

tz**b**

Thüringer
Zahnärzte
Blatt

Ausgabe 05 | 2003

*1. Thüringer Vertragszahnärztetag
am 24. Mai in Arnstadt*

Gleichgewicht ins Gesundheitssystem bringen

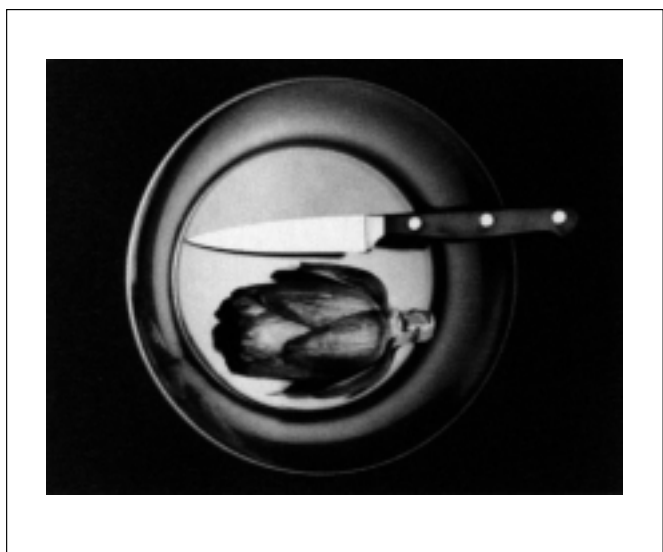
Lesen Sie ab S. 7

Aktuelle Trends in der Zahnheilkunde

S. 8



Kunst für Ihre Praxis



*Artischocke auf Teller, Susanne Casper-Zielonka
Fotografie, Format: 60 x 50 cm*



*Apfel und Rhabarber auf Teller, Susanne Casper-Zielonka
Fotografie, Format: 60 x 50 cm*

Die hier abgedruckten Abbildungen zeigen eine kleine Auswahl aus dem umfangreichen Angebot des Kataloges der Kunstanstalten May AG. Hochwertige Kunstdrucke, teilweise mit speziell behandelter Oberfläche, können in Ihren Praxisräumen eine Atmosphäre der Entspannung schaffen. Wählen Sie aus und entscheiden Sie sich zwischen Meisterwerken aus europäischen Museen, Fotografie und nach Genre geordneten Bildern bemerkenswerter Künstler der Gegenwart.

Bestellen Sie den aktuellen Katalog über:

Werbeagentur und Verlag Kleine Arche
Holbeinstraße 73, 99096 Erfurt
Telefon: (03 61) 7 46 74 80
Fax: (03 61) 7 46 74 85
E-Mail: info@kleinearche.de

Die Versandgebühr beträgt 5,- €.



giglio giallo, Heinz Hock, 70 x 70 cm



giglio bianco, Heinz Hock, 70 x 70 cm

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,



schockierende Zahlen über Defizite im Bereich der sozialen Sicherungssysteme müssten selbst unverbesserliche Optimisten überzeugen, dass mit den umlagefinanzierten Sozialsystemen etwas nicht in Ordnung ist. Daraus stellt sich die Frage nach einer grundlegenden Reform, ohne die Solidargemeinschaft in Frage zu stellen. Mit einem „Weiter so“ geht es bestimmt nicht. Gesundheitsökonomien verweisen eindringlich auf die Bevölkerungsstatistik: Unsere Bevölkerung wird immer älter, die Geburtenrate ist seit 30 Jahren rückläufig; jede dritte Frau bleibt kinderlos. Gleichzeitig ist die durchschnittliche Lebenserwartung gestiegen. Und der medizinische Fortschritt hilft uns nicht nur, sondern kostet auch einiges. Dabei steht der richtige Kostendruck noch bevor, wenn von 2010 an das Verhältnis von Rentnern zu Erwerbstätigen dramatisch ansteigen wird.

Horrorvision in 30 Jahren: Die Kinder kündigen den Generationenvertrag mit den Alten, da die Gesundheitskosten zwei Drittel des Einkommens der Erwerbstätigen verschlingen!

Überlegungen der Bundesregierung, abgesehen von einigen Ideen für mehr Wettbewerb, setzen weiter auf das althergebrachte Konzept der Kostendämpfung, um die Umlage zu retten. Mit staatsdirigistischen Methoden – wie sie bereits im Vorschaltgesetz enthalten sind – sollen Ausgabensteigerungen verhindert werden. Eine weitere Verschärfung staatslenkenden Eingreifens ist der Entwurfsfassung eines „Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes (GMG)“ zu entnehmen.

Zusatzbelastungen wie das einzuführende „Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin“ mit einem Jahresetat von 25 Millionen Euro und die flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte mit Anfangsinvestitionen von circa 700 Millionen Euro dürften nebenbei bemerkt mit Sicherheit das derzeitige Beitragsniveau nicht stabilisieren. Die Schaffung von Möglichkeiten zur „Rasterfahndung“ in der GKV, ergänzt durch die Institutionalisierung von Missbrauchs- und Korruptionsbekämpfungsstellen bei Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen und eines vom Bundesgesundheitsministerium berufenen Beauftragten verdeutlicht die Überzeugung der Autoren des Gesetzentwurfes, dass die gesamte GKV im erheblichen Umfang kriminell unterwandert ist oder die bisherigen Prüfungs- und Überwachungsmaßnahmen sowie die Sanktionsmöglichkeiten nicht ausreichend sind. Neben dem Ausbau weiterer staatlicher Interventionsmöglichkeiten sowie der Einengung zahnärztlicher Berufsausübung und dem Wiederaufbau von Poliklinikstrukturen wird der Einstieg in eine Staatsmedizin deutlich, die weiterhin wie bereits seit 25 Jahren das herrschende System mit 200 Einzelgesetzen tatsächlich nicht gangbar gemacht hat. Mit einem solchen Gesetz betreibt die Bundesregierung weiterhin Flickschusterei. Es verbessert weder Versorgung noch Finanzierung und hilft damit weder dem Patienten noch dem System.

Trotz Reformstaus und festgefahrener Interessen fehlt es nicht an Ideen. Viele Wissenschaftler, Forschungsinstitute und vor allem

Kommissionen haben Vorschläge unterbreitet, wie eine grundlegende Reform des Gesundheitswesens aussehen könnte.

Empfehlungen der Rürup-Lauterbach-Kommission und des Freiburger Sozialwissenschaftlers Professor Raffelhüschen orientieren sich ökonomisch aber vornehmlich auf die Einnahmenseite und lassen Vorschläge zu mehr Wettbewerb, mehr Transparenz, mehr Eigenverantwortung und damit mehr Vorteile für den Patienten vermissen. Zuzahlungen auch für zahnärztliche Akutleistungen oder erhöhte Zuzahlungen für Zahnersatz kommen der Behandlung der Patienten nicht zugute. Selbst wenn die Finanzierung gesunden würde, die zahnärztliche Behandlung der Patienten bliebe auf der Strecke.

Unsere Forderung kann deshalb nur lauten: Einführung befundorientierter Festzuschüsse in der vertragszahnärztlichen Versorgung als zukunftssicheres, patientenorientiertes, den wissenschaftlichen Fortschritt berücksichtigendes Konzept.

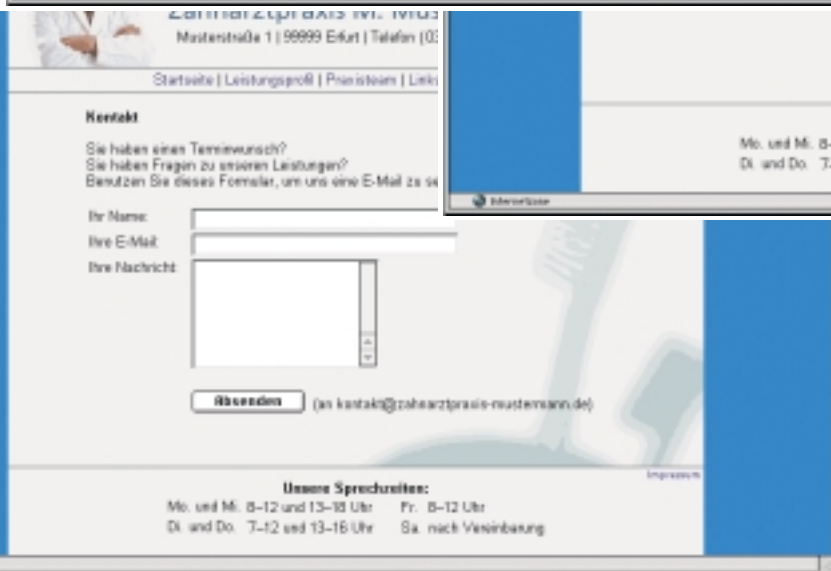
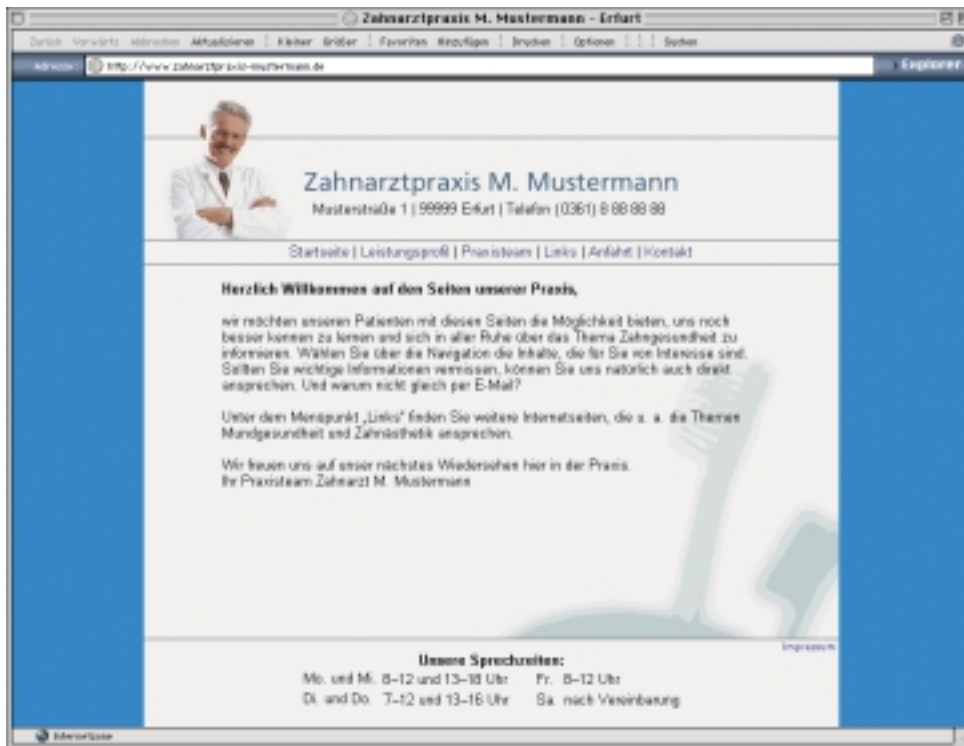
Ein Konzept, das es uns erlaubt, die Bedingungen für eine wissenschaftliche, präventionsorientierte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde politisch mit zu gestalten.

*Ihr Dr. Lothar Bergholz,
Präsident der Landes-
zahnärztekammer Thüringen*

Haben Sie schon mal über eine Internetseite für Ihre Praxis nachgedacht?

Stellen Sie sich vor, der Frisör zieht die Zähne, Benzin gibt es in der Apotheke und der Zahnarzt versucht sich im programmieren einer Homepage.

Wir tun das, was wir können, z. B. entwickeln wir gute Werbeideen und gestalten tolle Internetseiten. Besuchen Sie unsere Beispielseite unter www.zahnarztpraxis-mustermann.de!



Hier ein Beispielangebot:

- individuell gestaltete Internetpräsenz
- 5 Seiten Umfang (Startseite, Wir über uns, Leistungsbeschreibung, Anfahrt, Kontakt)
- Domainregistrierung und -pflege

→ einmalig 350,- € zzgl. ges. MwSt.
für ein Jahr, dannach 25,- € je Folgejahr.
Aktualisierung und Ausbau nach Aufwand.

Fragen Sie uns doch einfach!

Werbeagentur Kleine Arche | Holbeinstraße 73 | 99096 Erfurt | Tel. (03 61) 7 46 74 80 | E-Mail: info@kleinearche.de | www.kleinearche.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, Barbarosahof 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

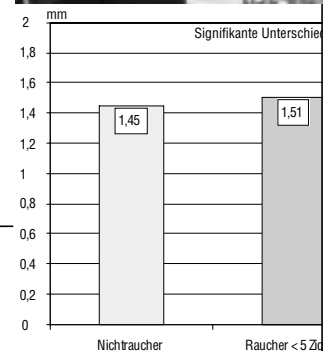
Titelbild: Katrin Zeiß

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

Juni-Ausgabe 2003:

Redaktionsschluss: 19.5.2003
Anzeigenschluss: 23.5.2003

Editorial	3
Aktuelles	
<i>Top-Resonanz auf Veranstaltungspremiere</i>	6
<i>Gleichgewicht ins Gesundheitssystem bringen</i>	7
Universität	
<i>Aktuelle Trends in der Zahnheilkunde</i>	8
LZKTh	
<i>Die Zuverlässigkeit in Person</i>	10
<i>Adolph-Witzel-Akademie informiert</i>	10
<i>Fortbildungskurse online buchen</i>	16
Veranstaltungen	
<i>Wege zur Kostensenkung in der GKV</i>	18
KZV	
<i>Zwangsbildung und andere Fragen</i>	19
Recht	
<i>Bohren inmitten von Abhörwanzen</i>	20
<i>Abrechnung von Gebührenpositionen</i>	22
Fortbildung	
<i>Auswirkungen des Rauchens auf das Parodont</i>	23
<i>IBH- und NDH.T-Zähne und altägyptische Zahnmedizin</i>	27
<i>Dissertationen</i>	30
Bücher	32
LAGJTh	
<i>Entwicklung bei Thüringer Kinderzähnen</i>	34
Praxismanagement	
<i>Strengere Bonitätsprüfungen mit „Basel II“</i>	35
<i>Minijobs: neue Grenzen, neue Anmeldung</i>	36
Gesundheitspolitik	
<i>Ärzte in Thüringen zunehmend Mangelware</i>	37
<i>Patienten gegen mehr Eigenbeteiligung</i>	37
<i>Deutsches Gesundheitswesen immer teurer</i>	38
Info	
<i>Termine</i>	41
<i>Zahngold für Notgebiete</i>	41
<i>Zahnarzt-Kinderpass in Schleswig-Holstein</i>	41
<i>Anreiz für Wissenschaftler</i>	42
<i>Wir gratulieren</i>	43
Freizeit	
<i>Frühe Italiener als Attraktion</i>	50



Top-Resonanz auf Veranstaltungspremiere

1. Thüringer Vertragszahnärztetag am 24. Mai in Arnstadt

Von Dr. Karl-Heinz Müller

Die Resonanz auf den 1. Thüringer Vertragszahnärztetag der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen am 24. Mai in Arnstadt ist überwältigend. Die Anmeldungen übertreffen alle Erwartungen, so dass die KZV sogar gezwungen war, über die Teilnahme der Zahnarzthelferinnen nach dem Eingang der Anmeldung zu entscheiden.

Zu den Helferinnen-Seminaren hatten sich mehr als 350 Interessentinnen angemeldet! Diese Anzahl überschreitet bei weitem die zur Verfügung stehenden räumlichen Kapazitäten. Der Vorstand der KZV Thüringen bittet daher um Verständnis dafür, dass eine Teilnahme der Helferinnen nur für etwa 70 Personen je Seminar möglich ist. Die Veranstalter haben aber mit Absicht keine Vorlesungen, sondern die Form des Seminars (mit Beispielen, Frage- und Antwortmöglichkeiten) gewählt, da beabsichtigt ist, den Praxen möglichst viele Informationen zukommen zu lassen. Die KZV hat sich aufgrund des großen Interesses entschieden, die Helferinnen-Seminare am Samstag, dem 6. September 2003, und wenn nötig, auch nochmals zu einem späteren Zeitpunkt zu wiederholen. Wir werden dazu gesondert informieren. Wir bitten um Verständnis für diese Entscheidung. Aufgrund des sehr großen Interesses an derartigen Veranstaltungen wird der Vorstand prüfen, ob die vertragszahnärztliche Weiterbildung sowohl für Zahnärztinnen und Zahnärzte als auch für die Helferinnen kontinuierlich fortgeführt wird.

Der Vorstand der KZV Thüringen wünscht allen Teilnehmern eine angenehme Anreise. Er ist bemüht, einen erfolgreichen Fortbildungstag zu gestalten und auch für individuelle Probleme Ansprechpartner zu sein.

Helferinnenseminare (Raum „Bach“):

9.00 bis 12.00 Uhr:
Mehrkostenregelung der KZV Thüringen
(Herr Panzner)

14.00 bis 15.30 Uhr:
Abrechnungstipps für Zahnarzthelferinnen
(Herr Werner)

Programm des Vertragszahnärztetags

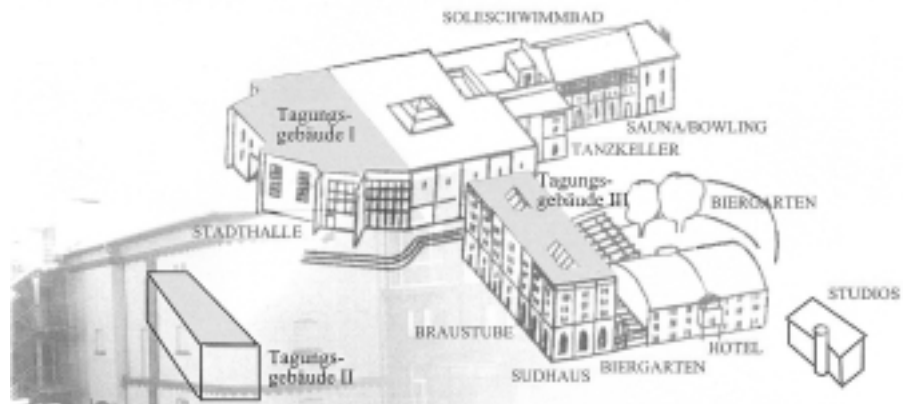
Raum	Uhrzeit	Veranstaltung	Referent
Großer Saal	9.00 – 9.30 Uhr	Begrüßung	Herr Dr. Rommel
	9.30 – 10.15 Uhr	Ein Szenario des deutschen Gesundheitswesens im Jahr 2015	Herr Prof. Dr. Eichenhofer (FSU Jena)
	10.15 – 11.00 Uhr	PAR-Behandlungen ohne Regress	Herr Dr. Oehler
	11.15 – 12.00 Uhr	Indikation der Kieferorthopädischen Behandlung in der GKV	Herr DS Vonderlind
	12.00 – 12.45 Uhr	Aus der Arbeit eines Prothetik-Obergutachters	Herr Dr. Hünlicher
I. Rang	14.00 – 15.00 Uhr	Arbeitnehmervergütung und Mitarbeiterbeteiligung	Firma Pawlitzky u. Saelzer Herr Baum
I. Rang	15.00 – 16.00 Uhr	Planung der Praxisabgabe	Herr Jesse (APO-Bank)
„Oberes Sudhaus“	14.00 – 16.00 Uhr	Von der BWA zur Liquidität aus Sicht einer Bank	Herr Koelmer (APO-Bank)
„Schalander“	14.00 – 15.00 Uhr	Zahnärztliche Informationen aus dem Internet	Herr Neebe, Frau Holze
„Schalander“	15.00 – 16.00 Uhr	Einrichtung einer Homepage	Herr Neebe
„Gambrinus“	14.00 – 16.00 Uhr	Das professionelle Praxislabor – Eigenlaborumsatz statt Fremdlaborkosten	Herr Dr. Plaul



Anfahrt zur Stadtbrauerei Arnstadt:

A4 aus beiden Richtungen kommend bis Kreuz Erfurt
A71 bis Anschlussstelle Arnstadt Süd

In Arnstadt folgen Sie dem grünen Hotel-Leitsystem (Brauhaushotel/Stadtbrauerei Arnstadt) bzw. dem weißen Wegweiser (Stadthalle)



Gleichgewicht ins Gesundheitssystem bringen

Interview mit Thüringens Gesundheitsminister Dr. Frank-Michael Pietzsch (CDU)

Krankenkassenbeiträge, Krankengeld-Privatisierung, Entmachtung der Kassen-(zahn)ärztlichen Vereinigungen – die Debatte um eine Gesundheitsreform in Deutschland scheint derzeit vor allem von Schlagworten und Ideologie geprägt. Die Rürup-Kommission hat ihren Abschlussbericht vorgelegt, das Konzept der Bundesregierung zur Reformierung des Gesundheitwesens soll im Sommer folgen. Zum Thema Gesundheitsreform sprach das „Thüringer Zahnärzteblatt“ mit Thüringens Gesundheitsminister, Dr. Frank-Michael Pietzsch (CDU).

Hat das solidarisch finanzierte Gesundheitssystem überhaupt noch eine Zukunft?

Dr. Pietzsch: Ja, davon bin ich fest überzeugt. Etwa anderes könnten wir uns unter gesellschaftlichen Aspekten auch gar nicht leisten. Wir müssen aber wieder zu den Grundwerten des Systems der Solidarität und Subsidiarität zurückfinden und sie in das notwendige Gleichgewicht bringen.

Wie schätzen Sie das Ergebnis der Arbeit der Rürup-Kommission ein?

Dr. Pietzsch: Ich stehe da irgendwo zwischen dem Vorsitzenden des Bundestagsgesundheitsausschusses, Herrn Kirschner von der SPD, und Herrn Seehofer. Herr Kirschner hat das Ergebnis als „primitiv“, Horst Seehofer als „erbärmlich“ bezeichnet. Dennoch finde ich einige bedenkenswerte Ansätze.

Mehr Mitbestimmung und Transparenz bei Reform

Angenommen, Sie müssten eine Gesundheitsreform ausarbeiten. Was konkret würden Sie denn dem derzeitigen Chaos entgegensetzen?

Dr. Pietzsch: Ich denke, wir sind es den Versicherten und den im Gesundheitswesen Tätigen schuldig, sie mehr einzubeziehen. Das heißt auch, mehr Mitbestimmung bei den Leistungen – und da scheue ich auch den Begriff Wahlleistung nicht –, mehr Mit-

bestimmung bei der Mittelverwaltung und mehr Transparenz. Der Arzt als zentrale Figur im Gesundheitswesen muss Instrumente erhalten, um diese Rolle auszufüllen. Das heißt zum Beispiel mehr Zeit für Patienten oder mehr Planungssicherheit bei der Finanzierung. Wir geben doppelt soviel für Fahrtkosten aus wie für die gesamte Rehabilitation und mehr für Arzneien als für die ärztlichen Leistungen. Da kann doch etwas nicht stimmen.

Die Heilberufler verweisen immer wieder darauf, dass das Grundproblem der gesetzlichen Krankenversicherung nicht die steigenden Ausgaben, sondern die sinkenden Einnahmen sind. Welche konkreten Vorschläge haben Sie, um die Einnahmesituation der gesetzlichen Krankenkassen zu verbessern?

Dr. Pietzsch: Ein Ende der Verschiebepahnhöfe, wie zum Beispiel durch die Riester-Rente oder die Beitragsbemessung der Arbeitslosengeldempfänger, würden ein Anfang sein. Nicht die Ausgabenentwicklung hat sich vom Bruttoinlandsprodukt abgespalten, sondern die Einnahmen der Krankenkassen bleiben zunehmend zurück. Das heißt nicht, dass auch bei den Ausgaben gespart werden muss. Aber die strukturellen Veränderungen sind mehr auf der Einnahmenseite anzusetzen.

Wären in diesem Zusammenhang eine Abschaffung der privaten Krankenkassen und die Einführung einer allgemeinen Versicherungspflicht auch für Beamte und Selbstständige sinnvoll?

Dr. Pietzsch: Das wäre das Konzept, wie es auch Rürup als eine Alternative aufgezeigt hat. Es ist in der Theorie und schon gar nicht in der Praxis durchführbar. Der Staat kann die Mehrkosten für seine Beamten gar nicht bezahlen, denn das derzeitige System der freien Heilfürsorge ist für ihn erheblich günstiger. Und die PKV kann ich auch nicht einfach aufheben. Dort gibt es Altersrückstellungen, bestandskräftige Verträge und konkrete Kalkulationen der Gesellschaften. Das ist nicht zu entflechten und wäre auch nicht sinnvoll. Schon gar nicht



Gesundheitsminister Dr. Frank-Michael Pietzsch (CDU). Foto: TMSFG

für die Zukunft, denn aus einem größeren Personenkreis resultieren auch größere Leistungsverpflichtungen.

Privatisierte Zahnbehandlung durchaus gerecht

Im Zusammenhang mit Leistungskürzungen der gesetzlichen Krankenversicherung ist auch der Vorschlag laut geworden, die Zahnbehandlung komplett aus dem Leistungskatalog der GKV auszugliedern und sie der privaten Vorsorge zu überlassen. Halten Sie einen solchen Schritt für realistisch und würde dies Ihre Unterstützung finden?

Dr. Pietzsch: Ich hielte das für gerechter als die private Absicherung des Krankengeldes. Einfach weil man durch Prävention etwas für die Zahngesundheit tun kann. Norwegen hat es gezeigt und damit ganze Jahrgänge kariesfreier Kinder geschaffen. Zudem wäre eine private Versicherung von Zahnbehandlung für die Versicherungen besser, da sie flexibler gestaltet werden kann, zum Beispiel durch Selbstbehalte. Beim Krankengeld ist das wohl kaum denkbar.

Wäre eine Privatisierung von Zahnersatz-Leistungen vertretbar?

Dr. Pietzsch: Die Bundesgesundheitsmi-

nisterin will ohnehin die Eigenbeteiligung der Patienten weiter erhöhen, also über 50 Prozent.

Wie stehen Sie zum Modell der Festzuschüsse, für das die Zahnärzte seit langem werben?

Dr. Pietzsch: Ich halte das Modell für sinnvoll und gerecht. Von Seiten der Zahnärzte sollte dies unterstützt werden. Es ist unter Seehofer gescheitert, weil man sich bei Kleinigkeiten nicht geeinigt hat. Denken Sie an die Frage, ob der Heil- und Kostenplan gebührenpflichtig sei oder nicht. Das hat so viel Ärger bereitet, dass die Rücknahme des Systems durch die rot-grüne Koalition zwar falsch, aber nicht verwunderlich war.

Die CDU/CSU hat seit kurzem die Mehrheit im Bundesrat – damit stehen die Chancen gut für Bundesratsinitiativen zur Gesundheitsreform aus unionsregierten Ländern. Wie wird Thüringen diesbezüglich aktiv werden – zum Beispiel hinsichtlich einer Einführung von Festzuschüssen oder von Vertrags- und Wahlleistungen?

Dr. Pietzsch: Die Union hat schon zur Wahl ihre Schwerpunkte genannt. Das war zwar nicht so gut zu vermitteln, wie die schönen Versprechungen der SPD, dafür müssen wir sie nicht brechen. Wir gehen dann mit diesen Maximen in die Verhandlung, wenn man sich innerhalb von Rot-Grün endlich einig ist, was denn nun Reform werden soll. Thüringen wird sich dabei vor allem für die spezifischen Belange der neuen Länder stark machen, also Aufhebung der Budgets und Angleichung der Honorare.

Sie haben wiederholt betont, dass Sie gegen eine Auflösung der bewährten Strukturen der (zahn)ärztlichen Selbstverwaltung sind. Wie real ist nach Ihrer Einschätzung die Gefahr einer schrittweisen Aufweichung oder gar Auflösung des K(Z)V-Systems?

Dr. Pietzsch: Ich denke, gerade durch die Bundesratsmehrheit der Union könnte dies verhindert werden!

Auf welche konkreten Schritte Ihrerseits können die Thüringer Zahnärzte hoffen,

um eine Auflösung des KZV-Systems zu verhindern?

Dr. Pietzsch: Die KZV sollte sich weniger auf meine Schritte als auf meine Standhaftigkeit verlassen.

GOZ-Abschlag als Teil der Gesamtreform behandeln

Die Thüringer Zahnärzte fordern seit langem die Abschaffung des 10-prozentigen Ost-Abschlages in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Mithilfe der CDU/CSU-Mehrheit im Bundesrat wäre dies endlich möglich. Wird Thüringen diesbezüglich die Initiative ergreifen? Welche anderen Schritte planen Sie, um den Ost-Abschlag zu kippen?

Dr. Pietzsch: Wir haben in Unionskreisen darüber gesprochen und sind zu der Auffassung gelangt, dass die Frage der Vergütung (zahn-)ärztlicher Leistungen im Rahmen der kommenden Reform gelöst werden muss. Dazu gehört auch der Ostabschlag, der sachlich nicht begründet ist.

Aktuelle Trends in der Zahnheilkunde

Symposium zum Jubiläum „110 Jahre Ausbildung von Zahnärzten in Jena“

Von Dr. Gottfried Wolf

Der Verein zur Förderung von Lehre und Forschung in der Zahnmedizin am Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena e. V. stellte seine diesjährige Frühjahrstagung am 26. April ganz in die Thematik eines Jubiläums. Vor 110 Jahren hatte Adolph Witzel mit der Gründung des ersten zahnärztlichen Instituts in Jena die eigenständige Studienrichtung Zahnheilkunde an der Jenaer Universität begründet. Die Retrospektiven spielten allerdings eine eher untergeordnete Rolle, die Veranstaltung beschäftigte sich ganz im Sinne von Witzel mit zukünftigen Therapieverfahren und Forschungsaufgaben. Hierbei handelte es sich aber nicht um Visionen, sondern um fachliche Aufgaben, deren praktische Anwendung sich bereits in der Realisierung befinden. Im krassen Widerspruch zu den vorgestellten positiven therapeutischen und wissenschaftlichen Arbeiten stehen die Zukunftsvisionen der politisch Verantwortlichen sowohl im Freistaat Thüringen als auch der Bundesrepublik Deutschland für

Zahnmedizin und Medizin in der universitären strukturellen Planung.

Absolventenpreis überreicht

Der Veranstaltungsort war die Aula mit dem berühmten Bildnis „Auszug der Jenenser Studenten“ von Ferdinand Hodler, das den

Kampf der Jenaer Studenten gegen Napoleon und ihren Freiheitswillen dokumentiert. Der Gedanke einer feinen Ironie gegen die Beschneidung von freier Lehre und Wissenschaft an den Universitäten durch die Politik drängte sich da wohl nur mir alleine auf.

Unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Eike Glockmann und Prof. Dr. Dr. Dieter Schumann war es gelungen, aus den



An die Jungzahnärztinnen Sabine Baumgardt und Marlen Leithold überreichte Prof. Dr. Eike Glockmann, Direktor des Jenaer Universitätszentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, den diesjährigen Absolventenpreis Zahnmedizin. Foto: Wolf

fachspezifischen Bausteinen der einzelnen zahnmedizinischen Fachbereiche ein ansprechendes, vielfältiges Mosaik von Praxis, Wissenschaft und Lehre zusammenzufügen. Nach seiner Begrüßung und vor der Einführung in die Thematik überreichte Prof. Glockmann zunächst den Absolventenpreis für den besten Studienabschluss 2002/2003 an die jungen Zahnärztinnen Sabine Baumgardt und Marlen Leithold.

