihm seine Fachkollegen und Freunde alles erdenklich Gute bei bester Gesundheit und die nötige Kraft, die zukünftigen Aufgaben zu bewältigen.

*Dr. Hilmar Reinhardt
Suhl*

*Dipl.-Stom. Hans-Otto Vonderlind
Hildburghausen*

Zahnärztliches Gutachterwesen

PAR-Behandlung unter den Bedingungen der GKV (Schluss)

Von Dr. Horst Popp

Auf der letzten Tagung der KZV Thüringen zum Gutachterwesen wurde eine intensive Diskussion dazu geführt, wie unter den Bedingungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die systematische PAR-Therapie und die prothetische Behandlung durchgeführt werden kann (tzb 12/2001). Das "Thüringer Zahnärzteblatt" schließt in dieser Ausgabe die Veröffentlichung der dazu gehaltenen Fachvorträge ab (tzb 2 + 3/2002).

Die PAR-Referententagung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) sowie die letzte Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGP) in Lübeck beschäftigten sich mit dem krassen Gegensatz zwischen dem nach gegenwärtigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand vorhandenen Anspruch an die PAR-Behandlung und der beschränkten Realität innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). So zwingen die derzeit noch gültigen Richtlinien entgegen der längst fortgeschrittenen internationalen Entwicklung zur Anwendung einer auf die Mitte des vorigen Jahrhunderts zurückgehenden Nomenklatur.

Die KZBV hat längst Konzepte zu kompletten Neuformulierung der PAR-Richtlinien, begleitet von einer umfassenden und befundbezogenen Vor- und Nachbehandlung einschließlich der unumstrittenen finanziellen Eigenbeteiligung und Eigenverantwortung der Patienten, vorgelegt. „Ein Zähneputzen auf Krankenschein“ wird es dabei aber keinesfalls geben. In diesem Zusammenhang verwiesen Prof. Hoffmann und Prof. Meyle auf die Notwendigkeit einer differenzierteren Diagnostik parodontaler Erkrankungen. Prof. Hoffmann aus Dresden stellte die 1999 in Oak Brook (USA) auf der „International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions“ erarbeitete neue Klassifizierung von Parodontalerkrankungen vor. Das Anliegen bestand dabei in der Berücksichtigung aktueller Erkenntnisse sowohl der Pathogeneseforschung als auch der Risikoanalytik der zurückliegenden 15 Jahre.

Zu speziellen Probleme der PAR-Behandlung

innerhalb und am Rande der GKV stimmten die Experten folgende bundeseinheitlichen Standpunkte ab:

- Zur Begutachtung von PAR-Behandlungsanträgen ist die persönliche Inaugenscheinnahme des Patienten unumgänglich.
- Für die Effektivität der Lasertherapie im Rahmen der PAR-Behandlung liegen bisher keinerlei wissenschaftlich belegbare Gleichwertigkeitsstudien vor, somit ist im Rahmen der GKV der Leistungsinhalt der P200 nicht erfüllt. Zuzahlungen für Laserbehandlungen im Rahmen der P200 sind nicht gerechtfertigt. Außerhalb und nach Abschluß der P200 -Behandlung ist eine Lasertherapie privat zu liquidieren.
- Für die PAR-Behandlung mittels Vector wurde in wissenschaftlichen Untersuchungen bestätigt, dass tiefe Taschen damit nicht ausreichend zugänglich sind, ein Abtragen harter Beläge nicht gelingt und bessere Ergebnisse gegenüber herkömmlichen manuellen Behandlungsmethoden für die P 200 nicht erreicht werden können. Somit ist der Einsatz des Vectors nur für das Recall geeignet. Gleiches trifft auf die alleinige Ultraschallbehandlung der P 200 zu.
- Schienungsbehandlungen sind im Rahmen der PAR-Behandlung infolge des fehlenden adjunktiven Effektes zumeist kontraindiziert und daher nur in begründeten Ausnahmefällen gerechtfertigt.
- Die Behandlung mittels Munddusche ist nicht indiziert. Es fehlt die wissenschaftliche Evidenz eines therapeutischen Effektes. Der Einsatz in der zahnärztlichen Praxis erscheint sowohl aus biologischer als auch aus wirtschaftlicher Sicht fraglich.
- Antagonistenlose Weisheitszähne sind entweder zu extrahieren oder mit in die PAR-Behandlung einzubeziehen.
- Die Leistung der P 200 darf nur durch den Zahnarzt selbst erbracht werden, lediglich Teilleistungen sind auf entsprechend qualifiziertes Personal delegierbar.

Die gültigen PAR-Richtlinien sind seit den 70er Jahren nicht geändert und angepasst worden. Ursache ist die vertragliche und finanzielle Misere der bestehenden GKV. Nach aktuellem Wissensstand ist es jedoch dringend notwendig, neue Richtlinien für die PAR-Behandlung zu verabschieden. Die Prävention und Mitarbeit (Eigenverantwortung) des Patienten selbst muss dabei einen entscheidenden Stellenwert erhalten.

Dr. Horst Popp ist PAR-Referent der KZV Thüringen

Anmerkung der Redaktion: Zum Thema PAR-Klassifikation erscheint in Kürze ein Sonderdruck des tzb, in dem auch dieser Beitrag enthalten sein wird.

Ausschreibung

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

Gera

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. 06. 2002** terminiert.

*Helmboldt
Geschäftsstelle
Zulassungsausschuss*

Ärztliche Therapie ohne Mehrwertsteuer

Rund um die Umsatzsteuerpflicht bei Ärzten und Zahnärzten

Von Dr. Eric Pawlitzky

Bekanntlich ist die freiberufliche Tätigkeit von Ärzten und Zahnärzten zum überwiegenden Teil von der Umsatzsteuer befreit (§ 14 Nr. 14 UStG). In einem Schreiben vom 13. Februar hat das Bundesfinanzministerium unter Bezugnahme auf eine EG-Richtlinie nunmehr präzisiert, welche Leistungen nicht unter die Umsatzsteuerbefreiung fallen.

Im wesentlichen bezieht sich die Umsatzsteuerpflicht auf „nicht-therapeutische Tätigkeiten“. Auch wissenschaftliche Veröffentlichungen (zum Beispiel Fachbücher) und die dafür gezahlten Autorenhonorare sind umsatzsteuerpflichtig. Die nebenstehende Übersicht enthält eine Aufzählung, aus der die Zuordnung ausgewählter Tätigkeiten ersichtlich ist.

Kleinunternehmer oder nicht?

Welche Auswirkungen hat das auf die Buchführung und Rechnungslegung einer (zahn-)ärztlichen Praxis? Zunächst sollten (Zahn-)ärzte prüfen, ob sie unter die sogenannte Kleinunternehmerbefreiung des § 19 UStG fallen. Kleinunternehmer ist man, wenn der jährliche Umsatz mit umsatzsteuerpflichtigen Leistungen die Summe von 16 620 € (bzw. zuvor 32 500 DM) nicht übersteigt. In diesem Fall kann man auf die Ausweisung der Umsatzsteuer in den Ausgangsrechnungen verzichten.

Die Konsequenz aus dieser Option besteht aber auch in der Versagung des Vorsteuerabzuges aus Eingangsrechnungen. Was bedeutet das praktisch? Erbringt ein Arzt 20 Prozent seiner Leistungen als umsatzsteuerpflichtige Leistungen, kann er aus seinen Eingangsrechnungen ebenfalls 20 Prozent der Vorsteuer abziehen. Vorsteuer ist diejenige Umsatzsteuer, die der Unternehmer – hier also der Arzt – an andere Unternehmen oder Lieferanten bezahlt, zum Beispiel beim Kauf von Verbrauchsmaterial oder bei Telefon- und Energiekosten sowie Kosten für den Steuerberater. Interessant ist in diesem Zusammenhang die in größeren Investitionen enthaltene Umsatzsteuer.

Umsatzsteuerpflichtig

- Lieferung von Kontaktlinsen
- Alkoholgutachten
- Gutachten für Versicherungen als Grundlage für Versicherungsabschlüsse
- Gutachten zur Berufstauglichkeit oder die Minderung der Erwerbsfähigkeit und über das Sehvermögen (nicht jedoch die Untersuchung der Sehkraft im Rahmen der routinemäßigen Kontrolle beim Augenarzt) in Sozialversicherungsangelegenheiten, in Angelegenheiten der Kriegsopferversorgung und in Schadenersatzprozessen
- dermatologische Untersuchung von kosmetischen Stoffen
- alle Eignungs- und Tauglichkeitsgutachten, wie z. B. Führerscheingutachten, Einstellungsgutachten, Flugscheingutachten, Sportboot-Führerscheine etc. (Wohl eher nicht dazu zählen dürften Untersuchungen im Auftrage des Medizinischen Dienstes.)
- Blutgruppenuntersuchungen für Vaterschaftsfeststellungen
- anthropologisch-erbbiologische Gutachten
- psychologische Tauglichkeitstests, die sich ausschließlich auf die Berufsfindung erstrecken
- Gutachten über die Freiheit des Trinkwassers von Krankheitserregern
- schriftstellerische Tätigkeiten, auch solche in medizinischen Fachzeitschriften
- Vortragstätigkeiten, soweit sie nicht im Rahmen von Lehrveranstaltungen an Universitäten und staatlichen Berufsschulen stattfinden

Umsatzsteuerfrei

- alle therapeutischen Maßnahmen am Patienten
- gerichtsmedizinische und pathologische Gutachten
- pharmakologische Gutachten eines Arztes über die Wirkung von Medikamenten beim Menschen (auch wenn diese Tätigkeit nicht unmittelbar therapeutischen Zwecken dient)
- sportärztliche Gutachtertätigkeit
- Untersuchung von Körperflüssigkeiten
- Impfungen
- Reihenuntersuchungen
- Anpassung von Kontaktlinsen (aber nicht deren Verkauf!)

Dazu ein Beispiel: Ein Arzt kauft im Jahre 2001 eine Behandlungseinheit für 116 000 € (100 000 € plus 16 Prozent Umsatzsteuer). Er realisiert bei einem Gesamtumsatz von 500 000 € einen Anteil von 100 000 € netto an umsatzsteuerpflichtigen Leistungen. Dafür muss er die er in seinen Honorarrechnungen auch Umsatzsteuer ausweisen, da die Kleinunternehmergrenze überschritten wird. Die auf die 100 000 € auszuweisenden 16 000 € Umsatzsteuer schuldet der Arzt dem Finanzamt, das heißt, sie wären für ihn ein „durchlaufender Posten“: nach dem Zahlungseingang von den Patienten bzw. Auftraggebern hat er die Umsatzsteuer nach Abgabe einer Umsatzsteuervoranmeldung an das Finanzamt abzuführen. Da der Arzt aber zum Vorsteuerabzug berechtigt ist, kann er aus den Eingangsrechnungen anteilig die Vorsteuer ziehen. Er kann also 20 Prozent der in den Kosten für die Behandlungseinheit enthaltenen Vorsteuer gegen seine eigene Umsatzsteuerschuld aufrechnen – 20 Prozent deshalb, weil er nur 20 Prozent seines Gesamtumsatzes mit umsatzsteuerpflichtigen Umsätzen realisiert hat. Er hat also einen Vorsteuererstattungsanspruch von 3200 € und führt deshalb an das Finanzamt insgesamt nur einen Betrag von 12 800 € an Umsatzsteuer ab.

Vorsteuer ist Durchlaufposten

Wenn der Arzt die steuerpflichtigen Umsätze mit Partnern aus der Industrie realisiert, zum Beispiel in Gestalt von Gutachten für die Kosmetikindustrie, führt die Ausweisung von Umsatzsteuer in seinen Honorarrechnungen als Aufschlag auf das Netto-Honorar nicht zu einer Verschlechterung der Marktposition. Grund: Auch der Auftraggeber aus der Industrie ist in der Regel selbst zum Vorsteuerabzug berechtigt. Für ihn ist also die Umsatzsteuer in der Rechnung des Arztes auch nur ein durchlaufender Posten.

In den sauren Apfel beißen lediglich Privat-

personen als Rechnungsadressaten (zum Beispiel bei Vaterschaftsgutachten), denn diese haben bekanntlich keine Vorsteuerabzugsberechtigung und müssen die komplette Honorarrechnung mit Umsatzsteuer ausweis hinnehmen. Ebenso betroffen sind Institutionen wie Universitäten oder Körperschaften des öffentlichen Rechts, die – da sie in der Regel von der Umsatzsteuer befreit sind oder nur sehr selten selbst umsatzsteuerpflichtige Leistungen erbringen – ebenfalls Vorsteuern nicht abziehen können.

Praktische Tipps

Einige Tipps zur praktischen Verfahrensweise: Ärzte sollten überschlagen, ob sie die Kleinunternehmergrenze von 16 620 € mit umsatzsteuerpflichtigen Leistungen jährlich überschreiten werden. Umsatzsteuerpflichtig sind sie sofort, wenn sie diese Umsatzgrenze im vergangenen Jahr überschritten haben und zugleich absehbar ist, dass sie im laufenden Jahr mehr als 50 000 € Umsatz machen werden. Trifft dies zu, muss die Umsatzsteuer in allen relevanten Ausgangsrechnungen ausgewiesen werden. Gleichzeitig sollte man zukünftig darauf achten, dass in Rechnungen von mehr als 100 € netto die Umsatzsteuer offen ausgewiesen ist. Außerdem muss bei Rechnungen ab dieser Höhe eine korrekte Rechnungsadresse ausgewiesen sein. Wenn das versäumt wird, ist der Vorsteuerabzug nicht möglich. Bei niedrigeren Rechnungsbeträgen genügt die Angabe des Prozentsatzes der in der Summe enthaltenen Umsatzsteuer.

Auch wenn man „Kleinunternehmer“ im Sinne des § 19 UStG ist, wäre zu überlegen, ob nicht dennoch eine Option zur Umsatzsteuerpflicht sinnvoll sein kann. Schließlich ist der Vorsteuerabzug bei großen Investitionen attraktiv und der Ausweis von Umsatzsteuer für Auftraggeber ohnehin kein Problem, da diese selbst zum Vorsteuerabzug berechtigt sind. Dann sollte man sich unbedingt fachlichen Rat bei einem Steuerberater holen. Proble-

matisch ist nämlich der Umstand, dass man sich für fünf Jahre an den einmal erklärten Verzicht auf die Inanspruchnahme der „Kleinunternehmerbefreiung“ bindet. Es muss also überlegt werden, ob Vorsteuererstattungsansprüche wirklich in der erwarteten Höhe eintreten, es muss abgewogen werden, ob sich die eigene Marktposition durch die „Erhöhung der Preise“ in Gestalt der aufzuschlagenden Umsatzsteuer verschlechtert und es sollte auch der Mehraufwand bei der buchhalterischen Behandlung der Umsatzsteuer ins Kalkül gezogen werden.

Steuerberater empfiehlt sich

Wer umsatzsteuerpflichtig ist bzw. auf die Kleinunternehmerbefreiung verzichtet, muss darauf achten, in den betroffenen Rechnungen auch tatsächlich Umsatzsteuer auszuweisen, damit der Vorsteuerabzug möglich ist. Die exakten Angaben sollte der Steuerberater bei der laufenden Buchhaltung kontrollieren und dann auch die meist quartalsweise abzugebenden Umsatzsteuervoranmeldungen erstellen. Dann ist auch die Anfertigung der Umsatzsteuerjahreserklärung nicht mehr schwierig.

