

tzb

Thüringer
Zahnärzte
Blatt

Ausgabe 09 | 2003

Gesundheitsreformer im Regelungsrausch

Lesen Sie ab S. 6

Ein Fall für den Steuerberater

S. 11





BIOVERTRÄGLICHKEIT PAR EXCELLENCE!

Bei Zahnersatz erfüllt nur die Vollkeramik diesen hohen Anspruch der Natur. Bei steigender Allergiebelastung in der Bevölkerung gibt es damit endlich eine echte Alternative zu keramikverblendeten Legierungsgütern, die auch gleichzeitig die Patientenwünsche nach anspruchsvoller Ästhetik zufrieden stellt. Und der Zahnarzt kann durch die Privatliquidation dieser Leistung den wirtschaftlichen Erfolg seiner Praxis nachhaltig erhöhen.

Einen umfassenden Einblick in dieses Thema bietet Ihnen unser Erfolgskonzept »Vollkeramik«. Pluradent bietet interessierten Zahnärzten und Helferinnen hier die Gelegenheit, vorhandenes Wissen im Dialog mit unseren namhaften Referenten zu aktualisieren und zu vertiefen. In einem zweiten Schritt wird gezeigt, wie Sie »Vollkeramik« erfolgreich in Ihrer Praxis anbieten.

Pluradent unterstützt Sie als Zahnarzt in allen Bereichen: mit hersteller-unabhängigen Lösungen und dem nötigen Know How für deren Umsetzung, geeigneten Produkten und ihrem breiten Leistungsspektrum. Fordern Sie uns – Sie dürfen mehr erwarten.

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,

die Ausübung der Zahnheilkunde ist kein Gewerbe – so sagt es jedenfalls das Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde (ZHG) im § 1, Absatz 4. Was soll also das Gerede über die demnächst zu zahlende Gewerbesteuer durch Zahnärzte und andere Freiberufler? Unsere Patienten sind keine Kunden, die nach intensivem Preisvergleich, gelockt von Angeboten („Happy hour: drei Kronen schleifen, zwei bezahlen“ oder „Aktionswochen – besonders weiße Prothesenzähne zum halben Preis“), eine frei kalkulierte Leistung kaufen. Kennen Sie Gewerbetreibende, die Ihr Geschäft nach den Regeln des § 12, SGB V (ausreichend, notwendig, wirtschaftlich...) führen? Das ist wohl kaum vorstellbar, trotzdem sollen wir nun steuerlich in einen Topf geworfen werden. Wir sind keine Gewerbetreibende, die nach billigem Ermessen Waren und Dienstleistungen anbieten und bepreisen. Unsere Tätigkeit ist nicht geprägt von Angebot und Nachfrage. Vielmehr sind wir verantwortungsbewusste, den Regeln der zahnärztlichen Kunst verpflichtete Ärzte. Sinn und Ziel unserer täglichen Arbeit ist die Verhinderung, Linderung und Heilung von Krankheiten, keinesfalls aber das gewerbliche Streben nach maximalem Profit. Dabei sind wir unzähligen gesetzlichen Regelungen unterworfen und setzen uns innerhalb der Selbstverwaltung, beispielsweise mit der Berufsordnung, zusätzlich enge Grenzen, um diesem Anspruch gerecht zu werden.

Freilich, wir alle stellen täglich fest, dass unsere Kommunen pleite sind. Überall und ständig wird gekürzt, die Schulen sind in einem miserablen Zustand und örtlich geht auch schon die Straßenbeleuchtung aus. Rekordarbeitslosigkeit und Rezession, hervorgerufen oder

mindestens verstärkt durch die Unfähigkeit unserer Politik, treibt die Kommunen in die Schuldenfalle. Statt Mut zu tiefgreifenden marktwirtschaftlichen Veränderungen bestimmt sozialdemokratisch-gewerkschaftliches Besitzstandsstreben und fundamentalistisch-ökologische Verbohrtheit die Politik in unserem Lande. In solchen Zeiten versucht der Staat immer schon neue Steuerquellen aufzutun. Dieses Ziel verfolgt nun auch der Gesetzentwurf zur Gemeindesteuerreform. Es soll versucht werden, durch Umschichtung von Einkommensteuer in die Gewerbesteuer mit Verbreiterung der Veranlagungsbasis die Finanzlage der Kommunen zu verbessern. Ein Loch mit dem anderen zu stopfen ist die Devise!

Aber die Gefahr liegt im Detail. Es handelt sich eben leider nicht nur um eine Umverteilung der Steuerlast unserer Praxen. Für die Mehrheit der Thüringer Zahnärzte wird unter dem Strich eine empfindliche Mehrbelastung stehen. Zudem ist der Berechnungsmodus äußerst kompliziert und wird die ohnehin schon allgegenwärtige Bürokratie weiter verstärken.

Dabei wird immer noch diskutiert, ob dem Gewerbeertrag künftig höhere Beträge als bisher hinzugerechnet werden sollen – zum Beispiel die vollen Zinsen für langfristige Kredite sowie Leasingraten und Praxismieten. Eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage unabhängig vom Praxisgewinn hätte gerade für die Zahnarztpraxen im Osten, welche teure neue Technik geleast oder fremdfinanziert haben oder viel Praxismiete zahlen müssen, erhebliche negative Auswirkungen. Besonders dramatisch wird die Sache durch den nicht kalkulierbaren Hebesatz der Gemeinden. Die-


ser liegt derzeit regional verschieden zwischen 300 und 490 Prozent. Und das in nach wie vor angespannten Zeiten der Honorarvolumina im Osten. Die Vergütungsschere Ost-West klafft weiterhin mächtig auseinander. Auch im Jahr 13 der Wiedervereinigung liegt unsere Vergütung bei etwa 85 Prozent der Westkollegen.

Wenn also die Pläne der Regierung Wirklichkeit werden und zusätzlich die Kommunen in ihrer Not ständig am Hebesatz der Gewerbesteuer drehen, dann wird die durchschnittliche Belastung wohl etwa bei zusätzlich 3000 Euro pro Praxis liegen. Das ist etwa die Summe, die eine Auszubildende im Jahr kostet. Wir haben unsere Verantwortung für die Ausbildung der Jugend immer übernommen und in den vergangenen Jahren zahlreiche qualifizierte Arbeitsplätze geschaffen. Zwingt uns die Politik ein weiteres Opfer auf, so werden wir dieses weitergeben müssen. Ziehen Sie für die Personalplanung in Ihrer Praxis die eigenen Konsequenzen und erklären Sie gegebenenfalls auch dem nicht mehr weiter zu beschäftigenden Mitarbeiter, wer daran schuld ist.

Bleibt uns derzeit mangels Einsicht der Regierenden nur die begrenzte Hoffnung auf ein entschiedenes Nein der Opposition. Angesichts von Konsensgesprächen und „schönen Nächten“ der Beteiligten ist das aber wohl nur ein Wunschtraum.

*Ihr Dr. Jens-Michael Plaul,
Vorsitzender der Vertreter-
versammlung der KZV Thüringen*



A woman and a man are relaxing in a swimming pool. The woman is in the foreground, looking towards the right. The man is in the background, lying on his back with his arms outstretched. The water is blue and the pool tiles are visible at the bottom.

Als Zahnärztin brauche ich meine Freiräume.
Mit einer privaten Krankenversicherung der Allianz.

Wer im Beruf viel leistet, sollte sich wenigstens privat entspannen können. Dabei möchten wir Sie unterstützen. Mit einer privaten Krankenversicherung der Allianz, die Sie heute optimal absichert und sich Ihrer zukünftigen, ganz persönlichen Lebensplanung flexibel anpasst. Damit Sie sich beruflich engagieren und gleichzeitig Ihre wertvolle Freizeit unbeschwert genießen können, steht Ihnen Ihr Allianz Fachmann immer zur Verfügung. Gerne beraten wir Sie auch in allen anderen Versicherungs-, Vorsorge- und Vermögensfragen. Wir freuen uns auf Ihren Anruf unter 0 18 01-11 22 88 (zum Ortstarif) oder auf eine E-Mail an: service.apkv@allianz.de. Mehr Infos: www.gesundheit.allianz.de

Hoffentlich Allianz.

Allianz 

Private Krankenversicherung

Thüringer Zahnärzte Blatt

Impressum

Offizielles Mitteilungsblatt der Landes Zahnärztekammer Thüringen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen

Herausgeber:

Landes Zahnärztekammer Thüringen und Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

Redaktion:

Dr. Gottfried Wolf (v.i.S.d.P. für Beiträge der LZKTh)

Dr. Karl-Friedrich Rommel (v.i.S.d.P. für Beiträge der KZVTh)
Katrin Zeiß

Anschrift der Redaktion:

Landes Zahnärztekammer Thüringen, Barbarossahof 16, 99092 Erfurt, Tel.: 0361/74 32-136, Fax: 0361/74 32-150, E-Mail: ptz@lzkt.de, webmaster@kzv-thueringen.de Internet: www.lzkt.de

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

Anzeigenannahme und -verwaltung:

Werbeagentur und Verlag Kleine Arche, Holbeinstr. 73, 99096 Erfurt, Tel.: 0361/7 46 74 -80, Fax: -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.

Oktober-Ausgabe 2003:

Redaktionsschluss: 19.9.2003
Anzeigenschluss: 26.9.2003

Editorial	3
-----------	---

Aktuelles

<i>Gesundheitsreformer im Regelungsrausch</i>	6
<i>BZÄK kritisiert Fortbildungspflicht für Zahnärzte</i>	7
<i>Zahnersatz-Kompromiss contra Wettbewerb</i>	7

Meinung

<i>Realpolitik oder Was wäre, wenn...?</i>	8
<i>Steigen GKV-Beiträge wegen Vereinigung?</i>	9

LZKTh

<i>Ein Fall für den Steuerberater</i>	11
<i>Unseriöse Produktwerbung zum Tag der Zahngesundheit</i>	12
<i>Wechsel in der Röntgenstelle</i>	15

KZV

<i>Private Schulungsangebote zu neuem BEMA genau prüfen</i>	15
<i>Bekanntmachung</i>	15

Wissenschaft

<i>Mythos Schweiz – Meinungen und Fakten</i>	16
--	----

Fortbildung

<i>Welche Standards sind bei der Fissurenversiegelung einzuhalten?</i>	25
--	----

Bücher

<i>Veranstaltungen</i>	30
------------------------	----

Recht

<i>Kein Schmerzensgeld wegen Amalgam</i>	32
<i>PKV muss Ross und Reiter nennen</i>	32
<i>Verwandtenklausel durch BGH bestätigt</i>	35
<i>Die Risiken der Osteomyelitis</i>	35

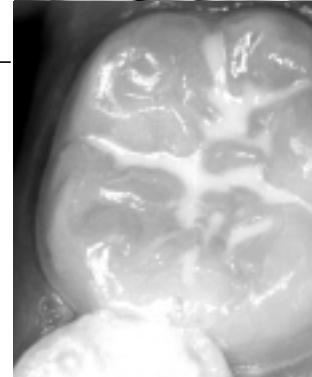
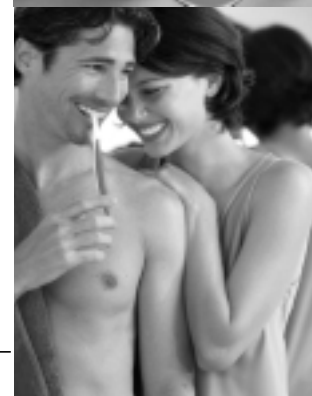
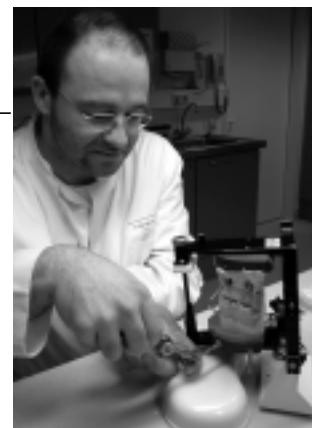
Geschichte

<i>Das dunkelste Kapitel Zahnärzte-Geschichte</i>	36
---	----

Leserpost

Info

<i>Kenia-Hilfe nicht nur für Zähne</i>	39
<i>„Herumschneiden an dynamischem Berufsstand“</i>	40
<i>Skeptische Freiberufler</i>	40
<i>Recherche in der Zahnarztpraxis</i>	42
<i>Netzwerke für Senioren Zahnmedizin</i>	45
<i>Beitragserhöhungen platzen in die Einspardebatte</i>	46
<i>Kassenärzte beklagen Arbeitsbedingungen</i>	46
<i>15 Jahre Zahnmannchen</i>	54



Gesundheitsreformer im Regelungsrausch

Zu erwartende Folgen für Zahnärzte aus der geplanten Gesundheitsreform

Berlin/Erfurt (tzb). Nicht nur Patienten müssen im Zuge der geplanten Gesundheitsreform einige Kröten schlucken. Der Arbeitsentwurf des Gesetzes, in den die zwischen Bundesregierung und Opposition vereinbarten Eckpunkte zur Gesundheitsreform (tzb 7/8-2003) gegossen wurden, hält auch für die Ärzte und Zahnärzte einige Veränderungen bereit, die in der öffentlichen Diskussion bislang allerdings untergegangen sind. Dies gilt insbesondere für die künftigen Strukturen ihrer Selbstverwaltungen und die umstrittene Pflicht zur Fortbildung. Zudem dürften mit dem Prozedere des Praxisgebührenkassierens einige Belastungen auf die Praxen zukommen. Das „Thüringer Zahnärzteblatt“ hat die die KZV-Struktur, die Fortbildung und die Praxisgebühr betreffenden Punkte aus dem über 400 Seiten umfassenden Gesetzentwurf herausgefiltert und dokumentiert sie. Hinweis: Es handelt sich um einen ersten Entwurf, während der Drucklegung dieser Ausgabe des tzb begann das parlamentarische Gesetzgebungsverfahren, in dessen Verlauf sich noch Änderungen ergeben können.

Einbehalten der Praxisgebühren

Für die von den Patienten zu zahlende Praxisgebühr für den Arzt- oder Zahnarztbesuch sieht der vorläufige Gesetzentwurf vor, dass der Leistungserbringer diese Zuzahlungen einzubehalten hat. Sein Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse, der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung verringert sich entsprechend.

Korruption

Korruptionsbekämpfungsstellen: Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die KZBV sollen verpflichtet werden, Korruptionsbekämpfungsstellen einzurichten. Die Vorstände haben der Vertreterversammlung im Abstand von zwei Jahren, erstmals bis

zum 31. Dezember 2005, über deren Arbeit zu berichten.

Fortbildung

Pflicht: Vertragszahnärzte sollen verpflichtet werden, sich fortzubilden. Die Fortbildungsverpflichtung gilt nicht nur für niedergelassene Zahnärzte, sondern auch für angestellte Zahnärzte eines medizinischen Versorgungszentrums oder einer Praxis sowie für ermächtigte Zahnärzte. Die Fortbildungsinhalte müssen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Zahnmedizin entsprechen und ausschließlich fachliche Themen behandeln. Sie müssen frei von wirtschaftlichen Interessen sein. Von Pharma- oder Dentalunternehmen organisierte oder finanziell unterstützte Informationsveranstaltungen sollen künftig tabu sein.

Richtlinien: Die genauen Richtlinien über Art, Inhalt und zeitlichen Umfang der Fortbildung sind vom gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festzulegen – erstmals bis zum 30. Juni 2004. Beabsichtigt ist, dass der Nachweis insbesondere durch Fortbildungszertifikate erbracht werden kann. Diese Fortbildungszertifikate müssen den Kriterien entsprechen, die die jeweilige Arbeitsgemeinschaft der Kammern dieser Berufe auf Bundesebene aufgestellt hat.

Zeitraum: Ein Vertragszahnarzt hat dem Gesetzentwurf zufolge alle fünf Jahre gegenüber der KZV den Nachweis zu erbringen, dass er in dem zurückliegenden Fünfjahreszeitraum seiner Fortbildungspflicht nachgekommen ist.

Sanktionen: Erbringt ein Vertragszahnarzt den Fortbildungsnachweis nicht oder nicht vollständig, ist die KZV verpflichtet, sein Honorar um bis zu 25 Prozent zu kürzen. Die verbindliche Fortbildung kann binnen zwei Jahren ganz oder teilweise nachgeholt werden. Die Honorarkürzung kann erst danach wieder aufgehoben werden. Bei Nicht-Nachholen innerhalb dieses Zeitraums ist die KZV verpflichtet, ein Verfahren auf Zulassungsentzug einzuleiten. Das Verfahren des Fortbildungsnachweises und der Honorarkürzung soll bundeseinheitlich von KBV und KZBV geregelt werden.

Bislang seien lediglich einige Ärztekammern ihrer gesetzlichen Pflicht zur Förderung der beruflichen Fortbildung der Kammerangehörigen nachgekommen, heißt es in der Begründung. Es sei zu erwarten, dass aufgrund der neu geregelten ausdrücklichen vertragsärztlichen Pflicht zur fachlichen Fortbildung auch für Zahnärzte qualifizierte Fortbildungsmaßnahmen angeboten würden. Die vertragsärztliche Fortbildungsverpflichtung stehe nicht im Widerspruch zur berufsrechtlichen Fortbildungsverpflichtung.

Neue KZV-Strukturen geplant

Verkleinerung: Die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen werden umstrukturiert: Bei den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und der Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigung werden eine Vertreterversammlung als Selbstverwaltungsorgan sowie ein hauptamtlicher Vorstand gebildet. Die Vertreterversammlungen werden verkleinert. Sie sollen künftig nur noch bis zu 30 Mitglieder haben. – In Thüringen hat die KZV-Vertreterversammlung derzeit 48 Mitglieder.

Amtszeit: Die Amtsdauer der Vertreterversammlung wird auf sechs Jahre verlängert. Bisher galt eine Amtsdauer von vier Jahren.

Vorstand: Die Vorstände sollen künftig aus bis zu drei Mitgliedern bestehen, in der Satzung kann der Vorstand auf bis zu fünf Mitglieder erweitert werden. Die Mitglieder des Vorstandes üben ihre Tätigkeit hauptamtlich aus. Vertragszahnärzte, die hauptamtlich in den Vorstand gewählt werden, können ihre vertrags(zahn)ärztliche Tätigkeit als Nebentätigkeit in begrenztem Umfang weiterführen oder aber die Zulassung ruhen lassen. Die Amtszeit beträgt sechs Jahre; die Wiederwahl ist möglich. – In Thüringen gehören dem KZV-Vorstand derzeit sieben ehrenamtliche Mitglieder an, die selbst niedergelassene Zahnärzte sind.

Mitglieder: Die im bisherigen Recht enthaltene Trennung nach ordentlichen und außerordentlichen Mitgliedern soll entfallen. Es gibt nur noch ordentliche Mitglieder.

Verhältniswahlrecht: Das Wahlrecht zur KZV-Vertreterversammlung soll geändert und das Verhältniswahlrecht verbindlich eingeführt werden. Begründung im Gesetzentwurf: Damit würde maßgeblichen Interessengruppen Möglichkeiten eingeräumt, mit Vertretern auch in der nunmehr verkleinerten Vertreterversammlung repräsentiert zu sein. Bislang ist es den Kassen-

(zahn)ärztlichen Vereinigungen überlassen, ob sie nach dem Verhältnis- oder Mehrheitswahlrecht ihre Selbstverwaltungsorgane wählen.

KZV-KZBV: Die Vorsitzenden und jeweils ein Stellvertreter des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sollen kraft Gesetzes Mitglieder der Vertreterversammlung der KZBV sein.

Übergang: Um den Übergang zu den neuen Strukturen zu gewährleisten, sind aller Voraussicht nach im nächsten Jahr erneut KZV-Wahlen erforderlich. Laut Gesetzentwurf müssen bis zum 1. Dezember 2004 neue Vorstände gewählt werden. Bis dahin sollen auch die konstituierenden Sitzungen stattfinden.

Reaktion:

BZÄK kritisiert Fortbildungspflicht für Zahnärzte

Berlin (bzäk). Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) sieht in dem Arbeitsentwurf für die Gesundheitsreform eine Fortsetzung der Reglementierungswut der letzten zehn Jahre. „Als nächstes werden wir wohl noch persönlich am Arbeitsplatz überwacht“, schimpfte Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, Präsident der BZÄK. „Das eklatante Misstrauen im Schatten einer ausufernden Überwachungsmentalität den Ärzten und Zahnärzten gegenüber lebt in diesem Entwurf in einem wahren Regelungsrausch fort.“

Weitkamp kritisierte insbesondere die aus Sicht der Zahnärzte überflüssige Regelung zur vertragszahnärztlichen Fortbildungspflicht. „Vielleicht sollten die Politiker einmal von ihrem hohen Ross klettern und auf dem Boden der Tatsachen nach Erklärungen dafür suchen, warum die deutsche Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde im internationalen Qualitätsvergleich (Deutsche Mundgesundheitsstudien I bis III) der vergangenen Jahre eine Spitzenposition belegt hat“, sagte er. Diese sei allein auf die in den Berufsordnungen festgeschriebene, standeseigene Fortbildungspflicht zurückzuführen.

Weitkamp bezeichnete die Drohung mit dem Entzug der Zulassung als eine politische Fessel mit rein populistischem Hintergrund. Darüber hinaus gebe es keine validierte Studie, die Vorteile einer Pflichtfortbildung belegten. Im Gegenteil – Zwänge minderten die Bereitschaft zur Fortbildung, meinte Weitkamp.



Prothetische Behandlungen sollen Patienten ab 2005 entweder in einer gesetzlichen oder einer privaten Krankenkasse zusätzlich pflichtversichern. Für Zahnärzte bleiben erst einmal viele Detailfragen offen.

Foto: Zeiß

Zahnersatz-Kompromiss contra Wettbewerb

KZBV und FVDZ zu geplanter Regelung

Berlin (tzb). Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und Freier Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) haben den von der Konsensrunde ausgehandelten Kompromiss zur Gesundheitsreform als „Ausdruck schierer Mutlosigkeit“ kritisiert. „Der Patient ist der Verlierer“, monierte Dr. Jürgen Fedderwitz, amtierender Vorstandsvorsitzender der KZBV, die Regelung zum Zahnersatz. Diese bedeute, dass es keinen Wettbewerb zwischen privaten und gesetzlichen Krankenversicherern und auch keinen Wettbewerb innerhalb der

gesetzlichen Krankenkassen geben werde. Nach dem parteiübergreifenden Kompromiss soll Zahnersatz ab 2005 aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherer ausgegliedert und von den Patienten obligatorisch Zusatzversichert werden. Die Patienten können dabei zwischen einer Zusatzversicherung bei den gesetzlichen Krankenkassen zu einem Festbetrag von etwa sechs Euro monatlich oder zwischen einer Zahnersatz-Police bei einem privaten Krankenversicherer wählen.

Realpolitik oder Was wäre, wenn ... ?

Zahnärzte müssen Spielräume im eigenen Interesse nutzen

Von Dr. Guido Wucherpfennig

Was wäre, wenn wir Zahnärzte dieses zermürbende Spiel, was die große Politik uns aufzwingt, einfach nicht mehr mitspielen. Wenn wir einfach sagen würden, das Maß ist voll, wir lassen uns weder vorführen noch weiter gängeln, wir verlassen das Spielfeld und nun sollen die doch mal sehen, wie sie mit ihren 70 Millionen GKV-Versicherten klar kommen. Wir geben denen ganz einfach einen Korb. Liebe Kolleginnen und Kollegen, spätestens beim Lesen des letzten Satzes wird die meisten von uns die Wirklichkeit schlagartig wieder eingeholt haben, es wird Ihnen klar geworden sein, dass es natürlich schön wäre, wenn nicht ständig in die Arzt-Patienten-Beziehung hineinreglementiert würde, wenn wir in der Therapie frei entscheiden könnten, abhängig nur vom medizinischen Befund, unserem Können und den Wünschen und Möglichkeiten des Patienten und anderes mehr.