Es folgten einleitende Worte zum Leben von Adolph Witzel und seinem Wirken an der Jenaer Universität (siehe auch tzb 4/03). Vorgestellt wurden unter anderem die bedeutendsten Bücher Witzels, „Compendium der Pathologie und Therapie der Pulpaerkrankungen des Zahnes“ (Risel, Hagen i.W., 1886), „Die antiseptische Behandlung der Pulpakrankheiten des Zahnes“, (Ash & Sons, Berlin, 1879) sowie „Füllen der Zähne mit Amalgam: nebst einem Anhang ueber die moderne Behandlung pulpakrankter Zähne“ (Berliner Verlagsanstalt, 1899). Diese Bücher befinden sich im Fundus der Universitätsbibliothek Jena bzw. der Bibliothek des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Faszinierend sind deren sehr gute zeichnerische Darstellungen. Zur Zeit Witzels nahm Jena den 6. Rang der deutschen Universitäten in punkto Studentenzahlen der Zahnmedizin ein. Weiterhin legte Prof. Glockmann dar, dass die Gleichstellung der Zahnmedizin mit dem akademischen Grad „Dr. med.“ die volle Integration dieses Fachgebietes in die Medizin beinhaltete. Seinerzeit (in den 80-er Jahren) bedeutete die Gründung der Sektion Stomatologie in Jena das Ende eines strukturellen Wirrwarrs. Nach der Wende wurde mit der Wiedereinführung der Graduierung Dr. med. dent. diese genannte Gleichstellung der Stomatologie mit den medizinischen Fachgebieten bedauerlicherweise wieder aufgegeben. Auf eigenen Wunsch der Mitarbeiter ging die Sektion in das Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde über. Eine Besonderheit bildet hierbei die Poliklinik für präventive Zahnheilkunde unter der Leitung von Prof. Dr. Dr. Lutz Stöber in Erfurt.

Bei Hochschulranking gut abgeschnitten

Abschließend wurde das Adolph-Witzel-Stipendium angesprochen, das der Förderverein jährlich ausschreibt – in diesem Jahr mit einem Betrag bis zu 5000 Euro – sowie die Hochschul-Rangliste der Illustrierten



Das Universitätshauptgebäude am Fürstengraben war Veranstaltungsort des Symposiums.

Foto: Wolf

„Stern“ für ausgewählte Fachgebiete. Hier nimmt die Zahnmedizin in Jena einen sehr guten Platz ein.

Der Gastvortrag wurde von Prof. Dr. Elmar Hellwig (Freiburg i. Br.) mit dem Thema „Quo vadis Zahnmedizin?“ gehalten. „Mein Thema ist eigentlich kein wissenschaftliches, sondern ein politisches Thema. Politiker, die etwas werden wollen, politisieren das Thema Zahnmedizin in der Fachhochschule und damit auch die Medizin“, sagte er einleitend. Die Zahnmedizin habe sich von der Behandlung auf dem Markt zur Hochleistungsmedizin entwickelt. Seit 1983 sei es gelungen, den dmft-Wert von 10 bis auf 1,8 bei den unter 12-Jährigen zu reduzieren. Bedauerlicherweise werde die Zahnmedizin heute reduziert auf Ästhetik, perfekte Restauration (Implantate) und alternative (zahn-)medizinische Verfahren.

Die Auswirkungen der derzeitigen Bildungs- und Wissenschaftspolitik auf die Medizinischen Fakultäten zeigen sich darin, dass die Mittel nicht mehr über den Finanzhaushalt der Universitäten gesteuert, sondern direkt von den Ländern vergeben werden. Damit entsteht ein sukzessives Herauslösen der Medizin aus dem universitären Bereich. Diese Gelder werden nunmehr per Leistungsberechnung (LOM - leistungsorientierte Mittelverteilung). Die Anzahl der Studienabgänger ist gesunken. Im Studium befinden sich über 50 Prozent Frauen. Die Überalterung der Zahnärzte schreitet stetig voran. Diese Veränderung der zahnärztlichen Situation, das heißt zunehmender Mangel an Zahnärzten in der Praxis, wird zusätzlich verstärkt durch Abwerbung von Zahnärzten in andere Länder mit besseren Voraussetzungen zur Berufsausübung.

Hellwig fasste die Prognose in kurze Aussagen: „Ein akademisches Fach zeichnet sich dadurch aus, dass es sich auf der Basis einer eigenen originären Forschung bewegt. Ist diese nicht vorhanden, haben wir den Status einer Fachhochschule.“ Die Zukunft der Zahnmedizin könnte einen neuen Stellenwert einnehmen mit Forschungsschwerpunkten innerhalb der Fakultät und eventuell der Entwicklung eigener Themen wie Früherkennung von Infektionserkrankungen, Vaccineentwicklung, Gendiagnostik und -technik. Am Beispiel der Gentechnik wurden die molekularen Grundlagen der Biofilmentwicklung angesprochen. Hinsichtlich fachlicher Publikationen nehme Deutschland einen Spitzenrang ein. In der Ausbildung dagegen finde vielerorts eine Stagnation statt. Das Curriculum müsse entrümpelt, überflüssige Angebote müssten eliminiert, die Zusammenarbeit mit anderen Fächern verbessert und neue Fächer eingeführt werden – und zwar unter Erhalt der hervorragenden klinischen Lehre am Zahnarztstuhl. In der Vorklinik sollte nach Einschätzung des Referenten weniger die Technik zu Gunsten von mehr Klinik dominieren. Dies bedeute die (Wieder-)Einführung der Postgraduierungsausbildung – auch gegen den Willen der Zahnärztekammern. Als weitere Zukunftsforderungen gelten die verbesserte Motivation der Studierenden und das so genannte e-Learning. Für die Universitätszahnkliniken prognostizierte Hellwig eine verstärkte Konkurrenz untereinander, um im Hochschulranking zu bestehen. Dies bedeute auch mehr Wettbewerb um Studenten und fortbildungswillige Absolventen. Die Dozenten werden eine Ausbildung in Didaktik nachweisen müssen. Diese Entwicklungen seien notwendig, um die immer größer werdende Diskrepanz zwischen notwendiger Wissens-

vermittlung und zur Verfügung stehender Ressourcen zu bewältigen.

Vorträge aus einzelnen Fachgebieten

Mit dem Thema „Stellung der Fluoride in der Kariesprävention“ begann Prof. Dr. Dr. Lutz Stöber den fachlichen Teil der Eigenarbeiten aus dem Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der FSU Jena. Der Auseinandersetzung mit der Empfehlung der DGZMK zur Fluoridierung und der Kontroverse zu K. E. Bergmann (Deutsche Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, 2003), der auch heute noch die Tabletten-Fluoridierung proklamiert, folgten die Erfurter Erfahrungen. „Die Erfolgsstory in Thüringen zeigt in der Piperstudie einen massiven Rückgang des DMFT.“ Dies wurde mit eindrucksvollen grafischen Darstellungen belegt. Warum keine Tabletten-Fluoridierung mehr? Es gibt keine Tablette gegen Karies. Tabletten können zur Abhängigkeit führen. Bei mangelhafter Compliance sind sie genauso nutzlos wie andere präventive Verfahren. Ebenso besteht ein Fluoroserisiko. Dies wurde von Stöber anhand von Fotodokumentationen dargestellt. Bei guter Compliance sind auch andere Verfahren möglich. Das Primat ist der lokale F-Effekt. Die Wirkung des Fluorids wird an der Zahnoberfläche gesehen und nicht mehr bei der Mineralisation der Zahnschmelze. Schützmannsky stellte bereits 1972 fest, dass die Tablettenfluoridierung eine geringe Wirkung hat. Die Erhöhung von 250 auf 500 ppm F in der lokalen Fluoridierung wird von Bergmann abgelehnt mit der Begründung, das Verschlucken der Zahnpaste sei gesundheitsschädigend. Dies wurde nicht nachgewiesen. Bekannt sind aber Additionseffekte von Tabletten und fluoridiertem Salz.

Heute spricht man nicht mehr von systemischer und lokaler Wirkung, sondern nur vom Lokaleffekt der Fluoridierung. Die abschließende Kariesrisikostudie aus eigenem Haus zeigte kariespräventive Effekte des Zähneputzens. Eine niedrige Fluoridkonzentration an der Zahnoberfläche sollte immer gewährleistet sein.

Schlussfolgerungen: Die Fluoridverfügbarkeit hat zugenommen. Die Fluorid-Anamnese soll bei lokaler F-Applikation berücksichtigt werden. Auch fluoridiertes Salz und fluoridhaltige Tabletten entfalten primär einen lo-



Mit etwa 200 teilnehmenden Zahnärzten und Studenten war das Symposium gut besucht.



Neben an der Jenaer Zahnklinik aktiven Wissenschaftlern und Gastreferenten nahmen auch einige emeritierte Professoren an dem Symposium teil. Im Bild: Prof. Dr. Georg Lange, Prof. Dr. Harald Küpper, Prof. Dr. Ingrid Hoyer, Prof. Dr. Heinz Graf, Prof. Dr. Elmar Hellwig und Prof. Dr. Dr. Lutz Stöber (v.l.).
Fotos (2): Wolf

kalen Effekt. Bei allen präventiven Maßnahmen ist der Fortführung des Mundhygienetrainings größte Bedeutung beizumessen. In der anschließenden Diskussion wurden Fragen zur Fluoridierung geklärt.

Nach der Pause trug Prof. Dr. Dr. Witold Zenk die Gemeinschaftsarbeit (Zinner, Schleier, Kopp) zum Thema „Methodischer Stand für operationspflichtige Kieferanomalien“ vor. Die Indikation zum operativen Vorgehen wird entschieden durch das Ausmaß der funktionellen Störung und häufig damit auch einer eingeschränkten ästhetischen Situation. Alter (Abschluss des Schädelwachstums), Dysgnathieform und Compliance des Patienten sind entscheidend für Operation. Die kausale Therapie besteht darin, dass die skelettale Diskrepanz korrigiert wird. Die Planung kann auf den Grundlagen von CAD/CAM-Anwendungen (Inversions-Referenzmodell) vorgenommen werden.

Die kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Operationsverfahren schließen folgende Schritte ein: Osteotomie, Mobilisation, Transposition, Fixation (mit Darstellung der Fixation), Retention. Es folgte die Vorstellung

der Unterkiefer-Osteotomie nach Schuchardt (retromolare sagittale Osteotomie). Wichtig bei den Unterkieferosteotomien ist, dass der Gelenkkopf in der Pfanne positioniert bleibt. Mittels Video und Patientenfotos folgte die Darstellung eigener Operationen wie Therapie der Laterognathie mit seitlich offenem Biss, Mittelgesichtsosteotomien (Le Fort I-Osteotomie). Hierbei handelte es sich um eine Progenie mit Unterkieferfrontzahnvorbiß von 21 mm bei einer operativen Oberkiefer-Vorverlagerung von 10 mm und der Unterkiefer-Rückverlagerung. Die chirurgisch unterstützte Gaumennahterweiterung (GNE) wird seit acht Jahren auf der Le Fort I-Ebene durchgeführt und am Beispiel erklärt. Bei den operativen Verfahren ist zu beachten, dass sich die skelettale Veränderung nicht 1:1 auf die Weichteile überträgt. Zu dieser Feststellung entwickelte OA Dr. Stefan Kopp in Zusammenarbeit mit dem Fraunhoferinstitut die farbcodierte Darstellung der Formveränderungen im Gesicht per Computer.

OA Dr. Peter Schleier stellte Indikation und Methoden der endoskopisch kontrollierten Sinuslifttechnik mit der Präzisierung „Der

Interne Sinuslift – eine Alternative zum konventionellen Vorgehen“ vor. Nach einer kurzen Einführung zu Anatomie und Pathologie widmete er sich den Methoden und Möglichkeiten der Augmentation. Die Resorption des Alveolarfortsatzes nach Zahnextraktion mit Aktivierung der osteoklastischen Aktivität durch Prothesendruck führt zu einem insuffizienten Knochenvolumen. Ein Angebot von 4 – 5 mm Knochen ist nicht ausreichend für das Setzen von Implantaten. Vorgestellt wurden die Auflagerungsplastik und der zweizeitige konventioneller Sinuslift. Der konventionelle (offene zweizeitige) erfolgt ohne Perforation der Kieferhöhlenschleimhaut. Der interne (geschlossene) Sinuslift dagegen erfordert nur einen minimalen Zugang durch die Alveole. Beim endoskopisch kontrollierten Sinuslift ohne Eröffnung der Kieferhöhle erfolgt die Anhebung der Schneiderschen Membran. Damit entsteht der erforderliche Raum für die Knochenapposition und somit für das Implantat. Das Verfahren ist jederzeit erweiterbar. Dabei liegen die Vorteile in der Zeitersparnis und im minimal-invasiven Vorgehen.

Zum Zeitpunkt der prothetischen Belastung der Implantate äußerte sich Schleier, dass die klassischen Angaben bei drei Monaten im Unterkiefer und sechs Monaten im Oberkiefer liegen. Die Jenaer Meinung befürwortet einen wesentlich früheren Zeitpunkt. Allerdings ist der Röntgenbefund mit Knochenapposition (zum Beispiel vier Wochen nach Implantation) nicht ausreichend. CT-Befunde weisen zum Beispiel im Oberkiefer Knochenmembranen nach. Das Verfahren ist aber zu kostspielig und auch in der Aussage nicht ausreichend. Das neue Verfahren der Resonanzfrequenzanalyse gibt wesentlich präziser Auskunft über den Belastungszeitpunkt und ermöglicht somit eine Frühbelastung schon nach sechs Wochen im Oberkieferseitenzahnbereich (bisherige Ergebnisse). In der Diskussion gab Dr. Schleier an, vier bis sechs Wochen nach Implantation mit der prothetischen Versorgung beginnen zu können, so dass nach zwei Monaten eine Inkorporation des Zahnersatzes möglich ist. Diese allerdings ersten experimentellen Aussagen wurden von Prof. Zenk zum jetzigen Zeitpunkt als etwas zu euphorisch gewertet. Gegenwärtig seien Sofortversorgungen von vier intraforaminalen Implantaten im Unterkiefer gängig und gesichert möglich, meinte Zenk.



Prof. Dr. Eike Glockmann und Prof. Dr. Dr. Lutz Stöjer (v. l.).

Foto: Wolf



Modernste Behandlungs- und Forschungsmöglichkeiten im Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Universität Jena, hier in der Poliklinik für konservierende Zahnheilkunde. Den Bogen zur Gegenwart der Zahnmedizin schlug das Symposium mit einer Reihe von Fachvorträgen.

Foto: Zeiß

Funktionsdiagnostik und Therapie

Die Reihe der Nachmittagsvorträge wurden angeführt von Prof. Dr. Wolfgang B. Freesmeier (Berlin) mit den Betrachtungen „Heutiger Stand der Funktionsdiagnostik und Therapie“. Die Standarddiagnostik der Kiefergelenksymptomatik geht auf Krogh-Poulsen in den 50-er

Jahren zurück. Auch heute sind noch die entscheidenden Untersuchungskriterien Visitation, Palpation, Auskultation, Befundung von Zähnen und Parodont, Muskulatur und Kiefergelenk. In der erweiterten Diagnostik steht zum Beispiel auch die Haltungsdagnostik, die er mit einem Fall bei Beckenschiefstand bildlich demonstrierte. Zur instrumentellen Analyse gehört Artikulatoriagnostik. Sie dient der Feststellung der okklusalen Diffe-

renzen, gibt aber nicht die biologische Struktur (zum Beispiel die Zahnbeweglichkeit) an. Die bildgebenden Verfahren (OPTG, schräg-laterale Röntgenbilder) sind nur bedingt anwendbar. Günstiger ist hier das CT. Eine wichtige Rolle spielt die psychosoziale Diagnostik (zum Beispiel Lebensereignislisten). In der Therapie hat die initiale Schmerzeseitigung (Medikamente, Physiotherapie, Schienen zum Beispiel nach Drum zur okklusalen Entkopplung, Interzeptoren zur Ausschaltung der Parafunktionen) den Vorrang. Es folgt Verhaltenstherapie (Psychotherapie). In der kausalen Therapie sollte die Ursache ausdiagnostiziert sein. Medikamente, Okklusionsschienen, Äquilibrationsschiene sowie Positionierungsschienen gefolgt von Verhaltenstherapie, Physiotherapie (Bewegungstherapie, manuelle Mobilisierung, Haltungstherapie mit gymnastischen Übungen) sind die Mittel der Wahl. In der definitiven Therapie folgen Einschleifen, Restauration, kieferorthopädische und kieferchirurgische Maßnahmen.

Paradigmenwechsel in Parodontologie

Über den Paradigmenwechsel in der Parodontologie referierte Prof. Dr. Gisela Klinger. Beginn die Zahnmedizin bei Witzel mit Zahnerhaltung, zahnärztlicher Chirurgie und Prothetik, so fand das Denkmodell Therapie seine Umwandlung zur Prävention. Heute sind präventive Maßnahmen realistische Optionen.

Lokale bakterielle Ursachen für Zahnerkrankungen wurden 1683 von Leeuwenhoeck festgestellt. Vor 1965 wurden lokale Ursachen weitgehend ignoriert, endogene Ursachen waren wenig bekannt. Die Herdlehre führte zu „Exodontismus“. Funktionelle Ursachen standen im Vordergrund der Parodontitis-theorien.

Löe, Theilade und Jensen kamen 1965 zu der Auffassung „Bakterielle Plaque ist die einzige Ursache entzündlicher Parodontalerkrankungen“. Dieser Paradigmenwechsel führte zur Entwicklung der Mikrobiologie in der Parodontologie und in der Folge zur Entdeckung parodontopathogener Anaerobier. Als exogene Ursache spielt das Rauchen eine weitere erhebliche Rolle. Parodontitis-ätiologie ist das Ungleichgewicht von Immunologie und exogenen Einwirkungen. Bakterielle Effekte entstehen vorwiegend durch Anaerobier, die Chemotaxis und Phagocytose schädigen. In der Auffassung der „Parodon-

tologie 2000“ beeinflussen neuere Erkenntnisse über die Wechselwirkungen von Parodontopathologie und systemische Erkrankungen sowohl die wissenschaftliche wie auch die öffentliche Meinung. Die Studien zur pathologischen Beeinflussung parodontaler Erkrankungen auf zum Beispiel Angina pectoris, Herzinfarkt, Schlaganfall wurden euphorisch überbewertet. Derzeitige Untersuchungsergebnisse konnten ein erhöhtes Infarktrisiko nicht bestätigen. Ebenso wurde die These von Offenbacher (1996), wonach Parodontitis als Risikofaktor für mögliche Frühgeburt in Frage kommt, widerlegt. An der Universität Jena untersuchte 146 schwangere Frauen brachten keine Bestätigung dieser These, da keine Unterschiede zwischen parodontitisgesunden und parodontitis-kranken Frauen festgestellt werden konnten. Die Untersuchungen von Offenbacher fanden vor allem bei Schwangeren in geringerem Sozialstatus sowie bei Afrikanerinnen in Harlem mit anderen Risikofaktoren statt. Daraus kann man ableiten, dass in Mitteleuropa für Schwangere kein erhöhtes Risiko für eine parodontitisbedingte Frühgeburt bzw. ein niedrigeres Geburtsgewicht besteht. Die These von Offenbacher, dass Patienten ohne bakterielle Entzündungen des Zahnhalteapparates im Durchschnitt sieben Jahre länger leben könnten, würde unter anderem zu dem Irrtum führen, dass zahnlose Patienten risikoärmer leben. Dies würde die Gefahr der „Entzahnung“ bedeuten. Plaque- und Biofilmentfernung sind weiterhin die akutesten Folgerungen aus dem Paradigmenwechsel in der Parodontologie.

Professor Dr. Harald Küpper hielt den Vortrag zu einer Gemeinschaftsarbeit (Glockmann, Hoyer), die neue Gesichtspunkte zur Stabilisierung endodontisch behandelter Zähne beinhaltete. Nach einem hochschulpolitischen Statement widmete sich der Referent zuerst dem Thema Stiftaufbau. Diese Versorgungsart führt nicht immer zur Stabilisierung des Zahnes. In der anschließenden Darstellung der Versorgung von frakturierten Kronen der Zähne 11 und 21 mit Titanstiftaufbauten begründete er die Forderung, dass apikal ungefähr ein mindestens vier mm langer Abschluss der ursprünglichen Wurzelfüllung gegeben sein muss. Folgende allgemeine Anforderungen an Stiftaufbauten sollten erfüllt sein: pressfreie Passung, keine Keilwirkung, maximale Kongruenz zum Stiftbett, Zementabfluss, Drehsicherung, ausreichende Stiftlänge und Aufpassungsfläche. Konische Stifte können eine Keilwirkung hervorrufen. Bei zylindrischen kann dies nicht auftreten, dafür können sie aber zu seitlichen Perforationen im

apikalen Bereich führen. Bei der Wurzelbehandlung sollte versucht werden, mit möglichst kleinen Eingangskavitäten auszukommen, um optimal viel Zahnschubstanz zu erhalten. Bei genügend Restzahnschubstanz ist es aus Gründen der Stabilität günstiger, adhäsiv zu verschließen und aufzubauen. Weiter wurden für den Molarenbereich geteilte Stiftaufbauten vorgestellt. Weitere Themen waren die Cerakap-Versorgung sowie die Endokerne durch Cerec 3 mit mechanischer adhäsiver Verzahnung.

Neue Wege in Brückenherstellung

Über neue Wege zur Brückenherstellung referierte Frau PD Dr. Florentine Jahn. Dies war ebenfalls eine Gemeinschaftsarbeit (Börner, Carstens, Küpper). Insgesamt ist ein Anstieg von vollkeramischen Versorgungen zu verzeichnen. Es folgten die graphischen Darstellungen zu Festigkeitssteigerungen von Dentalkeramiken. IPS Empress Keramik wurde zum Beispiel weiterentwickelt zu Empress 2. Die Gerüstmodellation einer Keramikbrücke erfordert Dimensionen für ausreichende Stärke. Dies wurde am Beispiel einer Frontzahnbrücke demonstriert. Heutige gängige moderne Verfahren sind Versorgungen mit dem Cerec 3 bzw. die Anwendung von Zirkonoxid. Bei letzterem ergab die Bruchfestigkeit einen Schwellenwert von 1500 bis 2000 N. Gefordert sind 1000 N. Die Vortragsreihe wurde abgeschlossen von Prof. Dr. Dieter Welker. Er referierte über prinzipielle Trends (chemische und funktionelle Biokompatibilität, Rationalisierung, Wirtschaftlichkeit, Ergonomie) und aktuelle Entwicklungen bei zahnmedizinischen Werkstoffen (Komposite und Modifikationen, Dentinhaftvermittlersysteme, Ti-Legierungen, Fügetechnologien, Lasersintern, Oxidkeramiken und CAD/CAM-Verfahren, elektro-phoretische Keramikabscheidung). Werkstoffeinsatz geht längst weit über Strukturersatz und Funktionswiederherstellung hinaus. Eine präventiv wirksame restaurative Therapie ist ohne moderne Werkstoffe nicht möglich. Der quantitative Aspekt wurde anhand von Datenmaterial, das unter www.dgzpw.de nachgelesen werden kann, besprochen. Dach werden sich die restaurative Therapie und der Bedarf an Werkstoffen bis zum Jahr 2020 hin zu hochwertiger Versorgung beim älteren Patienten entwickeln – ein Trend, für den die zahnmedizinische Werkstoffkunde gerüstet ist. In Ergänzung zum Vortrag wurden drei Poster präsentiert: Füllungskunststoffe (Rzanny), Legierungs-Kunststoff-Verbindsysteme (Göbel), Werkstoffzubereitung (Teubner/Welker).

Die Zuverlässigkeit in Person

Sigrid Erfurth in den Ruhestand verabschiedet

Von Dr. Gottfried Wolf

Nach achtjähriger Tätigkeit in der Landes-zahnärztekammer Thüringen wurde die Mitar-beiterin der Landes Zahnärztekammer, Sigrid Erfurth, Ende April von Vorstand und Mit-arbeitern verabschiedet. Sie geht in den wohl-verdienten Ruhestand.

Als Frau Erfurth vor fast acht Jahren ihre Tätigkeit als Sekretärin des Vorstan-des und der Geschäftsführung aufnahm – damals noch in der Mittelhäuser Straße – wurde lediglich registriert, dass mit den wachsenden Aufgaben der Zahnärztekammer auch ein neues Gesicht erschien und somit der Erweiterung des Arbeitsfeldes Rechnung getragen wurde. Dieser Eindruck wurde noch bestärkt dadurch, dass Frau Erfurt sehr intensiv, aber ruhig die ihr aufgetra-genen Arbeiten verrichtete. Nun hatte auch der Vorstand eine Mitarbeiterin, die akribisch jedes gesprochene Wort dokumentierte und so für die exakten und terminlich genauen Vorlagen der Vorstands-

sitzung sorgte. Der erste Eindruck für mich über ihre Arbeitsweise zur ersten Vorstands-sitzung war: Eine Unmenge sauber gespitzter Bleistifte akkurat neben dem Arbeitsblock angeordnet; trotz des Diktiergerätes als Hilfsmittel.

Sehr schnell hatte sich Frau Erfurth in ihr Aufgabenfeld mit beispielhafter Zuverlässig-keit eingearbeitet. Mich faszinierte ihr Ge-dächtnis, in dem sie eine große Anzahl vorangegangener Vorstandssitzungen, be-sonders aber von Beschlüssen „speicherte“ und diese Daten zum erforderlichen Zeit-punkt vorlegte. Dieser Fleiß und die Zu-verlässigkeit sowie das freundliche Wesen brachten Frau Erfurth sehr schnell die Sym-pathien sowohl der ehrenamtlich in der Zahnärztekammer tätigen Zahnärzte als auch der Mitarbeiter ein.

Sicherlich war es auch nicht immer leicht, private Vorhaben hintenan zu stellen, weil manche Vorstandssitzung wieder einmal länger dauerte.



Feierlich verabschiedet: Sigrid Erfurth.
Foto: LZKTh

Wir alle gönnen Frau Erfurth den Ruhestand und wünschen ihr viele frohe Stunden in dieser nun so wohlverdienten Freizeit bei bester Gesundheit. Für die geleistete Arbeit, aber auch für die Kollegialität möchten sich Vor-stand und Mitarbeiter der Landes Zahnärzte-kammer ganz herzlich bedanken.

Adolph-Witzel-Akademie informiert

Für folgende Kurse aus dem Fortbildungs-programm „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 -185

Anmeldungen:
bitte schriftlich an die LZKTh,
Barbarosahof 16, 99092 Erfurt
oder per E-mail an: fb@lzkth.de

Datum	Ort	Thema	Wissenschaftliche Leitung	Teilnehmer-gebühr/€	Kurs-Nr.
Fr. 23.05.2003	Erfurt	Mikrobiologische Diagnostik und antibiotische Therapie der Parodontalerkrankungen	Eick, Isserstedt	140,-/ZÄ	030036
Fr. 23.05.2003	Erfurt	Der Infektion die Zähne zeigen!	Bernecker, Norderstedt	70,-/ZAH	030037
Sa. 24.05.2003	Erfurt	Die Abrechnung von Chirurgie, Parodontologie, Implantaten und Suprakonstruktion	Sieg-Küster, Wülfrath	140,-/ZAH	030040
Fr. 13.06.2003/ Sa. 14.06.2003	Erfurt	Dysfunktionsbedingte Erkrankungen des Kauorgans – Diagnostik, Initialtherapie durch Einschleifen, Aufbissbehelfe	Meyer, Greifswald Asselmeyer, Greifswald	350,-/ZÄ	030043
Sa. 14.06.2003	Erfurt	Das Allroundgenie an der Rezeption	Kühn, Seeshaupt	130,-/ZAH	030045
Fr. 20.06.2003/ Sa. 21.06.2003	Erfurt	Angewandte Akupunktur in der Zahnmedizin für mäßig Fortgeschrittene mit praktischen Übungen	Gaus, Strassberg	320,-/ZÄ	030046

www.lzkth.de

Fortbildungskurse online buchen

Tipps zu nützlichen Funktionen auf den Internetseiten der LZKTh

Von Sibylle Büttner

Auf den Internetseiten der Landeszahnärztekammer kann man viele interessante und wissenswerte Dinge für den Praxisalltag nachlesen. Unter der Kategorie „Zahnärzte“ wird das gesamte aktuelle Fortbildungsangebot der Fortbildungsakademie „Adolph Witzel“ der Landeszahnärztekammer Thüringen veröffentlicht.

Nach einem Klick auf „Fortbildung“ wird die aktuelle Kursübersicht mit den Kursterminen, dem Veranstaltungsort, dem Thema, dem Fachgebiet und der Kursnummer angezeigt. Diese Darstellung entspricht der Themenübersicht des Fortbildungs-Heftes. Durch einen weiteren Klick auf einen ausgewählten Termin erhält man weitergehende wichtige Informationen zum ausgewählten Kurs. Die Kursnummer, Kursdauer, genaue Bezeichnung, Kursinhalt, Gebühren und mehr werden angezeigt. Auch diese Darstellung entspricht dem bekannten Aufbau des Fortbildungsheftes.

Natürlich können sich Zahnärzte nicht nur komplett über den ausgewählten Fortbildungskurs informieren, sie können sich auch sofort online anmelden. Dazu bestehen zwei Möglichkeiten - sowohl oben rechts als auch am unteren Ende der Seite findet man dazu einen Anmelde-Button, den man einfach anklickt.

Nach dem Klick auf „Anmeldung“ erscheint ein Anmeldeformular, welches man ausfüllt und anschließend abschiebt, in dem man auf „senden“ klickt. Umgehend erhält man eine positive Information über den Erfolg der Online-Anmeldung.

Wie üblich erhalten die Kursinteressenten weiterhin vier Wochen vor Kursbeginn schriftlich eine Zu- oder Absage zum Kurs. Natürlich kann man sich auch weiterhin schriftlich oder per Fax zu einem Fortbildungskurs anmelden.