Was ist zu tun, wenn man in der Vergangenheit trotz Überschreitung der Kleinunternehmergrenzen (und damit bestehender Umsatzsteuerpflicht) keine Umsatzsteuererklärungen abgegeben hat? Sofern die Steuerschulden nicht bereits verjährt sind, kann es dann sinnvoll sein, unter Beiziehung eines Fachmanns die Steuererklärungen nachzuholen oder gegebenenfalls sogar eine Selbstanzeige erstellen zu lassen. Hat man die Steuer fahrlässig nicht abgeführt bzw. fälschlicherweise nicht ausgewiesen, kann man mit einer Selbstanzeige Straffreiheit bei den Finanzbehörden erreichen.

Der Autor ist Rechtsanwalt und Geschäftsführer einer Steuerberatungsgesellschaft

Ungültig

Die Landes Zahnärztekammer Thüringen erklärt den Mitgliedsausweis

08022 (Inhaber Dr. Martin Scheide)

wegen Diebstahls für **ungültig**.

Ermächtigung zur Weiterbildung auf dem Gebiet „Oralchirurgie“

Der Vorstand der LZKTh hat folgenden Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, zusätzlich zu den bisher ermächtigten, die Ermächtigung zur Weiterbildung auf dem Gebiet „Oralchirurgie“ erteilt: (anzurechnende Weiterbildungszeit bis zu 1

Jahr je Weiterbildungsassistent)

Ermächtigter ZA: Dr. med. Jörg Epstude
WB-Einrichtung: Eichendorffstr. 17
 07318 Saalfeld
Ermächtigungsbeginn: 13.03.2002

Auch eine Homepage nicht ohne Vorschriften

Neues Gesetz regelt Rahmenbedingungen für den elektronischen Geschäftsverkehr

Von Dr. Olaf Brodersen

Kürzlich ist das Gesetz über den elektronischen Geschäftsverkehr (in Kraft getreten). Damit wird insbesondere das Teledienstgesetz (TDG) vom 22. Juli 1997 geändert. Dieses Gesetz regelt Informationspflichten für Anbieter von Teledienstleistungen, wozu das Gesetz schon die bloße Präsentation von Dienstleistungen im Internet zählt.

Das Gesetz dient der Umsetzung der Richtlinie 2000/31/EG, der sogenannten E-Commerce-Richtlinie. Die Bundeszahnärztekammer wie auch der Zahnärztliche Verbindungsausschuss hatten sich bei den Beratungen zur E-Commerce-Richtlinie im Jahre 1999 ausdrücklich gegen eine Einbeziehung der Zahnärzteschaft in diese Richtlinie ausgesprochen. Dabei wurde deutlich gemacht, dass hier Differenzierungen zwischen den freien Berufen vorzunehmen sind. Während etwa Anwälte durchaus ihre anwaltliche Dienstleistung auf elektronischem Wege erbringen können, ist dies Ärzten und Zahnärzten eben nicht möglich. Dieser Gedanke kommt in dem Erwägungsgrund Nr. 18 am Ende der E-Commerce-Richtlinie zum Ausdruck. Dort heißt es, „ärztlicher Rat mit einer erforderlichen körperlichen Untersuchung eines Patienten, sind keine Dienste der Informationsgesellschaft“.

Das Teledienstgesetz stellt nun allerdings nicht darauf ab, dass ein Teledienst die zahnärztliche Beratung sei, sondern sieht einen Teledienst schon bei der „Verbreitung von Informationen über Waren und Dienstleistungsangebote“ als gegeben an, so die Definition in § 2 Abs. 2 Nr. 2 TDG. Die Bundeszahnärztekammer hat im Vorfeld mit dem zuständigen Bundesjustizministerium und dieses wiederum mit dem Bundeswirtschaftsministerium erörtert, inwieweit das Gesetz auf die Präsentation des Zahnarztes im Internet anzuwenden ist. Dabei wurde auf den Gesichtspunkt, dass im Regelfall keine zahnärztliche Dienstleistung per Internet erfolgen kann, hingewiesen. Das Ministerium hat zwar zu erkennen gegeben, dass die Bedeutung des Teledienstgesetzes im zahnärztlichen Bereich anders zu beurteilen sei als etwa bei den Rechtsanwälten, sah sich jedoch auf

Grund der Vorgaben in der EU-Richtlinie nicht in der Lage, die Zahnärzte vom Geltungsbereich des Gesetzes auszunehmen.

Es gilt also, dass das Kriterium des Teledienstes schon dadurch erfüllt ist, dass ein Zahnarzt seine Homepage ins Internet stellt und damit über das Internet seine Dienstleistungen als Zahnarzt anbietet. Darauf, dass er keine Dienstleistungen per Internet erbringt, kommt es nicht mehr an. Liegt danach ein Teledienst vor, so treffen Dienstanbieter nach § 6 TDG bestimmte Informationspflichten. In den Ziffern 1 und 2 wird die Angabe von Namen, Anschrift und E-Mail-Adresse gefordert. Soweit eine Umsatzsteueridentifikationsnummer vorhanden ist, ist diese nach Ziffer 6 anzugeben.

Nach der Begründung des Gesetzentwurfs (Bundestagsdrucksache 14/6098 Seite 21) fallen die Freien Berufe unter die weiteren Informationspflichten nach der Ziffer 5. Dies ist insofern nicht ganz verständlich, weil sich das Gesetz auf die unter die Allgemeine Richtlinie 89/48 über die Anerkennung von Diplomen fallenden Berufe bezieht, während für den Zahnarzt die sektoralen Richtlinien 78/686 und 78/687 gelten.

Da jedoch in der Begründung ausdrücklich von Zahnärzten wie auch Ärzten die Rede ist, müssen künftig auch die in § 6 Nr. 5 a) bis c) aufgeführten Informationen gegeben werden:

- die Kammer, welcher die Dienstanbieter angehören
- die gesetzliche Berufsbezeichnung und den Staat, in dem die Berufsbezeichnung verliehen worden ist
- die Bezeichnung der berufsrechtlichen Regelungen und dazu, wie diese zugänglich sind

Diese Informationen müssen laut TDG „leicht erkennbar, unmittelbar erreichbar und ständig verfügbar“ gehalten werden. Das Gesetz fordert bei einer Tätigkeit, die der behördlichen Zulassung bedarf, Angaben zur zuständigen Aufsichtsbehörde. Was genau unter einer „behördlichen Zulassung“ zu verste-

hen ist, sagen Gesetz und Begründung nicht genau. Bei Vertragszahnärzten könnte daran gedacht werden, die KZV-Zulassung als behördliche Zulassung anzusehen, so dass neben der Kammer nach § 6 Nr. 5 a) auch die KZV nach § 6 Nr. 3 möglicherweise angegeben werden müsste.

Weiter ist nach Auffassung der Bundeszahnärztekammer nicht eindeutig, was unter „berufsrechtlichen Regelungen“ nach § 6 Nr. 5 c) zu verstehen ist. Nach der Begründung sind dies „alle rechtlich verbindlichen Normen, insbesondere Gesetze und Satzungen, die die Voraussetzungen für die Ausübung des Berufs oder die Führung des Titels sowie ggf. die spezifischen Pflichten der Berufsangehörigen regeln“. Für den Rechtsanwalt werden die Bundesrechtsanwaltsordnung, die Bundesrechtsanwaltsgebührenordnung und die Berufsordnung für Rechtsanwälte genannt. Nach der Begründung ist es ausreichend, bei Vorschriften die Fundstelle im Bundesgesetzblatt oder einer anderen öffentlich zugänglichen Sammlung, auch in elektronischer Form, zu nennen oder einen Link auf Sammlungen im Netz, z. B. von den Kammern der Freien Berufe vorzusehen. Auch hierdurch ist nicht eindeutig geklärt, welche Vorschriften der Zahnarzt anzugeben hat. Entsprechend dem Beispiel zu den Rechtsanwälten kämen das Zahnheilkundegesetz, die Gebührenordnung für Zahnärzte und die Berufsordnung in Betracht. Erstere könnten mit der Fundstelle im Bundesgesetzblatt angegeben werden (ZHG: BGBl. I 1952, S. 1225; GOZ; BGBl. I 1987, S. 2316). Um das Gesetz vollständig zu erfüllen, müssten dann allerdings eigentlich sämtliche Fundstellen der Änderungen ebenfalls angegeben werden. Alternativ könnten die Zahnärzte auf ihre Internetseiten oder die Internetseiten der Bundeszahnärztekammer verweisen bzw. einen Link vorsehen. Die Bundeszahnärztekammer hat das Zahnheilkundegesetz und die GOZ in das Internet eingestellt. Die LZKTh wird die Berufsordnung ins Internet stellen. Allerdings birgt der Verweis auf eine andere Internetseite die Gefahr, dass das Kriterium der ständigen Verfügbarkeit nicht gegeben ist, etwa wenn die Internetseite der Kammer nicht erreichbar ist. Fraglich ist, ob auch die GKV-Regelungen, wie etwa der BEMA, eingegeben

Pflichtangaben	Erklärung
Name	
Anschrift	
E-Mail-Adresse	
Berufsbezeichnung	Zahnarzt bzw. Zahnärztin
Berufsbezeichnung verleihender Staat	Hier müsste nach unserer Auffassung der Staat aufgeführt werden, in dem der Zahnarzt seine Approbation erworben, unabhängig davon, dass sie etwa in Deutschland auf Grund der EU-Richtlinie anerkannt wird.
Kammer	Im Hinblick auf einen möglichen Link etwa zur Berufsordnung könnte auch gleich ein Link auf die Internetseiten der Kammer, die die weiteren Kommunikationsnummern enthalten, vorgesehen werden.
Berufsrechtliche Regelungen	Zahnheilkundegesetz, GOZ und Berufsordnung; Angabe der Fundstelle bei ZHG und GOZ möglich, sonst Link auf die Internetseite der Kammer oder der BZÄK (für ZHG und GOZ).
Umsatzsteuer-identifikationsnummer	soweit der Zahnarzt umsatzsteuerpflichtig ist und eine Umsatzsteueridentifikationsnummer hat, muss auch diese angegeben werden.

werden müssen. Dies könnte unter Hinweis darauf, dass die Zahlungen nicht vom Patienten geleistet werden, verneint werden. Demnach bestehen nach dem derzeitigen Kenntnisstand folgende Pflichtangaben nach dem Teledienstgesetz (siehe nebenstehende Darstellung).

Verstöße gegen das Teledienstgesetz sind gem. § 12 TDG eine Ordnungswidrigkeit und können mit einer Geldbuße bis zu 50 000 € geahndet werden.

Da eine solche Geldbuße von der in Thüringen zuständigen Stelle verhängt würde, wird die Landes Zahnärztekammer Thüringen mit dieser eine Klärung hinsichtlich der nicht eindeutigen Pflichtangaben herbeiführen. Des weiteren werden auf den Internetseiten der LZKTh alle in der Tabelle genannten Angaben in nächster Zeit zur Verfügung gestellt werden. Durch die Entwicklung eines Buttons wird die LZKTh die einfache Einbindung auf Ihre Internetseite unterstützen.

Bei Rückfragen:

Dr. Brodersen, ☎ 0361/7432-115 oder E-Mail: webmaster@lzkth.de.

Wenn der Zahnarzt bauen lässt

Bei Umbauten in der Praxis muss seit kurzem Bauabzugssteuer abgeführt werden

Erfurt (tzb). Mit Jahresbeginn ist durch die Einführung des §48 ff EStG die sogenannte Bauabzugssteuer in Kraft getreten. Diese Vorschrift macht unter anderem alle Kammern und Zahnärzte zu Hilfsbeamten der Finanzverwaltung. Grund: Bei der Beauftragung von Bauhandwerkern muss der Bauherr von dem geschuldeten Entgelt einen Betrag von 15 Prozent abziehen und direkt an das Finanzamt überweisen. Damit will die Finanzverwaltung die Schwarzarbeit bekämpfen. Die Neuregelung gilt auch für Zahnärzte oder eine Kammer, wenn diese Handwerker mit Renovierungen oder Umbauten in der Praxis oder im Kammergebäude beauftragen. Darauf weist die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) hin. Schließlich sind in diesem Fall der Zahnarzt oder die Kammer Bauherr. Die die wichtigsten Punkte dieser neuen Vorschrift hat die BZÄK zusammengestellt.

Zum Abzug der Bauabzugssteuer verpflichtet ist demnach der Empfänger der Bauleistung,

wenn es sich bei ihm um eine juristische Person des öffentlichen Rechts oder einen Unternehmer im Sinne des Umsatzsteuerrechts (§ 2 UStG) handelt.

Auch für KZV und Kammer

Unternehmer im Sinne des Umsatzsteuerrechts ist jede Person, wenn sie nachhaltig eine gewerbliche oder freiberufliche Tätigkeit zur Erzielung von Einnahmen ausübt. Damit ist klar, dass Zahnärzte, Hausvermieter und überhaupt jeder Kleinunternehmer, egal ob er steuerfreie oder steuerpflichtige Einnahmen erzielt, die Bauabzugssteuer einzubehalten und abzuführen hat. Aber auch die Kammern und KZV als juristische Personen des öffentlichen Rechts sind zur Einbehaltung der Bauabzugssteuer verpflichtet. Lediglich Privatleute, die an ihrem selbstgenutzten Einfamilienhaus Baumaßnahmen durchführen, sind von der Bauabzugssteuer befreit.

Zu den abzugspflichtigen Bauleistungen rechnen alle Maßnahmen, die der Herstellung, Instandsetzung oder -haltung, Änderung oder Beseitigung von Bauwerken dienen. Eine Bauleistung liegt immer dann vor, wenn an dem Gebäude bzw. den Räumen eine Verbesserung, Erweiterung oder Erhaltung der Substanz erfolgt. Damit dürfte der Einbau eines neuen Fußbodens wohl unter die Abzugsverpflichtung fallen, nicht aber der Austausch eines verschlissenen Teppichs oder die Tapezierung der Räume. Nach den Ausführungen der Finanzverwaltung sollen aber auch Einbauten, die fest mit dem Gebäude verbunden sind, unter die Abzugsverpflichtung fallen. Extra genannt werden die Einbauküchen und die Ladeneinbauten. Die Finanzverwaltung scheint damit den Umfang der abzugspflichtigen Bauleistungen sehr weit zu fassen.

Der Steuerabzug beträgt 15 Prozent des Brutto-Rechnungsbetrages.

Beispiel: Renovierung der Mieträume

Kosten	10 000 €
zzgl. 16% Ust.	1600 €
Bemessungsgrundlage	11 600 €
15% Bauabzugssteuer	1740,00 €

Die Bauabzugssteuer muss vom Auftraggeber einbehalten werden und bis zum 10. Tag nach Ablauf des Monats, in dem die Rechnung (auch Teilrechnungsbeträge) zu 85 Prozent bezahlt worden ist, an Finanzamt abgeführt werden – und zwar an jenes, das für den Handwerker zuständig ist. Der Auftraggeber ist verpflichtet, mit dem Handwerker über

den einbehaltenen Steuerabzug abzurechnen. Die Abrechnung muss folgende Angaben enthalten:

- Name und Anschrift des Handwerkers,
- Rechnungsbetrag- und datum,
- Zahltag,
- Höhe des Steuerabzugs
- das Finanzamt, bei dem der Abzugsbetrag angemeldet worden ist

Der Abzugsbetrag wird später vom Finanzamt mit der Steuerschuld des Handwerkers verrechnet.