Was wäre, wenn ... ? Die Realität und unser aller Lebenserfahrung sagen aber etwas anderes. Nicht nur für mich verstärkt sich immer mehr der Eindruck, dass wir Zahnärzte zunehmend zu Leistungserbringern abqualifiziert und auch so behandelt werden. Gleichmaßen wird auch den Patienten mehr und mehr die Rolle von bloßen Leistungsempfängern zudedacht, welche von bürokratischen Strukturen und Dritten umfassend umsorgt werden müssen, da sie sonst wohl zweifellos hilflose Opfer im Dschungel medizinischer und zahnmedizinischer Behandlungen würden.

Wenn das – zugegeben – die etwas vereinfachte und pointierte Kurzfassung einer Analyse unserer gegenwärtigen Situation ist, dann stellen sich zwei Fragen: 1. Wie wird die weitere Entwicklung vermutlich verlaufen? 2. Was sollten wir tun?

Die weitere Entwicklung sehe ich auf Grund der ökonomischen Gesamtsituation und der Machtverhältnisse, nämlich insbesondere unserer nur sehr begrenzten politischen Möglichkeiten, eher pessimistisch. Man wird die Probleme im Gesundheitssystem – dem gegenwärtigen Trend

weiter folgend, mit mehr Bürokratie, Kontrollinstanzen und Reglementierungen, einschließlich der Einschränkung der zahnärztlichen Selbstverwaltungen – zu lösen versuchen. Die Freiheit wird auf absehbare Zeit vermutlich immer weniger Platz haben.

Auch auf die Fortbildung wird eine Zwangsregelung sehr wahrscheinlich negative Auswirkungen haben. Vielleicht entsteht sogar eine notwendige und ausreichende GKV-angepasste „light“-Version, neben der traditionellen, am Fortschritt der medizinischen Wissenschaft, den Bedürfnissen von Patient und Praxis orientierten Fortbildung. Schlimmstenfalls verkommt Fortbildung zur Punktesammelaktion. Und was den Ausstieg der Zahnmedizin aus der GKV betrifft, so erhalten wir schon jetzt eine Lektion der ganz besonderen Art. Wer glaubt, dass wir dann viel mehr Freiheit für unsere Patienten und uns erwarten können, der sollte sich die bisher angedachten Regelungen für die Ausgliederung des Zahnersatzes näher anschauen und wird so schnell eines Besseren belehrt. Nicht Abbau von Reglementierungen, sondern nur deren Umbau scheint geplant zu sein. Wenn die Zahnmedizin oder Teile aus der GKV vom Gesetzgeber ausgegliedert werden, dann einzig um der GKV Kosten zu sparen und nicht um das System zukunftsfähiger und freier zu gestalten.

Konfrontationskurs nicht dienlich

Was sollten wir tun? Was können wir tun? Strategisch gäbe es die Möglichkeit des Konfrontationskurses oder der flexiblen, gemäßigten Reaktion – des Pragmatismus, des Realismus. Eingedenk des Kräfteverhältnisses wird uns ein Konfrontationskurs nicht gut bekommen. Bleibt nur die zweite Variante. Hierzu müssen wir selbst aktiv werden, vordenen, Konzepte erarbeiten, Kompromisse suchen, unbedingt Gesprächspartner für alle im Gesundheitssystem Beteiligten bleiben und die geringen Gestaltungsspielräume nutzen.

Im letzten tzb wird im Artikel „Fortbildung mit Fragezeichen“ nachgefragt, wieso glaube ei-

gentlich der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dr. Weitkamp, „was wir nicht selbst definieren und regeln, wird uns von anderer politischer Seite aus der Hand genommen“? Er glaubt das, weil er es schon oft so erlebt hat. Und ich glaube das auch. Warum wohl, so möchte ich nun fragen, möchte die Politik unsere demokratisch gewählten KZV-Vorstände durch hauptamtliche Vorstände ersetzen? Die Antwort ist ganz einfach: Weil wir eben nicht unsere Angelegenheiten selbst regeln sollen, nicht einmal in dem uns vorgegebenen engen gesetzlichen Rahmen. Eine demokratisch gewählte Standesvertretung lässt sich nicht so gut lenken. Nun sind also als Erstes die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dran – und welche Standesvertretung ist die Nächste? Unsere standespolitischen Strukturen sollen geschwächt werden. Es bleibt unverständlich, wieso teilweise aus unseren eigenen Reihen diesen Demontagen noch Vorschub geleistet wird. Und bei allem Ärger über die anstehenden Veränderungen und insbesondere über die Zwangsfortbildung und auch bei der Notwendigkeit konstruktiver Diskussionen suche ich immer noch nach Gründen für die teils wenig sachdienlichen Debatten und Vorwürfe.

Zwangsfortbildung war absehbar

Nachdem die zuständige Ministerkonferenz der Bundesländer mit den Stimmen von CDU und SPD sich für eine Pflichtfortbildung ausgesprochen hatte, wurden in den durch die Landeszahnärztekammer verschickten Fortbildungsheften für die einzelnen Veranstaltungen Punkte ausgewiesen. Die Punkte in unseren Fortbildungsheften können diese Entscheidung somit kaum beeinflusst haben. Auch glaube ich, dass unsere Fortbildungshefte eher eine geringe Wirkung auf die Politik entfalten, leider trifft das auch auf die meisten unserer Beschlüsse, Proteste und vor allem auch auf die sehr berechtigten Argumente zu. Spätestens vom Zeitpunkt der Ministerentscheidung war davon auszugehen, dass die Einführung einer Zwangsfortbildung sehr wahrscheinlich wird und dass wir Zahnärzte mit nicht unerheblichen zeitlichen, organisatorischen und

materiellen Belastungen zu rechnen haben. Diese Aufwendungen der Kollegenschaft so gering wie möglich zu halten, ist eine der wichtigsten zu lösenden Aufgaben. Fortbildungspunkte machen unterschiedliche Veranstaltungen leicht vergleichbar und zusammenfassbar. Sie dokumentieren eine erbrachte Leistung. Gelegentlich wurde argumentiert, sie gäben keine Auskunft über die tatsächlichen Fähigkeiten des Fortgebildeten. Das ist richtig. Mögen uns Prozedere, welche dies zum Gegenstand haben, auch zukünftig erspart bleiben.

Neben dem Streit über die Fortbildungspunkte ganz allgemein sind die Konflikte bezüglich der Wertigkeit der differenten Fortbildungsveranstaltungen der unterschiedlichen Anbieter schon vorprogrammiert. Die Bildung einer Clearingstelle soll unter anderem solche Probleme vermeiden helfen und aufwendigen Rechtsstreitigkeiten vorbeugen. Letztlich ist sie ein Teil jener neuen Bürokratie, die auf Seiten der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und der Zahnärztekammern zu installieren uns aufgezwungen wird. Wir können diese Entwicklungen nicht verhindern, aber wir können zumindest die vorhandenen Spielräume nutzen. Wenn schon zusätzliche Zwänge und Kontrollen unvermeidbar sind, dann möchte ich sie besser vom Berufstand selbst geregelt sehen, als sie in den Händen von Kran-

kenkassen oder staatlichen Stellen wissen. Außerdem sind wir als Handelnde auch eher in der Lage, notwendige Korrekturen an den Modalitäten vorzunehmen und die Bürokratie auf ein Minimum zu beschränken. Schließlich sind wir es, die dies alles bezahlen müssen, dann sollten wir alles daran setzen, es auch zu kontrollieren.

Zahnärzte sollten zusammenstehen

Die Thüringer Zahnärzte, wie die der anderen Bundesländer, haben durch die Teilnahme an verschiedensten Fortbildungen in der Vergangenheit demonstriert, dass sie sehr wohl in der Lage sind, in freier Selbstbestimmung und eigenverantwortlich den Anforderungen des medizinischen Fortschritts gerecht zu werden. Sie haben gezeigt, dass sie die Voraussetzungen für eine adäquate zahnärztliche Behandlung jederzeit und vollumfänglich sichern und sie haben den Beweis erbracht, keiner verordneten Fortbildung zu bedürfen. Doch ganz zu schweigen von der Sinnhaftigkeit einer Zwangsbildung, zählten diese Argumente nicht gegen den Willen der politischen Parteien. Es bleibt uns leider nur, einerseits weiter Widerstand zu leisten, andererseits zumindest die Dinge selbst zu regeln, ehe sie uns aus der Hand genommen werden. Ob uns,

den Zahnärzten in den Praxen, lange Reden über Dinge, die wir nicht ändern können, Schuldzuweisungen oder vielleicht Betrachtungen über die Ehrenhaftigkeit einer solchen Position nutzen, darf bezweifelt werden. Wir werden durch die so genannten Reformen weiter zusätzlich belastet, es werden uns Kraft, Zeit, Geld und Lebensqualität abverlangt. Stehen wir zusammen. Kluge Vorschläge sind gefragt, lasst uns effektive Lösungen finden und erproben, so dass die Belastungen für die Praxen so weit begrenzt werden, wie nur möglich. Lasst uns selbst handeln. Wir haben die Kompetenz und sind handlungsfähig. Wir haben starke Standesvertretungen, die gemeinsam im Interesse der Kollegenschaft diese Aufgaben bewältigen können.

Dr. Guido Wucherpfennig ist seit kurzem neuer Fortbildungsreferent der Landeszahnärztekammer Thüringen.

Steigen GKV-Beiträge wegen Vereinigung?

Gedanken zu einem umstrittenen Ost-West-Gesundheitsthema

Von Dr. Gottfried Wolf

In einer Pressemitteilung mit der Überschrift „Ohne die Wiedervereinigung Krankenkassenbeiträge wie 1991“ informierte das Kieler Institut für Gesundheitssystemforschung kürzlich über seine jüngste Publikation. Institutschef Prof. Dr. Fritz Beske hat zusammen mit Diplom-Volkswirt Thomas Drabinski (Universität Kiel) eine Analyse vorgelegt mit dem Thema: „Der Einfluss der Wiedervereinigung auf die Entwicklung des Beitragssatzes der GKV“ (Broschüre, Bd. 97). Das Ergebnis der ökonomischen Modellanalyse lautet schlichtweg: Ohne Wiedervereinigung läge der durchschnittliche Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung wie 1991 bei 12,4 Prozent (statt heute ca. 14,4).

Zusammenfassend heißt es in der Pressemitteilung zur Studie: 1991 traten die neuen Bundesländer der gesetzlichen Krankenversicherung bei. Seither ist der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung in den alten Bundesländern um 2,2 Prozent gestiegen, von 12,2 Prozent auf voraussichtlich 14,4 Prozent... Die empirische Analyse ergab, dass 2003 ohne Wiedervereinigung ein Beitragssatz in den alten Bundesländern nicht voraussichtlich 14,4 Prozent sondern nur bei 12,4 Prozent liegen würde, eine Differenz von zwei Beitragspunkten. Wird zusätzlich der Ost-West-Transfer der gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigt, der seit 1999 über die Neuregelung des Risikostrukturausgleiches stattfindet, hätte ohne Wiedervereinigung

der Beitragssatz in den alten Bundesländern im Jahr 2003 mit dem Beitragssatz des Jahres 1991 von 12,2 Prozent übereingestimmt. Ohne Wiedervereinigung wäre es somit in den alten Bundesländern in den letzten Jahren zu keiner Beitragssatzsteigerung gekommen.

Es könnte gezeigt werden, dass die Wiedervereinigung die Wachstumsraten bei Löhnen, Gehältern und Renten in den alten Bundesländern negativ beeinflusst habe. Ebenso führte die Wiedervereinigung zu höheren Arbeitslosenzahlen. Diese wirtschaftlichen Folgen der Wiedervereinigung hatten einen negativen Einfluss auf die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, so dass eine Steigerung des Beitragssatzes in den alten Bundesländern die

Folge war. Im Ergebnis kommt der wirtschaftlichen Entwicklung die entscheidende Bedeutung für die Beitragssatzsteigerung der gesetzlichen Krankenversicherung zu. Vor allem der durch die Wiedervereinigung ausgelöste Anstieg der Arbeitslosigkeit sowie geringere Wachstumsraten bei Löhnen, Gehältern und Renten führten und führen zu steigenden Beitragssätzen.

Es gibt dem Kieler Institut zufolge keine schlüssigen Beweise für die Behauptung, dass die Ursache für den Beitragssatzanstieg in den alten Bundesländern auf den Anstieg der Ausgaben, auch als „Kostenexplosion“ bezeichnet, zurückzuführen ist.

Die Wiedervereinigung Deutschlands und politische Entscheidungen zu Lasten der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, die jährlich mit etwa 10 Milliarden Euro zu Buche schlagen, seien die entscheidenden Ursachen für die Situation der gesetzlichen Krankenversicherung. Verschärfend komme die aktuelle Situation am Arbeitsmarkt mit den dadurch bedingten Beitragsausfällen hinzu, analysieren die Wissenschaftler.

Trotzdem bleibt der bittere Beigeschmack, dass wieder einmal die Wiedervereinigung Schuld trägt an der Misere der GKV im Speziellen und an der ökonomischen Gesamtsituation dieses Landes. Die Studie berücksichtigt meines Erachtens nicht die massive Abwanderung arbeitswilliger Menschen aller Altersgruppen und beruflicher Spektren, die als potenzielle Einzahler in die Sozialgemeinschaft GKV-Ost verloren gehen. Da diese Menschen in der Regel auch Arbeit finden, muss es logischerweise zu einer Zunahme von Arbeitslosen in den alten Bundesländern kommen. Denn die Ware Arbeit hat in Deutschland nicht zugenommen. Kann man diese Zunahme der Arbeitslosen in den alten Bundesländern damit begründen, dass die Zuwanderer aus dem Osten qualifizierter und motivierter sind? - Ich weiß, dass dies eine provokante Schlussfolgerung ist.

Die Übernahme und Umwandlung der ostdeutschen Sozialversicherung in die (fast) gleichberechtigte westdeutsche gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung ist zweifelsohne zum damaligen Zeitpunkt eine bemerkenswerte Leistung gewesen. Allerdings wurde offiziell davon ausgegangen, dass sich das System durch entsprechende Beitragszahlung im Osten amortisiert. Die nachfolgende wirtschaftliche Entwicklung hatte wohl niemand kalkuliert. Oder?

Sozialsystem schwächelt länger

Die Crux der Misere der gesetzlichen Krankenversicherung liegt meines Erachtens nicht nur in der Wiedervereinigung begründet. Dies ist nur ein Faktor von vielen. Die Stagnation der (west-) deutschen Wirtschaft (in diesem Jahr schon Rezession) und die zunehmende Schwächung der sozialen Sicherungssysteme wurde 1989/90 nur durch die Wiedervereinigung kaschiert. Diese Problematik der sozialen Sicherungssysteme steht schon sehr lange an. Historisch wurde in den zurückliegenden Regierungsepochen Mäßigung und Sparsamkeit im Gesundheits- und Sozialsystem angemahnt, schon unter Kanzlern wie Ludwig Erhard (CDU). Unter den sozialliberalen Koalitionen unter Willy Brandt oder Helmut Schmidt (beide SPD) verschärfte sich die Situation. Einheitskanzler Helmut Kohl (CDU) kämpfte mit der gleichen Problematik. Seit der Wiedervereinigung erlebten wir allein fünf Gesundheitsminister (Norbert Blüm, Gerda Hasselfeldt, Horst Seehofer, Andrea Fischer, Ulla Schmidt). Gerade die häufige Umstrukturierung dieses Bereiches und das Ministerroulette zeugen von der Brisanz der Problematik.

Es wurde nie etwas getan, um die Kosten des Systems maßvoll zu halten. Dies liegt sicherlich auch in der Ideologie dieser Bundesrepublik Deutschland. Angesichts der katastrophalen deutschen Vergangenheit wurde der Sozialstaat als prägendes Element des Wiederaufbaues und der Schaffung demokratischer Strukturen postuliert. Staat und Bürger übernehmen anteilig die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. In der Folgezeit haben sich immer mehr Bürger aus ihren Verpflichtungen heraus gestohlen und erwarten vom Staat die Regelung ihrer persönlichen Verantwortung. Es hat einmal Zeiten gegeben, in denen es in (West-) Deutschland ständig bergauf ging. Die jährlichen Einkommenssteigerungen schwankten zwar erheblich, die Inflation war höher als heute, aber tatsächlich erlebten die Bürger ein stetes Wachstum. Entsprechend großzügig zeigte sich der Staat, es gab ja zumindest in den Aufbaujahren der Bundesrepublik so viel nachzuholen. So entwickelte sich der verbreitete Glaube, die Verteilung von Wohltaten sei ein Naturgesetz. Während die sozialistische Regierung der DDR aus ideologischen Gründen für ihre Bürger von der Wie-

ge bis zur Bahre sorgte, glaubte nach jahrzehntelangem wirtschaftlichen Erfolg auch der demokratisch kapitalistisch erzeugte Bundesbürger, einen Anspruch darauf zu haben, dass es ihm immer besser gehen müsse. In diesem Irrglauben wurden sie von Politikern bestätigt. Steuer- und Abgabenerhöhungen halfen, den Sozialstaat auf fast skandinavische Verhältnisse zu katapultieren.

Nicht umsonst sprechen Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler inzwischen vom Moloch Sozialstaat. Unter dem Titel „Kassandra vom Rhein“ schreibt das Institut für Wirtschaft und Gesellschaft Bonn, dass die Deutschen in einer deformierten Gesellschaft leben, in der „blockierten Republik“ und der Moloch Sozialstaat die Initiative des Einzelnen erstickt. Das Institut besteht seit 25 Jahren und befasst sich seitdem unter anderem mit der Situation der Bundesrepublik Deutschland, das heißt wirtschaftlicher Politikberatung. Der Geschäftsführer, Prof. Dr. Meinhard Miegel, spricht allerdings auch in vielen Bereichen der rot-grünen Bundesregierung die Regierungsfähigkeit ab.

Ein Faktor der real existierenden Beitragssatzsteigerungen dürfte wohl auch im Anstieg der Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenversicherung zu sehen sein. Betrugten diese im Jahr 1992 noch mit 106 € pro Mitglied 5,4 Prozent, so sind sie im Jahr 2002 mit 157 € auf 8,02 Prozent gestiegen. Das ist eine Steigerungsquote von 48 Prozent innerhalb von zehn Jahren.

Einnahmen sind entscheidend

Das Beske-Institut hat in seiner Untersuchung auf das gravierendste Problem der GKV hingewiesen – die Einnahmen. Ohne eine grundlegende Sicherstellung der Einnahmenseite wird die gesetzliche Krankenversicherung keine Zukunft haben. In welchem Ausmaß dies nun eine Folge der Wiedervereinigung ist, darüber lässt sich – je nach Blickwinkel – trefflich streiten. Ich persönlich jedenfalls habe die Wiedervereinigung nicht mit einer wieder zunehmenden staatlichen Gängelung verbunden, wie sie im Gesundheitswesen zu erleben ist und die der Präsident des Hartmannbund Dr. Thomas so bewertet: „Ich habe vor dem Staat immer dann Angst, wenn er übermächtig wird und mir als Bürger in diesem Land meine Freiheiten nimmt.“

Ein Fall für den Steuerberater

Was eine Gemeindefinanzsteuer für Zahnärzte bedeuten würde

Von Sabine Wechsung

Die Ausweitung der Gewerbesteuer auf Freiberufler wird zurzeit äußerst kontrovers diskutiert. Bereits in seiner Rede zur Agenda 2010 im März dieses Jahres stellte Bundeskanzler Gerhard Schröder (SPD) Mehrbelastungen für Berufsgruppen wie Ärzte, Anwälte und Architekten in Aussicht. Im Klartext geht es darum, Maßnahmen gegen die angespannte Finanzlage in den Gemeinden und Städten zu ergreifen, welche darin münden sollen, die Finanzierung auf eine breitere Bemessungsgrundlage zu stellen. Inzwischen plant das Bundesfinanzministerium einen umfassenden Umbau der Gewerbesteuer zu einer auch von den Freiberuflern zu zahlenden und direkt den Kommunen zufließenden „Gemeindefinanzsteuer“ – was bei den Spitzenverbänden der Freien Berufe auf heftigen Protest stößt. Zwar soll die sogenannte „Gemeindefinanzsteuer“ unverändert auf die Einkommensschuld des Steuerpflichtigen angerechnet werden können, jedoch soll ein Absetzen als Betriebsausgabe bei der Einkommenssteuer nicht mehr möglich sein.

Derzeit ist zwar noch ungewiss, ob die Gemeindefinanzsteuer tatsächlich eingeführt wird, doch lohnt sich ein Blick auf die Berechnungsgrundlagen für diese Steuer.

Praxisergebnis und Freibetrag

Die Ermittlung einer Gewerbesteuer unterliegt folgendem Ablauf: Ausschlaggebend ist zunächst der Gewinn, im Fall einer Zahnarztpraxis also das einkommenssteuerpflichtige Praxisergebnis. Davon wird der so genannte Gewerbeertrag unter Abzug des Freibetrages und gegebenenfalls Hinzurechnung und/oder Kürzung von den Ertrag beeinträchtigenden Posten wie Mieten, Zinsen oder Leasingraten errechnet. Der Freibetrag liegt derzeit bei 24 500 Euro Jahresgewinn, geplant ist die Anhebung des Freibetrages auf 25 000 Euro.

Steuermesszahl und Hebesatz

Danach wird der Gewerbesteuermessbetrag er-

mittelt, indem der genannte Gewerbeertrag mit einer so genannten Steuermesszahl multipliziert wird. Diese Steuermesszahl wird vom zuständigen Finanzamt festgelegt. Beispielsweise ergibt sich für eine Praxis mit einem Jahresergebnis von 55 000 Euro eine Steuermesszahl in Höhe von 1550 Euro. Um die Gewerbesteuer zu errechnen, wird der Messbetrag anschließend mit dem so genannten Hebesatz multipliziert. Der Hebesatz ist von Kommune zu Kommune unterschiedlich, er bewegt sich im Limit von 0 bis 500 Prozent.

Die Ermäßigung der Einkommenssteuer in Höhe des 1,8-fachen des festgesetzten Messbetrages (§ 35 EstG) bringt zwar eine Entlastung mit sich, jedoch hängt das Ausmaß hier von der Höhe des Hebesatzes der Gemeinde ab. Der Abzug der Entlastung laut § 35 EstG von der Gewerbesteuer ergibt die tatsächliche Mehrbelastung durch die „Gemeindefinanzsteuer“.

Grundsätzlich bleibt festzustellen, dass die Höhe der „Gemeindefinanzsteuer“ proportional mit dem Hebesatz ansteigt. Eine spürbare Kompensierung der Mehrbelastung durch die Gewerbesteuer durch den Entlastungsfaktor 1,8 kann erst dann eintreten, wenn der Hebesatz der Kommune/Gemeinde maximal 350 Prozent beträgt. Eine tatsächliche Steuerentlastung für den Freiberufler ist erreichbar, je geringer der Hebesatz ist. In der Regel bewegt sich der Hebesatz in Deutschland jedoch über der 350-Prozent-Marke. Laut Statistik liegt der durchschnittliche Hebesatz der Gemeinden in Deutschland bei rund 400 Prozent wobei sich lediglich ländliche Gemeinden bei 300 bis 350 Prozent einordnen lassen, in größeren Kommunen beträgt er mindestens 400 Prozent. Großstädte wie Berlin, Hamburg und München setzen 480 bis 500 Prozent an.

In Thüringen liegt der Hebesatz weit darunter. In den kreisfreien Städten schwankt er von 335 Prozent bis 400 Prozent, in den meisten Kreisstädten liegt er zwischen 300 und 350 Prozent, in den ländlichen Gemeinden sogar noch darunter (siehe S. 12). Somit dürfte sich eine nennenswerte Mehrbelastung vor allem für die Freiberufler in den kreisfreien Städten ergeben.

