

tz**b**

Thüringer
Zahnärzte
Blatt

Ausgabe 02 | 2003

Bestätigung für bewährtes Team

Lesen Sie ab S. 6



Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,



am 25. bzw. 27. Januar war in den Medien zu hören und/oder zu lesen: „Dr. Karl-Friedrich Rommel bleibt an der Spitze der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Thüringen. Auf der konstituierenden Sitzung der neu gewählten Vertreterversammlung am Samstag in Erfurt wurde der 45-jährige niedergelassene Zahnarzt aus Mechterstädt (Landkreis Gotha) mit großer Mehrheit in seinem Amt bestätigt. Rommel, der für die Dauer von vier Jahren gewählt wurde, steht der KZV bereits seit 1999 vor. Stellvertretender Vorsitzender bleibt Klaus-Dieter Panzner (Weimar).“

Und das ist gut so! Denn die große Mehrheit der Delegierten der Vertreterversammlung – das waren 92 Prozent – wählten den bisher amtierenden zu ihrem neuen Vorsitzenden der KZV Thüringen. Diese demonstrierte Einigkeit der Vertreter der Thüringer Zahnärzteschaft galt dem gesamten Vorstand der KZV für die geleistete Arbeit in den letzten Jahren, denn der alte Vorstand wurde bis auf ein Mitglied als neuer Vorstand wieder gewählt.

Weil diese Mitglieder es verstanden haben, nach Möglichkeit die Interessen aller Zahnärztinnen und Zahnärzte zu berücksichtigen und eine ausgewogene Standespolitik zum Wohle der Praxen umzusetzen. So waren die Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen geprägt von einem harten, aber fairen Stil, der die Achtung und Anerkennung der Partner auf der einen Seite und eine deut-

lichen Steigerung unserer Punktwerte vom Ende der Skala an die Spitze der Ostpunktwerte auf der anderen Seite gebracht hat. Die seit vier Jahren ausgezahlten Honorare für die Thüringer Zahnärzte sind sicher. Noch anhängige Sozialrechtsverfahren zu Honorarfragen, die länger als vier Jahre anhängig waren, wurden ohne Aufgabe berechtigter Forderungen für erledigt erklärt, so dass auch in den nächsten Jahren keine Forderungen auf die Thüringer Zahnärzte zukommen werden. Und das ist gut so!

Diese Anerkennung für die geleistete Arbeit des alten und nun auch neuen Vorstands der KZV Thüringen wurde auch im Grußwort des Staatssekretärs vom Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, Heinz-Günter Maaßen, deutlich. Er betonte, dass die Zusammenarbeit mit der Selbstverwaltung der Thüringer Zahnärzteschaft konstruktiv und positiv ist. Er dankte allen, die ihre freie Zeit ehrenamtlich der Gemeinschaft zur Verfügung stellen. In diesem Zusammenhang erteilte der Staatssekretär Überlegungen der rot-grünen Regierungskoalition, den K(Z)V den Sicherstellungsauftrag zu entziehen, eine deutliche Abfuhr. Er erklärte die Bereitschaft des Thüringer Gesundheitsministeriums, weiterhin mit den Interessenvertretern der Zahnärzte eng zusammen zu arbeiten. Und das ist gut so!

Bei allem Positivem muss doch die momentane Situation in der Gesundheitspolitik der Bundesregierung mit ihrer „Superministerin“

Ulla Schmidt an der Spitze Anlass zu Befürchtungen geben. Der unausgegrenzte Aktionismus und das blindwütige Herumgestochere im System mit dem Versuch, dauernd Lösungen zu offerieren, die den Namen „Reform des Gesundheitswesens“ nicht verdienen, muss uns Veranlassung sein, alles zu unternehmen, unsere Überlegungen zum befundorientierten Festzuschussmodell in der Zahnheilkunde in der Politik hoffähig zu machen.

Kollege Rommel betonte, bei der anstehenden Gesundheitsreform müsse zahnärztlicher Sachverstand verstärkt einfließen. Es gehe um eine Reform mit den Beteiligten und nicht gegen sie. Dieses erfordere die oft zitierte, leider zu wenig praktizierte Einigkeit aller Kolleginnen und Kollegen. Ein Anfang dazu war die konstituierende Vertreterversammlung der KZV Thüringen.

Und das war gut so!

*Ihr Dr. Karl-Heinz Müller,
Beauftragter des KZV-Vorstandes
für Öffentlichkeitsarbeit*

Als Zahnärztin will ich Freiräume. Mit einer privaten Krankenversicherung der Allianz.



Wer im Beruf viel leistet, sollte sich wenigstens privat entspannen können. Dabei möchten wir Sie unterstützen. Mit einer privaten Krankenversicherung der Allianz, die Sie heute optimal absichert und sich Ihrer zukünftigen, ganz persönlichen Lebensplanung flexibel anpasst. Damit Sie sich beruflich engagieren und gleichzeitig Ihre wertvolle Freizeit unbeschwert genießen können, steht Ihnen Ihr Allianz Fachmann immer zur Verfügung. Gerne beraten wir Sie auch in allen anderen Versicherungs-, Vorsorge- und Vermögensfragen. Wir freuen uns auf Ihren Anruf unter 018 01-1122 88 (zum Ortstarif) oder auf eine E-Mail an: service.apkv@allianz.de

Allianz 

Im Verbund der **Allianz Group**

Private Krankenversicherung

www.gesundheit.allianz.de

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, Barbarossa Hof 16, 99092 Erfurt,
Tel.: 0361/74 32-136,
Fax: 0361/74 32-150,
E-Mail: ptz@lzkth.de, webmaster@kzv-thueringen.de

Internet: www.lzkth.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.: 0361/74 46 74 -80, Fax: -85, E-Mail: tzb@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:

Druckhaus Gera GmbH

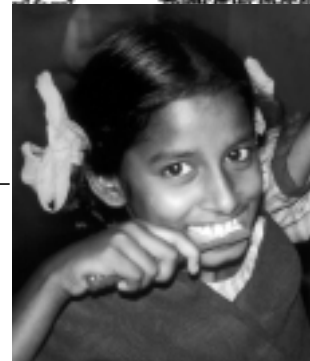
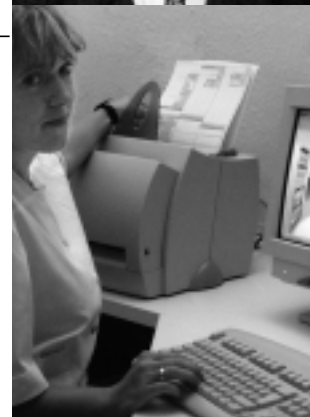
Titelbild: Jörg Ehrhardt

Einzelheftpreis: 3,50 €
Versandkosten: 1,00 €
Jahresabo: 49,50 € inkl. MwSt.

März-Ausgabe 2003:

Redaktionsschluss: 24.2.2003
Anzeigenschluss: 28.2.2003

Editorial	3
KZV	
<i>Bestätigung für bewährtes Team</i>	6
<i>Der Vorstand der KZV Thüringen</i>	7
<i>Die Ausschüsse der KZV</i>	7
<i>Fakten zur neuen Vertreterversammlung</i>	8
<i>Versorgungsgradfeststellung</i>	8
LZKTh	
<i>Tätigkeitsschwerpunkte und Qualitätssicherung</i>	10
<i>Das Referat Fortbildung informiert</i>	11
<i>Falls der Computer den Geist aufgibt</i>	12
<i>Hinweise zur neuen Röntgenverordnung</i>	15
<i>Narkosesysteme in Praxis regelmäßig prüfen</i>	15
<i>Vorsicht bei Adressverzeichnissen</i>	16
Versorgungswerk	16
Universität	
<i>Studium feierlich beendet</i>	18
<i>Jahrestagung des Fördervereins</i>	18
Veranstaltungen	
<i>Passgenau zum Zahnersatz</i>	19
<i>Weichen für die nächste Zeit gestellt</i>	20
<i>Termine</i>	21
Info	22
Fortbildung	
<i>Die Parodontitistherapie – gestern, heute und morgen</i>	23
<i>Dissertationen</i>	26
Bücher	32
Gesundheitspolitik	35
Praxismanagement	
<i>Berufshaftpflicht nicht vernachlässigen</i>	36
<i>Arbeitgeber und Kündigung</i>	37
Recht	38
Aktion	
<i>Zahnmedizinische Hilfe für Madurai</i>	41
Kleinanzeigen	44
Freizeit	50



Bestätigung für bewährtes Team

KZV-Vertreterversammlung wählte Vorstand/Rommel Vorsitzender

Erfurt (tzb). Mit personeller Kontinuität geht die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen die nächsten vier Jahre ihrer Arbeit an. Auf seiner konstituierenden Sitzung wählte das Parlament der rund 1900 Vertragszahnärzte im Freistaat am 25. Januar in Erfurt den bisherigen Vorstandsvorsitzenden, Dr. Karl-Friedrich Rommel (Mechterstädt) mit großer Mehrheit erneut an die Spitze der KZV. Rommel erhielt 43 Stimmen. Der neu gewählten Vertreterversammlung gehören 48 Mitglieder an. Rommel war einziger Kandidat für das Amt des Vorsitzenden. Das Wahlergebnis ist ein Novum für die Thüringer KZV: Erstmals seit ihrer Neubildung 1991 überhaupt wurde ein Vorsitzender in seinem Amt bestätigt.

Bestätigung gab es auch für den seit 1995 amtierenden stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden, zu dem die Vertreterversammlung mehrheitlich Klaus-Dieter Panzner (Weimar) wählte. Auch die bisherigen Vorstandsmitglieder Mathias Eckardt (Schleusingen), Dr. Jürgen Haas (Gerstungen), Dr. Horst Popp (Erfurt) und Hans-Otto Vonderlind (Hildburghausen) erhielten erneut das Vertrauen. Eckardt erzielte mit 46 Stimmen das beste Wahlergebnis aller Vorstandsmitglieder. Komplettiert wird der Vorstand von Dr. Volker Oehler (Erfurt), der einziger Neuling in dem Gremium ist und für den 35 Vertreter votierten. Der 53-jährige Oehler betreibt seit 1991 eine Gemeinschaftspraxis in Erfurt. Der Vertreterversammlung gehört er seit 1994 an. Keiner der gewählten Vorstände hatte einen Gegenkandidaten. Das bisherige Vorstandsmitglied Frank Hauschild (Könitz) trat nicht noch einmal zur Wahl an. Für seine bisher geleistete Arbeit als Referent für konservierend/chirurgische Leistungen und Wirtschaftlichkeitsprüfung dankte ihm der alte und neue Vorstandsvorsitzende noch einmal ausdrücklich.

Rommel sprach nach der Wahl von einem „überwältigenden Ergebnis“, das so nicht vorauszusehen gewesen sei und für die anstehenden schwierigen Aufgaben motiviere. Dies sei auch wichtig, denn angesichts der zu

erwartenden Reformen im Gesundheitswesen werde die neue Legislaturperiode sehr arbeitsreich werden.

Rückenstärkung für Selbstverwaltung

Der als Gast an der Sitzung teilnehmende Staatssekretär im Thüringer Gesundheitsministerium, Heinz-Günter Maaßen, nutzte die Gelegenheit nicht nur, um dem neu gewählten Vorstand die Glückwünsche von Minister Frank-Michael Pietzsch (CDU) zu überbringen. Er ging auch auf den in der derzeitigen Debatte um die Gesundheitsreform von verschiedenen Seiten eingebrachten Vorschlag ein, die kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen als Instrument der (zahn)ärztlichen Selbstverwaltung aufzulösen. Maaßen wies dies zurück. Wer so etwas verlange, bedrohe nicht die Ärzte, sondern die Patientenversorgung. Maaßen dankte den Zahnärzten erneut für ihren Einsatz bei der Versorgung der Patienten in Thüringen.

Die Mitglieder der Vertreterversammlung hatten auf ihrer konstituierenden Sitzung jede Menge Wahlgänge zu absolvieren. Außer dem Vorstand galt es, ein neues ständiges Tagungspräsidium für die Amtsperiode 2003 bis 2006 zu bestimmen. Vorsitzender der Vertreterversammlung ist nunmehr Dr. Jens-Michael Plaul (Weimar), er war einziger Kandidat. Der bisherige Tagungspräsident Dr. Rolf Gäbler trat nicht noch einmal an. Wie beim Vorstand wurde auch bei den Wahlen zum Präsidium einzeln und in geheimer Wahl über die Kandidaten abgestimmt. Außerdem wurden der Haushaltsausschuss und der Kassenprüfungsausschuss gewählt. Beiden Gremien gehören jeweils drei Mitglieder und drei Stellvertreter an. Neu hinzugekommen ist ein Satzungsausschuss. Ins Leben gerufen wurde er, weil in der jetzigen Legislaturperiode eine Änderung der KZV-Satzung ansteht, die an einigen Stellen überarbeitungsbedürftig ist. Der Ausschuss soll dazu Vorschläge unterbreiten. Weil so viel Sachverstand wie möglich einfließen soll, wurden statt der ursprünglich geplanten drei nunmehr sechs Mitglieder in den Ausschuss gewählt.



Die KZV-Vertreterversammlung während ihrer konstituierenden Sitzung in Erfurt.

Der Vorstand der KZV Thüringen

Vorsitzender:

Dr. Karl-Friedrich Rommel (Mechterstädt) – 45 Jahre, seit 1995 Mitglied der Vertreterversammlung

Stellvertretender Vorsitzender:

Klaus-Dieter Panzner (Weimar) – 45 Jahre, seit 1991 Mitglied der Vertreterversammlung

Referent für Haushalt/Kreisstellen:

Mathias Eckardt (Schleusingen) – 49 Jahre, seit 1991 Mitglied der Vertreterversammlung

Referent für Prothetik:

Dr. Jürgen Haas (Gerstungen) – 56 Jahre, seit 1994 Mitglied der Vertreterversammlung

Referent für Zulassung, Kieferbruch, PAR:

Dr. Horst Popp (Erfurt) – 46 Jahre, seit 1998 Mitglied der Vertreterversammlung

Referent für Kieferorthopädie:

Hans-Otto Vonderlind (Hildburghausen) – 48 Jahre, seit 1994 Mitglied der Vertreterversammlung

Referent für Prüfwesen, kons./chir.

Leistungen: Dr. Volker Oehler (Erfurt) – 53 Jahre, seit 1994 Mitglied der Vertreterversammlung



Wieder gewählt: Dr. Karl-Friedrich Rommel, Vorstandsvorsitzender der KZV Thüringen. Fotos (4): Wolf

In der ersten Vorstandssitzung wurden die bisherigen Mitglieder des Vorstandes in ihren Referaten bestätigt. Dr. Volker Oehler übernimmt das Referat Kons./Chirurgie und Wirtschaftlichkeitsprüfung. Mathias Eckhardt übernimmt zusätzlich die Koordinierung der Arbeit mit den Kreisstellenvorsitzenden. Er ist damit Ansprechpartner des Vorstandes für die Kreisstellen bei Fragen und Problemen.

Kontakt: ☎ 03 68 41/33 30 (Praxis) oder 03 61/67 67 -111 (KZV, Frau Holze).



Vorstand und Präsidium der neuen Vertreterversammlung: Klaus-Dieter Panzner, Dr. Heike Dorf, Dr. Horst Popp, Dr. Jürgen Haas, Dr. Jens-Michael Plaul, Dr. Carmen Sauer, Hans-Otto Vonderlind, Dr. Karl-Friedrich Rommel, Dr. Horst Oehler, Mathias Eckardt (v.l.n.r.).

Die Ausschüsse der KZV

Haushaltsausschuss

Mitglieder:

Dr. Carmen Sauer (Suhl)
Christian Bechmann (Wernshausen)
Volker Bergk (Gotha)

Stellvertreter der Ausschussmitglieder:

Dr. Cornelia Müller (Leinefelde)
Johannes Wolf (Eisenberg)
Dr. Renate Reum (Schweina)

Kassenprüfungsausschuss

Mitglieder:

Dr. Lutz-Rüdiger Holzheu (Erfurt)
Pia Voß (Gera)
Dr. Hubert Engel (Eisenach)

Stellvertreter der Ausschussmitglieder:

Dr. Bernd Funke (Gera)
Frank Hauschild (Könitz)
Dr. Christian Junge (Friedrichroda)

Satzungsausschuss

Mitglieder:

Johannes Wolf (Eisenberg)
Klaus-Dieter Panzner (Weimar)
Dr. Olaf Wunsch (Kahla)
Dr. Jens-Michael Plaul
Dr. Uwe Tesch (Erfurt)
Dr. Peter Bracke (Gräfenroda)



Der neue Präsident der Vertreterversammlung Dr. Jens-Michael Plaul bei seiner ersten Amtshandlung. Neben ihm seine Stellvertreterinnen Dr. Heike Dorf (l.) und Dr. Carmen Sauer.

Fakten zur neuen Vertreterversammlung

Statistik. Der neuen Vertreterversammlung gehören 48 Mitglieder an – 37 Männer und neun Frauen. Die gewählten Vertreter haben sich aus insgesamt 88 Wahlvorschlägen herauskristallisiert, die beim Wahlausschuss eingegangen waren. Die meisten Stimmen entfielen dabei auf Dr. Karl-Friedrich Rommel (879), Dr. Reinhard Zinner (859) und Dr. Gisela Brodersen (815).

Mandatsverlust. Prof. Dr. Eicke Glockmann, Direktor des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZZMK) der Universität Jena, ist noch vor der konstituierenden Sitzung aus der Vertreterversammlung ausgeschieden – wahltechnische Folge einer seit Jahresbeginn geltenden Ermächtigung für das ZZMK. Prof. Glockmann war als ordentliches Mitglied gewählt worden. Die dortigen Zahnärzte gelten durch die Ermächtigung aber nicht mehr wie bisher als ordentliche, sondern außerordentliche KZV-Mitglieder.

Personalien. Der Ehrenpräsident der Landes Zahnärztekammer, Dr. Jürgen Junge (Schnepfenthal), ist mit 73 Jahren ältestes Mitglied der KZV-Vertreterversammlung. Jüngster Vertreter ist der 34-jährige Dr. Frank Wuchold aus Erfurt.

Familienbande. Die Zahnarztfamilie Junge ist gleich zweifach in der Vertreterversammlung präsent. Neben deren Alterspräsidenten Dr. Jürgen Junge ist auch dessen Sohn, Dr. Christian Junge, Mitglied der Vertreterversammlung. Junge sr. kam in der Wahlgruppe der außerordentlichen Mitglieder ins Zahnärzteparlament, Junge jr. als Vertragszahnarzt.

Schweigeminute. Vor Beginn der konstituierenden Sitzung legten die Mitglieder der Vertreterversammlung eine Schweigeminute für Dr. Lutz Kreisel aus Jena ein. Das langjährige Mitglied des Zahnärzte-

parlaments war Anfang Dezember verstorben (tzb 1/2003).

Dank. Mit Blumen und herzlichen Worten bedankte sich Dr. Karl-Friedrich Rommel beim ausscheidenden Präsidium der Vertreterversammlung für dessen Arbeit in den vergangenen vier Jahren.



Den Gang zur Wahlurne mussten die Vertreter mehrfach antreten.

Beschluss

Bezug nehmend auf die erfolgte Veröffentlichung zur Versorgungsgradfeststellung und den Bestimmungen der §§ 100 und 101 SGB V in Verbindung mit §§ 15 und 16b ZV-Z ergeben sich nach der Sitzung des Zulassungsausschusses am 11.12.2002 folgende Veränderungen bezüglich der Anordnung/Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen:

Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für die zahnärztliche Versorgung:

Planungsbereich

Jena-Stadt: ein Vertragszahnarztsitz

Wartburgkreis: ein Vertragszahnarztsitz

Hinweis:

Gemäß der Absprache zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der KZV Thüringen vom 27. 2. 2002 wird im Planungsblatt C der Planungsbe-
reich „Wartburgkreis“ mit Stand September 2001 veröffentlicht.

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

Versorgungsgradfeststellung

Stand: 10. Januar 2003

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

Planungsblatt B: Zahnärztliche Versorgung

Stand: 11.12.2002

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
PB-Nr.	Planungs- bereich	Einwohner Dez 01	Ber. Einw.-zahl	Versorgungs- grad 100%	Versorgungs- grad 110%	Vert.- ZÄ	Angest.	Gesamt +Ermä.	Kfo-Anr.- ZÄ	Gesamt	Versorg.- grad %
1 (51)	Erfurt, Stadt	200.126		156,3	172,0	201	1	203	3	200	128,0
2 (52)	Gera, Stadt	109.926		85,9	94,5	103	0	103	2	101	117,5
3 (53)	Jena, Stadt	101.157		11,0	86,9	90	0	90	4	86	108,9
4 (54)	Suhl, Stadt	46.765		27,8	30,6	44	0	44	1	43	154,4
5 (55)	Weimar, Stadt	63.522		37,8	41,6	45	7	52	0	52	137,3
6 (56)	Eisenach	44.242		26,3	29,0	36	3	39	2	37	139,9
7 (61)	Eichsfeld	113.427		67,5	74,3	75	1	76	1	75	110,8
8 (62)	Nordhausen	97.685		58,1	64,0	73	1	74	1	73	124,9
9 (63)	Wartburgkreis	143.646		85,5	94,1	95	0	95	1	94	109,4
10 (64)	Unstrut-Hain.-Kr.	118.446		70,5	77,6	88	0	88	0	88	124,4
11 (65)	Kyffhäuserkr.	92.983		55,3	60,9	66	1	67	1	66	119,1
12 (66)	Schmalk.-Mein.	142.488		84,8	93,3	107	0	107	1	106	124,7
13 (67)	Gotha	147.418		87,7	96,5	119	0	119	2	117	133,3
14 (68)	Sömmerda	80.323		47,8	52,6	54	0	54	2	52	109,3
15 (69)	Hildburghausen	73.246		43,6	48,0	44	1	45	0	45	102,8
16 (70)	Ilm-Kreis	121.040		72,0	79,3	82	0	82	0	82	113,5
17 (71)	Weimarer Land	90.905		54,1	59,5	61	0	61	1	60	111,7
18 (72)	Sonneberg	67.175		40,0	44,0	53	0	53	2	51	128,2
19 (73)	Saalf.-Rudolst.	131.015		78,0	85,8	91	3	94	1	93	118,9
20 (74)	Saale-Holzl.-Kr.	93.404		55,6	61,2	67	0	67	5	62	111,7
21 (75)	Saale-Orla-Kr.	97.568		58,1	63,9	65	0	65	0	65	111,6
22 (76)	Greiz	122.459		72,9	80,2	94	0	94	2	92	126,8
23 (77)	Altenburg.Land	112.421		66,9	73,6	75	0	75	0	75	112,0

Planungsblatt C: Kieferorthopädische Versorgung

Stand: 11.12.2002

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
PB-Nr.	Planungs- bereich	Einwohner Dez 01	Ber. Einw.-zahl	Versorgungs- grad 100%	Versorgungs- grad 110%	KFO	Angest.	Gesamt	Kfo-Anr.- ZÄ	Gesamt	Versorg.- grad %
1 (51)	Erfurt, Stadt	200.126		12,5	13,8	8	0	8	3	11	87,4
2 (52)	Gera, Stadt	109.926		6,9	7,6	4	0	4	2	6	88,4
3 (53)	Jena, Stadt	101.157		6,3	7,0	7	0	7	4	11	173,5
4 (54)	Suhl, Stadt	46.765		2,9	3,2	1	0	1	1	2	68,9
5 (55)	Weimar, Stadt	63.522		4,0	4,4	4	0	5	0	5	127,8
6 (56)	Eisenach	44.242		2,8	3,0	2	0	2	2	4	150,7
7 (61)	Eichsfeld	113.427		7,1	7,8	3	0	3	1	4	59,3
8 (62)	Nordhausen	97.685		6,1	6,7	3	0	3	1	4	71,4
9 (63)	Wartburgkreis	143.646		9,0	9,9	2	1	3	1	4	49,5
10 (64)	Unstrut-Hain.-Kr.	118.446		7,4	8,1	4	0	4	0	4	58,0
11 (65)	Kyffhäuserkr.	92.983		5,8	6,4	1	0	1	1	2	35,9
12 (66)	Schmalk.-Mein.	142.488		8,9	9,8	6	1	7	1	8	92,7
13 (67)	Gotha	147.418		9,2	10,1	4	0	4	2	6	65,2
14 (68)	Sömmerda	80.323		5,0	5,5	1	0	1	2	3	54,2
15 (69)	Hildburghausen	73.246		4,6	5,0	1	0	1	0	1	25,4
16 (70)	Ilm-Kreis	121.040		7,6	8,3	5	0	5	0	5	69,4
17 (71)	Weimarer Land	90.905		5,7	6,2	4	0	4	1	5	80,2
18 (72)	Sonneberg	67.175		4,2	4,6	2	0	2	2	4	89,4
19 (73)	Saalf.-Rudolst.	131.015		8,2	9,0	2	0	2	1	3	40,2
20 (74)	Saale-Holzl.-Kr.	93.404		5,8	6,4	1	0	1	5	6	100,6
21 (75)	Saale-Orla-Kr.	97.568		6,1	6,7	3	0	3	0	3	52,2
22 (76)	Greiz	122.459		7,7	8,4	5	0	5	2	7	85,6
23 (77)	Altenburg.Land	112.421		7,0	7,7	3	0	3	0	3	43,2

Tätigkeitsschwerpunkte und Qualitätssicherung

LZKTh unterstützt Ansinnen des BDIZ

Erfurt (Izkth). Die Frage der Qualitätssicherung in der Zahnmedizin ist zurzeit in aller Munde. Die Konsensuskonferenz Implantologie beim BDIZ sieht dies gerade im Bereich der Ausweisung von Tätigkeitsschwerpunkten als besonders wichtig an.

Nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes vom 23. Juli 2001 mussten entsprechende Bestimmungen zum Ausweisen von Tätigkeitsschwerpunkten erarbeitet werden. Dabei gingen die Meinungen der einzelnen Länderkammern auseinander. Die Regelungen gehen von dem lediglichen Anzeigen von auf Selbsteinschätzung beruhenden Tätigkeitsschwerpunkten bis hin zu einem Antragsverfahren mit Überprüfung der abgeleiteten Fortbildungen und der Nachhaltigkeit der Ausübung.

Zu dem Modell der Selbstzertifizierung hegt der BDIZ Bedenken hinsichtlich der Einhaltung des Wettbewerbsrechtes. Die Frage dabei ist, ob die vom Bundesverfassungsgericht aufgestellten, schon aus dem Wettbewerbsrecht folgenden Kriterien der schwerpunktmäßigen und nachhaltigen Tätigkeit bei Selbstzertifizierung gegeben sind. Eine Selbstzertifizierung ist nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes nicht ausgeschlossen. Wer aber einen Tätigkeitsschwerpunkt führt und ihn dann nicht nachweisen kann, handelt wettbewerbswidrig. Unwahre Behauptungen sind unzulässig.

Nach Ansicht der Konsensuskonferenz Implantologie darf unter gar keinen Umständen bei der Ausweisung auf dem Praxisschild darauf verzichtet werden, die aus dem Wettbewerbsrecht folgenden Vorgaben der Nachhaltigkeit und der tatsächlichen Behandlungsschwerpunkte zu prüfen. Zwischen dem Berufsrecht und dem Wettbewerbsrecht gibt es einen engen Zusammenhang, der aber nur in eine Richtung zu Konsequenzen führt, weil das Wettbewerbsrecht andere Schutzaufgaben hat als das Berufsrecht. Es ist grundsätzlich denkbar, über berufsrechtliche Regelungen die sonst geltenden Regeln

des allgemeinen Wettbewerbsrechts einzuschränken. Es ist aber ausgeschlossen, über berufsrechtliche Regelungen die allgemeinen Grundsätze des Wettbewerbsrechts, die dem Schutz vor unwahren und irreführenden Angaben dienen, auszuhöhlen.

Das Wettbewerbsrecht fordert, dass die Außendarstellung einer Zahnarztpraxis sich in einem interessengerechten und sachgemessenen Rahmen hält. Wer einen Tätigkeitsschwerpunkt ausweisen möchte, darf dies aus wettbewerbsrechtlichen Gründen nur, sofern sich ein entsprechender Schwerpunkt in der Zahnmedizin bereits herausgebildet hat. Er muss in seiner Praxistätigkeit diesen Schwerpunkt tatsächlich und nachhaltig ausüben. Hinsichtlich der Nachhaltigkeit unterscheidet sich das Werberecht der freien Berufe von dem Werberecht der freien Wirtschaft. In der freien Wirtschaft darf schon mit Tätigkeiten geworben werden, die erst ausgeübt werden sollen. Eine Nachhaltigkeit der Ausübung als Voraussetzung der Werbung ist dort nicht erforderlich. Nimmt man die drei von der Rechtsprechung herausgearbeiteten Anforderungen, dann scheiden Begrifflichkeiten, wie z. B. „Homöopathie“, die mit der Zahnheilkunde nichts zu tun haben oder in der Zahnheilkunde keine der Öffentlichkeit gegenüber erkennbare Bedeutung haben, per se aus.

Die Landeszahnärztekammer Thüringen unterstützt den BDIZ in dieser Meinung. In der von der LZKTh erlassenen Richtlinie zum Ausweisen von Tätigkeitsschwerpunkten wurde aus diesem Grund ganz besonderer Wert darauf gelegt, dass Tätigkeitsschwerpunkte nur in Teilbereichen der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ausweisbar sind und dass diese in einem Antragsverfahren auf ihre Nachhaltigkeit und dem tatsächlichen Wissen des Zahnarztes überprüft werden können. Mit dieser Handhabung verfolgt die Landeszahnärztekammer Thüringen das Ziel, wirklich nur qualitätsgesicherte Angaben auf den Praxisschildern zuzulassen und damit das berechtigte Informationsinteresse der Patienten verlässlich zu befriedigen.

Kammerwahl: Wählerverzeichnis liegt aus

Erfurt (Izkth). In der Zeit vom 10. März 2003 bis 6. April 2003 liegt entsprechend § 6 der Wahlordnung der Landeszahnärztekammer Thüringen bei den Landräten der Landkreise und bei den Magistraten der kreisfreien Städte das Verzeichnis aller Wahlberechtigten zur Einsichtnahme aus.

Vom Wahlrecht kann nur Gebrauch machen, wer im Wählerverzeichnis eingetragen ist. Ansprüche auf Aufnahme und Einwendungen gegen die Aufnahme in das Wählerverzeichnis sind schriftlich bis spätestens 7. April 2003, 18.00 Uhr, an die Landeszahnärztekammer zu Händen des Wahlleiters zu richten.

Landeszahnärztekammer mit neuer Homepage

Erfurt (tzb). Seit dem 1. Februar verfügt die Landeszahnärztekammer Thüringen über eine neue Internetpräsentation. Die Website, die inhaltlich überarbeitet wurde und ein neues Design erhielt, ist erreichbar unter www.lzkth.de.