Die Bauabzugssteuer entfällt dann, wenn Bauleistungen unter der Bagatellgrenze von 5000 Euro, die der Handwerker für einen Auftraggeber im laufenden Kalenderjahr erbringt, liegen. Sie entfällt auch dann, wenn die Freistellungsbescheinigung des Handwerkers vorgelegt wird. Diese Freistellungsbescheinigung erhält der Handwerker von seinem zuständigen Finanzamt, falls er seine steuerlichen Pflichten in der Vergangenheit stets erfüllt hat. Der Antrag bedarf keiner besonderen Form. Die Freistellungsbescheinigung ist dem Auftraggeber dann jeweils in Kopie auszuhändigen.

Bemessen der zahnärztlichen Leistung

Hinweise der Landeszahnärztekammer zur Privatliquidation

Von Dr. Gisela Brodersen

Der § 5 GOZ „Bemessen der Gebühren“ bietet für den Zahnarzt noch viel Gestaltungsspielraum bei der Abrechnung. Leider scheinen jedoch nach wie vor viele Zahnärzte – und es sind dies schätzungsweise 76 Prozent – bei ihren Liquidationen nach der GOZ nur den 2,3fachen Steigerungssatz zu kennen. Es muss sich schon die Frage gestellt werden, ob eine solche Gestaltung der Liquidation überhaupt den Anforderungen der GOZ entspricht?

Die GOZ schreibt im § 5 Abs. 2 vor: „Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistungen sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien die rechtfertigen.“

Der Verordnungstext verlangt also vom Zahnarzt eine Bemessung seiner erbrachten Leistungen nach festgelegten Bemessungskriterien. Das sind

- die Schwierigkeit der erbrachten Leistung, wobei auch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles zu berücksichtigen ist
- der Zeitaufwand zur Erbringung der Leistung
- die Umstände bei der Ausführung der Leistung.

Die Bemessung ist nicht als Möglichkeit zu verstehen, sondern als Pflicht. Die Ermessensausübung nach § 5 Abs. 2 muss erfolgen.

Was unter Ermessen zu verstehen ist, sagt das BGB in § 315. Soll nämlich eine Leistung durch einen Vertragsschließenden bestimmt werden, so ist im Zweifel anzunehmen, dass die Bestimmung nach billigem Ermessen (siehe Formulierung in § 5 Abs. 2) zu treffen ist. Somit ist die Bestimmung nur dann für den anderen Teil, nämlich dem Patienten, verbindlich, wenn sie auch der Billigkeit entspricht.

Somit hat ein Zahnarzt bei Ausübung seines Ermessens bei jeder einzelnen Position an-

hand der Kriterien nach § 5 Abs. 2 die Höhe der Gebühren zu bestimmen und zwar unter Berücksichtigung der bereits genannten Bemessungskriterien. Die Folge ist, dass eine nur mit dem Steigerungsfaktor 2,3 ausgestattete Rechnung für alle Positionen vor Gericht nicht standhält, weil der Richter nämlich fragen würde, wo das Ermessen geblieben sei. Der Patient wiederum brauchte keine Zahlung zu leisten, da er durch eine solche Rechnung nicht in Verzug gerät, weil es eben an der Ermessensausübung mangelt.

Auf den geschilderten Tatbestand hebt das Amtsgericht Hamburg in seiner Entscheidung vom 23. Februar 2000 (A7 6 C 501/99) ab. Nach Ansicht des Gerichtes lässt die ausschließliche Anwendung des 2,3fachen Steigerungssatzes nicht auf ein einzelfallspezifisch ausgeübtes Ermessen schließen und kommt zu dem Schluss, dass „... die gesamte Rechnung mit durchgängigem Steigerungsfaktor 2,3 ... aus den genannten Gründen nicht zur Zahlung fällig...“ war.

Die Landeszahnärztekammer Thüringen muss wegen des geschilderten Sachverhaltes eine von Patientenseite mit der Bitte um Prüfung auf gebührenrechtliche Richtigkeit vorgelegte Rechnung mit einem durchgängigen Steigerungsfaktor als nicht verordnungskonform zurückweisen.

Innovationen in der Teleskop- und Implantatprothetik

Galvanoforming und keramische Verblendungsmaterialien

J.-A. Beyer, I. Lückerath**, M. Hemmer**, W. Lückerath**

Wachsende Ansprüche und ein gesteigertes Qualitätsbewusstsein unserer Patienten zwingen bei der Anfertigung von Zahnersatz zur ständigen Weiterentwicklung bereits bewährter Verfahren. So wird Kunststoff für die Verblendung von Teleskopprothesen trotz seiner Nachteile, wie Tendenz zur Verfärbung und mangelnde Abrasionsfestigkeit, bereits seit vielen Jahren als Mittel der Wahl angesehen. Um auch langfristig höchsten ästhetischen und funktionellen Ansprüchen gerecht zu werden und gleichzeitig die Vorteile der Doppelkronen-

technik zu nutzen, stellt die keramische Verblendung des abnehmbaren Zahnersatzes aufgrund neuerer Erkenntnisse einer Longitudinalstudie bei richtiger Indikationsstellung und Verarbeitung eine interessante Alternative dar. Mit der Einbeziehung der Intermediären-Galvanokronen-Technik ist vor allem in der Versorgung von Implantaten die Möglichkeit geschaffen, eine spannungsfreie Ankopplung des Sekundärgerüst an die künstlichen Pfeiler zu garantieren und so auch langfristig den Behandlungserfolg zu gewährleisten.

Einleitung

Doppelkronen haben sich als Verbindungselement zwischen abnehmbarem Zahnersatz und Restzahnbestand in der partiellen Prothetik bereits seit vielen Jahren bewährt (Ger-

net et al. 1988, Kerschbaum 1987, Lehmann 1991, Lehmann 1996, Starr 1986). Das Indikationsgebiet erstreckt sich von Versorgung mit rein parodontaler Abstützung auf natürlichen und künstlichen Pfeilern in Form von abnehmbaren Brücken über Versorgung



Abb 1: Komfortbetonte gaumenfreie Hybridprothese im stark reduzierten Restgebiss.

zum Heraustrennen und Sammeln

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. W. Lückerath
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
(Direktor: Prof. Dr. B. Koeck)
des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn.

Literatur:

Quellen liegen dem Verfasser vor

* Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn.

** Praxisgemeinschaft I. Lückerath und M. Hemmer, Bonn, in Zusammenarbeit mit dem Prof. Dr. W. Lückerath Institut für Orale Rehabilitationsmedizin, Bonn.



Abb 2a,b: Extremes Leichtbau durch die Verwendung eines skelettierten Modellgussgerüsts (siehe auch Abb. 8) und Galvano-Außenteleskope.

gen mit parodontaler-gingivaler Lagerung im reduzierten Restgebiss bis hin zu teleskopierend verankerten Zahnersatz mit Resilienzgleichgewicht (Abb. 1). Die Übergänge zur Hybrid-, Total- und Implantatprothetik sind dabei oft fließend (Besimo 1994, Böttger 1969, Gernet 1983, Hofmann 1973, Marxkors 1984) (Abb. 2a, b). Ein Hauptvorteil von Doppelkronensystemen liegt in der Erweiterbarkeit, der die Planung von Zahnersatz insbesondere bei fraglicher parodontaler Wertigkeit der Pfeilerzähne zu einem wirtschaftlich kalkulierbaren Risiko macht (Abb. 3a,b). Weitere Vorteile wie optimale Hygienefähigkeit und axiale Belastung der Pfeiler sowie die Möglichkeit, neuere Gedanken zum Thema Mono-Metall-Versorgung in diese Therapieform mit einfließen lassen zu können (Lehmann 1996, Lenz 1993, Reuling 1992), seien an dieser Stelle nur kurz erwähnt. Nicht zuletzt durch die erfolgreiche Entwicklung auf dem Gebiet der Implantologie wird der teleskopierende Zahnersatz als bewährtes und risikoarmes Verfahren mit breitem Einsatzbe-

reich auch in Zukunft einen hohen Stellenwert in der modernen Zahnheilkunde behalten. Neben den genannten Vorteilen ergeben sich bei der Doppelkronentechnik auch eine Reihe konstruktionsbedingter Nachteile.

Verblendungsmaterialien für teleskopierende Sekundärgerüste

Kunststoff ist aufgrund seiner Material- und Verarbeitungseigenschaften für die Verblendung sichtbarer Areale bei Teleskopprothesen als Mittel der Wahl anzusehen (Hofmann 1980). Die Umstellung der Verblendmaterialien von Heiß- und Kaltpolymerisaten auf lichthärtende Kunststoffe sowie die Einführung der sogenannten Polygläser führte zu einer komfortableren und schnelleren Herstellung der Verblendungen. Durch die Möglichkeit der individuellen Schichttechnik verbesserte sich zumindest kurzfristig zudem auch der ästhetische Aspekt. Aufgrund der mangelnden Stabilität der für die Lichthär-

tung verantwortlichen chemischen Verbindungen sowie den damit verbundenen gestiegenen Anforderungen an die Zahntechnik bezüglich der Politur der Oberfläche kann jedoch die Farbkonstanz mittel- und langfristig problematisch sein. Die Plaqueanfälligkeit sowie die Notwendigkeit der Aufarbeitung von sich verfärbenden Verblendungen nahm deutlich zu (Lückerath 1997, Weber 1997).

Im Gegensatz dazu werden keramische Verblendungen vor allem in der Kronen- und Brückenprothetik auch langfristig höchsten ästhetischen Ansprüchen gerecht (Abb. 4). Die Kombination einer präprothetischen Weichgewebekonditionierung, einer präzisen Präparations- und Abdrucktechnik, der genauen Bestimmung der dreidimensionalen Unterkieferposition und die keramische Verblendung des Sekundärgerüsts unter Berücksichtigung protektiver Okklusionskonzepte stellt dagegen eine Möglichkeit dar, die konventionellen Vorteile des teleskopierenden Zahnersatzes mit den Vorzügen einer



Abb 3a,b: Die F3-Furkationsbeteiligung der beiden Molaren macht mittelfristig eine Erweiterungsfähigkeit des Zahnersatzes notwendig. Auch hier bringt die Kombination von hochpräzisen aber leichten Galvano-Außenteleskopen und eines Targis-Vectris-Gerüsts eine deutliche Gewichtsersparung.

auch langfristig ästhetisch anspruchsvollen Versorgung zu verbinden. Die keramische Verblendung von Sekundärgerüsten erfordert dabei von Seiten des Zahnarztes und des zahntechnischen Labors ein hohes Maß an Sorgfalt bei der Planung und Herstellung (Abb.5 a–d).

Es versteht sich von selbst, dass der Patient dabei genauestens über die tägliche Pflege und optische Kontrolle instruiert wird, um sich so, auch unter dem Aspekt des „Werterhaltes“, der Bedeutung seiner eigenen Verantwortung für den langfristigen Erhalt seines Zahnersatzes bewusst zu sein. Darüber hinaus ist die genaue Instruktion über das Einsetzen und Herausnehmen der Versorgung aus dem Munde obligat. Forcierte einseitige Kräfteanwendungen zur Lösung des abnehmbaren Zahnersatzes mit starken



Abb 4: Detail einer galvanokeramischen Totalrehabilitation.



Abb. 5a: Restzahnbestand nach Parodontaltherapie.



Abb 5b: Da die ästhetisch anspruchsvolle Patientin keine Implantation wünschte wurde ein kemisch verblendeter konuskronen-gestützter abnehmbarer Zahnersatz eingegliedert.



Abb. 5c: Detail der Frontzahnästhetik.



Abb 5d: Primärgerüst, Sekundärgerüst und die keramische Verblendungen müssen untergebracht werden. Eine primäre Parallelität der präparierten Pfeiler ist unbedingte Voraussetzung für ein gutes ästhetisches Ergebnis.



Abb. 6a: Vorteilhafte Kombination von natürlichen und künstlichen Pfeilern zur Realisation einer teleskopierenden abnehmbaren Brücke.



Abb 6b: Okklusalanzeige des Zahnersatzes. Keine okklusale störenden Schraubstellen im Bereich der Implantate. Vollständige Kontrolle der okklusalen Morphologie als Voraussetzung für den langfristigen Erfolg der Restauration.



Abb. 6c: Langfristig stabiles (keramische Verblendung) funktionelles und ästhetisches Behandlungsergebnis.



Abb 7: Titanfräszylinder als individuelles Implantatabutment mit aufgalvanisierter hochpräziser intermediären Galvano-Krone.

Scherbelastungen sind zu vermeiden.

Spannungsfreie Ankoppelung des Sekundärgerüsts

Bei der keramischen Verblendung des Sekundärgerüsts ist auf eine spannungsfreie aber gleichzeitig genaue Ankoppelung an die natürlichen (Restbezzahnung) oder künstlichen (Implantate) Pfeiler zu achten, um Scherkräften vorzubeugen, die Abplatzungsgefahr der Keramik zu minimieren und damit die Überlebensprognose der hochwertigen Versorgung zu verbessern. Dies gilt insbesondere für die Implantatprothetik, wo der parodontale Toleranzbereich bei der Ankopplung umfangreicher Sekundärkonstruktionen durch die Ankylose osseointegrierter Implantate fehlt (Abb. 6a–c). Einen funktionierenden und dabei gleichzeitig das Knochen-Interface

oder andere Befestigungselemente nicht belastenden friktiven und hochpräzisen Ankopplungsmechanismus stellt die sogenannte Intermediäre-Galvano-Krone (IGK) dar (Abb. 7). Durch die Interposition der 0,15–0,2 Millimeter dicken, galvanotechnisch hergestellten Feingoldkappe wird einerseits die hochpräzise Ankopplung an das Primärgerüst (Innenteleskop) garantiert. Andererseits werden systembedingte Verfahrensfehler in der techniksensitiven Teleskoptechnik und die daraus resultierenden Spannungen in der Sekundärkonstruktion durch die bewusste Einarbeitung einer Spielpassung zwischen der Intermediären-Galvano-Krone (IGK) und der Tertiärkonstruktion umgangen (Abb. 8). Bei Eingliederung der fertigen Arbeit können die Intermediären-Galvano-Kronen im Mund des Patienten unter Elimination werkstoffkundlicher oder verarbeitungstechnischer Fehler spannungsfrei in die Sekundär-

konstruktion eingeklebt werden.