Beispielrechnung (Angaben in €-Steuerhebesatz 400 Prozent)

Einkommenssteuerpflichtiges Praxisergebnis	50 000	75 000	100 000
abzüglich Freibetrag	- 24 500	- 24 500	- 24 500
Gewerbeertrag	25 500	50 500	75 500
Gewerbesteuermessbetrag 1 bis 5 % vom Gewerbeertrag	405	1 325	2 575
Gemeindehebesatz auf Gewerbesteuermessbetrag = Gewerbesteuer	1 620	5 300	10 300
Entlastung der Einkommenssteuer um das 1,8-fache des Steuermessbetrages (§ 35 EstG)	729	2 385	4 635
Gewerbesteuer abzgl. Entlastung Einkommenssteuer = saldierte steuerliche Mehrbelastung	891	2 915	5 665

Gewerbesteuer- Hebesätze in Thüringen

Folgende Gewerbesteuerhebesätze gelten in Thüringen (Quelle: Thüringer Landesamt für Statistik):

Kreisfreie Städte*:

Erfurt – 400
Gera – 380
Jena – 380
Weimar – 380
Eisenach – 335
Suhl – 390

Ausgewählte kreisangehörige Städte*:

Altenburg – 320
Apolda – 335
Arnstadt – 350
Bad Salzungen – 300
Eisenberg – 320
Gotha – 390
Greiz – 300
Heiligenstadt – 360
Hildburghausen – 310
Ilmenau – 302
Meiningen – 310
Mühlhausen – 349
Nordhausen – 335
Saalfeld – 300
Schleiz – 317
Schmalkalden – 319
Schmölln – 300
Sömmerda – 250
Sondershausen – 300
Sonneberg – 350

*Stand 31. Dezember 2002 (Änderungen seit Jahresbeginn möglich)

58 Fortbildungskurse im ersten Halbjahr

Erfurt (Izkth). Die Fortbildungsakademie „Adolph Witzel“ der Landes Zahnärztekammer Thüringen hat von Januar bis Juni dieses Jahres 58 Kurse für Zahnärzte, Teams und Zahnarzthelferinnen angeboten. Die Kurse besuchten nach Angaben des Referats Fortbildung insgesamt 1150 Zahnärzte und Helferinnen. Im ersten Halbjahr wurden außerdem vier Fachzahnarztprüfungen im Fachgebiet Kieferorthopädie abgenommen – die Prüflinge bestanden sie mit Erfolg.

Unseriöse Produktwerbung zum Tag der Zahngesundheit

BZÄK: Mit Zahnärzte-Berufsordnung nicht vereinbar

Berlin (bzäk/mbz). Die Bundeszahnärztekammer warnt vor der Teilnahme an einer von der Liechtensteiner IHCF (International Health Care Foundation) veranstalteten Aktion zum Tag der Zahngesundheit am 25. September. Dabei werden Praxen schriftlich aufgefordert, vom 25. bis 30. September ein von IHCF zur Verfügung gestelltes Produkt zur Behandlung überempfindlicher Zähne einzusetzen. Im Gegenzug sollen die Namen und Anschriften dieser Zahnärzte veröffentlicht werden. Die Kammer verweist auf die Musterberufsordnung für Zahnärzte, nach der Zahnärzte für Produktwerbung nicht zur Verfügung stehen dürfen.

Seit 1994 werden die von der IHCF regelmäßig zum Tag der Zahngesundheit veranstalteten Werbekampagnen beobachtet. Bereits 1997 musste die BZÄK die IHCF zur Abgabe einer wettbewerbsrechtlichen Unterlassungserklärung auffordern. Dessen ungeachtet trat die IHCF im Vorfeld der Veranstaltungen des Tages der Zahngesundheit im September 2002 mit einer weiteren Aktion an die Öffentlichkeit. Die per Rundschreiben angesprochenen Zahnärzte wurden aufgefordert, sich in eine Liste der beteiligten Zahnärzte eintragen zu lassen und Werbeartikel bei der IHCF einzukaufen. Anfragende Patienten sollten über eine zentrale Telefonhotline bzw. einen Internetauftritt auf die Zahnärzteliste Zugriff haben.

Die BZÄK hat die IHCF im letzten Jahr nochmals nachdrücklich darauf hingewiesen, dass das Vorhaben in mehrfacher Hinsicht rechtswidrig ist. Dem Zahnarzt ist es nach wie vor nicht gestattet, sich in Verzeichnisse aufnehmen zu lassen, die wie im vorliegenden Fall an eine Produktwerbung gebunden sind. Auch nach der aktuellen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur Werbung sind dem Zahnarzt ausschließlich sachliche Informationen zu seiner Berufstätigkeit gestattet, da das Informationsinteresse des Patienten an sachlicher Information über die zahnärztliche Berufstätigkeit dem generellen Werbeverbot entgegensteht. Die Beteiligung an einer Werbeveranstaltung ist keine Berufstätigkeit in diesem Sinne.

Darüber hinaus ist es den Zahnärzten nicht gestattet, für die Verordnung und Empfehlung von Heil- und Hilfsmitteln sowie Materialien und Geräten von dem Hersteller und Händler eine Vergütung oder sonstige wirtschaftliche Vergünstigungen zu fordern oder anzunehmen. Die von der IHCF ins Auge gefasste Zuweisung von Patienten ist eine wirtschaftliche Vergünstigung in diesem Sinne. Im Übrigen dürfte dieses Tatbestandsmerkmal bereits durch die Nachlassgewährung auf das „IHCF-Aktionspaket“ erfüllt sein.

Das von der IHCF verfolgte Ansinnen ist daher das Fördern und Unterstützen fremden unlauteren Wettbewerbs und damit ein Verstoß gegen § 1 des Gesetzes über unlauteren Wettbewerb (UWG).

Die ausgesprochene Aufforderung zur Beendigung der beanstandeten Aktion blieb ohne Antwort. Im April 2003 wurde dann eine Anzeige der IHCF zu einer Aktion „Gesundes Zahnfleisch“ vom 2. Juni bis 31. Juli veröffentlicht, in der zwar die in den vergangenen Aktionen noch enthaltene Aufforderung an den Zahnarzt zur Erbringung einer kostenlosen Behandlung nicht mehr enthalten ist, jedoch sind die darüber hinausgehenden Bedenken gegen die Kampagne weiterhin nicht ausgeräumt.



Luftballons als legitime „Werbeträger“ zum Tag der Zahngesundheit. Leider nutzen manche Firmen das Anliegen der Aktionen auch zu unseriöser Werbung, die gegen die Berufsordnung verstößt.

Archivfoto

Geringverdienergrenze für Azubis wieder 325 Euro

Erfurt (IzKth). Nach nur vier Monaten gilt in der Sozialversicherung seit dem 1. August 2003 für die alleinige Beitragszahlung durch die Ausbildungsbetriebe wieder die Grenze von 325 €. Erst zum 1. April dieses Jahres hatte die Regierung die Geringverdienergrenze, bis zu der der Arbeitgeber die Sozialversicherungsbeiträge für Azubis allein zu tragen hat, von 325 € auf 400 € angehoben (tzb 6/2003). Dies ist nun wieder rückgängig gemacht worden, um die Ausbildungsbereitschaft der Betriebe zu fördern.

Für die Zahnarztpraxen bedeutet dies, dass für die Vergütung der Auszubildenden die Sozialversicherungsbeiträge wieder von beiden Teilen gleichmäßig zu tragen sind und nicht wie bisher, dass der Zahnarzt bei Vergütungen bis zu 400 € die Aufwendungen für die Sozialversicherung allein zu tragen hatte.

Wechsel in der Röntgenstelle

Mitarbeiterin der ersten Stunde verabschiedet

Erfurt (IzKth). Die Landes Zahnärztekammer Thüringen hat ihre langjährige Mitarbeiterin Hanna Persicke in den Ruhestand verabschiedet. Die Thüringer Zahnärzte kennen sie als Ansprechpartnerin in Röntgenangelegenheiten – die gelernte Arztsekretärin hob die Zahnärztliche Röntgenstelle der LZKTh mit aus der Taufe. Seit dem 1. Januar 1991 war sie hier als Sachbearbeiterin tätig.

Ihr Arbeitsgebiet umfasste die Organisation der Fachkunde-Kurse zum Strahlenschutz für Zahnärzte und Helferinnen und die Konstanzprüfungen. 1997 erweiterten sich die Aufgaben unter anderem um die Bereiche „Zahnärztliche Berufsausübung“ und den BuS-Dienst“. Für ihre Arbeit im Dienst der Thüringer Zahnärzte bedankten sich die Hauptgeschäftsführerin der Kammer, Sabine Wechsung, und das zuständige Vorstandsmitglied, Dr. Matthias Seyffarth (Leiter der Zahnärztlichen Röntgenstelle), ganz herzlich bei Hanna Persicke. Vorstand und Mitarbeiter der Lan-

des Zahnärztekammer wünschen ihr für die Zukunft alles Gute.

Nachfolgerin von Hanna Persicke in der zahnärztlichen Röntgenstelle ist Nicole Sorgler. Sie hat in der Kammer ihre Berufsausbildung absolviert und diese im August erfolgreich beendet.



Dankeschön: Vorstandsmitglied Dr. Matthias Seyffarth bedankte sich im Namen der Landes Zahnärztekammer bei Hanna Persicke für deren geleistete Arbeit.
Foto: LZKTh

Private Schulungsangebote zu neuem BEMA genau prüfen

KZV plant eigene Informationsveranstaltungen

Von Dr. Karl-Heinz Müller

In der letzten Zeit werden Zahnarztpraxen wiederholt mit Fortbildungsangeboten privater Anbieter zum neuen BEMA konfrontiert. Diese Offerten sind mit teilweise sehr hohen Kosten verbunden. Der Vorstand der KZV Thüringen hat bereits in seinem Rundschreiben Nr. 6/2003 vom 26. Juni darauf verwiesen, dass die angebotenen Weiterbildungen zur BEMA-Umbewertung nicht nur zu früh kommen, sondern auch unnötig sind. Grund: BEMA-Informationen sind nicht Sache privater Anbieter! In den „Zahnärztlichen Mitteilungen“ (Nr. 15/1. 8.2003/ S.7) bezeichnet auch die KZBV diese „Fortbildungsunterlagen“ als unangemessen, da die gesamte Information über das Abrechnungs- und Vertragswesen originäre Aufgabe der jeweiligen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sei.

Die Informationen zum neuen BEMA erfolgen rechtzeitig vor Inkrafttreten der neuen Rege-

lungen am 1. Januar 2004 und in schriftlicher Form über die KZV. In Thüringen hatte der KZV-Vorstand die Kurzfassungen der Leistungsbeschreibungen, BEMA-Ziffern und entsprechende Bewertungszahlen bereits in der Anlage 1 seines Juni-Rundschreibens beigefügt.

Angesichts der Fortbildungsunterlagen weist die KZV die Kollegen außerdem darauf hin, dass Schulungen zum jetzigen Zeitpunkt verfrüht wären, da sie noch gar nicht alle Änderungen beinhalten könnten. Grund: Die Frist, in der das Bundesgesundheitsministerium Beanstandungen gegen die Richtlinien geltend machen kann, ist noch nicht abgelaufen – der neue BEMA also noch nicht endgültig. Der Vorstand der KZV bekräftigt nochmals sein im genannten Rundschreiben getroffene Aussage, dass im Spätherbst Veranstaltungen – größere zentrale oder in Kreisstellen – nach Bedarf angeboten werden. Die Kollegen aller Kreisstellen und die Kreisstellenvorsitzenden werden darüber genau informiert.

Bekanntmachung

zur Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen

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

Termin:

Samstag, der 15. November 2003

Ort:

Erfurt, Häblerstraße 17,
Victor's Residenz-Hotel

Themen zur Tagesordnung können bis sechs Wochen vor Beginn der Vertreterversammlung (bis zum 2. Oktober 2003) schriftlich durch den Vorstand, die Mitglieder der Vertreterversammlung oder die Kreisstellen bei der Geschäftsstelle der KZV Thüringen, Theo-Neubauer-Str. 14, 99085 Erfurt, eingereicht werden.

*Dr. med. Jens-Michael Plaul
Vorsitzender der Vertreter-
versammlung*

Mythos Schweiz – Meinungen und Fakten

Mundgesundheit in der Schweiz im Vergleich zu Deutschland

Von Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle
und Prof. Dr. Thomas Kerschbaum

Die Mundgesundheit der in Deutschland und in der Schweiz lebenden Bevölkerung zeigt – entgegen anderslautender Behauptungen – keine gravierenden Unterschiede. Sie ist von diversen endogenen, genetisch determinierten Faktoren und Allgemeinerkrankungen sowie von zahlreichen exogenen Einflüssen abhängig. Eine Reduktion auf Einzelfaktoren (z. B. mechanisches Zähneputzen) mit dem daraus abgeleiteten Selbstverschuldungsprinzip beim Auftreten dentaler Läsionen trägt den verschiedenen Dimensionen von oraler Gesundheit und Krankheit in ihren vielfältigen (zahn)medizinischen und sozioökonomischen Bezügen zu wenig Rechnung. Auch die mittleren jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben für zahnärztliche Leistungen sind in Deutschland und in der Schweiz trotz unterschiedlicher Finanzierungssysteme weitgehend identisch. Die Vorstellungen, dass sich finanzieller Druck infolge Selbstzahlerleistungen auf das aktive Mundgesundheitsverhalten der Bevölkerung positiv auswirken würde, sind weder für die Schweiz noch für Deutschland hinreichend belegt.



Wer seine Zahnbehandlung selbst bezahlen muss, schwingt häufiger die Zahnbürste und hat gesündere Zähne – der Mythos Schweiz in der öffentlichen Meinung. Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle und Prof. Dr. Thomas Kerschbaum haben nachgehört – und kommen zu einem anderen Ergebnis.
Foto: Pro Dente

Einleitung

Die Schweiz gilt seit vielen Jahren als eine Art zahnmedizinisches „Musterland“. Als Begründung für den angeblich durchweg hohen Mundgesundheitsstandard in der Schweizer Bevölkerung dient dabei der Hinweis, dass dort der weitaus größte Teil von Zahnbehandlungen von den einzelnen Patienten selbst zu bezahlen ist. Es wird behauptet, dass in jenen Ländern, in denen zahnmedizinische Leistungen „privatisiert“ wurden, die Eigenverantwortung und nachfolgend auch die orale Gesundheit eine erhebliche Förderung erfahren habe. In der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion werden diese Thesen vermehrt verbreitet. So war zum Beispiel jüngst in dem deutschen Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“ folgendes zu lesen: „Beispiel Zahnersatz: Während in Deutschland die Krankenkasse noch

etwa die Hälfte der Kosten erstattet, gibt sie in Italien einen Zuschuss von weniger als 20 Prozent. In den Niederlanden beteiligt sie sich nur noch an den Kosten von Vollprothesen. In Spanien, Portugal und in der Schweiz ist Zahnersatz ganz Privatsache. Die harte Tour zeigt erstaunliche Wirkung: Die Zahngesundheit der Schweizer etwa hat sich merklich verbessert“ [6]. Die deutsche Illustrierte Stern sekundierte kurze Zeit später, dass in der Schweiz wesentlich bessere Mundgesundheitsverhältnisse als in Deutschland vorliegen würden und begründete dies folgendermaßen: „Der finanzielle Druck hat die Schweizer zu Weltmeistern im Zähneputzen gemacht“ [41]. In der „Rheinischen Post“ wurden Überlegungen zur Streichung von Zahnbehandlungen aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen mit folgender Begründung begrüßt: „Schweiz und Norwegen haben damit gute Erfahrungen gemacht. Hier gibt es kariesfreie Jahrgänge“ [15].

In der „Zahntechnik Zeitung“ (ZT) wurde der Vorsitzende einer Reform-Kommission der deutschen Bundesregierung, der Wirtschaftswissenschaftler B. Rürup, zur Streichung von Zahnersatz aus der Gesetzlichen Krankenversicherung wie folgt zitiert: „Das würde zwar nur 0,4 Beitragspunkte bringen. Die Schweizer haben das gemacht, seither haben sie gute Zähne. Warum? Weil Zahnersatz in hohem Maße prophylaxeabhängig ist“ [34].

Solche Vorstellungen werden von einem Großteil der deutschen Zahnärzteschaft, insbesondere vom hiezulande größten Zahnärzteverband, dem Freien Verband Deutscher Zahnärzte, nachhaltig unterstützt. Die Abkoppelung der Zahnmedizin von der Medizin und die damit verbundene Ausgliederung zahnmedizinischer Leistungen aus dem allgemeinmedizinischen System der Gesetzlichen Krankenversicherung sei in erster Linie als „Chance zu begreifen“, so

MFile-System: Nur 3 Schritte führen Sie sicher an die Spitze



■ **MFile – das System zur maschinellen Aufbereitung von Wurzelkanälen**



Deutsches Patent: 81 103 35 828
Geistliches Patent EP 1 079 278
angemeldet

- Nur 3 hochflexible NiTi-Instrumente pro apikaler Aufbereitungsgröße
- Innovative Schneidengeometrie mit kurzen Arbeitsteilen für optimale Belastbarkeit
- Beibehaltung des originären Wurzelkanalverlaufs
- Präparation morphologischer Taper (2% bis 6%)

Machen Sie sich das überschaubare Instrumentarium mit nur acht Instrumenten zu Nutze!



Bernd Langner
Am Schwemmtümpfel 33
99441 Magdala
Telefon: 036454 51749
Telefax: 036454 52280
Mobil: 0179 1260099
e-mail: blangner@brasseler.de

Eingesetzt wird das **MFile-System** im drehmomentbegrenzten Endo-Schrittmotor **S.E.T. EndoStepper®** – seit 2003 Exklusivvertrieb durch Komet



REF 9847

GEBR. BRASSLER GmbH & Co. KG
Trophagener Weg 25, 32657 Lemgo
Postfach 160, 32631 Lemgo
Tel.: 05261 701-0, Fax: 05261 701-289
e-mail: info@brasseler.de - www.komet-mfile.de

© 06/2003 - GBR, BRASSLER - Germany - All rights reserved - Printed in Germany - KM/13 - 40286187



Qualität zählt sich aus.

W. Beckmann, der Vorsitzende des Verbandes in einer Presseinformation [4]. K.-H. Sundmacher, sein Stellvertreter, bekräftigte dies in der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ mit dem Argument, dass es in der Zahnmedizin ohnehin nur um die Behandlung vermeidbarer, nicht vital bedrohlicher Schäden gehe. Die Prävention oraler Erkrankungen reduzierte er dabei ausdrücklich auf Mundhygienemaßnahmen: „Prophylaxe - auf Deutsch: Zähneputzen“ [37].

Diesen und zahlreichen weiteren ähnlichen Verlautbarungen in den Massenmedien zufolge wird der in Deutschland lebenden Bevölkerung zum Teil mit Unterstützung der Zahnärzteschaft zur Zeit folgendes Bild vermittelt: Die Mundgesundheit ist in der Schweiz (und anderen Ländern mit Ausgliederung zahnmedizinischer Leistungen aus öffentlichen Krankenversicherungen) wesentlich besser als in Deutschland.

Wenn die Zahnmedizin dem freien Kräftespiel des Marktes überlassen wird und zahnmedizinische Leistungen - so wie dies in der Schweiz der Fall ist - privat zu bezahlen sind, fördert dies nachhaltig die medizinische Eigenverantwortung der Bevölkerung (medizinische Verhaltenssteuerung „über den Geldbeutel“). Die Prävention oraler Erkrankungen lässt sich nach dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand auf „Zähneputzen“ reduzieren.

Vor dem Hintergrund, dass solche Behauptungen - von wenigen Ausnahmen abgesehen [12] - bislang weitgehend unwidersprochen geblieben sind, muss die Bevölkerung davon ausgehen, dass sie zutreffen. Wie die folgenden Ausführungen jedoch belegen, sind alle drei oben aufgeführten Thesen in dieser vereinfachten Form falsch oder zumindest nicht hinreichend belegt.

Schweiz und Deutschland: Ähnliche Mundgesundheit

In Deutschland und der Schweiz ist es, so wie in zahlreichen anderen Ländern auch, in den letzten Jahren zu einem deutlichen Rückgang der Prävalenz von Karies und teilweise auch von parodontalen Erkrankungen gekommen. Während sich der Mundgesundheitszustand von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen spürbar verbesserte, haben sich die Verhältnisse im mittleren und höheren Lebensalter bislang nicht wesentlich verändert.

Die Ursachen für die Verbesserung der Mundgesundheit in jüngeren Altersgruppen sind nicht genau bekannt. Da der Kariesrückgang umso früher eintrat, je konsequenter kollektiv wirksame Fluoridierungsmaßnahmen realisiert wurden, nimmt man an, dass dabei ein adäquates Fluoridangebot eine wichtige Rolle spielte [20,21,23,38]. Die schon vor Jahrzehnten eingeführte Trinkwasserfluoridierung (in Basel) sowie der hohe Marktanteil von fluoridiertem Speisesalz in den übrigen Regionen (weit über 80 Prozent) gelten in der Schweiz neben den frühzeitigen Aktivitäten von Jugendzahnkliniken mit einer aufsuchenden Betreuung von Kindergärten und Schulen als Meilensteine der Prävention oraler Erkrankungen [23]. Sie haben dazu geführt, dass in der Schweiz zu einem früheren Zeitpunkt als in Deutschland ein Kariesrückgang zu verzeichnen war. Neuere epidemiologische Untersuchungen haben aber ergeben, dass es in der Zwischenzeit hinsichtlich der Mundgesundheit in verschiedenen Altersstufen keine gravierenden Unterschiede zwischen Deutschland und der Schweiz mehr gibt (Tab. 1).

Der Mundgesundheitszustand eines Menschen kann in unterschiedlichem Umfang evaluiert werden. Das Spektrum reicht vom Feststellen von Zahnschmerzen über kau- und sprachfunktionelle Aspekte, Erfassung von Entzündungszuständen oder sonstigen Gewebsveränderungen bis hin zu Fragen über das Aussehen des Gebisses. Die Dokumentation von Karies, Zahnverlust und zahnärztlichen Restaurationen (DMF-Index für bleibende Zähne, dmfi-Index für Milchzähne) kann aus diesem umfangreichen Spektrum nur einen Teilaspekt der Mundgesundheit erfassen. Hinzu kommt, dass methodische Unterschiede bei der Datenerhebung (z. B. mit oder ohne Berücksichtigung von Röntgenbefunden) die Interpretation erschweren können. Dennoch wird der DMFT- bzw. dmft-Index (bezogen auf die Zahnzahl) wegen seiner einfachen Handhabbarkeit in vergleichenden Erhebungen weltweit eingesetzt.

Unter dem Vorbehalt der oben genannten Einschränkungen stellt sich die Gebissgesundheit in Deutschland und der Schweiz wie folgt dar: Der dmft-Wert (bezogen auf Milchzähne) betrug im Jahr 2000 bei 7-jährigen Kindern im Kanton Zürich 2,5 [27]. Dieser ausschließlich auf den Kanton Zürich bezogene Wert kann nicht ohne weiteres auf die Gesamtschweiz mit ihren italienischen, französischen und deutschen Regionen extrapoliert werden. Bemer-

kenswert erscheint, dass er im Jahr 2000 höher als in den Vorjahren lag, vermutlich aufgrund von Wanderungsbewegungen in der Bevölkerung [27]. Obwohl auch in der wiedervereinigten Bundesrepublik Deutschland starke Wanderungsbewegungen mit großen sozioökonomischen Unterschieden in der Bevölkerung zu verzeichnen sind, besteht hier noch ein Trend der Kariesreduktion in dieser Altersgruppe. Im Jahr 2000 wurde bei 6-7-jährigen Kindern ein dmft-Wert von nur noch 2,2 ermittelt [33].

Der DMFT-Wert (bezogen auf bleibende Zähne von 12-jährigen Jugendlichen) lag in Deutschland im Jahr 2000 bei 1,2 [33,43], in einigen Regionen wurde 2001 sogar ein Wert von nur ca. 0,5 ermittelt [38]. Für die Schweiz liegen gemäß WHO-Angaben bezogen auf die Zeit nach 1988 keine überregionalen Daten vor. 1988 betrug der DMFT-Wert für die Gesamtschweiz noch 2,0 [43]. Im Jahr 2000 wurde für den Kanton Zürich ein DMFT-Wert von 0,9 ermittelt [27].