Durch einen Klick auf den Button „Drucken“ am Seitenende kann eine Kursübersicht mit

Zahnärzte - Fortbildung		Termin#	Anmeldung
Kursnummer: 030025	Kursart: Zahnärzte		
Kursdauer: 14 Std.	Tage: 2	Ort: SZ 2 / Phantodivision	
Fachgebiet: Parodontologie	Kurs 03/02/04		
Bezeichnung: Parodontologie für die Praxis - Kurs 5			
Inhalt: Parodontale Zahnerhaltung			
Kurs mit Demonstration und praktischen Übungen			
- Parodontologie und Füllungen			
- Einschleifen, Schienung und Rekonstruktion unter parodontologischen Aspekten			
- Demonstration und praktische Übungen zur Kaufschengestaltung			
- Parodontal atraumatische (schrägenale) Präparationen			
- Zahnheils- und Parodontium (Ätiologie und Therapie von Zahnheilsdefekten, Kunststoff-, Götterfüllungen etc.)			
- Präzisionsrechter Einsatz von Artikulatoren			
Referenzen: 1. Prof. Dr. med. habil. Kurt Hents			
Termin:	Von:	Bis:	
1. 18.06.2003	14:00	20:00	
2. 17.06.2003	09:00	17:00	
Zahnärzte:	Gebühr (€):	Teilnehmer:	
Assistenten:	305,00	Max. Anzahl: 20	
Helferinnen:	0,00	Anz. Teiln.: 20	
Anmeldung		Drucken	

Kurs-Nr: 030025	akt. Termin: 25.04.2003	Anmeldung: 24.04.2003
Zahnarztpraxis/ Name*:	Mustermann	
Strasse, Nr*:	Musterweg	
PLZ*:	99096	
Ort*:	Erfurt	
Telefon:		
eMail-Adresse*:	mustermann@t-online.de	
Betreff:	Anmeldung zum Kurs-Nr. 030025, am 25.04.2003	
* - unbedingt angeben		
Teilnehmer:	Vorname:	Name:
1*:	Claudia	Mustermann
2.		
3.		
4.		
5.		
zurück		zurücksetzen
senden		

Die aktuelle Kursübersicht findet man mit einem Klick (oben). – Online-Anmeldung per Mausclick (unten).

allen wichtigen Daten ausgedruckt werden. Sollte ein Kurs ausgebucht sein, so wird auch dies deutlich veröffentlicht. Die Aktualisierung der Fortbildungsdaten im Internet erfolgt täglich. Sobald das Fortbildungsprogramm für das Herbstsemester 2003 komplett ist, wird es ebenfalls im Internet veröffentlicht.

Die Internetseiten der Kammer verfügen über eine Suchfunktion. Das heißt, man kann nach jedem Wort, sinnvollerweise einem Fachbegriff, suchen. Durch Ausfüllen des Eingabefeldes „Suchbegriff“ wird eine Volltextsuche über den gesamten Inhalt der Kammerseiten ausgelöst. Auf die Such-

anfrage „Implantologie“ erhält man zum Beispiel neun Suchergebnisse. Auf diese Suchergebnisse kann man klicken und kommt so auf die Seite mit dem gesuchten Inhalt. Die Suchfunktion erstreckt sich allerdings nicht auf die Inhalte anderer Internetseiten, zum Beispiel von Fachgesellschaften.

Noch ein Hinweis auf eine weitere wichtige Informationsquelle in der Kategorie „Presse“: Unter dem Stichpunkt „Termine“ werden bundesweite Kongress- und Messetermine sowie ein Terminplan für Thüringen ständig aktualisiert und veröffentlicht.

Anfragen: edv@lzkth.de

Für die Zukunft handeln – Mitarbeiter motivieren – Steuern sparen

Betriebliche Altersvorsorge für Mitarbeiter

Mehr und mehr sind die Rentensituation, die Überalterung der Gesellschaft und leere Staatskassen Themen, über die in den Medien täglich berichtet wird und die uns immer mehr verunsichern. Das Unvermögen des Staates, diese Situation in den Griff zu bekommen, wird immer deutlicher. Welche Möglichkeiten es bereits heute gibt, finanzielle Sicherheit im Alter zu erlangen, wird oft diffus dargestellt und gibt eher Rätsel auf, anstatt aufzuklären.

Obwohl jeder weiß, dass die gesetzlichen Renten gerade den heute 20- bis 40-jährigen eine finanzielle Sicherheit im Alter nicht mehr bieten, geht die Initiative für eine zusätzliche Altersversorgung meist von den Unternehmen aus. Junge Leute denken heute weder an ihre Rente noch an die Möglichkeit einer betrieblichen Altersversorgung und bewusste Arbeitgeber sind deshalb in einer besonderen Verantwortung. Sie können das thematisieren und wir, von der Hamburg-Mannheimer Versicherungs-AG, werden mit Ihnen über die betriebliche Altersvorsorge Ihrer Mitarbeiter reden, wenn Sie es wünschen.

Neben der Absicherung Ihrer Mitarbeiter ergeben sich Vorteile für Ihre Praxis, wie Einsparung von Sozialabgaben oder Bindung qualifizierter Mitarbeiter an das Unternehmen und das alles bei einer unkomplizierten Verfahrensweise ohne Mehrkosten.

Die Hamburg-Mannheimer Versicherungs-AG ist ein Lebensversicherer mit enormer Finanzkraft, einer über 100-jährigen Tradition und hohen Reserven für eine solide Partnerschaft. Unabhängige Ratingagenturen wie „Standard & Poors“ setzten die Hamburg-Mannheimer auf den 1. Platz bei der Bewertung der Finanzkraft von Versicherungsunternehmen in Deutschland. Speziell für die Altersvorsorge ausgebildete Mitarbeiter können mit Ihnen die Möglichkeit auswählen, die gerade für Ihre Praxis effektiv ist.

Ihre Hamburg-Mannheimer Versicherungs-AG.

Wege zur Kostensenkung in der GKV

CDU-Veranstaltung zur Zukunft der Gesundheitspolitik im Ilmkreis

Von Dr. Karl-Heinz Müller

Die Bundestagsabgeordnete Claudia Nolte (CDU), in der Kohl-Regierung zuletzt Familienministerin, hatte am 9. April in ihrem Wahlkreis zu einem Diskussionsabend nach Geschwenda (Ilmkreis) geladen. Als besonderen Gast stellte sie die gesundheitspolitische Sprecherin der Unionsfraktion im Deutschen Bundestag, Annette Widmann-Mauz, vor. Der Vorsitzende der KZV Thüringen, Dr. Karl-Friedrich Rommel, die KZV-Kreisstellenvorsitzende Dr. Karin Hagen und Dr. Wolfgang Burzlaff, Kreisstellenvorsitzender der LZK Thüringen in Ilmenau, waren unter den Diskussionsteilnehmern anwesend.

Claudia Nolte führte kurz in das Thema ein und Annette Widmann-Mauz referierte dann über die allgemein bekannten CDU/CSU-Überlegungen zur gesetzlichen Krankenversicherung. Die Sozialabgaben sollen nach

deren Vorstellungen unter 40 Prozent sinken, der Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf 13 Prozent. Die CDU-Gesundheitsexpertin erklärte ausführlich, wie das aus Sicht der Union erreichbar sein kann. Sie nannte die Möglichkeit, Freizeitanfälle privat zu versichern, was aber schwer überprüfbar sei. Auch die Herausnahme des Krankentagegeldes aus der GKV sei nicht einfach machbar. Die Lasten auf alle Steuerzahler zu verteilen, hielt Widmann-Mauz auch nicht für praktikabel.

Deshalb, so die Politikerin, halte die Unionsfraktion die Herausnahme der kompletten Zahnbehandlung aus der GKV für sinnvoll. Dadurch könnten 1,2 Prozent-Punkte Beitragssatzzahlung eingespart werden, rechnete Widmann-Mauz vor. Private Krankensversicherer hätten Modellrechnungen angestellt, wonach eine private Zahnbehandlung für 25 bis 30 € abzusichern sein soll. Sozial

Schwächere sollten entsprechend den Möglichkeiten entlastet werden.

Privatisierung der Zahnbehandlung

Als einer der ersten meldete sich Dr. Rommel in der Diskussion. Er trug vor, dass die Zahnärzte den Weg der CDU zum Herauslösen der Zahnbehandlung aus der GKV zwar mitgehen würden. Voraussetzung dafür sei aber, dass die Bedingungen im Umfeld stimmen, die Änderungen nicht einseitig zu Lasten der Zahnärzteschaft gehen und eine abgestimmte Zeitschiene über mehrere Jahre notwendig ist. Die ins Feld geführte Absenkung der Beitragssätze um 1,2 Prozent durch die Herausnahme der Zahnbehandlung bezeichnete er als Augenwischerei, weil in den letzten Jahren die Ausgaben für die Zahnbehandlung stetig abgenommen hätten. In einigen Jahren würden sie vielleicht nur noch ein oder gar nur 0,8 Prozent-Punkte ausmachen. Dafür erntete Dr. Rommel großen Applaus. Um die Einnahmen der GKV zu steigern, sei als erstes das Beamtenrecht zu reformieren, schlug er vor.

Ost-Abschlag in GOZ streichen

Eine Zahntechnikerin merkte an, dass die – zu diesem Zeitpunkt noch diskutierte – Mehrwertsteuererhöhung auf 16 Prozent viele Labors an den Rand der Existenznot triebe. (Inzwischen hat der Bundesrat die umstrittenen Steuergesetze der Bundesregierung weitgehend gekippt.) Sie kritisierte auch die gleichzeitige fünfprozentige Kapung der Zahntechnikerpreise. Auf die Frage, warum die Gehälter im Osten noch immer nicht auf Westniveau seien, verwies Widmann-Mauz auf das Wahlprogramm der CDU. Dort sei die Angleichung bis 2006 als Ziel ausgewiesen.

Hier warf Dr. Rommel ein, dass die CDU/CSU doch im Bundesrat über die Zweidrittelmehrheit verfüge. Damit könne zumindest der GOZ-Abschlag Ost sofort abgeschafft werden. Dafür gab es großen Beifall von allen Zuhörern.



Die gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU im Bundestag, Annette Widmann-Mauz (stehend), auf dem Forum im Ilmkreis. Foto: Müller

Zwangsbildung und andere Fragen

Kreisstellenversammlungen der KZV Thüringen

Von Mathias Eckardt



Kreisstellenreferent Mathias Eckardt
Foto: KZV

Inzwischen hat in fast allen Kreisstellen die Wahl der KZV-Kreisstellenvorsitzenden und deren Stellvertreter stattgefunden. Ich möchte allen Gewählten für ihr Ehrenamt viel Erfolg wünschen.

In einigen Kreisstellen war ich eingeladen und möchte ein paar Eindrücke wiedergeben und auf Fragen eingehen. Als generelle Feststellung bleibt zu sagen, dass die Arbeit des KZV-Vorstandes eine breite Zustimmung unter den Kolleginnen und Kollegen findet. Noch laufen die Vertragsverhandlungen mit den BKK und den Ersatzkassen für das Jahr 2003 und unsere KZV-Vorsitzenden, Dr. Karl-Friedrich Rommel und Klaus-Dieter Panzner sind immer vor Ort, wenn es Thüringer Interessen erfordern. Nebenbei gesagt, wenn beide ein bis drei Tage in der Woche unterwegs sind, geht das immer zu Lasten der eigenen Praxis. Es gehört großer Idealismus dazu, die eigenen Interessen hinter die Interessen der Thüringer Kollegenschaft zu stellen.

In einer Kreisstelle berichtete ein jüngerer Kollege über seine Erfahrungen, die er in

seiner Vorbereitungszeit als Assistent in einem Altbundesland mit dem dort gültigen „individuellen HVM“ gemacht hatte. Er bekam von seinem Chef genau gesagt, wieviel er arbeiten dürfe. Er hat sogar teilweise ohne Bezahlung arbeiten müssen, obwohl er Patienten behandelte. Ihm sei hier in Thüringen als neu niedergelassener Zahnarzt sehr positiv bewusst geworden, dass er das Honorar, was er von der KZV Thüringen gezahlt bekommt, auch bis von wenigen Ausnahmen abgesehen, behält und er dadurch eine hohe Planungssicherheit in seiner Praxis habe. Dies sieht der Kollege als bewusst gute Arbeit des Vorstandes und der gewählten Vertreter an.

Trotz der widrigen Umstände will die Mehrheit der Kollegen die gesetzliche Krankenversicherung erhalten. Ein Umstieg zu einer privaten Absicherung der Patienten ist für viele vorstellbar und wird begrüßt, bedarf aber einer realen Zeitschiene und eines entsprechenden Umfelds.

Einige Kreisstellen organisieren selbstständig Fortbildungsveranstaltungen, die auch rege genutzt werden und von dem freiwilligen Fortbildungswillen zeugen. In punkto Zwangsbildung gibt es unter den Kollegen keine Zustimmung. Es wird eine stärkere Artikulierung von verantwortlichen Stellen, vor allem von Kammer und KZV, gegen eine auferlegte Fortbildung gefordert.

Der Sinn des neuen Gesetzes zum Wohnortprinzip mit der neuen Vielzahl von Kassen wird oft kritisch hinterfragt. Diese neue gesetzliche Regelung ist in der Umsetzung sehr kompliziert. Da es ein Gesetz für den „Osten“ sein soll, kann es für Thüringer Praxen im Fremdkassenbereich Vorteile bringen, das heißt, das Honorar kommt in voller Höhe da hin, wo die Leistungen erbracht werden, da nun das Geld der Leistung folgt.

Einige Kollegen sind von der Wirtschaftlichkeit der Medikamentenverordnung betroffen und stellen mit Recht die Frage, wieso dies quartalsweise erfolgt und nicht für das Kalenderjahr gerechnet werden kann. Dies hat die KZV Thüringen und deren Vorstand leider nicht in den Händen. Hier ist die KZBV

gefragt, eine entsprechende Regelung herbeizuführen.

Nach dem Stand der Globudent-Affäre wird ebenso gefragt. Auch Thüringer Zahnärzte haben bei diesem Labor Arbeiten anfertigen lassen. Die Untersuchungen werden nicht von der KZV geführt. Hier sind die Staatsanwaltschaften tätig. Jeder, der sich an die geltenden Bestimmungen gehalten hat, hat nichts zu befürchten. Die KZV Thüringen hat regelmäßig zu den Konsequenzen informiert, so dass jede Thüringer Praxis wissen müsste, wie sie mit Importen und mit Praxisnachlässen umgehen muss.

Die Vorgehensweise bei der Behandlung von Asylbewerbern ist für viele Praxen noch unklar. Die gesetzlichen Bestimmungen zur zahnärztlichen Behandlung von Asylbewerbern sind sehr eng und beschränken sich ausschließlich auf Notbehandlungen. Einen Vertrag mit den Sozialämtern gibt es dazu nicht und so ist die zahnärztliche Behandlung nicht allgemein durchführbar, sondern muss für jeden Fall einzeln entschieden werden. Ohne vorherige Rücksprache mit dem Sozialamt ist nur eine Schmerzabgabe möglich. Welche BEMA-Positionen ohne Vorhergenehmigung abrechenbar sind, wurde letztmalig im Rundschreiben Nr. 7/2002 durch die KZV Thüringen mitgeteilt.

Insgesamt muss ich sagen, dass sich die Kolleginnen und Kollegen in vielen Kreisstellen positiv über das Erscheinen und die fundierten Aussagen von Vorstandsmitgliedern geäußert haben. Dies nimmt der Vorstand zum Anlass, seine Bereitschaft an Kreisstellenversammlungen teilzunehmen, zu wiederholen. Eine Einladung der Kreisstellen sollte schon aus organisatorischen Gründen vorab erfolgen. Kreisstellenvorsitzende können bei mir anrufen und Termine vereinbaren.

Kontakt: Mathias Eckardt,
KZV-Referent für Kreisstellen
☎ 03 61/67 67 -111 (KZV-Geschäftsstelle)
E-Mail: zahnarzt.eckardt@web.de

Bohren inmitten von Abhörwanzen

Novellierung des Thüringer Sicherheitsrechts und ärztliche Schweigepflicht

Von Prof. Dr. Anna Leisner-Egensperger

Das Thüringer Polizeiaufgabengesetz (nachfolgend ThürPAG), das Thüringer Ordnungsbehördengesetz, das Thüringer Verfassungsschutzgesetz sowie das Thüringer Personalausweisungsgesetz sind im Juni 2002 umfassend novelliert worden (ThürGVBl 2002, 247). Wesentlich erweitert wurden dabei die Befugnisse der Sicherheitsbehörden zum verdeckten Einsatz von Kameras und Abhörgeräten sowie zum Einsatz verdeckter Ermittler durch die Polizei (§ 34 ThürPAG). Neu eingeführt worden ist das Recht der Polizei, bereits im Vorfeld der Begehung von Straftaten mit präventiver Zielsetzung Telefongespräche zu überwachen (§ 34 a ThürPAG). Was aus der Sicht des Polizeistaats als Mittel zum Kampf gegen neue Erscheinungsformen der schweren, insbesondere der organisierten Kriminalität eingesetzt wird, womit der Ausbreitung des Extremismus besonders effektiv begegnet werden soll – für Zahnärzte birgt es neuartige und ungeahnte Gefahren: Wie sollen Patienten in Zukunft wirksam davor geschützt werden, während ihrer Behandlung Videokameras ausgesetzt zu sein, wie soll man sie davor bewahren, dass vertrauliche Gespräche mitgehört werden, vor allem aber: Wie wirkt sich die Novellierung auf die Schweigepflicht der Ärzte, insbesondere der Zahnärzte aus – und sind diese Folgen verfassungsrechtlich tragbar?

Nach einem kurzen Überblick zu den wichtigsten neu eingeführten beziehungsweise geänderten Bestimmungen erläutert dieser Beitrag, wie diese in das allgemeine Persönlichkeitsrecht der Patienten und ihnen nahestehender Personen sowie in das Rechtsstaatsprinzip eingreifen, und ob dies verfassungsrechtlich zulässig ist. Für Zahnärzte von besonderer Relevanz ist schließlich die Frage nach den Auswirkungen der neu eingeführten Maßnahmen auf die ärztliche Schweigepflicht.

Die Thüringer Sicherheitsnovelle

Mit der umfassenden Novellierung des Thüringer Sicherheitsrechts hat der Gesetzgeber im Juni letzten Jahres weitestgehend gesetzgeberisches Neuland betreten. Insbesondere

hat hier Thüringen teilweise sogar eine Vorreiterrolle gegenüber allen anderen Bundesländern übernommen. Dabei war es keineswegs so, dass die Regierungsmehrheit – wie vermutet werden könnte – unmittelbar auf neue Bedrohungslagen nach den Terroranschlägen im September 2001 reagieren wollte. Ausweislich der Regierungsbegründung wollte sie vielmehr neuen Erscheinungsformen vor allem der organisierten Kriminalität begegnen, zugleich aber ein „höheres datenschutzrechtliches Niveau“ erreichen – durch Einbezug der Ergebnisse der jüngeren Verfassungsrechtsprechung. Der politische Hintergrund der weltweit erhöhten Gefährdungslage sorgte allerdings sowohl im Vorfeld als auch kurz nach Inkrafttreten der Reform dafür, dass die Verfechter des Liberalismus verstummten, sich in Thüringen kaum kritische Stimmen gegen das Gesetz erhoben.

„Kontakt- und Begleitperson“ – ein offener Begriff: Präzisiert und verschärft wurden zunächst die Bestimmungen über besondere Mittel der Datenerhebung, etwa über die längerfristige Observation, den verdeckten Einsatz von Kameras und Abhörgeräten, den Einsatz verdeckter Ermittler durch die Polizei. Schon die alte Fassung des § 34 ThürPAG erlaubte es der Thüringer Polizei, die Maßnahmen sowohl gegen solche Personen zu richten, bei denen „Tatsachen die Annahme rechtfertigen, dass diese eine Straftat von erheblicher Bedeutung begehen wollen“, als auch gegen deren „Kontakt und Begleitpersonen“. Letztere werden in der neuen Fassung des § 34 ThürPAG nun erstmals gesetzlich definiert: Kontakt und Begleitpersonen sind danach Personen, die zu den vorher Genannten „in näherer persönlicher oder geschäftlicher Beziehung stehen oder zu ihnen über einen längeren Zeitraum eine Verbindung unterhalten oder unter konspirativen Umständen hergestellt haben oder pflegen“.

Strukturermittlungen: Noch weiter geöffnet wurde die Möglichkeit ausgedehnter Überwachungen durch die Einführung des Instruments der Strukturermittlung (§ 34 Absatz 3 ThürPAG). Demnach sind nunmehr Überwachungsmaßnahmen auch dann möglich, wenn sie sich nicht bestimmten Personen zurechnen lassen, sondern lediglich irgendwelche Anhaltspunkte für die Begehung von

Straftaten durch wen auch immer bestehen. Für Zahnärzte von besonderer Brisanz ist der neue § 34 a ThürPAG. Hier wird der Polizei Thüringens das Recht eingeräumt, von Telekommunikationsunternehmen „Auskunft über den Inhalt einschließlich der innerhalb des Telekommunikationsnetzes in Datenspeichern angelegten Inhalte und die näheren Umstände der Telekommunikation einschließlich der Daten über den Standort nicht ortsfester Telekommunikationsanlagen (zu) verlangen“. Hierdurch sollen Personen überwacht werden, die bestimmte Straftaten begehen wollen; einbezogen sind wiederum deren „Kontakt- und Begleitpersonen“. Während bisher eine Überwachung der Telekommunikation nur zur Aufklärung einer bereits begangenen Straftat sowie nach bestimmten – überaus eng gefassten – bundesgesetzlichen Vorgaben möglich war, sind nunmehr in Thüringen als einzigem von allen Bundesländern auch Abhörmaßnahmen im Vorfeld der Begehung von Straftaten möglich. „Vorbeugende Straftatenbekämpfung“ rechtfertigt die Überwachung von Telefonleitungen auch in Zahnarztpraxen.

Für Zahnärzte weniger relevant sind weitere Bestimmungen der Reform, etwa die Möglichkeit zur Videoüberwachung „öffentlich zugänglicher Orte“ für Fälle vorzusehen, in denen „tatsächliche Anhaltspunkte die Annahme rechtfertigen, dass dort Straftaten verabredet, vorbereitet oder verübt werden sollen“, die Erweiterung der Rasterfahndung auf präventive Maßnahmen oder die Verschärfung des Verfassungsschutzes gegen organisierte Kriminalität. Hier mag sich im Einzelfall eine Betroffenheit ergeben, wenn jemand etwa vor der Zahnarztpraxis videoüberwacht wird. Die Grundrechtsberührung ist aber eher akzidentuell als typisch, und so sollen diese Bestimmungen im vorliegenden Rahmen außen vor bleiben.

Vereinbarkeit mit der Verfassung?

Verfassungsrechtlich durch das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung gewährleistet ist sowohl durch das Grundgesetz (Art. 2 Absatz 1, 1 Absatz 1 GG) als auch durch die Verfassung des Freistaats Thürin-

gen (Art. 3 Absatz 2 ThürV) jede Form der Erhebung, schlichten Kenntnisnahme, Speicherung, Verwendung, Weitergabe oder Veröffentlichung von persönlichen Informationen. Gerade vor dem Einsatz von V-Leuten sowie vor der Videoüberwachung will hier das Grundgesetz den Bürger schützen.

Schrankenlos ist das Recht auf informationelle Selbstbestimmung nun aber nicht gewährleistet. Der Staat bedarf vielmehr zur Erledigung seiner Aufgaben der Gefahrenabwehr vorrätiger Informationen, um effektiv handeln zu können. „Informationsvorsorge“ im Vorfeld regulierender Staatstätigkeit ist damit notwendig. Der Einzelne als gemeinschaftsbezogenes, soziales Wesen muss daher Eingriffe auf der Grundlage einer gesetzlichen Ermächtigung Grundlage prinzipiell hinnehmen. Dies gilt allerdings nur dann, wenn die gesetzliche Grundlage dem Schutz eines überwiegenden Allgemeininteresses zu dienen bestimmt ist. Die Einschränkung darf also nicht weiter gehen, als es zum Schutz öffentlicher Interessen unerlässlich ist. Auch muss – wie das Bundesverfassungsgericht in ständiger Rechtsprechung betont – die gesetzliche Eingriffsgrundlage sowohl dem Gebot der Normenklarheit als auch dem Verhältnismäßigkeitsprinzip entsprechen. Eingreifende Maßnahmen sind also nur dann zulässig, wenn sie geeignet sind, das gesetzgeberische Ziel zu erreichen, wenn ein milderes, aber gleich geeignetes Mittel zu Erreichung des gesetzgeberischen Ziels nicht ersichtlich ist und wenn zwischen der Schwere des Eingriffs und der Bedeutung des verfolgten Zwecks ein vernünftiges Verhältnis besteht.

Unterzieht man vor diesem Hintergrund die neuen Bestimmungen einer verfassungsrechtlichen Würdigung, so ergibt sich, dass die Ausweitung der Überwachung auf Kontakt- und Begleitpersonen verfassungsrechtlich unzulässig erscheint. Was hier im einzelnen „nähere persönliche oder geschäftliche Beziehung“, bedeuten soll, wann ein Zeitraum als „länger“ anzusehen ist, lässt sich weder der Gesetzesbegründung noch der Systematik der neuen Regelung entnehmen. Dass durch diese Bestimmung gerade in kleineren Ortschaften Thüringens, wo fast jeder seinen Mitmenschen irgendwie verbunden ist, einer flächendeckenden Überwachung Tür und Tor geöffnet ist, liegt auf der Hand. Eben dies will das Rechtsstaatsprinzip jedoch verhindern, hier werden die Grenzen, die das Grundgesetz wie die Thüringer Verfassung dem modernen Polizeistaat ziehen, eindeutig überschritten.

Erst recht verletzen Strukturermittlungen in ihrer unübersehbaren Weite das Grundrecht der Patienten auf informationelle Selbstbestimmung. Schließlich ist auch die Überwachung von Telefonanlagen im Vorfeld mit dem Rechtsstaatsprinzip unvereinbar. Es ist nämlich nicht erkennbar, welche Personen – welche Patienten – möglicherweise überwacht werden können, auch insoweit ist der Begriff der Kontakt- und Begleitperson zu weit. Konkret bedeutet dies, dass eine Verfassungsbeschwerde gegen die neuen Bestimmungen sowohl zum Bundesverfassungsgericht als auch zum Thüringer Verfassungsgerichtshof von betroffenen Zahnärzten mit relativ hohen Erfolgchancen erhoben werden könnte.

Konflikt mit ärztlicher Schweigepflicht

Eine Kollision der neuen Bestimmungen ergibt sich auch mit der ärztlichen Schweigepflicht, die gesetzlich mehrfach abgesichert ist: Nach § 35 SGB I hat jeder einen Anspruch darauf, dass seine persönlichen und sachlichen Verhältnisse von Leistungsträgern als Sozialgeheimnis gewahrt und nicht offenbart werden. Eine gleichgerichtete Verpflichtung der Ärzte ergibt sich aus dem Behandlungsvertrag. Danach gehört zu den vom Arzt übernommenen Pflichten auch die Verschwiegenheit über alles, was er in Ausübung seines Berufs erkannt oder erfahren hat. Auch die ärztliche Berufsordnung (§ 2 Absatz 4 der Musterordnung) verpflichtet den Arzt zur Verschwiegenheit über alle Erkenntnisse in Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit. Vor allem aber hält der Gesetzgeber das individuelle Interesse des einzelnen Menschen an der Geheimhaltung aller ihn betreffenden Gesundheitsdaten ebenso wie das generelle Vertrauen aller in die Verschwiegenheit der Ärzte und bestimmter anderer Berufe für so wichtig, dass er Verstöße gegen die Einhaltung der Schweigepflicht unter Strafe stellt (§ 203 StGB). Die ärztliche Schweigepflicht gehört demnach zum Berufsbild der Ärzte und insoweit ist sie im Grundsatz auch durch die verfassungsrechtliche Berufsfreiheit geschützt. Bei dieser Gewährleistung handelt es sich auch keineswegs um ein Relikt aus alten Zeiten, dem heute die Abschaffung bevorstehen müsste. Im Gegenteil: Vor dem Hintergrund der Diskussion um genetisches screening werden vor allem Versicherungsgesellschaften, gerade in der Wirtschaftskrise aber auch zunehmend Arbeitgeber, bei einem Patienten mit begin-

nender schwerer Parodontose ihre durchaus nachvollziehbaren Konsequenzen ziehen wollen. Umso wichtiger wird es dann sein, dass in Zahnarztpraxen Schweigen Gold bleibt.

Wie soll ein Zahnarzt nun aber seine Schweigepflicht wahren, wenn er befürchten muss, dass seine Telefonate mit Patienten abgehört werden, dass Abhörvorrichtungen in seine Praxis gebaut werden, dass Videokameras über dem Behandlungsstuhl angebracht werden? Wie ist dieser Konflikt zwischen Sicherheit und Verschwiegenheit zu lösen?

Grenzen setzt die Verfassung nun nicht nur der polizeilichen Überwachung, sondern auch der ärztlichen Schweigepflicht. Wird einem Zahnarzt im Patientengespräch klar, dass ein Patient, der seine Familie enterben will, geisteskrank ist, so muss er dies offenbaren, ebenso wenn ihm jemand anvertraut, dass er demnächst eine schwere Straftat begehen will. Zwischen dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht der Patienten und ihrer Begleitpersonen einerseits und den Eingriffsbefugnissen des Staates zum Schutze der Gefahrenabwehr andererseits ist ein angemessenes Verhältnis herzustellen. Dieses war unter der Geltung des alten Thüringer Polizeigesetzes gewahrt: Demnach galt für den Begriff der Kontakt- und Begleitperson eine enge Begriffsbestimmung durch das Bundesverfassungsgericht, Strukturermittlungen waren unbekannt, Telefonate blieben vertraulich.

Durch die Novellierung des Thüringer Sicherheitsrechts haben sich die Grenzlinien bedenklich und bedrohlich verschoben. Die Allmacht des Polizeistaats wird in allen Arztpraxen spürbar sein und dass sich Thüringen an die Spitze dieser Bewegung gesetzt hat, ist kein Ruhmesblatt in der sonst beeindruckenden neueren Kodifikationsgeschichte des Freistaats. Die neuen Bestimmungen stellen einen erheblichen Eingriff in das Recht der Ärzte auf Schweigen als Korrelat zu ihrer diesbezüglichen Verpflichtung dar. Die Wahrung eines Vertrauensverhältnisses zu seinen Patienten wird für jeden Zahnarzt in den neuen Grenzen eines modernen Überwachungsstaates die Herausforderung der Zukunft sein.

*Die Autorin ist Inhaberin
des Lehrstuhls für Steuerrecht
und Öffentliches Recht
an der Friedrich-Schiller-
Universität Jena.*

Abrechnung von Gebührenpositionen

Erläuterungen zu aktuellen Urteilen des Sozialgerichtes Gotha

Von *Ass. jur. Andrea Wagner*

Das Sozialgericht Gotha hat in seinen Urteilen vom 25. September 2002 zu verschiedenen Abrechnungsfragen Stellung genommen:

Zunächst ging es in dem Urteil um die Frage, inwieweit die Gebührenposition 98a BEMA-Z – Abdruck mit individuellem Löffel, wenn der übliche Löffel nicht ausreicht – neben den Positionen 98b und/oder c – Funktionsabdruck mit individuellem Löffel am Oberkiefer (b) bzw. Unterkiefer (c) – abrechenbar ist. Das Sozialgericht Gotha kam diesbezüglich richtigerweise zutreffend zu dem Ergebnis, dass eine Nebeneinanderabrechnung dieser drei Leistungen entsprechend der Leistungslegende zu Nr. 98a BEMA-Z nur in den Fällen möglich ist, in denen für die prothetische Versorgung eines zahnarmen Kiefers neben dem Funktionsabdruck für die Versorgung der noch stehenden Zähne durch Kronen ein Abdruck mit individuellem Löffel abgenommen werden muss. Da es sich in dem vom Sozialgericht zu entscheidenden Fall jedoch um einen zahnlosen Patienten handelte, ist entsprechend des Inhalts der Leistungslegende die Abrechnung der Gebühren-Position 98a BEMA-Z ausgeschlossen. Das Gericht stellte in seinem Urteil noch einmal ausdrücklich klar, dass für die Auslegung der vertragszahnärztlichen Gebührenordnungen (BEMA-Z) entsprechend der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes in erster Linie der Wortlaut der Leistungslegende maßgeblich ist. Leistungsbeschreibungen dürfen weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewandt werden. Etwas anderes kann nur in Ausnahmefällen gelten; um einen solchen handelte es sich in diesem Fall jedoch nicht.