Klinische Empfehlungen

Nach genauer klinischer Befunderhebung sowie dem Ausschluss von funktionellen Störungen des Patienten sollte bei der Planung des Behandlungsablaufes abgewägt werden, ob die Austestung einer neuen Unterkieferposition über Aufbissbehelfe, Langzeitprovisorien und/oder Interimsprothesen indiziert ist. Darüber hinaus kann es insbesondere im ästhetisch wichtigen anterioren Bereich notwendig sein, die sog. „rote Ästhetik“ durch Konditionierung des Weichgewebes der nicht-zahntragender Alveolarkammabschnitte durch subtraktive (z.B. elektrochirurgische Konturierung des Pontikbereiches und Ausformung über Provisorien) oder additive (z.B. Aufbau von Kieferkammdefekten durch Bindegewebs-/Knochen-Transplantat) Ausfor-

mung zu optimieren. Aus parodontalprophylaktischer Sicht ist im Bereich der zahntragenden Alveolarkammabschnitte v.a. auf den Erhalt der „biologischen Breite“ zu achten und ggf. chirurgisch zu korrigieren. Erst nach Abschluss der Vorbehandlungen und entsprechender Ausreifung der Gewebe kann in konventioneller Form die weitere Behandlung erfolgen. Systembedingt können bei der Doppelkronen-Technik Dysparallelitäten der Pfeilerzähne durch Korrektur der Längsachse der Primärteile ausgeglichen werden. Diese konstruktive Möglichkeit verleitet jedoch dazu, der achsparallelen Präparation weniger Aufmerksamkeit zu schenken, was gerade im Frontzahnbereich zu unnötigen Verdickungen der Innenteleskope führt. Primäres Ziel der Präparation ist es daher neben der Reduktion der Zahnhartsubstanz, eine sofortige primäre Parallelität der Pfeilerzähne zu erreichen und eine möglichst dünne Ausgestaltung der Innenteleskope zu gewährleisten. Um in den, für die keramische Verblendung besonders kritischen zervikalen Bereichen ausreichend Substanzreduktion zu gewährleisten, ist eine Stufenpräparation bzw. ausgeprägte Hohlkehlnpräparation wünschenswert (siehe auch Abb.5d). Zur Vorbeugung von Diskrepanzen zwischen Modell- bzw. Artikulatorsituation und der Mundsituation des Patienten sollten auch die weiteren Arbeitsschritte wie die Einprobe der Primärgerüste, die Überabformung zur Herstellung des Meistermodells sowie die anschließende Bestimmung der dreidimensionalen Unterkieferposition mit größter Aufmerksamkeit durchgeführt und kontrolliert werden (Silikon-Probe, Split-Cast-Probe, Vergleich der Registrare usw.).

Labortechnische Empfehlungen

Die Anfertigung von keramisch verblendetem teleskopierendem Zahnersatzes erfordert vom zahntechnischen Labor bei der Herstellung und Fräsung der Primär und Sekundärstrukturen ein hohes Maß an Präzision und Sorgfalt, da selbst kleine Passungenauigkeiten zu lokalen Spitzenbelastungen im Metall-/Keramikverbund führen. Umfangreiche werkstoffkundliche Kenntnisse bezüglich der Kompatibilität der Wärmeausdehnungskoeffizienten (WAK) geeigneter Metall/Keramik-Systeme sind Voraussetzung. Für die Herstellung der Primär- und Sekundärstrukturen hat sich bei uns eine zervikale 2° Konusfräsung von etwa 2–3 Millimeter Breite mit graduelltem Anstieg des Fräswinkels im mehr koronaren Anteil gut bewährt. Eine günstige aber durchaus preiswürdige Alternative zu den, bei der Herstellung von keramisch verblendeten Sekundärgerüsten bewährten Hochgoldlegierungen stellen NEM-Legierungen dar. Die sonst für die Doppelkronentechnik bemängelten materialbedingten Nachteile können dabei mit Hilfe der galvanisch hergestellten Intermediären Galvanokrone (IGK) ausgeglichen werden. Mit der Herstellung von Innen- und Außenteleskopen (bei der Implantatprothetik auch Mesostrukturen) sowie des Gerüsts aus NEM-Legierungen oder Titan und einer auf das Innenteleskop aufgalvanisierten IGK wird man Forderungen nach Präzision und Wirtschaftlichkeit gerecht. Darüber hinaus sind auf diese Weise auch neuere Gedanken zum Thema Mono-Metall-Versorgung realisiert (Abb. 9).



Abb 8: Detail einer totalen teleskopierenden Brücke im Better in Practice® Verfahren. Zur Elimination von Passungenauigkeiten werden die Intermediären Galvano-Krone (IGK) intraoral im Tertiärgerüst eingearbeitet.

Diskussion

Grundsätzlich muss davon ausgegangen werden, dass es bei der keramischen Verblendung von teleskopierendem Zahnersatz zu einer erhöhten Reparaturanfälligkeit kommen kann. Typische muschelförmige Ausprägungen im zervikalen Bereich der Sekundärkronen werden diskutiert (Lehmann et al. 1996, Lückerrath 1997). Vorläufige Ergebnisse einer Longitudinalstudie zur Verweildauer und Reparaturnotwendigkeit von kera-



Abb 9: Variation einer Monometallversorgung. Primär- und Tertiärkonstruktion aus Titan. Realisation einer dauerhaften präzisen Ankopplung des Titangerüsts über die Interposition von Galvanomatrizen an das Titanprimärgerüst. (Innenteleskop Titan, Außenteleskop AGC-Galvano, Gerüst Titan)



Abb 10: Frontalansicht des gleichzeitig eingegliederten abnehmbaren Zahnersatzes (7 Jahre in situ). Ästhetische und werkstoffkundliche Unterschiede zwischen dem keramischem Verblendungsmaterial (Oberkiefer) und Kunststoffverblendung (Unterkiefer).

misch verblendeten Teleskopkronen zeigen jedoch eine absolute Schadenshäufigkeit an einzelnen Keramikverblendungen von unter fünf Prozent bei einer maximalen Beobachtungsdauer von 60 Monaten (Lückerath (in Vorbereitung)). Untersuchungen zur Reparaturnotwendigkeit von Kunststoffverblendungen bei Teleskoparbeiten weisen ebenfalls Reparaturbedarf von ca. vier Prozent im 5-Jahresvergleich auf (Möser 1997). Es muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass bisher keine 10-Jahres-Ergebnisse über die Reparaturanfälligkeit von Keramikverblendungen bei Teleskopkronen vorliegen und

mit zunehmender Tragedauer möglicherweise häufiger mit einer spannungsbedingten Desintegration der keramischen Verblendung zu rechnen ist (Abb. 10). Eine endgültige Aussage ist daher noch nicht möglich. Mit der beschriebenen Einarbeitung einer Intermediären Galvanokrone ist insbesondere in der Implantatprothetik mit einer Reduktion einer spannungsbedingten Abplatzungsgefahr zu rechnen. Unter Berücksichtigung der Verfärbungstendenz und mangelnden Abrasionsfestigkeit von Kunststoffverblendungen innerhalb kürzester Zeit und der damit verbundenen häufigen Notwendigkeit

der Aufarbeitung, stellt die keramische Verblendung jedoch gerade für den ästhetisch anspruchsvollen, motivierten und instruierten Patienten eine Alternative dar.

Dem behandelnden Zahnarzt sollte bei der Entscheidung für diesen Zahnersatz jedoch klar sein, dass die sorgfältige Planung, eine entsprechende Vorbehandlung und präzise Ausführung der prothetischen Arbeitsschritte sowie die genaue Absprache mit dem zahn-technischen Labor Grundvoraussetzung für den langfristigen Erfolg und die Zufriedenheit des Patienten ist.

Kongress zu zahnmedizinischer Ergonomie

Piestany (tzb). Ihre 16. Jahrestagung hält die Europäische Gesellschaft für zahnärztliche Ergonomie (EGZE) am 14./15. Juni im historischen Badeort Piestany in der Slowakei ab. Die 16. Jahrestagung hat zwei Generalthemen. Der Freitag bietet Referate und Diskussionen zu Licht und Farbe in der Zahnarztpraxis mit neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und am Sonnabend dreht sich alles

um die Anforderungen an den Behandlungsstuhl – zwischen Körperhaltung und Patientenkomfort. Zu Detailthemen werden Studiengruppen gebildet, um den Dialog zwischen Praxis und Entwicklung zu fördern. Eine Posterdemonstration bietet die Möglichkeit, eigene ergonomische Studien und Anregungen zu präsentieren. Die Tagungssprache ist Englisch, übersetzt wird in Deutsch, Slo-

wakisch und Russisch.

Information und Anmeldung:
Frank Micholt (EGZE-Generalsekretär)
Kliniekstraat 9, B-3500 Hasselt

☎ +32-89-41 20 10
Fax +32-11-27 44 90
E-Mail: congress@esde.org

Kinderzahnheilkunde

Prophylaxepreis ausgeschrieben

Kronberg (tzb). Die Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und Primärprophylaxe (GKP) und die Gilette-Gruppe Deutschland haben den Braun-Oral-B-Prophylaxepreis 2002 ausgeschrieben. Um den Forschungspreis, der mit 7500 Euro dotiert ist, können sich angehende und approbierte Ärzte und Zahnärzte bzw. in der medizinischen oder zahnmedizinischen Forschung tätige Wissenschaftler mit gleichwertiger akademischer Ausbildung bewerben. Dabei sind Bewerbungen sowohl von Einzelpersonen als auch von Arbeitsgruppen möglich. Eingereicht werden können Studien, die Themen aus der Kinder- und Jugendprophylaxe behandeln.

Einsendeschluß für die Arbeiten ist der 31. Mai 2002.

Informationen:

Gilette Deutschland,
☎ 06173-301725 (Jörg Scheffler).

Fachtagung

Nikotinkonferenz in Erfurt

Erfurt (tzb). Rauchen und orale Gesundheit ist eines von zwei Schwerpunktthemen der 5. Deutschen Nikotinkonferenz, die am 10./11. Mai in Erfurt stattfindet. Die international besetzte Fachtagung wird von der Deutschen Gesellschaft für Nikotinforschung in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer veranstaltet. Die Teilnehmer erörtern unter anderem die parodontalen Aspekte des Rauchens und die Wundheilung nach einer Parodontistherapie bei Rauchern. Den zweiten Themenschwerpunkt der Nikotinkonferenz bildet der Zusammenhang zwischen Rauchen und Nierenerkrankungen. Während der Erfurter Tagung vergibt die Gesellschaft für Nikotinforschung den Forschungspreis 2001 „Rauchfrei leben“.

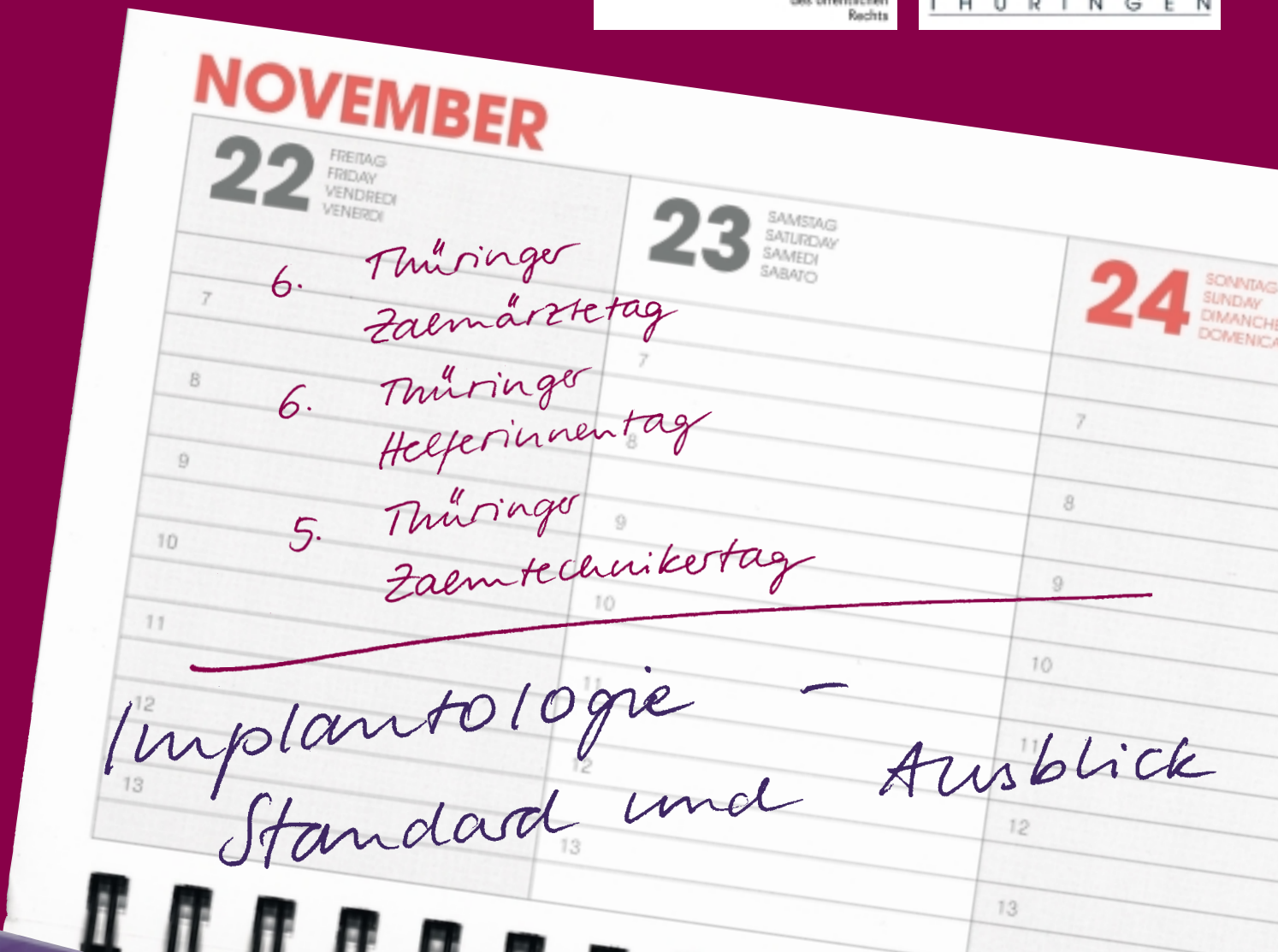
Neues Institut für orale Implantologie

Wien (ime). Im Januar 2002 öffnete an der Wiener Universität für Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen ein Institut für Zahnersatz seine Pforten. Das berichtet das IME Solingen. Die ständig wachsende Nachfrage nach Implantaten macht eine intensivierte wissenschaftliche Forschung auf diesem Gebiet notwendig. Fast zwei Drittel aller Frauen und Männer in Österreich, denen dieser Zahnersatz bekannt ist, würden ihn im Bedarfsfall auch nutzen.

Das Ludwig-Boltzmann-Institut für orale Implantologie bietet organisatorische Hilfestellung und wird die Kooperation zwischen Wissenschaft und Industrie im In- und Ausland fördern.

Neben konventionellen Forschungsprojekten, die sich nahezu unmittelbar im praktischen Einsatz an der Klinik verwerten lassen, sind auch langfristige bis futuristische biotechnologische Studien geplant. Die Forschung befasst sich dabei mit der Knochenheilung, -regeneration und -ersatz ebenso wie mit dem Einsatz von Wachstumshormonen, Stammzellen oder der Gentechnologie.

Internet: <http://www.zae-tag.de>
E-Mail: zaet-info@zae-tag.de



NOVEMBER

22 FREITAG
FRIDAY
VENDREDI

23 SAMSTAG
SATURDAY
SAMEDI
SABATO

24 SONNTAG
SUNDAY
DIMANCHE
DOMENICA

6. Thüringer
Zahnärztetag

6. Thüringer
Helferinnentag

5. Thüringer
Zahn-Technikertag

Implantologie -
Standard und Ausblick

22. bis 23. 11. 2002

Messe Erfurt

Dentalausstellung

Dissertationen

Zusammenhänge zwischen Tiefbiss und tiefem Überbiss – Studien an Modellbefunden, klinischen Untersuchungen und Fernröntgenanalysen

*Vorgelegt von Diana Dees
(Freiburg/Breisgau)*

Ausgehend von der in der Einleitung getroffenen Feststellung, dass vertikale Anomalien häufig unter- oder falsch bewertet sind und damit Diagnostik und/oder Therapie zu Fehlleistungen führen können, wird die Zielstellung abgeleitet.