Nach der aktuellen Datenlage dürfte sich die Zahngesundheit von Jugendlichen, die in Deutschland und in der Schweiz leben, inzwischen deutlich angenähert haben (DMFT-Werte in beiden Ländern unter < 1,2). Bei jüngeren Erwachsenen profitiert die Schweiz zurzeit noch von den früher eingetretenen Prophylaxeerfolgen, wie aus einer Gegenüberstellung von Erhebungen zur Mundgesundheit an Rekruten hervorgeht [18,25]. Aber auch hier zeigen neuere Daten, dass Deutschland erheblich aufgeholt und sich dem Trend der Kariesreduktion in dieser Altersgruppe angeschlossen hat [18,25]. In den mittleren Erwachsenen-Jahrgängen stellt sich die Zahngesundheit der in der Schweiz lebenden Bevölkerung nicht besser dar als in Deutschland. So wurde bei der Altersgruppe der 35-44-jährigen in Deutschland 1997 ein DMFT-Wert von 16,1 ermittelt [29]. In der Schweiz lag er 1988 bei 18,8 [42], einer Erhebung an Patienten zufolge sogar bei 22,3 [13]. Selbst wenn man neuere Daten, die sich allerdings wiederum nur auf den Kanton Zürich beziehen, berücksichtigt, finden sich mit einem Züricher DMFT-Wert von 16,3 (bezogen auf 1999) keine gravierenden Unterschiede zu Gesamt-Deutschland mit 16,1 (bezogen auf 1997) [26].

Auch die orale Gesundheit von Senioren bedarf einer differenzierten Betrachtung. Einer repräsentativen Studie des Instituts der Deut-

schen Zahnärzte (IDZ) zufolge lag 1997 bei den 65-74-jährigen Senioren der Anteil von vollständiger Zahnlosigkeit bei knapp 25 Prozent [29]. Für die Gesamtschweiz gibt es unterschiedliche, teils widersprüchliche Aussagen, je nachdem, ob repräsentative Bevölkerungsstichproben oder Patienten in Zahnarztpraxen zugrunde gelegt werden. Einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe aus den 90-er Jahren des letzten Jahrhunderts zufolge waren 30 Prozent der Frauen und 22 Prozent der Männer dieser Altersgruppe zahnlos [44]. Bei einer Erhebung an Patienten, die regelmäßig Zahnarztpraxen aufsuchten, wurde 1988 hingegen bei nur 15,3 der untersuchten 65 bis 74-Jährigen eine vollständige Zahnlosigkeit registriert [13]. In einer Untersuchung, die sich nur auf den Kanton Zürich bezieht, wurde für die Altersgruppe der 60 bis 79-Jährigen sogar ein Anteil vollständiger Zahnlosigkeit von nur rund 10 Prozent ermittelt. Die Autoren bezeichneten diesen Wert allerdings aufgrund methodisch-epidemiologischer Unzulänglichkeiten und Verzerrungen bei einer selektionierten Bevölkerungsgruppe als „Unterschätzung“ und verwiesen darauf, dass bei einer Befragung mit einem größeren Bevölkerungsanteil selbst 1999 noch 27 Prozent der 60 bis 79-jährigen Züricher angegeben habe, zahnlos zu sein [26]. Somit gibt es auch bei älteren Bevölkerungsgruppen keine Daten, die eine wesentlich bessere Mundgesundheit in der Schweiz im Vergleich zu Deutschland nahe legen würden.

Fazit:

Die oben zitierten Behauptungen über die in der Schweiz im Vergleich zu Deutschland angeblich bessere Mundgesundheit müssen in dem jeweils aufgeführten Kontext als unzutreffend bzw. nicht hinreichend belegt bezeichnet werden.

Ökonomische Selbstverantwortung und medizinische Eigenverantwortung

Die Klage über mangelndes Verantwortungsbewusstsein der Bevölkerung hat in Deutschland eine lange Tradition, die schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts als Kritik auf die Bismarcksche Sozialgesetzgebung formuliert wurde. So wurde zum Beispiel in den 20-er Jahren des letzten Jahrhunderts von dem damals weit hin bekannten Kritiker der Sozialversicherung

	Schweiz	Bundesrepublik Deutschland (BRD)
Kinder	2,5 dmft Milchzähne, nur Kanton Zürich, Jahr 2000, 7-jährige, Quelle: [27]	2,2 dmft Milchzähne, gesamte BRD, Jahr 2000, 6-7-Jährige, Quelle: [33].
Jugendliche	0,9 DMFT bleibende Zähne, nur Kanton Zürich, Jahr 2000, 12-jährige, Quelle: [27]	1,2 DMFT bleibende Zähne, gesamte BRD, Jahr 2000, 12-jährige, Quelle: [33].
Erwachsene	16,3 DMFT bleibende Zähne, nur Kanton Zürich, Jahr 1999, 35-44-jährige, Quelle: [26].	16,1 DMFT bleibende Zähne, gesamte BRD, Jahr 1997, 35-44-jährige, Quelle: [29].
Senioren	10-30 Prozent Zahnlosigkeit Gesamt-Schweiz/Kanton-Zürich, 1990er Jahre, 60-79-Jährige, Quellen: [13,26,44].	24,8 Prozent Zahnlosigkeit gesamte BRD, Jahr 1997, 65-74-jährige, Quelle: [29].

Tabelle 1: Daten (Mittelwerte) zu Karies, Zahnverlust und Restaurationen in der Schweiz und der Bundesrepublik Deutschland. Erläuterungen zur eingeschränkten Aussagekraft von Einzeldaten siehe Text.

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Mittelwert 1991-1997
BRD	325	401	362	390	386	416	434	388
Schweiz	331	360	375	386	408	434	461	393

Tabelle 2: Zahnärztliche Leistungen pro Kopf und Jahr in DM (Kaufkraftparitäten - KKP) in der Bundesrepublik Deutschland und in der Schweiz. Quellen: [2,17].

Erwin Liek (zit. nach [5]) behauptet, die Sozialgesetzgebung lähme die Eigenverantwortung des Einzelnen und trage so zu einer „Krise der Medizin“ bei. Trotz des damals noch recht geringen Leistungsumfangs gesetzlicher Krankenkassen und der großen wirtschaftlichen Not weiter Bevölkerungskreise wurde der Gedanke einer solidarischen Finanzierung von gesundheitlichen Basisleistungen als schwerwiegende Fehlentwicklung, die letztlich den „natürlichen Gesundheitswillen“ erkrankter Versicherter verhindere und das Sozial-schmarotzertum fördere, gebrandmarkt. In den 30-er Jahren wurden diese Vorstellungen weitergeführt. Eigenverantwortung wurde zum Teil zur Gesundheitspflicht erhoben, wobei „Verantwortungslosen“ und „Charakter-schwächlingen“ beim Auftreten „selbstverschuldeter“ Erkrankungen mit entsprechenden Sanktionen gedroht wurde [5]. Die Nicht-erfüllung von Forderungen nach naturgemäßer, den völkischen Ur-Instinkten Rechnung tragender Lebensführung wurde sogar als eine Art Landesverrat, der die Wehrfähigkeit des Staates reduziere, betrachtet.

Nach dem Ende des 2. Weltkriegs trat diese Argumentation zunächst in den Hintergrund.

Aufgrund der zumindest im Westen guten wirtschaftlichen Entwicklung durch den Wiederaufbau des durch den Krieg zerstörten Landes wurde vorübergehend ein Ausbau von Sozialleistungen betrieben. Es wurde nun vermehrt die Auffassung zugelassen, dass es für die Gesundheit der Bevölkerung günstig wäre, zunächst die allgemeinen Rahmenbedingungen (Bildung, gesundheitliche Aufklärung, breitenwirksame Prophylaxe, soziale Mindestsicherung, niedrigschwelliger Zugang zu medizinischen Leistungen) zu verbessern, damit der Einzelne überhaupt erst die Chance erhalte, für seine Gesundheit kompetent vorzusorgen. Diesbezügliche Aktivitäten wurden somit nicht als Hindernis, sondern geradezu als Voraussetzung zur Förderung von Selbstbestimmung und -verantwortung betrachtet. Bis vor kurzem existierte für diese Sichtweise, die in der Literatur gut belegt ist [7], ein breiter Konsens – auch im Hinblick auf die Mundgesundheitsverhältnisse in Deutschland und der Schweiz. Neuerdings wird allerdings wieder vermehrt das Selbstverschuldungsprinzip ins Spiel gebracht [30,39,40]. In der Schweiz gibt es – ähnlich wie in Deutschland und vielen anderen Ländern – eine Polarisierung im Auftreten oraler Erkrankungen. Sozioökonomisch

schlechter gestellte Bevölkerungsgruppen haben auch in der Schweiz eine geringere Zahngesundheit als Menschen mit höherer Bildung und höherem Einkommen [26, 44]. Auch für die Schweiz ist belegt, dass sozial schlechter Gestellte seltener den Zahnarzt aufsuchen [22] und einen wesentlich niedrigeren zahnärztlichen Versorgungsgrad haben als Gutsituierete. Dies betrifft insbesondere die prothetische Versorgung von Menschen im mittleren und höheren Lebensabschnitt [44].

Obwohl sich die Versicherungssysteme zwischen Deutschland (gesetzliche Krankenversicherung) und der Schweiz (private Finanzierung) stark unterscheiden, liegen in beiden Ländern die jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben (in Kaukraftparitäten) für zahnärztliche Leistungen nicht weit auseinander (Tab. 2). Je nach Erhebungsquelle und Berechnungsgrundlage liegt entweder Deutschland [32] oder die Schweiz [2,17] tendenziell etwas höher. Sowohl die Zahlenangaben des BASYS-Instituts wie auch aktuelle Health Data der OECD zeigen jedoch einhellig, dass sich Deutschland und die Schweiz (zusammen mit den USA) die weltweit kostspieligsten zahnärztlichen Versorgung leisten [2,17,32].

Auch auf die medizinische Eigenverantwortung scheint das Versicherungssystem keinen großen Einfluss auszuüben, was im Übrigen auch Studien aus anderen Ländern ergeben haben [11,16].

Es gibt keine Daten, die nahe legen, dass in der Schweiz aufgrund einer privaten Honorierung zahnärztlicher Leistungen z. B. der Süßigkeiten- oder Nikotinkonsum niedriger wäre als in Deutschland. Das Gesundheitsbewusstsein des Einzelnen ist – neben sozioökonomischen Einflussfaktoren – auch in der Schweiz unter anderem davon abhängig, ob breitenwirksame Gesundheitsförderungen bzw. Prophylaxeprogramme in Kindergärten und Schulen vorhanden sind oder nicht. So zeigten z. B. Schweizer Rekruten, die in ihrer Schulzeit in den Genuss einer organisierten kollektiven und semi-kollektiven Prophylaxe gekommen waren, einen niedrigeren DMFT-Wert und bessere parodontale Verhältnisse als solche mit fehlender oder nur sehr geringer Gesundheitsförderung und Prävention [24].

Insofern erscheint der inzwischen stark politisierte Begriff der individuellen „Eigenverantwortung“ nicht immer plausibel begründet. Auch die Entscheidung von Zahnpastaher-

stellern, ihren Produkten Fluorid zuzuführen, dürfte kaum in den Verantwortungsbereich des einzelnen Bürgers fallen. Ähnliches gilt für fluoridiertes Speisesalz, das unter anderem durch die Initiative einer großen Lebensmittelkette, nur noch solches Salz in ihr Sortiment aufzunehmen, in Deutschland einen Marktanteil von inzwischen über 50 Prozent erreicht hat. Schließlich sind auch die Mundhygienegewohnheiten einer Population von sehr vielen äußeren Faktoren abhängig, wobei in westlichen Nationen Industrie und Medien eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen. Belege dafür sind allgegenwärtige Werbeslogans (z. B. von Zahnpastenherstellern) wie „damit Sie auch morgen noch kraftvoll zubeißen können“ bis hin zu der berühmten Szene in dem amerikanischen Film „Pretty Woman“, in der die Schauspieler Julia Roberts bei der Anwendung von Zahnseide gezeigt wurde. Dies soll in den USA das Fädeln regelrecht zum Kult gemacht haben [31].

Die Frage, ob präventionsorientierte Beratungen und Instruktionen in den Zahnarztpraxen angeboten werden oder nicht, liegt ebenfalls nicht allein in der Selbstverantwortung einzelner Patienten. Hier muss in der Tat konstatiert werden, dass in der Schweiz frühzeitiger und konsequenter qualifizierte Fachkräfte (z. B. Dental Hygienists) ausgebildet wurden als in Deutschland. Daraus lassen sich die eingangs genannten Behauptungen einer Steuerung des aktiven Mundgesundheitsverhaltens durch ökonomischen Druck jedoch ebenfalls nicht belegen. Vielmehr folgt daraus, dass bei der Umsetzung von gesundheitsförderndem Verhalten auch die Verantwortlichkeit und Qualifikation der Zahnärzteschaft und der sie unterstützenden Gesundheitsberufe in die Betrachtungen mit einbezogen werden müssen.

Verhaltenssteuerungen „über den Geldbeutel“ werden zwar immer wieder postuliert, sind aber hinsichtlich des Mundgesundheitsverhaltens nicht hinreichend nachgewiesen. Würden diese Vorstellungen zutreffen, so müssten sie bei sozial schlechter gestellten Menschen wirksamer sein als bei sozial besser gestellten Personen. In Wirklichkeit ist die Situation aber weltweit – unabhängig vom Sozialsystem – genau umgekehrt. Menschen, die in sozial ungünstigen Verhältnissen leben, haben ein niedrigeres Gesundheitsbewusstsein, ein erhöhtes Krankheitsrisiko und auch ein geringeres Selbsthilfepotenzial als sozial privilegierte Bevölkerungskreise [7,28]. Die Vorstellung, dass sich ein sozial schlecht gestellter

Bürger besonders gut die Zähne putzt, wenig Süßigkeiten isst oder auf das Rauchen verzichtet, weil er sich im Alter eine prothetische Versorgung eventuell nicht leisten kann, ist hingegen nicht abgesichert.

Fazit: Nach allem, was heute bekannt ist, führt finanzieller Druck entgegen anderslautender Behauptungen nicht zu einem verbesserten Gesundheitsverhalten, sondern in erster Linie zu einer geringeren Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen. Diese Aussage gilt auch für die Schweiz.

Reduzierung der Prävention auf Zähneputzen nicht sinnvoll

Es ist bei zahnärztlichen Standesvertretern sehr verbreitet, die Prävention oraler Erkrankungen auf „Zähneputzen“ zu reduzieren [37]. Obwohl die mechanische Plaquekontrolle – insbesondere in Verbindung mit fluoridhaltigen Zahnpasten – zweifellos als eine wichtige individuelle Maßnahme gegen orale Erkrankungen anzusehen ist, ist es unzureichend, den Mundgesundheitszustand allein mit der Häufigkeit des Zähneputzens zu korrelieren. Endogene, genetisch determinierte und infektiologische Faktoren sowie Allgemeinerkrankungen spielen ebenso eine Rolle wie exogene Einflüsse, wobei hier dem Gesamt-Fluoridangebot und der Exposition von Nahrungs- und Genussmitteln (einschließlich Rauchen) eine besondere Rolle zuerkannt wird [38]. Marthaler, ein international anerkannter Experte auf dem Gebiet der Prävention, durch dessen Aktivitäten in der Schweiz kollektiv- und semi-kollektiv-präventive Maßnahmen frühzeitig realisiert wurden, wies 2002 ausdrücklich darauf hin, dass eine Reduktion der Betrachtung auf die Verwendung von Zahnbürsten und Zahnpasten einer breitenwirksamen Vorbeugung nicht gerecht werde [23].

Während es keine Hinweise über Unterschiede im Süßigkeiten- und Nikotinkonsum gibt, scheint die Mundhygiene in der Schweizer Bevölkerung in den letzten Jahren größere Akzeptanz als in Deutschland zu finden [14,22]. Bei näherer Betrachtung des vorhandenen Datenmaterials muss allerdings auch dies relativiert werden.

Zahnreinigungen sollen nach aktuellem Wis-

sensstand hinsichtlich ihrer Frequenz und der eingesetzten Hilfsmittel risikoorientiert erfolgen. Für einen großen Teil der Bevölkerung gilt eine zweimal tägliche vorgenommene effektive Reinigung unter Verwendung fluoridhaltiger Zahnpaste als ausreichend [35]. Ein zu häufiges, aggressives Zähneputzen kann das Auftreten von nicht-kariesbedingten Zahnschäden, z. B. in Form von Abrasionen, begünstigen. Auch die American Dental Association (ADA) empfiehlt lediglich eine zweimalige tägliche Zahnpflege mit einer weichen Zahnbürste [1]. Veraltete Ratschläge und Behauptungen, die in unseren Regionen noch weit verbreitet sind (z. B. „nach jedem Essen Zähneputzen nicht vergessen“ oder „ein sauberer Zahn wird nicht krank“) sind in diesen Empfehlungen nicht zu finden.

Einer repräsentativen Befragung des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) aus dem Jahr 1997 zufolge putzen sich 74,3 Prozent der 12-jährigen Jugendlichen, 70,8 Prozent der 35 bis 44-jährigen Erwachsenen und 61,1 Prozent der 65 bis 74-jährigen Senioren täglich zweimal die Zähne [29]. Die Gesellschaft für Konsumforschung ermittelte 2001 in einer repräsentativen Umfrage einen Wert von 68,4 Prozent für zweimaliges und 12,4 Prozent für dreimaliges Zähneputzen. Danach reinigen sich 80,8 Prozent der Deutschen mindestens zweimal oder häufiger täglich ihre Zähne [14]. Eine Patientenumfrage in der Schweiz aus dem Jahr 2000 – die sich allerdings in der Stichprobenauswahl und im methodischen Vorgehen von der deutschen Repräsentativbefragung erheblich unterscheidet – ergab folgendes Bild: 49 Prozent reinigen zweimal täglich und 38 Prozent häufiger ihre Zähne. Zusammen ergibt dies einen Wert von 87 Prozent [22]. Die Autoren wiesen allerdings darauf hin, dass bei Umfragen unter Patienten mit einem gewissen Anteil von beschönigenden Prestigeantworten gerechnet werden müsse. Ob durch ein mehr als zweimal täglich vorgenommene Zähneputzen unter einer Nutzen-Risiko-Abwägung langfristig ein relevanter Gesundheitsgewinn resultiert, ist nicht genau belegt. Geht man davon aus, dass ein zweimaliges Zähneputzen ausreicht, unterscheiden sich Deutschland und die Schweiz trotz der methodisch unterschiedlich vorgenommenen Befragungen (repräsentative Bevölkerungsstichproben im Vergleich zu Patienten) nicht gravierend.

Bemerkenswert erscheinen Erhebungen zur Zahnzwischenraumreinigung, die besonders unter parodontologischem Aspekt von Be-

deutung ist. Als Hilfsmittel stehen neben Zahnseide unter anderem medizinische Zahnholzchen und Interdentalraumbürsten zur Verfügung. Interdentalraumbürsten gelten als besonders effektiv, da sie auch schwer zugängliche Oberflächenkonkavitäten (z. B. bei Wurzeleinziehungen) reinigen, die von Zahnseide nicht erreicht werden können [8,9,10]. Einfache Zahnstocher sind hingegen als weniger effektive Hilfsmittel mit erhöhtem Verletzungspotential anzusehen.

Nach IDZ-Erhebungen aus dem Jahr 1997 gaben 8,4 Prozent der Jugendlichen, 25,1 Prozent der Erwachsenen und 5,5 Prozent der Senioren an, Zahnseide zu verwenden [29]. Die Gesellschaft für Konsumforschung ermittelte 2001 für Deutschland einen Wert von 14,3 Prozent, bezogen auf alle repräsentativ befragten Personen. Darüber hinaus verwendeten 6,1 Prozent Zahnholzchen und 2,2 Prozent Interdentalraumbürsten. Zahnstocher wurden – unzulässigerweise – unter Zahnholzchen subsummiert [14].

In der Schweiz behaupteten 44 Prozent der befragten Patienten, Zahnseide zu verwenden. Zu medizinischen Zahnholzchen und Interdentalraumbürsten gibt es in der Schweizer Erhebung keine Angaben. Zahnstocher wiederum, die für eine Interdentalraumreinigung als weniger geeignet oder sogar schädigend angesehen werden, verwendeten im Jahr 2000 immerhin 19 Prozent der Schweizer Patienten [22]. Die Optionen einer effektiven Zahnzwischenraumreinigung, z. B. mittels individuell ausgesuchter Interdentalraumbürsten, scheinen somit weder in Deutschland noch in der Schweiz einer größeren Bevölkerungsgruppe bekannt zu sein.

Während in der deutschen Repräsentativbefragung sozioökonomische Faktoren nicht berücksichtigt wurden, wurden sie in der Schweizer Patientenbefragung einbezogen. Danach gaben Patienten mit höherem Bildungsniveau eine häufigere und differenziertere Zahnpflege an als Patienten mit niedriger Schulbildung. Auch der positive Einfluss von Dentalhygienikerinnen (DH) auf eine bessere Mundhygiene wurde herausgearbeitet [22].

Alle Daten beziehen sich auf Selbsteinschätzungen von Befragten mit einem mehr oder weniger subjektiven Charakter. Objektive Daten, die einen Vergleich zum tatsächlichen Hygienestatus erlauben würden, liegen nicht vor. Solange kein vergleichbares Datenmaterial exi-

tiert, muss die pauschale Behauptung, Schweizer putzen sich besser die Zähne als Deutsche, als nicht hinreichend belegt angesehen werden.

Betrachtet man Mundhygiene (nach den Empfehlungen der American Dental Association) und präventive Betreuung isoliert, so können nach einer Studie von Kressin et al. [19] diese beiden Faktoren zu einer Vermeidung von Zahnverlust beitragen. Werden hingegen multivariate Modelle (z. B. die zusätzliche Berücksichtigung von Faktoren wie Bildung bzw. berufliche Qualifikation oder Rauchen) zugrunde gelegt, ergeben sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge mehr. Die Autoren betonen, dass bei einer Einbeziehung weiterer Kriterien wie z. B. Einkommen oder Fluoridexposition die Assoziationen noch geringer ausfallen dürften [19]. Geht man davon aus, dass Mundhygiene somit nur einen Einzelbaustein in einem großen Spektrum endogener und exogener Variabler umfasst, so dürfte sich ihr Gesamteinfluss auf die Notwendigkeit zahnärztlicher Leistungen relativieren.

Dennoch wird gerade dieser Aspekt in Deutschland tendenziös hervorgehoben. Man schreckt dabei auch nicht vor verunglimpfenden Äußerungen zurück und behauptet, das Auftreten von Karies und Parodontitis würde von „Oralschweinen“ schuldhaft provoziert. Der höchste Repräsentant der deutschen Vertragszahnärzte forderte deshalb im Jahr 2000, dass „Mundferkel“ die Solidargemeinschaft künftig nicht mehr länger mit ihrer Unvernunft belasten dürften [36]. Der Vorsitzende des Freien Verbands Deutscher Zahnärzte verkleidete diese Forderung in einem im Jahr 2003 geführten Interview mit dem Bayerischen Rundfunk in folgende Worte, die „kluge Leute“ geäußert hätten: „Ich möchte nie in einem Solidarsystem mit denen sein, die sich nicht die Zähne putzen“ [3]. Unter Berücksichtigung der bekannten sozioökonomischen Korrelationen, die weltweit – auch für Deutschland und die Schweiz – gelten, heißt dies übersetzt: „Ich möchte nie in einem Solidarsystem mit denen sein, die weniger gebildet und weniger begütert sind.“

Fazit: Es ist inzwischen weithin akzeptiert, dass der Mundgesundheitszustand eines Menschen von zahlreichen endogenen und exogenen Faktoren abhängig ist. Nach aktuellem wissenschaftlichen Kenntnisstand ist es nicht gerechtfertigt, die Prävention oraler Erkrankungen allein auf mechanisches Zähneputzen zu reduzieren. Selbst wenn man eine bessere Mundhygiene in der Schweiz im Vergleich zu Deutsch-

land unterstellt, schlägt sich dieser isolierte Faktor nicht in einer verbesserten oralen Gesundheit der Gesamtbevölkerung oder geringeren zahnärztlichen Pro-Kopf-Leistungen nieder.