Wir trauern um

Herrn Oberstarzt

Dr. Werner Kettling,

verstorben am 28. Januar 2003 im Alter von 56 Jahren.

Dr. Werner Kettling gehörte dem Sanitätskommando III, Abteilung Gesundheitswesen, in der Sachsen-Anhalt-Kaserne Weißenfels der Bundeswehr an und war verantwortlich für die fachliche Führung der Truppenzahnärzte des Heeres in den Zahnarztgruppen der Länder Thüringen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Brandenburg und Berlin.

*Landeszahnärztekammer
Thüringen,
Dr. Lothar Bergholz, Präsident*

Das Referat Fortbildung informiert

Für folgende Kurse aus dem Fortbildungsprogramm „Frühjahrssemester 2003“ der Landes Zahnärztekammer Thüringen werden noch Anmeldungen entgegengenommen.

Ansprechpartner:
Frau Held/Frau Westphal
☎ 03 61/74 32 -107/-108
Fax: 03 61/74 32 -150

Datum	Ort	Thema	Wissenschaftl. Leitung	Teilnehmergebühr/€	Kurs-Nr.
2-Tage-Kurs Fr. 28.03.03 Sa. 29.03.03	Erfurt	Workshop-Craniomandibuläre Dysfunktion – CMD II Differenzierende Untersuchungen	Kopp, Jena	420,- ZÄ	03/018
Sa. 29.03.03	Erfurt	Hilfemöglichkeiten bei Angst vor dem Zahnarzt	Kreifelts, Krefeld Richter, Mönchengladbach	210,- ZÄ 160,- ZAH	03/019
Fr. 04.04.03	Erfurt	Die Kraft der eigenen Ausstrahlung	Erdmann, Dresden	160,- ZÄ 120,- ZAH	03/020
Sa. 12.04.03	Erfurt	Die zauberhafte Zahnarztpraxis	Neumeyer, Freiburg	180,- ZÄ 130,- ZAH	03/023
Sa. 12.04.03	Erfurt	Neue Methoden der Wurzelkanalaufbereitung und -füllung	Steffen, Löw, Greifswald	240,- ZÄ	03/024
Fr. 25.04.03	Erfurt	GOZ-Training für Prophylaxe, Kons. und Zahnersatz	Sieg-Küster, Wülfrath	140,- ZAH	03/025
Sa. 26.04.03	Erfurt	GOZ-Training für Prophylaxe, Kons. und Zahnersatz	Sieg-Küster, Wülfrath	140,- ZAH	03/026

Kurstipps · Kurstipps · Kurstipps · Kurstipps · Kurstipps · Kurstipps

Zahnarztangst

Zahnarztangst ist weit verbreitet – und nicht nur für den betroffenen Patienten ein Problem. Extreme Angst bei Patienten ist für den Zahnarzt behandlungser schwerend. Im Teamkurs „Hilfemöglichkeiten bei Angst vor dem Zahnarzt“ (29. März) beschäftigen sich die Referenten Dr. Karl Kreifelts (Krefeld) und Thomas Richter (Mönchengladbach) mit dem Angst-Phänomen:

Inhalte:

- psychologische und physiologische Prozesse bei der Angst
- Erkennen von Ängsten
- Strategien im Umgang mit Ängsten
- Praktisches Einüben angstreduzierender Verhaltensweisen (Gespräch, nonverbales Verhalten, Gestaltung der Praxis, spezielle Strategien zur Angstreduktion)

- Ablaufmodelle im Umgang mit Angstpatienten, insbesondere mit Kindern
- Indikation.

Dr. med. dent. Karl Kreifelts, Jahrgang 1958, ist niedergelassener Zahnarzt und ordentliches Mitglied der Akademie Praxis & Wissenschaft. Thomas Richter, Jahrgang 1957, ist Diplom-Psychologe und psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis, Supervisor und Lehrtherapeut für Verhaltenstherapie.

Wurzelkanal

Mit neuen Methoden der Wurzelkanalaufbereitung und -füllung befassen sich Dr. Heike Steffen und Dr. Angela Löw (beide Greifswald) in einem Kurs der Landes Zahnärztekammer (12. April).

Inhalte:

- crown-down-Aufbereitungsmethode
- praktische Übungen mit Flexmaster (VDW), Thermafil und Andostepper (SET) zur Anwendung – bitte Kittel und trepanierte Zähne mitbringen!

Heike Steffen ist Oberärztin an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald mit dem Hauptarbeitsgebiete Endodontie und Godfoiltechnik. Angela Löw ist Oberärztin an der Universität Greifswald mit den Arbeitsgebieten adhäsive Füllungstechniken und Endodontie.

Anmeldungen (bitte schriftlich) an:

Landes Zahnärztekammer Thüringen
Barbarosahof 16
99092 Erfurt
Fax: 03 61/74 32 -150
E-Mail: fb@lzkth.de

Falls der Computer den Geist aufgibt

Auch für die Zahnarztpraxis gilt: Datensicherung ist Pflicht

Von Sibylle Büttner

Das Oberlandesgericht Karlsruhe entschied, dass EDV-Anwender für die Sicherung ihrer Daten selbst verantwortlich sind (Aktenzeichen 10 U 123/95). Im vorliegenden Streitfall wurde ein Softwarehaus verklagt, weil bei der Installation eines Scanners versehentlich eine Kundendatei gelöscht wurde. Die Klage wurde abgewiesen, weil das Softwarehaus zu Recht unterstellen durfte, dass eine Sicherungskopie der sensiblen Daten vorhanden sei.

Um den Wert einer regelmäßigen Datensicherung wirklich schätzen zu können, muss man mindestens einmal wichtiges Material verloren haben, zum Beispiel einen Vortrag, der in einer Stunde vor wichtigem Publikum zu präsentieren ist oder eine Quartalsabrechnung, die noch heute abgegeben werden muss. Vermutlich muss man den inneren Zorn einfach mal erlebt haben, der in jedem Menschen aufsteigt, wenn er Buchstabe für Buchstabe, Linie für Linie längst erledigter Arbeiten von Grund auf noch einmal in die „blöde Kiste“ eingeben muss.

Eine regelmäßige Sicherung des Datenbestandes zählt zu den wichtigsten Aufgaben eines EDV-Anwenders. Ein Datenverlust kann verschiedene Ursachen haben. Sei es durch einen Hardwareausfall, durch einen Softwarefehler, eine Fehlbedienung oder einen Virus oder gar eine böswillige Manipulation. Das Schicksal ereilt einen stets im unpassendsten Augenblick. Glück für denjenigen, der durch eine besonnene Strategie der Datensicherung den Schaden in Grenzen halten konnte. Möglicherweise kann auch ein Festplattenfehler während der Datensicherung auftreten. Deshalb sollte man niemals die aktuelle Sicherungskopie überschreiben.

Disketten zum Speichern ungeeignet

Doch wie sichert man Daten einer Zahnarztpraxis richtig? Das Hauptproblem – außer der täglichen Motivation, die Datensicherung tatsächlich in Angriff zu nehmen – ist die Auswahl des richtigen Speichermediums. Angesichts der Datenmengen, die täglich in den Praxen anfallen, haben Disketten auf

Grund ihrer geringen Speicherkapazität und der geringen Zuverlässigkeit als Sicherungsmedium längst ausgedient. Je nach Art und Größe der Praxis ist ein Datenumfang bis zu einigen Gigabyte täglich zu sichern.

Während eine „normale“ CD-ROM wegen der nur einmaligen Beschreibbarkeit eher als Medium zur reinen Archivierung geeignet ist, kann die CD-RW (englisch: read-write = lesen-schreiben) durchaus für die tägliche Datensicherung eingesetzt werden. Jedoch heißt es, dass CD-ROMs nach fünf Jahren unzuverlässig werden – damit ist das Thema Datensicherung auch nicht befriedigend gelöst.

Dem System extra für die Datensicherung eine eigene Festplatte zu spendieren, mag auf den ersten Blick befremdend erscheinen – der freie und zügige Zugriff auf die gesicherten Daten ist ein Vorteil. Allerdings schützt die eingebaute Festplatte kaum vor mutwilliger Zerstörung. Gegen ZIP-Laufwerke oder andere Wechsellplattenlaufwerke spricht bisher vor allem die begrenzte Speicherkapazität auf den dazugehörigen Medien von maximal 2,2 Gigabyte (GB).

Das Medium der Wahl für die professionelle Datensicherung ist in der Regel der Streamer. Streamer sind Bandlaufwerke. Die heute üblichen Datensicherungsbänder (Cartridge) haben eine Kapazität von bis zu einigen hundert GB und zeichnen sich durch hohe Schreib- und Lesegeschwindigkeit aus. Ein weiterer Vorteil von Bandlaufwerken ist die



Nur geschulte Mitarbeiterinnen sollten mit der Datensicherung in der Zahnarztpraxis betraut werden. Foto: tzb

hohe Speicherkapazität bei relativ niedrigen Kosten. Die Datensicherungsbänder können bis zu 150-mal überschrieben werden.

Die richtige Strategie

Ebenso wichtig wie das richtige Speichermedium ist die Strategie, um die Daten zu sichern. Eine tägliche Komplettsicherung ist unbedingt zu empfehlen. Allerdings sollte man nicht jeden Tag dasselbe Datensicherungsbänder wie am Vortag verwenden. Um Datenverlusten vorzubeugen, sollte die Datensicherung nach dem Drei-Generationen-Prinzip erfolgen. Die erste Generation bilden die Tagessicherungen von Montag bis Donnerstag, die zweite Generation sind die Wochensicherungen an allen Freitagen eines Monats, die dritte Generation sind die Monatssicherungen am Ende eines jeden Monats. Für niedergelassene Zahnärzte empfehlen sich zusätzliche Sicherungen: vor und nach der Quartalsabrechnung. Pro Jahr braucht man also vier Bänder für die Wochentage Montag bis Donnerstag, fünf Bänder für die maximal fünf Freitage eines Monats und 12 Bänder für die Monatssicherungen von Januar bis Dezember.

Aufbewahrung an sicherem Ort

Besonders wichtig ist, dass die Datensicherungsbänder an einem sicheren, von der Praxis getrennten Ort aufbewahrt werden. Brennt die Praxis ab, sind die Daten der Festplatte unbrauchbar und auch die Sicherungsbänder wären zerstört. Der Praxisinhaber sollte darauf bestehen, dass die tägliche Datensicherung gewissenhaft gemacht und immer genau das dafür vorgesehene Datensicherungsbänder verwendet wird. Diese Aufgabe kann nur eine zuverlässige und geschulte Mitarbeiterin übernehmen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass sich am Ende keiner zuständig fühlt und die Datensicherung gar nicht gemacht wird.

Eines ist jedoch auch zu bedenken: Eine 100-prozentige Sicherheit gibt es nicht, auch nicht bei der Datensicherung. Aber man kann viel für eine zuverlässige Sicherung seiner Daten tun.

Hinweise zur neuen Röntgenverordnung

Erfurt (ms). Obwohl die Röntgenverordnung in ihrer geänderten Fassung seit dem 1. Juli vergangenen Jahres in Kraft ist, sind die einzelnen Richtlinien zu deren Umsetzung bisher nicht verabschiedet worden. Nach Informationen aus der letzten Sitzung des Länderausschusses Röntgenverordnung wird mit einer Verabschiedung vermutlich erst zum 1. April dieses Jahres zu rechnen sein.

Vor diesem Hintergrund weist die Bundeszahnärztekammer darauf hin, dass die Anschaffung so genannter Sortiments- oder Dokumentationsmappen, wie sie von Verlagen angeboten werden, zum jetzigen Zeitpunkt nicht sinnvoll erscheint. In entsprechenden Angeboten wird darauf hingewiesen, dass die zum Verkauf angebotenen Vordrucke den rechtlichen Anforderungen entsprechen. Diese Aussagen sind auf Grund der oben geschilderten Situation nicht unbedingt zutreffend. Die Landes Zahnärztekammer stellt für die Kollegenschaft im Internet Formulare, zum Beispiel Arbeitsanweisungen, zum Anfertigen von Röntgenaufnahmen zur Verfügung, die nach Verabschiedung der entsprechenden Richtlinien aktualisiert werden.

Des Weiteren der Hinweis, dass das Absolvieren eines Kurses zur Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz momentan wenig sinnvoll erscheint, da zum einen eine Zertifizierung der angebotenen Kurse erfolgen muss, dies aber ohne gültige Richtlinie nicht möglich ist. Zudem ist das jetzt auch noch nicht notwendig. Der Gesetzgeber hat für alle Zahnärzte, die nach 1987 die Fachkunde erworben haben, eine Übergangsfrist bis zum 1. Juli 2007 eingeräumt. Das bedeutet: Wer frühzeitig einen Aktualisierungskurs absolviert, verschiebt seine nachfolgende fünfjährige Aktualisierungsfrist ebenfalls nach vorn.

Für Rückfragen:

☎ 03 61/74 32 -115
(Zahnärztliche Röntgenstelle)
oder www.lzkth.de

Narkosesysteme in Praxis regelmäßig prüfen

Gefahrstoffbelastung bei ambulanten Operationen

Von Dr. Matthias Seyffarth

Operationen werden heutzutage nicht nur in Krankenhäusern und Arztpraxen vorgenommen, auch kieferchirurgisch tätige Zahnärzte führen vermehrt kleinere und mittlere Eingriffe in Narkose durch.

Zum Einsatz kommen dabei in erster Linie Inhalationsnarkotika wie zum Beispiel Lachgas. Der sichere Umgang mit diesen Gasen wird in der Gefahrstoffverordnung vorgeschrieben. Welche technischen und organisatorischen Maßnahmen dafür notwendig sind, wird in den Technischen Regeln für Gefahrstoffe (TRGS) 525 unter „Umgang mit Gefahrstoffen in Einrichtungen zur humanmedizinischen Versorgung“ beschrieben. Da sich diese Regeln in erster Linie auf den Krankenseinsatz beziehen, sollen an dieser Stelle einige wichtige Hinweise für operativ tätige Zahnärzte gegeben werden.

Lüftungsbedingungen beachten

Untersuchungen der BGW haben ergeben, dass Ärzte und medizinisches Personal bei ungünstigen Lüftungsbedingungen im OP-Bereich einer erhöhten Narkosegaskonzentration in der Atemluft ausgesetzt sind. Die Folgen sind ein erhöhtes Risiko bei der Entstehung von Lebererkrankungen sowie eine Schädigung des Fötus bei Schwangeren.

Mitentscheidend für den Austritt von Narkosegas in die Atemluft ist die Art und Weise, wie der Patient an das Narkosegerät angeschlossen ist. Bei Gesichtsmasken, die über Mund und Nase des Patienten gelegt werden, treten am häufigsten sogenannte Leckagen auf. Eine sicherere Alternative dazu ist die Intubationsnarkose und seit geraumer Zeit die Larynx-Maske, die den Kehlkopf des Patienten abdichtet und dadurch einen unerwünschten Gasaustritt weitestgehend verhindert.

Unabhängig von dem Einsatz der verschiedenen Narkosesysteme ist eine ausreichende Frischluftzufuhr in den OP-Bereichen erforderlich. Die in den Raum zugeführte Frischluft verdünnt die Narkosegase und vermindert das Risikopotenzial für Ärzte und medizinisches Personal. Die dazu notwendigen Frischluftmengen sollten über geeignete technische Lüftungseinrichtungen erreicht werden. Die entsprechende Menge an Frischluft ist in der Arbeitsstättenrichtlinie (ASR) 5 geregelt und sollte mindestens 40 qm/h je im OP-Bereich tätiger Person betragen. Eine Einhaltung des Grenzwertes ist allein durch eine Lüftung über Fenster und Türen nicht ausreichend gewährleistet.

Luftgrenzwerte einhalten

Neben der Einhaltung der Luftgrenzwerte sollten beim Umgang mit Narkosegasen in der Praxis besonders sicherheitstechnische Maßnahmen umgesetzt und überwacht werden. Die wichtigsten Maßnahmen sind in der TRG 28 „Allgemeine Anforderungen an Druckgasbehälter – Betreiben von Druckgasbehältern“ geregelt. Folgende Punkte sind besonders zu beachten:

Die Leitungssysteme müssen regelmäßig, mindestens einmal jährlich auf technische Dichtheit überprüft werden. Gasentnahmebehälter sind mindestens jährlich in Ruhe- und Betriebszustand auf Dichtheit zu überprüfen. Die Prüfergebnisse sind zu dokumentieren und müssen auf Verlangen der zuständigen Behörde zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden. Instandsetzungen und Wartungen dürfen nur von sachkundigen Personen ausgeführt werden.

Obwohl das Risiko einer Gefahrstoffbelastung bei Narkoseoperationen in der Zahnarztpraxis als relativ gering anzusehen ist, sollten die entsprechenden Bestimmungen im Interesse der dort tätigen Personen eingehalten und die erforderlichen Maßnahmen getroffen werden.

Vorsicht bei Adressverzeichnissen

Ärztin klagte erfolgreich gegen unseriösen Adresshändler

Erfurt (Izkth). Immer wieder werden an Zahnarztpraxen von Verlagen oder anderen Mediengesellschaften diverse Korrekturofferten, Korrekturabzüge und Freischaltungsanträge oder sogar Rechnungen versandt, die angeblich einen auf den ersten Blick kostenfreien Eintrag in Ärzteverzeichnisse im Internet oder anderen Druckerezeugnissen anbieten. Diese Einträge sind oft mit hohen Gebühren verbunden, die nicht auf den ersten Blick erkennbar sind.

Aktuelles Beispiel ist der Korrekturabzug der Firma DeNetMedia GmbH mit dem Verzeichnis „Das Regionale Online“, der im Moment an viele Thüringer Zahnarztpraxen verschickt wird. Dieses Angebot bezieht sich auf ein Internetverzeichnis, in dem Firmen, Selbstständige und Heilberufler veröffentlicht werden. Der Grundeintrag in dieses Internetverzeichnis kostet z. B. 845 € plus Mehrwertsteuer.

Die Landeszahnärztekammer warnt davor, solche Angebote ungeprüft wahrzunehmen. Zahnärzte sollten entsprechende Angebote sehr sorgfältig prüfen und sich insbesondere sehr genau über die Allgemeinen Geschäftsbedingungen informieren. Auch der Inhalt eines entsprechenden Eintrages muss den Bestimmungen der Berufsordnung entsprechen.

Wie wichtig die genaue Prüfung solcher Angebote ist, zeigt ein aktueller Fall vor dem Amtsgericht Wiesloch. Dort hatte die Stiftung Gesundheit für eine Ärztin erfolgreich gegen einen betrügerischen Adresshändler geklagt: Das Amtsgericht Wiesloch entschied, dass die betroffene Ärztin das gezahlte Geld zusätzlich Zinsen zurückerhält (AZ 4 C 108/02). Das Urteil ist rechtskräftig. Die Firma hat das Geld zwischenzeitlich samt Zinsen zurückgezahlt. Im konkreten Fall hatte die bundesweit tätige Firma Stebo Expert aus Wiesloch der Ärztin einen scheinbar kostenlosen

Adresseintrag in unbekanntenen Büchern angeboten, aber sorgsam verschleiert, dass dieses Angebot massive Kosten ohne sinnhafte Leistung auslöst. Nach der Rücksendung des Korrekturbogens verlangte die Firma mehrere Hundert Euro von der Ärztin und versuchte, das Geld mit aggressiven Schreiben und sogar Pfändungsdrohungen einzutreiben. Die Ärztin wandte sich daraufhin an das Medizinrechts-Beratungsnetz der Stiftung Gesundheit und nahm die dort angebotene kostenlose juristische Erstberatung in Anspruch. Die gewährte der Medizinerin wegen der grundsätzlichen Bedeutung des Falles kostenlos vollständigen Rechtsschutz und prozessierte. Ärzte und Zahnärzte, die ebenfalls auf ein betrügerisches oder irreführendes Angebot hereingefallen sind, können sich an die Stiftung Gesundheit wenden.

Hotline der Stiftung Gesundheit:
☎ 08 00/0 73 24 83 (gebührenfrei)

Versorgungswerk: Neue Beitragssätze

Seit dem 1. Januar 2003 gültige Werte

Angestellte Mitglieder				Niedergelassene Mitglieder			
		monatlich	jährlich		monatlich	pro Quartal = Zahlbetrag	jährlich
Beitragsbemessungsgrenze	EUR	4 250,00	51 000,00	Beitragsbemessungsgrenze	EUR	4 250,00	51 000,00
Beitragssatz		19,50 %	19,50 %	Beitragssatz		17 %	17 %
Höchstpflichtbeitrag (AV-max.)				Regelbeitrag			
gem. § 15 Abs. 3 Buchst. a	EUR	828,75	9945,00	gem. § 15 Abs. 2 Buchst. a	EUR	722,50	2168,00
Mindestbeitrag gem. § 14 Abs. 2	EUR	166,00	1 992,00	3/4 Regelbeitrag			
1/2 Mindestbeitrag	EUR	83,00	996,00	gem. § 15 Abs. 2 Buchst. b	EUR	541,88	1626,00
Höchstbeitrag gem. § 14 Abs. 1	EUR	1 077,38	12 928,56	1/2 Regelbeitrag			
i.V.m. § 19 Abs. 1 (1,3 facher Av-max.)	Zahlbetrag =	12 932,00		gem. § 15 Abs. 2 Buchst. b	EUR	361,25	1084,00
				Mindestbeitrag	EUR	166,00	498,00
				gem. § 14 Abs. 2			1 992,00
				Höchstbeitrag			
				gem. § 14 Abs. 1	EUR	1 077,38	3233,00
				i.V.m. § 19 Abs. 1 (1,3facher AV-max.)			Zahlbetrag = 12 932,00

Die individuell geltenden Beiträge für das Jahr 2003 werden in den persönlichen Beitragsbescheiden dargestellt.

Für Rückfragen: ☎ 03 61/74 32 -142/-143/-144

Friedrich-Schiller-Universität Jena und Fa. Zeiss, Oberkochen:

Hands-on-Kurs – Dentalmikroskopie

28. 02. – 01. 03. 2003

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. Dr. D. Schumann,
OA Dr. P. Schleier

Veranstaltungsorte:

Poliklinik für Mund-, Kiefer-
und Gesichtschirurgie
An der alten Post 4, 07740 Jena

Klinik für Mund-, Kiefer-
und Gesichtschirurgie/
Plastische Chirurgie
Bachstraße 18, 07740 Jena

Kursgebühr:

Assistenten 200,- €
Zahnärzte 250,- €

Das wissenschaftliche Programm:

Prof. Dr. Dr. D. Schumann:
Zur Geschichte der mikroskopischen Arbeitsweise

OA Dr. P. Schleier:
Der zahnärztliche Arbeitsplatz und das Dentalmikroskop –
Einsatz heute und morgen.

Dr. U. Rabe:
Diagnostische und therapeutische Arbeitsgänge
am Dentalmikroskop

Herr Reinsch:
Aufbau und Handhabung des Dentalmikroskopes

Prof. Dr. Dr. W. Zenk:
Die Möglichkeiten des Einsatzes von optischen Hilfen
in der Schleimhautdiagnostik der Mundhöhle

OA Dr. Ch. Diez/Prof. Dr. E. Glockmann:
Einsatz des Mikroskopes in der Endodontie und Parodontologie

OA Dr. Ch. Diez:
Praktikum I: Endodontie – Arbeit am Modell mit dem Mikroskop

Dr. A. Güntsch:
Praktikum II: Parodontologie – Arbeit am Modell mit dem Mikroskop

OA Dr. P. Schleier:
Abschluss des Kurses



Anmeldungen per Fax an 0 36 41/93 44 32 oder per E-Mail an: Peter.Schleier@med.uni-jena.de

Die Teilnehmerzahl ist auf 12 Personen begrenzt.

Anzeige

A

Bohren Sie ruhig weiter!

... wir kümmern uns inzwischen um den Rest.



Zum Beispiel

- um das Wohlfühlambiente in Ihren Praxisräumen durch eine ansprechende Wandgestaltung. Wir beraten Sie gern – ob Originaldruckgrafik, hochwertiger Kunstdruck oder künstlerische Fotografie. Wir suchen gern gemeinsam mit Ihnen das zu Ihrer Praxis Passende aus.
- um Ihr Corporate Design – Briefbögen, Visitenkarten, Recall- und Bestellkarten, Patienteninformationen, Flyer, Poster, Patientenzeitschrift, Internetauftritt, ...



WERBEAGENTUR UND VERLAG KLEINE ARCHE | Tel. 03 61/7 46 74 80

Anzeige

Universität befragt Zahnärzte

Jena (fsu). Das Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena erinnert nochmals an die seit kurzem dort laufende Fragebogenaktion unter Thüringer Zahnärzten (tzb 12/2002). Das WHO-Kollaborationszentrum (WHO CC) „Prävention oraler Erkrankungen“ an der Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde an der FSU Jena befragt im Rahmen eines EU-Projektes Thüringer Zahnärzte zur Effizienz des zahnärztlichen Versorgungssystems. Die gleiche Studie lief in Polen im Raum Stettin mit Unterstützung der dortigen Zahnärztekammer, um vergleichbare Daten zu erhalten. Vorrangig geht es bei dieser Studie darum, Arbeitsweisen und sozialmedizinische Aspekte der zahnärztlichen Tätigkeit zu untersuchen, Probleme zu erkennen und auf europäischer Ebene einer Lösung zuzuführen. Die Studie soll bis zum Ende des 1. Halbjahres abgeschlossen sein.

Die Zahnarztpraxen, die einen derartigen Fragebogen erhalten haben, werden gebeten, diese WHO-Studie durch alsbaldige Rücksendung des ausgefüllten Formulars zu unterstützen. Die bisher vorliegenden Fragebögen reichen dazu leider noch nicht aus.

Studium feierlich beendet

Zeugnisse für Jenaer Zahnmedizin-Absolventen

Jena (tzb). Die Friedrich-Schiller-Universität Jena hat ihre diesjährigen Zahnmedizin-Absolventen verabschiedet. Nach fünf-einhalbjährigem Studium erhielten im Januar 51 frisch examinierte Jung-Zahnärzte in einer Feierstunde ihre Staatsexamenszeugnisse. Auf die sie angesichts der erreichten Leistungen stolz sein können, wie der Direktor des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Prof. Dr. Eike Glockmann, betonte. Für die Jung-Zahnärzte folgt jetzt die Assistenzzeit, die meisten sind außerdem mit ihrer Promotion beschäftigt.

Zu den Gästen der Abschlussfeier gehörten nicht nur die Hochschullehrer der Medizinischen Fakultät Jena und die Familienangehörigen der Absolventen. Auch die Landeszahnärztekammer war mit ihrem Präsidenten, Dr. Lothar Bergholz, vertreten. Der KZV-Vorsitzende Dr. Karl-Friedrich Rommel nahm ebenso an der Feierstunde teil.

Die Festansprache konfrontierte die frischgebackenen Zahnmediziner mit einer Sorge, die den Berufsstand seit einiger Zeit verstärkt

umtreibt – die bekannt gewordenen Überlegungen, das Studium der Zahnmedizin in Zukunft von den Universitäten an die Fachhochschulen zu verlagern. Auch Thüringens Wissenschaftsministerin Dagmar Schipanski (CDU) hält dies für überlegenswert (tzb 11/2002). Prof. Dr. Kosmehl, Oralpathologe am Helios-Klinikum Erfurt, kritisierte diese Überlegungen in seiner Festansprache scharf. Die Zahnmedizin müsse universitärer Studiengang bleiben. Dies schon deshalb, weil die Fachhochschulen überhaupt nicht über adäquate Ausbildungsstrukturen verfügten. Eine Verbannung der Zahnmedizin von den Universitäten werte außerdem das Staatsexamen ab. Und schließlich sei der Titel Dr. med. dent. untrennbar mit der akademischen Ausbildung verknüpft.

Die offizielle Verabschiedung der Studenten blieb Prof. Dr. Dr. Dieter Schumann vorbehalten. „Sie gehen nun in eine Phase des Lernens nach dem Studium“, gab er den jungen Leuten mit auf den Weg. Und er legte ihnen ans Herz, ihrem wissenschaftlichen Fach und ihrer ethischen Überzeugung treu zu bleiben.

Jahrestagung des Fördervereins

Jena (fsu). Der Verein zur Förderung von Lehre und Forschung in der Zahnmedizin am Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena e. V. veranstaltet am Samstag, dem 26. April, anlässlich des Jubiläums „110 Jahre universitäre Ausbildung von Zahnärzten an der Jenaer Universität“ seine traditionelle Jahrestagung. Sie steht unter dem Thema „Aktuelle Trends in der Zahnheilkunde“. Die wissenschaftliche Leitung haben Prof. Dr. Eike Glockmann, Direktor des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, und Prof. Dr. Dr. Dieter Schumann, Direktor der Universitätsklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, inne.

Vorträge:

9.00 Uhr: Begrüßung; 110 Jahre akademische Ausbildung von Zahnärzten an der Jenaer Universität (Prof. Dr. E. Glockmann)

9.30 Uhr: Zahnheilkunde – ein medizinischer Ausbildungsgang (Prof. Dr. Dr. D. Schumann)

10.00 Uhr: Quo vadis Zahnmedizin? (Prof. Dr. E. Hellwig, Freiburg)

11.00 Uhr: Methodischer Standard für operationspflichtige Kieferanomalien (Prof. Dr. Dr. W. Zenk)

11.30 Uhr: Indikation und Methoden der endoskopisch kontrollierten Sinuslifttechnik (OA Dr. P. Schleier)

12.00 Uhr: Stellung der Fluoride in der Kariesprävention (Prof. Dr. Dr. L. Stöber)

13.00 Uhr: Heutiger Stand der Funktionsdiagnostik (Prof. Dr. B. Freesmeyer)

13.30 Uhr: Paradigmenwechsel in der Parodontologie (Prof. Dr. G. Klinger)

13.45 Uhr: Neue Gesichtspunkte zur Stabilisierung (Prof. Dr. E. Glockmann)

14.00 Uhr: Neue Wege zur Brückenerstellung (PD Dr. F. Jahn)

14.15 Uhr: Trends bei zahnärztlichen Werkstoffen (Prof. Dr. Dr. Welker)

14.45 Uhr: Diskussion

Zusätzlich finden in den Pausen Poster-demonstrationen statt.

Für Interessenten

Ort: Aula der FSU Jena, Fürstengraben 1 (Universitätshauptgebäude)

Teilnahmegebühr: 40 €
(Konto 089 349 000, BLZ 820 800 00, Dresdner Bank Jena)
Für Vereinsmitglieder ist die Teilnahme gebührenfrei.