Um Zusammenhänge zwischen Tiefbiss und tiefem Überbiss klären und Besonderheiten herausstellen zu können, werden Material und Methoden vorgestellt. Grundlagen der Auswertung stellen drei verschiedene Unter-

suchungsgruppen dar. In der Gruppe 1 werden an 400 ausgelesenen Modellen, Überbissgröße und Kronenhöhe (von Inzisivi und Molaren) gemessen, um Aussagen zu alters- und geschlechtsspezifischen Vorkommen dieser Merkmale treffen zu können. In der Gruppe 2 sind 102 Fälle erfasst, die durch das Auswahlkriterium kleiner Grundebenenwinkel (ML-NL-Winkel), d. h. skelettaler tiefer Biss, gekennzeichnet sind. Am Fernröntgenseitenbild werden 25 Merkmale (Winkel, Strecken) gemessen und Korrelationen zum Überbiss erstellt. In der Gruppe 3 sind 53 Fälle mit in Okklusion erkennbarem tiefem Überbiss zusammengefasst. Diese werden wiederum mit den gleichen Merkmalen aus dem FRS und zusätzlich zur Ruheschwebe verglichen.

Alle Ergebnisse werden statistisch abgesichert und – wo möglich – mit gleichlautenden oder anders gearteten Meinungen aus der Literatur diskutiert. In den Schlussfolge-

runge werden die in der Zielstellung aufgestellten Fragen beantwortet.

Die Gesamtheit der eigenen Untersuchungen bestätigt erneut die von Graf und Koch (37) schon 1981 aufgestellte Forderung, dem Tiefbiss/tiefen Überbiss ein eigenes Leitsymptom zuzuordnen und zwischen beiden Merkmalen zu unterscheiden. Die Ergebnisse unterstreichen aber ebenso die Komplexität dieser Problematik und zeigen, wie schwierig es mitunter ist, die Zusammenhänge zwischen beiden Symptomen, ob mittels Modellanalyse, klinischer Untersuchung bzw. kephalometrischer Vermessung, offenzulegen.

Aus den Ergebnissen ist ersichtlich, dass beide Merkmale zwar häufig gemeinsam vorliegen, aber auch (gar nicht so selten!) ein isolierter tiefer Überbiss ohne jeglichen Bezug zum tiefen Biss und letztgenannter mit allen Ausprägungsgraden des Überbisses vergesellschaftet sein kann.

Einfluss der Quecksilberfreisetzung aus Amalgamfüllungen auf die Empfindlichkeit antimikrobieller Chemotherapeutika gegenüber oralen Streptokokken

*Vorgelegt von Dirk Hanke
(Altenburg)*

Anlass dieser Untersuchung war die von einer kanadischen Forschergruppe geäußerte Vermutung, dass es durch die Quecksilberfreisetzung aus Amalgamfüllungen zur Ausbildung von antibiotikaresistenten Mikroorganismen kommen kann.

Diese Mutmaßung führte zu der Überlegung, vier ubiquitär in der Mundhöhle des Menschen vorkommende Keime zu isolieren, um sie auf ihre Empfindlichkeit gegenüber fünf in der Zahnheilkunde weitverbreiteten antimikrobiellen Chemotherapeutika zu testen. Die teilnehmenden Personen wurden zwei Gruppen zugeordnet. Der 1. Gruppe wurden alle Probanden zugewiesen, die keine Amalgam-

füllungen besaßen, in der Gruppe 2 wurden alle Amalgamträger zusammengefasst. Folgende fakultativ anaerobe Mikroorganismen wurden von diesen Probanden isoliert – Streptococcus salivarius, Streptococcus sanguis, Streptococcus mitis und Streptococcus oralis. Diese Keime sind anschließend gegenüber β -Lactam-Antibiotika, Doxycyclin, Clindamycin und Ciprofloxacin getestet worden. Um die Empfindlichkeit der Keime gegenüber den Arzneimitteln abschätzen zu können, wurden die jeweiligen minimalen Hemmkonzentrationen, die MHK50 sowie die HK90 ermittelt. Zusätzlich wurde von jedem Probanden die Anzahl der Amalgamfüllungen und der -flächen erhoben sowie die Quecksilberkonzentration im Speichel mittels Kaldampf-Atomabsorptionsspektroskopie bestimmt. Die minimalen Hemmkonzentrationen sind dann mit den Speichelquecksilberwerten in Beziehung gesetzt worden, um herauszufinden, ob zwischen beiden Parametern ein signifikanter Zusammenhang besteht. Außerdem wurden beide Probandengruppen miteinander verglichen.

Für S. salivarius und S. sanguis konnte folgendes festgestellt werden: Weder der Vergleich der beiden Gruppen noch die Beurtei-

lung der MHK-Werte gegenüber den Quecksilberkonzentrationen für die getesteten Antibiotika ließen eine Abschwächung der Empfindlichkeit der Keime oder eine Tendenz in Richtung einer Resistenzbildung erkennen.

Für S. mitis konnte festgestellt werden, dass für Amoxicillin, Penicillin und Ciprofloxacin eine hohe Empfindlichkeit der Keime gegenüber diesen Pharmaka besteht. Einzig die MHK für Clindamycin lassen den Verdacht aufkommen, dass es zu einer Abnahme der Empfindlichkeit der Mikroorganismen bei steigender Quecksilberexposition gekommen ist. Die statistische Auswertung ergab jedoch keine Signifikanz.

Für den S. oralis schließlich ist bei keinem der 5 getesteten Antibiotika eine Steigerung der minimalen Hemmkonzentration aufgrund der Beeinflussung durch freigesetztes Quecksilber aus Amalgamfüllungen nachgewiesen worden. Sowohl die MHK50-Werte als auch die MHK90-Werte bewegen sich im sensiblen Bereich. Ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Probandengruppen konnte ebenfalls nicht nachgewiesen werden.

Zehn-Jahres-Report von Kompositfüllungen im Seitenzahnbereich – eine longitudinale mikromorphologische Studie

vorgelegt von *Petra Gäbler*
(Erfurt)

Im Rahmen einer longitudinalen in-vivo-Studie des Hybrid-Komposits Visio-Molar X, wurden 46 Füllungen der Kavitätenklasse I und II von 1987 bis 1997 auch mikromorphologisch lückenlos auf Oberflächen- und Randverhalten kontrolliert. Es wurden nur Prämolaren und Molaren mit primär kariösen Läsionen in die Studie einbezogen. Parallel zu den klinischen Kontrollen wurden Replikate der gelegten Füllungen für die mikromorphologische Studie angefertigt. Die von uns verwendeten mikroskopischen Kriterien des CPM-Index (Oberflächenrauigkeit, Oberflä-

chentextur, Randschluss, Füllungsüberschüsse, Randabbrüche, Negative Stufenbildung, Mikroleakage und Randspalten, Weitere Randimperfectionen) ermöglichen eine semiquantitative Beurteilung der Füllungsflächen und des Randes. So kann füllungsbezogen die Dynamik der nutzungsbedingten Veränderungen eingeschätzt werden.

Bei den 46 kontrollierten Füllungen war der stärkste Qualitätsverlust während der ersten 12 Monate Liegedauer zu verzeichnen. Es zeigte sich eine spezifische Dynamik des Randverhaltens von initialen Füllungsüberschüssen über die Entstehung von Randabbrüchen hin zur Bildung von negativen Stufen, die für die überwiegende Anzahl der Füllungen typisch war. Trotz früher Veränderungen stellte im gesamten Untersuchungszeitraum die Zunahme negativer Stufen und das Auftreten von Mikrolücken den klinischen Erfolg der Füllungstherapie nicht in Frage. Auch nach 10 Jahren war ein akzeptables Ergebnis

im Oberflächen- und Randverhalten vorhanden.

Mit dem CPM-Index sind auch bei höheren Probandenzahlen präzise Aussagen möglich. Der Index stellt ein sensibles Bewertungssystem dar und ist für kurz- und mittelfristige Studien gut geeignet, da die frühen Veränderungen sehr differenziert erfasst werden. Geringere Veränderungen, wie sie nach 3–10 Jahren auftreten, können nicht genügend exakt objektiviert werden.

Die mikromorphologische Objektivierung der klinischen Ergebnisse ermöglicht zuverlässige, klinisch relevante Aussagen zur Füllungstherapie.

Die in dieser Ausgabe veröffentlichten Dissertationen wurden am 5. Februar bzw. 5. März an der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena erfolgreich verteidigt

Lang, Hans-Ulrich;

Burhoff, Armin

Besteuerung der Ärzte, Zahnärzte und sonstiger Heilberufe

Verlag Neue Wirtschafts-Briefe Herne/Berlin, 4. Auflage, 2002, 462 Seiten, gebunden.,

59 € , ISBN / ISSN 3 482 42764 X

Die Heilberufe sind mit circa 300 000 Vertretern die größte Gruppe innerhalb der freien Berufe in Deutschland. Wegen der nahezu ausweglosen finanziellen Situation im Gesundheitswesen müssen Ärzte mit weiteren finanziellen Einengungen rechnen. Daher ist es besonders wichtig, dass der Arzt die steuerliche und kaufmännische Seite seiner Praxis im Griff hat. Hier ist auch der Berater – sei es Steuerberater, vereidigter Buchprüfer, Wirtschaftsprüfer, Rechtsanwalt oder Notar – in hohem Maße gefordert.

Dieses Handbuch, nach kurzer Zeit bereits in 4. Auflage erschienen, gibt in prägnanter und verständlich geschriebener Form wichtige steuerliche Hinweise. Der Berater kann sich leicht in die steuerrechtlichen Spezialfragen

der Heilberufe einarbeiten und sich auf eine intensive Beratung vorbereiten. Für den Mediziner ist das Buch ein unentbehrliches Nachschlagewerk, das ihm ermöglicht, seinen Berater auf spezifische Probleme anzusprechen. So kann der wichtige Dialog zwischen beiden gepflegt werden.

Das Werk ist nach berufsbezogenen Kriterien aufgebaut. Es richtet sich nach der Reihenfolge, in der der Mediziner mit steuerlichen Fragen konfrontiert wird – beginnend mit der Angestelltentätigkeit über die Gründung/Übernahme einer Praxis bis hin zu deren Auflösung. Darüber hinaus werden auch betriebswirtschaftliche Aspekte der Praxisführung angesprochen.

Der Stoff ist zum Teil in ABC-Form aufgebaut. So kann der Leser leichter in Einzelfragen einsteigen. Checklisten und Vertragsmuster helfen bei der praktischen Umsetzung in die Praxis.

Aus dem Inhalt: Angestelltentätigkeit, Gründung/Übernahme einer Praxis, Niedergelassener Arzt/Zahnarzt, Besonderheiten einzelner Fachrichtungen, Ärztliche Kooperationsformen, Umsatzsteuer, Einheitsbewertung, Lohnsteuer, Erbschaft-/Schenkungssteuer, Außenprüfung, Selbstanzeige, Praxisaufga-

be/Praxisveräußerung/ Praxisverpachtung, Checklisten und Musterverträge, Kostenstruktur der Arztpraxen.

Das Buch ist nicht nur ein Lehrbuch für die Ausbildung, sondern auch ein leicht verständlicher Ratgeber für jeden interessierten Nutzer.



Friedbichler, Ingrid;

Friedbichler, Michael

Fachwortschatz Zahnmedizin – Englisch

Your key to dentistry worldwide

Thieme Verlag Stuttgart 2001, 256 Seiten, 10 Abbildungen gebunden, 39,95 € , ISBN 3131249412



Fachwortschatz Zahnmedizin ist das erste einer neuen Generation von Fachwörterbüchern, das die Vorzüge ein- und zweisprachiger Wörterbücher mit den Funktionen eines Thesaurus und eines phraseologischen Wörterbuches verbindet. Mit KWIC (Key Words in Context) Web können Zahnmediziner aller Fachrichtungen – Studenten, Zahnärzte in Praxis und Forschung sowie zahnmedizinisches Hilfspersonal und Übersetzer – ihr Fachenglisch gezielt Schritt für Schritt und ganz nach ihren individuellen Bedürfnissen aktivieren.

Fachwörter werden wiedergegeben in Sätzen und Phrasen statt 1:1 Vokabeln. Der Fachwortschatz ist übersichtlich in 50 Module gegliedert, die jeweils die relevanten Begriffe eines Fachbereiches umfassend abdecken – dadurch ist der gezielte Zugang zu allen Fachgebieten der Zahnmedizin, inklusive der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie möglich. Ermöglicht wird das zeitsparende Lernen durch Konzentration auf das Wesentliche: aus Tausenden Seiten von zahnmedizinischen Texten wurden die häufigsten Fachbegriffe herausgefiltert und im fachlichen Zusammenhang einprägsam dargestellt. Jedes Modul kommt

einer auf wenige Seiten verdichteten Text- und Wissensdatenbank zum jeweiligen Fachbereich gleich. Geboten werden Hilfen zur Aussprache, deutsche Entsprechungen bei allen schwierigen Wörtern sind vorhanden. Klinische Phrasen und Wendungen für typische Gesprächssituationen fehlen ebenso wenig wie ein umfassendes alphabetisches Register in beiden Sprachen für den schnellen Zugriff beim Nachschlagen.

Plus: Angaben zur Stilebene und korrekten Verwendung, sprachliche Tipps und Hinweise auf Stolpersteine.

Die Einteilung der Module erfolgte in Grundfragen der Gesundheit und Zahngesundheit mit Abhandlung von Ernährungsfragen, Körperstrukturen und Funktionen im zahnmedizinischen Bereich, medizinisches Wissen (Pathologie, Statistik, Studien), allgemeine klinische Kenntnisse (z. B. Schmerz, Traumatologie, Instrumente), Zahnmedizin (z. B. Materialien, Instrumente, Technik, zahnärztliche Therapie), spezielle Fragen zu Radiologie, Anästhesiologie, Anästhesiearten, plastische Chirurgie. Das Einlesen in die Handhabung des Buches ist anfangs etwas problematisch.

Neuer Kurs für Praxispersonal

Fortbildung Zahnmedizinische Verwaltungsassistentin

Erfurt (tzb). Die Landes Zahnärztekammer Thüringen bietet ab Herbst 2002 einen Kurs zur Fortbildung als „Zahnmedizinische Verwaltungsassistentin“ (ZMVA) an. Dieser wird parallel zur bisherigen berufsbegleitenden Fortbildung zur Zahnmedizinischen Fachassistentin (ZMFA) – bisher Zahnmedizinischen Fachhelferin (ZMF) durchgeführt. In circa 400 Unterrichtsstunden sollen die Zahnarzt-helferinnen befähigt werden, in qualifizierter Form die gesamte Verwaltungsarbeit der Praxis zu organisieren und durchzuführen, den Praxisinhaber sachkundig und verantwortlich in der Praxisverwaltung zu entlasten, komplizierte Abrechnungsfragen zu lösen sowie bei der Ausbildung der Auszubildenden mitzuwirken.