Schlussfolgerungen

Der in Deutschland lebenden Bevölkerung wird in den Massenmedien mit tendenziellen Meldungen suggeriert, durch eine Privatisierung der Zahnmedizin ließe sich die Mundgesundheit spürbar verbessern. Die Schweiz wird dabei als Paradebeispiel aufgeführt. Die von hohen Repräsentanten der Zahnärzteschaft in die Öffentlichkeit lancierten Behauptungen werden inzwischen weitgehend widerspruchslos akzeptiert. Tatsächlich bestehen jedoch zwischen der Schweiz und Deutschland hinsichtlich der Mundgesundheit der Bevölkerung keine so gravierenden Unterschiede, wie dies immer wieder behauptet wird. Es ist an der Zeit, den in Deutschland gepflegten „Mythos Schweiz“ als das zu entlarven, was er wirklich ist: Politische Propaganda auf der Grundlage einseitig interpretierter wissenschaftlicher Daten.

Der Beitrag erschien in der Ausgabe 6/2003 der Deutschen Zahnärztlichen Zeitschrift (DZZ). Nachdruck redaktionell leicht bearbeitet. Zu Reaktionen berichtet das tzb in der nächsten Ausgabe.

Korrespondenzadressen:

Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde der Mund-, Zahn- und Kieferklinik des Universitätsklinikums Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg
E-Mail: hans-joerg_staehle@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. Thomas Kerschbaum,
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Vorklinische Zahnmedizin, Kerpener Str. 32, 50931 Köln
E-Mail: T.Kerschbaum@uni-koeln.de

Literatur:

American Dental Association: Cleaning your teeth and gums (oral hygiene). <http://www.ada.org/public/faq/cleaning.html> Stand: April 03, 2002.
BASYS-Institut: Zahnärztliche Leistungen pro Kopf in DM (KKP). BASYS-Institut, Augsburg 1998.
Beckmann, W.: Interview mit dem alpha-Forum des Bayerischen Rundfunks am 13.02.2003.
Beckmann, W.: Zitiert in Straßmeier, W.: Ausgliederung der Zahnmedizin als Chance

begreifen. Hintergründe. Informationen aus dem Berliner Büro des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte. Berlin, 26.2.2003.

Bothe, D.: Neue Deutsche Heilkunde 1933-1945. Matthiesen Verlag, Husum 1991.

Bott, H., Jung, A.: Gesundheit – Der Kassen-Schlager. Der Spiegel 2/2003, 70.

Cohen, L. K., Gift, H. C. (Eds): Disease prevention and oral health promotion – Socio-dental science in action. Munksgaard, Copenhagen 1995.

Dörfer, C.: Der Approximalraum. Präventive, kariologische und restaurative Aspekte. Dtsch Zahnärztl Z 52, 151 (1997).

Dörfer, C., Staehle, H.J.: Aktuelle Aspekte der Interdentalraumreinigung. Oralprophylaxe 20, 1 (1998).

Dörfer, C.E., Stückgen, D., Cheung, F., Staehle, H.J.: Häufigkeit und Morphologie von Wurzeleinziehungen. Dtsch Zahnärztl Z 55, 257 (2000).

Edelstein, B. L.: Disparities in oral health and access to care: findings of national surveys. Ambul Pediatr 2 (2 Suppl), 141 (2002).

Ernst, R.: Privatisierung der Zahnmedizin beseitigt nicht die Finanzierungsprobleme der Krankenversicherung. Pressemitteilung des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde (DAZ). Köln, 13.2.2003.

Feldmann, D., Hefti, A. F., de Crousaz, P., Marthaler, M., Hotz, P., Menghini, G. D., Vock, P.: Zahnkaries (DMFT) bei Erwachsenen in der Schweiz 1988. Schweiz Monatsschr Zahnmed 103 (7), 835 (1993).

Handrick, M.: Repräsentativbefragung der GfK: Zahnputzverhalten der Deutschen. Zahnärzteblatt Baden-Württemberg 28 (10), 45 (2001).

Höning, A.: Den Kosten die Zähne zeigen. Rheinische Post, 6.2.2003.

Ismail, A. I., Sohn, W.: The impact of universal access to dental care on disparities in caries experience in children. J Am Dent Assoc 132, 295 (2001).

Kaufhold, R., Schneider, M.: Preisvergleich zahnärztlicher Leistungen im Europäischen Kontext. In: Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ): IDZ-Information 1/2000. Köln 2000.

Klimek, J., Ganß, C., Alffen, T.: Kariesbefall, Restaurationsarten und Fissurenversiegelungen bei deutschen Rekruten in den Jahren 1992 und 1996. Dtsch Zahnärztl Z 54, 317 (1999).

Kressin, N. R., Boehmer, U., Nunn, M. E., Spiro III, A.: Increased preventive practices lead to greater tooth retention. J Dent Rest 82, 223 (2003).

Künzel, W.: Caries-Decline in Deutschland. Hüthig, Heidelberg 1997.

Künzel, W.: Trinkwasserfluoridierung und Kariestrends in Chemnitz – eine kariestatistische Bilanz nach 40 Jahren. Stomatologie 99, 57 (2002).

Kuster, M., Müller, R., Tackenberg, M., Jäger, P.: SSO-Publikumsumfrage. Schweiz Monatsschr Zahnmed 110, 1305 (2000).

Marthaler, T.: Dentistry between pathology and cosmetics. Community Dent Oral Epidemiol 30, 3 (2002).

Menghini, G., Marthaler, T., Steiner, M., Bandi, A.: Kariesprävalenz und gingivale Entzündung bei Rekruten im Jahre 1985. Einfluss der Vorbeugung. Schweiz Monatsschr Zahnmed 101, 1119 (1991).

Menghini, G., Steiner, M., Marthaler, T., Weber, R.: Rückgang der Kariesprävalenz bei Schweizer Rekruten von 1970 bis 1996. Schweiz Monatsschr Zahnmed 111, 410 (2001).

Menghini, G., Steiner, M., Helfenstein, U., Imfeld, C., Brodowski, D., Hoyer, C., Hofmann, B., Furrer, R., Imfeld, T.: Zahngesundheit von Erwachsenen im Kanton Zürich. Schweiz Monatsschr Zahnmed 112, 708 (2002).

Menghini, G., Steiner, M., Marthaler, T., Helfenstein, U., Brodowski, D., Imfeld, C., Weber, R., Imfeld, T.: Kariesprävalenz von Schülern in 16 Zürcher Landgemeinden in den Jahren 1992 bis 2000. Schweiz Monatsschr Zahnmed 113, 267(2003).

Micheelis, W.: Soziale Einflüsse auf das Mundgesundheitsverhalten. In Micheelis, W.: Grundlagen der Dental-Soziologie. Köln, 1998.

Micheelis, W., Reich, E. (Gesamtbearbeitung): Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1999.

N.N.: Selbstverschuldete Krankheiten. In: Anbiss, Die Zeitung vom Zahnarzt. Herausgeber: R. Hinz, Herne Heft 5/1995.

N.N.: Zähne wie Julia Roberts. Neue Gesundheit. Speyer, Nr. 3/03 (2003).

OECD Health Data: Ausgaben Zahnmedizin OECD 1989-2001 pro Kopf, USD in Kaufkraftparitäten. Health Data 2002.

Pieper, K.: Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2000. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ). Bonn, 2001.

Rürup, B.: Zitiert in N.N.: Rürup will grundlegenden Umbau: Zahnersatz soll aus der GKV raus. Zahntechnik Zeitung 1 (Sonderausgabe), 1 (2002).

Schiffner, U.: Plaquereduktion mechanisch oder chemisch? Stellungnahme der DGZMK. Dtsch Zahnärztl Z 50, 860 (1995).

Schirborth, K. H.: Mundferkel dürfen andere nicht belasten. In: Munchow, R.-G.: Gespräch mit dem Vordenker der deutschen Zahnärzte. Peiner Allgemeine Zeitung, 08.12.2000.

Sundmacher, K. H.: Keramikronen oder Nierentransplantationen? Frankfurter Allgemeine Zeitung, 22.1.2003.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2000/2001, Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. III.4: Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2002.

Staehle, H. J.: Sind Karies und parodontale Erkrankungen selbstverschuldet? Quintessenz 47, 1389 (1996).

Staehle, H. J.: Unterschiedliche Zielrichtungen: Medizinische und ökonomische Eigenverantwortung. Zahnärztl Mitt 90, 1692 (2000).

Wedemeyer, G.: Putzen statt plombieren. Stern 3/2003, 104 (2003).

WHO, World Health Organisation. Internet – Information. Stand Februar 2000. Zit nach: Kaufhold, R., Schneider, M.: Preisvergleich zahnärztlicher Leistungen im Europäischen Kontext. In: Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ): IDZ-Information 1/2000. Köln 2000.

WHO Oral Health Country/Area Profile Programme. Chosen Region : Europe – „Euro“. <http://www.whocollab.od.mah.se/euro.html> (Stand: 02.02.2003).

Zitzmann, N., Marinello, C. P., Zemp, E., Kessler, P., Ackermann-Liebrich, U.: Zahnverlust, prothetische Versorgung und zahnärztliche Inanspruchnahme in der Schweiz. Schweiz Monatsschr Zahnmed 111, 1288 (2001).

Welche Standards sind bei der Fissurenversiegelung einzuhalten? – Ergebnisse einer evidenzbasierten Literaturübersicht

J. Kühnisch, R. Heinrich-Weltzien, L. Stößer

zum Heraustrennen
und Sammeln

Einleitung

Die Fissurenversiegelung (FV) ist geeignet, Fissuren und Grübchen vor ihrem kariösen Befall zu schützen, indem die anatomisch bedingten Plaqueretentionsstellen durch die Applikation eines niedrig viskosen Versiegelungsmaterials in prophylaxefähige Glatflächen umgestaltet werden. Obwohl die FV erst seit 1993 allen 6- bis 17-Jährigen in der Bundesrepublik Deutschland im Rahmen der individualprophylaktischen Betreuung zur Verfügung steht, signalisiert die in epidemiologischen Untersuchungen registrierte Prävalenz eine hohe Inanspruchnahme; bis zu 75 Prozent aller Kinder und Jugendlichen weisen gegenwärtig mindestens eine FV auf. Demgegenüber ist das Qualitätsniveau als unzureichend einzuschätzen. Während in Querschnittstudien hohe Verlustraten an bis zu 80 Prozent aller versiegelten Molaren beobachtet wurden, konnte in klinisch-kontrollierten Untersuchungen ein deutlich günstigeres Retentionsverhalten mit lediglich 20 bis 30 Prozent von einem Materialverlust betroffenen Molaren beobachtet werden. Vor diesem Hintergrund zielte die vorliegende Übersichtsarbeit darauf ab, die verfügbare Literatur zur FV hinsichtlich ihres Evidenzgrades zu prüfen und den gegenwärtigen Wissensstand im Hinblick auf die klinisch relevanten Arbeitsschritte zusammenzufassen.

Datenbasis

Im Rahmen der Literaturübersicht wurde eine Sichtung der Datenbanken MEDLINE und

EMBASE von 1980 bis 2001 vorgenommen. Ergänzend dazu erfolgte eine Handrecherche der deutschsprachigen Literatur. Unter den Suchbegriffen „fiss*“ und „seal*“ waren 1432 englisch- und deutschsprachige Publikationen auffindbar. Nach Sichtung der Primärliteratur wurden 222 Publikationen mit einem ausschließlich klinischen Bezug einer detaillierten Analyse unterzogen. Die Literaturübersicht berücksichtigte nur klinische Studien, welche eine Mindestlaufzeit von zwei Jahren, mindestens 20 Probanden und 40 versiegelte Molaren aufwiesen. Die Zuordnung der gesichteten Publikationen hinsichtlich ihrer Evidenz erfolgte entsprechend den in Tabelle 1 definierten Kriterien. Bei der Bewertung der Evidenzstärke wurden die von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2001) veröffentlichten Definitionen geringfügig modifiziert zugrunde gelegt. Nichtsdestotrotz wurden zur Beantwortung von detaillierten Fragestellungen auch Studien berücksichtigt, die den o. g. Einschlusskriterien nicht entsprachen.

Evidenzbasis der klinischen Arbeitsschritte bei der FV

Für die Gesamtheit der einzelnen Behandlungsschritte wie auch der Materialvergleiche liegt anhand der gesichteten Literatur im Wesentlichen eine ausreichende Evidenz (Evidenzstärke B) vor. Für einzelne klinische Arbeitsschritte bzw. Detailfragen fehlen allerdings wissenschaftlich ausreichend begründete Untersuchungen bzw. direkte Vergleiche, so dass von dem derzeit akzeptierten Standard aus der Literatur auszugehen ist (Evidenzstärke C).

Korrespondenzanschrift:

Dr. Jan Kühnisch
Friedrich-Schiller-Universität Jena
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde/Bereich Erfurt
Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde
Nordhäuser Straße 78, 99089 Erfurt
☎ 0361 741 1205
Fax: 0361 741 1105
E-Mail: Jan.Kuehnisch@med.uni-jena.de

Literatur

Literatur beim Verfasser



Abb. 1: Die FV am ersten Molaren weist neben der Blasenbildung einen Materialverlust in den Parafissuren sowie dem palatinalen Grübchen auf. Während an diesem Molaren die Reapplikation von Versiegelungsmaterial notwendig ist, bedarf der zweite Molar im Vorfeld der FV einer kariesdiagnostischen Untersuchung.

Einteilung der Evidenzstärke (modifiziert nach AWMF, 2000)

Kriterium	Evidenz-Typ
A	Evidenz aufgrund von Meta-Analysen randomisierter, kontrollierter Studien Evidenz aufgrund mindestens einer randomisierten, kontrollierten Studie
B1	Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, kontrollierten Studie ohne Randomisierung Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, quasi-experimentellen Studie
B2	Evidenz aufgrund gut angelegter, nicht experimenteller deskriptiver Studien (z. B. Querschnittsstudien)
C	Evidenz aufgrund von Berichten/Meinungen von Expertenkreisen, Konsensuskonferenzen und/oder klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten, Fallstudien

Tab.1: Definitionen zur Evidenzstärke.

Indikationsstellung – kariesdiagnostische Befundung

Im Vorfeld der Versiegelerapplikation muss eine gewissenhafte kariesdiagnostische Untersuchung der betreffenden Fissuren vorgenommen werden (Abb. 1). Dabei bedürfen insbesondere initial kariöse Läsionen, wie Opa-zitäten und/oder Braunverfärbungen, einer möglichst exakten Differenzierung zwischen den Kriterien „Gesund“, „Schmelzkaries“ oder „Dentinläsion“, um nicht versehentlich versteckte kariöse Läsionen zu versiegeln (Problem der „hidden caries“). Neben der differenzierten visuellen Inspektion der gereinigten Zahnfläche unter Nutzung einer Vergrößerungslupe stehen dem Zahnarzt als ergänzende Verfahren zur Okklusalkaries-Diagnostik die Bissflügelaufnahme und/oder

Laserfluoreszenz-Messung (DIAGNOdent-Gerät, KaVo) zur Verfügung. Im Ergebnis des diagnostischen Entscheidungsprozesses ist im Fall der Kriterien „Gesund“ und „Schmelzkaries“ für eine präventive FV zu entscheiden; Dentinläsionen bedürfen der Kariesexkavation einschließlich der minimal invasiven Füllungs-therapie (Tab. 2).

Zahnreinigung im Vorfeld

Um optimale Bedingungen für die Säurekonditionierung und die nachfolgende Versiegelerapplikation zu erhalten, muss anhaftende Plaque durch Reinigung der Fissuren/Grübchen entfernt werden. Obwohl die Plaqueentfernung mit Pulverstrahlgeräten in vitro zu höheren Verbundfestigkeiten zwischen Versiegeler und Schmelzoberfläche führte, wurde in vergleichenden klinischen Studien

keine Verbesserung der Retentionsrate nach Pulverstrahlreinigung der Okklusalfächen gefunden. In der Mehrzahl aller Untersuchungen wurde die Reinigung der Fissuren/Grübchen mit rotierenden Bürstchen vorgenommen; in selteneren Fälle erfolgte die Zahnreinigung mit Gummikelchen. Die Zahnreinigung wurde dabei sowohl mit fluoridhaltigen als auch mit fluoridfreien Prophylaxepasten vorgenommen; einige Arbeitsgruppen säuberten die Zahnoberflächen auch nur mit einem trockenen Bürstchen. Problematischerweise liegen nur begrenzte Informationen zum Einsatz eines bestimmten Reinigungsmittels aus vergleichenden klinischen Untersuchungen vor. Da zudem auch keine Vergleichsuntersuchungen zu allen Möglichkeiten der Fissurenreinigung im Vorfeld der FV verfügbar sind, kann unter Berücksichtigung (kosten)effizienter Gesichtspunkte der Reinigung des Fissurensystems mit einem rotierenden Bürstchen der Vorzug eingeräumt werden.

Kofferdam oder Watterollen?

Die absolute Trockenlegung des Zahnes bei der FV erbrachte wiederholt signifikante Vorteile im Vergleich zur relativen Trockenlegung. Direkte klinische Vergleiche zwischen absoluter Trockenlegung mit Kofferdam und relativer mit Watterollen zeigten tendenziell höhere Retentionsraten für unter Kofferdam applizierte FV, jedoch konnte die Mehrzahl der Studien keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Überlebenszeit von FV nachweisen. Darüber hinaus ist auf eine Vielzahl von Langzeitstudien zu verweisen, welche akzeptable Retentionsraten für FV auswiesen, die nur mit relativer Trockenlegung appliziert wurden. Vor dem Hintergrund der vorhandenen evidenzbasierten Untersuchungen ist die relative Trockenlegung im Vergleich zur absoluten Trockenlegung als gleichwertig einzuschätzen; Voraussetzung für den Behandlungserfolg sollte jedoch immer ein vierhändiges Arbeiten sein.

Erforderliche Ätzzeit

Die Konditionierung der Schmelzoberfläche mit dem Ziel der Entfernung der äußeren prismenlosen Schmelzschicht und der Schaffung eines mikroretentiven Reliefs erfolgt in der Regel mit etwa 35-prozentigen Phosphorsäuregelen für etwa 60 Sekunden am bleibenden Zahn und mit bis zu 120 Sekunden am Milch-

zahn. Die verlängerte Ätzzeit am Milchzahnschmelz ist in der zum bleibenden Zahn vergleichsweise dicker als auch variabler ausgeprägten äußeren aprismatischen Schmelzschicht begründet.

Präparierter Schmelz benötigt mit etwa 30 Sekunden grundsätzlich kürzere Ätzzeiten als nicht präparierter, da in diesen Fällen lediglich die Schmierschicht entfernt werden muss. Bei der minimal invasiven Füllungs-therapie ist der Kontakt des Ätzgels mit dem Dentin zur Entfernung der präparationsbedingten Schmierschicht auf maximal 15 Sekunden zu begrenzen.

Empfohlene Materialgruppen

Für die Beantwortung der Fragestellung, welche Materialgruppen für den klinischen Einsatz empfehlenswert sind, wurden alle verfügbaren klinischen Studien bezüglich des Retentionsverhaltens in Abhängigkeit von der Liegedauer ausgewertet. Im Ergebnis der Datenanalyse sind grundsätzlich methacrylatbasierte Materialien (Licht- und Autopolymerisate, fluoridfreisetzende FV) zu favorisieren. GIZ zeigten im Vergleich zu den heute nicht verfügbaren Materialien der ersten Generation (UV-Licht-härtend) als auch zu allen anderen Methacrylaten nur unzureichende Retentionsraten auf und sind demzufolge zur FV ungeeignet (Abb. 2).

Anhand der Abbildung 2 kann für alle Materialgruppen auf Methacrylatbasis ein ähnliches Retentionsverhalten abgeleitet werden. Im Vergleich zu Auto- und Lichtpolymerisaten stehen für fluoridfreisetzende Versiegeler Längsschnittbeobachtungen über die Vier-Jahres-Grenze hinaus noch aus. Die registrierten Retentionsraten innerhalb der ersten Jahre sowie die ähnliche chemische Zusammensetzung lassen jedoch ein vergleichbares Retentionsverhalten vermuten. Für jüngste Materialentwicklungen, den sogenannten „primed sealants“, bei denen auf eine Säurekonditionierung verzichtet und der Verbund über ein Adhäsiv sichergestellt werden soll, liegen noch keine Erfahrungen über eine Mindestlaufzeit von zwei Jahren hinaus vor. Empfehlungen zum Gebrauch dieser Materialien können daher noch nicht gegeben werden.

Erst unter Berücksichtigung verarbeitungstechnischer Gesichtspunkte sollte lichtpoly-

Indikationen zur präventiven Versiegelung

- Kariesfreie, aber gefährdete Fissuren und Grübchen (Milch- und bleibende Molaren, Prämolaren, Foramina coeca von Front- und Eckzähnen)
- Kariesfreie Fissuren und Grübchen von Patienten mit hohem Kariesrisiko (behinderte Patienten, sozial benachteiligte Patienten, Patienten mit festsitzenden kieferorthopädischen Apparaturen, Patienten mit Xerostomie u.a.)
- Fissuren und Grübchen mit einer auf den Zahnschmelz begrenzten Initialläsion

Indikation zur minimal invasiven Füllung (preventive resin restoration)

- Fissuren und Grübchen mit einer superfiziellen Dentinläsion

Kontraindikationen zur Versiegelung

- Ausgedehnte okklusale Dentinläsionen
- Unvollständig durchgebrochene Zähne, bei denen eine adäquate Trockenlegung nicht möglich ist
- Gesunde Milchmolaren, deren physiologischer Zahnwechsel bevorsteht der klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten, Fallstudien

Tab.2: Indikationen und Kontraindikationen zur FV.

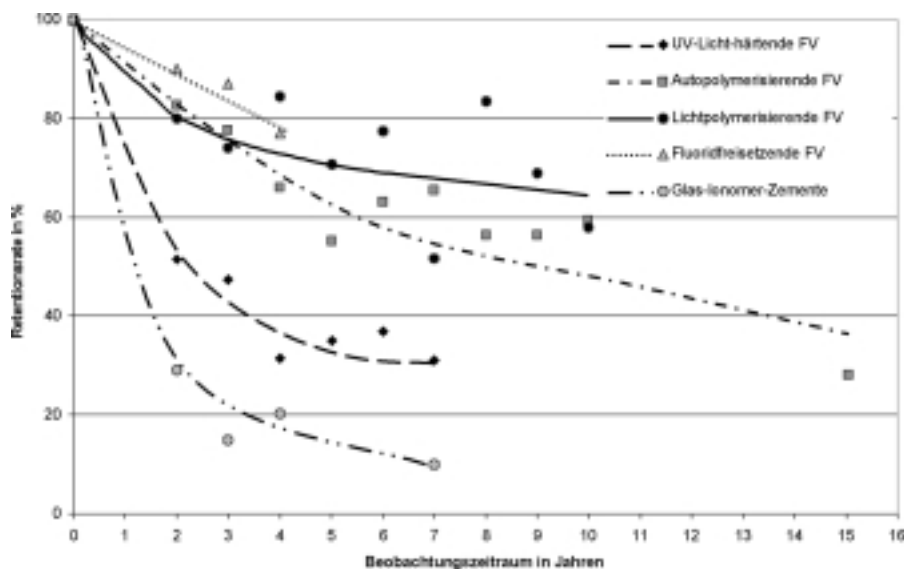


Abb. 2: Trendlinien der Retentionsraten von FV an bleibenden Molaren unterschiedlicher Materialgruppen in Abhängigkeit von der Liegedauer.

merisierenden Materialien der Vorzug im Vergleich zu chemisch härtenden Materialien eingeräumt werden. Einerseits sind Lichtpolymerisate als Einkomponenten-Produkte zeitsparender zu applizieren. Andererseits müssen Autopolymerisate aus zwei Komponenten angemischt werden und sind somit anfälliger gegenüber Verarbeitungsfehlern (Blasenbildung, Mischungsverhältnis etc.).