Anmeldung:

Verein zur Förderung von Lehre und Forschung in der Zahnmedizin
An der alten Post 4, 07740 Jena

☎ 0 36 41/93 45 84
Fax: 0 36 41/93 45 85

Passgenau zum Zahnersatz

Inhaltsreicher wissenschaftlicher Abend der MGZMK in Erfurt

Von Dr. Uwe Tesch

„Jahrtausende alt ist das Bestreben der Zahnheilkunde, fehlende Zähne zu ersetzen, doch erst mit der Abformung fand sich der Schlüssel zum Erfolg.“ (Strübing, 1989). – Über 90 Kolleginnen und Kollegen waren am Mittwoch, dem 29. Januar, der Einladung der Mitteldeutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zu Erfurt e.V. (MGZMK) zum wissenschaftlichen Abend in das Victor's Residenz Hotel Erfurt gefolgt. Professor Bernd Wöstmann, Universität Gießen, sprach zur Thematik „Passgenauer Zahnersatz durch strukturierte Abformung und Gewebemanagement“. Dem Vorstand der MGZMK unter Leitung von Dr. Andreas Wagner war es gelungen, einen Referenten für diese Veranstaltung zu gewinnen, dem es gelang, wissenschaftliche Fakten und praktische Erfahrungen zu verbinden und für den Zuhörer sehr interessant darzustellen.

Der Abformung als „Informations-Transport-Medium“ zwischen intraoraler Situation und zahntechnischem Laboratorium kommt bei der Herstellung von qualitativ hochwertigem Zahnersatz herausragende Bedeutung zu. Eine „identische Reduplikation“ des Originalzahnes ist mit den heute in der Zahnheilkunde verwendeten Materialien und Methoden jedoch nicht möglich. Untersuchungen zur erreichten Randschlussgenauigkeit zeigen Schwankungen, deren Ursachen weniger werkstoffbedingt, sondern in klinischen Ursachen zu suchen sind. Wie der Referent sehr anschaulich ausführte, können diese nachteiligen Einflüsse durch ein standardisiertes Vorgehen reduziert werden. Dazu zählen unter anderem eine definierte Prä-



Den wissenschaftlichen Abend nutzten Dr. Wagner und Dr. Tesch im Namen der MGZMK, um ihrem Ehrenvorsitzenden Prof. Dr. Dr. Wolfgang Müller herzlich zum 70. Geburtstag zu gratulieren (v.l.).

Fotos (2): Wolf

parationsgrenze, richtige Vorbereitung des Abformgebietes, die Verwendung geeigneter Abformlöffel und eine zweckmäßige Abformtechnik. Aber auch der Zustand des Parodonts sowie die Spanne zwischen Präparation und Zeitpunkt der Abformung sind entscheidend für die Qualität der Abformung. Neben den werkstoffkundlich belegten Fakten wurden zahlreiche Hinweise für die praktische Arbeit gegeben. Sicherlich ist die Aufmerksamkeit zahlreicher Teilnehmer auf das eine oder andere Detail gelenkt worden, welches im Laufe der täglichen Routine vielleicht außer Acht gelassen wird. Mehrfach hob Professor Wöstmann die Notwendigkeit der engen Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und Zahntechnik hervor. Nur so lassen sich die sehr guten Eigenschaften moderner Materialien und Werkstoffe nutzen und subjektiv bedingte Schwankungen (Verarbeitungsfehler) reduzieren.

In der sich anschließenden Diskussion konnten weitere Fragen geklärt werden. Durch die teilnehmenden Zahntechnikbetriebe Jacobs (Würselen), Zahntechnik GmbH Eisenach und Schieritz (Erfurt), die gemeinsam mit der Firma ESPE die Durchführung dieses Abends unterstützten, wurden vor und nach dem Vortrag Beispiele moderner Technologie (Cercon, Titangusstechnologie u. a.) und deren praxisrelevante Nutzung gezeigt. Dies nahmen die Besucher mit großem Interesse auf und gab die Möglichkeit zu weitergehenden fachlichen Gesprächen. Beim anschließenden Buffet konnten sich die Gäste „von der Wissenschaft erholen“ und den kollegialen Austausch in sehr angenehmer Atmosphäre weiter pflegen.

Durch ihre wissenschaftlichen Abende möchte die MGZMK ihren Beitrag zur fachlichen Stärkung, aber auch zur Vertiefung der kollegialen Beziehungen unter der Thüringer Zahnärzteschaft leisten. Der Zuspruch und das Interesse bestärken den Vorstand, die Aktivitäten in diesem Sinn fortzusetzen. Am 13. September wird die Jahrestagung mit integriertem Helferinnenprogramm zur modernen Prophylaxe, Diagnostik und Therapie bei Kindern und Jugendlichen in Erfurt stattfinden. Die Einladungen werden rechtzeitig erfolgen.



Prof. Bernd Wöstmann stieß mit seinem Vortrag auf ein interessiertes Publikum.

Kontakt zur MGZMK:

Dr. Andreas Wagner, ☎ 03 61/2 25 19 30

Dr. Uwe Tesch, ☎ 03 61/7 91 24 54

Weichen für die nächste Zeit gestellt

Außerordentliche Versammlung des Landesverbandes Thüringen des FVDZ

Von Dr. Peter Bracke

Am 18. Januar fand in Erfurt eine außerordentliche Landesversammlung des FVDZ statt. Auf der Tagesordnung standen der Bericht des Landesvorsitzenden mit nachfolgender Aussprache sowie die Position des Landesverbandes zu den Neuwahlen von Präsidium, Vorstand und Ausschüssen der KZV-Vertreterversammlung. Die Landesversammlung ehrte den verstorbenen Kollegen Dr. Lutz Kreisel mit einer Gedenkminute.

Der FVDZ-Landesvorsitzende Dr. Gustav Hofmann skizzierte die allgemeine standespolitische Lage und verwies in seinem Bericht auf die desolante Gesundheitspolitik der amtierenden rot-grünen Regierung. Als „Notoperation“ in der GKV erfolgte ein „Schnellschusskostendämpfungsgesetz“ zur Kostensenkung im Gesundheitswesen und Stabilisierung der Krankenversicherungsbeiträge. Die Ministerin Schmidt verordnete eine sogenannte Nullrunde. Für die Praxis bedeute dies aber wegen der allgemeinen Kostensteigerung praktisch ein Minus von acht Prozent für 2003. Zu erkennen ist, dass durch weitere Reglementierungen – bei gleichzeitiger gezielter Einschränkung der Handlungsfähigkeit – die Selbstverwaltung des freiheitlichen Gesundheitswesens zunehmend zerstört werden soll. Vorstellungen von der Überführung in ein von Kostenträgern bestimmtes planwirtschaftliches System mit monetärer Ausrichtung nehmen immer deutlichere Konturen an. Zu Lasten der Patienten und auf dem Rücken der Gesundheitsberufe wird das derzeitige Gesundheitswesen verhökert und die Versorgung in den Abgrund gesteuert. Die Politik versucht derweil, mit gezielten Verunglimpfungen und Schuldzuweisungen gegenüber den Gesundheitsberufen von ihrer eigenen Unfähigkeit abzulenken und die Legitimation für ihre Planspiele zu erreichen.

Die Zahnärzteschaft habe schon seit vielen Jahren versucht, so der Landesvorsitzende, ihre konstruktiven Ideen in die Umgestaltung einzubringen. Die Versuche, mit den Politikern sachkundig zu diskutieren, würden als Lobbyistentum diffamiert. Die FVDZ-Bundes-

spitze habe in diesem Zusammenhang das „Projekt Zahnmedizin“ definiert und die Rahmenbedingungen dargestellt.

Zur Situation des Thüringer Landesverbandes des FVDZ führte Dr. Hofmann weiterhin aus: Der neue Vorstand ist bestrebt, den konstruktiven Kontakt zu den Körperschaften weiter zu festigen. Ein gemeinsames Treffen der Vorstände von KZV und FVDZ fand in jüngster Vergangenheit statt, regelmäßige Kontakte zur LZKTh bestehen ebenfalls. Die Herausgabe des „Thüringer Zahnarzt“ wurde im 13. Jahrgang mit neuem Redakteur und einer neuen Druckerei gewährleistet, wobei allerdings eine ganze Reihe von Anfangsschwierigkeiten zu überwinden waren. Der Landesverband des FVDZ war auf dem Thüringer Zahnärztetag mit einem Stand vertreten. Weiterhin wurde aktiv mit dem Hartmannbund und anderen Organisationen eine Diskussionsrunde im Vorfeld der Bundestagswahl gestaltet. Ebenso war der FVDZ präsent auf einem Diskussionsforum des Bundes der freien Berufe (BfB) im Landtag und auf dem Neujahrsempfang der Thüringer Zahnärzte (tzb 1/2003).

Wieder mehr Mitglieder werben

Der Vorstand hat für die Basisarbeit ein Konzept entwickelt, das eine intensivere persönliche und direkte Kommunikation mit den Verbandsmitgliedern vorsieht, regional gegliedert ähnlich den Kreisstellen von Kammer und KZV. Jeder der sieben Vorstandsmitglieder des Freien Verbandes wird einige derartige Bereiche betreuen. Die Aufnahme der Kontakte ist bis zur Landesversammlung im Mai geplant. Weiterhin wird sich Dr. Wuchold als verantwortlicher Referent für Hochschularbeit um die Studentenbetreuung in Jena bemühen. Hier wurden bereits Kontakte geknüpft. Der Freie Verband hofft, in der nächsten Zeit die Mitgliederzahl in Thüringen wieder zu steigern. In dieser schwierigen Zeit benötigt der Freie Verband eine stabile Basis, um zielstrebig Einfluss auf der politischen Bühne nehmen zu können. Dieses Anliegen

ist vor allem im persönlichen Gespräch vermittelbar.

Anschließend moderierte Dr. Hofmann die Aussprache über den Bericht des Landesvorsitzenden, die Diskussionen zum Thema „Pro Dente“ sowie zur Situation im VdAK-Bereich Bayern. Ebenso wurde auch die Problematik der Doppelmitgliedschaften intensiv diskutiert. Diese erfolgte in sachbezogener und kollegialer Art durch alle Anwesenden – im Gegensatz zu den leider früher häufigen persönlichen Kontroversen, die dem Verband sehr schaden. Der KZV-Vorsitzende Dr. Karl-Friedrich Rommel stellte die Situation im VdAK-Bereich Bayern dar und forderte die Solidarisierung mit der Kollegenschaft in Bayern im Falle einer Eskalation der Situation. Die KZV Bayern erwäge, im Ernstfall keine Abrechnungen der Zahnärzte von VdAK-Patienten mehr anzunehmen – auf Grund des blockierenden Verhaltens der Kassenseite.

Hinsichtlich einer weiteren Beteiligung an „Pro Dente“ äußerte sich Dr. Junge ablehnend. Damit werde nur Werbung für die Industrie, den Dentalhandel und die Zahn-techniker finanziert bei massiver Kostenbeteiligung der Zahnärzteschaft. Der Zahnarzt könne selbst beratend gegenüber dem Patienten tätig werden hinsichtlich verschiedener Versorgungsmöglichkeiten und benötige derartige Werbeaktionen nicht. Dr. Junge führte konkrete Zahlen bezüglich der finanziellen Beteiligung der Zahnärzteschaft an der Aktion an. Kammerpräsident Dr. Lothar Bergholz lehnte die Aktion ebenfalls ab. Thilo Richter war hingegen der Meinung, dass die Aktion auch eine Werbung für zahnärztliche Leistungen überhaupt darstelle und zu befürworten sei. Dr. Martina Radam wiederum plädierte dafür, die für „Pro Dente“ aufgetragenen Mittel besser für die Öffentlichkeitsarbeit einzusetzen.

Im Ergebnis der Diskussion stellten Dr. Junge und Dr. Rommel einen Antrag gegen einen weiteren Verbleib in dieser Aktion. Per Beschluss wurde der Bundesvorstand des FVDZ beauftragt, sich in der BZÄK und KZBV gegen

den Verbleib in der Initiative „Pro Dente“ einzusetzen (31 Ja-Stimmen, eine Enthaltung).

Hinsichtlich der Neuwahl zur KZV-Vertreterversammlung zeigte sich der FVDZ zufrieden. 26 FVDZ-Mitglieder in diesem Gremium entsprechen einem Stimmanteil von 56 Prozent auf der Liste 1. Der FVDZ hatte aus Satzungsgründen keine eigene Freiverbandsliste aufgestellt. Die geltende Satzung (§18) enge die Handlungsfähigkeit ein und würde damit manchem aktiven und geeigneten Kandidaten aus den Regionen eine Kandidatur erschweren, hieß es dazu vom Landesvorsitzenden. Die Arbeit des bisherigen KZV-Vorstandes bewertete der FVDZ als gut und empfahl deshalb, die Verantwortung wieder in die Hände von Dr. Karl-Friedrich Rommel und Klaus-Dieter Panzner zu übergeben, die sich ein geeignetes Team zusammenstellen können. Bis auf einen Kollegen sind im neuen KZV-Vorstand allesamt FVDZ-Mitglieder vertreten.

Dr. Ingo Schmidt hob die Praxisbezogenheit der Arbeit des bisherigen KZV-Vorstandes hervor. Dr. Martina Radam äußerte sich kritisch zur Arbeit des Vorstandes und forderte Verbesserungen im Prüfwesen und mehr Transparenz in der Budgetproblematik. Dr. Cornelia Müller forderte eine Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit und eine optimalere Fortbildung der Kollegen im Prüfwesen. Dr. Partschefeld gab eine positive Resonanz seitens der Kassenvertreter in den Prüfungsausschüssen hinsichtlich der

Kooperationsfähigkeit und Sachbezogenheit der Arbeit des bisherigen Vorstandes an.

In der anschließenden Fraktionssitzung der gewählten FVDZ-Vertreter, welche auf Vorschlag von Dr. Horst Popp erstmalig im Beisein der Landesversammlung durchgeführt wurde, baten Dr. Martina Radam und Dr. Gustav Hofmann um Auskunft über die Vorstellung der Ziele des neuen KZV-Vorstandes. Dr. Rommel hob hervor, dass die Kontinuität der bisherigen Vorstandsarbeit gewahrt bleiben solle. Notwendig werde eine Überarbeitungen der KZV-Satzung im Zusammenhang mit Änderungen im SGB V. Bei der durch die Regierung verordneten „Nullrunde“ für die Honorare werde auch von einer „Null-Absenkung“ der Punktwerte ausgegangen. Diese Rechtsauffassung werde der Vorstand vehement vertreten. Eine straffe Führung der KZV-Arbeit bei sparsamem Personaleinsatz sowie eine Umstrukturierung und mehr Transparenz im Prüfwesen sei vorgesehen. Die Praktizierung der Mehrkostenvereinbarungen im Zahnersatz- und Füllungsbereich werde fortgeführt. Dr. Rommel erklärte, dass eine gute Zusammenarbeit zwischen Vorstand und Geschäftsführungsebene der KZV bestehe. Über den aktuellen Stand der Umstrukturierung des BEMA sei aus gutem Grund Stillschweigen vereinbart. Dr. Popp forderte eine gute Zusammenarbeit auch im zukünftigen Vorstand, unabhängig von den involvierten Personen.



Der FVDZ-Vorstand auf der außerordentlichen Versammlung.

Foto: Wolf

Termine

Zahnärztliche Hypnose

Erfurt (tzb). Die Regionalgruppe Erfurt „Zahnärztliche Hypnose“ kommt im März zu ihrer nächsten Veranstaltung zusammen. Die Mitglieder befassen sich mit non-verbalen Übungstechniken/VAKOG.

Termin: Mittwoch, 19. März,

Uhrzeit: 19.30 Uhr

Ort: Zahnarztpraxis Regina Scheidt,
Erfurter Str. 12
Mönchenholzhausen,

Anmeldung: ☎ 03 62 01/5 16 05

7. Dresdner Parodontologiefrühling

Dresden (tzb). Das Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde am Universitätsklinikum Dresden veranstaltet im April den mittlerweile 7. Dresdner Parodontologiefrühling. Im Mittelpunkt des Fortbildungssymposiums stehen aktuelle Entwicklungen in der Parodontologie und ihre Bedeutung für die zahnärztliche Praxis.

Schwerpunkte:

- Pathogenesekonzepte
- Bedeutung der parodontalen Infektion für den Gesamtorganismus
- moderne diagnostische Verfahren
- chemische Plaquekontrolle und Konsequenzen für die Nachsorge
- parodontale Reparatur und Regeneration – gegenwärtige Möglichkeiten und zukünftige Entwicklungen
- Möglichkeiten und Grenzen plastischer parodontalchirurgischer Eingriffe

Als Referent für die Fachtagung haben die Veranstalter den renommierten Wissenschaftler Prof. Dr. H. H. Renggli (Nijmegen/Niederlande) gewonnen.

Termin: Samstag, 26. April

Uhrzeit: 9 – 17 Uhr

Ort: Dekanatshörsaal
des Uni-Klinikums

Kontakt:

☎ 03 51/4 58 27 12,

Fax: 03 51/4 58 53 41

E-Mail: kati.hofmann@mailbox.tu-dresden.de

Wechsel an der Spitze der KZV Sachsen-Anhalt

Dieter Hanisch neuer Vorsitzender

Magdeburg (tzb). Auch die KZV in Sachsen-Anhalt hat die Wahlen zur Vertreterversammlung abgeschlossen. Neuer 1. Vorsitzender der KZV Sachsen-Anhalt ist Dieter Hanisch (50). Der Zahnarzt aus Freyburg/Unstrut wurde am 25. Januar in Magdeburg von der Vertreterversammlung in dieses Amt gewählt. Der bisherige Inhaber des Spitzenamtes der Vertragszahnärzteschaft Sachsen-Anhalts, Dr. Hans Hünecke (65), hatte sich nach drei Legislaturperioden aus Altersgründen nicht wieder für eine Wahl zur Verfügung gestellt. Die Vertreterversammlung dankte ihm, der die KZV Sachsen-Anhalt mit aufgebaut hatte und zwölf Jahre lang an ihrer Spitze stand, mit stehenden Ovationen.

Der neue 1. Vorsitzende der KZV Sachsen-Anhalt, Dieter Hanisch, ist bereits seit acht Jahren Mitglied des Vorstandes. Schwerpunkt seiner Tätigkeit waren das Prüfwesen und in den zurückliegenden beiden Jahren auch das Finanzwesen der KZV. Im Land hat er sich unter anderem auch als langjähriger Vorsitzender des Verwaltungsausschusses

des Altersversorgungswerkes der Zahnärztekammer einen Namen gemacht; dieses Amt bekleidet er auch heute noch.

Zum neuen 2. Vorsitzenden der KZV wurde der Magdeburger Dr. Rainer Littinski (59) gewählt. Er gehört dem KZV-Vorstand nun bereits in der vierten Legislaturperiode an. In ihren Funktionen als Mitglieder des Vorstandes bestätigt wurden Dr. Eckart Bohley (Halle/Saale), Klaus Brauner (Roßlau) und Dr. Sabine Otto (Dingelstedt). Neu in den Vorstand gewählt wurden der bisherige Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. Jochen Schmidt (Dessau) und der Kieferorthopäde Dr. Hans-Jörg Willer (Magdeburg). Damit sei die kontinuierliche Fortführung der Arbeit der KZV gewährleistet, betonte der neue KZV-Vorsitzende nach der Wahl. Neuer Vorsitzender der Vertreterversammlung der KZV wurde Dr. Kay-Olaf Hellmuth (Hohenmölsen).

Die Vertreterversammlung hat 45 Delegierte und vertritt rund 1800 Vertragszahnärzte in Sachsen-Anhalt.

Oesterreich bleibt Präsident in Mecklenburg-Vorpommern

Kammerversammlung bestätigte Vorstand im Amt

Schwerin (tzb). Im Zeichen von Kontinuität stand die Wahl zum Vorstand der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern. Dr. Dietmar Oesterreich wurde mit überwältigender Mehrheit in seinem Amt als Präsident der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern bestätigt. Ebenso konnten sich die allseits anerkannten bisherigen Vorstandsmitglieder in der Wahl durchsetzen. Alter und neuer Vizepräsident ist Andreas Wegener. Als Beisitzer wurden Prof. Dr. Dr. Johannes Klammt, Holger Donath, Dr. Klaus-Dieter Knüppel, Gerald Flemming und Dr. Holger Kraatz gewählt. Oesterreich ist zugleich Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer.

Den deutlichen Wahlerfolg wertete Kammerpräsident Dr. Oesterreich als Beleg für die hohe Akzeptanz der bisherigen Tätigkeit des Vorstandes und für das große Vertrauen.

Der alte und zugleich neue Vorstand verstehe dieses Votum als Auftrag, die Interessen der Zahnärzte in gewohnter Sachlichkeit, aber mit Konsequenz und hoher Kompetenz in die Gesundheitspolitik auf Landes- und verstärkt auf Bundesebene einzubringen. Der Patient bleibe dabei deren stärkster Verbündeter und auch dessen Vertrauen gelte es bei der berufspolitischen Arbeit zu berücksichtigen.

Bayerische Kammer besteht 75 Jahre

München (tzb). Die Bayerische Landes-zahnärztekammer blickt auf ihr 75-jähriges Bestehen zurück. Mit einer Jubiläums-sitzung erinnerte der Vorstand an die Gründung der zahnärztlichen Berufsvertretung Ende Januar 1928. Damals hatten die Abgeordneten der etwa 800 approbierten Zahnärzte aus sechs zahnärztlichen Bezirksvereinen in dieser Sitzung über die Satzung beschlossen und aus ihrer Mitte erstmals den Vorstand der Bayerischen Landes-kammer für Zahnärzte gewählt. Der heutige Kammerpräsident Michael Schwarz würdigte die Gründung der ersten gesetzlichen Berufsvertretung der Zahnärzteschaft in Bayern als Ergebnis des Ringens um die Einheit des Berufsstandes.

Die Kammer repräsentiert heute bayerische 13 000 Zahnmediziner, die in acht zahnärztlichen Bezirksverbänden organisiert sind. Zentrale Aufgabe der Kammer ist satzungsgemäß die Förderung der zahnärztlichen Fortbildung und damit verbunden die Erhaltung der Qualität der zahnmedizinischen Versorgung. Seit 1980 unterhält die Bayerische Landes-zahnärztekammer eine eigene Akademie für zahnärztliche Fortbildung in München, seit 1994 einen weiteren Standort in Nürnberg. In diesem Jahr werden über 7000 Teilnehmer bei den Fortbildungskursen erwartet. Angesichts der erfolgreichen 75 Jahre freier Selbstverwaltung kritisierte Schwarz die Pläne von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD), die Selbstverwaltung zur Disposition zu stellen, als „völlig widersinnig“.

Neuer DGI-Vorstand

München (dgi). Die Deutsche Gesellschaft für Implantologie (DGI) hat Dr. Dr. Roland Streckbein (Limburg) zu ihrem neuen Präsidenten gewählt. Streckbein, bisher Vizepräsident, löst Prof. Dr. Dr. Friedrich W. Neukam (Universität Erlangen-Nürnberg) ab, der weiter dem Vorstand der Fachgesellschaft angehört. Neuer Vizepräsident ist Prof. Dr. Dr. Henning Schliephake (Universität Göttingen). Mit über 3000 Mitgliedern ist die DGI die größte wissenschaftliche Fachgesellschaft auf dem Gebiet der Implantologie in Europa und die stärkste Gruppierung in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

Die Parodontitistherapie – gestern, heute und morgen

Arndt Güntsch, M. Klinger, B.W. Sigusch, G. Klinger

Die Entzündungen des marginalen Parodonts sind eine der Hauptursachen für Zahnverlust (Glockmann und Köhler 1998). Die Parodontitis ist eine Infektion und resultiert aus einem Ungleichgewicht zwischen potenziell pathogenen Mikroorganismen und der Art und Effizienz der lokalen und systemischen Immunabwehr (Page 1999) (Abb. 1). Die Auslösung und der Verlauf parodontaler Infektionen werden dabei von verschiedenen Risikofaktoren beeinflusst. Die wichtigsten, die wir heute kennen, sind Rauchen und Diabetes mellitus (Genco 1996). Der bakterielle Biofilm lagert sich an Zahn- und Wurzeloberflächen an und kann vom Wirt nicht vollständig eliminiert werden. Daraus resultiert im weiteren Verlauf eine Zerstörung des parodontalen Gewebes.

Das Hauptziel der Parodontitistherapie ist demnach eine quantitative Verringerung der bakteriellen Plaque. Um dieses Ziel zu er-

reichen, werden verschiedene Instrumente zur supra- und subgingivalen Plaque- und Zahnsteinentfernung eingesetzt. Eine vollständige Elimination aller subgingivalen Bakterien und des Zahnsteins kann jedoch weder durch Hand- noch durch Ultraschallinstrumente erreicht werden (Klinger et al. 2000). Entsprechend dem „Konzept der kritischen Masse“ wird durch die Reduktion der Bakterienanzahl auf ein entsprechend bioakzeptables Niveau das Gleichgewicht zwischen der Wirtsabwehr und den verbleibenden Bakterien wieder hergestellt (WWP 1989). Bei Patienten mit aggressiven Parodontitiden, bei denen eine qualitative Veränderung der Plaque oder Defekte in der Wirtsabwehr bestehen können, kann eine adjuvante Antibiose die mechanische Therapie unterstützen.

Die Anfänge der so genannten „nicht-chirurgischen“ Parodontitistherapie, unter der man

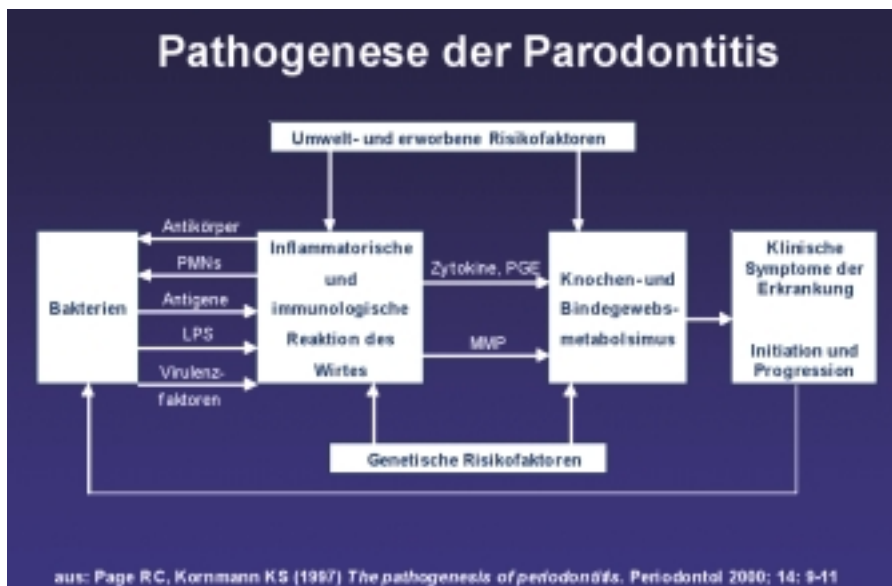


Abb. 1: Pathogenese der Parodontitis (Page & Kornmann 1997)

zum Heraustrennen
und Sammeln

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. med. dent. habil. Gisela Klinger (Leite-
rin des Funktionsbereiches Parodontologie)
Dr. med. dent. Arndt Güntsch

Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde,
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
der Friedrich-Schiller-Universität Jena
An der alten Post 4, 07740 Jena

☎ 0 36 41/93 45 95, Fax: 0 36 41/93 45 82

Email: Arndt.Guentsch@med.uni-jena.de

Literatur

Ali, R.W., T. Lie, N. Skaug: Early effects of periodontal therapy on the detection frequency of four putative periodontal pathogens in adults. *J Periodontol*; 63: 540-547 (1992)

American Academy of Periodontology: Consensus report, discussion section 1. In: Nevins, M., W. Becker, K. Kornman, ed. *World Workshop in Clinical Periodontics* (WWP). NJ: American Academy of Periodontology, 1/23-1/31 (1996)

Becherer, G.F.: Geschlossene oder offene Parodontitistherapie. *Schweiz Monatsschr Zahnmed*; 104: 1191-1201 (1994)

Cobb, G.M.: Clinical significance of non-surgical periodontal therapy: an evidence-based perspective of scaling and root planning. *J Clin Periodontol*; 29 (Suppl 2): 6-16 (2002)

Genco, R.J.: Current view of risk factors for periodontal diseases. *J Periodontol*; 67: 1041-1049 (1996)

Glockmann, E., J. Köhler: Ursachen für Zahnextraktionen in den neuen Bundesländern. *Dtsch Zahnärztl Z*; 53: 39-41 (1998)

Greenstein, G.: Full-mouth therapy vs. individual quadrant root planning: A critical commentary. *J Periodontol*; 73: 797-812 (2002)

Güntsch, A., D. Börner, G. Klinger: Kurettage offen oder geschlossen, mit Hand- oder Ultraschallinstrumenten? *Parodontologie* 13 (3): 279-280 (2002)

Güntsch, A.: Bewertung verschiedener Therapiemethoden bei Patienten mit Parodontitis. Einfluss des Rauchens, des Geschlechts und des Zahntyps auf die Parodontitistherapie. *Med. Dissertation, FSU Jena* (2002)

Horodka, M., Th. Bürklin, P. Ratka-Krüger, P. Raetzke: Klinische Untersuchung zur Wirksamkeit eines neuen Ultraschallgerätes bei nicht-chirurgischer Parodontitistherapie. *Parodontologie* 13 (3): 297 (2002)

Kaldahl, W.B., K.L. Kalkwarf, K.D. Patil, M.P. Molvar, J.K. Dyer: Long-term evaluation of periodontal therapy: Response to 4 therapeutic modalities. *J Periodontol*; 67: 93-102 (1996)

Kaldahl, W.B., K.L. Kalkwarf, K.D. Patil: A review of longitudinal studies that compared periodontal therapies. *J Periodontol*; 64: 243-253 (1993)

Klinger, G., M. Klinger, J. Pertsch, A. Güntsch, D. Börner: Parodontaltherapie mit Hilfe des Ultraschallgerätes Vector. *Quintessenz*; 51 (8): 813-820 (2000)

Köhler, A., B.W. Sigusch, G. Klinger, S. Schleier, V. Albrecht, E. Glockmann: Photodynamische Therapie bei mit parodontopathogenen Bakterien infizierten Beagle-Hunden. *Parodontologie* 13 (3): 301 (2002)

Needleman, I.G., Gierderys-Leeper, E., Tucker, R.J., Worthington, H.V.: Guided tissue regeneration for periodontal infrabony defects (Cochrane Review) *Cochrane Database Syst Rev* 2, CD001724 (2001)

Page, R.C., K.S. Kornmann: The pathogenesis of periodontitis. *Periodontol* 2000; 14: 9-11 (1997)

Page, R.C.: Milestones in periodontal research and the remaining critical issues. *J Periodont Res*; 34: 331-339 (1999)

Pedrazzoli, V., M. Kilian, T. Karring, E. Kirkegaard: Effect of surgical and non-surgical periodontal treatment on periodontal status and subgingival microbiota. *J Clin Periodontol*; 18: 598-604 (1991)

Peterslika, G., Th.F. Flemmig: Einsatz der Schall- und Ultraschallinstrumente in der Parodontitistherapie. *DGP-Stellungnahme*. *dgpnews* (2): (2002)

Quirynen, M., C.M.L. Bollen, B.N.A. Vanderkerckhove, C. Dekeyser, W. Papaioannou, H. Eysen: Full- vs. Partial-mouth disinfection in the treatment of periodontal infections: Short term clinical and microbiological observations. *Journal of Dental Research* 74: 1304-1309 (1995)

Ramfjord, S.P., R.G. Cafesse, E.C. Morrison, R.W. Hill, G.J. Kerry, E.A. Appleberry, R.R. Niselle, D.L. Stults: 4 modalities of periodontal treatment compared over 5 years. *J Clin Periodontol*; 14: 445-452 (1987)

Seulean, A., G.C. Chiantella, P. Windisch, N. Donos: Clinical and histologic evaluation of human intrabony defects treated with an enamel matrix protein derivative (Emdogain). *Int J Periodontics Restorative Dent* 20 (4): 374-381 (2000)

Seulean, A., M. Berakdar, B. Urig, N.B. Arweiler: Nichtchirurgische Parodontaltherapie mit einem neuen Ultraschallinstrument oder mit Handinstrumenten – Eine kontrollierte klinische Studie. *Parodontologie* 13 (3): 282 (2002)

Shiloah, J., M.R. Patters, J.W. Dean, III, P. Bland, G. Toledo: The prevalence of *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, and *Bacteroides forsythus* in human 1 year after 4 randomized treatment modalities. *J Periodontol*; 69: 1364-1372 (1998)

Sigusch, B., G. Klinger: Therapie bei Patienten mit rasch fortschreitender Parodontitis. *Dtsch Stomatol*; 41: 466-468 (1991)

Sigusch, B., H. Frey, G. Klinger: Antibiotische Therapie bei rasch fortschreitender Parodontitis. *Dtsch Zahnärztl Z*; 49 (5): 419-422 (1994)

Sigusch, B., S. Eick, B. Müller, G. Klinger, E. Glockmann: Vergleich chirurgischer und nichtchirurgischer Therapie bei Patienten mit früh beginnender Parodontitis. *Dtsch Zahnärztl Z*; 54: 523-526 (1999)

Weinberger, B.W.: An introduction to the history of dentistry. Vol. I, pp 49-87, 205-207. St. Louis: C.V. Mosby Co. (1948)



Abb. 2: Eine lateinische Übersetzung aus dem 12. Jahrhundert des "Al-Tasrif" mit Instrumenten zur Zahnreinigung auf dem rechten Bildteil. Staatsbibliothek, Bamberg (Ms. 91, fol. 75)

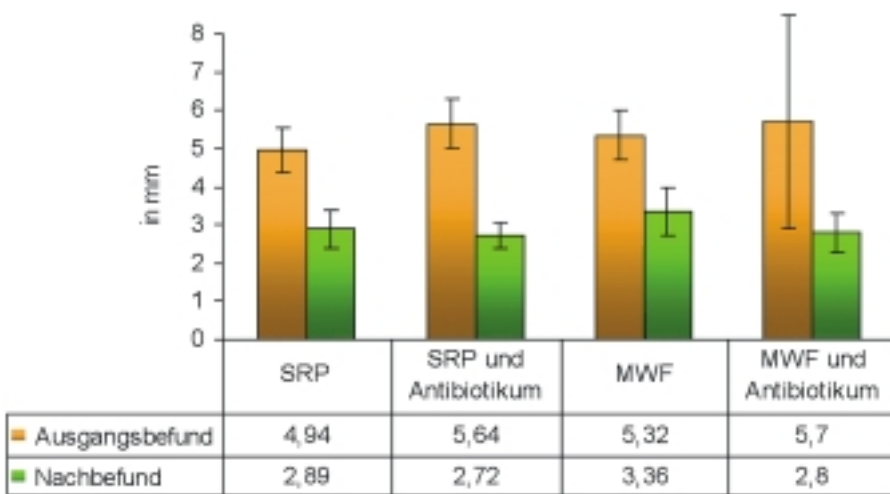


Abb. 3: Mittlere Sondierungstiefen vor und 6 Monate nach der Therapie mit verschiedenen Behandlungsmethoden bei 32 Patienten mit generalisierter chronischer Parodontitis. Die ST konnten in allen Gruppen signifikant reduziert werden. Zwischen den Gruppen bestehen keine Unterschiede.