Folgende Fächer werden unterrichtet: Abrechnungswesen, Praxisorganisation und –management, Rechtskunde und Betriebswirtschaftslehre, Anwendungsbezogene Datenverarbeitung, Kommunikation/Rhetorik/Psychologie sowie Ausbildungswesen/Pädago-

gik. Die Fortbildung endet mit einer Prüfung. Die entsprechenden Fortbildungs- und Prüfungsordnungen werden zurzeit erarbeitet.

Zulassungsvoraussetzung ist eine mindestens einjährige Tätigkeit als Zahnarzhelferin oder Zahnmedizinische Fachangestellte und die Teilnahme an einem Eignungstest. Grundlegende Abrechnungskennnisse sollten vorhanden sein. Die Fortbildung wird berufsbegleitend voraussichtlich freitags und samstags in Erfurt stattfinden. Voraussichtlich dreimal finden sich die Kursteilnehmerinnen zu einer Woche Blockunterricht in Erfurt ein.

Interessierte Zahnarzhelferinnen können sich ab sofort im Helferinnenreferat der Landes Zahnärztekammer Thüringen schriftlich anmelden und erhalten dann weitere Informationen.

Anmeldung: LZKTh, Barbarossahof 16, 99092 Erfurt, ☎ 0361/74 32 109 bzw. 113, E-Mail: zah@lzaekthue.de

LFB-Hilfe bei Berufsausbildung

Erfurt (tzb). Die Freiberufler sind in Thüringen neben Industrie, Handel und Handwerk größter Ausbildungssektor. Darauf weist der Landesverband der Freien Berufe (LFB) hin. Vor allem für Mädchen bieten die Freiberufler jährlich mehr als 800 Lehrstellen an. Das neue Ausbildungsjahr wird bereits am 1. August 2002 beginnen, also einen Monat früher als gewohnt. Bis dahin müssen die neuen Auszubildenden gewonnen und die Ausbildungsverträge abgeschlossen werden. Bei der Vermittlung von Auszubildenden bieten die Ausbildungsplatzentwickler beim LFB Unterstützung an. Die Hilfe ist für die Freiberufler unverbindlich und unentgeltlich. Sie entspringt einer Initiative des Bundesbildungsministeriums und wird in Thüringen seit 1996 praktiziert. Auch die Zahnärzte können davon profitieren.

Kontakt:

☎ 03643/5598 30, Fax (03643) 55 98 33
E-Mail: lfb-thueringen@t-online.de
Internet: www.lfb-thueringen.de

Auf das richtige Reagieren kommt es an

Rechtliche Aspekte der zahnärztlichen Notfallbehandlung

Von Dr. Ernst R. Rohde

Unter Notfällen sind solche Behandlungen zu verstehen, die außerplanmäßig erforderlich werden, aber nicht vermeidbar sind, weil jede Behandlung Unwägbarkeiten beinhaltet, die unabhängig von jeder sorgfältig zahnärztlichen Behandlung eintreten können. Notfälle sind unvermeidbar und unvorhersehbar. Wichtig ist also das richtige Verhalten des Zahnarztes in einem Notfall. Der Eintritt einer allgemeinen Notfallsituation gehört zum allgemeinen Lebensrisiko. Auch bei jeder zahnärztlichen Behandlung kann es zu einem Notfall kommen. Allerdings könnte hier unter Umständen das Risiko für die Belastung mit den daraus eventuell resultierenden Nachteilen oder Schäden auf den verantwortlichen Zahnarzt übergehen. Um auf Notfälle adäquat reagieren zu können, muss der Zahnarzt die Situation erkennen können, die erforderlichen Maßnahmen beherrschen und mit den notwendigen Medikamenten und Geräten für die durchzuführenden Sofortmaßnahmen ausgestattet sein.

Zahnärztlicher Notdienst

Jeder Zahnarzt ist laut Berufsordnung verpflichtet, allgemeine Sprechstunden abzuhalten und während der Sprechstunden seine Patienten zu behandeln. Außerhalb der Sprechstunden ist regelmäßig ein zahnärztlicher Notdienst eingerichtet, der von Patienten aufgesucht werden kann, die unter Schmerzen leiden oder aus anderen Gründen nicht bis zur nächsten Sprechstunde eines für sie erreichbaren Zahnarztes abwarten können. Der zahnärztliche Notdienst wird von der Zahnärztekammer und der KZV organisiert. Jedes Kammermitglied ist verpflichtet, am Notdienst teilzunehmen. Üblicherweise veröffentlichen die Tageszeitungen die Telefonnummern der Notdienst-Zahnärzte, häufig können sie auch beim DRK telefonisch abgefragt werden. In Thüringen bietet die KZV über ihre Internetseite, www.kzvth.de, einen Patientenservice an.

Während des zahnärztlichen Notdienstes sind die diensthabenden Zahnärzte aber nur dazu verpflichtet, Not- und Schmerzfälle zu

behandeln. Die Behandlung von Patienten, die andere als Not- oder Schmerzbehandlungen benötigen, darf verweigert werden. Ziel der Not- oder Schmerzbehandlung ist die Schmerzfreiheit. Die kausale Therapie bleibt einer ordnungsgemäßen Nachbehandlung vorbehalten und ist eigentlich nicht Sache des Notdienstes. Beispielsweise ist es bei einer akuten Pulpitis nicht indiziert, alle Wurzelkanäle eines Zahnes sofort abzufüllen. Die Notfallbehandlung einer akuten Pulpitis umfasst daher nur die Trepanation des schmerzenden Zahnes, die Entfernung des entzündeten oder gangränösen Pulpengewebes, die Spülung der Wurzelkanäle und die Einbringung eines geeigneten Medikamentes. Der Zahnarzt muss den Patienten allerdings über die Notwendigkeit einer Weiterbehandlung zusätzlich zur notdienstlichen Maßnahme aufklären. Erst bei nachfolgenden Behandlungsterminen sind daher die Wurzelkanäle gründlich aufzubereiten und anschließend definitiv abzufüllen.

Der zahnärztliche Notdienst ist nicht gedacht für Patienten, die auf diesem Weg feste Termine beim Zahnarzt umgehen wollen oder auch wegen beruflicher Überlastung oder sonstiger Umstände eine Behandlung am Wochenende wünschen. Die Behandlung solcher Patienten darf während des Notdienstes verweigert werden, ohne dass daraus der Vorwurf einer unterlassenen Hilfeleistung entstehen kann.

Notfallsituation bei Behandlung

Eine ganz andere Fallgruppe sind Notfälle, die vor, während oder nach einer Behandlung eintreten. Hier ist der Zahnarzt verpflichtet, mit den richtigen Maßnahmen einzugreifen und einem Schaden entgegenzuwirken. Dabei tut es nichts zur Sache, ob die Ursache eines derartigen Notfalls mit der Behandlung selbst zusammenhängt oder nicht. Zur Bekämpfung lebensbedrohlicher Komplikationen muss der Zahnarzt die notwendigen Sofortmaßnahmen beherrschen und die dafür erforderlichen Gerätschaften und Medikamente jeweils auf dem aktuellen Stand vorhalten.

Grenzen der Kompetenz

Obwohl jeder approbierte Zahnarzt grundsätzlich Kenntnisse über alle Standard-Behandlungen der gesamten Zahnheilkunde und auch grundsätzliche allgemeinmedizinische Kenntnisse besitzt und auch in der Lage sein sollte, entsprechend zu behandeln, kann es vorkommen, dass eine Behandlung einen unerwarteten Verlauf nimmt und von ihm nicht mehr kontrolliert beherrscht wird. Zu differenzieren ist zwischen Behandlungen, bei denen solche Entwicklungen absehbar waren und solche, bei denen der Zahnarzt nicht ahnen konnte, dass er die Behandlung mit seinen eigenen Kenntnissen voraussichtlich nicht zu Ende bringen kann.

Sollte der Zahnarzt ohne sorgfältige Anamnese eine Behandlung beginnen, die er nicht vollständig beherrscht, so handelt es sich um ein so genanntes Übernahmeverschulden. Erleidet der Patient dadurch einen Schaden, so entsteht eine Verpflichtung des Zahnarztes zum Schadensersatz. Entwickelt sich hingegen eine unter regelgerechten Umständen begonnene Behandlung unvorhersehbar zu einem Eingriff, den der Zahnarzt nicht aus eigener Kraft beherrscht und zu Ende bringen kann, so muss er für die erforderliche Weiterbehandlung anderen Ortes Sorge tragen oder einen kompetenten Kollegen herbeirufen. Denkbare Komplikationen sind beispielsweise die Luxation von Zähnen oder Fragmenten in die Kieferhöhle oder Blutungen, die nicht zum Stillstand kommen. Erst ab der Erkenntnis, die Behandlung alleine nicht weiter- und zu Ende führen zu können, trifft den Zahnarzt eine Verantwortung für eine nachteilige weitere Entwicklung der Behandlung und etwaige Schäden bei seinem Patienten – wenn er dennoch keine geeigneten weiteren Maßnahmen einleitet oder die Hilfe Dritter in Anspruch nimmt.

Komplikationen mit Fremdkörpern

Werden von einem Patienten bei einer zahnärztlichen Behandlung beispielsweise kleine Behandlungsinstrumente, Inlays oder Kronen

oder Teile der Abdruckmasse verschluckt oder aspiriert, so bedeutet das nicht ohne weiteres die Haftung für eine regelwidrige Behandlung. Es kommt vielmehr zunächst darauf an, ob der Zahnarzt überhaupt bemerkt oder bemerken musste, dass eine derartige Komplikation eingetreten ist. Es obliegt ihm dann, mit seinen erlernten Kenntnissen festzustellen, ob der Fremdkörper aspiriert oder verschluckt wurde. Hierfür gibt es einige Erkenntnismöglichkeiten (Hustenreiz etc.) und zur Absicherung kann eine Röntgenuntersuchung angezeigt sein. Anschließend müssen möglicherweise erforderliche weitere Maßnahmen eingeleitet werden. Bei günstigem Verlauf wird ein verschluckter Fremdkörper auf natürlichem Wege wieder ausgeschieden. Dies muss jedoch beobachtet und kontrolliert werden. Kann ein aspirierter Fremdkörper durch Husten wieder ausgeschieden werden, so wird damit eine ansonsten unumgängliche invasive Maßnahme (endoskopische Entfernung etc.) vermieden, um den Fremdkörper zu entfernen. Aspirierte Fremdkörper bedürfen ansonsten anderweitiger fachärztlicher Weiterbehandlung. Die Frage der Haftung für etwaige Schäden aus derartigen Komplikationen richtet sich danach, ob das Verschlucken oder die Aspiration vermeidbar waren, ob also der Zahnarzt mögliche Sicherungsmaßnahmen zur Verhinderung unterlassen hat. Fehlt eine mögliche Absicherung, so trifft den Zahnarzt die Verpflichtung zum Ersatz für deshalb eingetretene Schäden.

Es kommt beispielsweise nicht darauf an, ob es für den geübten Zahnarzt nur eine lästige Behinderung darstellt, Wurzelkanalinstrumente durch geeignete Vorrichtungen gegen Verschlucken oder Aspirieren zu sichern. Fehlt die mögliche Absicherung und tritt daher ein Schaden ein, so steht die Haftung des verantwortlichen Zahnarztes fest. Gibt es andererseits keine zumutbare Möglichkeit, beispielsweise eine absolute Sicherheit gegen das Verschlucken oder Aspirieren von Inlays oder Kronen zu erreichen, so reicht allein der Eintritt der Komplikation noch nicht für einen Haftungsanspruch des Patienten aus. Es kommt hier vielmehr auf das weitere Verhalten des Zahnarztes an. Er muss sofort alle erforderlichen Maßnahmen einleiten, um die Situation abzuklären und notwendige weitere Schritte unternehmen, damit spätere Schäden beispielsweise durch das Belassen von Fremdkörpern vermieden werden.

Nicht selten kommt es vor, dass bei der Auf-

bereitung von Wurzelkanälen ein Instrument abbricht und das Fragment ohne weiteres nicht mehr aus dem Wurzelkanal entfernt werden kann. Der Zahnarzt muss entscheiden, ob das Fragment belassen und abgewartet werden kann, ob weitere Reaktionen eintreten. Es ist abzuwägen, ob ein größerer Eingriff, dessen Risiko unter Umständen im vollständigen Verlust des Zahnes bestehen kann, unternommen wird, oder ob der Versuch gewagt werden kann, das Fragment einfach zu belassen.

Sachlich aufklären

Unerlässlich bei Eintritt aller hier beschriebenen Komplikationen mit Fremdkörpern ist die ruhige und sachliche Aufklärung des betroffenen Patienten, dass die Komplikation eingetreten ist. Ebenso wichtig ist es, den Patienten zu informieren, welche Möglichkeiten nun bestehen, welche weiteren Maßnahmen erforderlich sind und worauf eventuell in der Zeit direkt danach oder auch weiterhin zu achten ist. Der Zahnarzt sollte den Patienten beispielsweise beraten, dass das Belassen des Fragments eines Wurzelkanalinstruments reaktionslos bleiben kann und in der Regel keine weiteren Maßnahmen erforderlich macht. Lediglich bei Auftreten von Beschwerden an diesem Zahn muss eine Kontrolle erfolgen und die Ursache erforscht werden.

Der Umstand des Instrumentenbruchs muss durch eine Röntgenaufnahme, die bei der abschließenden Kontrolle einer Wurzelbehandlung ohnehin angefertigt werden muss, dokumentiert und auch in der Behandlungskarte vermerkt werden. Das gilt ebenso für die Information des Patienten über den Eintritt der Komplikation und die weiteren Verhaltensempfehlungen.

Allergische Reaktionen

Eine seltene und unerwartete Komplikation sind Reaktionen der Patienten auf bei der Behandlung eingesetzte Medikamente oder auf zahnärztliche Werkstoffe. Eine möglicherweise dem Patienten bereits bekannte Disposition kann durch eine sorgfältige Anamnese bereits erforscht und bei der weiteren Behandlung bedacht werden. Treten allergische Reaktionen erstmals auf, so muss die Ursache erforscht und beseitigt werden.

Tritt im ganz seltenen Fall ein anaphylaktischer Schock ein, so muss der Zahnarzt die erforderlichen Maßnahmen zur Erhaltung der Vitalfunktionen kennen und durchführen sowie die dafür erforderlichen Medikamente und Gerätschaften bereithalten.

Hyperventilation

Besonders bei ängstlichen Patienten sind stets die Folgen einer Hyperventilation in Betracht zu ziehen. Treten die Symptome auf, so muss der Zahnarzt sie erkennen und wissen, welche Maßnahmen erforderlich sind (Rückatmung). Da das Erscheinungsbild zuerst nicht vom Zahnarzt selbst sondern häufig eher von nichtärztlichen Mitarbeiterinnen bemerkt wird und unter Umständen erhebliche Verunsicherung hervorrufen könnte, ist es sinnvoll, das Praxisteam hierfür durch interne Fortbildung in regelmäßigen Abständen vorzubereiten und die Kenntnisse laufend aufzufrischen.