Ferner weist die Kammer des SG Gotha noch einmal darauf hin, dass die gesetzliche Krankenversicherung den Versicherten eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistung schuldet, die das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfe. Die Kosten für darüber hinausgehende Behandlungsmaßnahmen haben die Versicherten grund-

sätzlich selbst zu tragen. Mithin ist dann, wenn in Einzelfällen der Einsatz eines individuellen Löffels gemäß der Position 98a neben dem Funktionsabdruck zu einem qualitativ besseren und für den Behandler befriedigenderen Ergebnis führt, vom jeweiligen Zahnarzt der Weg der Privatabdingung einzuschlagen, wenn die Abrechnungsvoraussetzungen für die Position 98a BEMA-Z nicht vorliegen.

Weiterhin stellt das Sozialgericht fest, dass die Abrechnung eines Heil- und Kostenplanes für eine Einzelkrone insoweit unrichtig ist, soweit der behandelnde Zahnarzt die Positionen 98a und 20 BEMA-Z nebeneinander abgerechnet hat. In der Leistungslegende zur Position 98a BEMA-Z ist ausdrücklich bestimmt, dass die Abrechnung dieser Leistungsposition im Zusammenhang mit der Herstellung einer Einzelkrone ausgeschlossen ist.

Teilleistungen und Abrechnungsfähigkeit

Eine weitere wichtige Feststellung in dem Urteil ist die, dass die gesamte Abrechnung eines Heil- und Kostenplanes zu versagen ist, wenn auch nur eine einzelne Leistungsposition nicht vergütungsfähig oder streitig ist. Hier sagt das Gericht, dass der Heil- und Kostenplan eine Einheit über die gesamte Versorgung im betreffenden Behandlungsfall darstellt, so dass eine Teilleistung aus dem Heil- und Kostenplan ausscheidet. Mithin darf die KZV die Bezahlung des gesamten Kassenanteiles versagen, sobald eine einzelne Leistungsposition nicht abrechnungsfähig ist.

Schließlich stellt die Kammer des SG Gotha noch einmal fest, dass einer sachlich-rechnerischen Berichtigung nicht entgegensteht, dass die beteiligten Kassen die Heil- und Kostenpläne in der fehlerhaften Abrechnungsform genehmigt haben. Mit der Genehmigung des Heil- und Kostenplanes stellt die Kasse klar, dass er aus ihrer Sicht

sachgerecht ist. Eine konstitutive Wirkung in dem Sinne, dass damit auch die vertragszahnärztliche Erbringbarkeit und Abrechenbarkeit der genehmigten Leistung mit Bindung für die kassenzahnärztliche Vereinigung festgestellt wird, entfaltet die Genehmigung nicht. Insoweit fehlt es der Krankenkasse an einer entsprechenden Regelungsbefugnis.

Schlussendlich wurde vom Sozialgericht Gotha noch die Frage geklärt, inwieweit die Gebührenposition 24a BEMA-Z (Wiedereinsetzen einer Krone, Stiftkrone, Facette oder dergleichen) i. V. m. der BEL-Position 820 (Kronen- und Brückengliedreparatur) abrechenbar ist. Dabei war problematisch, wann vor einer Reparatur im Sinne der BEL 8200 ausgegangen werden kann. Hierbei kommt die Kammer zu dem Ergebnis, dass die BEL-Position 820 eine Reparatur der Krone vor dem Wiedereinsetzen voraussetzt. Das bedeutet, dass ein Kronendefekt vorgelegen haben muss, welcher durch eine Reparatur wieder beseitigt wurde. Eine Reparatur ist mithin als Wiederherstellung der bestimmungsgemäßen Funktion zu verstehen. Hierzu zählt nicht eine Hochglanzpolitur der Kronenränder. Mit dem Aufpolieren wird die Krone nicht repariert, sondern es handelt sich vielmehr um vorbereitende Maßnahmen, um die Krone wieder ordnungsgemäß einzusetzen. Der Arbeits- und Materialeinsatz bei solchen begleitenden Maßnahmen ist aber mangels eines hierfür in Betracht kommenden Leistungstatbestandes der BEL mit der Hauptleistung (hier Position 24a BEMA-Z) abgegolten, er ist nicht gesondert abrechnungsfähig. Aus den dargestellten Gründen ist daher in diesem Fall auch für das reine Säubern einer Krone die BEL-Position 820 nicht abrechnungsfähig.

Aktenzeichen: S 12 KA 1360/01
S 12 KA 1361/01

Auswirkungen des Rauchens auf das Parodont

G. Klinger, M. Blanusa, A. Güntsch

Die negativen Folgen des Rauchens auf die Gesundheit sind zwar allgemein bekannt, werden jedoch in der Regel vom Raucher verdrängt, obwohl die Zahl von jährlich mehr als 100 000 durch das Rauchen verursachten Todesfällen in der Bundesrepublik – das sind ca. 300 täglich – ein solches Verdrängen nicht zulässt (Drings 1998). Lungenkarzinome, ischämische Herzerkrankungen und Schlaganfälle sowie chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen stehen bei den möglichen Erkrankungen im Vordergrund (Haustein 2001).

Da das Rauchen in der Mundhöhle beginnt, ist es nicht verwunderlich, dass hier zahlreiche Auswirkungen registriert werden können.

Auswirkungen

- ästhetische Beeinträchtigung von Zähnen und Füllungen (Eriksen u. Nordbo 1978, Asmussen u. Hansen 1986)
- tabakbedingter Mundgeruch (Christen 1992)
- Beeinträchtigung des Geruchssinns (Fortier et al. 1991)
- Beeinträchtigung der Geschmackssinnes (Pasquali 1997)
- hitzebedingte Schleimhauteffekte wie stärkere Keratinisierung, Leukoplakien, Raucher melanose und palatinale Erosionen (Ramaesh 1999)
- Beeinflussung der Speichelmenge und -zusammensetzung (anfänglich Zunahme der Speichelmenge und Anstieg des pH-Wertes, langfristig niedrigerer pH-Wert und Pufferkapazität, erhöhte Kalziumkonzentration mit der Folge vermehrter Zahnsteinbildung und erhöhte Titer von TNF- α (tumor necrosis factor α), einem proinflammatorischen Cytokin (Boström et al. 1998)

- Beeinflussung der Mundflora, vermutlich durch die Veränderungen der Speichelzusammensetzung, die zu Wundheilungsstörungen führen kann
- Reduktion der vaskulären Reaktion der Gingivagefäße – somit geringer ausgeprägte Blutungsneigung und Vortäuschung von relativer gingivaler Gesundheit (Markkanen et al. 1985)
- Destruktion des Parodonts (Müller 2000)
- ungünstigere Heilungsbedingungen nach therapeutischen Maßnahmen (Netscher u. Clamon 1994)

Untersuchung in Abhängigkeit von Zigarettenmenge

Um zu prüfen, welche zellulären Mechanismen den ausgeprägteren parodontalen Destruktionen zugrunde liegen, sollte die Funktion der Sulkusgranulozyten, die die erste Abwehrbarriere des Organismus gegen pathogene Mikroorganismen darstellen, in Abhängigkeit von der Zigarettenmenge untersucht werden.

60 Zahnmedizinstudenten der FSU Jena (Alter 19 – 31 Jahre) wurden 4 Gruppen zu je 15 Probanden zugeordnet.

	täglicher Zigarettenkonsum
Gruppe 1:	< 5 Zigaretten
Gruppe 2:	5 – 15 Zigaretten
Gruppe 3:	> 15 Zigaretten
Gruppe 4:	Kontrollgruppe, Nichtraucher.

Ergebnisse

Die klinischen Parameter Plaqueindex, Sulkus-Blutungs-Index und Sondierungstiefe

zum Heraustrennen
und Sammeln

Korrespondenzanschrift:

Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde (Dir.: Prof. Dr. E. Glockmann), ZZMK, FSU Jena, An der alten Post 4, 07740 Jena

Literatur

1. Asmussen, E., Hansen, E.K. (1996): Surface discoloration of restorative resins in relation to surface softening and oral hygiene. Scand J Dent Res 94, 174 – 181
2. Boström, L., Linder, L.E., Bergström, J. (1998): Influence of smoking on the outcome of periodontal surgery. A 5-year follow-up. J Clin Periodontol 25, 194 – 201
3. Christen, A.G. (1992): The impact of tobacco use and cessation on oral and dental diseases and conditions. Am J Med 93, 25 – 31
4. Drings, P. (1998): Rauchen und Krebs. In: Rauchen und Nikotin – Aktuelle Beiträge zur Raucherentwöhnung. Haustein K.O. (Hrsg.), Verlag Perfusion GmbH Nürnberg, 11 – 21
5. Eriksen H.M., Nordbo H. (1978): Extrinsic discoloration of teeth. J Clin Periodontol 5, 229 – 235
6. Fortier, I., Ferraris, J., Mergler, D. (1991): Measurement precision of an olfactory perception threshold test for use in field studies. Am J Indust Med 20, 495 – 502
7. Glänzer, S. (1999): In-vitro-Phagozytose der Sulkusgranulozyten unter Hormoneinfluss. Med Diss Jena
8. Haustein, K.O. (2001): Tabakabhängigkeit: gesundheitliche Schäden durch das Rauchen: Ursachen – Folgen – Behandlungsmöglichkeiten – Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Dt Ärzte Verlag
9. James, J.A., Sayer, N.M., Drucker, D.B., Hull, P.S. (1999): Effect of tobacco products on the attachment and growth of periodontal ligament fibroblasts. J Periodontol 7, 518 – 525
10. Kliche, K.O., Höffken, K. (2000): Präventionsprogramme der Thüringischen Krebsgesellschaft e. V. zur Vermeidung des Nikotinabusus bei Jugendlichen. In: Rauchen und Nikotin – Raucherschäden und Primärprävention. Haustein K.O. (Hrsg.), Verlag Perfusion GmbH Nürnberg, 112 – 115
11. Klinger, G., Glänzer, S., Sigusch, B., Völpel, A. (2001): Die Phagozytosekapazität der Sulkusgranulozyten bei verschiedenen Parodontitisformen. Dtsch Zahnärztl Z 56, 312 – 316
12. Markkanen, H., Paunio, I., Tuominen, R., Rajala, M. (1985): Smoking and periodontal disease in the Finnish population aged 30 years and over. J Dent Res 64, 392 – 395
13. McFarlane, C.G., Reynolds, J.J., Meikle, M.C. (1990): Refractory periodontitis associated with abnormal polymorphonuclear leukocyte phagocytosis and cigarette smoking. J Periodontol 63, 908 – 913
14. Müller, H.P. (2000): Rauchen oder parodontale Gesundheit. Gesundheitswesen 62, 400 – 408
15. Netscher, D.T., Clamon, J. (1994): Smoking: adverse effects on outcomes for plastic surgical patients. Plast Surg Nurs 14, 205 – 210
16. Papapanou, P.N. (1996): Periodontal diseases: epidemiology. Ann Periodontol 1, 1 – 36
17. Pasquali, B. (1997): Menstrual phase, history of smoking and taste discrimination in young women. Percept Motor Skills 84, 1243 – 1250
18. Ramaesh, T., Mendis B.R.R.N., Ratnatunga, N., Thattil R.O. (1999): The effect of tobacco smoking and of betel chewing with tobacco on the buccal mucosa: a cytomorphometric analysis. J Oral Pathol Med 28, 385 – 388
19. Sigusch, B., Schmidt, H., Klinger, G. (1992): In vitro phagocytosis by crevicular phagocytes in various forms of periodontitis. J Periodontol 63, 496 – 501
20. Skapski, H., Lehner, T. (1976): A crevicular washing method for investigating immune components of crevicular fluid in man. J Periodont Res 11, 19 – 24

wurden ermittelt, anschließend wurde durch Spülung des Gingivasulkus mit physiologischer Kochsalzlösung Sulkusflüssigkeit gewonnen (Skapski, Lehner 1976) und die darin enthaltenen Sulkusgranulozyten hinsichtlich der Zellzahl, Vitalität und Phagozytosekapazität bestimmt (Sigusch et al. 1992).

Die Plaquewerte der Nichtraucher lagen etwas niedriger als die der Rauchergruppen, es bestanden jedoch keine signifikanten Unterschiede (Abb. 1). Bei der Sondierungstiefe (Abb. 2) konnten zwischen der Kontrollgruppe und den Rauchern ab 5 Zigaretten signifikante Unterschiede nachgewiesen werden. Die Sulkusblutung nahm mit der Intensität des Rauchens ab. Da die Zahnmedizinstudenten insgesamt kaum Erkrankungszeichen aufwiesen, war diese Differenz nicht statistisch zu verifizieren.

Die Zahl der Granulozyten nahm zunächst zu, in der Gruppe der starken Raucher nahm sie ab (Abb. 4). Nikotin ist in niedrigen Konzentrationen ein Wachstumsstimulus, in höheren Dosen hemmt es dagegen das Wachstum (James et al. 1999).

Die Vitalität der Zellen war in allen Rauchergruppen gegenüber der Kontrollgruppe signifikant erniedrigt (Abb. 5).

Die Phagozytosekapazität der Sulkusgranulozyten war in allen Rauchergruppen signifikant erniedrigt im Vergleich zur Kontrollgruppe, auch zwischen den Gruppen bestanden signifikante Unterschiede. Dabei entsprechen die Werte der starken Raucher denjenigen, die bei Parodontitispatienten mit einer aggressiven Parodontitis ermittelt wurden (Klinger et al. 2001, Glänzer 1999).

Wenn die genaue Zahl der gerauchten Zigaretten und die Anzahl der Raucherjahre (pack-years) zur Phagozytose in Beziehung gebracht werden, wird die schädigende Wirkung des Rauchens noch verstärkt.

Neben diesen experimentellen Untersuchungen wurden die klinischen Parameter von 15 Rauchern mit einer Parodontitis untersucht und mit denen von 15 Nichtrauchern jeweils vor und nach einer geschlossenen Kürettage verglichen (Abb. 7). Die durchschnittliche Sondierungstiefe bei den Nichtrauchern betrug $5,0 \pm 0,74$, bei Rauchern $5,56 \pm 0,82$. Der Unterschied zwischen beiden Gruppen ist signifikant. 6 Monate nach

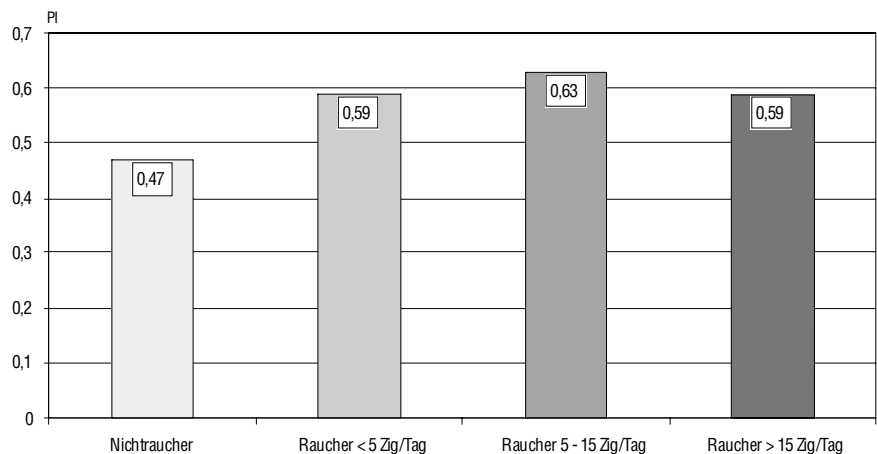


Abb. 1: Plaqueindex

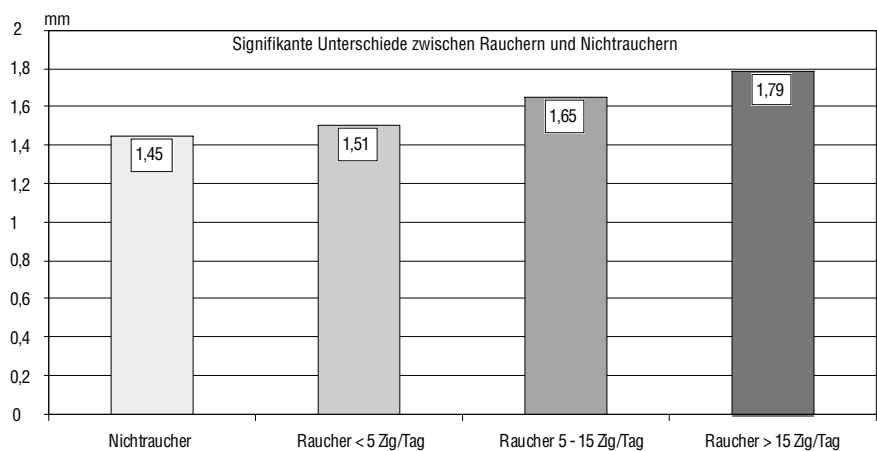


Abb. 2: Sondierungstiefe

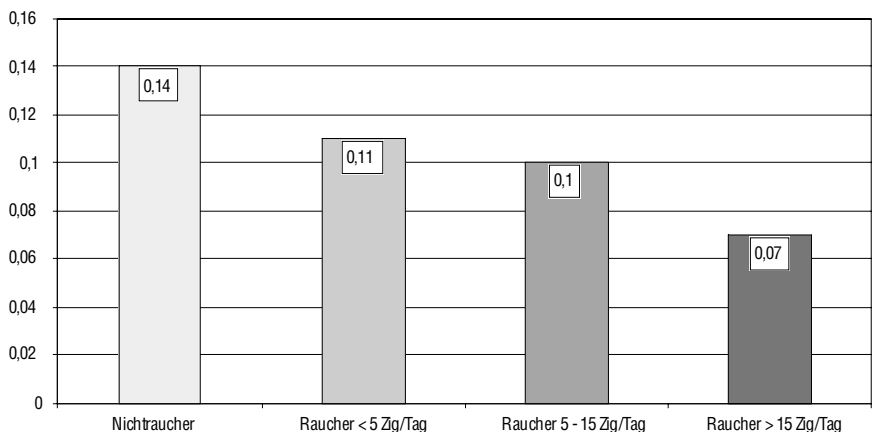


Abb. 3: Sulkusblutungsindex

Therapie lag die mittlere Sondierungstiefe der Nichtraucher bei $2,89 \pm 0,59$, der Raucher bei $3,0 \pm 0,82$. Die Unterschiede gegenüber den Ausgangswerten sind hochsignifikant, die Therapie ist erfolgreich, zwischen beiden Gruppen besteht nach Therapieabschluss kein signifikanter Unterschied.

Die Ergebnisse der experimentellen Untersuchungen machen deutlich, dass schon eine geringe Anzahl von Zigaretten die Phagozytosekapazität der Sulkusgranulozyten und demzufolge die wichtige Funktion der

unspezifischen Abwehr gegen sulkuläre Mikroorganismen signifikant beeinträchtigt. Die bei Zahnmedizinstudenten nachgewiesene sehr gute Mundhygiene ist offenbar nicht in der Lage, die schädigende Tabakwirkung zu kompensieren, so dass es trotz eines geringen Plaqueindex zu einer signifikant größeren Sondierungstiefe kommt als bei Nichtrauchern.

Diese Effekte summieren sich mit der Dauer des Rauchens und der Zahl der gerauchten Zigaretten, so dass bei älteren Patienten mit

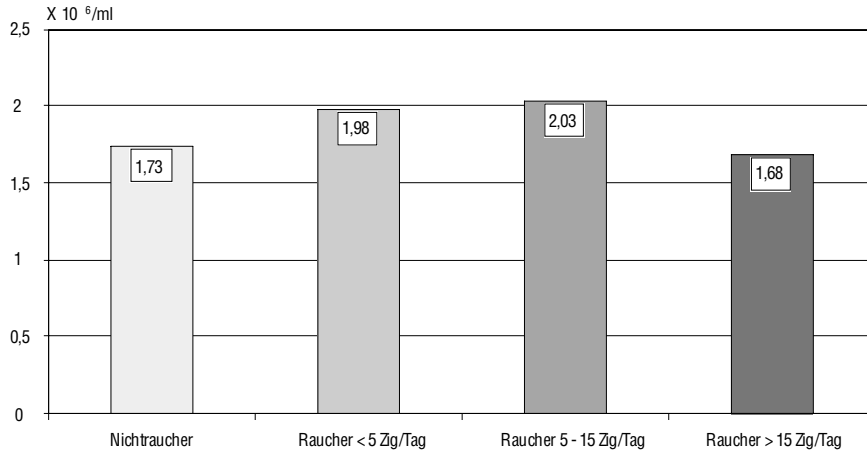


Abb. 4: Anzahl der Sulkusgranulozyten

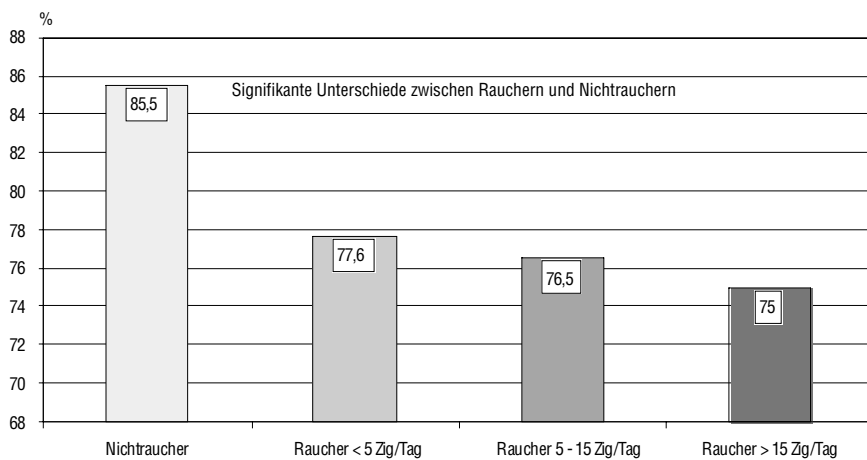


Abb. 5: Vitalität der Sulkusgranulozyten

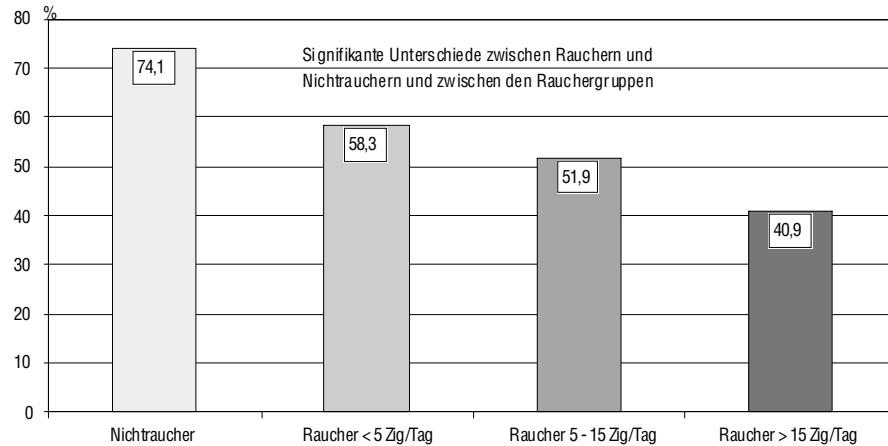


Abb. 6: Phagozytosekapazität der Sulkusgranulozyten

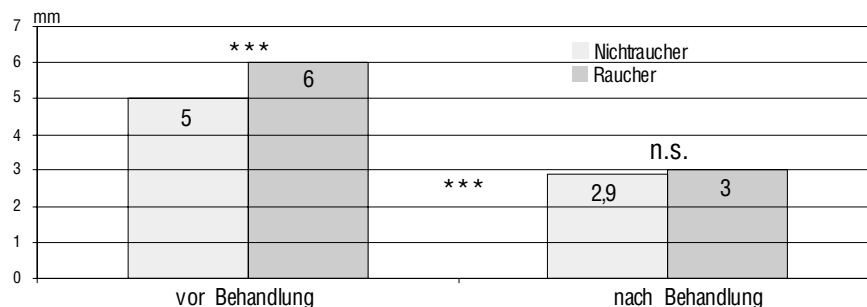


Abb. 7: Sondierungstiefe bei Rauchern und Nichtrauchern

langer Raucheranamnese eine klinisch ausgeprägtere Parodontitis resultiert.

Die eigenen Untersuchungen belegen, dass eine Therapie, die bei Rauchern und Nichtrauchern in analoger Weise realisiert wurde, durchaus zu einer Reduzierung der Sondierungstiefen führt, die sich von derjenigen bei Rauchern kaum unterscheidet. Da die reduzierte Phagozytosekapazität und alle anderen Auswirkungen des Rauchens jedoch bestehen bleiben, wenn sich das Rauchverhalten nicht ändert, kann davon ausgegangen werden, dass der posttherapeutisch erreichte Zustand sich wieder verschlechtert. Die bis vor kurzem als „refraktäre Parodontitis“ bezeichnete Erkrankungsform dürfte sich in der größten Zahl Fälle bei Rauchern entwickelt haben (McFarlane et al. 1992). Bei Rauchern besteht gegenüber Nichtrauchern ein 2,5- bis 3,5-fach erhöhtes Risiko, an einer Parodontitis zu erkranken (Papapanou 1996), Müller (2000) gibt ein bis zu sechsfach erhöhtes Risiko an.

Konsequenzen

Da aus ethischen Gründen den Rauchern eine Therapie nicht verweigert werden kann, ergibt sich als logische Konsequenz die intensive Bemühung, die Patienten dringlichst zur Änderung der Rauchgewohnheiten zu motivieren. Ganz vergeblich ist das erstaunlicherweise nicht, obwohl man davon ausgeht, dass lebensbedrohliche Tumorerkrankungen den Raucher viel eher beeindrucken müssten als der mögliche Verlust einiger Zähne. Dieser drohende deutlich sichtbare Schaden, dessen Korrektur meist finanzielle Aufwendungen bedeutet, scheint in vielen Fällen dennoch motivierend zur Verhaltensänderung beizutragen, die vielleicht schon mehrfach gewollt, aber nicht realisiert wurde. Da es sich um eine Sucht handelt, ist mit einfachen Appellen wenig auszurichten, sondern es ist u. U. professionelle Hilfe erforderlich.

Primärprävention wäre wünschenswert, erscheint jedoch angesichts der Tatsache, dass junge Männer im Alter von 18 bis 25 Jahren zu 49 Prozent und Frauen gleichen Alters zu 44 Prozent rauchen (Kliche u. Höfken 2000), wenig erfolgversprechend. Bei einem Raucheingangsalter von 12 bis 13 Jahren und allgemeiner gesellschaftlicher Akzeptanz des Rauchens besteht hier noch ein sehr großer Handlungsbedarf in vielen Bereichen.

FLEXIBLE PATIENTEN-KOMMUNIKATION IST TRUMPF

Intraoralkamera SIROCAM 3 und SIVISION 3 von Sirona zum Nutzen von Zahnarzt und Patient

Köln, 13.05.2003 Sirona Dental Systems (Bensheim) ergänzt sein Patientenkommunikationssystem SIVISION 3 um eine Intraoralkamera mit 3-Stufen-Optik. Die neue SIROCAM 3 ist ebenso wie die bewährte SI-ROCAM C flexibel in alle Sirona-Behandlungsplätze und Sirona-Konfigurationen integrierbar. SIROCAM 3 und SIVISION 3 sind netz-werkfähig und verstehen sich als ein Baustein für die digitale Praxis.

Hauptmerkmal von SIROCAM 3 ist ihre leichte Fokussierbarkeit. SIROCAM 3 besitzt drei vorwählbare Schärfebereiche, die ohne weiteres Nachjustieren die Darstellung von Einzelzahn- und Frontzahn-Übersichts- und Frontzahn- und Smile- und Full Face-Aufnahmen spielend leicht ermöglicht – und das nahezu verzerrungsfrei! Die Auflösung von 756 x 582 Pixeln liefert gestochen scharfe Bilder der Mundhöhle. Die Optik der Kamera ist dabei so ausgelegt, dass sich die Arbeitsbereiche überschneiden bzw. berühren. Mit den drei vorwählbaren Schalterstellungen wird das gesamte in Frage kommende Spektrum dentaler Videoaufnahmen abgedeckt. Die Vorteile bei der Kommunikation mit dem Patienten liegen auf der Hand: Die dentalen Videobilder werden auf den SIVISION-Flachbildschirm übertragen, so dass der Zahnarzt seinen Patienten über eventuell notwendige Behandlungen optimal informieren kann.

Dank des durchdachten Konzepts, ermöglicht SIROCAM 3 dem Zahnarzt angenehmes und konzentriertes Arbeiten: Das leichte, aus Titan gefertigte, Handstück liegt gut in der Hand und die flexible Zuleitung unterstützt die leichte Führung des Instrumentes. Die Kamera kann wahlweise im Arztelement, am Monitor oder im Helferinelement integriert werden. Zu den zukunftsweisenden technologischen Eigenschaften von SIROCAM 3 gehören auch der integrierte Vierbildspeicher, die LED-Beleuchtung und Hot-Plug-Fähigkeit.

Mit SIROCAM 3 und SIVISION 3 bietet Sirona dem Zahnarzt ein bisher nicht gekanntes Maß an praktischer Bedienung und Flexibilität bei der integrierten Patientenkommunikation.



Die neue Intraoralkamera SIROCAM 3 und das Patientenkommunikationssystem SIVISION 3 von Sirona sind netzwerkfähig und verstehen sich als ein Baustein für die digitale Praxis.

DENTAL-LABORE
Dohrn

Göttingen · Berlin · Braunschweig
Chemnitz · Erfurt · Frankfurt
Hohenstein · Meißen
München · Würzburg
Zwickau

Seminare

Dr. med. Hella Ludwig
„Wirtschaftlichkeitsprüfung in der Zahnarztpraxis“
Samstag, den 21. Juni 2003 in Erfurt

Dr. med. dent. Uwe Blunck
„Durchblick im Dschungel der Adhäsivsysteme“
Samstag, den 20. September 2003 in Aschaffenburg

Dr. med. dent. Daniel Edelhoff
"Vollkeramik von A(dhäsivtechnik) -
Z(irkonoxid-Keramik)"
Samstag, den 15. November 2003 in Leipzig

Weitere Informationen erhalten Sie unter Telefon
(0551) 70 77-23 / -41 oder Fax (0551) 70 77 51.

DENTAL-LABORE DOHRN
AKTIENGESELLSCHAFT
Zentrale Göttingen

Heinrich-Sohnrey-Straße 12a · 37083 Göttingen
Telefon (0551) 70 77 0 · Telefax (0551) 70 77 51
www.dental-labore-dohrn.de

Anzeige

A

Layout Typografie Idee Farbe Be
th Logo Text Druck Fotografie Redak
in Dach Prospekt Flyer Grafik Broschür
kat Beratung CTP Aufkleber Vertrieb
freuung Daten Konzept Satz Gest
pografie
st Druck Fotografie Redaktion Zeitsch
ospekt Flyer Grafik Broschüre Intern
ratung CTP Aufkleber Vertrieb ISDN Postl
ten Konzept Satz Gestaltung Layout T
be Belichtung Schrift Falblatt Log
lografie
afik
fkleber
nzept
ichtung
daktion
oschüre
trieb
staltung
tblatt
WERBEAGENTUR UND VERLAG KLEINE ARCHE | Tel. 03 61/7 46 74 80

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, ...