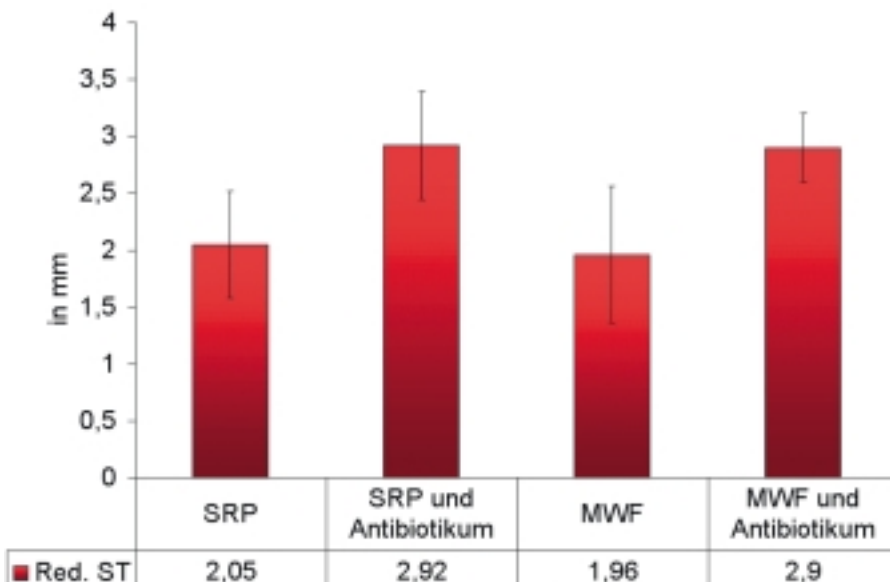


Abb. 4: Reduzierung der Sondierungstiefen durch 4 verschiedene Therapiemethoden bei 32 Patienten mit generalisierter chronischer Parodontitis 6 Monate nach der Behandlung. Zwischen geschlossenem und offenem Vorgehen bestehen keine Unterschiede. Durch eine adjuvante Antibiose lässt sich das Therapieergebnis verbessern.

heute ein verstärktes Scaling und die Wurzelglättung (SRP) versteht, lassen sich mehr als 3000 Jahre zurückverfolgen. In ägyptischen Hieroglyphen und medizinischen Papyri wird schon 2000 Jahre v. Chr. die Anwendung von Handinstrumenten beschrieben (Weinberger 1948, Cobb 2002).

Im 10. Jahrhundert wies Abul Quasim (Cordoba, Spanien) in seinem Werk „Al-Tasrif“ („Die Methode“) erstmalig auf einen kausalen Zusammenhang zwischen der „verfaulten“ Gingiva und supra- und subgingivalem Zahnstein hin. Er empfahl eine gründliche Reinigung der Zähne, die gegebenenfalls auch mehrmals durchgeführt werden sollte, mit einem Set aus 14 Scalern. Unsere Vorfahren hatten jedoch keine Kenntnisse über die Existenz von Bakterien und beschränkten sich auf die Entfernung von Zahnstein und Verfärbungen der Zähne (Cobb 2002). Abbildung 2 ist eine lateinische Übersetzung des „Al-Tasrif“ aus dem 12. Jahrhundert, auf der Instrumente zur Zahnreinigung dargestellt sind.

Das Scaling und Wurzelglätten mit Gracey-Küretten ist seit mehr als 100 Jahren die Hauptstütze der Parodontitistherapie und wurde zum „Goldstandard“ erhoben, mit dem sich alle neu entwickelten Instrumente vergleichen lassen müssen (Page 1999). Die Gracey-Küretten werden sowohl beim geschlossenen (nicht-chirurgisch) als auch beim offenen (chirurgisch) Vorgehen angewandt. Das etablierteste chirurgische Verfahren ist der von Ramfjord und Nissle 1974 modifizierte Widman-Flap (MWF), er lässt ein subgingivales Scaling und Wurzelglätten unter Sicht zu.

In einer von uns durchgeführten Studie (Güntsche 2002) zur Bewertung verschiedener Therapiemethoden konnten wir zeigen, dass die geschlossene Kürettage (SRP) sowohl bei Patienten mit chronischer Parodontitis als auch bei Patienten mit aggressiver Parodontitis (hier in Kombination mit einer adjuvanten systemischen Antibiose) dem offenen Vorgehen (MWF) ebenbürtig ist. In dieser Untersuchung wurden insgesamt 86 Patienten mit fortgeschrittener generalisierter Parodontitis (32 Patienten mit chronischer und 52 Patienten mit aggressiver Parodontitis) von einem Behandler (G.K.) mit vier verschiedenen Therapiemethoden (SRP oder MWF, jeweils mit oder ohne Antibiose) behandelt. Es zeigt sich, dass die

pathologischen Ausgangs Sondierungstiefen durch alle Therapiemethoden signifikant auf physiologische Werte reduziert werden konnten (Abb. 3). Bei der Reduzierung der Sondierungstiefen bestanden keine Unterschiede zwischen SRP und MWF als alleinige Therapiearten. Durch die adjuvante Antibiose konnte das Therapieergebnis signifikant verbessert werden. Es bestanden ebenfalls keine Unterschiede zwischen geschlossenem und offenem Vorgehen (Abb. 4).

Diese Erkenntnis deckt sich mit den Angaben aus der Literatur. Kaldahl und Mitarbeiter (1993) stellten in einer Meta-Analyse, in der mehrere Studien miteinander verglichen wurden, fest, dass die chirurgische Therapie (MWF) der konservativen Therapie (SRP, geschlossene Kürettage) nicht überlegen ist. Beide Therapiearten führten zu einer Verbesserung der parodontalen Gesundheit. Die chirurgische Therapie führt zwar bei tieferen Taschen zu einem besseren Kurzeitergebnis, auf lange Sicht kann sich dieser Vorsprung aber nicht halten. Bei flacheren Taschen kommt es sogar zu einem vermehrten Attachmentverlust durch die offene Therapie.

Weitere Studien kommen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die nicht-chirurgische Therapie genauso effektiv ist wie die chirurgische Intervention (Ramfjord et al. 1987, Pedrazolli et al. 1991, Ali et al. 1992, Kaldahl et al. 1996, Shiloah et al. 1998). Langfristig kann ein Erfolg aber nur durch ein konsequentes Recall und eine optimale Mundhygiene seitens des Patienten gewährleistet werden (Becherer 1994).

Aufgrund dieser ziemlich eindeutigen Datenlage ist primär die geschlossene Kürettage in Form des Scaling und Root Planing bei der Therapie der Parodontitis zu empfehlen. Momentan wird das Konzept der Mundgesamtbearbeitung, d. h. die Bearbeitung aller Parodontien innerhalb einer, maximal zweier Sitzungen (innerhalb von 24 Stunden), diskutiert (Greenstein 2002).

Dieses Konzept wird in der Jenaer Klinik schon seit mehreren Jahren verfolgt (Sigusch und Klinger 1991, Sigusch et al. 1994, 1999, Klinger et al. 2000). Zunächst wird im Rahmen der intensiven Vorbehandlung (2–3 Sitzungen) der supragingivale Zahnstein komplett sowie subgingivale Konkrementen soweit möglich eliminiert. Überstehende Füllungs- und Kronenränder wer-

den konturiert und der Patient wird in adäquate Mundhygienemaßnahmen eingewiesen. Im Anschluss an die Vorbehandlung erfolgt die Befunderhebung mit 6-Punkt-Messung der Taschen. Dem schließt sich die eigentliche Parodontistherapie an: Nach Anästhesierung wird innerhalb einer Sitzung in allen 4 Quadranten die korrektive Therapie als Mundgesamtbearbeitung durchgeführt. Für alle 4 Quadranten ergibt sich so eine Gesamtbearbeitungszeit von ca. 120 Minuten. Begonnen wird mit der Anästhesierung des Oberkiefers mittels Terminalanästhesie. Nachdem alle Zähne gründlich bearbeitet wurden, wird zum Schutz des Koagulums und zur Adaptation der Wundränder ein Wundverband appliziert (z. B. Vocopac). Im Unterkiefer wird nach Terminalanästhesie entsprechend vorgegangen. Der Wundverband wird für ca. 5–7 Tage belassen. Für die Prognose ist ein entsprechendes Recallprogramm von entscheidender Bedeutung.

Wenn man die bakterielle Pathogenese akzeptiert, kommt man zu dem Schluss, dass durch die Behandlung aller Parodontien die Transmission von Bakterien von schon behandelten Taschen in noch nicht behandelte Taschen vermieden wird (Quiryne et al. 1995) und so die Reduktion der Sondierungstiefen erhöht werden kann. Des Weiteren wird bei Patienten mit aggressiver Parodontitis das Therapieergebnis durch den Einsatz eines Antibiotikums verbessert (Sigusch et al. 1994, Güntsch 2002). Die Behandlung aggressiver Parodontitiden gehört in der Regel in die Hand ausgewiesener

Spezialisten oder in die Fachabteilung einer Universitätszahnklinik.

Sollten nach dem Ersteinriff noch Resttaschen bestehen, die auch durch das Recall nicht stabilisiert werden können, empfiehlt sich ein Zweiteingriff, der mit regenerativen Maßnahmen kombiniert werden kann. Dieser Eingriff wird dann offen durchgeführt. Als regenerative Maßnahmen stehen die „Gesteuerte Geweberegeneration“ (GTR) mittels Membranen bzw. die „Gesteuerte Knochenregeneration“ (GBR), in Kombination der Membranen mit Knochen und Knochenersatzmaterialien zur Verfügung. In einer von der Cochrane Collaboration durchgeführten Meta-Analyse (Needleman et al. 2001) wurde die Überlegenheit der GTR gegenüber dem alleinigen chirurgischen Vorgehen nachgewiesen. Ein neues regeneratives Verfahren ist der Einsatz von Schmelzmatrix – Proteinen, bei dem durch die Anregung der Zementogenese neuer Faserbund hergestellt werden soll (Sculean et al. 2000).

Ultraschallinstrumente wurden vor ca. 50 Jahren in der Parodontologie eingeführt. Sie wurden anfangs nur zur Entfernung supragingivalen Zahnsteins eingesetzt. Durch die Modifizierung und Verbesserung der Arbeitseenden lassen sich nun auch Ultraschallgeräte im subgingivalen Bereich einsetzen.

Der DGP-Stellungnahme von Petersilka und Flemmig (2002) lässt sich für den Einsatz der Schall- und Ultraschallinstrumente bei

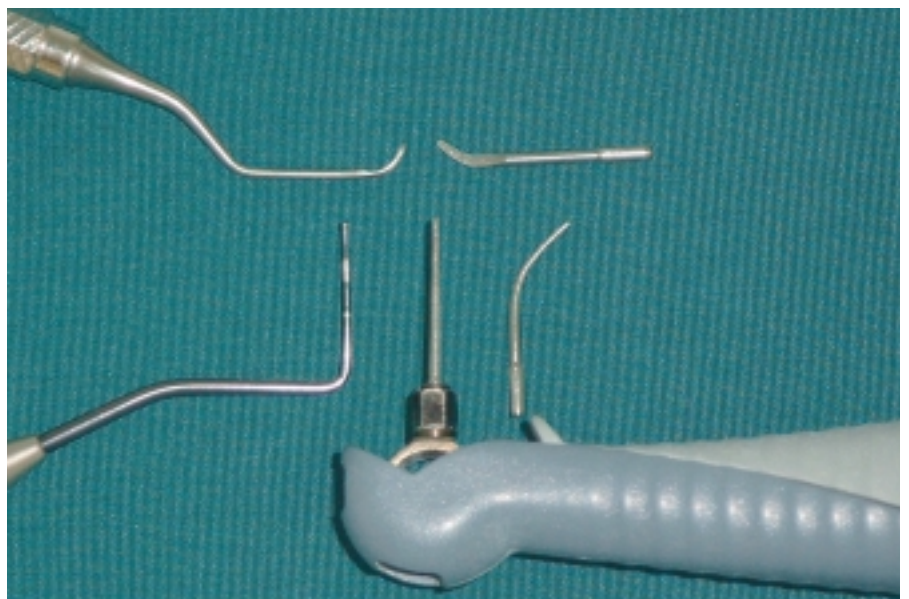


Abb. 5: Die Ansätze des Vector®-Gerätes entsprechen denen von Parodontalsonde, Furkationssonde bzw. Kürette.

der Parodontitistherapie entnehmen, dass „supra- und subgingivales Scaling mit Schall- und Ultraschallinstrumenten zu klinischen Therapieergebnissen führt, die denen der Handinstrumentation gleichwertig sind“. Aufgrund mangelnder Daten wurde das Vectorsystem von dieser Empfehlung bisher ausgenommen.

Das Vector-Gerät wurde 1999 von der Firma Dürr auf den Markt gebracht. Ein ringförmiger Resonanzkörper, an welchem im Winkel von 90° ein Arbeitsende angebracht ist, wird durch Ultraschall in Schwingung gebracht. Dadurch entsteht an dem Arbeitsende eine rein gerichtete Bewegung. Die bisher üblichen elliptoiden Bewegungen zwischen 13 und 72 µm und die Wärmeentwicklung an der Instrumentenspitze entfallen. Die benötigte Wassermenge ist daher sehr gering und es entsteht kein Aerosol. Dem an der Instrumentenspitze adhärenen Flüssigkeitsfilm wird Hydroxylapatitpulver in einer Körnung von 10 µm beigemischt, was zu einer gründlichen Entfernung der subgingivalen Beläge führt und Poliereffekte bewirkt. Verschiedene Arbeitsenden ermöglichen einen Zugang auch zu schwer zugänglichen Wurzelflächen (Abb. 5).

In von uns durchgeführten Untersuchungen (Klinger et al. 2000, Güntsch et al. 2002) wurde das Therapieergebnis bei der Behandlung von Patienten mit generalisierter Parodontitis mittels Handinstrumentation (SRP und MWF) sowie mit dem neuen Vectorgerät beurteilt. Wir kamen zu dem Schluss, dass die Ergebnisse mit dem Vector mit denen der Handinstrumentation vergleichbar sind und durch alle untersuchten

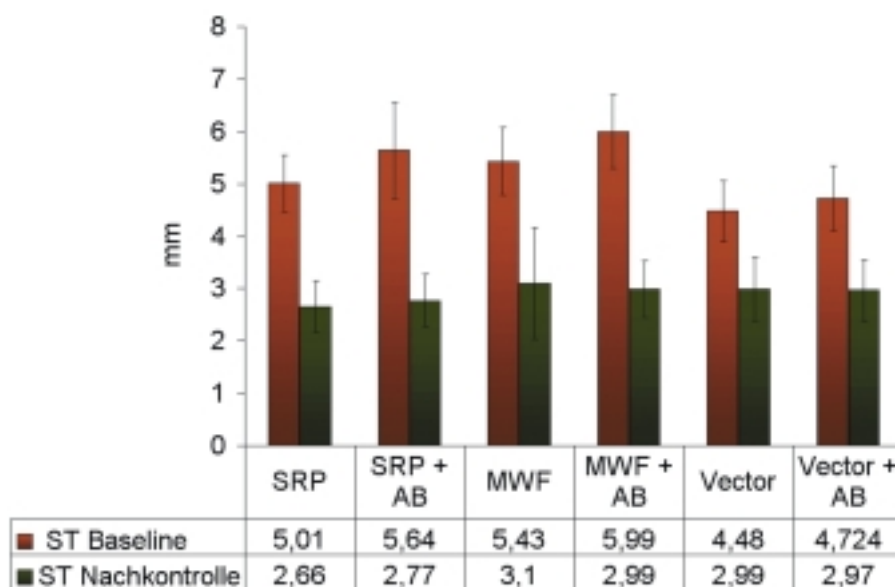


Abb. 6: Mittlere Sondierungstiefen bei 60 Patienten mit generalisierter Parodontitis. Durch alle Therapiemethoden konnten die pathologischen Sondierungstiefen signifikant auf Werte um die 3 mm reduziert werden. Mit dem Vector® ließen sich vergleichbare Ergebnisse erzielen wie mit den konventionellen Methoden.

Therapiemethoden physiologische Sondierungstiefen um die 3 mm erreicht wurden (Abb. 6). Verschiedene Arbeitsgruppen konnten dieses Ergebnis bestätigen (Sculean et al. 2002, Horodko et al. 2002). Mit dem neuen Vectorsystem steht nun eine Behandlungsmöglichkeit zur Verfügung, die dem Trend in der gesamten Medizin zur minimalinvasiven Therapie entspricht und für den Patienten und den Behandler komfortabler und schonender ist.

Neben den Hand- und Ultraschallinstrumenten werden zur Therapie der marginalen Parodontitis auch rotierende Instrumente sowie Lasersysteme eingesetzt. Vor allem bei den Lasern dürfen in Zukunft interessante Entwicklungen erwartet werden, zu

nennen wäre hier z. B. die Photodynamische Therapie (Köhler et al. 2002), deren Konzept basiert auf einem photoaktivierbaren Sensitizer, der durch Licht einer bestimmten Wellenlänge aktiviert wird. Dabei produziert er freie Radikale, unter anderem Singulett-Sauerstoff, welche toxisch auf das Zielgewebe, hier die parodontopathogenen Bakterien, wirken.

Mit den heute gegebenen Therapiemethoden, die zum Teil eine mehrere tausend Jahre alte Geschichte haben, darf die Extraktionstherapie bei Patienten mit Parodontitis nicht die alleinige Maßnahme des Zahnarztes sein. Die Parodontitis ist heute beherrschbar und kann mit entsprechenden Therapiemethoden erfolgreich behandelt werden.

Dissertationen

Der Einfluss des IL 1- Genotyp auf den Therapieverlauf einer chronischen Parodontitis

Vorgelegt von Ralf Peter Freyer

Parodontale Erkrankungen gewinnen bei erwachsenen Patienten an Bedeutung. Genetische Faktoren werden zunehmend als ein mögliches Risiko für das Entstehen einer

Parodontitis diskutiert. So wurde ein Polymorphismus des Interleukin 1-Gens beschrieben, der sich durch das gleichzeitige Vorkommen des Allel 2 auf den Genen IL 1A+4548 (entspricht IL 1A-889) sowie IL 1B+3954 (vormals IL 1B+3953) zeigt. In vorliegender Studie wurde der Einfluss dieses Polymorphismus auf den Therapieerfolg bei einer schweren chronischen Parodontitis untersucht.

Der IL 1-Genotyp wurde mit Hilfe eines

Wangenabstrichs mit dem GenoType®PRT-Kit der Firma HainLifescience GmbH bestimmt. Als Parameter für die Beurteilung des aktuellen Zustandes des Parodonts wurden der klinische Attachmentverlust, die Sondierungstiefen und der BOP-Index als 4-Punktmessung erhoben. Der API-Index durfte bei den Patienten der Longitudinalstudie nach der Hygienisierungsphase nicht $\geq 0,25$ sein. Mikrobiologische Keimanalysen

Fortsetzung auf Seite 28

SCHÄFFER WOHNART – mehr als schöne Möbel

*SCHÄFFER WohnART GmbH
Hauptstraße 19, 06577 Heldrungen
Tel.: 03 46 73/9 56-0, Fax: -99
E-Mail: info@schaeffer-wohnart.de
www.schaeffer-wohnart.de*

Möbelhäuser gibt es in Thüringen mehr als genug. Was veranlasst also Kunden aus ganz Thüringen, Sachsen und Sachsen-Anhalt ausgerechnet in Heldrungen die Einrichtungspläne umzusetzen? Herr Schäffer gibt darauf eine einleuchtende Antwort. Sein Unternehmen bietet dem Kunden ein breites Spektrum handwerklicher und kreativer Dienstleistungen an. Beginnen kann es mit der Funktionsplanung, wenn sich Wohnung oder Haus noch im rohbaulichen Zustand befinden, z. B. mit der Fixierung von Lichtpunkten für die spätere Beleuchtung. Im Innenausbau sind es dann Stuckarbeiten oder Ausführung von Wandbeschichtungen sowie Parkettarbeiten und Designfußböden, die durch die Firma SCHÄFFER WohnART übernommen werden können. Außergewöhnlich ist die große Auswahl von Tapeten, deren fachgerechte Verarbeitung natürlich auch zum Service gehört. Nun erfolgt die Möblierung sowie die Ausgestaltung mit Wohntextilien wie Vorhängen und Teppichen. Die Sache wäre nicht abgeschlossen, wenn Herr Schäffer nicht auch noch mit dem passenden Licht Einrichtungs- und Gestaltungsideen zur Vollendung führen würde.

Grundlage für die erfolgreiche Arbeit sind langjährige Erfahrungen in der Raumausstatterbranche und darin ausgebildeter Fachleute, die Planungssicherheit von zwei Ingenieuren und die individuelle Kundenbetreuung. Gilt es doch, die Vorstellungen des Kunden vom Wohnen umzusetzen. Natürlich reizt es den Meister, wenn die Lösung eine außergewöhnliche sein soll oder muss.

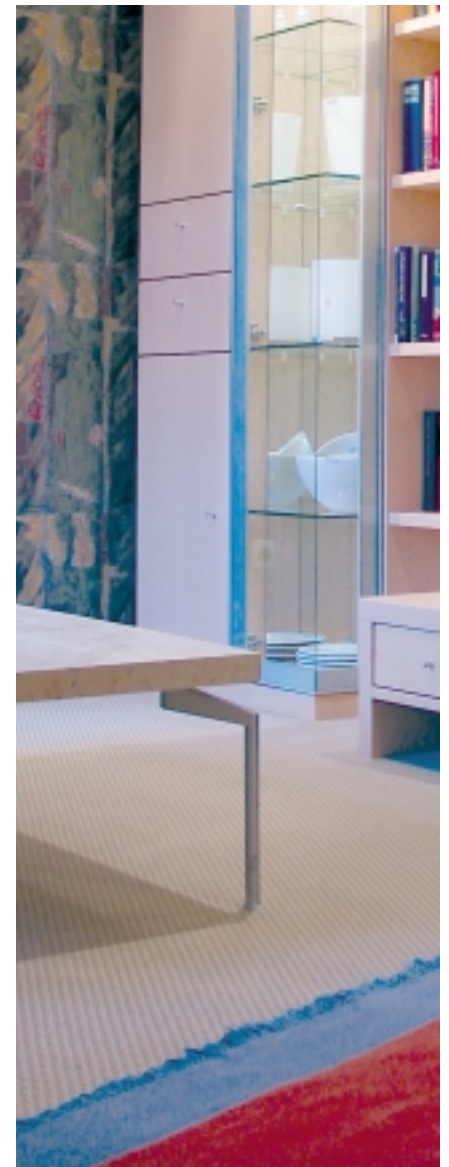
SCHÄFFER WohnART ist aber auch ein kleines Kaufhaus in Heldrungen mit Möbeln und Accessoires im Erdgeschoss und Wohnbeispielen in der 1. Etage. Gerade hier sieht man die Möbel als Bestandteil einer kompletten Raumgestaltung von der Decke über die Wände bis zum Fußboden. Beachten Sie dazu auch die nebenstehenden Abbildungen.



Herr Schäffer inmitten seiner Kollektion von Mustertapeten.



Seit 1998 an einem neuen Standpunkt in einem grundsanierten Gebäude.



Ob modern oder mit historischen Anleihen, der persönliche Geschmack entscheidet.

gaben Auskunft über Gesamtkeimzahlen sowie die spezifische Zusammensetzung der subgingivalen Flora. Zur Analyse der parodontalen Markerkeime *A. actinomy-cetemcomitans*, *P. gingivalis*, *B. forsythus*, *T. denticola* und *P. intermedia* wurde der Micro Dent®-Kit der Firma HainLifescience GmbH angewendet.

In die Studie wurden im Rahmen einer Längsschnittsstudie 21 Patienten eingeschlossen. Weiterhin wurden als Querschnittsstudie 16 Patienten mit unzureichendem Therapieerfolg und 16 parodontal gesunde Probanden ($API \leq 25\%$, $BOP \leq 10\%$) einbezogen. Bei 37 parodontal erkrankten Patienten lag der IL 1-Genotyp positive Anteil bei 46 %, während bei 16 parodontal gesunden Patienten der Anteil der IL 1-Genotyp positiven bei ca. 31 % lag. Bei allen Probanden wurden Risikofaktoren wie Rauchen, Stoffwechselerkrankungen, Immundefekte, Kreislauferkrankungen sowie eine Antibiotikatherapie in den letzten 3 Monaten ausgeschlossen. Bei den 21 Patienten der Longitudinalstudie erfolgte nach einer Hygienisierungsphase mit Aufklärung und Motivation die Behandlung mit Deep scaling und Root planing. In tiefe Taschen ≥ 5 mm wurde ein PerioChip® eingebracht. Die Bestimmung der klinischen und mikrobiologischen Parameter erfolgte bei der Erstvorstellung (t0), vor der Behandlung (t1), 6 Wochen nach der Behandlung (t2) ohne klinische Befundung, 1 Jahr (t3) sowie 1 Jahr (t4) nach Behandlung.

Unter der Therapie reduzierten sich die Sites mit $ST \geq 5$ mm sowie $AV \geq 5$ mm signifikant (Vergleich Zeitpunkt t0 zu t3, t4) in beiden Gruppen. *P. gingivalis* reduzierte sich bei Patienten mit beider Genotypgruppen bis zum Zeitpunkt t3. Zum Zeitpunkt t4 konnte in der IL 1-Genotyp positiven Gruppe kein Unterschied mehr zum Ausgangsbefund gesichert werden. Eine deutliche Reduktion war bei *B. forsythus* nur bis zum Zeitpunkt t2 zu erkennen. *T. denticola* reduzierte sich bis zum Zeitpunkt t3 in beiden Gruppen. Die Tendenz der Zunahme parodontopathogener Keime zeigte einen Zusammenhang mit der gewissen Verschlechterung der API- und BOP-Indizes zum Zeitpunkt t4 durch nachlassende Motivation. Es wurden Korrelationen zwischen dem Nachweis von *P. gingivalis*, *B. forsythus* und *T. denticola* zum Zeitpunkt t2 mit dem Beobachtungsende auf die Entwicklung von BOP-

Index, sowie $ST \geq 5$ mm festgestellt. Bei den Patienten der Querschnittsstudie konnten im Allgemeinen keine Unterschiede bei den klinischen und mikrobiologischen Befunden zwischen IL 1-Genotyp negativen und positiven Probanden nachgewiesen werden. Nur die Keime *P. gingivalis* und *B. forsythus* waren bei IL 1-Genotyp negativen Patienten häufiger zu finden.