Zur Applikation des Versiegelermaterials

Nach dem gründlichen Absprayen des Ätzgels und der Trocknung ist eine kreidig-weiße

Schmelzoberfläche Kennzeichen des korrekten Ätzvorgangs und somit Voraussetzung für die Applikation eines Versiegelungsmaterials. Zur präventiven FV stellen niedrigvisköse Versiegeler mit einem besseren Fließverhalten die Materialgruppe der Wahl dar. Fließfähige Komposites (Flowables) sind bei der minimal invasiven Füllungstherapie wegen der höheren Abrasionsfestigkeit und geringeren Schrumpfung indiziert; bei exponiertem Dentin ist die Applikation eines Adhäsivsystems angezeigt.

Um okklusale Vorkontakte zu vermeiden – sie erfordern grundsätzlich eine Korrektur mit ro-



Abb. 3: Negativbeispiel eines mit einem Materialüberschuss versiegelten Molaren; für diese FV besteht aufgrund des okklusalen Vorkontaktes ein erhöhtes Risiko für einen Retentionsverlust.



Abb. 4: Intakte FV - das Versiegelungsmaterial ist grazil im Fissurenrelief appliziert worden.

	Präventive Fissurenversiegelung	Minimal invasive Füllung
Zahnreinigung	Rotierendes Bürstchen (Pulverstrahlreinigung)	
Fissureneröffnung	Nein	Ja
Kariesexkavation	–	Ja, wenn indiziert (Dentinkaries)
Trockenlegung	Relative Trockenlegung bei vierhändigem Arbeiten oder Absolute Trockenlegung	
SÄT (bleibender Zahn)	~ 60 Sekunden	Präparierter Schmelz 30 Sek./ 15 Sek. im Dentin
Schmelz- und Dentinbonding	Nein	Ja
Bevorzugtes Material	Methacrylatbasierte, lichtpolymerisierende FV	Fließfähiges Komposite (ggf. zusätzlich Versiegeler)
Lichtpolymerisation	Abhängig von Material und Polymerisationslampe (meist 20–40 s)	
Okklusionskontrolle und ggf. –korrektur	Ja	Ja
Politur und Fluoridierung	Ja	Ja

Tab.3: Arbeitsschritte bei der Fissurenversiegelung, die anhand der gesichteten Literatur gegenwärtig zu favorisieren sind.

tierenden Finierinstrumenten –, ist das Versiegelungsmaterial grazil im Fissurenrelief zu applizieren (Abb. 3 und 4). Im Fall der minimal invasiven Füllungstherapie müssen alle Kavitätenwände mit Material abgedeckt sein. Weiterhin sollte die Fissuren- und Höckeranatomie möglichst vollständig wieder hergestellt werden.

Zur Licht-Polymerisation werden Halogenlampen mit ausreichender Intensität empfohlen. Die produktabhängige Polymerisationszeit von 20 bis 40 Sekunden ist zu beachten. Bei den neuen Plasma- und LED-Lampen muss neben der Intensität auch das Spektrum (Wellenlängenbereich) berücksichtigt werden. Langzeiterfahrungen bzw. vergleichende Untersuchungen zur Wirksamkeit neuerer Polymerisationssysteme (Plasma- und LED-Lampen) liegen für Versiegelungsmaterialien noch nicht vor. Um die oberflächlich nicht polymerisierte Schicht zu entfernen, wird prinzipiell eine kurze Politur empfohlen. Zudem ist nach der Versiegelerapplikation eine Okklusionskontrolle erforderlich; interferierende Überschüsse müssen korrigiert werden. Die Remineralisation geätzter, aber nicht versiegelter Schmelzareale wird durch die Lokalapplikation eines Fluoridpräparates gesichert.

Qualitätskontrolle

Da unabhängig vom Versiegelungsmaterial über erhöhte Verlustraten innerhalb des ersten halben Jahres berichtet wird, muss der Qualitätskontrolle in diesem Zeitraum erhöhte Aufmerksamkeit beigemessen werden. Bei einem partiellen oder totalen Retentionsverlust sollte nach Ausschluss kariöser Läsionen eine Nachversiegelung erfolgen. Das verbliebene Versiegelermaterial ist hinsichtlich seiner Retention zu prüfen; fest anhaftende Versiegelerreste können belassen werden. Eine notwendige Nachversiegelung wird wie eine Erstversiegelung durchgeführt. Auch ist im Weiteren eine regelmäßige Nachkontrolle nötig und sollte sich an den in Abhängigkeit vom Kariesrisiko festgelegten Intervallen orientieren.

Schlussfolgerungen

In den vergangenen drei Jahrzehnten zeigte eine Vielzahl von Untersuchungen, dass die FV eine sichere, langfristige und effektive

Methode zu Prävention der Fissuren- und Grübchenkaries ist. Allerdings kommt ihr exzellentes kariesprotektives Potenzial nur dann zum Tragen, solange das Fissurenrelief vollständig mit Versiegelungsmaterial bedeckt ist. Somit muss der Qualitätssicherung während der klinischen Applikation Priorität eingeräumt werden. Bei der Applikation einer FV sind daher alle klinischen Arbeitsschritte sorg-

fältig durchzuführen (Tab. 3). Im Rahmen des Qualitätsmanagements dürfte auch die übliche Praxis der Delegation der FV an die zahnärztliche Assistenz (DH, ZMF, ZMP) von Bedeutung sein. Neben der Voraussetzung einer theoretischen und praktischen Aus- bzw. Weiterbildung sollte bei der Applikation einer FV auch der zahnärztlichen Fachhelferin möglichst eine Assistenz zur Verfügung stehen,

wenn auf die absolute Trockenlegung verzichtet wird. Erst die Vierhand-Technik ermöglicht die konsequente Einhaltung der geforderten Qualitätsstandards sowie ein sicheres und schnelles Arbeiten. Vor dem Hintergrund der etablierten hohen Qualitätsstandards für adhäsiv befestigte Restaurationen erscheint die Umsetzung der aufgezeigten Qualitätskriterien bei der FV dringend wünschenswert.



Hilfe beim praktischen Einstieg

Chr. T. Sliwowski

Implantologie Step by Step

Quintessenz Verlags GmbH, Berlin 2003, 224 S., 680 farb. Abb., Pappband, ISBN 3-87652-489-X, 98 €

Leitgedanke dieses Buches ist es, implantologisch orientierte Zahnärztinnen und Zahnärzte beim praktischen Einstieg in das Gebiet zu unterstützen. Die Möglichkeiten der modernen Implantologie von der Versorgung der Einzelzahnücke bis hin zur Behandlung des zahnlosen Kiefers mit Sinuslift und Sofortimplantaten werden deshalb an klinischen Fallbeispielen beschrieben und anhand umfassender Fotodokumentationen veranschaulicht. Schritt für Schritt werden implantologische Behandlungsabläufe dargestellt und relevante diagnostische sowie präimplantologische Maßnahmen besprochen. Dabei finden nicht nur verschiedene Ausgangssituationen und Schwierigkeitsgrade Berücksichti-

gung, sondern es werden auch Komplikationen mit ihren Ursachen und Lösungen behandelt, so dass sich dem Leser umfassende Möglichkeiten bieten, Parallelen zu seinen eigenen Patientenfällen zu ziehen.

Das Buch gliedert sich in die Abschnitte Frontzahnbereich mit Einzelzahnversorgung, Versorgung von Schaltlücken sowie den Seitenzahnbereich mit Schaltlückenversorgung und Freundsituation. Der dritte große Themenkomplex befasst sich mit dem zahnlosen Oberkiefer, einmal ohne Rekonstruktion und dann mit Rekonstruktion des seitlichen Oberkiefers.

Trotz der Darstellung bestimmter Operationsmethoden erachte ich dieses Buch als sehr praxisnah auch für die Zahnärztin bzw. den Zahnarzt, der seinem Patienten die implantologische Versorgung empfiehlt, sie aber nicht selber durchführt. Denn in erster Linie steht die prothetische Rekonstruktion der Funktionalität des Kausystems als Ziel, mit oder ohne Implantat. Das prothetische Grundkonzept liegt als Hauptanliegen vor. Die implantatgestützte Versorgung ist ein Weg zu diesem Ziel. Dabei ist dieses Buch ein hilfreicher Ratgeber. In dieser Form liegt Teil 1 mit der Versorgung im Oberkiefer vor.

Akribische Klassifizierung

N. Lang

Parodontalerkrankungen

Quintessenz Verlags GmbH, Berlin 2003, 56 S., Abb. 200, Hardcover, ISBN 3-87652-607-8, 68 €

Angelehnt an das Design und mit dem Logo der verlagseigenen Zeitschrift „Parodontologie“ erschien diese Klassifikation und Charakterisierung der Parodontalerkrankungen. Dabei handelt es sich in der Tat um die in der Zeitschrift zusammengestellten Beiträge, die hier nun als Sammelband erschienen sind. Diese



Klassifizierung kann als sehr akribisch zu wertende weiterführende Arbeit zu der kleinen Broschüre „Klassifikation der Parodontalerkrankungen“ gewertet werden, die im Jahre 2002 im gleichen Verlag von der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie, der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen und der Landes Zahnärztekammer Hessen herausgegeben und bereits im tzb besprochen wurde. Ebenso wurde diese Klassifizierung andeutungsweise abgehandelt im tzb 2001 als Bericht über den Dresdner Parodontologiefrühling, dessen Referent Niklaus P. Lang war.

Seit dem Beginn des neuen Jahrhunderts liegt eine von der American Academy of Periodontology (AAP) in einem World Workshop erarbeitete neue Klassifizierung der parodontalen Erkrankungen und Zustände vor, die sich weltweiter Verbreitung erfreut. Der Grund für die neue Klassifizierung war die Erkenntnis, dass bei vorherigen Klassifizierungen verschiedene Unklarheiten und Überlappungen in der Terminologie sowie dem beschriebenen Krankheitsbild vorhanden waren. Es war vorbildlich, dass sich Ende 1999 klinische und akademische Parodontologen aus der ganzen Welt versammelt haben, um die Qualifizierung der parodontalen Erkrankungen erneut zu diskutie-

ren. Durch den weltweiten Konsens ist eine Klassifizierung entstanden, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft in Bezug auf Ätiologie, Pathogenese und Epidemiologie entspricht.

Das vorliegende Kompendium stellt die erarbeitete Klassifizierung im Detail vor, indem jedem Krankheitsbild ein eigenes Kapitel gewidmet ist. Dadurch wird das Kompendium zum Referenzwerk für die kommenden Jahre. Es soll vor allem dem klinisch tätigen Parodontologen die Variabilität bei der Entstehung der verschiedenen Krankheitsbilder vor Augen führen. Die praktisch orientierten Falldarstellungen sollen dabei den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen die klinischen Konsequenzen einer spezifischen Klassifizierung nahe bringen. Dem klinischen Forscher und akademisch Tätigen hilft das Handbuch, ihre Forschungs- und Lehrtätigkeit in international verständlicher Terminologie auszuüben. Damit erhält dieses Buch auch eine gewisse Brisanz. Künftige Lehrpläne und natürlich auch Lehrbücher werden diese Klassifizierung als „Basis betrachten und sie als Ausgangslage für die Vergütung der Behandlung verwenden“.

Wenn man eine Einteilung so vornehmen will, handelt es sich um acht Erkrankungsgruppen, die wiederum in nahezu einhundert ätiologisch bzw. symptomatisch untergliederte pathologische Erscheinungsbilder untergliedert wurden.

Diese Vielfalt erleichtert sicherlich die Abgrenzung parodontaler und gingivaler Geschehen, erinnert aber sehr stark an die Vielfalt der Untergliederungen der ARPA-Nomenklatur im „Kötzschke“. Allerdings wird die

Klassifizierung im vorliegenden Buch erleichtert durch die entsprechenden Darstellungen und die ausführliche Charakterisierung der Krankheitsbilder.



Spielerische Motivation für Kinder

Mausini

Rund um den Mund

Quintessenz Verlags GmbH, Berlin 2003,
200 S., 120 farb. Abb., Hardcover,
ISBN 3-87652-662-0, 48 €

Die völlig überarbeitete und erweiterte Neuauflage des Prophylaxe-Handbuches „Rund um den Mund“ enthält eine Fülle von Lernspielen, Unterrichtsmodellen und Motivationsliedern für Kinder und Jugendliche von

der Geburt bis zum 16. Lebensjahr. Sehr positiv ist, dass eine Aufteilung in verschiedene Altersgruppen vorgenommen wurde. Es wird ein auf langjährige praktische Erfahrungen basierendes Unterrichtswerk präsentiert. Das Buch ist präzise und fachlich hochwertig mit Einbeziehung und Nutzung aller Wahrnehmungssinne für eine ganzheitliche zahnmedizinische Gesundheitsvorsorge.

Diese Lernmedien erleichtern auf eine spielerische Weise, unter Einbeziehung aller Wahrnehmungssinne, das Verstehen und Festigen von Lerninhalten. Sie heben den Bildungsanspruch in der Prophylaxe-Pädagogik auf ein europaweit vorbildliches Niveau. Den Schulzahnärzten, Prophylaxe-Fachkräften, Eltern und Pädagogen bieten sich eine Vielzahl von abwechslungsreichen Motivationshilfen sowie sachlich fundierte Anleitungen im Bereich der Zahnpflege und Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen.

Das gesamte Themenspektrum der zahnmedizinischen Gesundheitsvorsorge wird in diesem umfassenden Werk berücksichtigt: Mundhygiene für Eltern mit Kleinkindern, der Umgang mit der Handpuppe, Ernährung, Bakterien und Säureentstehung, Karies, Zahnpflegetechniken für die jeweiligen Altersstufen, Vorbereitung und Angstminderung für den Zahnarztbesuch, Zahnkunde, Spangen und Brackets, der Speichel, Fluoride sowie ausführliche pädagogische Erläuterungen mit themenübergreifenden Lernmodulen für Jugendliche bis zur 10. Klasse. Zu dem Buch gehört eine CD-ROM.

Buchbesprechungen:

Dr. Gottfried Wolf/Verlagsangaben

In Jena: WHO-Symposium und DGK-Tagung

Jena (tzb). Die Friedrich-Schiller-Universität Jena ist im September Veranstaltungsort zweier bedeutender zahnmedizinischer Kongresse. Am 25. September veranstaltet das WHO-Kollaborationszentrum „Prävention oraler Erkrankungen“ Erfurt anlässlich seines 20-jährigen Bestehens in Jena ein international besetztes Symposium „Oral health and oral health promotion across Europe“. Dazu werden Referenten aus Deutschland, der Schweiz, Griechenland, Großbritannien, Irland, Finnland und Weißrussland erwartet. Unter anderem wird Prof. Annerose Borutta (FSU Jena) über die Arbeit aus 20 Jahren WHO-Kollaborationszentrum berichten. Weitere Themen sind unter anderem die Mundgesundheit

in Europa, die Prävention oraler Erkrankungen für Hochrisikogruppen und bevölkerungsbezogene Strategien, der Einfluss von Langzeit-Fluoridgaben auf die Mundgesundheit bei Kindern und der Einfluss der Mundgesundheit auf die Lebensqualität.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGK) hält am 26./27. September in Jena ihre diesjährige Jahrestagung ab. Unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Roswitha Heinrich-Weltzien (Friedrich-Schiller-Universität Jena) geht es um die Themen Prävention nach Maß sowie um anästhesiologische Aspekte in der Kinderzahnheilkunde.

Fortbildung für Patenschaftszahnärzte

Erfurt (lagjth). Die LAG Jugendzahnpflege Thüringen e.V. bietet eine Fortbildungsveranstaltung für Patenschaftszahnärzte an. Zwei Termine stehen zur Auswahl: Mittwoch, der 29. Oktober, und Mittwoch, der 5. November (jeweils 14 Uhr).

Themen: Unbefriedigende Mundgesundheit bei Klein- und Vorschulkindern (Prof. Dr. Borutta/FSU Jena) sowie Intensivfluoridierung in Kindergärten (Dr. de Moura Sieber/GABA Lörrach)

Ort: LZKTh, Barbarossahof 16, Erfurt

Anmeldung: ☎ 0361/7432-114; Fax: -150
E-Mail: lagj@lzkth.de

11 Wochen Praxisausfall, aber Einkommen wie gehabt!



Praxisausfall wegen Krankheit oder Unfall kann die Existenz gefährden. Mit genügend Krankentagegeld sind Sie auf der sicheren Seite.

Unsere Krankentagegeldversicherung zahlt Tagegeld für jeden Tag einer Arbeitsunfähigkeit, auch für Sonn- und Feiertage. Die Beiträge sind günstig. Und durch den **Gruppenversicherungsvertrag** erhalten Sie weiteren Beitragsnachlass.

Fordern Sie ausführliche Informationen. Rufen Sie uns an oder faxen bzw. senden Sie den Coupon.

Bitte informieren Sie mich unverbindlich über Ihr **Krankentagegeld im Gruppenversicherungsvertrag für Zahnärzte.**

Name _____
Vorname _____ Geburtsdatum _____
Straße _____
PLZ/Wohnort _____
Telefon _____ Telefax _____
Web-/Mailadresse _____

Wir versichern, dass wir Ihre Angaben nur für interne Zwecke speichern.

OE234/703/KT/09/2003



**DBV-Winterthur
Krankenversicherung AG**
234 Bereich Service
Frankfurter Straße 50
65178 Wiesbaden
Telefon 01803 335346*
Telefax 01803 202147*

*6 Cent / 40 Sekunden

Kein Schmerzensgeld wegen Amalgam

Patientin scheiterte vor OLG Frankfurt mit Klage gegen Herstellerfirma

Frankfurt/Main (tzb). Eine an Multipler Sklerose erkrankte Zahnpatientin hat ohne Erfolg einen Hersteller des Zahnfüllstoffes Amalgam auf Schadenersatz und Schmerzensgeld verklagt. Das Oberlandesgericht Frankfurt am Main wies kürzlich die Klage mit der Begründung zurück, es stehe nicht fest, dass die Krankheit der Klägerin auf ihre Amalgam-Zahnfüllung zurückzuführen sei. Ein Zusammenhang zwischen der Freisetzung von Quecksilber aus Amalgam und bestimmten Erkrankungen sei nicht nachweisbar, heißt es in einer Pressemitteilung des OLG.

Die Frau hatte geltend gemacht, aufgrund mehrerer Zahnfüllungen mit Amalgam sei bei ihr eine chronische Quecksilbervergiftung ausgelöst worden, die wiederum die MS-Erkrankung sowie Unfruchtbarkeit verursacht habe. Bereits das zuständige Landgericht hatte die Klage nach Einholung eines Sachverständigengutachtens mit der Begründung abgewiesen, die Klägerin

habe nicht beweisen können, dass die von ihr genannten Gesundheitsschäden auf der Anwendung des Zahnamalgams beruhe.

Der 3. Zivilsenat des OLG Frankfurt am Main bestätigte die Entscheidung des Landgerichts und wies die Berufung der Klägerin zurück. Da diese zuvor bereits sieben Amalgamfüllungen jeweils anderer Herstellerfirmen gehabt habe, sei schon aus diesem Grund eine Ursächlichkeit gerade des von der Frau verklagten Herstellers nicht nachweisbar.

Bemerkenswert ist ein Verweis des Gerichtes auf die wissenschaftliche Amalgam-Diskussion. Angesichts neuerer Erkenntnisse werde die Existenz eines Amalgamproblems aus toxikologischer Sicht zunehmend in Frage gestellt. Ein Zusammenhang zwischen Multipler Sklerose und der Quecksilberfreisetzung aus Amalgam sei „eher als unwahrscheinlich anzusehen“, heißt es in der Entscheidung.

Die Klägerin hatte nach Auffassung des Gerichts keine ausreichenden Untersuchungsergebnisse vorgelegt, die eine seriöse wissenschaftliche Aussage über die Ursachen der festgestellten MS-Erkrankung und ihrer Unfruchtbarkeit zuließen. Die aufgrund der Basalkurve gestellte Diagnose einer Quecksilbervergiftung als Ursache der Unfruchtbarkeit bezeichnete der vom Gericht bestellte Gutachter als „verantwortungslos und nicht nachvollziehbar“. Der Sachverständige habe überzeugend dargelegt, dass die Belastung durch Quecksilber oder auch durch andere Schwermetalle zwar möglicherweise bei höheren Dosen zu weiblicher Unfruchtbarkeit führen könne. Bei den in dem Fall in Betracht kommenden Werten sei aber ein ursächlicher Zusammenhang „unwahrscheinlich oder sogar auszuschließen“.

Aktenzeichen: 3 U 30/2000

PKV muss Ross und Reiter nennen

BGH-Urteil stellt Interesse des Versicherten heraus

Karlsruhe (tzb). Wenn eine private Krankenversicherung (PKV) die Erstattung von Behandlungskosten ablehnt, muss sie dem Patienten nicht nur das dafür maßgebliche ärztliche Gutachten offen legen, sondern auch den Namen des von ihr herangezogenen Gutachters. Das gilt auch für solche Gutachten, denen keine körperliche Untersuchung des Versicherten zugrunde liegt, entschied der Bundesgerichtshof (BGH) kürzlich. Geklagt hatte ein Mann, dessen Versicherung einen Teil seiner Heilpraktikerbehandlung nicht erstattet hatte.

Die Krankenversicherung des Mannes hatte begründet, sie habe die Rechnungen ihrem medizinischen Berater zur Begutachtung vorgelegt; dieser halte bestimmte Diagnosen und Therapien nicht für medizinisch notwendig. Nach vergeblicher Einschaltung der Heilpraktiker-Berufshilfe e.V. verlangte der Kläger, einem von ihm benannten Arzt Einsicht in dieses – nicht anonymisierte – Gutachten zu gewähren. Das von ihm angerufene Amtsgericht gab der Klage statt, das Landgericht wies sie auf

Berufung der Versicherung ab. Daraufhin ging der Mann vor dem BGH in Revision.

Der BGH gab dem Mann Recht. Das Versicherungsvertragsgesetz gewähre dem Kunden einen Auskunftsanspruch – und zwar auch dann, wenn der von der Versicherung beauftragte Facharzt den Patienten nicht persönlich untersucht hat, sondern lediglich versicherungsintern eine Bewertung des Antrags auf Kostenübernahme vorgenommen hat.

Die Versicherung hatte die Nicht-Nennung des Gutachternamens damit begründet, dass sie ihren Gutachterärzten Vertraulichkeit zugesichert habe. Um sich eine feste Einstellung von Beratungsärzten zu ersparen, hole sie den Rat mehrerer Ärzte verschiedener Fachrichtungen als freier Mitarbeiter ein. Diesen sei daran gelegen, dass sie wegen ihrer Tätigkeit für die Beklagte nicht öffentlich angegriffen werden könnten. Bei einer Offenlegung von Gutachten und Gutachter fürchte sie, den Sachverständigen als Berater zu verlieren.

Nach Auffassung des Gerichts hingegen ist ein Versicherer zu einer Offenlegung verpflichtet, wenn er ein externes Gutachten eingeholt hat. Daran ändere auch der Umstand nicht, dass das Gutachten der Prüfung seiner Leistungspflicht, mithin internen Zwecken diene. Schließlich hole der Versicherer das Gutachten ein, um sich in einer Zweifelsfrage Gewissheit zu verschaffen. Dazu bedürfe es eines unbefangenen und fachlich geeigneten Sachverständigen. Fehle es daran, könne das Gutachten seinen Zweck nicht erfüllen. Unter diesem Gesichtspunkt mache die Geheimhaltung der Identität des Sachverständigen keinen Sinn.

Eine solche Einschränkung entwertet laut BGH das gewährleistete Recht des Versicherten auf Einsicht, weil ihm die Prüfung der Kompetenz und Unbefangenenheit des Gutachters verschlossen bliebe.

Aktenzeichen: IV ZR 418/02

Verwandtenklausel durch BGH bestätigt

Versicherer müssen in Behandlungsfällen nur Sachkosten erstatten

Von Dr. Gisela Brodersen

Immer wieder entstehen Probleme bei der Erstattung, wenn die zahnärztliche Behandlung und Rechnungslegung durch einen Verwandten erfolgt. Dies zeigen die Anfragen der Kolleginnen und Kollegen, die regelmäßig die Kammer erreichen. Während in den Beihilfevorschriften eindeutig bestimmt ist, dass Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen (Ehegatten, Eltern oder Kinder) nicht beihilfefähig, die Sachkosten (Material- und Laborkosten) aber beihilfefähig sind, findet sich in den Muster-Bedingungen der privaten Krankenversicherung eine „Verwandtenklausel“, die immer wieder Anlass zu Rechtsstreitigkeiten gibt.