Fazit

In der Zahnarztpraxis können eine Reihe von Notfällen auftreten, die teils vorhersehbar sind, teilweise aber auch unerwartet und überraschend sein können. Es ist stets erforderlich, dass der Zahnarzt und sein Team darauf mit der gebotenen Übersicht reagiert, indem möglichst abgeklärt wird, worum es sich genau handelt und welche Maßnahmen weiter ergriffen werden müssen. Sollte die Inanspruchnahme anderer Ärzte oder Institutionen deshalb erforderlich werden, weil die Grenzen der Kompetenz des Zahnarztes erreicht sind, so muss die Entscheidung zur anderweitigen Intervention rechtzeitig getroffen werden. Es ist äußerst sinnvoll, dass sich nicht nur der Zahnarzt sondern das gesamte Team einer Zahnarztpraxis durch regelmäßige Fortbildung auf Notfallmaßnahmen in der Praxis vorbereitet.

*Quelle:
ZMK (17) 10/2001, S.592-595,
redaktionell leicht gekürzt*

Einladung

zur öffentlichen Veranstaltung des Hartmann-Bundes – Landesverband Thüringen

**am Samstag,
4. Mai 2002,
10.00 bis 12.00**

**im Großen Saal
der Kassenärztlichen
Vereinigung Thüringen
Zum Hospitalgraben 8,
99425 Weimar**

Podiumsdiskussion zum Thema

*„Gibt es ein zukunfts-
fähiges Konzept für das
Gesundheitswesen nach
den Bundestagswahlen?“*

Teilnehmer:

Dr. Klaus Theo Schröder (SPD)
Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium

Dr. Frank Michael Pietzsch (CDU)
Thüringer Minister für Soziales,
Familie und Gesundheit

Dr. Ruth Fuchs (PDS)
MdB, Mitglied des Gesundheitsausschusses des
Deutschen Bundestages

Dr. Andreas Kniepert
Landesvorsitzender der FDP

MR Dr. Hans-Martin Mentzel
Landesvorsitzender des Hartmannbundes

Moderation:

Hartmut Kaczmarek
Stellvertretender Chefredakteur
der „Thüringischen Landeszeitung“

**Eingeladen sind alle Ärztinnen und Ärzte,
Zahnärzte, Physiotherapeuten, Apotheker,
Ärzteverbände, Politiker und Patienten!**

ANMELDUNG

An der Öffentlichen Veranstaltung mit Podiumsdiskussion

- nehme ich teil**
- nehme ich nicht teil**

An: Hartmannbund-LV Thüringen
Frau Kosika

☎ 03643/55 98 50

Fax: 03643/55 98 52

E-Mail: gabriele.kosika@dgn.de

Datum:

Absender:



Zahnärzte und Krankenkassen uneins über BEMA-Neustrukturierung

Zwei konkurrierende Studien zur künftigen Zahnheilkunde

Berlin (kzbv/drgw). Bei der Erarbeitung der Eckpunkte einer modernen Zahnheilkunde gestaltet sich die sachgerechte und konstruktive Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Krankenkassen aus Sicht der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) zunehmend problematisch. Darauf wies der KZBV-Vorstand kürzlich auf einer Pressekonferenz in Berlin hin.

Hintergrund der Diskussion ist der Gesetzesauftrag aus der GKV-Gesundheitsreform 2000, wonach die Selbstverwaltung die Aufgabe hatte, bis Ende 2001 die zahnärztlichen Leistungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab „entsprechend einer ursachengerechten, zahnschutzschonenden und präventionsorientierten Versorgung insbesondere nach dem Kriterium der erforderlichen Arbeitszeit gleichgewichtig in und zwischen den Leistungsbereichen für Zahnerhaltung, Prävention, Zahnersatz und Kieferorthopädie zu bewerten“.

Wirtschaftlichkeit auch ein Kriterium

Nach Einschätzung des neuen KZBV-Vorstandsvize Dr. Jürgen Fedderwitz ist zu befürchten, dass die Krankenkassen einen „Nebenkriegsschauplatz“ einrichten, da die Neubeschreibung präventiver Leistungen sich entsprechend dieser Prämisse auch an der Wirtschaftlichkeit der Praxen orientiert. Der derzeitige Bewertungskatalog sei aus dem vorigen Jahrhundert mit den Kenntnissen des vorigen Jahrhunderts, kritisierte er. Jetzt ist die Politik gefragt, die Voraussetzungen zu schaffen für die Anwendung der modernen Zahnmedizin beim Patienten.

Bundeszahnärztekammer (BZÄK), die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und die KZBV haben in einem Großprojekt eine arbeitswissenschaftliche Studie (BewertungsAnalyse Zahnärzte BAZ-II) im Institut der Deutschen Zahnärzte, Köln, durchgeführt, deren Ergebnisse jetzt zusammen mit der parallel erarbeiteten Neubeschreibung einer präventions-

orientierten Zahnheilkunde und einer betriebswirtschaftlichen Analyse vorliegen. Parallel dazu erarbeiteten die Krankenkassen eine eigene Studie. Diese berücksichtige jedoch nur eine neue Relationierung zahnärztlicher Leistungen. Dagegen schafft die Studie der Zahnärzte nach Einschätzung der KZBV die Voraussetzungen für eine tatsächliche Neustrukturierung der präventionsorientierten Zahnheilkunde – mit der erforderlichen Berücksichtigung vor allem betriebswirtschaftlicher und auch psychophysischer Belastungskriterien.

Die BAZ II-Studie der Zahnärzteschaft hat anhand detaillierter Therapieschrittlisten zu 27 zentralen Behandlungsanlässen, die den Anforderungen einer präventionsorientierten Zahnheilkunde entsprechen, nicht nur die zeitliche Inanspruchnahme des behandelnden Zahnarztes gemessen. Vielmehr erfassen die zahnärztlich ausgebildeten Beobachter (25 Zahnärzte des Sanitätsdienstes der Bundeswehr, die für dieses Projekt eigens geschult wurden) auch qualitative Aspekte wie die geistige und körperliche Beanspruchung des behandelnden Zahnarztes in einer siebenstufigen Bewertungsskala.

Demgegenüber erfasst die im Auftrag der Krankenkassen durchgeführte Studie lediglich die gesamten Leistungseinheiten, ohne jedoch Details der einzelnen Therapieschritte zu analysieren.

Kassen wollen konstante Budgets

Die Krankenkassen gehen laut KZBV nun davon aus, dass - unabhängig von Neuerungen im Leistungsgeschehen der zahnärztlichen Versorgung - das Budget unverändert gleich bleiben soll. Nach Darstellung der Krankenkassen habe „die Neustrukturierung des BEMA nicht zum Ziel, eine Bewertung der Leistungen in den einzelnen Praxen nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen zu erreichen“. Für die Zahnärzteschaft dagegen sei klar, dass es ohne zusätzliche Mittel keine zusätzlichen Leistungen geben könne. Gerade angesichts der Vielzahl neuer Leistungen

müsse sehr genau geprüft werden, welche Leistungen in den Katalog der GKV aufgenommen, welche alten Leistungen aber gleichzeitig herausgenommen werden müssen. Aus Sicht der zahnärztlichen Selbstverwaltung zeichnet sich dabei immer deutlicher ab, dass ein befundorientiertes Festzuschussmodell politisch die einzig sinnvolle Lösung ist.

Klar sei auch, dass die vom Gesetzgeber geforderte präventionsorientierte Ausrichtung der Zahnmedizin im heutigen Bewertungsmaßstab nur einen unzureichenden Niederschlag finde. Unberücksichtigt ist der KZBV zufolge heute außerdem, dass die Stärkung der Prävention grundsätzlich ein aktives eigenverantwortliches Verhalten des Patienten erfordert. Die von den Krankenkassen aufgestellte Forderung, Qualität und Wirksamkeit der Leistungen müssten dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen, seien in dem engen Rahmen, den die GKV gesetzt hat, nicht zu erfüllen.

„Wir hätten gerne die Spitzenverbände der Krankenkassen dazu genommen, die aber im Elfenbeinturm sitzen und ihre eigenen Studien zur Leistungsneubeschreibung betreiben“, kritisierte Prof. Wagner auf der Pressekonferenz. Für die vom Gesetzgeber bis Mitte 2002 geforderte Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahnheilkunde liegen mit den unabhängig voneinander erstellten Studien der Krankenkassen und der Zahnärzteschaft zwei im Ansatz sehr unterschiedliche Erhebungen vor. Auf dieser Basis müssen nun Bundesausschuss und Bewertungsausschuss tätig werden. Rekrutieren die Ausschüsse, die jetzt die Auswertung der arbeitswissenschaftlichen Daten verhandeln müssen, ihre Erkenntnisse allein aus den Maßgaben der Krankenkassen, so ist schon jetzt absehbar, dass sowohl Qualität als auch zahnmedizinischer Fortschritt in diesem System auf Dauer auf der Strecke bleiben werden. Für die Zukunft der Zahnmedizin in Deutschland wird es deshalb entscheidend sein, wel-

che Rahmenbedingungen Bundesausschuss und der Bewertungsausschuss für eine Zahnheilkunde setzen, die das Attribut „präventions- und zukunftsorientiert“ auch wirklich verdienen. Übrigens war die Studie der Krankenkassen am Abend zuvor der Öffentlichkeit vorgestellt wurde.

Zahnärzte-Position schlecht vermittelt

Der Verlauf der anschließenden Diskussion mit den anwesenden Journalisten verdeutlichte, dass das Anliegen der Zahnärzteschaft nicht wie erhofft verstanden wurde. Vor allem die KZBV-Vertreter fanden nicht den Ton, die Zahnärzteschaft in der Öffentlichkeit verständlich zu vertreten. Entsprechende Kritiken an diesem Stil aus den Reihen der erfah-

rensten standespolitischen Öffentlichkeitsreferenten wurden negiert. In der anschließenden Sitzung der Vertreter der Körperschaften der Länder wurden diese gar derart beleidigend gemaßregelt, dass der Vizepräsident der BZÄK, Dr. Oesterreich, mit Mühe zu glätten versuchte. Dr. Fedderwitz als neu gewählter Vertreter des KZBV-Vorstandes nahm gar nicht erst die Gelegenheit wahr, die zahnärztlichen Kollegen und die Journalisten zu begrüßen. Diese ursprüngliche Planung wurde durch plötzliche anderweitige Verpflichtungen geändert.

In diesem Durcheinander ging es weiter. Aus dem Publikum wurde Kritik laut, dass die politische Führung der Zahnärzteschaft in den Öffentlichkeitskampagnen wieder nur reagiere, statt zu agieren. Wenn dies der Start

für eine zukunftsorientierte Standespolitik war, dann gehen Berufsstand und Patienten schlimmeren Zeiten entgegen als nach der unseligen und dümmlichen Keramikdebatte.

Zu dem gemeinsamen Pressereferententreffen hatten die standespolitischen Organisationen der deutschen Zahnärzteschaft, KZBV und BZÄK übrigens schon vor der eklatanten KZBV-Wahl eingeladen. Dass eine Pressekonferenz stattfinden sollten, überraschte die Redakteure der Zahnärzteblätter. Sie waren dazu nicht informiert worden, wurden auf Anfrage der KZBV-Geschäftsstelle allerdings noch „zugelassen“. Letztlich war es für die Außenwirkung wohl doch ganz angenehm, dass die wenigen anwesenden Journalisten nicht ganz alleine waren mit dem Präsidium.

Gestiegene Kassenausgaben für Zahnarztbehandlung im vergangenen Jahr

Bundesweit Anstieg von drei Prozent im Jahr 2001

Berlin (tzb). Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für zahnärztliche Behandlung sind nach einem Bericht von „zm-online“ im vergangenen Jahr leicht gestiegen. Das geht aus den vorläufigen Rechnungsergebnissen für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hervor, die kürzlich vom Bundesgesundheitsministerium vorgestellt wurden.

Demnach stiegen die Ausgaben für zahnärztliche Behandlung einschließlich Zahnersatz im Vergleich zum Jahr 2000 bundesweit um drei Prozent. Die Entwicklung der Ausgaben

für konservierende Behandlungen, Parodontologie und Kieferbruch verlief allerdings anders als im Bereich Zahnersatz. Hier überschritt die Ausgabenentwicklung die Grundlohnsummenentwicklung der GKV sowohl in den alten Ländern als auch bundesweit.

Bei der Ausgabenentwicklung ist zu berücksichtigen, dass die Zahlen zu den Ausgaben für konservierende Behandlungen im vierten Quartal 2001 nicht auf Abrechnungsdaten basieren, sondern auf Schätzwerten der Krankenkassen.

Die Ausgaben für Zahnersatz stiegen in den alten Ländern um 3,4 Prozent je Mitglied gegenüber 2000. In den neuen Ländern lag der Anstieg bei 6,6 Prozent in den neuen Ländern. Das entspricht einer Steigerung von 3,9 Prozent bundesweit.

Dabei sei zu bemerken, so die KZBV, dass das Ausgabenniveau im Vergleichszeitraum des Vorjahres noch auf niedrigem Niveau lag. Das „normale Leistungsgeschehen“ im Bereich Zahnersatz sei im Jahr 2001 immer noch nicht erreicht worden.

Barmer weist Spekulationsvorwürfe zurück

Wuppertal/Erfurt (tzb). Die Barmer Ersatzkasse hat Berichte zurückgewiesen, wonach die Krankenkasse rechtswidrig mit Beitragsgeldern spekulative Wertpapiergeschäfte getätigt und dabei Verluste erlitten haben soll. Die Vorwürfe waren in der WDR-Sendung „Markt“ (28. Januar) ausgestrahlt worden.

In einer gemeinsamen Erklärung des Bundesversicherungsamtes und der Barmer

heißt es, diese Vorwürfe seien nicht begründet. „Bei der Anlage und Verwaltung der Mittel hat die Barmer Ersatzkasse Vermögensanlagen getätigt, die sich jederzeit im Rahmen des vom Gesetzgeber festgelegten Anlagekataloges des § 83 SGB IV gehalten haben.“ Spekulative Wertpapiergeschäfte, insbesondere Aktienkäufe, seien nicht getätigt worden. Auch Kredite habe man dazu nicht aufgenommen. Laut Barmer hat das

Bundesversicherungsamt der Kasse bestätigt, dass sie den starken Ausgabensteigerungen des Jahres 2000 durch ein wirtschaftliches Finanzmanagement gerecht geworden sei.

Der Vorsitzende des Barmer-Verwaltungsrates, Hans Neusigl, bekräftigte, die Kasse habe zum Nutzen der Versicherten eine kluge und effiziente Anlagestrategie betrieben.

Konferenz: Antibiotika werden zu schnell verschrieben

Tagung zu Bakterien im Mund mit 500 Wissenschaftlern

Karlsruhe (tzb). Erkrankungen im Mund werden nach Ansicht vieler Zahnärzte zu schnell und zu oft mit Antibiotika behandelt. Es müssten neue Behandlungswege entwickelt werden, die das „delikate Wechselspiel der Bakterien im Mund und der Immunreaktion des Patienten“ berücksichtigen, sagte Professor Ulf Berthold Göbel vom der Berliner Universitätsklinikum Charité zur Eröffnung der 17. Karlsruher Konferenz der Akademie für Zahnärztliche Fortbildung. An dem Kongress nahmen rund 500 Ärzte und Wissenschaftler aus der ganzen Welt teil. Es müsse zwischen „guten“ und „bösen“ Bakterien unterschieden werden.