Obwohl bei Ausschluss anderer Risikofaktoren ein gewisser Einfluss des IL 1-Genotyps auf den Schweregrad und den Therapieverlauf nicht ausgeschlossen werden kann, ist bei adäquater Therapie ein Therapieerfolg unabhängig vom Genotyp möglich. Die routinemäßige Bestimmung des IL 1-Genotyps als prädiktiver Wert ist für den Therapieerfolg deshalb nicht angezeigt, vielmehr ist der Erhaltungsphase des erreichten Therapieerfolges ein erhöhter Stellenwert beizumessen.

Zusammenhang zwischen Parodontitis marginalis und ischämischen Hirninfarkt

Vorgelegt von Thomas Stübinger

Im Rahmen dieser Arbeit wurden die Häufigkeit und der Schweregrad der Parodontitis marginalis an 95 Patienten mit ischämischen Hirninfarkt im Vergleich zu 60 Kontrollpatienten untersucht. Außerdem erfolgte bei diesen Patienten eine spezielle Diagnostik zum Zusammenhang zwischen dem Ausprägungsgrad der Parodontitis marginalis und dem Ausmaß der Arteriosklerose der cerebrovaskulären Gefäße. Es wurde eine parodontologische Befunderhebung mit subgingivaler Probenentnahme jeweils an der Stelle mit der höchsten Sondierungstiefe durchgeführt. Des Weiteren erfolgte eine doppler- und farbkodierte duplexsonographische Untersuchung der cerebrovaskulären Gefäße. Bei den Patienten mit ischämischen Hirninfarkt war in 19% ein gesundes Parodontium bzw. eine höchstens geringgradige Parodontitis marginalis feststellbar (Kontrollpatienten: 57%). 50% der Probanden wiesen eine mittelgradige (Kontrollpatienten: 35%) und 31% eine stark ausgeprägte Parodontitis marginalis (Kontrollpatienten: 8%) auf.

Patienten mit einer dem ischämischen Hirninfarkt vorausgegangenen Allgemeininfektion bzw. dem Vorhandensein einer stark ausgeprägten Parodontitis marginalis waren durch eine höhere maximale Sondierungstiefe gekennzeichnet als die Probanden ohne Infektion, hatten außerdem häufiger eine Anamnese des Zahnverlustes durch Lockerung, häufiger eine vorhandene Zahnlockerung bzw. einen höheren CPITN-Index und ebenfalls einen signifikant höheren TDI. Der Nikotin- bzw. Alkoholabusus war außerdem in diesem Patientenkollektiv signifikant erhöht im Vergleich zu Patienten mit ischämischen Hirninfarkt ohne vorausgegangene Infektion und mit höchstens mittelgradiger Parodontitis marginalis.

Patienten mit ischämischen Hirninfarkt, die jünger als 50 Jahre waren, wiesen signifikant häufiger Zeichen einer akuten bzw. chronischen Infektion oder einer stark ausgeprägten Parodontitis marginalis auf. Bei diesen Patienten war in jedem Fall mindestens ein bekannter Arteriosklerose-Risikofaktor nachweisbar (bei Patienten älter als 50 Jahre nur in 80%). Die Häufigkeit eines Nikotinabusus war in diesem Patientenkollektiv ebenfalls signifikant höher. In der multinominalen logistischen Regressionsanalyse waren die Einflussfaktoren „positive Familienanamnese für Herz-/Kreislauferkrankungen“ und „Parodontitis marginalis“ am stärksten mit dem Auftreten eines ischämischen Hirninfarktes assoziiert ($p < 0,001$). Das relative Risiko für die Entstehung eines ischämischen Hirninfarktes betrug bei Vorliegen einer Parodontitis marginalis 2,0. Bei Patienten mit Gefäßdissektion wies die Hälfte der Patienten eine mittelschwere, die restlichen Patienten eine stark ausgeprägte Parodontitis marginalis auf. Bei den Patienten, die vor dem Ereignis des ischämischen Hirninfarktes Zeichen einer Infektion oder einer stark ausgeprägten Parodontitis marginalis aufwiesen, fanden sich häufiger ischämische Hirninfarkte auf der Basis von Kardioembolien und Embolien aus den großen cerebrovaskulären Arterien. Bei Patienten mit höchstens leichter Arteriosklerose der cerebrovaskulären Gefäße, die aber mindestens eine mittelgradige Parodontitis marginalis aufwiesen, waren häufiger ischämische Hirninfarkte aufgrund von Thromboembolien unbekanntem Ursprungs festzustellen. Das sonographisch bestimmte Ausmaß der Arteriosklerose der cerebrovaskulären Gefäße war unabhängig vom Ausprägungsgrad der Parodontitis marginalis.

Eine retrospektive Vergleichsanalyse der zahnärztlichen Ausbildung in Deutschland unter dem Aspekt notwendiger Reformen

Vorgelegt von Matthias Herold

Die derzeit gültige Approbationsordnung für Zahnärzte stammt im Wesentlichen aus dem Jahr 1955. Gemessen an den Ressourcen der Universitäten ist gegenwärtig die Zahl der Studenten um ca. 50% erhöht. Gleichzeitig erfordern schwierigere und aufwändigere, aber auch völlig neue Therapiemethoden eine höhere Intensität und Qualität der praktischen Unterweisung der Studenten. Diesen erhöhten Anforderungen wird die universitäre Lehre aufgrund einer veralteten Kapazitätsordnung gegenwärtig nicht ausreichend gerecht. Um die Qualität der praktischen Ausbildung zu verbessern, ist es daher notwendig, die Betreuungsrelation von Hochschullehrern zu Studenten durch Absenkung der Zulassungszahl zum Studium zu verbessern. Neben diesen offensichtlichen Defiziten in der praktischen Studentenausbildung ist aber auch die Wissenschaftsentwicklung in der Zahnheilkunde Ursache dafür, dass die derzeitige Approbationsordnung mit ihren Lehrinhalten nicht mehr dem aktuellen Stand entspricht. So steht heute weniger die Technikorientierung der Zahnmedizin im Vordergrund als die schadens-, bedarfs- und risikogerechte Gewährleistung von Mundgesundheit auf medizinisch-biologischer Grundlage.

Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen zahnärztlichen Ausbildung erscheint es daher unabdingbar, die gegenwärtige Approbationsordnung zu novellieren und gleichzeitig die entsprechenden strukturellen Voraussetzungen an den Universitäten zu schaffen. Eine Anpassung der bestehenden Approbationsordnung an die Erfordernisse der heutigen Praxis bedeutet, dass die derzeitige Ausbildungsordnung dahingehend überprüft werden muss, welche Ausbildungsinhalte entbehrlich und welche stärker akzentuiert bzw. neu eingeführt werden müssen. Mit dem Studienplan der ehemaligen DDR und der Approbationsordnung für Zahnärzte liegen zwei Ausbildungskonzepte vor, deren Vorzüge bei einer Novellierung berücksichtigt werden sollten. Das Ziel ist in der wissenschaftskonformen Anpassung der Ausbildung an

die Empfehlung der EG-Richtlinie zur gegenseitigen Anerkennung der Diplome zu sehen. Das Hauptziel der zahnärztlichen Ausbildung sieht die Expertenkommission der EU in der Praxisreife der zukünftigen Absolventen.

Der hohe Anteil an Faktenwissen im Rahmen der zahnärztlichen Ausbildung und dessen Umsetzung in der komplexen Patientensituation erfordert neue Lehrmethoden. Die Grundlage dafür bildet die Verzahnung der Ausbildungsfächer auf horizontaler und vertikaler Ebene sowie eine frühzeitige Praxisorientierung. Allerdings erlaubt die fünfjährige Studienzeit selbst unter Optimalbedingungen nur die Ausbildung eines Generalisten. Um dem Anspruch an eine qualitativ hochwertige und die aktuellen Möglichkeiten ausschöpfende Zahnheilkunde gerecht zu werden, bedarf es der Spezialisierung. In Anbetracht der Durchsetzung von EU-Kriterien für die Weiter- und Fortbildung der Zahnärzte ist mittelfristig ein einheitliches Niveau europaweit abgestimmter gradueller und postgradueller Curricula anzustreben.

Assoziation der aggressiven Parodontitis mit Kontaktallergien auf dentale Werkstoffe

Vorgelegt von Peter Hoffmann und Andreas Leister

Läsionen der allergischen Kontaktdermatitis sind durch eine erhöhte Expression des Interleukin 4 charakterisiert. Das Zytokinprofil mononukleärer Zellen wird bei Parodontitispatienten ebenfalls durch eine verstärkte Th2-Expression dominiert.

In diesem Kontext war das Ziel der vorliegenden Studie, eine mögliche Assoziation zwischen Gingivitis, Parodontitis und einer evtl. positiven Reaktion im Hauttest auf zahnärztliche Werkstoffe zu untersuchen. Es wurden Gingivitispatienten (n=14), Patienten mit aggressiver Parodontitis, AP (n=17), chronischer Parodontitis (n=18) und gesunde Kontrollpersonen (n=14) untersucht. Als Parameter wurden der Plaque- und Blutungs-Index und die Sondierungstiefe (6 Messpunkte pro Parodontium) bestimmt. Bei der Charakterisierung der Restaurationen wurde zwischen: Amalgam-, Kunststoff-, Gold- und Palladiumfüllungen sowie Kronen unterschieden.

Die Hauttestung erfolgte mit der Europäischen Standardreihe für dentale Werkstoffe einschließlich der Quecksilberkomponenten. Die Ergebnisse zeigen eine signifikant erhöhte Anzahl positiver Hauttestreaktionen in der Patienten-Gruppe mit aggressiver Parodontitis (13/17) im Vergleich zu den anderen Gruppen (Chi-square-test und Fisher-test, $p < 0,0001$). 7 Patienten reagierten im Hauttest positiv auf das Amalgam oder Quecksilberbestandteile. Außerdem wurde deutlich, dass Patienten mit Sondierungstiefen > 6 mm auch deutlich häufiger positive Hauttestergebnisse zeigten (76,5 %).

Patienten mit aggressiver Parodontitis und parodontalen Taschen > 6 mm ST zeigten insgesamt ein deutlich häufigeres Kontaktsensibilisierungsrate speziell auf zahnärztliche Werkstoffe. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen darauf hin, dass möglicherweise neben den mikrobiologischen auch allergische bzw. autoimmunogene Phänomene in der Pathogenese der aggressiven Parodontitis beteiligt sind.

Erreger- und Resistenzspektrum von Infektionen im Mund-/Kiefer-/Gesichtsbereich am Klinikum der FSU Jena

Vorgelegt von Susann Korn-Stemme

Aufgabe der vorliegenden Studie war es, das Resistenzverhalten der bei Infektionen im Kiefer-/Gesichtsbereich isolierten Keime gegenüber den in der Zahnmedizin gebräuchlichen Antibiotika zu bestimmen, um eine Aussage über die derzeitige Resistenzsituation im Raum Thüringen treffen zu können.

Als Untersuchungsmaterial standen die vom Klinikum der Universität Jena eingesandten Proben von Infektionen des Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereiches zur Verfügung, die nach den klassischen Methoden der Mikroskopie und Kultivierung untersucht wurden. Die Resistenzbestimmung erfolgte bei den mikroaerophilen Bakterien mit Hilfe des Breakpointverfahrens und mit Hilfe des Agardiffusionstestes bei den schnell wachsenden aeroben Bakterien. Bei den anaeroben Bakterien fand der Agardilutionstest Anwendung. Die getesteten Antibiotika waren bei den anaeroben Bakterien Clindamycin, Cefoxitin, Doxycyclin, Penicillin und Metronidazol und

bei den aeroben Bakterien Clindamycin, Cefuroxim, Doxycyclin und Penicillin.

Als häufigste Erkrankung erwies sich der submuköse Abszess. Neben 229 aeroben konnten 299 anaerobe Keime isoliert werden. Bei der Mehrzahl der Patienten lag eine aerob/anaerobe Mischinfektion vor. Vorherrschende Keime waren bei den aeroben Spezies Streptokokken und Staphylokokken. Sie erwiesen sich als überwiegend sensibel gegenüber Clindamycin, Doxycyclin und Cefuroxim. Lediglich beim Penicillin traten Wirkungslücken auf.

Die Prevotella, Fusobakterien und Veillonella, die bei den anaeroben Bakterien am häufigsten vertreten waren, zeigten eine gute Empfindlichkeit gegenüber Clindamycin, Cefoxitin, Doxycyclin und Metronidazol. Auch hier ist beim Penicillin eine unzureichende Sensibilität zu erkennen. Der Nachweis Beta-lactamase-produzierender Anaerobier war häufig positiv. Nach vorangegangener Penicillin- und Tetracyclintherapie war eine erhöhte Resistenz zu verzeichnen. Beim Nachweis anaerober Bakterien kann eine adjuvante Therapie mit Clindamycin und Metronidazol, beim Nachweis aerober Bakterien mit Clindamycin, Cefuroxim und Doxycyclin empfohlen werden. Der Einsatz von Penicillin sollte nur in Verbindung mit einem Beta-lactamase-Inhibitor erfolgen.

Immunhistochemische Analyse der Pulpalymphozyten unter Berücksichtigung vorausgegangener konservierender und prothetischer Therapie

Vorgelegt von Ulf Levien

Ziel der Untersuchung war es, die lympho- bzw. monozytäre Immunantwort der Pulpa von Zähnen mit Caries profunda und Zähnen nach zahnärztlichen Therapiemaßnahmen wie Amalgam- und Kompositfüllungen bzw. prothetischen Kronen und unter Berücksichtigung des klinischen Entzündungsgrades zu analysieren. Es wurden Pulpaprobe von insgesamt 148 Zähnen gewonnen, bei denen die klinische Indikation zur Pulpalexstirpation vorlag. Die Gruppeneinteilung ergab sich aus der vorangegangenen Restauration bzw. dem

vorliegenden klinischen Entzündungsstadium. Nach dem Entzündungsgrad wurden die akute Pulpitis im Frühstadium und die akute Pulpitis im Spätstadium bzw. die klinisch reaktionslose Pulpa unterschieden. Als Kontrollgruppe dienten die Pulpen von vollständig impaktierten und durch chirurgischen Eingriff entfernte Weisheitszähne. Die Pulpaprobe wurden mittels konventioneller Exstirpation der Pulpa gewonnen und unter anschließender Kühlung (-70°C) bis zur Aufarbeitung gelagert. Die Diagnostik der Immunzellen der Pulpagewebe erfolgte unter Verwendung einer verfeinerten Avidin-Biotin-Technik der Firma DAKO Diagnostika GmbH Hamburg, Deutschland. Bei dieser Färbemethode reagieren biotinylierte Sekundärantikörper mit alkalischer Phosphatase konjugierten Streptavidin-Molekülen. Untersucht wurde in allen Gewebeprobe der Pulpa der prozentuale Anteil folgender Lymphozyten-subpopulationen: CD3, CD4, CD8, CD14, CD56.

Bei der Auswertung der Ergebnisse fiel auf, dass beim Vergleich der Lymphozyten-subpopulationen untereinander relativ große Unterschiede der einzelnen Zellanteile zu den unterschiedlichen Entzündungsstadien auftraten – und dies sowohl in den Gruppen mit konservierender bzw. prothetischer Versorgung als auch in der Gruppe ohne vorangegangene Therapie. Deutlich wurde dies vor allem bei der Untersuchung der CD4/CD8-Ratio, die ein signifikantes Absinken vom akuten Frühstadium zum akuten Spätstadium in allen untersuchten Gruppen erfuhr.

Es wurde deutlich, dass die Immunreaktion der Pulpen bei Zähnen ohne Füllungen (Caries profunda) signifikant stärker im Vergleich zu den Gruppen mit konservierender bzw. prothetischer Vorbehandlung ausfiel. Dieses Ergebnis stützt die These des größeren Einflusses der mikrobiellen Flora im Vergleich zum Präparationstrauma bzw. den Einfluss bestimmter Materialbestandteile zahnärztlicher Füllungswerkstoffe auf die Ausprägung der Immunabwehr in der Zahnpulpa, da bei den Zähnen ohne Füllungen weder ein mechanisches Trauma noch ein Einfluss von Materialbestandteilen vorausging.

So veränderten sich die Mittelwerte zwischen den Zähnen mit Amalgamfüllungen und denen mit Kompositfüllungen zwischen den unterschiedlichen Entzündungsstadien, ein

signifikanter Unterschied war jedoch weder für die CD3, CD4, CD8, CD14 noch für die CD56 Zellen nachzuweisen, wenn die Mittelwerte innerhalb des jeweiligen klinischen Entzündungsstadiums miteinander verglichen wurden. Dies deutet darauf hin, dass die einzelnen Restaurationsmaterialien selbst keinen entscheidenden Einfluss auf die Immunantwort in den Zahnpulpen zu haben scheinen, sondern wahrscheinlich die bakterielle Infiltration bzw. das vorangegangene Präparationstrauma für die entsprechende Immunantwort verantwortlich sind.

In der Gruppe der prothetischen Kronen fand sich die schwächste Immunzellinfiltration, was möglicherweise durch eine degenerative Veränderung des pulpalen Gewebes nach vorangegangenem Präparationstrauma bedingt war.

Die De- und Regeneration an der motorischen Endplatte nach mikro-chirurgischer Frühversorgung unter Verwendung von Biomaterial – eine experimentelle Studie zur Reduktion der Muskelatrophie

Vorgelegt von Michaela und Alexander Mosch

Kommt es nach einem Unfall oder als Folge notwendiger radikalchirurgischer Operationen zur Verletzung peripherer Nerven, so zieht dies im Gesichtsbereich neben Muskelfunktionsstörungen auch ästhetische und psychische Beeinträchtigungen nach sich, so dass eine Nervenrekonstruktion so zeitig wie möglich angestrebt werden sollte.

Wir untersuchten am Versuchstier (Ratte) die Auswirkungen der Umscheidung der Nerven-nahtstelle mit Biomaterialien auf die Nervenregeneration und die Muskelatrophie. Nach dem Versuchsprotokoll erfolgte zum einen die vollständige Durchtrennung des N. ischiadicus (1. Gruppe Neurektomie). Zum anderen erfolgte nach der Durchtrennung die mikrochirurgische Frühversorgung des Nerven entsprechend der Rekonstruktionsmethode (2. Gruppe Nervennaht und 3. Gruppe

Nerveninterponat). Zur Umhüllung der Nervenaststelle verwendeten wir das neuartige, erstmals am Nerven eingesetzte nicht resorbierbare Biomaterial „BASYS“ (Bacterial Synthesized Cellulose) in Form eines elastischen Röhrchens (4. Gruppe Nervenast + „BASYS“ und 5. Gruppe Nerveninterponat + „BASYS“). Weiterhin kam das resorbierbare Biomaterial „PDS“ (Polydioxanone) als Folienschlauch in den Gruppen 6 (Nervenast + „PDS“) und 7 (Nerveninterponat + „PDS“) zur Anwendung.

Nach postoperativen Zeitintervallen von 4, 10, 20 und 26 Wochen wurde den 180 Versuchstieren der Musculus extensor digitorum longus (MEDL) der operierten Seite und der Kontrollseite entnommen. Die Muskelmassen wurden durch wiegen bestimmt und durch Acethylthiocholinjodid-Färbung der Muskelschnitte konnten die motorischen Endplatten dargestellt werden. Anschließend erfolgte die Endplattenklassifikation nach Anzahl, Intensität und Größe in: motorische Endplatten normaler Intensität (MEP n.I. > 10 µm; MEP n.I. < 10 µm) und motorische Endplatten geringer Intensität (MEP g.I. > 10 µm; MEP g.I. < 10 µm).

Die Analyse der motorischen Endplatten zeigte in den Gruppen mit Biomaterialumscheidung bessere Ergebnisse im Vergleich zur konventionellen Nervenrekonstruktionstechnik. So wurden in den Versuchsgruppen mit „BASYS“-Umhüllung die besten Resultate in den einzelnen Endplattenkategorien erzielt. Bei der Analyse der Muskelmassen erzielten ebenfalls die Gruppen mit Biomaterialumscheidung die besten Ergebnisse: besonders die „BASYS“-Umhüllung (sowohl bei der Nervenast als auch beim Nerveninterponat) zeigte anfänglich einen geringeren Verlust und ab der 10. Woche einen schnelleren Zuwachs an Muskelmasse. Daraus wird deutlich, dass die Umhüllung der Nervenaststelle mit dem Biomaterial „BASYS“ frühzeitig nach mikrochirurgischer Rekonstruktion eine Förderung der Nervenregeneration und somit eine schnellere Rückkehr der Muskelfunktion bewirkt. Wegen der geringen Tierzahl (6 Tiere je Untersuchungszeitraum einer Versuchsgruppe) zeigten die erzielten Ergebnisse nur Tendenzen, jedoch keine Signifikanzen. Dennoch sind die Resultate für die Fachgebiete Mund-, Kiefer-Gesichtschirurgie, Handchirurgie sowie die Traumatologie von großem Interesse.

Vergleichende Längs- und Querschnittstudie zur anatomischen und funktionellen Wertigkeit des simultanen, autogenen Knochentransfers in Kiefer- und Gaumenspalte bei einseitigen Totalspalten

Vorgelegt von Steffen Pflieger

Seit Jahrzehnten gibt es Bestrebungen, eine Rehabilitation von Patienten mit LKG-Spalten durch Vereinigung der gespaltenen Gewebepartien oder deren Ersatz durch adäquates Gewebe zu realisieren. Die Studie dient der Bewertung des operativen Verschlusses der knöchernen Defektabschnitte. Das Ziel der Osteoplastik ist, den knöchernen Defekt so früh wie möglich und ohne Wachstumsstörungen zu verschließen und damit eine funktionelle und ästhetische Rekonstruktion im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich zu erreichen.

Die Untersuchung bezog sich auf 266 diagnosegleiche Patienten (einseitige totale Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte), die alle in den Jahren von 1970 bis 2000 im Rahmen der komplexen Rehabilitation nach dem standardisierten Jenaer Therapieprotokoll behandelt wurden. In der retrospektiven Quer- und Längsschnittanalyse an Röntgenbildern, Gipsmodellen und Computertomogrammen erfolgte die Beurteilung des Beckenkamm-spongiosatransplantates anhand einer Einteilung der interdentalen Alveolarseptumhöhe in vier Grade. Ein Knochenangebot über 50% (Grad I und II) wurde als erfolgreich, das Vorliegen keiner durchgängigen Knochenbrücke (Grad IV) als insuffizient bewertet. Die Erfolgsrate bewegte sich je nach Beobachtungszeitraum (6, 10, 12 Jahre) bei 60, 41 bzw. 26 untersuchten Personen von 75,0% über 68,3% auf 73,1%. Ein Grad IV trat entsprechend zu 8,3%, 17,1% bzw. 3,8% auf. Die Transplantatresorption vollzieht sich demnach in den ersten 6 Jahren und anschließend finden keine bedeutenden Veränderungen mehr statt. Die Ergebnisse fielen bei vorhandenem bleibenden seitlichen Schneidezahn deutlich besser aus als bei Abwesenheit des Zahnes. Die festgestellte Korrelation zwischen interdentaler Alveolarseptumhöhe und Breite des Kieferdefektes

lässt auf eine verstärkte Resorption mit zunehmender Spaltbreite schließen. Eine wiederholte Knocheneinlagerung war bei 13,7% der 190 mit Transplantat versorgten Patienten vorwiegend zur dentalen Implantation erforderlich. Dass die Osteoplastik einen hohen Stellenwert hat, bestätigt der Vergleich mit einer Gruppe, welche nach gleichem Konzept aber ohne Knochentransplantat versorgt wurde. Obwohl diese Patienten durch schmalere Spaltbreiten begünstigt waren, traten prozentual mehr Volumendefizite und eine höhere Anzahl an tertiären Osteoplastiken auf.

Weiterhin wurden aus der Dokumentation Angaben zur Geschlechts- und Seitenverteilung, zu Begleitfehlbildungen, zu Gebissanomalien und Korrekturoperationen zusammengestellt.

Die Osteoplastik stellt eine Bereicherung in der Rehabilitation des Spaltpatienten dar. Der Spongiosatransfer bringt eine anatomisch stabile und funktionell belastbare Kieferregion im Spaltbereich. Die dento-alveoläre Normalität ist Grundlage für eine gute Kaufunktionalität, einen geschlossenen ausgeformten Zahnbogen, eine natürliche Oberlippenlage und symmetrische Nasenstellung. Der Zeitpunkt für die Knochentransplantation ist individuell festzulegen, wobei das Alter des Patienten gegenüber der Durchbruchzeit, Lage und Anzahl des seitlichen Schneidezahnes in den Hintergrund tritt. Für jeden Patienten muss ein individuelles, dem Entwicklungsstand entsprechendes Therapieprogramm in Zusammenarbeit mit allen beteiligten Fachdisziplinen gefunden werden.

Untersuchungen zur Wirksamkeit verschiedener Antibiotika auf *Porphyromonas gingivalis* in oralen Epithelzellen

Vorgelegt von Christin Puschmann

Die Parodontitis gilt heute als Volkskrankheit. Von den häufigen und therapeutisch beherrschbaren chronischen Parodontitiden müssen aggressive Formen abgegrenzt werden. Mit diesen Formen der Erkrankung sind typische Spezies assoziiert. Das anaerobe gramnegative Stäbchen *Porphyromonas gingivalis* stellt einen solchen Leit-

keim dar. Die Persistenz dieser Bakterien innerhalb von parodontalen Epithelzellen gilt als wesentliche Ursache für einen Misserfolg parodontaler Therapie. Die Behandlung mit Antibiotika ist Bestandteil einer komplexen Parodontistherapie bei aggressiven Formen der Parodontitis. Man unterscheidet zwischen lokaler und systemischer Applikation.

Im Rahmen dieser Arbeit ist die Wirksamkeit verschiedener Antibiotika auf intrazelluläre *P. gingivalis* untersucht worden. Zwei Stämme wurden in die Untersuchungen einbezogen: *P. gingivalis* ATCC 33277 als internationaler Referenzstamm und *P. gingivalis* JH 16-1 als Patientenisolat einer 28jährigen Patientin mit schwerer generalisierter Parodontitis. Die Versuche wurden mit KB-Zellen, einer oralen Epithelzelllinie, durchgeführt. Zudem wurden REM-Aufnahmen der beiden Stämme sowie in Kontakt mit KB-Zellen angefertigt.

In Vorversuchen wurde zunächst die entsprechende Methodik erstellt. Die KB-Zellen wurden mit jeweils einem Stamm für eine Stunde infiziert. Die adhären, nicht internalisierten Bakterien wurden anschließend durch Zugabe von Teicoplanin beim *P. gingivalis* JH 16-1 bzw. Penicillin beim *P. gingivalis* ATCC 33277 für eine Stunde abgetötet. Folgende

Antibiotika wurden in ihrer Wirkung auf die internalisierten Bakterien getestet: Clindamycin, Doxycyclin, Metronidazol und Moxifloxacin. Deren minimale Hemmkonzentration (MHK) wurde durch die E-Test-Methode ermittelt. Die untersuchten Antibiotikakonzentrationen waren 0,1; 0,5; 1; 5; 10; 50 und 100 MHK für 2, 4 und 12 Stunden Einwirkzeit. Nach der Einwirkzeit wurden die Zellen lysiert und die vitalen *P. gingivalis* durch Ermittlung der Zahl Koloniebildender Einheiten bestimmt.

Keines der geprüften Antibiotika war selbst in hoher Konzentration zur vollständigen Abtötung der Bakterien innerhalb von 4 Stunden fähig. Nach 12 Stunden war ausschließlich Moxifloxacin in der Lage, in einer Konzentration von 100 MHK *P. gingivalis* ATCC 33277 zu eliminieren. Bei dem klinischen Isolat *P. gingivalis* JH 16-1 konnte mit keinem der einzeln geprüften Antibiotika eine vollständige Abtötung erreicht werden.

Außerdem wurde die Kombination von Moxifloxacin mit Metronidazol im Hinblick auf eine Wirkungsverstärkung geprüft. Beide Stämme konnten damit nach 12 Stunden eliminiert werden. Für *P. gingivalis* ATCC 33277 gelang dies bei einer Konzentration von 50 MHK, für *P. gingivalis* JH 16-1 erst bei 100 MHK.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass durch die Internalisierung in KB-Zellen eine Abtötung von *P. gingivalis* entweder nicht möglich war oder im Vergleich zur Wirkung gegen freie *P. gingivalis* 50 bis 100fach höhere Konzentrationen erforderte. Die Gabe von Antibiotika zur Therapie der aggressiven und therapierefraktärer, schwerer Formen der chronischen Parodontitis stellt eine wichtige adjuvante Maßnahme dar, durch die in Zukunft noch bessere Ergebnisse erzielt werden können, die die mechanische Therapie jedoch bis auf Weiteres nicht ersetzen kann. Die Kombination von Moxifloxacin mit Metronidazol zeigte viel versprechende Ergebnisse. Auch der alleinige Einsatz von Moxifloxacin im Rahmen der Therapie von Parodontitiden bei Nachweis von *P. gingivalis* sollte aufgrund der guten erzielten Wirkung in Betracht gezogen werden. Die Anwendung von Clindamycin, Doxycyclin und Metronidazol als alleinige Wirkstoffe sollte im Hinblick auf die in den durchgeführten Versuchen erzielte mangelhafte antibakterielle Wirkung überdacht werden.

Die in dieser Ausgabe veröffentlichten Dissertationen wurden an der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität erfolgreich verteidigt.

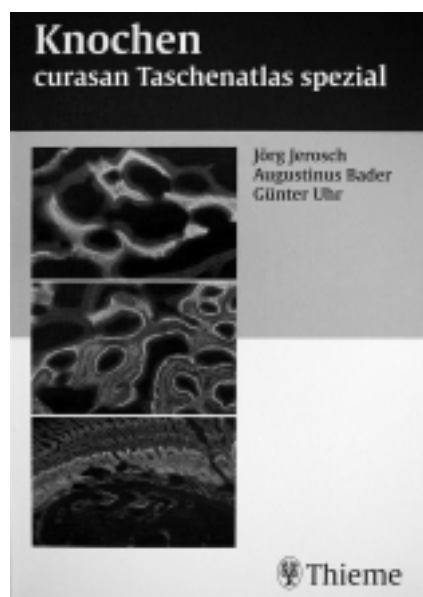
Osteologie auf einen Blick

J. Jerosch, A. Bader, G. Uhr

Knochen – curasan Taschenatlas spezial

168 S., 58 Abb. (flex. Taschenb.),
Thieme Verlag Stuttgart 2002,
ISBN 3131329211, 24,95 €

Hierbei handelt es sich um eines der wenigen Bücher zur Osteologie, es enthält die gesamte Klinik des Knochendefekts. Das Buch beschäftigt sich mit dem Grundlagenwissen zu Knochenentwicklung und Knochenbildung, funktioneller Anatomie des Knochens sowie Knochenstoffwechsel und Remodeling. Ebenso werden die Neuroregulation sowie der Einfluss der Schwereelosigkeit auf den Knochen dargestellt. Das Kapitel Klinik des Knochendefekts beschäftigt sich mit Knochenzysten, Knochennekrose, Knochen Tumoren, Osteomyelitis sowie den Krankheitsbildern von Osteoporose, Osteo-



malazie und posttraumatische Knochendefekten. Die Methoden der Knochendefektheilung werden mit den Themen Knochenaufbaumaterial, Knochen Transplantation, Wachstumsfaktoren sowie regenerativer Medizin beschrieben.