Anzeige

IBH- und NDH.T-Zähne und altägyptische Zahnmedizin

Ein Beitrag zur Geschichte der Zahnmedizin

Von Dr. Rainer Gans

Und jetzt die Millionenfrage: Wie viel kariöse Zähne hatte im Durchschnitt ein Neandertaler vor 40 000 Jahren? Mögliche Antworten: Keine, mehrere? Wie viel Zähne hatte der denn überhaupt pro Kieferhälfte? Sechs, sieben oder acht, wie heute, oder noch neun, zehn oder sogar elf? Oder: Was ist ein IBH- oder ein NDH.T-Zahn? Vielleicht ein neuer lasergehärteter, neuartiger Kunststoffzahn aus der dentalen Industrie oder ist es eine altägyptische Zahneinteilung, die schon über 3000 Jahre alt ist? In unserem Land ist seit der Jahrtausendwende die Wissensmanie im Showgeschäft ausgebrochen. Kein Fernsehsender kann auf eine solche Show im Moment verzichten, seit mit der bekannten Sendung mit dem Moderator Günter Jauch die Welle ins Rollen gebracht wurde. Interessant ist an diesen Sendungen, dass man auf amüsante Art doch einiges dazu lernt und sein Allgemeinwissen selber prüfen kann. Das kommt an. Denken macht also (wieder) Spaß.



Abb.1: 2000–1785 v. Chr. Darbringungstafel mit Gefäßen zur Zeremonie der Mundwaschung

Die Deutschen sind ja sowieso das Volk der Denker und Dichter. Also habe auch ich darüber nachgedacht, wie Zahnheilkunde eigentlich früher ausgeübt wurde, also vor dem Jahr 1900 und wie sie eigentlich noch vorher, zum Beispiel vor dem Mittelalter oder vor der Antike praktiziert wurde. Beseelt von der Idee, dass die Geschichte eines Faches die beste Lehrmeisterin ist, machte ich mich auf die Recherche.

Zu keiner Zeit gab es in der Natur ein Gesundheitsparadies. Zu jeder Zeit versuchte der Mensch Krankheiten und so auch Zahnerkrankungen abzuwehren. In der frühen Hochkultur Ägyptens vor 3000 Jahren waren religiöse, magische und empirische Zahnheilkunde eng miteinander verknüpft. Aus dieser Zeit stammen Amulettmedizin und Heilrituale, die gepaart mit praktischen Ratschlägen von pharaonischen Schriftgelehrten in Papyruschriften festgehalten wurden. Einige dieser Papyri wurden wieder entdeckt und entschlüsselt und geben heute wichtige Hinweise auf die Zahnmedizin in Altägypten zu Zeiten ihrer Hochkultur. Aus den Schriften von Clemens von Alexandria (um 200 n. Chr.) weiß man, dass es wesentlich mehr Schriften aus dieser Zeit gegeben hat, die jedoch seit Jahrtausenden verschollen sind. Möglicherweise ist viel bei dem Brand in Alexandria im Jahre 48 v. Chr. vernichtet worden, bei dem auch die sagenumwobene alexandrinische Bibliothek, in der Tausende von Schriftrollen lagerten, zerstört wurde. Insgesamt 13 medizinische Papyri, die vor circa 70 Jahren entziffert wurden, sowie mehrere Ostraka (beschriebene Topf- oder Kalksteinscherben) mit Rezepten geben Auskunft über alle Bereiche zahnärztlichen und ärztlichen Wissens und Handelns. Weitere Quellen der Forschung über die ägyptische Zahnmedizin sind Befunde der Zähne von Mumien sowie Grabbemalungen.

Die bekanntesten Papyrusrollen sind der Papyrus Smith (Abfassung ca. 2500 v. Chr.) und der Papyrus Ebers (Abfassung ca. 1550 v. Chr.). Papyrus Ebers ist eine Zusammenstellung unterschiedlicher Fachgebiete in der

Medizin, so auch der Zahnmedizin. Es ist die schönste und längste ägyptische Handschrift mit 108 Kolumnen, die jeweils 20 bis 22 Zeilen umfassen. Der Text ist mit seinen 900 Rezepten eine Art Kompendium für den Hausarzt. Papyrus Smith ist eine Art Fachbuch für Wundbehandlungen und lehrbuchartig, d. h., streng schematisch aufgebaut. Nach einer Überschrift (z. B. „Splitterbruch am Schädel“) beginnt es mit der Untersuchung („wenn Du findest“), dann der Diagnose („sollst Du dazu sagen“) und dem Verdikt („heilbar oder nicht heilbar“). Anschließend folgt die Therapie („dann sollst Du ihn folgendermaßen behandeln“). Papyrus Smith hat seinen Namen von dem US-amerikanischen Ägyptologen Edwin Smith, der die 4,7 m lange Schriftrolle 1862 im ägyptischen Luxor erwarb. Es enthält 48 Texte. Die Schriftrolle ist 32 cm hoch und von der Vorderseite mit 17 Kolumnen beschrieben. Übersetzt wurde es 1930 von dem US-Amerikaner James Henry Breasted. Der Papyrus Ebers ist nach dem Leipziger Ägyptologen Georg Ebers benannt. Die Schriftrolle ist 30 cm hoch und 20 m lang. Ebers erwarb den Papyrus 1872 für die Universität Leipzig. Die erste bedeutende Übersetzung erschien 1937 in englischer Sprache in Kopenhagen.

Beide Papyri stammen wahrscheinlich aus Raub-Ausgrabungen und sind nur fragmentarisch erhalten. Weitere Papyri, in denen auch zahnmedizinische Verhaltensweisen und Rezepturen überliefert sind, sind der Papyrus Hearst (1600–1500 v. Chr.) mit einer Sammlung von 260 Rezepten und die Papyri Berlin („kleiner Berlinpapyrus“, 1600–1500 v. Chr. und „großer Berlinpapyrus“, 1300 v. Chr.) mit kinderheilkundlichen Schriften und 204 Rezepten sowie der Papyrus Kahun (1900 v. Chr.) mit Bruchstücken über Frauenkrankheiten.

Interessanterweise ist der Zahnarzt und Arzt in den alten ägyptischen Hochkulturen (3000 v. Chr.) noch sehr naturwissenschaftlich bezogen. Nur wenig Magie kommt zum Zuge. In den mittleren Kulturen (1500 v. Chr.) nimmt dann die Magie zu, bei den Heilungs-



Abb. 2: 2600 v. Chr. – Der Ägypter Hesi-Re als Oberhaupt der Zahnbehandler

vorschlägen und in der Spätzeit (letztes Jahrtausend v. Chr.) bekommt die Magie und die Religion die Überhand bei der Behandlung. Die Zeugnisse medizinischen Handelns werden spärlich. Papyri aus dieser jüngeren Zeit mit medizinischem Inhalt sind nicht bekannt. Mit dem Verfall der Hochkultur in der Medizin verfällt auch die Hochkultur des ägyptischen Reiches insgesamt.

Die Ausbildung der Zahnärzte und Ärzte fand im so genannten „Lebenshaus“ statt. Dabei handelt es sich um eine Mischung aus Akademie, Hochschule und Zentralbibliothek. Das Lebenshaus wird von den Tempeln unterhalten. Da die Pharaonen gleichzeitig auch oberste Priester waren, sind Ärzte nach der Ausbildung so etwas wie Staatsbeamte und stehen in sehr hohem Ansehen. Es gibt innerhalb des Zahnärzttestandes und Ärztestandes Unterschiede in der Bezahlung. Am wohlhabendsten waren die sogenannten „Palastärzte“. Ihr Honorar bestand aus Naturalien, Kost, Wohnung und Geschenken zu besonderen Anlässen. Sie waren hohe Beamte und wurden prunkvoll bestattet. Der oberste Palastarzt des Pharaos durfte sich „Größter Arzt von Unter- und Oberägypten“ nennen. Aus heutiger Sicht war er so etwas wie eine Mischung aus Präsident der Bundeszahnärztekammer und Gesundheitsminister. Eine sicherlich interessante Variante.

Die Zahnärzte und Ärzte auf dem Lande und beim Militär waren nicht so wohlhabend wie die Palastärzte, gehörten aber zu den höher gestellten und sehr angesehenen Persönlichkeiten. Ein Zahnarzt und Arzt namens Hesi-Re war der erste namentlich bekannte ägyptische Zahnarzt und das erste Bildnis eines Arztes überhaupt. Er lebte um 3000–2600 v. Chr. Auf seinem Grabrelief ist er als „Oberhaupt der Zahnbehandler und Ärzte“ beim König, d. h. beim Pharaon, gekennzeichnet.

Der früheste Heilgott der Zahnärzte und Ärzte ist der Gott „Thot“, der nach alten Schriften „den Ärzten“ die Fähigkeit „zu heilen“ gibt. Thot kann in Form eines Pavians oder eines Ibis erscheinen. 2000 Jahre später wird auch Imhotep, der Baumeister von der Stufenpyramide in Saqqara zum Heilgott. Der griechische Geschichtsschreiber Herodot (484–420 v. Chr.) schreibt, dass in Ägypten die Ärzte sich in Fachärzte aufgeteilt hatten: „Jeder Arzt behandelt nur eine Krankheit.“ Er führt aus, dass es Ärzte für „Augen, andere für den Kopf, andere für Zähne, andere für den Leib, wieder andere für unbekanntere Krankheiten“ gab. In den Überlieferungen wird der ägyptische Zahnarzt „Zahnbehandler“ genannt oder – wie Herodot es sagt – „Arzt für Zähne.“

Chirurgische Eingriffe und Abszesse

Aus Röntgenbefunden zahlreicher Mumien ist ersichtlich, dass die Ägypter zahlreiche Gebissprobleme hatten. Befunde von Zähnen aus Skeletten, die aus der Zeit von 1500 bis 1000 v. Chr. stammen, weisen starken Kariesbefall auf. Dieser Befund deckt sich mit der bekannten Nahrung, die Ägypter zu der damaligen Zeit zu sich nahmen. Sie war sehr zuckerhaltig. Eine der Hauptursachen von Zahnerkrankungen bei den alten Ägyptern war aber deren grobkörnige Kost, von der sich Arme und Reiche gleichermaßen ernährten. Das Getreide für Brot, eines der Hauptnahrungsmittel, wurde auf rauen Steinen gemahlen. Hierbei gelangten zahlreiche Steinpartikel ins Mehl. Des Weiteren war Sand in den Mahlzeiten, da der Boden in Ägypten sehr sandig war. Da die Ägypter sich fast ausschließlich vegetarisch ernährten, kam es wegen der starken Abnutzung der Zähne durch das Mahlen der sandigen, steinhaltigen Nahrung zu starken Abnutzungen der Kauflächen, die zur Freilegung der Pulpa führten,



Abb. 3: 1570 – 1085 v. Chr. – Unterkiefer mit Bohrlöcher zur Entlastung eines Abszesses

was dann wiederum oft eine Entzündung, Zahnschmerzen und Abszesse zur Folge hatte. Auch das Verbleiben sandiger Speisen zwischen den Zähnen in den parodontalen sulci führte zu einem hohen Aufkommen von Parodontitiserkrankungen. Zahlreiche Zahnsteinablagerungen findet man an Kiefern aus der altägyptischen Zeit. Anhand der Schädelbefunde vermutet man, wie Zahnbehandlungen bei Abszessen vor sich gingen. Es sind bei einer Vielzahl von Kieferknochen Bohrungen gefunden worden, die den Kieferknochen oberflächlich durchdrangen, aber nicht immer bis zur Wurzelspitze reichten. Die Maßnahme sollte wohl den Druck des Abszesses am Zahn entfernen. Bei einem Schädelbefund wurden jedoch zwei perfekt zylindrisch geformte Löcher gefunden, die zu den Wurzelspitzen führen. Ob die Ägypter schon diese Art der Behandlung bei Abszessen (Knochenreparation) kannten oder ob es natürliche oder postmortale Löcher sind, ist streitig. Dafür spricht, dass die Löcher identisch sind. Sie sind beide exakt 5 Millimeter tief und haben genau 2 Millimeter Durchmesser. Für natürliche Fisteln sind sie zu exakt. Jedoch geben die bisher gefundenen Papyrifunde keinen Hinweis auf die Kenntnis chirurgischer Verfahren bei Zähnen.

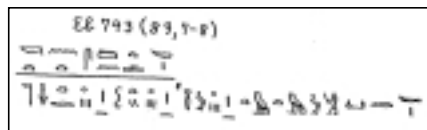
Vielleicht waren es aber auch untergeordnete Hilfskräfte und nicht die Zahnärzte, die ausschließlich chirurgischen Behandlungen an den Zähnen durchführten. Vielleicht haben sich die Ärzte im alten Ägypten auf die pharmazeutische Behandlung beschränkt. Das Gleiche gilt für die Extraktion der Zähne. Wurden auf der Grabtafel eines der ersten beschriebenen Zahnarztes, des „Oberhauptes aller Zahnbehandler“ am Hofe des Pharaos mit dem Namen Hesi-Re (3000–2600 v. Chr.) ursprünglich Zangen vermutet, so ist man sich heute sicher, dass es sich um

Schriftsymbole handelt, die Zangen ähnlich sehen. Eine Extraktion der Zähne hat wohl als Hauptbehandlung stattgefunden. Womit sie geschah, ist jedoch unklar. Bei vielen Schädelbefunden wurden aber auch abgebrochene Zähne gefunden. Ob diese iatrogen oder durch Kampfmaßnahmen entstanden sind, bleibt ebenfalls unklar.

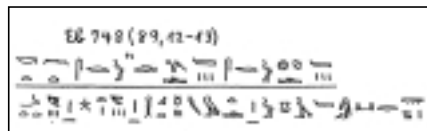
Parodontitisbehandlungen, Füllungs- und Schmerztherapie

Zu allen häufig vorkommenden Zahnerkrankungen gibt es eine reichhaltige Rezeptur und Therapieanweisung. Daher weiß man anhand der bekannten Papyri, welche Krankheiten der Zähne wie behandelt wurden und hat einen Anhaltspunkt, wie gehäuft sie vorkamen. An erster Stelle der Zahnerkrankungen stand wohl die Parodontitis und Parodontose. Die Therapie bestand in der Hauptsache in der Gabe von pharmakologischen Präparaten. In verschiedenen Papyrusschriftrollen wie Papyri Ebers, Hearst, Berlin und Kahun werden dazu folgende Rezepte empfohlen:

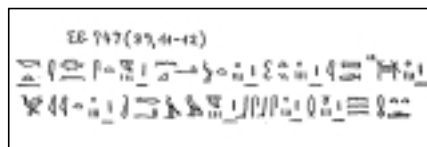
Papyrus Ebers 743 (89,7–8) enthält einen Text „zum Kräftigen oder Festmachen“ eines Zahnes. Hier wird empfohlen: „Terebinthenharz 1, Ocker 1, Maschit 1 werden zu Puder gemischt und an den Zahn gegeben.“



Ein weiteres „Mittel für das Festmachen der Zähne“ in Papyrus Ebers 748 ((89,12–13) heißt: „Sellerie 1, dwt-Pflanze (nicht übersetzbarer Bestandteil), süßes Bier werden gekaut, werden durch Ausspeien zur Erde gegeben.“

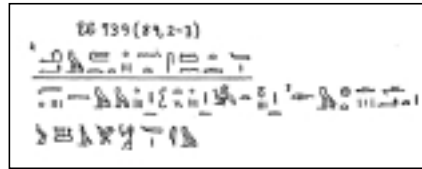


In Papyrus Hearst 8 (1,7) wird als Therapie gegen Zahnlockerung empfohlen: „Wenn er sich lockert: (nicht lesbar), Samenkorn des Emmer 1, Gummi 1 werden an den Zahn gegeben.“

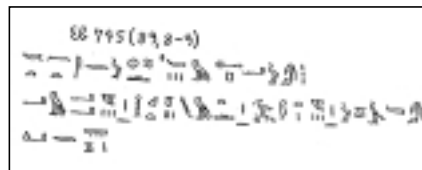


Papyrus Ebers teilt auch weiter in „Heilmittel, um die Schmerzen im Mund zu vertreiben“, „Heilmittel zum Beseitigen des Reißens in den Zahngeschwüren“ und „Heilmittel zur Kräftigung des Zahnfleisches.“

So steht gleichlautend in Papyrus Ebers 739 (89,2–3) und im großen Berlinpapyrus für die Befreiung von Zahnschmerzen: „Frucht von Bryonia 1/8, von Wacholder 1/10, geritzte Sykomerenfrucht 1/8, Koloquinthe 1/8, Terebinthenharz 1/64, Ocker 1/32 werden zu einer Masse gemacht, werden nachts dem Tau ausgesetzt, werden durchgepresst, werden eingenommen an vier Tagen.“

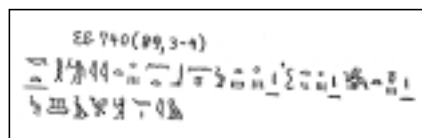


Papyrus Ebers 745 (98,8–9) empfahl auch noch gegen schmerzhaftes Zähne ein Kaumittel: „m-Pflanze (schwer übersetzbar) 1, süßes Bier 1, kriechende Fünffingerkraut 1, werden gekaut, werden durch Ausspeien zur Erde gegeben.“

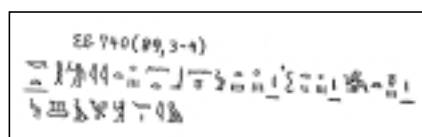


Für die Füllung eines Zahnes riet Papyrus Ebers 740 (89,3–4) zu einer Füllung aus Mehl vom Samenkorn des Emmer, Ocker und Honig. Dies wurde vermengt und in den Zahn gestopft.

Das Füllen der Zähne wurde „Mästen“ genannt.



Weiterhin gab es zahlreiche Rezepte gegen Geschwüre an den Zähnen. Zum Beispiel in Papyrus Ebers 747 (89,11–12): „Milch des Rindes 1, frische Datteln 1, Hülsenfrucht 1 werden nachts dem Tau ausgesetzt, werden kauend im Mund bewegt, werden ausgespien.“



In Papyrus Kahun, der sich mit der Gynäkologie befasst, wird in Kahun 33 (3,2526) beschrieben: „Nicht zulassen, dass eine Frau Zahnschmerzen hat. Bohnen werden zerrieben, an ihre Zähne gelegt an dem Tage, an dem sie gebärt.“

Prothetische Behandlungen

Oft wird diskutiert, ob die Ägypter auch Zahnersatz herstellten. Anlass zum Streit gab ein Fund von Herrmann Junker. Er fand 1914 bei Ausgrabungen in Gizeh ca. 3200–2500 Jahre alte Backenzähne, die mit einem Golddraht verbunden waren. War es ein angehängter Zahn oder eine parodontale Stabilisierung? Interessanterweise waren die Zähne mit Kalkablagerungen behaftet. Dieser Aspekt würde für eine parodontale Stabilisierungsmaßnahme zu Lebzeiten sprechen. Andere Forscher nehmen jedoch an, dass die Zähne postmortal verbunden wurden. Man wollte, dass die Zähne bei der Einbalsamierung nicht verloren gingen, da die Toten möglichst vollständig ihre Reise ins Jenseits antreten sollten. Noch interessanter ist ein Fund von Shafik Farid 1952 in El Quatta bei Kairo. Er fand einen doppelt mit Golddraht umwickelten oberen rechten Eckzahn, der an zwei Schneidezähnen befestigt war. Auch hier wurde eine Brücke vermutet. Jedoch hat der angehängte Eckzahn noch seine ganze Wurzel, Gegner der Zahnersatztheorie vermuten hier ebenfalls ein postmortales Einsetzen des Zahnes, um den Leichnam vollständig zu machen.

Mundhygiene

Der Mundhygiene schenkten die alten Ägypter zu Lebzeiten keine größere Aufmerksamkeit. Daher und durch ihre robuste Nahrung resultieren auch ihre massiven Zahnerkrankungen. In den Papyri findet man so gut wie nichts über vorbeugende Mundhygiene. Der Zusammenhang zwischen Hygiene und Krankheitsvorsorge war den Ägyptern unbekannt. Man wusch sich, wenn man äußerlich schmutzig war oder man badete, weil man sich erfrischen wollte. Auch eine Reinigung zu Heilzwecken war nicht bekannt. Die Reinigung des Mundes und die Reinigung der Zähne fasste man laut den Papyri als „Frühmahlzeit“ zusammen. Anstelle von Seife diente Natron, das ebenfalls auch zur gesamten Körperreinigung benutzt wurde. Aus Tau-



Abb. 4: 3000 v. Chr. – Ägyptischer Schutzgott der Zahnärzte und Ärzte war der Gott Thot, der als Pavian erschien

senden von Toiletten- und Kosmetikartikeln, die ausgegraben oder in Gräbern gefunden wurden, fand sich bis heute keine Zahnbürste oder ein ähnliches Utensil. Auch die an vielen Kiefern gefundenen Zahnsteinablagerungen besagen, dass eine Entfernung von Zahnstein wohl nicht von Nöten gehalten wurde im alten Ägypten.

Jedoch sind aus den Papyri und Grabinschriften viele hygienische Vorschriften aus dem religiösen Kult bekannt. Zum einen schrieben die Priester Bäder und Reinheit der Kleidung und Wohnung vor. Zum anderen gab es Zeremonievorschriften zur Totenwaschung, die auch beinhalteten, dass man den Verstorbenen den Mund öffnete, um ihn im

Totenreich das Sprechen und Essen zu ermöglichen. Dazu wurde eine „Mundwaschung“ mit speziellen Instrumenten durchgeführt, die auf einer Kalksteintafel aus dem Jahr 2000–1785 v. Chr. erhalten geblieben ist. Mit den darauf gezeigten Gefäßen und Geräten wurde der Mund geöffnet und mit Wasser gespült.

Abschließend sei noch erwähnt, dass die Ägypter auch schon Traumdeutungen durchführten, deren Bedeutung sie in Traumbüchern festhielten. Hatte ein Ägypter danach einen Traum von ausfallenden Zähnen, so bedeutete dies etwas Schlechtes. Dieser Aberglaube hat sich auch in hiesigen Breiten bis heute erhalten.

Dissertationen

Antioxidantien-, Spuren- und Mengenelementkonzentrationen im Speichel von Männern und Frauen

Vorgelegt von Uta Rainer

Da aus klinischer Sicht immer wieder beobachtet wurde, dass bei Frauen progressiv verlaufende Erkrankungen des Zahnhalteapparates proportional häufiger auftreten als bei Männern, stellte sich die Frage, inwieweit hormonelle Faktoren bei dieser Feststellung von Bedeutung sind. Weiter sollte beantwortet werden, ob diese einen Einfluss auf Speichelparameter haben. Des Weiteren interessierte vor allem, ob im Speichel von Parodontitispatienten Veränderungen bezüglich der oxidativen Belastung, gemessen anhand des Malondialdehyd, und/oder des antioxidativen Status in Form der Glutathionperoxidase, nachweisbar sind.

63 Männer und Frauen wurden in die Untersuchungen einbezogen, Männer mit und ohne Parodontitis, Frauen mit normalem Zyklus mit und ohne Parodontitis sowie Frauen mit hormonaler Kontrazeption mit und ohne Parodontitis.

Bei Männern und Frauen mit Parodontitis treten signifikant erhöhte Werte gegenüber den gesunden Kontrollgruppen bei Fließrate, Gesamtprotein, Calcium und Zink sowie den

Antioxidantien Glutathionperoxidase und Malondialdehyd auf. Lediglich der Calciumgehalt unterscheidet sich signifikant zwischen Männern und Frauen mit Parodontitis. Bei Frauengruppen mit und ohne Kontrazeption gibt es keine signifikanten Unterschiede. Zwischen den einzelnen Zykluszeitpunkten treten Schwankungen auf, doch sind diese nur in einigen Fällen signifikant. Wichtig ist die Erkenntnis, dass sich die Parodontitis auf die Speicheldrüsen auswirkt und eine Verschiebung zahlreicher Bestandteile bewirkt. Die auftretenden antioxidativen Effekte reichen jedoch nicht aus, um die bakteriell verursachten entzündlichen Prozesse zu beeinflussen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass bei Parodontitispatienten eine Beeinflussung der Speichelmenge und der Speichelzusammensetzung erfolgt. Die Speicheldrüsen reagieren auf das entzündliche Geschehen in der Mundhöhle mit einer erhöhten antioxidativen Reaktion, gemessen an der Glutathionperoxidase, die aber die Erhöhung der oxidativen Belastung, gemessen mittels Malondialdehyd, offensichtlich nicht ausreichend kompensieren kann. Antioxidativ wirksames Östrogen hat ebenfalls einen Einfluss auf den Antioxidantienstatus. Darüber hinaus werden durch Proteinveränderungen im Rahmen des entzündlichen Geschehens Gesamtprotein und der Gehalt an proteingebundenem Calcium, Zink und Kupfer sowie die Speichelfließrate beeinflusst.

Klinische Untersuchungen zur Parodontitistherapie mit Handinstrumenten und dem neuen Ultraschallgerät „VECTOR®“

Vorgelegt von D. Börner

Ziel dieser Untersuchung war es, herauszufinden, ob ein neuartiges Ultraschallsystem der Firma Dürr Dental (VECTOR®) zum Einsatz in der Parodontitistherapie geeignet ist und ob die Ergebnisse mit denen vergleichbar sind, die seit ca. 100 Jahren mit dem Goldstandard Gracey-Küretten erzielt werden. Bisherige Ultraschallinstrumente konnten diese nicht erreichen.

Der Parodontitis, gleich welcher Form, ist als Infektionskrankheit in erster Linie mit der Reduktion der parodontopathogenen Mikroorganismen zu begegnen, die mit ihren Stoffwechselprodukten für zunehmenden Knochenabbau sorgen können. Normalerweise durch ein natürliches Gleichgewicht daran gehindert, kann sich bei Schwächung des Wirtes jedoch eine Parodontitis manifestieren. Der geschlossenen Kürettage als minimalinvasive Vorgehensweisen wird heute der Vorzug gegeben, bei nicht zufrieden stellendem Ergebnis kann eine offene Kürettage sinnvoll sein.

Das VECTOR®-Ultraschallsystem der Firma Dürr, bei dem mittels eines neuartigen Resonanzringes die horizontal gerichtete Ultraschallenergie in eine vertikale Bewegung des Arbeitstendes umgewandelt wird, soll eine effektive Bakterienreduktion mit einer glatten Wurzeloberfläche bei deutlich reduzierter Belastung für Patient und Behandler vereinen.

Die überwiegend von Zahnärzten der Region an das Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena überwiesenen 118 Patienten wurden nach erfolgreicher Initialbehandlung von zwei erfahrenen Parodontologen untersucht und die Indizes Blüten bei Sondierung (BOP), Sondierungstiefe und Zahnlockerung erhoben. 52 Patienten wurden einer Handkürettage mit Gracey-Küretten, 66 Patienten einer Behandlung mit dem VECTOR®-System unterzogen.

Das einzeitige Vorgehen und ein Wundverband nach Therapie gehören zum Standardvorgehen, die Nachuntersuchung erfolgte nach einem halben Jahr.

BOP wurde von 77 % in Gruppe H (Gracey-Küretten) auf 26 % und in Gruppe V (VECTOR®-System) von 78 % auf 32 % reduziert. Die Sondierungstiefen wurden von ähnlichen Ausgangswerten (4,5 mm Gruppe H bzw. 4,56 mm Gruppe V) auf 2,9 mm (Gruppe H) beziehungsweise 3,3 mm (Gruppe V), reduziert. Patienten mit aggressiver Parodontitis lassen sich mit beiden Verfahren in Verbindung mit Antibiotikagabe gut therapieren.

Sondierungstiefen von 6–9 mm und > 9 mm verschwinden nach Therapie fast vollständig, Sondierungstiefen von 3–6 mm sind nach Therapie deutlich reduziert. Im Gegenzug steigt der Anteil von Sondierungstiefen < 3 mm auf fast das Doppelte an.

Frauen und Männer wiesen keine wesentlichen Unterschiede im Ansprechen auf die Therapie auf. Eine Parodontitistherapie ist auch bei Rauchern sinnvoll, der Langzeiterfolg jedoch ist fraglich.

Die Reduktion der Sondierungstiefen ist in Gruppe V unabhängig von der Zahl therapierter Zähne, während in Gruppe H ein signifikanter Abfall bei steigender Zahl von Zähnen festzustellen ist. In beiden Gruppen verschwinden die Lockerungsgrade II und III fast vollständig, Lockerungsgrad I wird deutlich reduziert.

Abschließend lässt sich feststellen, dass sowohl die Handkürettage mit Gracey-Küretten als auch die Therapie mittels VECTOR®-System zur Parodontitistherapie geeignet sind, da die mittleren Sondierungstiefen in beiden Gruppen unter 3,5 mm lagen. Die Handinstrumentierung wird ihrer Stellung als Gold-Standard gerecht und schneidet besser ab. Der Vorteil relativiert sich aber bei steigender Zahl therapierter Zähne aufgrund des größeren Kraftaufwandes wieder. Der Patient empfindet die Behandlung mittels VECTOR®, die in der Regel ohne Lokalanästhetikum durchgeführt werden konnte, als wesentlich angenehmer und könnte so zu einem besseren Recall motiviert sein. Kronenränder werden geschont und empfindliche Schleimhäute nicht unnötig belastet, was den Einsatz bei Mundschleimhauterkrankungen erleichtert.

Entscheidend für den Therapieerfolg ist allerdings das Vertrautsein mit einer Methode oder, nach Lindhe: „nicht die Art der Behandlung, sondern deren Qualität ist für den Erfolg entscheidend.“

Reduzierung unerwünschter Effekte bei der zahnärztlichen Lokalanästhesie

Vorgelegt von Tobias Dirnbacher

Ziel dieser Arbeit war es, durch eine Vergleichsuntersuchung nähere Aufschlüsse darüber zu erlangen, ob die intraligamentäre Anästhesie (ILA) mit dem Injektionsapparat Soft.Ject auch bei zahnärztlichen Maßnahmen der Zahnerhaltung (Präparationen, endodontische Maßnahmen) Vorteile auch für die zahnmedizinische Versorgung von Angehörigen der Bundeswehr gegenüber den üblichen Anästhesieformen hat.

Für die Leitungs- und Infiltrationsanästhesie kamen handelsübliche Aspirationsspritzen „Aspira plus“ der Firma Aesculap (Tuttlingen) zur Anwendung. Jede Anästhesiemethode wurde in mindestens 200 Fällen dokumentiert, um aufschlussreiche Vergleiche liefern zu können. Die Ergebnisse der Vergleichsstudie haben gezeigt, dass die intraligamentäre Anästhesie für nahezu alle Indikationen

Vorteile gegenüber den herkömmlichen Anästhesiemethoden aufweist.

Die aufgestellten Hypothesen zur Wirkung der ILA wurden allesamt bestätigt: unverzüglicher Eintritt der Anästhesie (keine Latenzzeit), tiefe Anästhesie von kurzer Dauer (ca. 30 Minuten), keine Beeinträchtigungen nach Ende der Behandlung durch Taubheit von Lippe, Zunge, Wange, Kiefer, Reduzierung der Versagerquote bei allen konservierenden und prothetischen Behandlungsmaßnahmen, keine iatrogenen Nebenwirkungen der Injektion.