Der Prävention komme nach wie vor eine große Bedeutung zu. Aber auch wer sich

mehrmals am Tag die Zähne putze, sei vor einer Zahnerkrankung nicht gefeit. Noch kennen die Mediziner nur eine kleine Anzahl der Faktoren, die Erkrankungen im Mund auslösen können. Fest stehe jedoch, so die Experten, dass Rauchen oder Stress das Risiko erhöhen. Aber auch die genetische Veranlagung des Patienten müsse bei der Behandlung berücksichtigt werden. Um so wichtiger werden diese Ansätze, wenn man beachtet, dass Entzündungsherde im Mund auch Erkrankungen in anderen Teilen des Körpers – beispielsweise am Herz oder im Darmbereich – auslösen können.

Das Thema der 17. Karlsruher Konferenz lautete „Bakterien – Gäste und Gegner in der Mundhöhle“.

Kostspieliger Wechsel im Ministerium

Berlin (tzb). Das Bundesgesundheitsministerium hat seit dem Regierungswechsel Ende 1998 durch Entlassungen von Staatssekretären und Abteilungsleitern Kosten von rund 854 000 Euro verursacht. Das geht aus einer Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage der Union hervor. Der Anteil leitender und damit besser dotierter Mitarbeiter unter allen Beschäftigten stieg zugleich von 6,8 auf 7,6 Prozent. Die Regierung begründete dies mit dem doppelten Dienstsitz des Ministerium in Bonn und Berlin. Den Angaben zufolge wurden seit Ende 1998 sechs Mitarbeiter eingestellt, die zuvor bei Abgeordneten von SPD oder Grünen oder in deren Fraktionen beschäftigt waren.

Anfang vergangenen Jahres hatte zudem Ulla Schmidt (SPD) die Grünen-Politikerin Andrea Fischer als Gesundheitsministerin abgelöst. Andrea Fischer war im Zusammenhang mit der BSE-Krise zurückgetreten.

Schon vor 8000 Jahren Bohrer contra Zahnschmerz

Amerikanische Archäologen fanden Belege in Pakistan

Stuttgart (tzb). Zahnschmerzen sind nach Erkenntnissen von US-Archäologen bereits vor 8000 Jahren fachmännisch behandelt worden. Die Wissenschaftler fanden in Pakistan Menschenzähne mit gebohrten Löchern, wie das Magazin „Bild der Wissenschaft“ kürzlich berichtete. Andrea Cucina und Kollegen von der Universität von Missouri-Columbia entdeckten diese Indizien für „therapeutisches Bohren“ in der Ausgrabungsstätte Mehrgarh, die laut Experten als der bislang früheste definitive Beweis für eine permanente Siedlung angesehen wird.

Die Löcher sind nach Ansicht der Forscher

vorsätzlich in die Zähne gebohrt worden, da sie sehr genau begrenzt seien und konzentrische Bohr-Rillen aufwiesen. Diese Technik sei bereits von der Schmuckherstellung bekannt. Die Forscher schließen jedoch aus, dass die Zähne angebohrt wurden, um aus ihnen Ketten zu machen. Denn die behandelten Zähne steckten noch in einem Kieferknochen. Mögliche Füllungen haben sich den Wissenschaftlern zufolge nicht erhalten.

Cucina nimmt an, dass die Löcher mit Pflanzenmaterial gefüllt wurden. Unklar ist bislang, wie die Patienten für die Eingriffe betäubt wurden.

Thüringer FDP will Patienten stärken

Erfurt (tzb). In der Diskussion um die künftige Gesundheitspolitik hat die Thüringer FDP erneut die Stärkung der Eigenverantwortung der Patienten gefordert. Der Patient müsse wieder in die Rolle des Souveräns gebracht werden, forderte Lulita Schwenk, gesundheitspolitische Sprecherin der Landes-FDP. „Die Patienten können am besten über erbrachte und notwendige Leistungen entscheiden“, heißt es in einer Erklärung. Dabei könnten Patientenberatungsvereine beratende Hilfestellungen geben.

Der Bundesregierung wirft die Thüringer FDP gesundheitspolitisches Versagen vor. Ergebnis seien ein Defizit von 2,5 Milliarden bei den gesetzlichen Krankenkassen im vergangenen Jahr, steigende Beiträge als Belastung für Arbeitnehmer und Arbeitgeber, immense Verwaltungskosten in der GKV einhergehend mit horrend hohen Vorstandsbezügen, Ärztemangel in den verschiedensten Bereichen und Strukturprobleme überall. Die Gesundheitspolitik sei immer nur von Aktionismus geprägt. Auch die in die Wege geleitete Reform im Krankenhauswesen werde zur Farce geraten.

Bestechungsverdacht auch in Thüringen

28 Ermittlungsverfahren gegen Mediziner – bundesweit 1800 Ärzte verdächtig

Meiningen/Erfurt (tzb). Im bundesweiten Bestechungsskandal gegen Klinikärzte wird jetzt auch gegen Thüringer Mediziner ermittelt. Bei den Staatsanwaltschaften Meiningen und Erfurt liegen insgesamt 28 Anzeigen vor. Die Mediziner werden der Vorteilsnahme verdächtig. Bundesweit laufen Ermittlungen gegen 1800 Ärzte und 380 Pharmavertreter. Der Münchner Pharmakonzern SmithKline Beecham, der im Dezember 2000 in der Pharmagruppe GlaxoSmithKline aufging, soll die Mediziner mit Zuwendungen bedacht haben, damit sie Medikamente des Konzerns verwenden. Die Ermittlungsverfahren gegen weitere 2200 Ärzte wurden wegen Geringfügigkeit eingestellt.

Nach bisherigen Erkenntnissen sollen die in Verdacht geratenen Ärzte für die Verwendung bestimmter Medikamente vor allem von 1997 bis 1999 vom Pharmakonzern Smiths Kline Beecham Geld und andere Zuwendungen erhalten haben. Die Rede ist von Beträgen zwi-

schen 1000 und 3000 Mark, in Einzelfällen aber auch bis zu 40 000 Mark.

Bei der Staatsanwaltschaft Meiningen liegen zehn Anzeigen vor, bei der Erfurter Ermittlungsbehörde gingen 18 Anzeigen ein. Diese Verfahren wurden von der Staatsanwaltschaft München nach Thüringen abgegeben. Der Präsident der Landesärztekammer Thüringen, Prof. Dr. Eggert Beleites, warnte vor einer pauschalen Verurteilung eines ganzen Berufsstandes. Bisher handele sich lediglich um einen Anfangsverdacht, nicht um fest stehende Tatbestände. Zugleich beklagte er zunehmende Verunsicherung bei Ärzten über den richtigen Umgang mit Spenden der Industrie an Krankenhäuser und Forschungseinrichtungen. Die Grenze zwischen zulässiger Kooperation mit Unternehmen und strafbarem Verhalten sei für viele Mediziner schwer auszumachen. Bei der Einwerbung von Geldern für Forschungsprojekte sei die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern,

Ärzten und der Industrie sogar erwünscht. In Thüringen sind knapp 10 000 Ärzte in Krankenhäusern, Praxen und bei Behörden tätig. Seit Gründung der Landesärztekammer vor über zehn Jahren ist laut noch kein Thüringer Arzt der Korruption oder Bestechung überführt worden.

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) hat eine umgehende Aufklärung des Bestechungsskandals gefordert. Der Vorgang zeige, wie wichtig es sei, Medikamente auf Grund ihrer tatsächlichen Wirkstoffe und nicht wegen ihres Namens zu verordnen. Ver.di-Chef Frank Bsirske forderte die schnelle Einführung der geplanten Positivliste für Arzneien. Die Kassen sollten nur noch Medikamente zahlen, die von einem Expertengremium anerkannt und auf die Liste gesetzt wurden, sagte der Vorsitzende der größten deutschen Gewerkschaft. Die geplante Positivliste könne den Ärzten eine unabhängige Orientierungshilfe bieten.

Datenpanne: Patientenakten öffentlich

Staatsanwaltschaft Meiningen ermittelt wegen Verrats von Privatgeheimnissen

Hildburghausen (tzb). Nach den verschwundenen Festplatten im Innenministerium und in einer Tiefgarage öffentlich zugänglich gelagerten Justizakten sorgt in Thüringen wieder einmal eine Datenpanne für Wirbel. Aus der psychiatrischen Klinik Hildburghausen sind Patientendaten in die Öffentlichkeit gelangt. Die hochsensiblen Daten befanden sich auf einem ausgemusterten Klinikcomputer, den die Einrichtung Ende vergangenen Jahres verkauft hatte. Die Staatsanwaltschaft Meiningen ermittelt wegen der Verbreitung von Privatgeheimnissen. Sowohl das Sozialministerium als auch die Rhön Klinikum AG (Bad Neustadt), zu der das Krankenhaus seit Jahresbeginn gehört, hatten Anzeige erstattet.

Der ominöse Computer gehört zu 29 ausrangierten Klinikcomputern, die laut Ministerium Ende vergangenen Jahres allesamt an Klinik-

mitarbeiter veräußert worden. Zum Zeitpunkt des Computerverkaufs gehörte das Krankenhaus noch dem Land. Die Hildburghäuser Klinik wurde wie die beiden anderen psychiatrischen Landesfachkrankenhäuser in Mühlhausen und Stadtroda zu Beginn dieses Jahres privatisiert. Das Sozialministerium räumte ein, dass die Bestimmungen der Datenschutzgesetze und der innerbetrieblichen Datenschutzordnung „nicht in allen Fällen“ beachtet worden seien. Nach Angaben des Ministeriums wurde beim Verkauf gegen die Verpflichtung verstoßen, gespeicherte Daten „in nicht revidierbarer Weise“ zu löschen. Nach den Bestimmungen des Datenschutzes hätten die Daten vor dem Verkauf der Geräte vollständig gelöscht und die Festplatten „physisch vernichtet“ werden müssen. Diese Bestimmungen seien dem Personal bekannt gewesen, alle Mitarbeiter hätten sich zu de-

ren Einhaltung verpflichtet.

Die Landesdatenschutzbeauftragte Silvia Liebaug sprach von einem „groben Verstoß“ gegen die Datenschutzbestimmungen. Sie sieht außerdem Verstöße gegen das Krankenhausgesetz und den Grundsatz der ärztlichen Schweigepflicht. Die Verantwortung dafür liegt ihrer Auffassung nach innerhalb des Krankenhauses – und nicht beim Land als damaligen Klinikbesitzer. Nach Auffassung Liebaugs hätte die Klinik dafür sorgen müssen, dass Daten nicht in unbefugte Hände gelangen können. Das Sozialministerium habe seine Kontrollpflicht als Aufsichtsbehörde nicht vernachlässigt, befand Thüringens oberste Datenschützerin nach einem Lokaltermin im Krankenhaus. Die SPD-Landtagsfraktion kündigte zu dem Vorfall eine mündliche Anfrage im Landtag an.

Wir gratulieren!

zum 92. Geburtstag am 03.04.
Herrn Sanitätsrat Heinz Herzner
 in Gera

zum 92. Geburtstag am 26.04.
Herrn Zahnarzt Dr. med. dent.
Hans Kümmerling
 in Gera

zum 78. Geburtstag am 10.04.
Frau Medizinalrat Dr. Elly Weber
 Schmalkalden

zum 77. Geburtstag am 14.04.
Herrn Zahnarzt Dr. med. dent.
Peter Weiße
 in Gera

zum 76. Geburtstag am 07.04.
Frau Zahnärztin Dr. med. dent.
Gisela Gebhardt
 in Bad Köstritz

zum 75. Geburtstag am 22.04.
Herrn Zahnarzt Dr.
Wolfgang Ortleb
 in Wildetaube

zum 74. Geburtstag am 02.04.
Herrn Zahnarzt Dr. med.
Dietrich Nacke
 in Gotha

zum 73. Geburtstag am 15.04.
Herrn Medizinalrat
Franz-Josef Huschenbeth
 in Heiligenstadt

zum 72. Geburtstag am 22.04.
Herrn Sanitätsrat Dr. med. dent.
Hubert Boog
 in Eisenach

zum 70. Geburtstag am 25.04.
Herrn Medizinalrat Dr. med. dent.
Horst Müller
 in Mengersgereuth-Hämm.

zum 66. Geburtstag am 17.04.
Herrn Zahnarzt Dr. med. dent.
Martin Scheide
 in Hermsdorf

zum 66. Geburtstag am 27.04.
Herrn Zahnarzt Dr. med. dent.
Karl-Heinz Möller
 in Erfurt

zum 65. Geburtstag am 21.04.
Herrn Sanitätsrat Dr. med. dent.
Gerhard Fleischmann
 in Königsee

zum 65. Geburtstag am 27.04.
Herrn Zahnarzt Dr. med. dent.
Jürgen Hering
 in Gera

zum 65. Geburtstag am 16.04.
Herrn Zahnarzt Dr. med.
Karl-Heinz Röder
 in Nordhausen

zum 60. Geburtstag am 24.04.
Herrn Zahnarzt Dr. med. dent.
Wolfgang Burzlaff
 in Ilmenau

zum 60. Geburtstag am 12.04.
Frau Zahnärztin Dr. med. dent.
Heidmarie Franke
 in Saalfeld

zum 60. Geburtstag am 22.04.
Frau Zahnärztin Sabine Seidel
 in Arnstadt

zum 60. Geburtstag am 25.04.
Herrn Zahnarzt Dr. med. dent.
Paul-Gerhard Genz
 in Erfurt

Das Referat Fortbildung informiert

Datum	Ort/Kurs-Nr.	Thema	Wissenschaftl. Leitung	Teilnehmergebühr/€
11.05.02 Sa	Erfurt 02/033	Die Goldhämmerfüllung Praktischer Arbeitskurs für Kavitäten der Klasse I	Steffen, Greifswald	155,-
25.05.02 Sa	Erfurt 02/037	Die Kunst, Patienten als Gäste zu behandeln	Namianowski, Friedrichshafen	125,-
31.05.02 01.06.02 Fr/Sa	Erfurt 02/039	Herstellung von Okklusionsschienen -Folgekurs-	Asselmeyer, Göttingen	305,-
01.06.02 Sa	Erfurt 02/041	Zahnfarbene adhäsive Restau- ration im Frontzahngebiet	Besek, Zürich	155,-

Für oben stehende Kurse aus dem Fortbildungsheft „Frühjahrssemester 2002“ der Landes Zahnärztekammer Thüringen werden noch Anmeldungen entgegengenommen.

Ansprechpartner:

Frau Held/Frau Westphal

☎ 0361/74 32-107/108

Fax: 0361/74 32-150

Achtung! Bei nachfolgendem Kurs Terminänderung!

Alter Termin: Fr/Sa, 7./8.06.02

Neuer Termin: Fr/Sa, 6./7.12.02

Wissenschaftliche

Leitung: Meyer, Greifswald
Asselmeyer, Göttingen

Ort/Kurs-Nr.: Erfurt, 02/043

Teilnehmergebühr: 300,- €

Thema: Dysfunktionsbedingte
Erkrankung des Kau-
organs – Diagnostik,
Initialtherapie durch
Einschleifen, Aufbiß-
behelfe



Gemeinschaftsveranstaltung



Karl-Häupl-Institut
Fortbildungszentrum der
Zahnärztekammer Nordrhein



Informationen und Anmeldung:

Telefon: (0361) 7432-107 Frau Held
(0361) 7432-108 Frau Westphal

Fax: (0361) 7432-185

E-Mail: fb@lzkth.de