Während das Landgericht (LG) Lüneburg in einem Berufungsurteil von 1996 die Klausel für unwirksam erklärte, da sie die freie Arztwahl einschränke und eine unangemessene Benachteiligung nach § 9 AGB-Gesetz darstelle, wird in den nachfolgenden Urteilen die Zulässigkeit der Klausel bejaht: Bereits das OLG München mit Urteil vom 8. März 1984 und das LG Stuttgart am 17. Oktober 1986 haben die Klausel für wirksam erklärt.

Das LG Aachen begegnete in seinem Urteil vom 28. Oktober 1998 den Bedenken des LG Lüneburg folgendermaßen: Die Klausel sei dahin auszulegen, dass ein Leistungsausschluss nur

für Behandlungen durch liquidationsberechtigten Ehegatten, Eltern oder Kinder bestehe (also nicht für Assistenten oder Angestellte).

Auch das Berufungsurteil des LG München vom 10. Februar 1999 hält die Klausel für zulässig. Das Gericht meint, dass gewichtige Gründe für die Aufrechterhaltung und Wirksamkeit der Klausel sprechen. Solche Gründe bestünden in erster Linie darin, dass bei einer verwandtschaftlichen Beziehung praktisch unkontrollierbare Möglichkeiten der Manipulation bestünden.

Mit dem Urteil vom 21. Februar 2001 des Bundesgerichtshofes wurde die Verwandtenklausel höchstrichterlich für rechtmäßig erklärt. Somit müssen private Krankenversicherer bei der Behandlung durch Ehegatten, Eltern oder Kinder weiterhin lediglich die nachgewiesenen Sachkosten erstatten. Die BGH-Richter sehen in der Verwandtenklausel keine unangemessene Benachteiligung der Versicherungsnehmer. Durch die Klausel sei der Versicherungsschutz als solcher nicht gefährdet. Schließlich könne sich der Versicherte in medizinisch gleichwertiger Weise von einem anderen Arzt oder Zahnarzt behandeln lassen.

Leistungspflicht nur in Ausnahmefällen

Das Gericht sieht in Ausnahmefällen aber

durchaus eine Leistungspflicht der privaten Krankenversicherer. Dies könne etwa in Betracht kommen, wenn die Behandlung durch den nahen Angehörigen auf Grund seiner besonderen fachlichen Spezialisierung aus (zahn-)medizinischen Gründen geboten ist oder wenn es dem Patienten nicht möglich oder zumutbar ist, einen anderen (Zahn-) Arzt aufzusuchen und der Umfang der Behandlung das Maß dessen deutlich übersteigt, was üblicherweise noch unentgeltlich geleistet wird. Den Einwand gegen die Klausel, sie differenziere nicht zwischen liquidationsberechtigten und anderen Ärzten, wies der BGH zurück. Der durchschnittliche Versicherungsnehmer könne durchaus erkennen, dass die Regelung nicht bei nahen Angehörigen greift, die in einem Krankenhaus oder bei einem niedergelassenen Arzt abhängig beschäftigt sind.

Unterschiedliche Praxisformen beachten

Das Urteil des BGH muss als gültige Rechtsprechung angesehen werden. Zu beachten ist, dass bei Praxis-Gemeinschaften jeder Zahnarzt einzeln eine Rechnung erstellen kann, bei einer Gemeinschaftspraxis erscheinen im Rechnungskopf jedoch alle Zahnarzt-namen.

Aktenzeichen des BGH-Urteils: IV ZR 11/00

Die Risiken der Osteomyelitis

Zahnarzt wegen mangelnder Aufklärung verurteilt

Erfurt/Köln (tzb). Vor einer Weisheitszahnentfernung muss der Zahnarzt seine Patienten über das Risiko einer Kieferknochenmarksentzündung aufklären. Ein entsprechendes Urteil fällt nach Angaben des Anwalt-Suchservice das Oberlandesgericht Köln. Der verurteilte Zahnarzt muss 1500 Euro Schmerzensgeld zahlen. Geklagt hatte ein betroffener Patient.

Der Mann hatte sich von seinem Zahnarzt einen Weisheitszahn entfernen lassen. Nach der Behandlung siedelten sich in der offenen Wunde Keime an. Es entwickelte sich eine schmerz-

hafte, mehrere Wochen andauernde Entzündung des Kieferknochenmarks (Osteomyelitis). Der geplagte Patient beschwerte sich, dass er über dieses Risiko nicht aufgeklärt worden sei. Er forderte Schmerzensgeld.

Das Gericht gab dem Patienten Recht. Ein Arzt müsse vor einem Eingriff über diejenigen Risiken aufklären, die für die Entscheidung, sich der Behandlung zu unterziehen, ernsthaft ins Gewicht fallen könnten. Dazu zählten auch seltene Risiken, wenn ihre Verwirklichung sich nachhaltig auf die weitere Lebensführung des

Patienten auswirken könne. Im vorliegenden Fall hätte der Zahnmediziner nach Auffassung des Gerichts dem Patienten die mit einer Osteomyelitis verbundenen gravierenden Spätfolgen verdeutlichen müssen. Dass dies in der Praxis häufig nicht geschehe, sei dabei unbeachtlich. Der Patient sei zudem vor dem Eingriff schmerzfrei und die Entfernung des Weisheitszahnes nicht dringend erforderlich gewesen.

Aktenzeichen: 5 U 52/02

Das dunkelste Kapitel Zahnärzte-Geschichte

Vor 70 Jahren begann in Nazi-Deutschland die Verfolgung jüdischer Zahnärzte

Erfurt (nz). Am 2. Juni 1933 erschien in den „Zahnärztlichen Mitteilungen“, dem offiziellen Organ des Reichsverbandes der Zahnärzte Deutschlands und dem amtlichen Sprachrohr der Zahnärztekammern Preußen, Baden, Bayern, Württemberg und Sachsen, eine „Verordnung über die Tätigkeit von Zahnärzten und Zahntechnikern bei den Krankenkassen“. Hinter dem eher verwaltungstechnisch klingenden Titel verbirgt sich eine Zäsur, die heute sogar in Zahnärztekreisen weitgehend in Vergessenheit geraten ist. Mit dieser Verordnung begann die Verfolgung jüdischer Zahnärzte im nationalsozialistischen Deutschland.

Am 30. Januar 1933 wurde Adolf Hitler vom deutschen Reichspräsident Paul von Hindenburg an die Spitze eines überwiegend von der NSDAP gestellten Kabinetts berufen. Mit der Ernennung Hitler zum Reichskanzler war die Machtübernahme der seit den 1920-er Jahren immer mehr erstarkten Nazipartei in Deutschland vollzogen. In welcher Katastrophe dies enden sollte, ahnten seinerzeit nur wenige Deutsche – trotz von Anfang an unverhohlenen rassistisch-antisemitischer Ausrichtung der Nazi-Programmatik.

Als die Nazis an die Macht kamen, praktizierten in Deutschland etwa 11 000 Kassenzahnärzte, darunter etwa 1100 jüdische Zahnärzte. Für sie wurden bereits wenige Monate später die Arbeitsbedingungen drastisch eingeschränkt.

Beamtete Zahnärzte konnten bereits nach dem Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums vom 7. April 1933 entlassen werden (eine Ausnahme bildeten vorerst Frontkämpfer und Angehörige von Gefallenen im 1. Weltkrieg, oder Zahnärzte, die bereits vor dem 1. August 1914 Beamte waren).

Für die Kassenzahnärzte wiederum war die „Verordnung über die Tätigkeit von Zahnärzten und Zahntechnikern bei den Krankenkassen“ vom 2. Juni 1933 von herausragender Bedeutung. Sie untersagte so genannten „nicht arischen“ Zahnmedizinern und -technikern die Tätigkeit und schloss auch Zahnärzte und -techniker aus, die sich „im kommunistischen Sinne“ betätigt hatten.

Bereits ab 1. Juli 1933 endete für einen Großteil der betroffenen Praxen die Kassen-

zulassung. Ihnen war damit die wirtschaftliche Grundlage im Wesentlichen entzogen, zumal 1934 die „Arisierung der Privatversicherung“ folgte. Für jüdische Zahnärzte bedeutete dies, dass ihre Privatpatienten Rechnungen von den Versicherern nicht mehr erstattet bekamen. Die Namen so genannter „nicht erstattungsfähiger“ Ärzte und Zahnärzte veröffentlichten die Privatversicherer auf speziellen Listen.

Die Zulassungsverordnung wurde durch weitere Bestimmungen ergänzt. So durften nicht arische Zahnärzte ab dem 1. Oktober 1933 keine Polizeibeamten mehr behandeln. Umsetzung der Zulassungsverordnung war

Sache der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Deutschlands (KZVD), die am 27. Juli 1933 per Verordnung geschaffen wurde. Diese ging schon bald danach daran, den Nationalsozialisten ideologisch nahe stehende Zahnärzte mittels Zulassungsrecht zu fördern. Das galt vor allem für „alte Kämpfer“, also für Zahnärzte, die nach ihrer Approbation und vor dem 30. Januar 1933 der SS, der SA oder dem Stahlhelm angehörten. Deren bevorzugte Zulassung regelte die Verordnung des Reichsarbeitsministeriums vom 28. September 1933. Konkret bedeutete das: An der Bevölkerungszahl orientierte Richtzahlen für eine Niederlassung galten für die „alten Kämpfer“ nicht.



„Verordnung über die Tätigkeit von Zahnärzten und Zahntechnikern bei den Krankenkassen“ vom 2. Juni 1933 – veröffentlicht in den „Zahnärztlichen Mitteilungen“. Damit setzte vor 70 Jahren die Diskriminierung der jüdischen Kassenzahnärzte in Deutschland ein. Die zahnärztlichen Organisationen wirkten bei der Verfolgung ihrer jüdischen Berufskollegen aktiv mit.
Repro: Zeiß

Noch nicht frei praktizierende Zahnärzte konnten sich den Ort ihrer Niederlassung aussuchen.

Dagegen erhielten jüdischen Zahnärzte und Dentisten keine Neuzulassung mehr – auch solche, die Frontkämpfer oder und Hinterbliebene von Gefallenen aus dem 1. Weltkrieg waren. Dieser Personenkreis war bis 1934 vom Zulassungsentzug ausgenommen gewesen. Ab dem 5. Februar 1935 war die Approbation an den „Ariernachweis“ gekoppelt.

Schärfer als die Nürnberger Gesetze

Am 15. September 1935 wurden die Nürnberger Rassegesetze erlassen. Diese klassifizierten so genannte „Volljuden“ (mit vier jüdischen Großelternanteilen), „Dreivierteljuden“ (mit drei jüdischen Großelternanteilen) und „Halbjuden“ (zwei jüdische Großelternanteile), die am 16. September 1935 (dem ersten Tag der Gültigkeit der Nürnberger Gesetze) der jüdischen Religionsgemeinschaft angehörten oder mit einem Juden verheiratet waren. Daraufhin verfügte der Reichszahnärztführer am 27. Februar 1936 eine neue Anordnung über die Berufsausübung jüdischer Zahnärzte – die schärfer ausfiel als die Nürnberger Gesetze selbst! Die Zulassungsverordnung fasste den Kreis der aus rassistischen Gründen mit Berufsverbot belegten Zahnärzte größer, sie schloss nach wie vor auch so genannte „Mischlinge“ und „jüdisch Versippte“, also mit Juden verheiratete „Arier“ ein.

Damit verschärfte sich die Bedingungen für jüdische Zahnärzte in Deutschland nochmals. Sie durften nun nicht einmal mehr Hilfsleistungen in einer Kassenpraxis erbringen – bisher hatten sie wenigstens als Assistent oder Vertreter in „arischen“ Praxen arbeiten können. Nunmehr gingen ihnen die bislang ohnehin bescheidenen Arbeits- und Verdienstmöglichkeiten endgültig verloren. Um von dieser Diskriminierung betroffenen Kollegen wirtschaftlich einigermaßen zu helfen, gründeten jüdische Gemeinden und Verbände Hilfsorganisationen. Ein Hilfsfonds wurde eingerichtet, über den die mit Berufsverbot belegten jüdischen Zahnmediziner finanziell unterstützt wurden. Auch Umschulungskurse, in denen die Zahnärzte das Zahntechnik-Handwerk erlernten, wurden organisiert. Davon erhofften sich die Betroffenen vor allem bessere Arbeitsmöglichkeiten bei einer möglichen Emigration ins Ausland.

Nach einer Erhebung des Reichsverbandes für Zahnärzte waren 1935 noch 826 jüdische Zahnärzte tätig. Im November 1938 gab es nur noch knapp 450 praktizierende jüdische Zahnärzte, die meisten in Berlin, Breslau, Hamburg und Frankfurt am Main. Aus Sicht der KZVD war dies ein unerträglicher Zustand. Sie veranlasste mit Erfolg, die meisten noch tätigen jüdischen Zahnärzte aus der Kassentätigkeit herauszudrängen. Inzwischen deuteten sich die Dimensionen dessen schon an, was später als Holocaust sechs Millionen Juden das Leben kosten sollte: In der Pogromnacht am 9. November 1938 gingen deutschlandweit Synagogen in Flammen auf, wurden jüdische Geschäfte zertrümmert und Arztpraxen zerstört. Auch die Praxen von jüdischen Zahnärzten wurden Opfer der blutigen Ausschreitungen.

Am 31. Januar 1939 besiegelte die 8. Verordnung zum Reichsbürgergesetz endgültig das Schicksal der bis dahin noch tätigen jüdischen Zahnärzte. Zahnärzten wurde mit dieser Verordnung die Approbation entzogen, dies galt auch für die Dentisten. Lediglich jüdische Patienten durften von jüdischen Zahnärzten noch behandelt werden. (Damit wurde für Zahnärzte ein Schritt nachvollzogen, der für Ärzte bereits galt. Laut 4. Verordnung zum Reichsbürgergesetz vom 25. Juli 1938 war die Bestallung jüdischer Ärzte am 30. September 1938 erloschen.) Die zahnärztlichen Standesvertretungen begrüßten diese Entwicklung, damit sei die „Reinigung der gesamten Gesundheitspflege von Juden durchgeführt“, schrieb die „Zahnärztliche Rundschau“.

Zahnärzte-Vertreter aktiv bei Ausschaltung

Die zahnärztlichen Standesvertreter spielten bei der Ausschaltung ihrer jüdischen Kollegen wie überhaupt bei der Etablierung des Nationalsozialismus eine aktive Rolle. Sie nutzten die Gelegenheit zu einer Art „Marktbereinigung“ unter den in Deutschland tätigen Zahnärzten. So profitierten die niedergelassenen Zahnärzte nicht nur von den Berufsverboten für ihre jüdischen Kollegen, sondern auch von der Zerschlagung der Kassenzahnkliniken. Die „Zahnärztlichen Mitteilungen“ vermeldeten für 1935 und die folgenden Jahre steigende Praxisumsätze als Folge der Entwicklung seit dem Machtantritt der Nazis und lobten die Tatsache, dass sich viele junge Zahnärzte neu niederlassen konnten, nachdem jüdische Kollegen ausgeschaltet wurden.

Auch Dozenten und Studenten verfolgt

Nicht nur frei praktizierende jüdische Zahnärzte und Dentisten litten unter der rassistisch-bürokratischen Diskriminierung durch die Nationalsozialisten, auch Dozenten und Studenten der Zahnmedizin an deutschen Universitäten waren betroffen. Dazu gehörte der auch international bekannte Bonner Universitätsprofessor Dr. Alfred Kantorowicz, dem Vater der Jugendzahnpflege in Deutschland. Kantorowicz wurde bereits wenige Wochen nach dem Machtantritt der Nazis verhaftet und im KZ Börgermoor festgehalten. Unter dem Druck internationaler Proteste wurde er freigelassen und konnte in die Türkei emigrieren – was die „Zahnärztlichen Mitteilungen“ höhnisch kommentierten.

Der Zahnarzt und Wissenschaftler an der Hamburger Universität, Prof. Dr. Hans Türkheim (1889-1955) wurde „beurlaubt“. Türkheim, der die Prothetik-Abteilung am Zahnärztlichen Universitätsinstitut Hamburg geleitet hatte, emigrierte nach London, eröffnete dort eine Praxis und war weiterhin wissenschaftlich tätig.

Erstmals kam es im Sommersemester 1933 zu Zulassungsbeschränkungen. Zu diesem Zeitpunkt waren etwa 240 jüdische Zahnmedizin-Studenten an den Universitäten eingeschrieben. Im Wintersemester 1934/35 hatte sich deren Zahl auf lediglich 57 reduziert – Folge des „Gesetzes gegen die Überfüllung deutscher Schulen und Hochschulen“, das sich gegen nicht „arische“ Schüler und Studenten richtete. Der „Ariernachweis“, den Ärzte und Zahnärzte ab dem 5. Februar 1933 erbringen mussten, galt in modifizierter Form auch für Studenten. Sie mussten ihre „arische“ Herkunft nachweisen, um zu den Prüfungen zugelassen zu werden. Seit Mai 1937 war ihnen die Doktorprüfung versagt.

Auch sieben Jahrzehnte später ist die Verfolgung jüdischer Zahnärzte durch die Nationalsozialisten und die Rolle der zahnärztlichen Standesorganisationen dabei eher spärlich erforscht. Das gilt leider auch für Thüringen.

Quellen: Nobert Guggenbichler „Zahnmedizin unter dem Hakenkreuz“, Mabuse-Verlag 1988, Frankfurt/M.; Ernst Klee „Deutsche Medizin im Dritten Reich – Karrieren vor und nach 1945“, S. Fischer Verlag 2001, Frankfurt/M.

Dubiose Angebote

Praxen werden mit CD-Rom-Offerten traktiert

Mit so genannten Branchen-Telefonbuch-Eintragungen sind viele Apotheker, Ärzte und Zahnärzte bereits in der Vergangenheit traktiert worden. Einzelne so genannte Verlage hatten uns mit wettbewerbswidrigen Verträgen regelrecht hereingelegt. Übrigens sind die Industrie- und Handelskammern seinerzeit für Hinweise sehr dankbar gewesen, denn auch diese waren über erfolglos verlaufende Strafverfahren im Prinzip enttäuscht.

Inzwischen sind die Etablierten dieser Branche aber ebenfalls dazu übergegangen, für Eintragungen in spezielle örtliche Verzeichnisse happige Gebühren zu fordern. Es ist zu hoffen, dass sich die Mehrzahl der Kolleginnen und Kolle-

gen derartiger „Werbung“ widersetzt. Dann hätte der Verlag als Quittung die Unvollständigkeit.

Neuerdings flattern Offerten für eine CD-Rom in die Praxen. Da präsentiert der Anbieter eine Art Rechnung mit dem stolzen Preis von 354,84 Euro! Weder der Eintrag selbst noch dessen Gestaltung werden präsentiert. Mit einer Auftragshöhe von „mindestens“ 10 000 „Adress-Findern“ lässt sich schnell ausrechnen, dass nur ein Bruchteil aller Bundesbürger je eine solche kostenlose Auskunfts-Scheibe bekommt! Ob der so Beschenkte dann seinen Zahnarzt per CD-Rom sucht, ist zudem zweifelhaft.

Dr. Johannes Bock, Weimar

13. Zahnärztetag in Brandenburg

Cottbus (tzb). Am 21./22. November veranstalten Landes Zahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Vereinigung Brandenburg auf dem Messegelände Cottbus den 13. brandenburgischen Zahnärztetag. Im Mittelpunkt des Fortbildungskongresses steht die aktuelle Entwicklung in der Parodontologie. Die Leitung des wissenschaftlichen Programms hat mit Prof. Dr. Thomas Hoffmann (Dresden) ein renommierter Wissenschaftler auf diesem Gebiet übernommen.

Auskünfte:

☎ 03 55/3 81 48 25

Fax: 03 55/3 81 48 48

Internet: www.lzkb.de

Praxen auf den Zahn fühlen

Analyse unter Zahnärzten in Schleswig-Holstein

Kiel (tzb). Worauf muss sich eine Zahnarzt-Praxis künftig einstellen? Wo liegen die Stärken, wo die Schwächen der eigenen Praxis? Wie muss die Praxis auf die sich ständig verändernden Rahmenbedingungen reagieren? Solche Fragen lassen sich nur nach einer eingehenden Analyse beantworten. In Schleswig-Holstein bereiten Praxen, Zahnärztekammer und eine Unternehmensberatung derzeit eine solche Standortbestimmung in Gestalt einer Umfrage vor. „Zukunftsfähigkeitsindex Zahnarztpraxis“ – was sich so sperrig anhört, soll laut Kammervizepräsident Hans-Peter Küchenmeister den an der Analyse teilnehmenden Praxen in Kürze handfeste, praktische Vorteile für die tägliche Arbeit bringen.

Das Besondere an der Studie: Die Unternehmensberatung setzt in ihrer Analyse nicht nur auf betriebswirtschaftliche Kennzahlen, sondern auf so genannte „weiche Faktoren“ wie Intensität der Patientenbetreuung und Stabilität der Patienten- und Mitarbeiterbeziehung. Die Zahnärzte sehen ihre Ergebnisse in ihren individualisierten Berichten im Vergleich zu ihren Kollegen: Führen sie eher eine „Risikopraxis“, eine „Zukunftspraxis“, eine „Basispraxis“ oder doch eher eine „Chancenpraxis“?

Abhängig ist dies unter anderem von der Stärke der Bindung der Patienten und Mitarbeiter an die Praxis sowie von der Intensität der Betreuung und Behandlung, die jeder einzelne Patient genießt.

Zugleich beinhaltet die Studie Daten, die neben konkreten Handlungsempfehlungen für die einzelne Praxis auch wichtige Ansatzpunkte für die künftige Kammerarbeit auf Landesebene liefern. Damit, so Küchenmeister, könne sich die Zahnärztekammer noch näher am Bedarf ihrer Mitglieder ausrichten.

Um die genannten Faktoren verlässlich beurteilen zu können, ist eine repräsentative Datengrundlage wichtig. Eine breit angelegte Umfrage unter den Zahnarztpraxen im Norden wird diese Daten liefern. Schleswig-holsteinische Zahnärzte haben an der Erstellung der Fragebögen anlässlich einer Arbeitstagung der Zahnärztekammer mitgewirkt. Die Schleswig-Holsteiner folgen damit ihren Kollegen aus Hessen, die eine an einer Pilotstudie zum gleichen Thema teilgenommen hatten. Methodik und Studiendesign wurden vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) und der zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (zzq) überprüft.

Zahnersatz-Fragen noch in Grenzen

Erfurt (nz). Die geplante Ausgliederung des Zahnersatzes aus der gesetzlichen Krankenversicherung hat bei den Thüringer Patienten offenbar noch nicht zu verstärktem Beratungsbedarf geführt. Die Patientenberatungsstelle der Landes Zahnärztekammer wurde bislang nicht mit Anfragen zu diesem Thema konfrontiert. Auch eine von der Thüringer Verbraucherzentrale im August angebotene telefonische Beratungsjahre nutzten die Patienten eher zurückhaltend. Das dürfte sich mit Bekanntwerden der Details zur Gesundheitsreform sicher noch ändern, zumal so mancher Zahnarzt bereits mit entsprechenden Anfragen verunsicherter Patienten konfrontiert wurde.

Die Thüringer Verbraucherzentrale hat gesetzlich Krankenversicherten geraten, bei einem Abschluss von privaten Zusatzversicherungen nichts zu überstürzen. Es bestehe zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch kein Bedarf an solchen Zusatzversicherungen. Gesetzlich Krankenversicherte sollten zunächst das Gesetz über die Gesundheitsreform abwarten. Erst dann seien die Details der geplanten Ausgliederung klar. Nach den Reformplänen soll Zahnersatz ab 2005 privatisiert werden.