Gerade für zahnärztliche Routinebehandlungen eines einzelnen Zahnes, die unter Anästhesie durchgeführt werden sollen, sollte die intraligamentäre Anästhesie das Mittel der ersten Wahl werden. Für zeitintensivere Eingriffe über 30 Minuten, wie sie eher selten vorkommen, oder Behandlungen mehrerer Zähne ist weiterhin auf die herkömmlichen Methoden der Leitungsanästhesie oder der Infiltrationsanästhesie zurückzugreifen.

Besonders wenn in einer Sitzung in mehreren Quadranten gearbeitet werden soll, ist die intraligamentäre Anästhesie wegen der geringen Menge injizierter Anästhesielösung zu bevorzugen. Darüber hinaus kann die intraligamentäre Anästhesie auch für diagnostische Zwecke bei unklaren pulpischen Beschwerden eingesetzt werden.

Die in dieser Ausgabe veröffentlichten Dissertationen wurden am 1. April an der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität erfolgreich verteidigt.



Intelligentes Arbeitsmittel

Duden Verlag

Das Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke

7., vollst. überarbeitete u. ergänzte Auflage,
864 S. geb., ISBN 3-411-04617-1,
Buch: 24,95 €/CD: 39,95 €

Wer als Patient oder als Mitarbeiter im medizinischen Bereich Klarheit braucht, findet in der 7. Auflage des „Wörterbuchs medizinischer Fachausdrücke“ knappe und verständliche Erklärungen. Über 2000 neue Begriffe wie Edwards-Syndrom, Lewy-Körperchen oder Vibratometrie sind in der neuen Version hinzugekommen. Zahlreiche Angaben zu

Bedeutung, Aussprache, Herkunft, Rechtschreibung, Silbentrennung und Synonymen helfen, Fachbegriffe besser zu verstehen und zu benutzen. Neu ist auch eine hilfreiche Tabelle mit den rund 100 häufigsten medizinischen Laborwerten, von ACTH über Bilirubin und Leukozyten bis hin zu Thyroxin oder Zink. Mehr als 180 Infokästen zeigen Herkunft und Bedeutung gebräuchlicher medizinischer Wortelemente wie gastro... oder ...ämie. Wer außerdem wissen will, was sich hinter NESP oder IABP versteckt, wird im Verzeichnis medizinischer Abkürzungen fündig.

Nun ist auch die neue Ausgabe als CD-ROM mit vielen Suchfunktionen erschienen in der neuen Version in der „PC-Bibliothek 3.0“. Dies sollte in keinem Computer einer Arztpraxis fehlen. Zusätzlich zum vollständigen Buchinhalt bietet die Scheibe viele nützliche Funktionen für die Suche und Weiterverarbeitung der Suchergebnisse. Mit Netzwerklicenzen ist sie auch für größere Arztpraxen, Kliniken, Krankenkassen und Verwaltung ein intelligentes Arbeitsmittel.

Auch dritter Band nun überarbeitet

A. Hohmann, W. Hielscher

Lehrbuch der Zahntechnik

(Band 3 – Werkstofftechnik)

Quintessenzverlag Berlin 2003, 3. Auflage,
448 S., 600 Abb. (durchweg farbig),
ISBN 3-87652-182-3,
40 €/Setpreis (Bd. 1–3) 108 €

Getreu dem Motto „Nichts ist so gut, als dass man es nicht verbessern könnte“ haben die beiden Fachlehrer für Zahntechnik, die Studiendirektoren Arnold Hohmann und Werner Hielscher aus Bielefeld, ihren Klassiker „Lehrbuch der Zahntechnik“ grundlegend überarbeitet. Die vorliegende neue Auflage stellt sich nunmehr als Lehrbuch, Nachschlagewerk und Handbuch in einem dar.

Hinsichtlich des didaktischen und inhaltlichen Aufbaus des Lehrbuches haben die Autoren eine Anpassung an den neuen Rahmenlehrplan der Kultusministerkonferenz vollzogen. Des Weiteren wurde das Sachwortregister stark erweitert. Die dreibändige



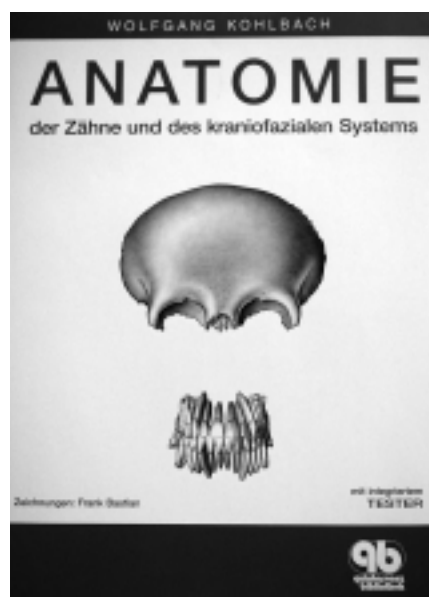
Neuaufgabe des Hohmann/Hielscher ist nach ihrer grundlegenden Überarbeitung mehr denn je das unverzichtbare Standardwerk nicht nur für das Lernen und Lehren an Berufs- und Meisterschulen, sondern auch für die zahntechnische Weiterbildung im Betrieb. Neben der inhaltlichen Aktualisierung besticht der neue Hohmann/Hielscher vor allem durch sein völlig verändertes Layout. Auf der linken Seite ist durchgehend der klar strukturierte Text zu finden, die rechte Seite bleibt den dazugehörigen Abbildungen vorbehalten. Fotos, Grafiken, Schnittbilder und Zeichnungen entsprechen dem neuesten Stand der Zahntechnik und sind durchgängig farbig in höchster Qualität abgedruckt.

Der Band 3 befasst sich mit dem zahntechnischen Arbeitsbereich einschließlich Gesundheits- und Arbeitsschutz, den sog. Universalien der Werkstoffe (Atomaufbau, Periodensystem, physikalischen und chemischen Vorgängen, Farbproblematik), Hilfswerkstoffen wie Abformmaterialien, Wachse, Modellherstellung, Einbettmassen und Isolieren. Es folgen Fertigungsverfahren (Metallverarbeitung, Schleifen, Polieren, Kleben, Schweißen, Lötten, Laserschweißen), Kunststoffe und Metalle (mit Strukturproblematik) und Dentalkeramik. Der Band ist nicht nur für die Zahntechnik oder Praxislabors empfehlenswert.

Vorgängerbände:

Band 1 „Lehrbuch der Zahntechnik – Anatomie, Kieferorthopädie“

Band 2 „Lehrbuch der Zahntechnik – Prothetik“



Atlas der Anatomie

W. Kohlbach

Anatomie der Zähne und des kraniofazialen Systems

Quintessenz Verlag 2002,
264 S., 456 Abb., Festeinband,
ISBN 3-87652-343-5, 128 €

In diesem anatomischen Atlas für Zahnmediziner, Mediziner und Zahntechniker sind detailgetreue Darstellungen der Anatomie der verschiedenen Regionen des Kopfes zu erfahren. Die brillanten Abbildungen geben dem Lernenden einen präzisen Einblick in diese Bereiche. Sämtliche Beschreibungen sind mit lateinischen und deutschen Bezeichnungen versehen, wodurch die Zuordnung erheblich erleichtert wird. Morphologische Zusammenhänge lassen sich schnell erkennen und verstehen. Dieser Atlas ist die Basis für wissenschaftlich präzises Lernen und Lehren. Lehren, lernen und sich testen – das ist das Ziel des Funktionsbereichs „Testen“. Jederzeit kann anhand der unbeschrifteten Zeichnungen Gelerntes überprüft werden. Im Zeitalter des eigenbestimmten Lernens bietet dieser Atlas eine hervorragende individuelle Unterstützung zur Vertiefung von Lerninhalten. Als eine sehr wesentliche Hilfe erachte ich diesen Atlas auch in Zusammenarbeit mit dem Physiotherapeuten bei der Therapie neuromuskulärer Symptomatik im Bereich der Kau- und Gesichtsmuskulatur sowie der HWS-Region. Faszinierend sind auch die Darstellungen der Formen der Zähne im Sinne der Propädeutik.



Verständnis für den Patienten

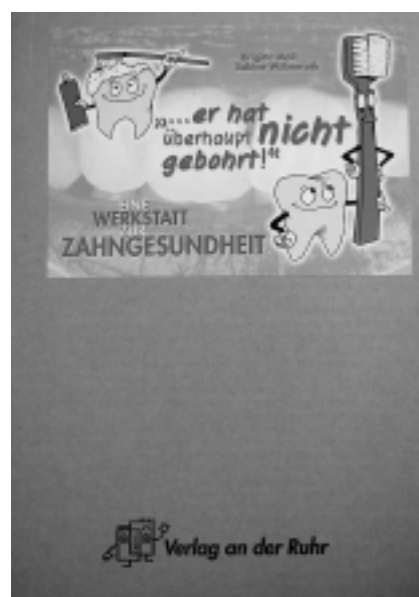
A. Bartsch, E. Witt

Patientencompliance in der Zahnheilkunde

Schlütersche Verlagsanstalt 2003
56 S., 7 Abb., kart.
ISBN 3-87706-717-4, 19,90 €

Eine positive Beziehung zwischen Arzt und Patienten ist die Voraussetzung für eine optimale Zusammenarbeit. Nur gemeinsam lassen sich die Therapieziele einer zahnärztlichen oder kieferorthopädischen Behandlung erreichen. Dazu bedarf es einer zielgerichteten und effektiven Gesprächsführung. Der Zahnarzt muss versuchen, sich in die Situation des Patienten hineinzusetzen. Indem er ihm die einzelnen Schritte seiner Vorgehensweise verständlich erklärt, hilft er dem Patienten, seine Ängste zu überwinden. Patienten wird es auch leichter fallen, die Anweisungen des Zahnarztes (z. B. Mundhygiene, Tragen von Apparaten) zu befolgen, wenn er deren Notwendigkeit für die Behandlung versteht.

Aus dem Inhalt: Compliance-Grundlagen, Compliance-Probleme und deren Vermeidung, Patientenmerkmale, Arzt-Patient-Interaktion, Kommunikation und Kooperation, Instruktion, Motivation, Gesprächsführung, Compliance in der Kieferorthopädie.



„... er hat überhaupt nicht gebohrt!“

B. Moll, S. Willmeroth

Eine Werkstatt zur Zahngesundheit

75 S., A4, Papph.
ISBN: 3-86072-561-0, 19,50 €

Diese Arbeitsmappe ist für die Altersstufen 6–9 gedacht. Wie viele Wackelzähne mussten Sie bei Ihren kleinen Patienten schon bestaunen? Gerade jetzt, wenn bei den Kindern die bleibenden Zähne das Licht der Welt erblicken, ist es an der Zeit, sich ein wenig in den Themenbereich reinzubeißen: das Gebiss, Aufgaben der Zähne, Nahrung und Zähne, Zahnpflege und der Besuch beim Zahnarzt. Dann wird dem Gebiss mal richtig auf den Zahn gefühlt: Die Kinder führen Versuche zur Wirkung von Fluor auf Eierschalen durch, erproben geeignete Zahntechnik, erfahren etwas über Zahnspannen und lesen Wackelzahngeschichten. Also: Zahn zulegen, Bohren vermeiden, Mappe besorgen! Dies ist ideales Arbeitsmaterial in Vorbereitung des Tages der Zahngesundheit.

Rezensionen: Dr. Gottfried Wolf,
Verlagsangaben

Entwicklung bei Thüringer Kinderzähnen

Untersuchungen von Kindertagesstättenkindern und Grundschulern

Von Martina Kröplin

Die vorliegenden regionalen Untersuchungsdaten wurden mittels der in den Thüringer Gesetzen verankerten Vorsorgeuntersuchungen (Kindertagesstättengesetz von 1993; Thüringer Schulgesetz vom 14.10.2001, Verordnung im ÖGD vom 8.8.1990 und Thüringer Verordnung über die Schulgesundheitspflege vom 22.09.2002) erhoben. Die Untersuchungsergebnisse dienen einmal als analytisches Instrument zur Organisation effizienter Vorsorgemaßnahmen der Zahngesundheit unserer Thüringer Kinder und Jugendlichen in Kooperation mit anderen Partnern, die im SGB V § 21 die Verantwortung mit tragen helfen, zum anderen als überregionale Vergleichsmöglichkeit einzelner Indizes auf bundesdeutscher Ebene.

Die Gesundheitsberichterstattung liegt in der öffentlichen Hand und gehört zu den drei wichtigen Arbeitsinstrumenten der Gesundheitspolitik, neben der Gesundheitsplanung und Gesundheitskonferenzen.

Als Vorlage zur Ermittlung der Daten dient eine Exceldatei, die jeder Zahnärztin/jedem Zahnarzt im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) Thüringens zugegangen ist. Das Exemplar enthält neben dem dmf/t und DMF/T zusätzlich diverse Parameter, die national und international vergleichbar sind. Sie entsprechen den Inhalten der Untersuchungen der DAJ und können aus aktuellem Anlass innerhalb der LAG Jugendzahnpflege Thüringen e. V. zum Vergleich der einzelnen Arbeitskreise in Thüringen benutzt werden.

In den 17 Landkreisen und sechs kreisfreien Städten in Thüringen führten die zahnärztlichen Dienste des ÖGD wurden je nach personellem Bestand die Vorsorgeuntersuchungen der Zwei- bis 18-Jährigen in den Kindertagesstätten und Schulen aus. In Thüringen ist die Besetzung der zahnärztlichen Dienste nahezu flächendeckend. In den Städten Suhl und dem Landkreis Hildburghausen nehmen nur Honorarzahnärzte die Aufgaben des ÖGD wahr.

Die Dokumentationspflicht der Vorsorgeuntersuchungen als Erfolgskontrolle der

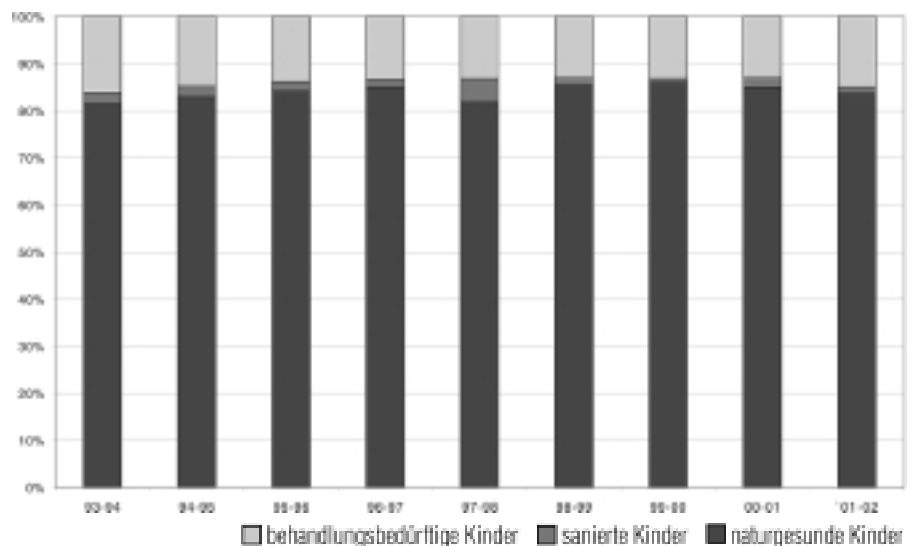


Diagramm 1: Zahngesundheit von 1993–2002 der 2- bis 3-jährigen Kinder in Thüringen

Gruppenprophylaxeaktionen liegt laut SGB V § 21, der Rahmenempfehlung der LAG Jugendzahnpflege Thüringen e. V. vom 1.6.1992 und der Thüringer Gesetzgebung im Aufgabenbereich des ÖGD.

Die 22 Jugendzahnärztlichen Bereiche des ÖGD einschließlich der auf Honorarbasis tätigen Zahnärzte/innen übermittelten die genannten Kriterien. Da die Besetzung der zahnärztlichen Mitarbeiter in den letzten Jahren relativ konstant ist, sind die Untersucher immer dieselben und die Daten über Jahre vergleichbar.

In der folgenden Analyse handelt es sich um ausgewählte Untersuchungsdaten der genannten Berichterstattungen, bezogen auf das Milchgebiss der Kinder in Kindertagesstätten und Grundschulen (Klasse 1 bis Klasse 4), ermittelt bei den schulzahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen von 1993-1994 bis zum Schuljahr 2001-2002. In den Jahren 1990-1991 sind Thüringenweit keine Daten erfasst worden, dann folgte eine unsichere Zeit in der Besetzung der öffentlichen Dienste, so dass erst ab 1993 berichtet werden kann. In den Kindertagesstätten sind die Vorsorgeuntersuchungen mit Genehmigung

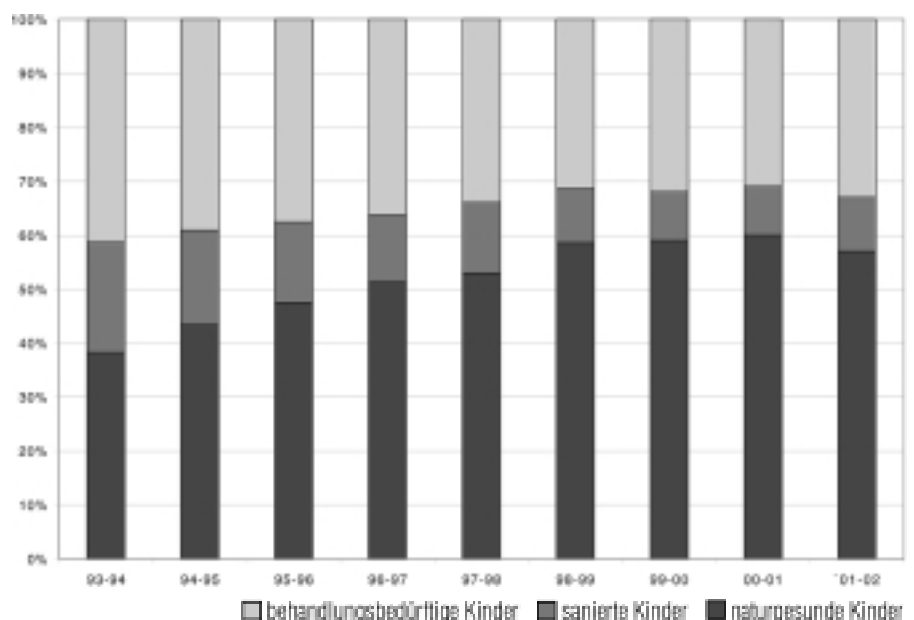


Diagramm 2: Zahngesundheit der 5-jährigen von 1993–2002 in Thüringen

der Eltern freiwillig, in den Schulen unterliegen die Schüler der Duldungspflicht.

Als Indizes dienen die Anzahl der naturgesunden, sanierten und behandlungsbedürftigen Gebisse, verbunden mit dem Sanierungsgrad des Milchgebisses in den genannten Jahren.

Anhand der folgenden Diagramme wird die Entwicklung der einzelnen Jahrgänge aufgezeigt.

Die Untersuchungen in den einzelnen Altersgruppen zeigen auf, dass bei den zwei- bis dreijährigen Kindern 1993 ca. 81 Prozent naturgesunde Gebisse vorgefunden wurden und sich bis 2002 diese Zahl um 3 Prozent verbessert hat. Der Sanierungsgrad des Milchgebisses, also die behandlungsbedürftigen Kinder lag im Jahre 1993 – 1994 bei 16 Prozent und sich in den Jahren bis 2002 kaum geändert hat, die Zahl der sanierten Kinder war verschwindend gering (Diagramm 1).

In der Altersgruppen der Fünfjährigen ist in dem Zeitraum von 1993 bis 2002 die Zahl der naturgesunden Milchgebisse von 39 auf fast 60 angestiegen und die Zahl der sanierungsbedürftigen um ca. 20 Prozent zurückgegangen, die Zahl der sanierten Kinder fiel aber um ca. 50 Prozent (Diagramm 2).

Bei den Achtjährigen stieg die Zahl der naturgesunden Gebisse von 16 Prozent 1993 auf 31 Prozent 2002. Trotzdem ist die Behandlungsbedürftigkeit in dieser Altersgruppen mit 39 Prozent deutlich zu hoch und konnte in den Jahren von 1993 bis 2002 kaum verbessert werden. Obwohl die Zahl der

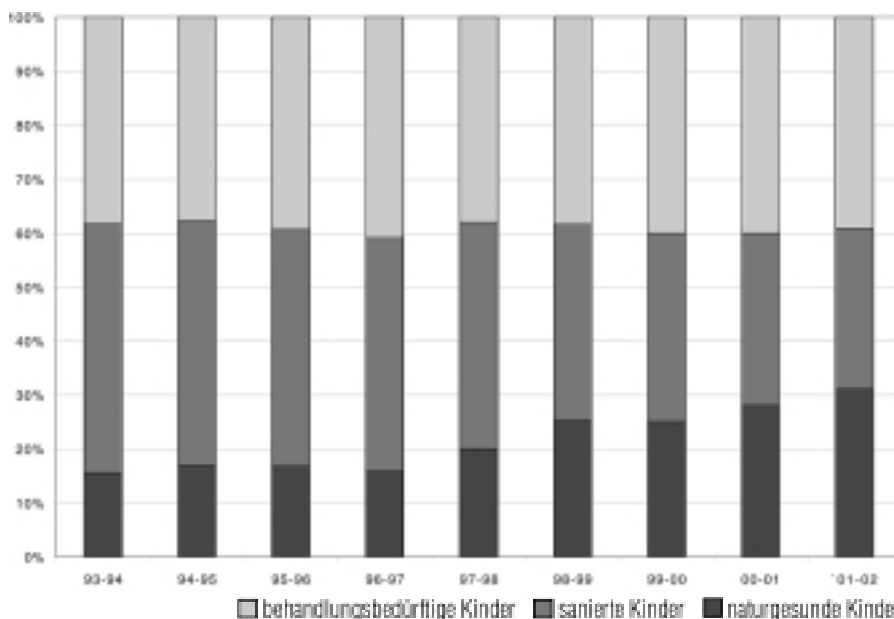


Diagramm 3: Zahngesundheit der zweiten Klassen von 1993–2002 in Thüringen

naturgesunden Gebisse merklich angestiegen ist, wurde die Behandlungsbedürftigkeit der Wechselgebisse durch abnehmende Sanierungserfolge nicht merklich beeinflusst (Diagramm 3).

Resümee

Der Komplex der gruppenprophylaktischen Maßnahmen bewirkt wahrscheinlich in den Kindertagesstätten eine Verbesserung der Mundgesundheit bezüglich des Anstieges des Anteils naturgesunder Gebisse. Der Aufschwung hinsichtlich der Häufigkeit der Sanierung in den Praxen ist nicht ersichtlich, obwohl die Patenschaften in Thüringen vorrangig in den Händen der niedergelassenen Zahnärzte liegen. In den Schulen liegt die

Gruppenprophylaxe im Verantwortungsbereich des ÖGD. Die lokale Fluoridierung als basisprophylaktische Maßnahme ist aufbauend in den einzelnen Kreisen umgesetzt und hat, wie der Anstieg der naturgesunden Gebisse beweist, auch Erfolg. Hier bewirken Individual- und Gruppenprophylaxe gemeinsam die deutliche Verbesserung der Mundgesundheit unserer Kinder.

Die Autorin ist Jugendzahnärztin des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Heiligenstadt (Eichsfeldkreis) und Mitglied im Vorstand der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege in Thüringen.

Strengere Bonitätsprüfungen mit „Basel II“

Zu erwartende Auswirkungen bei Kreditvergaben

Von Sabine Wechsung

In Artikeln zu Finanzierungsangelegenheiten fallen immer häufiger die Begriffe „Rating“ und „Basel II“. Meistens ist mit den Begriffen ein negatives Verhalten der Banken bei der Vergabe von Krediten verbunden oder es geht um gravierende Veränderungen in der Beziehung Kreditnehmer – Kreditgeber zu Fragen bei Zinskonditionen und Risikoeinstufungen.

Ursache der Veröffentlichungen und Diskus-

sionen ist der Strukturwandel in der Kreditwirtschaft, der die Banken und Sparkassen dazu zwingt, bei der Kreditvergabe die Kreditwürdigkeit ihrer Kunden stärker als bislang zu berücksichtigen. Die Prüfung der Kreditwürdigkeit – mit anderen Worten: die Prüfung der Bonität – wird sich in zweierlei Hinsicht verändern:

Die Bonitätseinschätzung wird standardisiert, das heißt nach einem festen Verfahren vorgenommen. Dabei werden die Bankkunden bestimmten Bonitätsklassen zugeordnet. Je

nach Bonitätsklasse ist ein unterschiedlicher Zins zu zahlen: Wer einer guten Bonitätsklasse zugeordnet ist, zahlt weniger als bisher. Wer einer schlechten Klasse zugeordnet wird, zahlt einen Risikozuschlag, also einen höheren Zins als bisher oder bekommt keinen Kredit.

Die gesetzliche Grundlage für die fast ausschließliche bonitätsorientierte Kreditvergabe ist die „Neue Basler Eigenkapitalvereinbarung“ des „Basler Ausschusses für internationale Bankenaufsicht“, genannt „Basel II“.

Sie beinhaltet die verschärften Anforderungen der Bankenaufsicht an die Eigenkapitalausstattung der Banken. In ihnen ist exakt festgeschrieben, wie hoch der Eigenkapitalanteil einer Bank für die Auslegung eines Kredits in Abhängigkeit von der Kreditbonität des Kunden sein muss. Ziele sind es, weniger risikoreiche Kredite zu vergeben sowie diese Regelung auf die gesamte Europäische Union strikte einheitlich anzuwenden. Banken und Sparkassen wird damit gleichzeitig die Pflicht auferlegt, ihre Portfolia nach überdurchschnittlich risikobehafteten Kreditengagements zu durchforsten und sich von diesen Kunden zu trennen. Dabei werden verstärkt Kontokorrentlinien gekürzt oder gekündigt, Überziehungsmöglichkeiten grundsätzlich untersagt oder so genannte Not leidende

Engagements schneller fällig gestellt und anschließend verwertet, als es bisher der Fall war.

Der damit verbundene Wandel in der Unternehmensfinanzierung ist bereits seit einigen Jahren zu spüren und stößt bei vielen Kreditnehmern auf Unverständnis und mitunter auf Empörung. Jedoch muss sich die Bank in ihrem Verhalten dem neuen Regelwerk von „Basel II“ unterwerfen. Eine Änderung des derzeitigen Geschäftsverhaltens oder eine Aufweichung der Vorgaben ist nicht zu erwarten. Kreditnehmer sollten sich generell auf kritische Prüfungen einstellen.

Im Vorfeld eines Kreditgesprächs bei der Bank ist es ratsam, das eigene Sicherheiten-

spektrum abzuchecken. Hier wird es in Zukunft dabei bleiben, dass Grundpfandrechte, Bürgschaften öffentlicher Stellen, andere Bürgschaften, Wertpapiere öffentlicher Emittenten, andere Schuldverschreibungen und Aktien, Bankguthaben und Lebensversicherungen als Risiko minimierende Faktoren herangezogen werden. Offen ist gegenwärtig die Akzeptanz von Sicherungsübereignungen im beweglichen Anlagevermögen und das Abtreten von Forderungen.

Finanzpolitisches Ziel der neuen Eigenkapitalvereinbarung ist die Erhöhung der Stabilität des internationalen Finanzsystems und die Durchsetzung von strenger Marktdisziplin mittels wirksamer Offenlegung zur Förderung eines sicheren und soliden Bankwesens.

Minijobs: neue Grenzen, neue Anmeldung

Seit April gültige Änderungen bei geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen

Von Meike Gorski-Goebel

Mit dem zweiten Gesetz für Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (Hartz II) wurde eine Ausweitung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse und die Einführung einer neuen Gleitzone für Arbeitnehmer mit geringem Einkommen beschlossen. Durch dieses am 1. April in Kraft getretene Gesetz wird die Grenze für die Einordnung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse (so genannte Minijobs) von bislang 325 Euro auf 400 Euro Verdienst pro Monat angehoben. Die bis dahin erforderliche zusätzliche Begrenzung auf weniger als 15 Wochenstunden Arbeitszeit ist entfallen. Nunmehr können außerdem auch kurzfristige Beschäftigungen als Minijob eingeordnet werden. Dies ist der Fall, wenn ein Arbeitnehmer innerhalb eines Kalenderjahres nicht mehr als zwei Monate oder insgesamt 50 Arbeitstage arbeitet, auch wenn dabei die Entgelte oberhalb von monatlich 400 Euro liegen. Für den Arbeitnehmer sind diese Minijobs abgabefrei. Er erhält seinen Lohn also brutto für netto.

Für Arbeitgeber bedeutet die Neuregelung einen geringeren Verwaltungsaufwand. Arbeitgeber müssen nunmehr lediglich eine Pauschalabgabe für die Minijobs an eine zentrale Einzugsstelle abführen. Diese zentrale Einzugsstelle wurde bei der Bundesknappschaft eingerichtet. Grundsätzlich wird eine Pauschalabgabe in Höhe von 25 Prozent fällig. Davon entfallen 12 Prozent auf die Rentenversiche-

rung und 11 Prozent auf die Krankenversicherung sowie eine pauschale Lohnsteuer, die 2 Prozent einschließlich Kirchensteuer und Solidarzuschlag beträgt. Eine Ausnahme hiervon gilt bei Minijobs in Privathaushalten. Dies sind haushaltsnahe Dienstleistungen, die üblicherweise Familienangehörige durchführen und keine besonderen Fachkenntnisse erfordern. Hier ist die Pauschalabgabe mit 12 Prozent deutlich geringer. Es müssen jeweils nur 5 Prozent Beiträge zur Renten- und Krankenversicherung sowie die Pauschalsteuer in Höhe von 2 Prozent entrichtet werden. Bei der Steuer können 10 Prozent der Kosten, maximal 510 Euro, vom Arbeitgeber abgesetzt werden.

Ab einem Verdienst von 401 bis zu 800 Euro wurde die so genannte Gleitzone eingeführt. Arbeitnehmer aus diesem Arbeitsentgelt haben niedrigere Sozialbeiträge zu zahlen. Die beitragspflichtigen Einnahmen werden mit Hilfe einer Formel mit zunehmendem Einkommen schrittweise angleichend ermittelt. So soll ein steigendes Bruttoeinkommen auch einen Nettolohnanstieg nach sich ziehen, was nach bisher geltendem Recht ab Erreichen der so genannten Niedriglohnschwelle oftmals problematisch war.

Die bisherigen geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse (325 Euro-Jobs) werden nicht automatisch auf die Neuregelung umgestellt. Der jeweilige Arbeitgeber muss

daher seine bisher geringfügig Beschäftigten neu bei der Bundesknappschaft anmelden.