Ich erachte dieses Taschenbuch als sehr wichtige Voraussetzung im Umgang mit Therapiemaßnahmen der membrangesteuerten Knochenregeneration (Guided Bone Regeneration). Diesem Thema ist auch ein Abschnitt gewidmet.

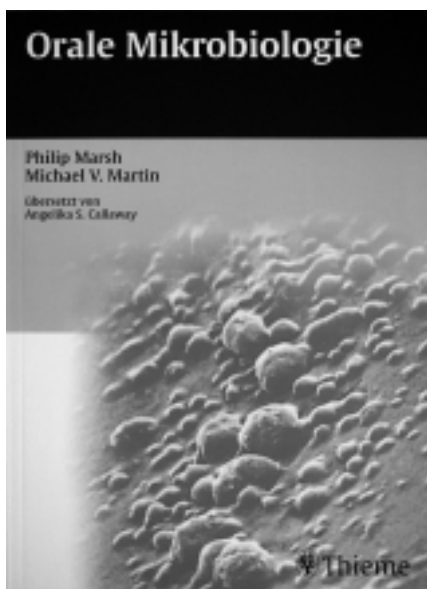
Durchgehend klinisch orientiert

P. Marsh, M.V. Martin

Orale Mikrobiologie

260 S., 80 Abb., kart.
Thieme Verlag Stuttgart 2002,
ISBN 313129731x, 79,95 €

Bei diesem Werk handelt es sich um ein besonderes Buch, denn es gestattet einen „ökologischen“ Zugang zur oralen Mikrobiologie. Jedes der klinisch orientierten Kapitel hebt die Pathogenese von Infektionen, die mikrobielle Diagnostik und die Prinzipien der Behandlung hervor. Dieses Buch ist ein unverzichtbarer Begleiter für alle Kliniker und



Mikrobiologen, die mit Diagnostik und Behandlung oraler Infektionen zu tun haben. Aber vor allem auch Studenten der Zahnmedizin soll es die erforderlichen Grundlagen zum Verständnis klinischer und ökologischer Zusammenhänge in der Mundhöhle vermitteln. Eine zeitgemäße Zahnmedizin und orale Medizin ist ohne Kenntnis der mikrobiellen Zusammenhänge und Ökologie unmöglich. Die neuesten Erkenntnisse zu diesem Thema sind auch für die tägliche Praxis wichtig und gerade in Hinblick auf die Behandlung parodontaler Erkrankungen unerlässlich.

Jedes Kapitel enthält am Ende Zusammenfassungen. Neben den Abbildungen – leider nur schwarz/weiß – enthält das Buch zahlreiche Tabellen. Das Grundwerk in englischer Sprache erschien schon in der 4. Auflage und gilt als Standardwerk.

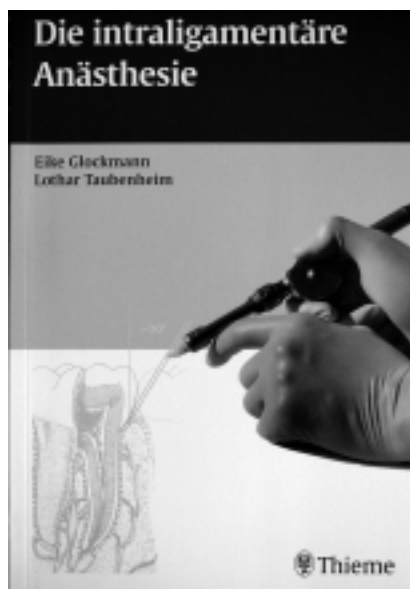
Thüringer Handschrift

E. Glockmann, J. Taubenheim

Die intraligamentäre Anästhesie

108 S., 1830 .kart.,
Thieme Verlag, Stuttgart 2002,
ISBN 3131328517, 29,95 €

Mit Prof. Eike Glockmann kommt endlich einmal wieder ein Autor aus dem zahnärztlichen Hochschulbereich in Thüringen! Die modernen Möglichkeiten der Lokalanästhesie ermöglichen die Anwendung in therapeutisch sehr eng begrenzten Bereichen. Durch die Einzelzahnanästhesie ILA (intragamentäre Anästhesie) werden einige klinische Aspekte



besonders gut abgedeckt. Sie ermöglichen eine ununterbrochene Behandlungsfolge: Vorbereitung des Patienten, Schmerzausschaltung, Behandlung. Dabei wird ein schneller und gut zu kontrollierender Anästhesieeintritt erreicht sowie die Möglichkeit geschaffen zur Behandlung von Zähnen in verschiedenen Quadranten in derselben Sitzung.

Eine gezielte Schmerzausschaltung eines einzelnen Zahnes mit einer tiefen Anästhesie von kurzer Dauer wird erreicht. Nach der Behandlung (durchschnittliche Dauer unter 20 min) ist keine weitere Beeinträchtigung des Patienten zu erwarten. Problemlose Nachinjektionen sind bei Nachlassen der Anästhesie jederzeit möglich, wobei jedoch andere Injektionspunkte als bei der Primärinjektion zu wählen sind. Die Lokalanästhesie von Patienten unter Behandlung mit Antikoagulantien gibt der ILA den Vorzug, da eine Verringerung der Gefahr der Hämatombildung erreicht wird.

Mit anderen in der Zahnheilkunde verfügbaren Methoden ist es z. T. nur unzureichend möglich, bei irradiierenden Schmerzen den schuldigen Zahn unter benachbarten Zähnen zu ermitteln. Die Diagnose unklarer pulpitischer Beschwerden, insbesondere benachbarter Zähne wird mit diesem Verfahren erleichtert.

Bei kreislaufbelasteten Risikopatienten mit Zuständen nach Herzinfarkten, mit kardialen Bypässen u. ä. wird durch die Reduktion der Anästhetikamenge mittels ILA das Risiko minimiert. Im Normalfall werden 0,2 ml

Anästhetikum pro Wurzel benötigt, wobei Adrenalinzusatz möglich bleibt. Bei Kindern und geistig Behinderten wird die Gefahr postoperativer Bissverletzungen deutlich reduziert, da bei der ILA keine Taubheit in Wangen sowie im Zungen- und Lippenbereich nachzuweisen ist. Beim Versagen der Leitungsanästhesie bei unteren Molaren und Prämolaren im Unterkiefer stellt die ILA die Methode der Wahl für Nachinjektionen dar.

Die intraligamentäre Anästhesie als die Anästhesie eines Einzelzahns durch intraligamentale Injektion setzt allerdings die Beherrschung ihrer Technik voraus. Diese wird in Wort und Bild ausführlich beschrieben.

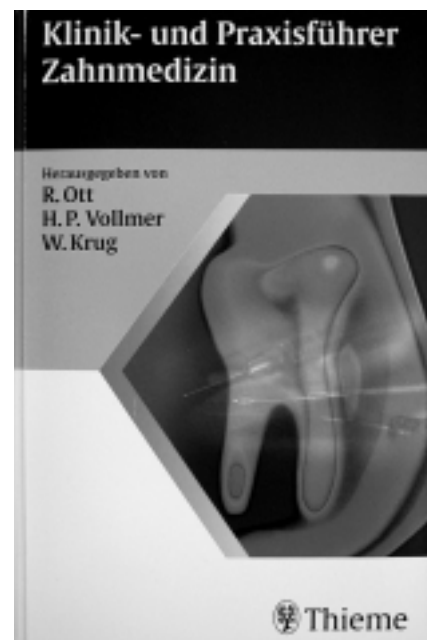
Komprimiertes Nachschlagewerk

R. Ott, H. Krug, H.-P. Vollmar,
(Hrsg.)

Klinik- und Praxisführer Zahnmedizin

650 S., 400 Abb.
Thieme Verlag Stuttgart 2002,
ISBN 3131317817, 44,95 €

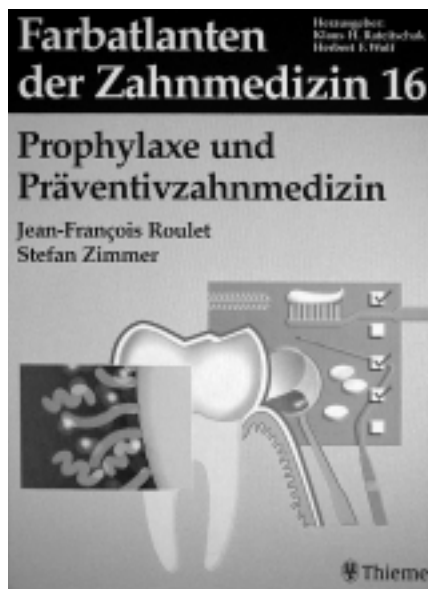
Dieser Klinik- und Praxisführer bietet Vorteile durch schnellen Informationszugriff durch knappe Formulierungen und einheitliche Struktur zum raschen Nachschlagen und Auffinden auch während der Sprechstunde. Die farbige Darstellung der Mundschleimhauterkrankungen ermöglicht eine rasche Diagnose. Weiterhin informiert der Praxisführer über Leitsymptome und Differenzial-



diagnosen und beschreibt alle erforderlichen diagnostischen Maßnahmen zu den einzelnen Befunden. Sämtliche zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen werden knapp und präzise auf einen Blick dargestellt. Mit einem Fragenkatalog wird das Auffinden von Antworten erleichtert. Handlungsfelder zu den Themen Biopsien und bakteriologischen Untersuchungen werden vorgestellt, ebenso zu Probleme und Komplikationen sowie Notfällen.

Weitere wichtige Themen sind: Wie reagieren bei traumatischen Einwirkungen? Wie gehe ich mit Problempatienten um? Welche Besonderheiten muss ich bei einer Behandlung älterer Patienten beachten? Welche Möglichkeiten stehen mir bei der medikamentösen Behandlung zur Verfügung? Was sagen mir welche Laborwerte? Wie finde ich die optimalen Arbeitstechniken?

Der Praxisführer umfasst alle Fachbereiche der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und ist nicht nur für den Studenten oder Assistenten ein ideales Nachschlagewerk.



Prophylaxe im Praxisalltag

J.-F. Roulet, S. Zimmer

Prophylaxe und Präventivzahnmedizin

344 S., 926 Abb.,

Thieme Verlag Stuttgart 2003,

ISBN 3131356510, 249 €

In der ersten Auflage der Reihe Farbatlanten der Zahnmedizin erschien der schon lange

angekündigte Band 16 zum Thema Prophylaxe. Nach kurzer Einführung zur Philosophie der Prophylaxe sowie Begriffsbestimmungen und Definitionen widmet sich das Thema Individualprophylaxe einer ausführlichen Beschreibung der häuslichen und professionellen Karies- und Parodontalprophylaxe. Ebenso werden die personelle Umsetzung des Prophylaxeanliegens diskutiert sowie die prophylaxeorientierte Füllungstherapie, die prophylaxeorientierten rekonstruktiven Konzepte und die Traumaprophylaxe durch Mundschutz dargestellt. Weitere Themen in diesem Komplex sind Prophylaxe in der Kieferorthopädie, Prophylaxe durch Hemmung von Keimübertragung und Infektionsprophylaxe in der zahnärztlichen Chirurgie. Abgerundet wird dies durch Darstellungen zum Komplex Tabak, Alkohol und (Mund-) Gesundheit.

Ein weiterer Themenbereich beschäftigt sich mit Screening, Diagnostik und Früherkennung. Inhalte sind Kariesrisikoscreening, Parodontopathierisiko-Screening, Kariesdiagnostik und parodontale Diagnostik. Die Früherkennung und Prävention von Mundhöhlenkarzinom sowie oraler Präkanzerosen ist ebenso wichtig wie das Thema der Zahn- und Kieferfehlstellungen.

Die Darstellung zur Prophylaxe im Alltag gibt Tipps für die personelle und konzeptionelle Eingliederung der Prophylaxe in den Praxisablauf ebenso wie zu Marketingkonzepten für die Prophylaxe in der täglichen Praxis wie auch Grundlagen und Organisation der Infektionsprävention zum Schutz des Praxisteam. Hochaktuell werden die Auswirkungen der Gesundheitspolitik angesprochen und aus dieser zu erwartenden Entwicklung Ableitungen für Zukunftsvisionen gezogen, worauf sich der Zahnarzt einstellen muss. Dieser Farbatlas weist sowohl in Text mit Schritt-für-Schritt-Anleitungen zur Vorgehensweise als auch mit erstklassigen Bildern und Grafiken die gewohnte Qualität der Farbatlanten auf.

Für Neu(ro)gierige

M. Spitzer

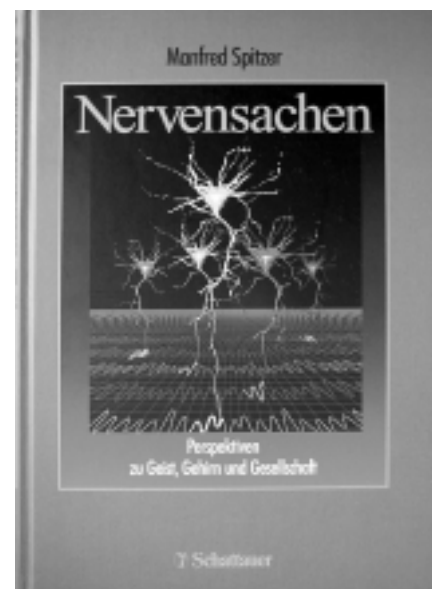
Nervensachen

363 S., 47 Abb., geb.,

Schattauer Verlag Stuttgart 2003,

ISBN 3-7945-2202-8, 29,95 €

Wie lernen und wie vergessen wir? Warum werden wir alt? Was geschieht beim Kopf-



rechnen wirklich im Kopf? Was hat der heftige Börsencrash mit unserem Gehirn zu tun und warum gibt es Auffahrunfälle im Nebel? Was und wie lernt das Kind im Mutterleib? Was geschieht im Gehirn beim Naschen und was bei moralischen Urteilen? Was haben Parasiten mit Sex zu tun und was Sex mit Testosteron?

Die Antworten auf diese Fragen haben eines gemeinsam: Sie betreffen unser Nervensystem, sind also Nervensachen. In 60 solcher neurowissenschaftlicher Miniaturen gibt dieses Buch informative, spannende und erstaunlich unterhaltsame Einblicke in die Funktion des Gehirns, unseres wichtigsten Organs, das gerade mal zwei Prozent des Körpergewichts ausmacht, jedoch 20 Prozent seiner Energie verbraucht. Lebenswichtig und Energie verbrauchend ist freilich auch unser Herz, aber man kann es verpflanzen und der Mensch bleibt immer noch derselbe. Nur unser Gehirn macht uns einzigartig und zu dem Individuum, das wir auf Grund unserer Erfahrungen geworden sind und das wir weiterhin entwickeln werden. Noch vor wenigen Jahren wussten wir nur wenig über unser wichtigstes Organ. Und obwohl sich dies gerade dank rasanter Fortschritte der Neurowissenschaften lebhaft ändert, befassen sich die meisten Menschen mit dem Gehirn, ihrem eigenen Gehirn, nach wie vor mit einer Art resigniertem Respekt: „...spannend, aber richtig verstehen kann man das ja doch nicht...!“

Man kann! Dies zeigt Manfred Spitzer in seinem Buch, das er für solche Zeitgenossen

geschrieben hat, die zwar neu(ro)gierig, aber skeptisch sind.

Aus dem Inhalt:

- Der 11. September und die Nervenheilkunde
- Die Weisheit des Alters
- Ethik im Scanner
- Gewalt im Fernsehen: Wir dürfen nicht zuschauen!

- Ketchup und das kollektive Unbewusste
- Lernen im Mutterleib
- Schokolade im Kopf
- Sex und Testosteron
- Systeme und Tote
- Serotonin und die Börse
- Star Wars, Heuschrecken, neuronale Netzwerke und Verkehrssicherheit
- Verlobungsringe, Parasiten und Gehirne
- Was Ratten träumen

Das Buch enthält kurze Geschichten aus der Neurobiologie und ihrer klinischen Anwendung in der Nervenheilkunde. Zugleich blickt der Autor immer über den Tellerrand hinaus in die Gesellschaft von Menschen mit Gehirnen.

*Texte: Dr. Gottfried Wolf/
Verlagsangaben*

Bayern: Honorarstreit mit VdAK eskaliert

Zahnärzte boykottieren Ersatzkassen-Chipkarten

München (tzb). Der Honorarstreit der bayerischen Zahnärzte mit den Ersatzkassen ist eskaliert. Die bayrische KZV kündigte Anfang Februar an, Versicherte von Ersatzkassen nur noch gegen Rechnung behandeln zu wollen. Betroffen sind Versicherte von DAK, Barmer, KKH, TK und GEK. Die Chipkarten dieser Kassen werden von den bayerischen Zahnärzten nicht mehr akzeptiert. Mitglieder von Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sollen hingegen weiterhin auf Chipkarte behandelt werden.

Hintergrund ist der seit zwei Jahren schwelende Honorarstreit der KZV Bayerns mit den Ersatzkassen. Diese hätten Vertragsverhandlungen blockiert, Beschlüsse des Landesschiedsamtes ignoriert und sämtliche Vermittlungsversuche des zuständigen Sozialministeriums und Vergleichsvorschläge der Zahnärzte abgelehnt, erklärte der bayerische KZV-Vorsitzende Dr. Rolf-Jürgen Löffler auf einer Pressekonferenz in München. „Wir haben alles getan, um einen Kompromiss zu finden.“ Nun bleibe den Zahnärzten nichts anderes übrig, als für ihre Patienten zu kämp-

fen und zur offenen Rechnungslegung überzugehen. Dennoch hoffe er für die bayerischen Ersatzkassenversicherten und ihre Zahnärzte auf eine erneute und erfolgreiche Verhandlungsrunde mit den Kassen.

Nunmehr wollen die Zahnärzte ihre Leistungen zum bisherigen Kassensatz ohne Aufschlag direkt mit ihren Patienten abrechnen. Die Rechnung könne der Patient dann wie bei einer Behandlung im Ausland bei der Kasse zur Kostenerstattung einreichen. Diese offene Rechnungslegung habe für die Patienten auch Vorteile, meinte Löffler. Sie sähen, was ihre Kassen für ihre medizinische Versorgung zahlten. Außerdem würden die Patienten mit Informationsbroschüren und in persönlichen Gesprächen über die Hintergründe aufgeklärt. Die KZV Bayern hat dazu eine Patientenhotline für Ersatzkassenversicherte geschaltet.

Die 8000 bayerischen Kassenzahnärzte hatten sich in einer Urabstimmung mit einer Mehrheit von 92 Prozent für dieses Verfahren entschieden.

Löffler kommentiert SPD-Wahlschlappe

Berlin (kzbv). Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung hat die Bundesregierung nach der Wahlschlappe in Hessen und Niedersachsen zu einem Umsteuern in der Gesundheitspolitik aufgefordert. Der Wähler habe der Bundesregierung einen deutlichen Denkkettel erteilt, kommentierte der KZBV-Vorsitzende Dr. Rolf-Jürgen Löffler. Denkkettel heiße eben auch, darüber nachzu-

denken, was man falsch gemacht haben könnte. Längst gescheiterte sozialistische Experimente wie die Polikliniken wieder zu beleben, könnten kaum zukunftsweisende Konzepte sein. Die Mündigkeit und die Eigenverantwortung der Bürger müssten Vorrang haben vor allen staatlichen Überwachungsinstrumentarien, Knebelungen und Budgetierungen.

Gutachten: Zuwahlleistungen in GKV sinnvoll

Berlin (ots). Zuwahlleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind ökonomisch sinnvoll, rechtlich konfliktfrei und wirtschaftsethisch geboten – zu diesem Schluss kommt ein interdisziplinäres Gutachten, das vom „Forum für Solidarität und Wettbewerb in der GKV“ vorgestellt wurde. Das GKV-Forum ist eine Kooperation von zwei Ersatzkassen und 14 Betriebskrankenkassen renommierter Unternehmen. Professor Dr. Norbert Klusen, Vorsitzender des Vorstandes der Techniker Krankenkasse (TK), forderte als Konsequenz aus dem Gutachten, jetzt müsse der Gesetzgeber die sozialrechtlichen Grundlagen dafür schaffen.

Das Gutachten kommt zu dem Schluss, dass das Angebot freiwilliger Zusatzleistungen durch die GKV aus wettbewerblicher und ökonomischer Sicht positiv zu sehen ist. Es favorisiert ein Modell, das durch personenbezogene Beiträge finanziert wird – entweder durch einheitliche Kopfpauschalen oder differenziert nach Alter und Geschlecht. Die Grundrechte privater Krankenversicherer verletze dies nicht. Wenn der Gesetzgeber Zuwahlleistungen im deutschen Sozialrecht ermöglichen, sei es auch wettbewerbsrechtlich unbedenklich.

Derzeit seien Versicherte, die Zusatzleistungen wünschten, in der GKV eingeschränkt. Die Einführung von Zuwahlleistungen, die risikoäquivalent finanziert sind, könnten deshalb vor allem freiwillig Versicherte stärker an das GKV-System binden.

www.gkv-forum.de

Berufshaftpflicht nicht vernachlässigen

Versicherungsexperte Roland Wehn zur Absicherung für Zahnärzte

Wenn die Prothese schadhaf ist, die Brücke nicht passt oder das Implantat nicht einheilen will, haben Patient und Zahnarzt den Ärger. Nicht selten muss dann die Schlichtungsstelle der Kammer eingreifen. Erkennt sie einen Behandlungsfehler, ist guter Rat im wahrsten Sinne des Wortes teuer. Gut beraten ist deshalb, wer auf ausreichenden Versicherungsschutz bauen kann. Das „Thüringer Zahnärzteblatt“ befragte dazu Roland Wehn, Leiter der Fortbildungsabteilung der DBV-Winterthur Versicherung, München.

Welchen Haftpflichtversicherungsschutz benötigt ein Zahnarzt?

Wehn: Der Zahnarzt sollte darauf achten, dass er in zeitgemäßen Deckungsmodellen mit entsprechend hohen Deckungssummen versichert ist, außerdem sollte der Versicherungsschutz in die Hände von Experten gelegt werden, denn nur durch eine kompetent mit Juristen und Medizinern besetzte Schadensabteilung lässt sich sinnloser Streit vermeiden und der Versicherer wird dem Anspruch des Zahnarztes auf kompetente Abwicklung und Bearbeitung gerecht.

Welche Deckungssummen empfehlen Sie?

Wehn: Mit einer Deckungssumme von 5 Millionen Euro lassen sich nach dem heutigem Stand der Medizin auch schwere Pflegefälle über Jahrzehnte abwickeln, ohne dass der Zahnarzt befürchten muss, selbst in Anspruch genommen zu werden. Denn das Problem sind Pflegefälle und die Prognose dessen, was diese Fälle in den nächsten 20 bis 30 Jahren kosten werden. Aufwendungen für medizinische Behandlung und Pflege sind – anders als im normalen Erkrankungsfall – nach Haftpflichtfällen hinsichtlich der Kosten nicht limitiert, solange die Maßnahme medizinisch und pflegerisch sinnvoll ist.

In welchen Schadensfällen mussten Sie schon einspringen?

Wehn: Wir hatten schon Fälle von anaphylaktischen Schockzuständen nach Betäubungsmittelgabe. Werden solche Notfälle nicht gut beherrscht und/oder wurde die Unverträglichkeit

– obwohl dem Patienten bekannt – nicht vorher im Rahmen der Anamnese abgefragt, dann wäre in einem solchen Fall auch ein als Folge in Betracht kommendes appallisches Syndrom von der Haftung mitumfasst. Wenn der betroffene Patient dann noch ein 40-jähriger Spitzenverdiener mit Ehefrau und vier Kindern sein sollte, dann hat man als Zahnarzt sozusagen den „GAU“. Wohlgedemert – wir haben einen ähnlichen, nicht ganz so drastischen Fall. Allerdings sind solche Fälle die Ausnahme. Trotzdem wäre es ein Unding, deshalb den Versicherungsschutz mit einer niedrigen Deckungssumme abzuschließen. Gerade auch deshalb, weil die höhere Deckungssumme sich in der Prämie bei den meisten Anbietern nur marginal niederschlägt. Man muss auch immer daran denken, dass auch unspektakuläre Fälle massivste Schadenersatzleistungen auslösen können. Wenn ein 29-jähriger Solotrompeter mit 100 000 € Jahreseinkommen durch eine Nervverletzung vollständig berufsunfähig wurde, wird das teuer.

Wie wahrscheinlich ist der Eintritt eines Berufshaftpflichtfalls?

Wehn: Die relative Wahrscheinlichkeit liegt bei etwa 40 Fällen und 1000 versicherten Zahnärzten pro Jahr.

Welches sind die Standardfälle im Tagesgeschäft?

Wehn: Mangelhafter Zahnersatz, dicht gefolgt von Nervverletzungen und/oder Zahnverlust durch Parodontose/Karies bzw. deren mangelhafte Behebung. Seltener sind Aspirationsfälle und Abbruch oder verletzende Handhabung von zahnärztlichen Instrumenten. Etwa gleichauf liegen die Fälle fehlgeschlagener Implantationen, wobei hier regelmäßig die nicht ausreichende Aufklärung über die Erfolgsaussichten der Versorgung den Haftungsgrund darstellt.

Mit welchen Problemen sind Versicherer dabei konfrontiert?

Wehn: Das Hauptproblem besteht für unsere Juristen und beratenden Zahnärzte in der

Ermittlung des Status ex ante. Die Patienten kommen in der Regel im Nachgang zu einer Begutachtung zur Neuversorgung durch den Gutachterausschuss auf uns oder den Zahnarzt zu. Sehr häufig hat eine Neuversorgung bereits stattgefunden und die eigentliche Ermittlung des Falles muss anhand der Unterlagen des Versicherungsnehmers sowie der Nachbehandler stattfinden. Im Einzelfall erschwert das die Rekonstruktion des tatsächlichen Behandlungsfalles erheblich. In vielen Fällen ist auch die Dokumentation der Zahnärzte nicht ausreichend und es kommt deshalb zu Beweisschwierigkeiten. Ein anderes Thema ist die häufig unzureichende Aufklärung etwa bei der Entfernung retinierter Weisheitszähne. Leider werden häufig die entsprechenden Aufklärungsgespräche nicht oder nur schlecht dokumentiert. Kommt es dann zum Beispiel zu einer Nervverletzung, haben wir und der Zahnarzt schlechte Karten. Insgesamt würden wir hier in Standardfällen den Einsatz von Aufklärungssystemen wie Procompliance begrüßen. Wichtig ist allerdings, dass diese richtig – das heißt im Rahmen eines mündlichen durch den Zahnarzt geführten Gesprächs – eingesetzt werden.

Wie sind Assistenz Zahnärzte und Weiterbildungsassistenten abzusichern?

Wehn: Es gibt Versicherungsanbieter, die schließen in die Berufshaftpflicht für den Praxisinhaber angestellte Zahnärzte mit ein, andere haben wiederum abweichende Bedingungen. Diesen Punkt muss man also immer überprüfen. Unabhängig davon ist dem jungen Zahnarzt aber immer eine eigene Berufshaftpflichtversicherung zu empfehlen. Damit ist der Jungzahnarzt auch dann auf der sicheren Seite, wenn sein Arbeitgeber den Versicherungsschutz nicht überprüft hat.

Wie sieht es mit Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften aus?

Wehn: Sie werden als getrennte Risiken betrachtet, das heißt, jeder Zahnarzt benötigt einen eigenen Haftpflichtvertrag. Es ist sehr sinnvoll, diese Verträge bei einem Unternehmen zu bündeln, denn zum einen werden Nachlässe gewährt, zum anderen zeigt die

tägliche Praxis, dass es gerade bei Fällen, in denen bei der Behandlung mehrere Zahnärzte beteiligt waren, manchmal zu Diskussionen zwischen den Versicherern kommt, wem der Fall nun in der Abwicklung zuzuordnen ist.

Was bedeutet die so genannte Erfüllungsschadenklausel?

Wehn: Hierbei handelt es sich um einen Ausschluss in den „Allgemeinen Haftpflichtbedingungen“ aller Unternehmen. Er besagt, dass kein Versicherungsschutz besteht für Ansprüche auf Erfüllung von Verträgen, Nacherfüllung, aus Selbstvornahme, Rücktritt, Minderung, auf Schadenersatz statt Leistung. Wirtschaftlich steckt hier folgende Überlegung dahinter: Wenn der Zahnarzt für eine Prothetik zum Beispiel einen Honoraranteil von 1500 € erhalten hat, sich dann aber die Mangelhaftigkeit dieser Prothetik herausstellt und der Patient die Kosten des Nachbehandlers in Höhe von weiteren 1500 €

Prothetikanteil geltend macht, dann wären hier die Prothetikkosten des Nachbehandlers ein grundsätzlich ausgeschlossener Erfüllungsschaden. Es wird dann nämlich ein Schadenersatzanspruch geltend gemacht, der sich auf das Leistungssurrogat bezieht. Würde man diese Leistung nicht generell ausschließen, denn würde die Haftpflichtversicherung in dieser Schadenposition eigentlich das zahnärztliche Honorarrisiko für Schlechterfüllung in der Prothetik tragen, was generell nicht gewollt ist.

Abzugrenzen sind hiervon allerdings Fälle – und hierauf ist akkurat zu achten – einer mangelhaften medizinischen Auf- und Vorbereitung der Zähne oder der zu versorgenden Bereiche. Muss ein Zahnersatz entfernt werden und wird unbrauchbar, weil die medizinische Vorbereitung unzureichend ist, also ein Behandlungsfehler im „Unterbau“ vorliegt, so handelt es sich beim Folgeschaden nicht um einen Erfüllungsschaden. Die Abgren-

zung ist im Einzelfall sehr schwer.

Ist eine Strafrechtsschutzversicherung notwendig?

Wehn: Wir meinen ja. Wir sehen in vier Prozent unserer jährlich 4400 Fälle eine staatsanwaltschaftliche Ermittlung. In einem Prozent aller Fälle kommt es zu einer Verurteilung. Wichtig ist, dass man sich nach einem Zwischenfall richtig verhält und als Beschuldigter, noch bevor man irgendwelche Angaben macht, sofort einen Medizinstrafrechtler aufsucht.

Wie werden diese Versicherungen steuerlich behandelt?