Informationen: www.bundesknappschaft.de
www.VDR.de

Quelle: Zahnärzteblatt Sachsen 3-2003

Seminarangebote der Apo-Bank

Erfurt (tzb). Die Deutsche Apotheker- und Ärztebank bietet ihr Seminarprogramm für Angehörige der Heilberufe auch in diesem Jahr aktualisiert an. Die auf Fortbildungsangebote spezialisierte Tochtergesellschaft apoconsult hat bundesweit 140 Veranstaltungen geplant. So werden Seminare zu den traditionellen Schwerpunkten wie „Praxisgründung und Praxiskooperationen“ geboten. Das Thema „Praxisabgabe“ steht aufgrund der zunehmend größeren Zahl von Praxisübergaben im Zentrum des Interesses und findet dementsprechend Berücksichtigung im Seminarangebot. Zudem enthält das Programm für die heutige Zeit wichtige Themen wie Liquiditätssicherung, professionelle Praxisführung, Personalführung oder Vermögensmanagement. Eine ständige aktualisierte Übersicht über Seminarorte und -termine ist über das Internet abrufbar.

Internet: www.apoconsult.de

Ärzte in Thüringen zunehmend Mangelware

500 Mediziner fehlen in Praxen und Kliniken

Weimar (tzb). Ärzte drohen nach Einschätzung von Landesärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung (KV) in Thüringen immer mehr zur Mangelware zu werden. Die Zahl der fehlenden Ärzte in Praxen und Kliniken sei auf über 500 angestiegen, teilten die Standesvertretungen anlässlich der diesjährigen Thüringer Ärztwoche im April mit.

Besorgnis erregend sei vor allem der Mangel an Allgemeinmedizinern. Dadurch drohe die von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) geplante Stärkung des Hausarzt-systems zu scheitern, warnte der KV-Vorsitzende Karl Gröschel. Nach seinen Angaben stehen gegenwärtig 82 Haus- und 88 Facharztpraxen von Fachärzten leer. Mittlerweile greift der Mangel an Nachwuchsmedizinern demzufolge auch auf größere Städte wie Erfurt über. Bis zum Jahr 2010 gehen über 1500 Ärzte in den Ruhestand, ein Drittel davon sind Hausärzte. Nur 104 Jung-

mediziner werden zurzeit zum Facharzt für Allgemeinmedizin ausgebildet.

Niedergelassene Spezialisten fehlen den Angaben zufolge vor allem in den Fachgebieten Kinder- und Jugendmedizin, Orthopädie und Neurologie. Darüber hinaus sei aus Mangel an Ärztenachwuchs ein Kollaps in den Gesundheitsämtern der Landkreise und kreisfreien Städte zu befürchten. In Krankenhäusern gebe es vor allem bei Gynäkologen, Anästhesisten und Psychiatern Engpässe. An den Kliniken fehlten etwa 350 Ärzte.

Das Berufsbild des Arztes müsse wieder attraktiver werden, forderten die Mediziner. Dazu gehöre die Ost-West-Angleichung der Ärztevergütung, um ein Abwandern junger Mediziner in die alten Bundesländer zu verhindern. Stattdessen habe die Bundesregierung mit ihrer „Nullrunde“ bei den Ärzte-honoraren in diesem Jahr die Situation verschärft.

Ärztewerbung: Neuregelung gut angenommen

Jena (tzb). Die Lockerung des Werbeverbots für Ärzte in Thüringen kommt bei den Medizinern offenbar gut an. Seit Jahresbeginn verzeichnet die Landesärztekammer eine steigende Nachfrage von Arztpraxen nach Werbung in eigener Sache. Mit Beginn dieses Jahres gilt für die Ärzte im Freistaat eine neue Berufsordnung, die den Medizinern vielfältige Eigenwerbung erlaubt. Die meisten Ärzte wollen laut Landesärztekammer auf Briefköpfen, Praxisschildern und in Zeitungsanzeigen für sich werben. Dabei gehe es ihnen vor allem darum, ihre speziellen Tätigkeitsschwerpunkte zusätzlich zum medizinischen Fachgebiet bekannt zu machen. Von solchen Hinweisen auf besondere Diagnostik- und Behandlungsverfahren erhoffe man sich vor allem eine bessere Orientierung für Patienten. Bisher durften Ärzte in Thüringen nur bei der Praxiseröffnung oder bei Urlaubsvertretungen Anzeigen in Tageszeitungen schalten. Größe und Gestaltung von Praxisschildern waren streng vorgeschrieben.

Patienten gegen mehr Eigenbeteiligung

Forsa-Umfrage: Höhere Zuzahlungen und Praxisgebühren unerwünscht

Erfurt (tzb). Die Mehrheit der Patienten in den neuen Bundesländern lehnt nach einer Umfrage des Meinungsforschungsinstitutes Forsa höhere finanzielle Eigenbeteiligungen in der gesetzlichen Krankenversicherung und Einschnitte bei den Leistungen ab. Allein in Thüringen hätten sich bei einer Forsa-Umfrage 74 Prozent der Befragten gegen höhere Zuzahlungen bei Arzneien und Krankenhausbehandlungen ausgesprochen, teilte der Landesverband Ost der Betriebskrankenkassen (BKK) mit. Im Auftrag der BKK hatte das Meinungsforschungsinstitut 2000 Personen in den neuen Ländern befragt.

72 Prozent der Thüringer sind demzufolge gegen die Einführung von Praxisgebühren je Arztbesuch, jeder zweite lehnt höhere Zuzahlungen bei Kur- und Reha-Maßnahmen ab.

Nur neun Prozent der Patienten würden eine jährliche Beteiligung an den Behandlungskosten bis zu 200 Euro in Kauf nehmen, 13 Prozent der Befragten eine feste Pauschale von 10 Euro je Arztbesuch akzeptieren. Diese Ergebnisse kommen aus Sicht der Krankenkassen nicht überraschend. Nach den Zahlen des Statistischen Bundesamtes bestreiten die Privathaushalte bereits jetzt gut 47 Prozent der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen (S. 38).

Um die Finanzkrise im deutschen Gesundheitswesen zu lösen, plädieren die Versicherten laut Forsa-Umfrage für eine bessere Organisation der medizinischen Versorgung. 66 Prozent plädieren für eine Nutzung verbindlicher Behandlungsprogramme für chronisch Kranke. Mehr als drei Viertel aller

Befragten wollen die Arzneikosten durch die Nutzung preiswerterer Medikamente senken. Ein Drittel votiert für den Arznei-Versandhandel. 58 Prozent wünschen eine Patientenquittung, auf der alle ärztlichen Leistungen vermerkt und vom Patienten bestätigt werden.

62 Prozent der Befragten sind der Meinung, dass die Krankenkassen bei ihren Verwaltungskosten viel Geld einsparen können. Allerdings gingen sie dabei von falschen Vorstellungen aus, relativierte der BKK-Landesverband. Laut Umfrage vermuten die Thüringer, dass die Kassen fast 40 Prozent ihrer Einnahmen für Verwaltungsgelder ausgaben. Aus BKK-Sicht hat dies auch etwas mit der Art und Weise der öffentlich geführten Gesundheitsdebatte zu tun. Tatsächlich liegt dieser Wert bundesweit bei unter sechs Prozent.

Deutsches Gesundheitswesen immer teurer

Private Haushalte finanzieren größten Teil der Gesundheitsausgaben

Wiesbaden (tzb). Die Bundesrepublik liegt bei den Ausgaben für das Gesundheitswesen mit an der Weltspitze. Nur die Gesundheitssysteme in den USA und der Schweiz sind teurer. Das geht aus den dieser Tage vorgelegten Zahlen des Statistischen Bundesamtes hervor. Demnach sind die Gesundheitsausgaben von 1992 bis 2001 in Deutschland nominal, das heißt in jeweiligen Preisen, um insgesamt 62,8 Milliarden Euro gestiegen (+ 38,5 Prozent); real (in konstanten Preisen) erhöhten sie sich um 14,8 Prozent. Die Hauptlast an den Gesundheitsausgaben tragen nach den Berechnungen des Statistischen Bundesamtes die privaten Haushalte.

Arznei- und Hilfsmittel teurer als Behandlungen

Für das Gesundheitswesen wurden im Jahr 2001 knapp 226 Milliarden Euro aufgewendet, das entspricht 10,9 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit bezogen auf die Bevölkerung in Deutschland beliefen sich auf 2740 Euro; 1992 lagen sie noch bei 2020 Euro. Die Ausgaben für Arzneimittel (inklusive Verbandmittel), Hilfsmittel, Zahnersatz sowie sonstigen medizinischen Bedarf lagen im Jahr 2001 mit 60,4 Milliarden Euro bzw. einem Anteil von 27 Prozent erstmals knapp vor den Ausgaben für ärztliche Leistungen (59,6 Milliarden Euro bzw. 26 Prozent). Neben den Gesundheitsausgaben wurden im Jahr 2001 67,5 Milliarden Euro Einkommensleistungen in Form von Krankengeld, Entgeltfortzahlungen, Erwerbsunfähigkeitsrenten etc. gezahlt. Die gesetzliche Krankenversicherung ist traditionell der größte Ausgabenträger. Sie erbrachte im Jahr 2001 128,9 Milliarden Euro bzw. 57 Prozent der Gesundheitsausgaben. 18,7 Prozent der Ausgaben wurden von den privaten Krankenversicherungen finanziert.

Starke Belastungen für Patienten

Immer stärker werden die privaten Haushalte durch die Gesundheitsausgaben belastet. Normalverbraucher kamen 2001 mit 138,6 Milliarden Euro für fast die Hälfte der

Gesundheitsausgaben auf. Die privaten und öffentlichen Arbeitgeber steuerten im gleichen Zeitraum 115,5 Milliarden Euro (39 Prozent der Gesamtausgaben) bei. Allein die von den Patienten zu zahlenden Versicherungsleistungen stiegen innerhalb von zehn Jahren von 71,3 Milliarden Euro auf 110,8 Milliarden Euro an.

Fazit des Statistischen Bundesamtes: Seit 1992 hat sich die Struktur der Finanzierung im Gesundheitswesen zu Gunsten der öffentlichen Haushalte und zu Lasten der privaten Haushalte/privaten Organisationen verschoben. Die öffentlichen Haushalte gaben im Jahr 2001 rund 6 Milliarden Euro weniger (- 12,3 Prozent) für Gesundheitsausgaben, Einkommensleistungen sowie für Beiträge und Zuschüsse an die Versicherungen aus als noch im Jahr 1992. Bei den Arbeitgebern und den privaten Haushalten/privaten Organisationen waren Zuwächse von rund 26 Milliarden Euro (+ 29,3 Prozent) bzw. 50 Milliarden Euro (+ 56,2 Prozent) zu verzeichnen.

Ambulanter Bereich kostet am meisten

46,5 Prozent der Gesundheitsausgaben entfielen 2001 auf den ambulanten Bereich (niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und Apotheken), 38,4 Prozent auf den stationären und teilstationären Bereich. Die Verwaltungskosten der Krankenkassen lagen bei 5,7 Prozent.

Im Gesundheitswesen hat etwa jeder Zehnte Beschäftigung gefunden. 4,1 Millionen Beschäftigte waren am 31. Dezember 2001 im Gesundheitswesen tätig. Das Personal im Gesundheitswesen stieg in den Jahren 1997 bis 2001 nur leicht um 0,4 Prozent oder 15 000 Personen. In der Gesamtwirtschaft betrug der Beschäftigungszuwachs dagegen 4,4 Prozent. Das leichte Plus im Gesundheitswesen zwischen 1997 und 2001 ist zum einen auf Zuwächse in den sozialen und Gesundheitsdienstberufen (+ 69 000 bzw. + 93 000 Personen), zum anderen auf Rückgänge bei den Gesundheitshandwerkern und in allen anderen Berufen im Gesundheits-

sektor (- 9000 bzw. - 138 000 Personen) zurückzuführen.

Die Mehrzahl der Beschäftigten (83 Prozent) arbeitete im Jahr 2001 in Einrichtungen der ambulanten bzw. stationären und teilstationären Gesundheitsversorgung. Die stationäre und teilstationäre Gesundheitsversorgung lag dabei mit 1,7 Millionen Personen vor den ambulanten Einrichtungen. 1997 war das Verhältnis umgekehrt. Zwei Drittel des Gesundheitspersonals (2,7 Millionen Personen) arbeiteten im Jahr 2001 Vollzeit. Der Anteil der Vollzeitbeschäftigten lag damit im Gesundheitswesen deutlich niedriger als in der gesamten Wirtschaft (74 Prozent). Jeder Vierte im Gesundheitswesen bzw. 1 Millionen Personen gingen einem Beschäftigungsverhältnis in Teilzeit nach. In der Gesamtwirtschaft betrug der Anteil der Teilzeitbeschäftigten 14 Prozent. Ein geringfügiges Beschäftigungsverhältnis übten 327 000 Personen oder 8 Prozent des Gesundheitspersonals aus (gesamte Wirtschaft: 12 Prozent).

Zwischen 1997 und 2001 ging die Zahl der vollzeitbeschäftigten Personen im Gesundheitswesen insgesamt um 152 000 stark zurück. Das entspricht einem Minus von 5,3 Prozent. Die Teilzeitbeschäftigung nahm hingegen um 113 000 Personen zu. Im Jahr 2001 waren 54 000 Personen mehr geringfügig beschäftigt als 1997.

Deutschland mit Rekord-Zahnarztdichte

Im internationalen Maßstab verfügt Deutschland den Angaben zufolge über die höchste Zahnarztdichte (0,8 Zahnärzte auf 1000 Einwohner). Bei der Arztdichte liegt Deutschland an dritter Stelle (3,3 Ärzte auf 1000 Einwohner). Die Vergleichswerte beziehen sich auf Frankreich, Kanada, Niederlande, Schweiz, Großbritannien und die USA.

Kammer geschlossen

Erfurt (Izkt). Aus technisch-organisatorischen Gründen bleibt die Geschäftsstelle der Landes Zahnärztekammer am Montag, dem 16. Juni, geschlossen.

10. Sommersymposium des FVDZ

Heringsdorf (fvdz). Vom 16. bis 21. Juni lädt der FVDZ wieder zum „Europäischen Sommersymposium“ nach Usedom ein. Beim 10. Symposium im Maritim-Hotel Kaiserhof im Seebad Heringsdorf werden zahlreiche renommierte Referenten für interessante Vorträge und Fortbildungsangebote sorgen. Themen sind unter anderem die Entscheidungsfindung in der Endodontie, die erfolgreiche Planung und Integration der Implantologie in jede Zahnarztpraxis, die plastisch-rekonstruktive Parodontalchirurgie und Notfälle in der Zahnarztpraxis. Außerdem geht es um vollkeramische Restaurationen und steht ein Röntgenkurs zur Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz auf dem Programm. Eine Dentalausstellung rundet das Angebot ab.

Informationen: Ursula Holscher
Mallwitzstraße 16, 53177 Bonn
☎ 02 28/8 55 70, Fax 02 28/34 06 71
E-Mail: info@fvdz.de
Internet: www.fvdz.de

Digitales in der Zahnarztpraxis

Koblenz (tzb). Die 17. Jahrestagung der Europäischen Gesellschaft für Zahnärztliche Ergonomie (EGZE) beschäftigt sich mit den Auswirkungen des digitalen Zeitalters auf die Zahnarztpraxis. Es geht um den sinnvollen Einsatz computergestützter Arbeitsmittel bei der Patientenbehandlung und bei der Praxisorganisation. Die Tagung findet am 4./5. Juli in Koblenz statt. Tagungssprache ist Englisch.

Informationen:
EGZE-Generalsekretär Frank Micholt
Kliniekstraat 9, B-3500 Hasselt
Fax: +32-11-27 44 90
E-Mail: secretary.esde@skynet.be

Zahngold für Notgebiete

Projekte 2003 des Hilfswerks Deutscher Zahnärzte

Das Hilfswerk Deutscher Zahnärzte für Lepra- und Notgebiete (HDZ) hat für dieses Jahr Spendengelder in Höhe von knapp 480 000 Euro fest verplant. Sie sollen Gesundheitsprojekten in der Mongolei, Indien und Kambodscha zu Gute kommen. Auch Zahnstationen in Weißrussland und der Ukraine werden wieder vom HDZ unterstützt.

Über das Hilfswerk leisten Zahnärzte mit nur geringem Aufwand einen großen Beitrag zur Versorgung Armer und Kranker in Notgebieten. Sie bitten ihre Patienten, Altgold aus frisch entfernten Kronen und Brücken zu spenden. Dieses wird dann von Dentalunternehmen kostenfrei recycelt und abgerechnet. Der Geldbetrag fließt ungeschmälert dem HDZ zu. Im vergangenen Jahr konnte die Stiftung Hilfsmaßnahmen im Wert von knapp

1,3 Millionen Euro finanzieren. Unterstützt wurden unter anderem der Umbau, die Sanierung und die Ausstattung von Hospitälern, Kranken- und Zahnstationen in Kambodscha, Pakistan, Peru, Kongo, Russland, Weißrussland, der Ukraine oder Afghanistan.

Das Hilfswerk Deutscher Zahnärzte (HDZ) wurde 1981 als Patenschaft niedersächsischer Zahnärzte gegründet. Initiator der Patenschaft war der am 9. November 2001 verstorbene Göttinger Zahnarzt Carl-Heinz Bartels. Anstoß für diese Initiative war das schockierende Erlebnis der harten Realität in den Lepragebieten Südostasiens. Sein Nachfolger ist heute Dr. Klaus Winter, Zahnarzt in Bad Lauterberg.

Internet: www.hilfswerk-z.de

Zahnarzt-Kinderpass in Schleswig-Holstein

Anreiz zur Vorsorge vom Kleinkindalter an

Kiel (ots). Mit ihrem „Zahnärztlichen Kinderpass“ hält die schleswig-holsteinische Zahnärzteschaft eine Art Tagebuch bereit, das die Kinder ähnlich wie das kinderärztliche Vorsorgeheft durch ihre ersten Lebensjahre begleiten soll. Die handliche, vor vier Jahren eingeführte Broschüre habe inzwischen zahlreiche Nachahmer gefunden, erläuterte der Prophylaxereferent der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, Dr. Michael Brandt.

Zehn Untersuchungstermine beim Zahnarzt sieht der Kinderpass im Lebensalter zwischen einem halben und sechs Jahren vor. So sollen schon die Jüngsten an den halbjährlichen Zahnarzttermin gewöhnt werden. Großen Raum nimmt die Vorsorge gegen Karies ein. Dazu gehört natürlich auch die fachkundige Anleitung zur gründlichen Zahnreinigung. Den Kinderpass wertet die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein als Erfolg. Der Zahngesundheitszustand der schleswig-holsteinischen Kinder unterschreitet die Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation erheblich.

„Nur wenn die Kinder von klein auf daran gewöhnt werden, auch die Zähne ebenso zu pflegen wie den übrigen Körper, ist dieses Ziel zu erreichen“, so Dr. Michael Brandt. Mit den zwei Vorsorgeuntersuchungen der gesetzlichen Krankenkassen in dreieinhalb Jahren sei die notwendige Vorsorgearbeit nicht zu leisten.

Insgesamt aber setzt der „Zahnärztliche Kinderpass“ in seinem Prophylaxegedanken bereits viel früher an – bei der werdenden Mutter. Schon sie soll bei ihren Besuchen beim Zahnarzt lernen, dass für die Zahngesundheit des Kindes die Wurzeln bereits in der Schwangerschaft gelegt werden. Um die Sensibilität dafür zu schärfen, wirbt die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein mit ihrer Vorsorgeoffensive auch bei Frauen- und Kinderärzten. „Nur, wenn alle an einem Strang ziehen, können wir es schaffen, die Karies bei kleinen Kindern noch weiter einzudämmen. Wir wollen dafür sorgen, dass möglichst alle Kinder mit einem gesunden Gebiss eingeschult werden“, betont Dr. Brandt.

Anreiz für Wissenschaftler

Mehrere Fachgesellschaften schreiben Forschungspreise aus

Deutscher Millerpreis 2004

Preis der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) hat den Millerpreis 2004 für die beste wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ausgeschrieben. Der Preis ist mit 10 000 Euro dotiert. Da allein Leistung und Bedeutung für die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde entscheidend sind, können sich auch in der Bundesrepublik Deutschland tätige ausländische Zahnärzte beteiligen, wenn ihre Approbation der deutschen gleichwertig anerkannt ist, sowie jeder an der zahnärztlichen Forschung tätige Wissenschaftler, soweit er eine gleichwertige akademische

Ausbildung besitzt. Einsendeschluss ist der 31. Dezember 2003.

Die Arbeit kann von einem Autor oder dann von einer Autorengruppe verfasst sein, wenn der Anteil des Einzelautors aus der Arbeit ersichtlich ist. Sie ist in fünf Exemplaren in deutscher Sprache druckfertig einzureichen. Sie darf noch nicht veröffentlicht, nicht zur Veröffentlichung angeboten und nicht für ein Ausschreibungsverfahren eines anderen wissenschaftlichen Preises eingereicht sein. Allen Arbeiten ist eine Zusammenfassung von bis zu zwei Seiten beizufügen.

Die Veröffentlichung der mit dem Millerpreis ausgezeichneten Arbeiten in der "DZZ" wird von der DGZMK gefördert. Die Bekanntgabe des Preisträgers und der Arbeit erfolgt durch die DGZMK.

Wettbewerbsadresse:

Notare Bünten und Dr. Schwarz
Grafenberger Allee 87
40237 Düsseldorf

Informationen:

☎ 02 11/66 96 76 60

Preis für Dentalkeramiken

Zum vierten Mal seit ihrem Bestehen schreibt die Arbeitsgemeinschaft für Keramik in der Zahnheilkunde e. V. den Forschungspreis für wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der vollkeramischen Zahnversorgungen aus. Für den Forschungspreis 2003 können sich Zahnärzte sowie Wissenschaftler und Arbeitsgruppen bewerben, die in der medizinischen oder zahnmedizinischen Forschung tätig sind. Auch das ausführende Dentallabor kann als Mitglied einer Arbeitsgruppe teilnehmen. Angenommen werden klinische Untersuchungen, die auch die zahntechnische Ausführung umfassen können. Materialtechnische Untersuchungen liegen ebenfalls im Fokus der Ausschreibung. Zugelassen sind auch klinische Arbeiten, die sich mit der computergestützten Fertigung (CAD/CAM) und Eingliederung von Brückengerüsten, Kronen, Einlagefüllungen und Implantat-Suprastrukturen befassen. Themenbereiche sind die defektorientierte Behandlung für den Einsatz vollkeramischer Werkstoffe, die Darstellung von Risikofaktoren mit Keramikwerkstoffen und Befestigungssystemen, Erfahrungen mit adhäsiven Verfahren, Bearbeitungstechniken verschiedener Keramiken, Untersuchungen über das Langzeitverhalten

und die Evaluation für eine praxisgerechte Umsetzung.

Der Forschungspreis ist mit 3600 Euro dotiert. Einsendeschluss ist der 31. Oktober 2003 (Poststempel). Die Arbeiten dürfen nicht gleichzeitig für ein anderes Ausschreibungsverfahren eingereicht werden. Es werden Arbeiten, die auf Dissertationen und Habilitationen beruhen, anerkannt. Der Forschungspreis 2003 wird anlässlich einer wissenschaftlichen Fachtagung überreicht. Die Arbeit wird vom unabhängigen wissenschaftlichen Beirat der AG Keramik bewertet. Dieser Jury gehören an: PD Dr. Frankenberg (Erlangen), Prof. Dr. Kunzelmann (München), Prof. Noack (Köln), Prof. Dr. Pospiech (München), Dr. Reiss (Ettlingen), Prof. Walther (Karlsruhe), Dr. Wiedhahn (Buchholz).

Wettbewerbsadresse:

AG Keramik
Dürerstrasse 2a, 76275 Ettlingen

Auskünfte:

☎ 07 21/9 45 29 29
E-Mail: info@ag-keramik.de

Colgate-Preis der DGZMK

Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und die Colgate-Palmolive GmbH vergeben in diesem Jahr zum vierten Mal den Colgate-Forschungspreis für junge Wissenschaftler. Mit dem Preis werden Nachwuchswissenschaftler aus der zahnmedizinischen Forschung ausgezeichnet. Der Preis ist mit insgesamt 6000 Euro dotiert. Bewerben können sich alle jungen Wissenschaftler, die an einer deutschen Hochschule zu zahnmedizinischen Themen forschen. Die Forschungsthemen können aus sämtlichen Bereichen und Disziplinen der Zahnmedizin ausgewählt werden. Einsendeschluss ist der 15. Juni 2003. Die Preisträger werden von einer unabhängigen Jury aus fünf Hochschuldozenten ausgewählt und auf der Jahrestagung der DGZMK im Oktober 2003 in Aachen gewürdigt.

Informationen: DGZMK

Lindemannstr. 96, 40237 Düsseldorf

☎ 02 11/61 01 98 -0

Internet: www.dgzmk.de
www.colgate.de

Wir gratulieren!

zum 85. Geburtstag am 07.05.

Frau Dr. med. dent. Ilse Buche-Sonnemann
in Weimar

zum 78. Geburtstag am 23.05.

Herrn Dr. med. dent. Hans Hunold
in Hildburghausen

zum 78. Geburtstag am 09.05.

Herrn SR Dr. Otto Däumer
in Eisenach

zum 75. Geburtstag am 20.05.

Herrn Heinz Lindner
in Eisenach

zum 74. Geburtstag am 02.05.

Herrn OMR
Dr. med. dent. Kurt Walter
in Gotha

zum 72. Geburtstag am 28.05.

Frau SR Marianne Endlicher
in Großlöbichau

zum 69. Geburtstag am 19.05.

Frau Dr. med. dent. Gudrun Blümner
in Jena

zum 68. Geburtstag am 12.05.

Herrn Ekkehard Pretschold
in Stadtroda

zum 68. Geburtstag am 19.05.

Frau Thea Plonka
in Jena

zum 68. Geburtstag am 22.05.

Frau Dr. med. dent. Helga Hofmann
in Jena

zum 67. Geburtstag am 21.05.

Frau Dr. med. Barbara Nee
in Bad Berka

zum 67. Geburtstag am 15.05.

Frau Irmhild Oelzner
in Jena

zum 66. Geburtstag am 15.05.

Herrn Dr. med. Manfred Stranz
in Seebach

zum 66. Geburtstag am 26.05.

Herrn Dr. Karl-Heinz Reichert
in Jena

zum 65. Geburtstag am 15.05.

Herrn SR
Dr. med. dent. Klaus Buchsbaum
in Ronneburg

zum 60. Geburtstag am 12.05.

Herrn Dietmar Kaiser
in Lucka

zum 60. Geburtstag am 29.05.

Herrn Hartmut Weißenborn
in Erfurt

zum 60. Geburtstag am 30.05.

Herrn Dr. med. Rainer Petschauer
in Eisenberg

Praxisabgabe

Umsatzstarke Zahnarzt- und Allgemeinarztpraxis in sehr schöner Lage am Rennsteig aus Altersgründen abzugeben (einzeln oder zusammen).

Vertrauliche Beratung und Betreuung durch:
LÖWER & PARTNER
 Geschäftsstelle Berlin
 Tel. (0 30) 27 87 59 75
 Fax (0 30) 27 87 59 77

Jugendstilvilla, teilsaniert, EG 160 m², OG 100 m², Grundstück 2500 m², Bebauung möglich, als Zahnarztpraxis oder Wohnhaus geeignet. VP ca. 200 T€.

Chiffre: 106

Weimar-Stadt

Zum 01.09.2003 Vorbereitungsassistentin ab einem Jahr Berufserfahrung für 24 Std./Woche gesucht; anspruchsvolles und qualitätsorientiertes Praxiskonzept; längerfristige Zusammenarbeit angestrebt.

Tel.: 0 36 43/50 22 47

Antworten auf Chiffre-Anzeigen

bitte deutlich mit der Chiffre-Nr. auf dem Umschlag versehen.

Die Zuschriften werden gesammelt an den Auftraggeber weitergeleitet.

Senden Sie Ihre Zuschrift an:

Werbeagentur und Verlag
 Kleine Arche
 Holbeinstraße 73
 99096 Erfurt

Kleinanzeigen-Auftrag:

	Auftraggeber: Name, Vorname _____ Straße, Hausnr. _____ PLZ, Ort _____ Telefon/Fax _____	Ausgabe(n): _____ (Monat/Jahr)
	Ich beauftrage Sie hiermit, folgenden Anzeigentext im tzb zu veröffentlichen: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	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/Bekanntschäften 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 zweiseitige Anzeigen (87 mm breit) je mm Höhe. Mindesthöhe 20 mm)
Einzugsermächtigung: Den Rechnungsbetrag buchen Sie bitte von meinem Konto ab: Konto-Nr. _____ BLZ _____ Bank _____	Unterschrift nicht vergessen und abschieben/faxen an: Werbeagentur und Verlag Kleine Arche Holbeinstraße 73, 99096 Erfurt Tel. (0361) 7 46 74 80 Fax (0361) 7 46 74 85	Datum _____ Unterschrift _____

Zuschriften auf Chiffre-Anzeigen werden gesammelt per Post an die Auftraggeber weitergeleitet.

ÄNDERUNG DER RECHTSPRECHUNG BEI DEN FORT- UND WEITERBILDUNGSKOSTEN

Immer wieder hatten Zahnärzte Stress, weil das Finanzamt ihre, bei einer Bildungsmaßnahme entstandenen Ausgaben, nicht anerkennen wollte. Denn es ist ein Unterschied, ob das Finanzamt eine Bildungsmaßnahme als Sonderausgabe oder als Werbungskosten berücksichtigt.

Bisher zählten alle Aufwendungen

- des angehenden Zahnarztes für seine Berufsausbildung und
- die Weiterbildung des fertigen Zahnarztes in einem nicht ausgeübten Beruf zu den Sonderausgaben.

Diese Zuordnung hat den Nachteil, dass die Aufwendungen nur bis zu 920 € jährlich steuerlich abzugsfähig sind. Bei einer auswärtigen Unterbringung erhöht sich der Betrag auf 1227 € pro Jahr.

Fortbildungskosten in einem bereits ausgeübten Beruf können dagegen voll – als Werbungskosten – steuerlich geltend gemacht werden. Als Berufsförderungskosten erkennt das Finanzamt sämtliche Aufwendungen an welche notwendig sind, damit ein Zahnarzt im ausgeübten Beruf auf dem Laufenden bleibt und den jeweiligen Anforderungen gerecht wird.

Diese Regelung führte dazu, dass sämtliche Kosten eines Erststudiums als Sonderausgaben eingestuft und nicht als voll abzugsfähige (vorweggenommene) Werbungskosten behandelt wurden.

Absolvierte ein Zahnarzt ein zweites Studium, ging das Finanzamt nur dann von Berufsförderungskosten aus, wenn das Studium auf dem abgeschlossenen Erststudium aufbaute oder gegenüber seiner bisherigen Berufstätigkeit eine Spezialisierung bedeutete. Die Aufwendungen eines Humanmediziners für ein zahnmedizinisches Zweit-

studium, mit dem Ziel Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurg zu werden, gehören zum Beispiel hierzu.

Die bisherige, rigide Rechtsauffassung hat der Bundesfinanzhof in seinem Urteil vom 17.12.2002 aufgegeben. Künftig sind alle Kosten für ein berufbegleitendes Erststudium als Werbungskosten, beziehungsweise als Betriebsausgaben, absetzbar. Jedoch müssen zwei Kriterien erfüllt werden: Das Hochschulstudium muss während der Ausübung des bisherigen Berufs absolviert werden. Des weiteren muss ein sachlicher Bezug zum ausgeübten Beruf vorhanden sein. Dagegen ist es unerheblich, ob das Studium eine Basis für andere Berufsfelder schafft oder einen Berufswechsel vorbereitet.