Wehn: Sie sind für den freiberuflichen Zahnarzt voll absetzbare Betriebsausgaben, für den angestellten Zahnarzt Werbungskosten und werden in jedem Fall durch die Finanzverwaltung anerkannt.

Arbeitgeber und Kündigung

Die Regelungen des Kündigungsschutzgesetzes

Erfurt (tzb). Fällt ein Arbeitnehmer unter das Kündigungsschutzgesetz (KSchG) mit mehr als fünf Angestellten, so soll er vor sozial ungerechtfertigten Kündigungen geschützt werden. Da die Kündigung nur das letzte Mittel des Arbeitgebers zur Wahrnehmung seiner Interessen sein sollte, muss der Arbeitgeber prüfen, ob es nicht andere, weniger einschneidende Maßnahmen gibt, die seinen berechtigten Interessen dienen, etwa eine Versetzung, eine Abmahnung vor verhaltensbedingter Kündigung oder zumutbare Fortbildungsmaßnahmen bei mangelnder Qualifikation. Schließlich muss der Arbeitgeber bei betriebsbedingter Kündigung auch soziale Gründe bei seiner Entscheidung berücksichtigen – Stichwort Sozialauswahl.

Nicht alle Arbeitsverhältnisse von Arbeitnehmern fallen unter den Schutz des KSchG.

Hierfür müssen mehrere Bedingungen erfüllt sein:

- Das Arbeitsverhältnis muss im Zeitpunkt des Zugangs der Kündigung länger als sechs Monate ununterbrochen in demselben Betrieb oder Unternehmen bestanden haben (§ 1 KSchG). Der Betrieb muss regelmäßig mehr als fünf Arbeitnehmer beschäftigen – nicht eingerechnet sind dabei Auszubildende. Der Arbeitnehmer darf nicht in einem Saison- oder Kampagnebetrieb beschäftigt sein, wenn die Entlassung durch die Eigenart des Betriebs bedingt ist (§ 22 KSchG).

- Der Arbeitnehmer darf nicht als gesetzlicher Vertreter einer juristischen Person, etwa als Vorstandsmitglied einer AG oder als Geschäftsführer einer GmbH tätig sein, denen so genannte organschaftliche Vertretungsmacht zukommt. Ausnahmen sind möglich bei Geschäftsführern einer GmbH & Co. KG. Geschäftsführer im Sinne von Betriebs- und Filialeitern und z. B. Leiter von Personalabteilungen, die sowohl in-

tern als auch nach außen hin zur selbstständigen Einstellung und Entlassung von Mitarbeitern befugt sind, können sich dagegen im eingeschränkten Umfang auf den Schutz des KSchG berufen, (§ 14 KSchG).

- Es muss sich um eine ordentliche Kündigung durch den Arbeitgeber handeln. Aufhebungsverträge, Beendigung bei befristeten Verträgen, Anfechtungen des Arbeitsvertrages durch den Arbeitgeber sowie Urteile des Arbeitsgerichts betreffend die Beendigung des Arbeitsverhältnisses fallen nicht darunter.

Sind alle diese Bedingungen erfüllt, kann sich der Arbeitnehmer auf den Schutz des KSchG berufen.

Geschützter Personenkreis

Durch das KSchG sollen Arbeitnehmer geschützt werden. Hierunter fallen auch Teilzeitbeschäftigte oder in Nebenbeschäftigung tätige Personen. Für bestimmte Arbeitnehmer, Betriebsräte usw. ist die ordentliche Kündigung per Gesetz ausgeschlossen, (§ 15 KSchG).

Kündigungsgründe

Sozial ungerechtfertigt ist die Kündigung, wenn sie nicht durch Gründe, die in der Person oder in dem Verhalten des Arbeitnehmers liegen oder durch dringende betriebliche Erfordernisse, die einer Weiter-

beschäftigung des Arbeitnehmers in diesem Betrieb entgegenstehen, bedingt ist, § 1 Abs. 2 KSchG. Hieraus ergeben sich drei Kategorien von Kündigungen – und zwar die personenbedingte, verhaltensbedingte und betriebsbedingte Kündigung.

Bei personen- und verhaltensbedingter Kündigung wird regelmäßig keine Sozialauswahl durchzuführen sein. Es ist daher wichtig zu wissen, ob eine Kündigung auf personen- oder verhaltensbedingten Gründen beruht oder auf betriebsbedingten Gründen. Personenbedingte Gründe können zum Beispiel eine fehlende Arbeits- und Berufserlaubnis oder eine fehlende Eignung des Arbeitnehmers für die geschuldete Arbeitsleistung, etwa bei Nichtbestehen von Prüfungen oder Fortbildungskursen sein. Auch Krankheit,

insbesondere Alkoholismus, zählt dazu, wenn in der Vergangenheit beträchtliche Fehlzeiten auftraten und eine Prognose negativ ausfällt. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn der Alkoholranke eine Therapie verweigert und dem Arbeitgeber Überbrückungsmaßnahmen nicht (mehr) zumutbar sind.

Zu den verhaltensbedingten Gründen zählen Alkoholgenuss trotz Alkoholverbots im Betrieb (nach vorheriger Abmahnung), die Störung des Betriebsfriedens, wenn dadurch der Praxisablauf oder das geordnete Zusammenleben der Belegschaft beeinträchtigt wird. Das ist beispielsweise bei verbalen Angriffen auf andere Mitarbeiter oder Mobbing der Fall. Auch wenn ein Dienstvorgesetzter ein intimes Verhältnis mit Jugend-

lichen oder unterstellten Auszubildenden unterhält, kann das zu einer verhaltensbedingten Kündigung nach vorheriger Abmahnung führen. Auch hohe Schulden des Arbeitnehmers fallen in diese Kategorie – wenn deswegen ein Rückgang des Vertrauens in den Mitarbeiter zu befürchten ist. Schließlich ist dauernde Unpünktlichkeit nach vorheriger Abmahnung ebenfalls ein Kündigungsgrund.

Betriebsbedingte Gründe können Umsatzrückgänge, Betriebsstilllegung, Umstrukturierung und Rationalisierungsmaßnahmen mit damit verbundenem Personalabbau. Wenn ein Kündigungsgrund aus betriebsbedingten Gründen gegeben ist, muss der Arbeitgeber eine Sozialauswahl treffen.

Quelle: www.anwalt-im-netz.de/arbeitsrecht

Geänderte Höchstgrenzen für Sozialbeiträge

Erfurt (sw). Mit Jahresbeginn haben sich die Beitragsbemessungsgrenzen und andere maßgebende Rechengrößen für die Sozialversicherung geändert. Nebenstehend die für die neuen Bundesländer gültigen Beitragsbemessungsgrenzen:

	monatlich	jährlich
Beitragsbemessungsgrenzen		
Renten- und Arbeitslosenversicherung	4 250 €	51 000 €
Kranken- und Pflegeversicherung	3 450 €	41 400 €
Versicherungspflichtgrenze in der Krankenversicherung		
	3 825 €	45 900 €
Beitragssätze		
Pflegeversicherung	1,7 %	
Arbeitslosenversicherung	6,5 %	
Rentenversicherung	19,5 %	

Implantat: Privatversicherung muss zahlen

Hamburger Gericht bestätigte Erstattungsanspruch

Hamburg (iww). In der Streitfrage der Erstattungspflicht von privaten Krankenkassen bei der implantologischen Versorgung hat das Amtsgericht Hamburg entschieden, dass die Hallesche-Nationale Krankenkasse die Aufwendungen des Zahnarztes für ein Implantat zu erstatten hat.

Die Krankenkasse wollte nur eine Brücke statt des Implantates bezahlen. Sie argumentierte, zwischen der Brückenversorgung und dem implantat-getragenen Zahnersatz bestehe ein Gleichwertigkeitsverhältnis, so dass die private Krankenversicherung nur die günstigere Versorgung zu bezahlen habe. Demgegenüber konnte der klagende Versicherte

darlegen und beweisen, dass im konkreten Fall die Eingliederung eines Implantats gegenüber der herkömmlichen Brückenversorgung eindeutig wirksamer sei. Der Gutachter bestätigte diese These des Versicherten eindeutig. Er legte insbesondere dar, dass die Einzelzahnücke nach der Indikation in die Klassifikation 1 nach Prof. Dr. Brinckmann/Prof. Dr. Lang falle. Da es bei der Extraktion des Zahnes zur Fraktur der buccalen Wand gekommen sei, wäre es an dieser Stelle ohne Implantate und ohne Augmentat zu einer starken Atrophie gekommen. Durch das Implantat und durch das Augmentat habe der Kieferknochen in regio 22 wieder aufgebaut werden können.

Außerdem wirke das Implantat, wenn es belastet werde, dem Knochenabbau entgegen. Es handele sich dabei um einen physiologischen Zahnersatz. Ein konservativer Zahnersatz hätte in diesem Fall nicht die ästhetischen und phonetischen Anforderungen erfüllen können. Die Wiederherstellung der vollen Kaufunktion spreche eindeutig für die Implantation, wenngleich die konservative Lösung mit einer Brücke preisgünstiger gewesen wäre. Eine konservative Brückenversorgung sei nicht gleichzusetzen mit einer Implantatversorgung.

Aktenzeichen 8B C 694/00
Urteilstext im Internet: www.iww.de

Zahnmedizinische Hilfe für Madurai

Ganz praktische Thüringer Unterstützung für Aktion „Zahnärzte für Indien“

Von Jörg Ehrhardt

Seit fünf Jahren arbeite ich für die Vereinigung „Zahnärzte für Indien“. Wir sind eine Interessengemeinschaft von Zahnärztinnen und -ärzten, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, indische Kinder zu untersuchen und anschließend zu sanieren. Gegründet wurde der Verein 1983 von der inzwischen leider verstorbenen Dr. Irmtraut Feder aus Stuttgart. Unser Projekt steht inzwischen unter der Schirmherrschaft der „Kindernothilfe“ e.V. Duisburg. Seit der Gründung der „Zahnärzte für Indien“ wurden acht Zahnstationen eingerichtet, so dass die Kinder der dortigen Kinderheime von uns untersucht und vor allem auch behandelt werden können. Dazu reisen Zahnärzte der Organisation regelmäßig nach Indien. Auch die Qualität der Einrichtung hat sich in unseren Zahnstationen immens gesteigert. Vor drei Jahren konnten wir alle Stationen mit modernen indischen Dentaleinheiten einrichten. Diese erfüllen durchaus den Standard moderner Zahnheilkunde und verfügen sogar über ein Ultraschall-Zahnsteinentfernungsgerät und auch eine in die Einheit integrierte Polymerisationslampe.

Bei meinem mittlerweile dritten Einsatz vor Ort im Herbst vergangenen Jahres wurde ich außer von meiner Ehefrau (sie ist Lehrerin) auch von Kollegen Dr. Münchgesang aus Karlsruhe unterstützt, den ich vor zwei

Jahren bei einem gemeinsamen Einsatz an gleicher Stelle in Madurai kennen gelernt hatte. Vor zwei Jahren untersuchten Dr. Münchgesang und ich gemeinsam etwa 2300 Kinder, die in von der Kindernothilfe geförderten indischen Kinderheimen leben und sanierten etwa 400 von ihnen innerhalb von 14 Tagen. Wir gingen davon aus, dass „Spuren“ unseres „Großeinsatzes“ durchaus noch sichtbar sein würden und wollten deshalb unser Arbeitsprogramm diesmal etwas erweitern. Es sollte einfach nicht mehr bloß das Untersuchen, Zähneziehen und Füllungen sein! Wir wollten im Krankenhaus, in dem sich unsere Zahnstation befindet, auch ein kleines zahntechnisches Labor einrichten und damit Arbeitsplätze schaffen. Also zogen wir, jeder mit etwa 35 bis 40 kg Gepäck, gen Indien nach Madurai. Das Wenigste in unserem Gepäck waren Kleidung oder Dinge des täglichen Bedarfs. Dafür aber hatten wir riesengroße Mengen Füllmaterialien, Anästhetika und, was für die indischen Kinder besonders wichtig ist, Zugabeartikel in Form von Zahnbürsten, Kugelschreibern und Luftballons in unseren Rucksäcken verstaute. Der Flug nach Indien erwies sich nach den Geschehnissen des 11. Septembers 2001 doch komplizierter als gedacht.

Auf der Fahrt in die Stadt konnten wir bereits feststellen, dass sich im Süden Indiens einiges entwickelt hat. Auch das Christian Mission Hospital mit unserer Zahnstation

war nicht mehr das, was es vor zwei Jahren war. Hatte man damals noch Angst um die weitere Existenz des Krankenhauses, konnten wir diesmal feststellen, dass mit dem neuen Direktor Dr. Pal Sudakar und dem sehr engagierten Manager Dr. Prajmkumar auch ein neuer Wind eingezogen war. Das Krankenhaus wurde teilweise rekonstruiert und wird wieder von vielen Patienten anerkannt und die Leistungen in Anspruch genommen. Der Besuch der Intensivstation ließ uns allerdings erschauern: nur drei durch Vorhänge voneinander getrennte Betten und ein Schreibtisch. Von Infusionen oder gar Gerätemedizin und sterilen Cautelen keine Spur! Auch die Krankenzimmer sind nur mit zwei Metallpritschen und einem Schrank „eingerrichtet“. Kein Fenster, Essen wird von den Angehörigen gebracht, aber jetzt: fließendes Wasser und Toilette! Dies haben viele Inder nicht einmal zu Hause! Hier könnte finanzielle Hilfe aus Deutschland gute Dienste leisten! Mit relativ wenig Geld kann man hier viel bewegen. So kostet z. B. eine indische Dentaleinheit circa 6000 €!

Der Start in unsere Arbeit verzögerte sich leider ein wenig. Grund dafür war Ganesh Chaturthi, ein Fest, welches dem Gott Ganesh, der für Reichtum und Glück im Geschäftlichen verantwortlich ist, geweiht ist. Handwerker bringen an diesem Tag ihre Werkzeuge in den Tempel, um sie für das nächste Jahr erfolgversprechend segnen zu lassen. Wir haben von diesem Brauch allerdings Abstand genommen. Wir verließen uns lieber auf unsere eigene Kraft!

Getreu dem Motto „Getrennt kämpfen und gemeinsam siegen“ gingen wir unsere Aufgabe in Madurai an. Während sich Dr. Münchgesang um die Schaffung und Einrichtung eines kleinen zahnärztlichen Labors kümmerte, besuchte ich gemeinsam mit meiner Frau die ersten Kinderheime und untersuchte die Kinder. Dabei ergab sich für uns auch die Möglichkeit, unser eigenes Patenkind erstmals zu sehen! Die Organisation der Reihenuntersuchung wurde durch die Angestellten der Kinderheime bestens vorbereitet und organisiert. Wir wurden an allen Stellen überaus herzlich wieder empfangen und bei unserem Einsatz von den indischen Heimleitern und -angestellten immens unterstützt. So konnten innerhalb weniger



Zähneputzen will trainiert sein – und für die Helfer gehörte auch Überzeugungsarbeit dazu.

Fotos: Autor



Prophylaxe im Kinderheim

Stunden mehrere Hundert Kinder untersucht und die Namen Behandlungsbedürftiger notiert werden. Den größeren Stress bei diesen Aktionen hatte wohl meine Frau, die die als Geschenk mitgebrachten Luftballons aufblasen und verknoten musste. Aber auch hier erhielten wir Unterstützung indischer Schulmädchen, sonst wäre wohl ein Arztbesuch wegen wunder Finger notwendig geworden.

Vom Nutzen einer Zahnbürste

Bei unseren Untersuchungen zeigte sich, dass wir bei unserem letzten Einsatz große Arbeit geleistet hatten. Der Behandlungsbedarf war stark zurückgegangen. Allerdings fielen viele Kinder mit Parodontitiden und Unmengen Zahnsteins auf! Eine Prophylaxe, selbst in der primitivsten Form, kann hier schon Wunder bewirken! Oft wird immer noch der Finger bzw. ein Stück Neem-tree (faserig aufgekautes Holzstück) zum „Zähneputzen“ verwandt. Auf unsere Frage in den Heimen nach dem Vorhandensein einer Zahnbürste bekamen wir fast immer die Auskunft, dass Zahnbürsten vorrätig seien, nur das Geld für die Zahnpasta würde nicht ausreichen. Bei den Unmengen Zahnstein in den Mündern mancher Kinder und dem „Geschick“ beim Benutzen einer Zahnbürste bei der Putzunterweisung kommt die Vermutung auf, dass dem wohl nicht so ist. Manche Kinder hatten beim Putztraining wahrscheinlich das erste Mal in ihrem Leben überhaupt eine Zahnbürste in der Hand! Vielen Menschen, auch den Heimleitern, ist nicht bewusst, wie wichtig der Gebrauch einer Zahnbürste unabhängig vom Gebrauch einer Zahncreme ist. Irgendwie steckt in ihnen immer noch die Ansicht, vielleicht auch durch die Werbung suggeriert, dass eine



Behandlung vor Ort

Zahnbürste ohne entsprechende Zahncreme nutzlos sei. Wir hoffen, dass wir mit unserem Engagement vielleicht doch einen Denkanstoß zu veränderter Mundhygiene gegeben haben.

Nachdem wir die Untersuchungen in der ersten Woche abgeschlossen hatten und auch das Labor eingerichtet war, konnten wir gemeinsam beginnen, die Kinder zu sanieren. Da im Krankenhaus nur ein zahnärztlicher Behandlungsstuhl vorhanden ist, mussten wir auch hier ein wenig improvisieren, weil wir ja so effektiv wie möglich arbeiten wollten. Also schufen wir uns die Behandlungsplätze und teilten uns in die Arbeit wie folgt: An der Einheit arbeitete vorwiegend Dr. Münchgesang und legte, assistiert von seiner Ehefrau, Füllungen, nachdem ich die Anästhesie auf einem einfachen Stuhl „gesetzt“ hatte. Dieser hölzerne Arbeitsplatz eignete sich auch zur Durchführung von Extraktionen, auch wenn manchmal sehr viel Fingerspitzengefühl wegen der schlechten Lichtverhältnisse gefragt war. Einen ebensolchen Arbeitsplatz hatte auch meine Frau, die mit dem mitgebrachten mobilen Zahnsteinentfernungsgerät riesige Mengen Zahnsteins entfernte und bei den oft notwendigen, sehr gestenreichen Zahnputzunterweisungen (Wer von uns spricht schon Tamil?) ihre Arbeit leistete. Bremsen konnte uns eigentlich nur ein Stromausfall, der allerdings bei der insuffizienten Energieversorgung öfters auftrat.

Zu unserer Arbeit mit den circa 180 Kindern kamen zusätzliche „Sprechstunden für Jedermann“. So behandelten wir an den Vormittagen erwachsene indische Patienten. Nachdem sich herumgesprochen hatte, dass europäische Zahnärzte im Krankenhaus kostenlos behandeln (in Indien ist jede Form der Zahnbehandlung kostenpflichtig!), konnten wir

uns des Ansturms kaum erwehren und mussten leider auch einige Behandlungsbedürftige an indische Kollegen verweisen. Außerdem wurde jede freie Minute genutzt, um im neuen Labor einfachen Zahnersatz und einfache KfO-Geräte herzustellen, für die ein indischer Arbeiter mehrere Monatslöhne hätte opfern müssen.

Nach zwei Wochen schweißtreibender Arbeit in den Subtropen waren wir redlich geschafft, aber auch glücklich und zufrieden, wieder geholfen zu haben. Außerdem haben wir hier den schönsten Lohn für unsere Arbeit bekommen – das strahlende Lachen indischer Kinder! Auch glaube ich, durch unsere intensiven Kontakte zu den Menschen dort mehr über deren Kultur und ihre Lebensumstände erfahren zu haben, als man aus den besten Reise-Handbüchern erlesen kann. Neben den vielen Sehenswürdigkeiten des Landes beeindruckten uns ganz besonders die wirklich lieben Menschen. Überall wurden wir sehr freundlich aufgenommen und entsprechend ihrer Möglichkeiten nach allen Regeln der Kunst verwöhnt. Erst wenn man dieses Land erlebt hat, kann man ermessen, in welchem Wohlstand wir hier leben. Viele Dinge, die für uns so selbstverständlich sind, sind in Indien schon große Errungenschaften!

Mit diesen Eindrücken des wirklichen Lebens in Indien konnten wir die im Anschluss an unseren Einsatz besuchten Städte im Norden mit ganz anderen Augen betrachten. Auch hier bewegten wir uns abseits der ausgetretenen kommerziell-touristischen Wege als Individualtouristen. Vielleicht waren gerade deshalb die Eindrücke des Taj Mahal oder der Tempel von Ranakpur für uns umso größer. Für mich ist klar, dass dies sicherlich nicht der letzte Einsatz in Indien war!

Wer helfen will

Korrespondenzadresse:

Jörg Ehrhardt
Am Eichplatz 3, 07955 Auma
E-Mail: Joerg.Ehrhardt@t-online.de

Kontaktadressen für Patenschaften oder Einsätze:

Zahnärzte für Indien
Oetelsbachstr. 8, 76275 Ettlingen
www.zahnaerzte-fuer-indien.de

Kindernothilfe Duisburg e.V.
Düsseldorfer Landstr. 180, 42729 Duisburg
www.knh.de

Wir gratulieren!

zum 90. Geburtstag, am 27.02.
Herrn SR Dr. med. dent. Heinz Häußer
in Jena

zum 83. Geburtstag, am 23.02.
Herrn Hans-Joachim Schreiber
in Oberstdorf

zum 79. Geburtstag, am 29.02.
Frau MR Dr. med. dent.
Eleonore Ittershagen
in Bad Langensalza

zum 76. Geburtstag, am 10.02.
Frau Dr. Ruth Günther
in Jena

zum 76. Geburtstag, am 05.02.
Frau Dr. med. dent.
Renate Schiller-Ileczko
in Erfurt

zum 74. Geburtstag, am 10.02.
Herrn OMR Dr. med. dent. Bruno
Haak
in Suhl

zum 72. Geburtstag, am 24.02.
Herrn Dr. med. dent.
Elmar Weidenhaun
in Hildburghausen

zum 71. Geburtstag, am 22.02.
Herrn Dr. med. dent. Siegmar Große
in Gera

zum 71. Geburtstag, am 02.02.
Herrn OMR Dr. med. dent.
Fritz Ziegler
in Gera

zum 70. Geburtstag, am 11.02.
Frau Dr. Ilse von Beesten
in Wintersdorf

zum 69. Geburtstag, am 07.02.
Herrn MR Dr. Horst Tresselt
in Jena

zum 68. Geburtstag, am 02.02.
Frau Eva Pilling
in Gaberndorf

zum 67. Geburtstag, am 24.02.
Frau Dr. Eva-Maria Peters
in Jena

zum 66. Geburtstag, am 12.02.
Frau Brigitte Jahr
in Jena

zum 65. Geburtstag, am 03.02.
Herrn Dr. med. dent.
Winfrid Hähnel
in Triptis

zum 65. Geburtstag, am 20.02.
Frau PD Dr. med. habil.
Helga Eismann
in Nöda

zum 65. Geburtstag, am 21.02.
Herrn Dr. med. dent.
Udo-Detlef Fiddicke
in Ronneburg

zum 65. Geburtstag, am 26.02.
Herrn Peter Kalmuczak
in Meuselwitz

zum 60. Geburtstag, am 09.02.
Herrn Dr. med. dent.
Ulf Müller
in Themar

zum 60. Geburtstag, am 24.02.
Herrn Reinhard Paeslack
in Breitung

zum 60. Geburtstag, am 16.02.
Frau Dipl.-Med.
Adelheid Danielczyk
in Saalburg

zum 60. Geburtstag, am 09.02.
Frau SR Dr. med. dent.
Ingrid Hellberg
in Schmalkalden

zum 60. Geburtstag, am 26.02.
Frau Dr. med. dent. Barbara Friedrich
in Suhl

zum 60. Geburtstag, am 04.02.
Frau Dr. med. Christine Bergholz
in Herleshausen

zum 60. Geburtstag, am 19.02.
Frau Dipl.-med. Birgit Genßler
in Wasungen

zum 60. Geburtstag, am 14.02.
Herrn MUDr./Universität Olomouc
Thomas Große
in Rositz

zum 60. Geburtstag, am 03.02.
Herrn Prof. Dr. med. habil.
Gerold Löwicke
in Gotha

zum 60. Geburtstag, am 19.02.
Frau Ingrid Sommer
in Ilmenau

zum 60. Geburtstag, am 02.02.
Herrn Bernd Uhlig
in Suhl

zum 60. Geburtstag, am 06.02.
Frau Dipl.-Stomat. Edeltraud Koch
in Saalfeld

FUNKTION UND DESIGN
INNENEINRICHTUNGS GMBH



Wir fertigen für Sie
 nach individueller Planung

- **Rezeption**
- **Behandlungszeilen**
- **Arbeitszeilen für Labor und Steril**
- **Umzüge**

Dorfstraße 44
 09212 Bräunsdorf
 Telefon (0 37 22) 9 28 06
 Fax (0 37 22) 81 49 12
 www.funktion-design.de



ih: Speziallabor für Keramik,
 Kombinationstechnik
 und Kieferorthopädie



ästhetische Keramik •
 Vollkeramik •
 Inlay Technik •
 Brücken •
 Ideoskopie •
 Implantat - Technik •
 Metallgüßtechnik •
 Kieferorthopädie •
 Guckrohr Technik •

AVANTGARDE

www.avantgarde-dent.com

111 120 411 2 88 50 10
 Fax 111 120 411 2 88 11 10
 0181 120 411 2 90 40 0
 Markt, 111 21 11 11 11 11 11

Kleine, existenzsichere Praxis, Nähe Naumburg,
 ab Juli 2003 sehr günstig abzugeben;
 1/2 Jahr evtl. gemeinsame Übergangszeit als
 Entlast. Ass. möglich oder angestellter ZA.

Tel. 0344 62/20382

Jena + Umgebung

Engag. ZÄ, 34 J.; 5 J. BE, sucht ab sofort Stelle
 als Entlastungsassistentin, angest. ZÄ oder Ver-
 treterin.

Tel. 036 41/33 21 57

Kleinanzeigen-Auftrag:

tzb	Auftraggeber:		Ausgabe(n):
	Name, Vorname	_____	_____ (Monat/Jahr)
	Straße, Hausnr.	_____	
	PLZ, Ort	_____	
		Telefon/Fax	
Ich beauftrage Sie hiermit, folgenden Anzeigentext im tzb zu veröffentlichen:			
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			
Einzugsermächtigung:		Unterschrift nicht vergessen	
Den Rechnungsbetrag buchen Sie bitte von meinem Konto ab:		und abschicken/faxen an:	
Konto-Nr.	BLZ	Werbeagentur und Verlag	
Bank		Kleine Arche	
		Holbeinstraße 73, 99096 Erfurt	
		Tel. (0361) 7 46 74 80	
		Fax (0361) 7 46 74 85	
		Zuschriften auf Chiffre-Anzeigen werden gesammelt per Post an die Auftraggeber weitergeleitet.	Datum
			Unterschrift

Rubrik:	mm-Preis
<input type="checkbox"/> Stellenangebote	1,20 EUR
<input type="checkbox"/> Stellengesuche	0,80 EUR
<input type="checkbox"/> Praxisübernahme	1,20 EUR
<input type="checkbox"/> Praxisabgabe	1,20 EUR
<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft	1,20 EUR
<input type="checkbox"/> Vertretung	1,20 EUR
<input type="checkbox"/> Verkäufe	1,20 EUR
<input type="checkbox"/> Kaufgesuche	1,20 EUR
<input type="checkbox"/> Heiraten/Bekanntschaften	1,20 EUR
<input type="checkbox"/> Reisen	1,20 EUR
<input type="checkbox"/> Immobilien	1,20 EUR
<input type="checkbox"/> Kursankündigungen	1,20 EUR
<input type="checkbox"/> Sonstiges	1,20 EUR
<input type="checkbox"/> privat	1,20 EUR
<input type="checkbox"/> gewerblich	1,40 EUR
Chiffre: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Chiffregebühr 6,50 EUR; Ausland 10,50 EUR	
Alle Preise zzgl. gesetzl. MwSt. gelten für zweispaltige Anzeigen (87 mm breit) je mm Höhe. Mindesthöhe 20 mm	

Praxis, 2BHZ, einschl. Immobilie u. Bauernhof, geeignet f. Gewerbe, Tierhaltung zu verkaufen.

Chiffre: 099

Jena

Spielen Sie mit dem Gedanken Ihre Praxistätigkeit in nächster Zeit zu beenden?

Junger ZA, zur Zeit im Ausland tätig, sucht Praxis in Jena oder näherer Umgebung zur Übernahme oder Einstieg in eine Gemeinschaft. Zeitpunkt und Art der Übergabe können flexibel gestaltet werden – auch längerfristig.

Ich freue mich auf Ihre Kontaktaufnahme per E-Mail: vi-sees@web.de

Moderne Praxis bei Gera sucht Verstärkung! 3–4 Tage-Arbeitswoche möglich, Berufserfahrung wünschenswert, nicht Bedingung.

Tel. 03 66 03/88235

Praxissuche

Mehrere umsatzstarke Praxen für engagierte Mandanten im Raum Thüringen und Sachsen gesucht. Vertrauliche Beratung und Betreuung durch: LÖWER & PARTNER

Kontakt: LÖWER & PARTNER
Geschäftsstelle Berlin
Tel. (0 30) 27 87 59 75
Fax (0 30) 27 87 59 77

Praxissuche? Praxismitarbeit?

Freundl. engag. ZÄ (6 J. BE) sucht Praxis in Erfurt zur Übernahme o. Einstieg in eine Gemeinschaft oder Sozietät. Art der Übernahme flexibel.

Chiffre: 100

Existenzsichere

Zahnarzt-Praxen

zur Übernahme

Hannover Stadt, Göttingen Stadt
Landkreise Northeim, Goslar, Bückeburg
Kfo-Praxis Raum Braunschweig

zur Beteiligung (ohne Kapitaleinsatz)

Landkreise Hannover 2 x, Hameln,
Hildesheim, Braunschweig



Sie erreichen uns direkt unter:

Fon 0551 - 70 70 20

Fax 70 70 270 E-mail: info@isp-gmbh.de

www.isp-gmbh.de

Anzeige

Kreisstadt in Niedersachsen

Zwischen Hamburg und Bremen gutgehende langj. Praxis, zentrale Lage, 2 BHZ, abzugeben.

Tel. 04261/2207

Antworten auf Chiffre-Anzeigen

bitte deutlich mit der Chiffre-Nr.

auf dem Umschlag versehen.

Sie werden gesammelt weitergeleitet.

Senden Sie Ihre Zuschrift an:

Werbeagentur und Verlag

Kleine Arche

Holbeinstraße 73

99096 Erfurt

PARTNER-SERVICE

Sehr geehrte Leser,

auch mit dieser Ausgabe des Thüringer Zahnärzteblattes führen wir unsere Aktion **PARTNER-SERVICE** fort. Wir wollen damit helfen, Kontakte zwischen Ihnen und Firmen herzustellen, die sich mit Entwicklung, Herstellung und Vertrieb unterschiedlicher Produkte beschäftigen. Bei Interesse an bestimmten Informationen senden uns das Blatt ausgefüllt per Fax zurück. Wir leiten sie umgehend an die Inserenten weiter.



WERBEAGENTUR
UND VERLAG
KLEINE ARCHE

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

Rückfax, bitte an 0361/74674-85

Adresse:



Wir arbeiten zusammen mit:

- Wieland Dental + Technik GmbH + Co.KG
- Shofu Dental GmbH
- Altatec Biotechnologies

Infomaterial



Die Allianz Private Krankenversicherungs-AG ist einer der größten Krankenversicherer für Zahnärzte in Deutschland. Aus unserem breiten Tarifangebot für Zahnärzte finden auch Sie Ihre ganz individuelle Absicherung. **Garantiert. Informieren Sie sich jetzt!**

Infomaterial



**Wir fertigen für Sie
nach individueller Planung.**

Infomaterial



Renommiertes Cochrane-Institut zu elektrischen Zahnbürsten

Grundlegende Studie beweist: Braun Oral-B Power Technologie überlegen in der Reduktion von Plaque und gingivaler Symptome

Kronberg, 12. Februar 2003 – Elektrische Zahnbürsten mit einer oszillierend-rotierenden Technologie, wie sie von Braun Oral-B entwickelt wurde, sind bei der Entfernung von Plaque und Reduktion gingivaler Symptome effektiver als alle anderen Zahnbürsten – seien sie manuell oder „schallaktiv“. Dieses Ergebnis des Cochrane-Instituts für Gesundheitsforschung wurde auf der „Forsyth Institute Conference on Evidence-based Dentistry“ am 11. 01. 2003 vorgetragen.

Nach gründlicher Analyse internationaler wissenschaftlicher Studien kommt das unabhängige englische Cochrane-Institut für Gesundheitsforschung zu einem klaren Fazit: Nur elektrische Zahnbürsten mit einer oszillierend-rotierenden Technologie, wie sie von Braun Oral-B entwickelt wurde, reduzieren Plaque und gingivale Symptome effektiver als eine manuelle Zahnbürste. Das renommierte Cochrane-Institut hat dabei sämtliche verfügbaren und veröffentlichten Studien zwischen 1964 und 2001 ausgewertet. Insgesamt wurden mehr als 2.500

Studienteilnehmer evaluiert. Die international aktive und nicht-kommerzielle Organisation mit Hauptsitz in England sammelt weltweit Daten, um die Verbraucher im Gesundheitsbereich unabhängig informieren zu können. Zu dem Ergebnis sagt Paul Warren, Vizepräsident der Klinischen Forschung von Braun Oral-B: „Seit mehr als einem Jahrzehnt werden Konsumenten wie zahnärztliche Fachkreise mit widersprüchlichen Aussagen bombardiert, welche Zahnbürste nun die beste sei – die manuelle, elektrische, oder „schallaktive“. Jetzt beendet die Cochrane-Studie alle Unsicherheiten und sagt eindeutig, dass die von Braun Oral-B entwickelte Technologie überlegen ist.“ Bruce Cleverly, Präsident von Gillette Oral Care, ergänzt: „Oral-B war und ist

Spitze in der Zahnbürstentechnologie und die Cochrane-Studie bestätigt die Ergebnisse unserer jahrzehntelangen Forschungs- und Entwicklungsarbeit. Die Technologie unserer 3D Excel Elektrozahnbürste ist bestens zur Reduktion von Plaque und gingivaler Symptome geeignet.“

Die Analyse des Cochrane-Instituts umfasst Studien mit elektrischen Zahnbürsten von Braun Oral-B, Philips Sonicare, Interplak, Rowenta und Ultrasonex. Die Ergebnisse werden in der Cochrane Library, Ausgabe Januar 2003, veröffentlicht. Weitere Informationen sind unter www.cochrane.org erhältlich.

Ungewöhnliche Sirona-Verkaufsaktion ein Erfolg!

CEREC inLab und Smart City Coupé im Komplettpaket

Bensheim, 03.02.2003. Eine nicht alltägliche Aktion ist zu Ende: Sirona verkaufte in den letzten Wochen 50 der „Clever-produzieren-smart-liefern“-Pakete, bestehend aus dem CAD/CAM-Gerät CEREC inLab für die Herstellung von Kronen-, dreigliedrigen Brückengerüsten und keramischen Primärteleskopen sowie einem Smart City Coupé inkl. Zulassung. Das Paket gab es für 36.999 Euro und bot damit einen Preisvorteil von rund 12.000 Euro gegenüber den Einzelpreisen. „Die Aktion war nicht nur ungewöhnlich, sie war v.a. auch ungewöhnlich erfolgreich“, freut sich Markus Hoffmann, Vertriebsleiter CEREC Deutschland. Die zukünftigen Besitzer eines Smart und CEREC inLab besuchten auf Einladung von Sirona die Produktionsstätten von CEREC in Bensheim und nahmen im Rahmen der Werksführung das Auto und die kleine, kompakte Schleifeinheit mit integriertem Laserscanner in Empfang. „Mit unserem besonderen Vorteils-Paket erhalten unsere Kunden zwei innovative Produkte: CEREC inLab ist höchst wirtschaftlich und effektiv, der Smart ist praktisch, schön und ein genialer Werbeträger, denn jedes Auto ist individuell mit Labornamen und -anschrift beschriftet“, so Hoffmann.



Einer der vielen cleveren Sirona Kunden nimmt seinen nagelneuen Smart in Empfang.

Innovation und Investition im ortsansässigen Werk

Degussa Dental baut seine Kernkompetenz Keramik in Rosbach aus

Rosbach, 30. Januar 2003 – Fast täglich kann man von unbefriedigender Wirtschaftsentwicklung oder von sinkenden „Vertrauens-Indikatoren“ lesen. Inmitten einer allgemein skeptischen Stimmung, bei Industriekapitänen wie auch bei Verbrauchern, investiert Degussa Dental in sein Werk an der Rodheimer Straße – zum Beispiel in neue Aus- und Fortbildungseinheiten, in verbesserte SAP-gestützte Werkstoffprüftechnik und in die Zirkonoxid-Technologie.

„Hier in Rosbach befindet sich das europäische Kompetenzzentrum für zahnmedizinische bzw. zahntechnische Keramik“, erklärt Dr. Bernd Meier, Leiter Produktion und Technik der Degussa Dental GmbH. „In diesen traditionsreichen Gebäuden treffen Sie auf die zukunftsreichsten Innovationen. Unsere engagierten und erfahrenen Mitarbeiter sind dabei unser wichtigstes Kapital.“

Selbst wenn man einen Schuss Lokalpatriotismus abzieht, so bleiben doch eindrucksvolle Tatsachen: Die einstige Ducera Dental GmbH hatte mit ihren Keramiken in den 90er Jahren ein stetes Wachstum zu verzeichnen. Bereits 1989 stieg die Hanauer Degussa Dental bei den Rosbachern ein, um Synergieeffekte zu nutzen. 1995 erfolgte die vollständige Integration in die Degussa Dental-Gruppe. In den vergangenen Jahren ist es nun sogar gelungen, sich gemeinsam im Feld der Konkurrenten klar an die Spitze zu setzen: zwei von fünf Keramikverblendungen für ästhetischen Zahnersatz in Deutschland stammen von Degussa Dental, und auch weltweit spielt das Werk in Rosbach eine bedeutende Rolle.

30.000 Kilogramm Dental-Keramik produziert das Werk jährlich. In der Zahntechnik genießt das 60 Mitarbeiter zählende Rosbacher Degussa-

Dental-Werk damit eine Bedeutung wie Daimler Benz in der Automobilbranche.

Der Schritt zu einer sehr breiten Anwendung wurde schließlich mit der durch Leuzitkristalle optimierten hydrothermalen Keramik namens Duceragold ermöglicht. Ideal lässt sie sich für die Verblendung der hochgoldhaltigen Legierung Degunorm einsetzen. Dieses Material wird aufgrund seiner Vielseitigkeit unter Fachleuten als Multitalent geschätzt. Inlays, Onlays, Kronen, Brücken, selbst weit reichender Zahnersatz lässt sich daraus anfertigen.

Zusammen bilden die Legierung Degunorm und die darauf abgestimmte Verblendkeramik Duceragold das GoldenGate System, das sich über die letzten zehn Jahre als lebensbegleitendes Werkstoff- und Therapiekonzept und als bedeutendste Marke für Zahnersatz etabliert hat. Dabei wurden mit dem GoldenGate System bis heute bereits mehr als 20 Millionen Zähne restauriert.

Neben der Kombination „Metall/Keramik“ stellen die vollkeramischen Angebote eine Wahlmöglichkeit für den anspruchsvollen Patienten dar. Die Antwort des GoldenGate Systems heißt: Cergo. Diese Presskeramik eignet sich für Inlays, Onlays und Kronen.



Auch bei den neuesten Innovationen im Bereich zahnmedizinischer Werkstoffe ist Degussa Dental Rosbach wieder in der Pole-Position – zum Beispiel mit einem neuen Verblendmaterial für Brücken aus Zirkonoxid-Hochleistungskeramik. Hochreines Zirkonoxid bzw. die sogenannte Cercon-Keramik gilt heute als Werkstoff der Wahl, wenn es um anspruchsvollste metallfreie Versorgungen geht.

Insbesondere die zuverlässige Arbeit der letzten zehn Jahre, verbunden mit der Innovationsleistung bis hin zur aktuellen Zirkonoxid-Technologie, macht das Rosbacher Werk von Degussa Dental zu einem zukunftssträchtigen Flaggschiff der deutschen Dentalindustrie, von dem man die Rolle eines Innovationsführers auch weiterhin erwarten darf.

dentechnica-forum des VDZI – Wohin geht die Reise? **Praktische Antworten und Perspektiven für das zahntechnische Meisterlabor**

Köln, 28. und 29.3.2003

Veranstalter: Wirtschaftsgesellschaft des VDZI mbH in Zusammenarbeit mit dem Quintessenz Verlag anlässlich der IDS 2003

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

turbulente Monate liegen wieder einmal hinter der gesamten Dentalbranche. Neue Herausforderungen zwischen wirtschaftlicher Anpassung und technologischem Aufbruch kündigen sich für die Zahnmedizin und Zahntechnik an. Europa, neue Reformen in der Gesundheitspolitik und Fortschritte bei den neuen Technologien signalisieren, dass sich die Leistungsprozesse und Marktbedingungen weiter verändern werden. Nirgendwo wird dies deutlicher als auf der Internationalen Dental-Schau in Köln. Und nirgendwo sonst zeigt sich auch so eindrucksvoll die ganze Kraft und Kompetenz der leistungsfähigen Berufe eines gesamten Marktes.

Das dentechnica-forum 2003 greift diesmal erneut wichtige Themen für den zahntechnischen Unternehmer auf und behandelt sie zielgerichtet und praxisnah. Nutzen Sie daher die Fachkompetenz und die Erfahrungen der Referenten für Ihre persönlichen unternehmerischen Entscheidungen für die Zukunft.

Schaffen Sie sich Ihren Kompetenzvorsprung durch Wissen. An zwei Vormittagen eröffnen sich hier fachlichen Perspektiven für Ihren anschließenden Messebesuch.

forum | Freitag, 28.3.2003

Neue Zeiten – Neue Prozesse – Kundenmanagement

Moderation/Tagungsvorsitz: ZTM Heiko Bischoff, Northeim

Was für eine Zeit! Eine kleine Zeitreise mit dem Präsidenten des VDZI ZTM Lutz Wolf

• **Neue Zeiten – Neue Prozesse**

CAD und CAM 2003

Überblick-Ergebnisse-Nutzen. Die Sicht des Fachmanns.

ZTM Siegbert Witkowski, Freiburg

CAD und CAM zwischen Marktchance und Investitionsruine

Worauf ist zu achten? Unternehmenspolitische, Marketing- und betriebswirtschaftliche Entscheidungskriterien.

ZTM Alois C. Lubberich, Koblenz

Computer in der dentalen Technologie – neue kreative Perspektiven im neuen Jahrzehnt

ZTM Ernst A. Hegenbarth, Bruchköbel

• **Kundenmanagement**

Excellence I – Erfolgsfaktoren in Zahnarzt- und Labor-Kooperation

Das gewerbliche zahntechnische Labor ist ein bedeutsamer Netzwerkpartner der Praxis. Worauf es ankommt! Unternehmerische Erfolgsfaktoren auf der Basis wissenschaftlicher Umfragen.

Professor Dr. Gerhard F. Riegl, Augsburg

Excellence II – Wie Zahnarzt und zahntechnisches Meisterlabor ein Team für den wirtschaftlichen Erfolg werden

Beziehungsmanagement als Wirkungshebel für nachhaltige Ergebnisse. Konkrete Umsetzungsschritte.

Klaus Schmitt-Charbonnier, Ober-Olm

forum II Samstag, 29.3.2003**Qualität und Produktivität – Praktische Wegweiser zum Erfolg**

Moderation/Tagungsvorsitz: Prof. Dr. Klaus M. Lehmann, Marburg

• Qualität zielgerichtet investiert**Qualität durch Erfüllung der Patientenanforderungen**

Wie verändern Alterstruktur, Prävention und veränderte Patientenbedürfnisse die Anforderungen an die Dentalpartner Zahnarzt, Zahntechniker und Industrie ?

Professor Dr. Reiner Biffar, Greifswald

Qualität durch optimale Zusammenarbeit und Fehlerminimierung

Fachlich-Praktische Hinweise wie Zahnarzt und Labor gemeinsam Mühe und Kosten sparen können

Professor Dr. Hans-Christoph Lauer, Frankfurt

ZTM Robert Arnold, Frankfurt

Zahntechnische Qualität mit Ertrag für das Labor

Der fachliche Nutzen qualitätsverbessernder Mehrleistungen für den

Patienten und wie man ihn berechnet

ZTM Hans-Jürgen Borchard, Münster

• Zeitmanagement im Labor**Qualität und Zeitaufwand im Labor**

Ergebnisse der neuen Zeitstudien des VDZI und wie sie der Betrieb nutzen kann, Zahntechnische Arbeiten im Labor aus der Sicht des Arbeitswissenschaftlers

ZTM Alfred Schiller, Salzgitter, Dipl.-Ing. Dr. Harald Kornhardt, Erfurt

Erfassung und betriebswirtschaftliche Bewertung der Auftragszeiten

Vorstellung eines praxisnahen Konzeptes für jedes Labor

Dipl.-Ing. Dr. Harald Kornhardt, Erfurt

Anmeldung:

Quintessenz Verlag – Kongress-Service

Tel.: (030) 761 80-682 Fax: -693 0 E-Mail: kongresse@quintessenz.de

Vergleichende Studie zeigt: Alkohol in Chlorhexidin-Mundspülungen verstärkt Nebenwirkung!

Chlorhexidin ist auch heute noch der Goldstandard und wird vielfach eingesetzt, wenn es darum geht, die Bakterienzahl wirkungsvoll zu reduzieren. Der hohen Wirksamkeit von Chlorhexidin stehen geringe, reversible Nebenwirkungen gegenüber, wie Geschmacksirritationen oder Verfärbungen. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob der in den meisten Chlorhexidin-Mundspülungen enthaltene Alkohol diese Nebenwirkungen noch verstärken kann.

Eine neue, in Frankreich erschienene Studie¹ hat erstmalig den Einfluss von Alkohol hinsichtlich Geschmacksveränderungen untersucht und dabei zwei 0,12-prozentige Chlorhexidin-Mundspülungen speziell unter diesem Gesichtspunkt miteinander verglichen. Bei den verwendeten Chlorhexidin-Mundspüllösungen handelt es sich um die alkoholhaltige Prexidine[®] Mundspülung (nur in Frankreich erhältlich) und die alkoholfreie Paroex[®] Mundspülung, die auch in Deutschland auf dem Markt ist. Beide Präparate sind in Frankreich als Arzneimittel zugelassen.

Getestet wurde in zwei Gruppen die Geschmacksempfindung hinsichtlich einer zucker- und einer salzhaltigen Lösung vor, unmittelbar nach dem ersten Spülen mit der jeweiligen Chlorhexidin-Mundspülung und nach einmonatiger, regelmäßiger Anwendung der alkoholhaltigen bzw. alkoholfreien Chlorhexidin-Mundspülung.

In Bezug auf die Zuckerlösung konnte bei beiden Gruppen keine Geschmacksveränderung festgestellt werden. Gravierend ist jedoch das Ergebnis bei der Salzlösung: bei der Gruppe, die mit der alkoholhaltigen Prexidine Lösung spülte, zeigte sich eine erhebliche Veränderung in der Geschmackswahrnehmung. Diese Gruppe nahm den Salzgeschmack nur stark vermindert wahr. Demgegenüber schnitt die Gruppe, die die alkoholfreie Paroex Mundspülung angewendet hatte, signifikant besser ab und beeinträchtigte die Empfindung des Salzgeschmacks deutlich weniger. Die Autoren folgerten daher, dass das Vorhandensein von Alkohol in einer Chlorhexidin-Mundspülung die Wahrnehmung des Salzgeschmacks stark reduziert und aus diesem Grund für auftretende Geschmacksirritationen wesentlich mitverantwortlich ist.



Führt man sich nun vor Augen, dass der Salzkonsum z. B. bei Bluthochdruckpatienten kontrolliert werden muss, so steht zu befürchten, dass die Hypertoniker, wenn sie eine alkoholhaltige Chlorhexidin-Mundspülung verwenden, ihre Nahrung aufgrund der verminderten Wahrnehmung des Salzgeschmacks zu stark salzen. Ein Risiko, dass nicht zu unterschätzen ist.

Aufgrund der neuen Erkenntnisse dieser französischen Studie ist es daher sehr ratsam zu einer alkoholfreien Chlorhexidin-Mundspülung, wie z. B. Paroex, zu greifen, die klinisch gleiche Ergebnisse zeigt wie vergleichbare alkoholhaltige Chlorhexidin-Mundspüllösungen^{2,3}. Denn im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung kommt es allein auf die Wirkung des Chlorhexidins an, Alkohol ist nicht notwendig.

In Deutschland ist Paroex Chlorhexidin-Mundspülung 0,12 % ohne Alkohol freiverkäuflich erhältlich.

¹Straub, B., Chaumaz, D., Robin, O.: Influence de la présence d'alcool sur les modifications du goût induites par deux bains de bouche à base de chlorhexidine à 0,12 %. Journal de parodontologie et d'implantologie orale, 2001, Vol. 20: 4, S. 343 – 348.

²Addy, M., Wade, W.: An approach to efficacy screening of mouthrinses: studies on a group of French products. (I). Staining and antimicrobial properties in vitro. J Clin Periodontol 1995, Vol. 22, S. 718 – 722.

³Renton Harper, P., Milsom, S., Wade, W., Addy, M. et al: An approach to efficacy screening of mouthrinses: studies on a group of French products. (II). Inhibition of salivary bacteria and plaque in vivo. J Clin Periodontol 1995, Vol. 22, S. 723 – 727.

Und wieder ruft der Mühltaulauf

Am 22. März werden in Eisenberg die Lafschuhe geschnürt

Von Johannes Wolf

Wenn am 22. März der Startschuss zum 32. Mühltaulauf fällt, so ist dies auch schon der 7. Thüringer Zahnärzteleuf. Stetige Teilnehmerzahlen durch die lafsportbegeisterten Zahnärztinnen und Zahnärzte und die Hoffnung auf gutes Wetter prägen diese Veranstaltung. Das schöne Wetter ließ bisher immer auf sich warten, aber allen Unbilden zum Trotz – ob Hagel, Regen oder Schnee – die Begeisterung für diesen Lauf nimmt immer mehr zu.

Das brachte es dann aber auch mit sich, dass im vergangenen Jahr erstmals in der noch jungen Geschichte dieses Laufs der Pokal bei den Zahnärzten nach Templin entführt wurde. Dies soll in diesem Jahr nicht wieder geschehen und so trainieren alle potenziellen Teilnehmer hoffentlich schon fleißig. Ob Dr. Peter Krone, Ullrich Kallenbach, Hartmut Kaupa oder die anderen „Lafercracks“ – sie alle brennen darauf, das Ergebnis des vergangenen Jahres zu revidieren und den Pokal wieder nach Thüringen zu holen.

Bei den Zahnärztinnen hofft die Siegerin des vergangenen Jahres, Steffi Schwarz, auf mehr Konkurrenz und einen spannenden Lauf über 5 Kilometer. Wenn also das Wetter mitspielt, ist das herrlich gelegene Mühltaul mit seinen weiteren Anziehungspunkten wie

dem Eisenberger Rathaus, der barocken Schlosskirche oder dem Klötznerschen Haus mit dem darin untergebrachten Stadtmuseum ein lohnendes Ausflugsziel für die gesamte Familie. Und wer danach eine Erholung braucht, der findet in einer der zahlreichen romantischen Mühlen Entspannung und Stärkung. KZV, Landeszahnärztekammer und Freier Verband Thüringen rufen deshalb alle zum Mitmachen auf.

Hinweise für Läufer

Startzeit: Samstag, 22. März, 14 Uhr

Startort: Froschmühle

Anreise:

über BAB 9, Abfahrt Bad Klosterlausnitz Richtung Gera, Weißenborn oder BAB 9 Abfahrt Eisenberg, Richtung Gera, Kursdorf

Meldungen: bis 17. März an den Kreissportbund „Holzlandkreis“, PSF 145, 07607 Eisenberg

☎ 03 66 91/4 22 08

oder an DM J. Wolf, Eisenberg Fr.-Ebert-Str. 23

☎ 03 66 91/4 23 70

E-Mail: Wolf-Goesen @t-online.de

Meldeschluss: 17. März (Nachmeldungen am Starttag 12 Uhr mögl.)



Impressionen von Mühltauläufen vergangener Jahre. Archivfotos

Der ganze Rennsteig häppchenweise

Für 5. Rennsteig-Staffellauf wird ein Zahnärzte-Team gesucht

Von Dr. Christof Meyer

Am 28. Juni 2003 wird zum nunmehr fünften Mal der Rennsteig-Staffel-Lauf von Blankenstein bis Hirschel ausgetragen. Staffel-Lauf bedeutet, dass der gesamte Kammweg des Thüringer Waldes „häppchenweise“ bewältigt wird. Die Gesamtstrecke, die 171,3 km umfasst, wird in zehn Teilstrecken von 14,1 km bis 22 km unterteilt. Jeweils ein Läufer eines zehnköpfigen Teams bewältigt den Abschnitt bis zur folgenden, genau festgelegten Wechselstelle. Teilnehmen können Männer- und Frauenmannschaften, aber auch gemischte Teams. Start für den ersten Läufer am Beginn des Rennsteigs in Blankenstein ist

5 Uhr (Männer 6 Uhr). Die Strecke orientiert sich überwiegend am Original- Rennsteig. Eine Radbegleitung der Läufer wird empfohlen. Für den Transport der Teilnehmer zu den einzelnen Wechselstellen sind die Teams selbst verantwortlich. Als Läufer in einem anderen Team konnte ich mich selbst schon von der naturnahen Strecke und der besonderen Atmosphäre überzeugen. Da ich in unseren Reihen viele lauf- und naturbegeisterte Kollegen und Praxismitarbeiter weiß, sollte es wohl möglich sein, in diesem Jahr mit einem oder gar zwei Teams die Fahne der „bohrenden Zunft“ Thüringens hochzuhalten. Obgleich Meldeschluss und Zahlung der 110 € Teamgebühr der 7. Juni ist, haben die

letzten Jahre gezeigt, dass die 20 Teamplätze schon wesentlich früher ausgebucht waren. Wer beim Lesen dieser Zeilen ein leichtes Zucken in der Wade spürt, gern Waldluft beim Laufen schnuppert und sich am Abend auf ein kühles Bier in Hirschel freut oder weiß, dass die Prophylaxehelferin das schon immer mal machen wollte, sollte sich so rasch wie möglich anmelden.

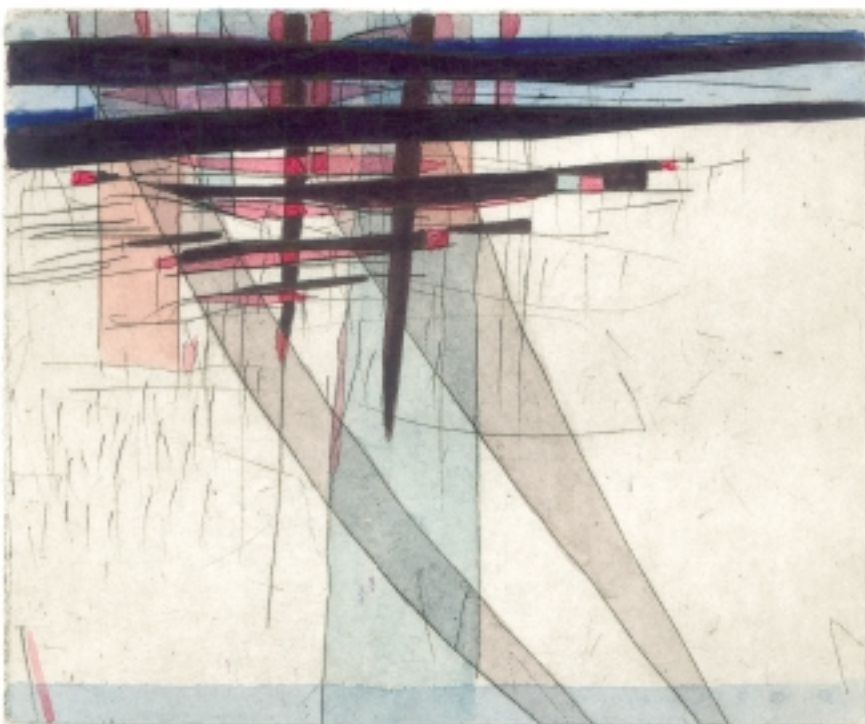
Kontakt: Dr. Christof Meyer, Anger 45, 99084 Erfurt
☎ 03 61/6 43 16 06 (auch Fax)
E-Mail: MEYER.EF@t-online.de

Infos unter: www.rennsteiglauf.de

Thüringer Künstler stellen sich vor:

Alfred Traugott Mörstedt

- Jahrgang 1925
- Meisterschule für Angewandte Kunst, Erfurt
- Hochschule für Architektur und Bildende Künste, Weimar
- Hochschule für angewandte Kunst, Berlin
- bis 1960 Gebrauchswerber und Designer
- ab 1960 freiberuflich tätig in Erfurt
- Mitbegründer Erfurter Ateliergemeinschaft
- 1997 Kulturpreis der Stadt Erfurt



„Grafik wozu? Ein Vorgang – nichts anderes, als was sonst auf der Fläche geschieht. Ordnung schaffen aus dem Übermaß an Formen, Linien und Strukturen, an Hell und Dunkel. Zur Vollendung hin, diesen und jenen Gedanken tragend, Ausdruck suchend.“

Das Bildgeviert mit Leben füllen, schwarz und weiß, und mitunter in Farbe. Das Wesentlich-Gesetzmäßige anwendend. Die Aufgabe verstehend. Nicht Behauptungen rechtfertigen das Tun, sondern das Einverständnis mit den grundsätzlichen Bedingungen des Entstehens.

Und dazu die Lust am Spiel, das Quentchen Phantasie, das dem mit Einsicht Gemachten den Weg zur Kunst ebnet. Ein Abenteuer, das immer neu und mit Herzklopfen bestanden sein will. Deshalb Grafik.“

A. T. Mörstedt



oben: „Fernweh nach Fernost“
Kaltnadelradierung, coloriert

20 Exemplare

Blattgröße: 40 x 26 cm

Druck: 13 x 11 cm

Verkaufspreis: 100 €
zzgl. Porto
und Verpackung

unten: „Mittelgebirgslandschaft“

Holzschnitt, 3-fach coloriert

15 Exemplare

Blattgröße: 40 x 36 cm

Druck: 27 x 20 cm

Verkaufspreis: 125 €
zzgl. Porto
und Verpackung

Jedes Blatt ist ein Handabzug.
Farbabweichungen sind von Blatt zu Blatt möglich.
Beide Blätter können im Verlag „Kleine Arche“ bestellt werden und werden Ihnen vom Verlag zugeschickt.

ZahnRat

DIE AKTUELLE PATIENTENINFORMATION IHRES ZAHNARZTES

Fax-Nachbestellung unter (03525) 71 86 10

ZahnRat 34

Die aktuelle Patienteninformation Ihres Zahnarztes

Vorbeugend zum Zahnarzt

Zahnkaries ist eine Krankheit, die Mundschleimhäute und Zahnhartsubstanzen schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Vorbeugend zum Zahnarzt sind regelmäßige Zahnarztbesuche und Zahnpflege zu Hause. Ein professionelles Zahnreinigungsganglium entfernt Zahnbelag und Zahnstein, die Hauptursachen für Zahnkaries sind.



Ein Stück Schutz für Zahnhalskaries

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

Die Zahnhalskaries ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung.

ZahnRat 35

Die aktuelle Patienteninformation Ihres Zahnarztes

Implantate – viel mehr als nur ein schöner Lückenschluss

Implantate sind künstliche Zahnwurzeln, die in den Kieferknochen eingesetzt werden. Sie sind eine gute Alternative zu Zahnpfählen und Brücken. Sie sind langlebiger und schonen das gesunde Gebiss.



ZahnRat 37

Die aktuelle Patienteninformation Ihres Zahnarztes

Pressen, knirschen, knacken – Wie der Zahnarzt helfen kann

Pressen, knirschen und knacken sind Zahnerkrankungen, die den Zahnhals schädigen. Sie sind die häufigsten Zahnerkrankungen. Ein Zahnarzt kann Ihnen helfen, diese Erkrankungen zu behandeln.



ZahnRat 36

Die aktuelle Patienteninformation Ihres Zahnarztes

Damit der Zahn im (Zahn-)Bett bleibt

Die Parodontitis ist eine Zahnerkrankung, die den Zahnhals schädigt. Sie ist die häufigste Zahnerkrankung. Ein Zahnarzt kann Ihnen helfen, diese Erkrankung zu behandeln.



Einfach ausfüllen und faxen: (03525) 71 86 10

Ausgabe(n):
 50 Stk.
 150 Stk.
 200 Stk.
 bzw. Stk.

Bitte senden Sie mir eine Übersicht bereits erschienener Patientenzeitschriften „ZahnRat“ zu.

Lieferanschrift:
 Zahnarztpraxis _____
 Ansprechpartner _____
 Straße _____
 PLZ/Ort _____
 Telefon _____
 Datum _____
 Unterschrift _____

0,26 € Stk.
 zzgl. Versandkosten und Mehrwertsteuer