Postgraduale Studiengänge, wie die berufsbezogenen Master-Studiengänge, werden im zahnmedizinischen Bereich künftig an Bedeutung gewinnen. Die Nachfrage nach Master-Studiengängen wird steigen, unabhängig ob es sich um fachbezogene oder solche, welche Betriebswirtschaft und Management einer Zahnarztpraxis zum Inhalt haben. Denn die Aufwendungen für diese Studiengänge sind eindeutig den Werbungskosten beziehungsweise den Betriebsausgaben zuzuordnen.

Aber nicht nur für die Zahnärzte selbst, auch für deren Ehegatten oder Kinder ist das Urteil von Bedeutung. Immer wieder absolvieren Familienmitglieder zunächst eine Ausbildung in einem zahnmedizinischen Hilfsberuf, wie zum Beispiel als Zahnarzthelferin oder Zahntechniker, und studieren erst anschließend Zahnmedizin. Sofern parallel zum Studium ein Arbeitsverhältnis besteht, können in Zukunft die Aufwendungen für das Studium in vollem Umfang als Werbungskosten geltend gemacht werden.

Martina Becker, Steuerberaterin, Gera



Wir sind eine mittelgroße Steuerberatungsgesellschaft und bieten insbesondere Ärzten aller Fachrichtungen und Zahnärzten im Rahmen unserer Steuerberaterleistungen unter anderem solche Tätigkeitsschwerpunkte an, wie:

- Existenzgründungsberatung
- Betriebswirtschaftliche Auswertungen
- Praxisvergleich
- Soll-Ist-Vergleich
- Analysen zur Praxisoptimierung
- Analysen zur Steuerersparnis, -vorsorge, -optimierung
- Analysen zur finanziellen Lebensplanung

ADVITAX Steuerberatungsgesellschaft mbH

Ansprechpartnerin: Martina Becker, Steuerberaterin

Niederlassung Gera · Ebelingstraße 10 · 07545 Gera

Tel.: (0365) 7 73 11 30 · Fax: (0365) 7 73 11 31 · e-mail: advitax-gera@etl.de

www.etl.de/advitax-gera

Mitglied in der European Tax & Law



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



- Zahnersatz auf höchstem Niveau durch zertifiziertes Qualitätsmanagement
- Unser breites Technikangebot wird abgerundet durch vielfältige Serviceangebote für unsere Kunden, wie z. B. Technikerservice in der Praxis, mobiles Labor, signifikante Einkaufsvorteile und Seminare

Infomaterial



*Für die Zukunft handeln –
Mitarbeiter motivieren –
Steuern sparen*

Wir haben Ihre Informationen zur Betrieblichen Altersvorsorge auf S. 17 gelesen und bin an einem Informationsgespräch interessiert. Bitte setzen Sie sich mit uns in Verbindung.

Wir haben die Betriebliche Altersvorsorge für unsere Mitarbeiter bereits realisiert.

internews	INTER Ärzte Service	informiert
<p>Private INTER Unfallversicherung – sicher im Beruf und Freizeit</p> <p>Jährlich ereignen sich in Deutschland ca. 8,5 Mio. Unfälle im Beruf, zu Hause und in der Freizeit. Glücklicherweise sind die Folgen nicht immer mit langjähriger körperlicher Beeinträchtigung verbunden – neben vorbeugenden Maßnahmen zur Unfallverhütung kommt der Absicherung des Unfall-Risikos eine besondere Bedeutung zu. Mit der privaten INTER Unfallversicherung kann ein umfassender Versicherungsschutz erworben werden. Er schützt nicht nur vor finanziellen Schwierigkeiten nach einem Unfall, sondern ergänzt die geringen Ansprüche aus der gesetzlichen Unfallversicherung. Denn die gesetzlichen Versicherungsträger leisten nur eine Grundversorgung, der Schutz ist meist stark begrenzt, z. B. auf die Arbeit und den Weg dorthin bzw. nach Hause. Die private Unfallversicherung dagegen gilt weltweit und rund um die Uhr – zu Hause, auf Reisen und im Ausland. Dort, wo die gesetzliche Unfallversicherung nur einen kleinen Teil leistet oder gar nicht für die Folgen eines Unfalls aufkommt, entstehen große Lücken. Diese werden von der privaten Unfallversicherung geschlossen. Die Versicherungsnehmer haben die Möglichkeit, aus verschiedenen INTER Produkten einen passenden Tarif zu wählen.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die Kapitalzahlung dient für eventuelle behindertengerechte Umbauten in der Wohnung aufgrund unfallbedingter Invalidität. – Die Unfall-Rente z. B. steht dem Versicherten bei einer 50%-igen Invalidität zu. Hier wird eine monatliche, lebenslange Rentenzahlung ab dem ersten Unfalltag gezahlt. – Für Kinder gibt es eine Kinderinvaliditätsversicherung. Diese leistet nicht nur bei Unfall, sondern auch bei krankheitsbedingter Invalidität. <p>Die Prämie für eine Unfallversicherung können Steuerzahler in ihrer Steuererklärung angeben: 50 Prozent des Beitrages als Werbungskosten und 50 Prozent als Sonderausgaben. Unfallpolicen sind steuerlich anerkannt, wenn das private und berufliche Unfallrisiko gedeckt wird (Bundesfinanzministerium IV C 5-S-2332-67/00).</p> <p>Wir stehen Ihnen jederzeit gern zur Verfügung: INTER Ärzte Service – Landesgeschäftsstelle Thüringen Herr Dieter Limberg Juri-Gagarin-Ring 68–70, 99084 Erfurt Telefon: 03 61/5 98 01 50 Telefax: 03 61/5 98 01 60 E-Mail: laegs.thueringen@inter.de www.inter.de</p> <div style="text-align: right;">   </div>		

Anzeige

Ihr Speziallabor für Keramik,
Kombinationstechnik
und Kieferorthopädie



AVANTGARDE

DENTURKUNDE • KUNSTZAHN • Kieferorthopädie

- Ästhetische Keramik
- Vollkeramik
- Inlay Technik
- Frästchnik
- Teleskoptechnik
- Implantat-Technik
- Modellgusstechnik
- Kieferorthopädie
- Gipsform-Technik

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

Anzeige

Mönig Krollzig Ries Richter Schnieder Goetz	
Rechtsanwälte	<p style="text-align: center;">Hans Peter Ries Dr. Karl-Heinz Schnieder Ralf Großbölting Wolf Constantin Bartha</p> <p>Tätigkeitsschwerpunkte: • Vertragszahnrecht • Praxiskoooperationen • Berufsrecht • Arbeits- und Mietrecht</p> <p style="text-align: right;">Unter den Linden 24 10117 Berlin Tel.: 0 30/2 06 14 33 Fax: 0 30/20 61 43 40 www.rechtsanwaelte-moenig.de</p>


Anzeige

<p style="font-size: 1.2em;"><i>Sandra Röhn</i> Steuerberaterin</p> <p style="text-align: center;">◆◆◆</p>
<p>Wir sind eine Steuerberatungskanzlei im Herzen der Thüringer Landeshauptstadt und zu unseren Mandanten gehören in erster Linie Zahnärzte und Ärzte aller Fachrichtungen.</p> <p>Unser Dienstleistungsportfolio beinhaltet unter anderem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">– Rentabilitätsvorausschau <li style="width: 50%;">– Liquiditätsplanung <li style="width: 50%;">– Entwicklung einer Unternehmensstrategie <li style="width: 50%;">– Soll-/Ist-Vergleiche anhand betriebswirtschaftl. Kennzahlen <li style="width: 50%;">– Steuergestaltung und -erklärung <li style="width: 50%;">– Vermögensplanung <li style="width: 50%;">– Unternehmenscontrolling und Liquiditätsanalyse <p style="text-align: center;">Johannesstr. 3 · 99084 Erfurt · Tel. 0361/24 11 -90 · Fax 0361/24 11 -920 E-Mail: info@stbroehn.de</p>

Anzeige

Für Ihre Anzeige im tzb

erhalten Sie Informationen
unter 03 61/74 67 48-0.



Anzeige

KAVO PROPHYCENTER: *Vorsorge mit System*

Das Bewusstsein der Bevölkerung für gesunde und gepflegte Zähne steigt. Prophylaxemaßnahmen gewinnen an Bedeutung. Sie dienen – intensiv, organisiert und kontrolliert durchgeführt – effektiv der Zahngesundheit. Die Investition in ein durchgängiges, zukunftsfähiges Prophylaxekonzept, wie dem KaVo PROPHYcenter, ist sowohl der Zahngesundheit der Patienten zuträglich, als auch der Wirtschaftlichkeit der Praxis.



Prophylaxe gewinnt nicht nur für Patienten an Bedeutung, sondern ist auch als profitables Geschäftsfeld in der Praxis mittelfristig nicht mehr wegzudenken. Das neue KaVo PROPHYcenter unterstützt eine intensive, organisierte und kontrollierte Durchführung der Prophylaxe: Kurze Greifwege erleichtern die Arbeit. Die 2-Gelenk-Kopfstütze ermöglicht eine optimale stufenlose Einstellung für Ober-, Unterkiefer-, Rundrücken- und Kinderbehandlung. Eine genaue Anpassung an den Hinterkopf des Patienten und eine sehr gute Kniefreiheit können erzielt werden. Die Progress-Rückenlehne mit schmalen Schulterbereich

und dünnem Polster unterstützt die ergonomisch richtige Arbeitshaltung des Zahnarztes. Das kurze, abgeknickte Sitzpolster ist schnell und unkompliziert auf die Kinderbehandlung einstellbar: Durch einfaches Anheben entsteht eine flache Liegefläche ohne Übergang.

Das PROPHYcenter Gerät ist mit dem bewährten KaVo Multifunktions-Fußanlasser zur mühelosen Bedienung von Instrumenten- und Stuhlpositionen und der Behandlungsleuchte KAVOSUN 1415 ausgestattet. Der abklappbare Spiegel an der Leuchte und das Mundspülbecken aus Glas sind leicht zu reinigen und stellen eine hygienisch saubere und komfortable Lösung dar.

Zur Grundausstattung des Helferinnenelements zählen eine Spraynebelabsaugung und ein Speichelzieher. Optional kann eine 3F-Spritze, eine POLYlux-Leuchte zur Aushärtung von Kompositen oder ein DIA-GNOdent Gerät zur Karies-Früherkennung aufgerüstet werden. Das Arztelement verfügt über eine 3F-Spritze, einen Elektromotor und eine MULTIflex-Kupplung. Diverse Prophylaxeinstrumente wie die Winkelstücke DURAtec 2933 und 2731 für Zahnpolitur, das SONICflex 2003 L oder das PIEZOlux für Zahnsteinentfernung und das PROPHYflex 3 für Zahnreinigung können adaptiert werden. Das PROPHYcenter ist auch mit Intraoralkamera ERGOcam 3 und ERGOcom 2-System erhältlich. Zusätzlich bietet das kleine kompakte KaVo PROPHYcorner Möbel optimalen Raum für Patientenaufklärungs- und Beratungsgespräche, wie z. B. Mundhygieneberatung, Zahnpflegeanweisungen und Vieles mehr. Ausgestattet ist das PROPHYcorner mit einem Funktionspanel, das über einen beleuchteten und einen Vergrößerungsspiegel, Ablageborden und einer Doppelsteckdose verfügt. Das Bevorzugungselement mit Schubladen und Stauraum bietet genügend Platz für Instrumente, Kleinteile und Verbrauchsmaterialien. Ein funktionaler und optisch sehr ansprechender Nassbereich mit Glasbecken lädt zum Zähneputzen ein.

Mit der neuen KaVo Prophylaxeeinheit PROPHYcenter und dem Prophylaxemöbel PROPHYcorner steht dem Zahnarzt ein durchgängiges Prophylaxekonzept für die Praxis zur Verfügung. Sinnvoll. Wirtschaftlich.

KAVO INTRASURG 300 PLUS: *Licht in die Chirurgie*

Die Chirurgie und orale Implantologie sind Bereiche, in denen unter schwierigsten Lichtverhältnissen gearbeitet wird. Gerade hier fehlt es an dem, was inzwischen in allen anderen Bereichen der Zahnheilkunde Standard ist: Licht! KaVo hat sich mit dem INTRASurg 300 plus und dazugehörigen Winkelstücken dieser Herausforderung angenommen.

Mit dem Chirurgiegerät INTRASurg 300 plus, dem INTRA SL 550 Lichtmotor und den passenden Instrumenten INTRA CL 3-09 (Winkelstück mit Kopf) und INTRA CL10 (Handstück) bringt KaVo nun Licht in die Chirurgie und Implantologie: 25.000 Lux stehen dem Anwender ab sofort an der Instrumentenspitze für alle wesentlichen Eingriffe in der Chirurgie und Implantologie zur Verfügung. Das INTRASurg 300 plus verfügt neben der Lichtausstattung außerdem über eine automatische Erkennung der chirurgischen Lichtinstrumente. Der Anwender steckt das gewünschte Chirurgieinstrument auf den Lichtmotor, dieses wird

erkannt und automatisch das richtige Übersetzungsverhältnis eingestellt. Dies führt zu deutlichen Erleichterungen in der Anwendung, da mögliche Fehlerquellen ausgeschaltet werden. Zusätzlich dazu besitzt das INTRASurg 300 plus einen Memory-Chip, der die maximalen Drehmomente eines jeden Arbeitsschrittes speichert. Diese können noch während der Arbeit über die ENTER-Taste abgerufen oder bei Programmende angezeigt werden. Diese Funktion ist neben anderen klinischen Parametern besonders hilfreich, wenn der Anwender entscheiden möchte, ob sich ein Implantat zur Sofort- bzw. Frühbelastung eignet.

Das INTRASurg 300 plus vereint selbstverständlich auch alle Vorteile des INTRASurg 300, das vor kurzem sehr erfolgreich in den Markt eingeführt wurde: Einfache Bedienbarkeit. Intelligente Motorsteuerung, d.h. maximale Kraft bei niedrigen Drehzahlen und reduziertes Dreh-

moment bei hohen Drehzahlen. Vollständig steuerbar über den Fußanlasser. 6 Programmschritte, mit denen sich alle Parameter individuell einstellen lassen.

Das KaVo INTRAsurg 300 plus ist für den erfahrenen Implantologen ein Highlight in der Praxis und eine vielseitige und zukunftssichere Investition.

NEU VON DÜRR DENTAL:

VistaScan bringt Speicherfolientechnik in die Praxis

Modernes Röntgen: Mit vertrauter Handhabung ins digitale Zeitalter

Eine Brücke zwischen dem klassischen Röntgen und moderner Digitaltechnik schlägt der neue VistaScan von Dürr Dental. Das Gerät liest belichtete Speicherfolien mit Hilfe eines Lasers aus und wandelt die Information direkt in digitale Daten um. Das entsprechende Bild ist sofort auf dem Monitor verfügbar. Im Gegensatz zum Arbeiten mit Sensoren auf Halbleiterbasis orientiert sich die Anwendung der Speicherfolien, die statt eines Films zum Einsatz kommen, ganz an der konventionellen Röntgentechnik. So kann das Team die erlernten Handgriffe einfach beibehalten und hat – anders als bei den Sensoren – auch alle gängigen, also die intraoralen, occlusalen und auch extraoralen dentalen Formate zur Verfügung.

Die Firma Dürr Dental steht seit den 70er Jahren für die praktische automatische Röntgenfilmentwicklung in der Zahnarztpraxis. Seit dieser Zeit machen die Geräte der XR-Reihe die Dunkelkammer überflüssig, und die Bedienung erfordert nur wenige Handgriffe.

Einen weiteren Meilenstein stellt jetzt der Speicherfolien-Scanner VistaScan mit PCS-Technologie dar. An Stelle des Films kommen dabei so genannte Speicherfolien zum Einsatz. Die belichteten Folien werden einfach in der Folienkassette am VistaScan platziert. Danach erfolgt der Einzug automatisch. VistaScan liest die Informationen aus und wandelt sie in einen digitalen Datensatz um, der gespeichert und am Bildschirm bearbeitet werden kann. Bei der Aufnahme selbst bleibt praktisch alles beim alten. Die bestehenden Röntgenanlagen können weiter benutzt werden.



Da die Speicherfolie – im Gegensatz zu Mikrochip-Sensoren – biegsam wie der konventionelle Röntgenfilm und in allen gängigen intraoralen Formaten (2x3 cm, 2x4 cm, 3x4 cm, 2,7x5,4 cm und 5,7x7,5 cm), extraoralen Formaten und Cephalogrammen bei Dürr Dental erhältlich sind, braucht sich das Praxisteam beim Handling nicht umzustellen.



Die Bilder stehen klassischen Aufnahmen an diagnostischer Aussagekraft nicht nach, wobei durch die innovative PCS-Technologie (Photon-Collecting-System) von Dürr Dental das Rauschen („Bildgrüseln“) minimiert werden konnte. Der Anwendungsbereich des VistaScan erstreckt sich von der intraoralen über die Panorama-Aufnahme bis hin zur verzerrungsfreien Cephalometrie bei der kieferorthopädischen Untersuchung. Für Zahnärzte, die nur intraoral röntgen, bietet sich als „kleine Lösung“ der VistaScan Intra an. In seinem spezifischen Aufgabenfeld wird er ebenfalls höchsten diagnostischen Anforderungen gerecht. Ein weiterer Vorteil bei beiden Varianten: Mit der PCS-Technologie vergrößert sich unter anderem der Spielraum für die Wahl der Röntgen-Dosis deutlich. So lässt sie sich oftmals kleiner halten als bei Sensoren auf Halbleiterbasis und beim konventionellen Film. Überdies sind Fehldosierungen nahezu ausgeschlossen und somit Wiederholungsmessungen unnötig.

Die Speicherfolientechnik ist in der Humanmedizin seit 18 Jahren etabliert und wird bereits zur vollständigen Neuausstattung ganzer Radiologie-Stationen eingesetzt. Der VistaScan nutzt diese Technologie für den Zahnarzt. Der Hersteller Dürr Dental wird dadurch zum Komplettanbieter auf dem Gebiet der dentalen Bildgebungsverfahren, einschließlich der Halbleitertechnologie, z. B. für die Endodontie (VistaRay), und Intraoralkameras (VistaCam).

Für den besonders effektiven Einsatz der Speicherfolientechnik bietet Dürr Dental die Vistacademy-Anwenderschulung Digitales Röntgen. Die Dürr Anwendungsberater kommen dazu direkt in die Praxis, sodass lange Anfahrtswege entfallen.

Frühe Italiener als Attraktion

Das Lindenau-Museum Altenburg ist einen Besuch wert

Altenburg (tzb). Die Skatstadt Altenburg und das toskanische Siena verbindet ein Kunstwerk: Das aus dem 13. Jahrhundert stammende Hauptaltarbild aus dem Dom zu Siena ist die Attraktion des Lindenau-Museums Altenburg. Das Kunstmuseum der ostthüringischen Stadt beherbergt eine bemerkenswerte Sammlung aus der Frührenaissance. „Altenburg besitzt die europaweit größte Sammlung frühitalienischer Tafelmalerei außerhalb Italiens“, ist Museumsdirektorin Jutta Penndorf stolz. Das Museum zählt jährlich etwa 20 000 Besucher.

180 kostbare Tafelbilder aus dem 13. bis 16. Jahrhundert umfasst die Sammlung. Das Museum verdankt sie seinem Gründer und Namenspatron, dem sächsisch-thüringischen Staatsmann, Naturwissenschaftler und Kunstsammler Bernhard August von Lindenau (1779-1854). Vertreten sind florentinische, sienesische und umbrische Malschule. Lindenau trug die Stücke ab 1843 zusam-

Altenburg im Pariser Louvre, der Nationalgalerie Siena und dem Kunstmuseum der Princeton University gezeigt. Ein weiteres Original, das dem Catharinenkonvent-Museum in Utrecht (Niederlande) gehört, steht dem Lindenau-Museum als Dauerleihgabe zur Verfügung. Aus den Original-Einzelteilen und Kopien hat das Ostthüringer Museum das komplette Altarbild rekonstruiert. Zu sehen sind Motive der biblischen Weihnachtsgeschichte, der Leidensweg und die Kreuzigung Christi.

Vor seiner Zeit als Kunstmäzen hatte sich der Jurist Lindenau zunächst als Astronom einen Namen gemacht – er leitete von 1808 für einige Jahre eine Sternwarte bei Gotha. Später wechselte er vom thüringischen in den sächsischen Staatsdienst. In Dresden, wo er 1831 eine Art sächsischer Ministerpräsident wurde, verpflichtete er die Baumeister Gottfried Semper und Ernst Rietschel als Professoren an die Kunstakademie und begründete er die Galerie Neue Meister.

Abgüsse antiker Skulpturen, eine Kollektion antiker Keramik und eine Kunstbibliothek – stammt von Lindenau selbst. Hinzugekommen sind Gemäldesammlungen, etwa die deutscher Maler des 20. Jahrhunderts, darunter Max Liebermann, Max Slevogt, Otto Dix und Conrad Felixmüller.

Bislang prominentester Gast im Lindenau-Museum war Bundespräsident Johannes Rau (SPD), der dem Haus kürzlich seine Aufmerksamkeit machte. Das Museum leide unter seiner geographischen Lage, bedauert Jutta Penndorf. Die früher zum Einzugsbereich des Hauses gehörende Großstadt Leipzig habe das seit der Länderneubildung zu Thüringen gehörende Altenburg spürbar aus den Augen verloren. Für die Thüringer liege es wiederum zu weit ab vom Schuss. „Urlauber kommen kaum hierher“, ergänzt Museumsmitarbeiterin Angelika Wodzicki. Immerhin habe ein großer Anbieter von Studienreisen das Lindenau-Museum regelmäßig im Programm.



Dieser repräsentative Bau am Fuß des Schlossparks von Altenburg beherbergt das Lindenau-Museum (1) – Um 1475 malte Sandro Boticelli das „Bildnis einer vornehmen Frau“, das zu den spektakulären Schätzen des Altenburger Museums gehört. Fotos (2): Zeiß

men. Darunter befinden sich Schätze wie Sandro Boticellis „Bildnis einer vornehmen Frau“, gemalt etwa 1475.

1850 erwarb der kunstsinnige Politiker drei der zwölf zum Altarbild aus dem Sieneser Dom gehörenden Tafeln. „Die übrigen sind heute in Europa und den USA verstreut“, berichtet Jutta Penndorf. Sie werden außer in

Seit der Revolution von 1848/49 als Abgeordneter der Frankfurter Nationalversammlung, stiftete Lindenau seiner Vaterstadt Altenburg 1848 das später nach ihm benannte Museum. Seit 1876 befindet es sich in einem im großzügigen Neorenaissancebau im Altenburger Schlosspark. Der Grundstock der Sammlung – neben den italienischen Tafelbildern auch historische

Lindenau-Museum Altenburg
Gabelentzstr. 5
04600 Altenburg
☎ 0 34 47/8 95 53

Öffnungszeiten:
täglich außer Montag 10 bis 18 Uhr

Internet:
www.lindenau-museum.de

ZahnRat

DIE AKTUELLE PATIENTENINFORMATION IHRES ZAHNARZTES

Fax-Nachbestellung unter (03525) 71 86 10

ZahnRat 35

DIE AKTUELLE PATIENTENINFORMATION IHRES ZAHNARZTES

Implantate – viel mehr als nur ein schöner Lückenschluss



Wenn Sie ein Implantat erhalten, werden Sie sich freuen, wenn Sie sehen, dass Sie nicht nur einen schönen Lückenschluss erhalten, sondern auch einen festen, natürlichen Ersatz für Ihren abgestorbenen Zahn. Ein Implantat ist ein künstliches Zahnwurzelstück, das in den Kieferknochen eingebracht wird. Es ersetzt die natürliche Zahnwurzel und trägt die Krone, die Ihren natürlichen Zahn ersetzt. Ein Implantat ist ein künstliches Zahnwurzelstück, das in den Kieferknochen eingebracht wird. Es ersetzt die natürliche Zahnwurzel und trägt die Krone, die Ihren natürlichen Zahn ersetzt.

Poliklinik für Zahnärztliche Versorgung in Brandenburg, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen

ZahnRat 36

DIE AKTUELLE PATIENTENINFORMATION IHRES ZAHNARZTES

Damit der Zahn im (Zahn-)Bett bleibt



Ein Zahnerkrankung, die sich im Inneren des Zahns entwickelt, ist ein Karies. Karies ist eine Zahnerkrankung, die durch Bakterien verursacht wird. Die Bakterien produzieren Säure, die den Zahnschmelz auflöst. Wenn die Karies tief genug ist, kann sie bis zum Zahnpulpa gelangen. Dies kann zu einer Zahnerkrankung führen, die als Pulpitis bezeichnet wird. Die Pulpitis ist eine Entzündung des Zahnpulpa. Sie kann zu Schmerzen führen und kann die Zähne empfindlich machen. Wenn die Pulpitis nicht behandelt wird, kann sie zu einer Zahnerkrankung führen, die als Abszess bezeichnet wird. Ein Abszess ist eine Eiteransammlung, die durch eine Infektion verursacht wird. Ein Abszess kann sehr schmerzhaft sein und kann die Zähne empfindlich machen. Wenn ein Abszess nicht behandelt wird, kann er zu einer Zahnerkrankung führen, die als Nekrose bezeichnet wird. Eine Nekrose ist die Absterben des Zahnpulpa. Dies kann zu einer Zahnerkrankung führen, die als Periapikale Abszess bezeichnet wird. Ein periapikaler Abszess ist eine Eiteransammlung, die durch eine Infektion verursacht wird. Ein periapikaler Abszess kann sehr schmerzhaft sein und kann die Zähne empfindlich machen. Wenn ein periapikaler Abszess nicht behandelt wird, kann er zu einer Zahnerkrankung führen, die als Nekrose bezeichnet wird.

Poliklinik für Zahnärztliche Versorgung in Brandenburg, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen

ZahnRat 37

DIE AKTUELLE PATIENTENINFORMATION IHRES ZAHNARZTES

Pressen, knirschen, knacken – Wie der Zahnarzt helfen kann



Wenn Sie Schmerzen im Kieferbereich haben, kann dies auf eine Zahnerkrankung hindeuten. Eine Zahnerkrankung, die sich im Kieferbereich entwickelt, ist eine Kiefergelenkerkrankung. Eine Kiefergelenkerkrankung ist eine Zahnerkrankung, die durch eine Entzündung des Kiefergelenks verursacht wird. Die Kiefergelenkerkrankung kann zu Schmerzen führen und kann die Zähne empfindlich machen. Wenn eine Kiefergelenkerkrankung nicht behandelt wird, kann sie zu einer Zahnerkrankung führen, die als Nekrose bezeichnet wird. Eine Nekrose ist die Absterben des Zahnpulpa. Dies kann zu einer Zahnerkrankung führen, die als Periapikale Abszess bezeichnet wird. Ein periapikaler Abszess ist eine Eiteransammlung, die durch eine Infektion verursacht wird. Ein periapikaler Abszess kann sehr schmerzhaft sein und kann die Zähne empfindlich machen. Wenn ein periapikaler Abszess nicht behandelt wird, kann er zu einer Zahnerkrankung führen, die als Nekrose bezeichnet wird.

Poliklinik für Zahnärztliche Versorgung in Brandenburg, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen

ZahnRat 38

DIE AKTUELLE PATIENTENINFORMATION IHRES ZAHNARZTES

Wenn der Zahn aber nun ein Loch hat?



Wenn der Zahn aber nun ein Loch hat? Ein Loch im Zahn ist ein Zeichen für eine Zahnerkrankung, die als Karies bezeichnet wird. Karies ist eine Zahnerkrankung, die durch Bakterien verursacht wird. Die Bakterien produzieren Säure, die den Zahnschmelz auflöst. Wenn die Karies tief genug ist, kann sie bis zum Zahnpulpa gelangen. Dies kann zu einer Zahnerkrankung führen, die als Pulpitis bezeichnet wird. Die Pulpitis ist eine Entzündung des Zahnpulpa. Sie kann zu Schmerzen führen und kann die Zähne empfindlich machen. Wenn die Pulpitis nicht behandelt wird, kann sie zu einer Zahnerkrankung führen, die als Abszess bezeichnet wird. Ein Abszess ist eine Eiteransammlung, die durch eine Infektion verursacht wird. Ein Abszess kann sehr schmerzhaft sein und kann die Zähne empfindlich machen. Wenn ein Abszess nicht behandelt wird, kann er zu einer Zahnerkrankung führen, die als Nekrose bezeichnet wird. Eine Nekrose ist die Absterben des Zahnpulpa. Dies kann zu einer Zahnerkrankung führen, die als Periapikale Abszess bezeichnet wird. Ein periapikaler Abszess ist eine Eiteransammlung, die durch eine Infektion verursacht wird. Ein periapikaler Abszess kann sehr schmerzhaft sein und kann die Zähne empfindlich machen. Wenn ein periapikaler Abszess nicht behandelt wird, kann er zu einer Zahnerkrankung führen, die als Nekrose bezeichnet wird.

Wenn Sie ein Loch im Zahn haben, sollten Sie sofort einen Zahnarzt aufsuchen. Ein Zahnarzt kann Ihnen helfen, das Loch zu füllen und die Zähne zu schützen. Ein Zahnarzt kann Ihnen auch helfen, die Ursachen der Zahnerkrankung zu identifizieren und Ihnen Ratschläge zu geben, wie Sie Ihre Zähne besser pflegen können. Ein Zahnarzt kann Ihnen auch helfen, die Schmerzen zu lindern und die Entzündung zu behandeln. Ein Zahnarzt kann Ihnen auch helfen, die Infektion zu beseitigen und die Zähne zu heilen. Ein Zahnarzt kann Ihnen auch helfen, die Zahnerkrankung zu verhindern und die Zähne zu schützen. Ein Zahnarzt kann Ihnen auch helfen, die Zahnerkrankung zu behandeln und die Zähne zu heilen. Ein Zahnarzt kann Ihnen auch helfen, die Zahnerkrankung zu verhindern und die Zähne zu schützen.

Poliklinik für Zahnärztliche Versorgung in Brandenburg, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen

0,26 €^{Stk.}
zzgl. Versandkosten und Mehrwertsteuer

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

Telefax

Unterschrift



DAS GUTE ZU BEWAHREN KOSTET VIEL WENIGER ALS ES ZU VERLIEREN.

GOLDEN
G A T E
SYSTEM

Von hochwertigen Restaurationen erhoffen sich Patienten immer einen dauerhaften Nutzen. Das GoldenGate System® bietet hier viel Sicherheit für alle Versorgungen: Die Werkstoffauswahl steht für klinisch erwiesene Verträglichkeit, Korrosionsbeständigkeit und Langzeitstabilität. Auch besondere Anforderungen und Materialansprüche können jetzt sicher erfüllt werden: mit **Degunorm® supra** für besonders weitspannige oder implantatgetragene Restaurationen und **Degunorm® pur** für eine kupfer- und palladiumfreie Versorgung. Alles Wissenswerte zum GoldenGate System unter: www.goldengate-system.de



DeguDent
A Dentsply International Company