Kenia-Hilfe nicht nur für Zähne

Initiative Thüringer Zahnärzte mittlerweile deutschlandweit etabliert

Von Dr. Hans-Joachim Schinkel

Die Arzt- und Zahnarztthilfe Kenya e.V. wurde 1999 von Thüringer Zahnärzten gegründet und ist mittlerweile deutschlandweit etabliert. Unser Verein hat das vorrangige Ziel, die zahnärztliche und medizinische Versorgung in den Armengebieten von Kenia zugunsten der mittellosen Bevölkerung zu unterstützen, d. h. sozial verträgliche Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen. Da es für circa 100 000 Einwohner nur einen Zahnarzt gibt, ist der zahnärztliche Behandlungsbedarf groß. Bisher errichteten wir drei Zahnarztpraxen – sowohl in den ländlichen Regionen Westkenias in der Nähe des Viktoriasees als auch in Nairobi zur Versorgung der Slumbewohner. Außerdem haben wir im Krankenhaus Nyabondo mit Unterstützung der Missionszentrale der Franziskaner in Bonn eine Augenklinik eingerichtet, so dass die dringend notwendigen Kataraktoperationen durchgeführt werden können. Im St. Joseph's Hospital sind nun auch kieferchirurgische Operationen möglich. Alle zahnärztlichen und medizinischen Geräte, Instrumente und Materialien haben wir in Deutschland gekauft bzw. durch Spenden erhalten, in Containern nach Kenia transportiert und installiert.

Unsere Partner sind kenianische Franziskanerinnen, die großes Interesse an unserer Hilfe haben. Ein Schwerpunkt unserer Arbeit ist der Ausbau der individuellen und Gruppenprophylaxe, um Zahnkrankheiten besonders bei den zahlreichen Schulkindern zu vermeiden. Weiterhin bilden wir einheimische Schwestern und Zahntechniker aus. Im Lehrplan der Schwesternschule des Krankenhauses wurden zahnmedizinische Inhalte fixiert. Demnächst werden wir zwei Franziskanerinnen ein Zahnmedizin- bzw. Medizinstudium ermöglichen, so dass langfristig unsere Praxen von Kenianern übernommen werden können. Diese fundierte Ausbildung Einheimischer ist ein wesentlicher Fakt unserer Hilfe zur Selbsthilfe.

Unsere Hilfsprojekte haben eine stabile Basis entwickelt und dehnen sich durch das Engagement vieler weiter aus. Seit August 2000 haben bisher 30 deutsche Zahnärzte und Ärzte, 21 Zahnarthelferinnen, Zahntechniker, Studenten und Techniker in insgesamt 60 Einsät-



Dr. Ute Schinkel bei der Behandlung in Nyabondo

Fotos (2): Autor

zen in Nyabondo und/ oder in Nairobi z. T. mehrfach gearbeitet. Ein guter Ruf ist aufgebaut und die Patientenzahl hat deutlich zugenommen.

Wer in Kenia war, Not, Armut und Hoffnung auf Hilfe gesehen bzw. erfahren hat, weiß, wie notwendig unser Engagement, das über den rein medizinischen Bereich hinausgeht, ist. Wir unterstützen direkt Selbsthilfegruppen von Witwen, Waisen, die so ihre Krankenschwesterausbildung fortführen können und helfen örtlichen Initiativen bei der Beratung zur AIDS-Prävention, was neben der Armut das größte Problem Kenias ist. Außerdem vermittelten wir bisher mehr als 80 persönliche Patenschaften für Waisenkinder. Wir fördern vor allem diejenigen, die sich selbst helfen wollen! Durch direkte und transparente Auszahlung unserer Spendengelder, ermöglicht durch unsere Präsenz vor Ort, sorgen wir dafür, dass

die Mittel wirklich bei den Hilfsbedürftigen ankommen. Unsere Verwaltungskosten selbst liegen dabei weit unter einem Prozent.

Schwerpunkte bleiben weiterhin unsere zahnärztlichen Projekte mit den Praxen in Nyabondo, Kasarani/ Nairobi und seit kurzem auch in Asumbi. Besonders wichtig dabei ist, weiterhin Zahnärztinnen und Zahnärzte für Hilfeinsätze von mindestens drei bis vier Wochen zu finden. Unvergessliche Erlebnisse und das Bewusstsein, sinnvolle Hilfe gegeben zu haben, sind der Lohn für das persönliche Engagement.

Die Arzt- und Zahnarztthilfe Kenya e.V. bittet die Thüringer Kollegen um weitere Unterstützung. Diese ist zum Beispiel in Gestalt eines Hilfeinsatzes in Kenia für eine Zeit ab drei Wochen oder die Übernahme einer Patenschaft für ein Waisenkind (10–30 Euro monatlich) möglich. Auch Spenden zur Unterstützung un-

serer uneigennütigen Aufgaben in Kenia sind sehr willkommen.

Kontakt: Dr. Hans-Joachim Schinkel
Bahnhofstraße 21 · 99610 Sömmerda
☎ 0 36 34/62 10 79
E-Mail: azk@zahnarzthilfe-kenya.de
Internet: www.zahnarzthilfe-kenya.de
Kto.-Nr.: 38 013 111, BLZ: 820 541 12



Dr. Happ, Dominic und Schwester Sylvia bei der Behandlung mit der mobilen Einheit

„Herumschneiden an dynamischem Berufsstand“

LfB-Vorsitzender gegen Gewerbesteuer-Ausweitung

Nordhausen (nz). Der Landesverband der freien Berufe (LfB) bezweifelt den Effekt der von der Bundesregierung geplanten Reform der Gewerbesteuer. „Mit der Ausweitung der Gewerbesteuer auf Freiberufler ist den Kommunen nicht geholfen“, sagte der LfB-Vorsitzende Wolf-Detlev Höpker.

Höpker kritisierte die Gewerbesteuerpläne als ordnungspolitischen Fehler. „Die Bundesregierung schneidet damit an einem dynamischen Berufsstand herum.“ Vor allem die diskutierte Einbeziehung von Pachten, Mieten und Leasingraten in die Gewerbesteuer sei völlig absurd. „Eine solche Substanzbesteuerung ist investitionsschädlich und bringt die Unternehmen in Liquiditätsprobleme“, warnte er. Im Gegensatz zu anderen Unternehmen könnten Freiberufler wie Ärzte, Rechtsanwälte und Architekten die höhere finanzielle Belastung nicht an ihre Kunden weiterreichen, da sie an feste Gebührenordnungen gebunden seien.

Jahresversammlung der Kenia-Hilfe

Hamburg (tzb). Die Arzt- und Zahnarzthilfe Kenya e.V. lädt alle Interessierten zu ihrer Informationsveranstaltung und Jahreshauptversammlung am 11. Oktober nach Hamburg ein. Die Teilnehmer erwartet ein abwechslungsreiches Programm, an dem auch der kenianische Kulturverein Chawema beteiligt ist. Dieser informiert unter anderem über die Themen „Demokratie in Kenia“ und „Frauenbeschneidung – Reinigungsritual oder Verstümmelung“. Am 12. Oktober haben die Teilnehmer Gelegenheit zu einer Fahrt mit der Hamburger Hafenfähre ins ehemalige Fischerdorf Finkenwerder.

Programm:

14 Uhr – Informationsveranstaltung
18 Uhr – Mitgliederversammlung
21 Uhr – Abendveranstaltung

Veranstaltungsort:

Kulturpalast im Wasserwerk,
Öjendorfer Weg 30 a

Parlamentarischer Abend des LfB

Erfurt (Ifb). Am Donnerstag, dem 13. November, richtet der Landesverband der freien Berufe im Thüringer Landtag einen parlamentarischen Abend aus. Das geschieht im engen Zusammenwirken mit den Mitglieds-kammern und -verbänden. Anliegen ist die Fortsetzung des seit Jahren bestehenden Dialogs der Thüringer Freiberufler mit den Landespolitikern

Skeptische Freiberufler

Weimar (Ifb). Zum zweiten Mal veranstaltete der Landesverband der freien Berufe (LfB) unter den Thüringer Freiberuflern eine TED-Umfrage zur Situation und Perspektive des Berufsstandes. Im Zeitraum vom 1. April bis 30. Juni gingen beim Landesverband 979 Rückantworten ein, von denen sich 836 in die Bewertung einbeziehen ließen. Damit hat diese Umfrage eine deutlich größere Resonanz gefunden als die erste Umfrage im vergangenen Jahr (das tzb berichtete). „Vor allem ist es dem Ernst der Situation für die Freiberufler geschuldet, dass sich nun dreimal mehr Betroffene an der Umfrage beteiligt haben als vor einem Jahr“, bewertete LfB-Präsident Wolf Detlev Höpker, Arzt aus Nordhausen, die Resonanz.

Der Tenor ähnelt dem des Vorjahres: Lediglich 17 Prozent der TED-Teilnehmer halten einen allgemeinen wirtschaftlichen Aufschwung in den ostdeutschen Bundesländern in den kommenden Jahren für wahrscheinlich. 92 Prozent der Teilnehmer rechnen mit Honorareinbußen. Lediglich 36 Prozent sehen ihre Perspektive als Freiberufler in den kommenden fünf Jahren als gesichert an. Immerhin 97 Prozent der Befragten erzielen mehr als die Hälfte ihres Umsatzes aus der Tätigkeit in den ostdeutschen Regionen. Die Umfrage sei eine wichtige Grundlage, um die Interessen der in Thüringen tätigen Freiberufler noch besser vertreten zu können, meinte Höpker.

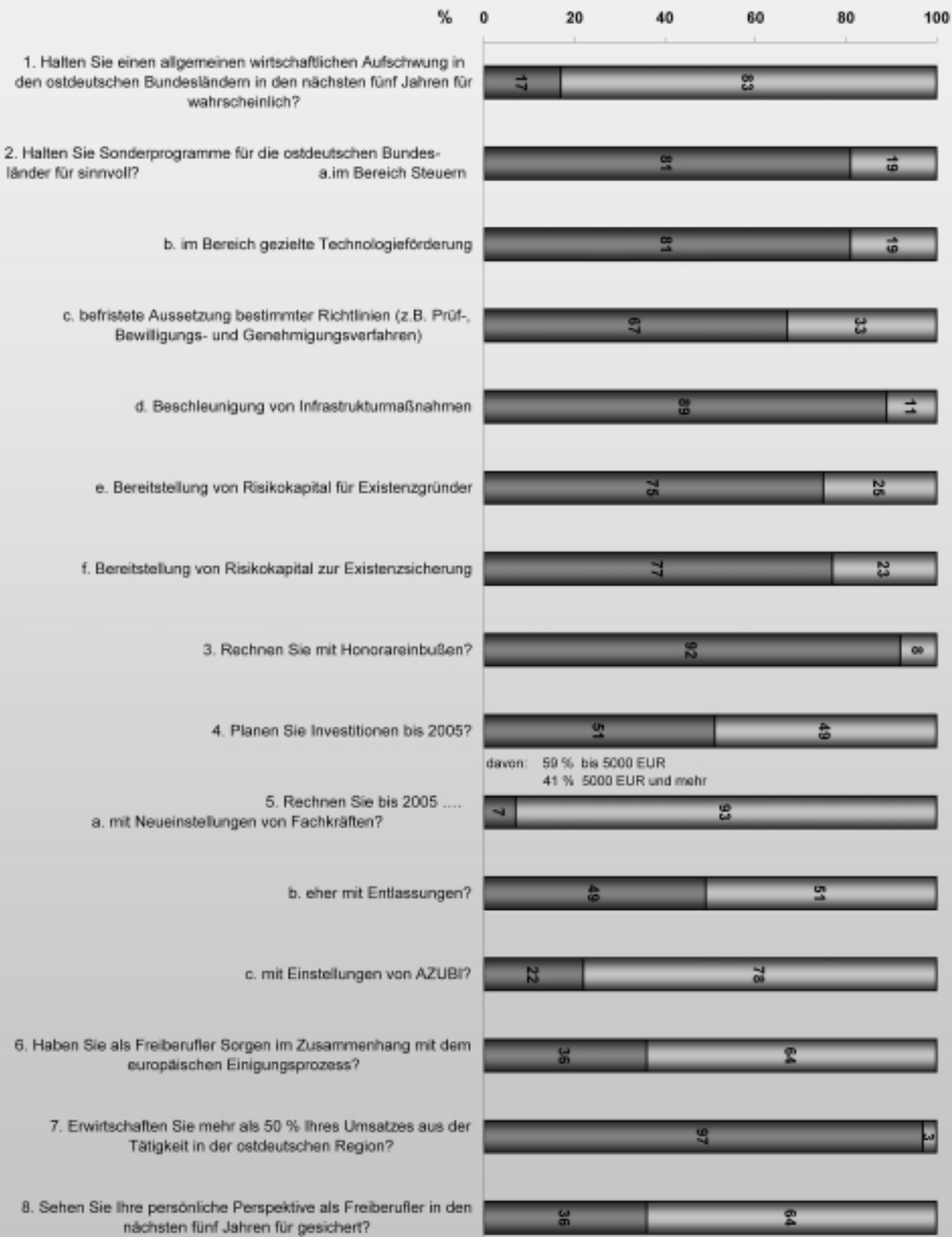
Umfragergebnisse siehe S. 41

Der Verbandschef widersprach dem Argument, Freiberufler könnten die Gewerbesteuer mit der Einkommenssteuer verrechnen und würden deshalb nicht zusätzlich belastet. „Das ist vollkommen fraglich, weil auch Faktoren wie die unterschiedlichen Steuerhebesätze in den Kommunen und Freibeträge eine Rolle spielen.“ Von einer pauschalen Nicht-Belastung könne daher keine Rede sein.

Aus Sicht des Freiberuflerverbandes ist die geplante Steueränderung auch verfassungsrechtlich zweifelhaft. Der Gesetzgeber habe Freiberuflern einen besonderen Status eingeräumt, argumentierte Höpker. „Wir sind keine Gewerbetreibende.“ Im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen müssten Freiberufler vor allem beträchtliche ideelle Leistungen erbringen. In Thüringen beschäftigen nach Verbandsangaben rund 16 000 Freiberufler etwa 27 000 Mitarbeiter und 2800 Auszubildende. Die größte Gruppe bilden die Heilberufler.

TED - Ergebnis

Umfrage unter Thüringer Freiberuflern vom 1. April bis 30. Juni 2003



Recherche in der Zahnarztpraxis

Tipps für Zahnmediziner zum Umgang mit Journalistenanfragen

Von Dr. Gottfried Wolf

Krankenkassen, Verbraucherorganisationen und natürlich auch die Politik empfehlen Patienten, sich verschiedene Heil- und Kostenpläne für ein und dieselbe geplante therapeutische Leistung von verschiedenen Praxen einzuholen. Das Beschaffen einer Zweitmeinung ist legitim und soll dem Zweifler bei noch bestehender Unkenntnis an geplanten Therapieverfahren bzw. -schritten auch helfen. Letztendlich wird damit aber auch eine gewisse Vertrauensproblematik im Zahnarzt-Patienten-Verhältnis suggeriert, also schlichtweg Misstrauen gesät. Und nichts kommt der Politik besser ins Kalkül, als dieses Vertrauen zu torpedieren. So liegen in einschlägigen Umfragebewertungen die Zahnärzte bzw. Ärzte in der Vertrauensfrage immer noch mit über 90 Prozent um einige Dezimalprozent vor den Politikern.

Medien greifen solche Themen aus vielfältigen Gründen auf, die Umfrageergebnisse können dann auch sehr verblüffend sein und dem Berufsstand sehr schaden. Nichtmediziner arbeiten und handeln nach einem völlig anderen Raster, als das eben ein Zahnarzt in seiner Praxis gewohnt ist. Ich habe dies häufig erlebt, ebenso in der Zusammenarbeit mit Juristen bei Erstellung von Gutachten. Als Beispiel soll ein Fall aus jüngster Vergangenheit dienen.

Freitag: Während einer Fahrt ins Ausland wurde ich vom Sekretariat der Landeszahnärztekammer Thüringen angerufen. Ein Fernsehteam wolle mich am Montag in der Praxis vor laufender Kamera zu Honorarfestlegungen befragen. Dies ist Punkt 1 der Problematik: Ein Thema wird aus verschiedenen Gründen aufgegriffen und muss sofort erledigt werden. Der „Gegenüber“, nenne man ihn Partner oder auch Opfer, möchte konstruktiv sein, wird in die Enge getrieben und weiß eigentlich gar nicht, wie er diesen zusätzlichen Aufwand zeitlich in sein volles Terminbuch einplanen soll. In diesem Fall war die Situation recht brisant.

Ein – ich nenne ihn mal „Lockvogel“ – junger Mann, der Techniker des Fernsehteams, wurde durch Thüringer Praxen geschickt mit der Maßgabe, sich für den Ersatz seiner mehr als zehn Amalgamfüllungen, allesamt intakt,

durch Keramik einen Heil- und Kostenplan vorlegen zu lassen. Diese Heil- und Kostenpläne, die mir dann vorgelegt wurden, wiesen recht unterschiedliche Planungshonorare auf. Dies konnte mit Verweis auf die Schwierigkeitsgrade entkräftet werden. Allerdings hatte ein Heil- und Kostenplan ein Endhonorar aufgewiesen, das um den Faktor 10 unter den übrigen lag. Und dies war nun der Aufhänger für das Fernsehen! Wieso lag Zahnarzt F soweit unter der Honorarplanung der Zahnärzte A, B, C, D und E? Es stellte sich dann heraus, dass es sich hierbei um einen möglichen Rechenfehler handelte. Kritisiert wurde aber, dass in diesem Fall keine Erläuterung der Einzelpositionen vorhanden war. Bemängelt wurde, dass die Laborkosten ohne Kostenvoranschläge der Labors geschätzt wurden und dass angeblich kein Zahnarzt gesagt hatte, dass die Amalgamfüllungen noch intakt seien. Ich möchte aber bemerken, dass fairerweise keine Zahnarztpraxis namentlich aufgeführt wurde.

Sicherlich entsteht bei solchen Anfragen ein enormer Druck für den Zahnarzt. Man möchte keine Fehler machen und dem Ersuchen nachkommen. Dies ist auch legitim. Eine gewisse Komik entstand bei den Dreharbeiten: Da der Kameramann aus den USA stammte, amüsierte er sich meiner Meinung nach leicht über die deutschen Befindlichkeiten bei zahnärztlichen Honorarunterschieden. Leider hatte ich erst von der Sendung erfahren, als sie schon erfolgt war und so entzieht sich meiner

Kenntnis, was von den Aufnahmen gesendet oder geschnitten wurde. Ein Video erhielten wir nicht.

Weil Aktualität im Journalismus – egal ob Print- oder Druckmedien – das entscheidende Arbeitskriterium ist, stehen die Journalisten natürlich unter Termindruck. Diesem Termindruck können sich Interviewpartner nicht immer entziehen – auch wenn man vielleicht innerlich fluchen mag. Wir sind immer bemüht, durch gute Kontakte mit den Medien mittels objektiver Berichterstattung unseren Berufsstand in der Öffentlichkeit zu vertreten. Wir werden sie noch brauchen in den nächsten Monaten, die konstruktiven Kontakte zur Wahrung des Ansehens unseres Berufsstandes, aber wohl auch zum Überleben unserer Praxen.

Mit dieser Episode, die kein Einzelfall ist, möchte ich nur dazu beitragen, sich nicht unter Druck setzen zu lassen. Dies kann insgesamt dem Berufsstand, aber auch der einzelnen Praxis sehr schaden. Im Zweifelsfall sollten sich Kollegen bei Presseanfragen mit der Pressestelle der Thüringer Zahnärztekammer in Verbindung setzen.

Pressestelle:

☎ 03 61/7 43 21 36



Seriöse Informationsvermittlung: Pressekonferenz der zahnärztlichen Landesvertretungen auf dem Thüringer Zahnärztetag im November 2002. Archivfoto

Netzwerke für die Seniorenzahnmedizin

Arbeitskreis Gerostomatologie tagte

Von Dr. Jürgen Junge

Erstmals seit seinem Bestehen traf sich der Arbeitskreis Gerostomatologie in diesem Jahr neben seiner jährlichen Hauptversammlung zu einem Arbeitstreffen im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde. Unter dem Vorsitz von Professor Stark aus Bonn war das Thema diese Treffens „Die Bedeutung der zahnärztlichen Versorgung für die Lebensqualität im Alter“.

Den ersten einleitenden Vortrag zu diesem Thema hielt Dr. Mack aus Greifswald.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität oder subjektive Gesundheit wurde erst in jüngster Zeit als Evaluationsparameter in der Bewertung von zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen anerkannt. Diese Lebensqualität ist besonders für die ältere Bevölkerung von Bedeutung. Die Veränderung der Bevölkerungsstruktur hin zu einem größeren Prozentsatz an älteren Menschen mit einer erhöhten Häufigkeit chronischer und langfristig behandlungsbedürftiger Erkrankungen und somit einer eingeschränkten Lebensqualität kommt in den nächsten Jahrzehnten auf unsere Gesellschaft zu.

Dr. Mack berichtete über Ergebnisse der so genannten SHIP-Studie. Ziel dieser Studie ist es unter anderem festzustellen, welche Bedeutung die Art der prothetischen Versorgung auf die Lebensqualität bei Probanden im Alter von 61 bis 80 Jahren hat. In einer bevölkerungsrepräsentativen Querschnittsstudie wurden Daten von 1401 Probanden ausgewertet. Neben der Untersuchung des Kauorgans wurden auch soziale Lebensverhältnisse, Allgemeinerkrankungen, Schulbildung und psychische Befindlichkeiten abgefragt. Das Ergebnis war die letztlich zu erwartende Tatsache, dass ein höherwertiger Zahnersatz ein im Alter wichtiger Faktor im Gesamtgefüge Lebensqualität ist, in dem jedoch weitere Faktoren, wie körperliche Verfassung, psychisches Befinden, soziale Beziehungen und funktionale Kompetenz berücksichtigt werden müssen.

Im Anschluss daran folgte ein umfassender Bericht von Frau Dr. Nitschke aus der Klinik für Prothetik und Werkstoffkunde der Universität Leipzig zum Stand der Gerostomatologie in Deutschland.

Defizite und Chancen

Der Anstieg des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung verlangt, dass sich auch die Zahnmediziner verstärkt der Betreuung von Hochbetagten widmen. Die seltene Zahnlosigkeit und die steigenden Zahnzahlen im Seniorenalter legen nahe, dass der Präventionsgedanke „Gesunde Zähne ein Leben lang“ noch weiter verbessert werden kann.

Im Verlauf der letzten 30 Jahre hat sich der zahnmedizinische Standard in den Pflegeeinrichtungen kaum weiterentwickelt. Schuld an dieser Entwicklung ist unter anderem die Tatsache, dass es nicht genügend Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten gibt und die Studierenden der Zahnmedizin nach der geltenden Approbationsordnung keine spezielle Ausbildung im Fach Seniorenzahnmedizin erhalten. Die Ausbildung und Finanzierung von Gerontologen sowie die Schaffung von neuen gerostomatologischen Netzwerken wird daher eine der wichtigsten Aufgaben der Alterszahnmedizin sein.

Aus der Abteilung Prothetik der Universität Göttingen gab anschließend Dr. Huber einen Überblick über die Gerostomatologie in Europa. Die Zunahme der Weltbevölkerung stellt die Nationen vor neue ökonomische und soziale Probleme. Nicht nur die Medizin, auch die Zahnmedizin müssen sich dieser Herausforderung stellen. Die Staaten der EU versuchen auf unterschiedliche Weise, die orale Gesundheit der Senioren zu erhalten. Basierend auf einer Recherche im Internet und einer Umfrage bei Ministerien und Berufsvertretungen in den Ländern der EU wurden diese unterschiedlichen Strategien vorgestellt.

Thüringer Landesregierung klärt Patienten über ihre Rechte auf

Erfurt (tzb). Einen gemeinsamen Leitfaden „Patientenrechte in Deutschland“ haben das Thüringer Sozialministerium und das Justizministerium herausgegeben. Das teilten die Ministerien jetzt mit. Die Broschüre vermittelt neben vielfältigen Informationen vor allem einen Überblick über die wesentlichen Rechte und Pflichten aller im Rahmen des Behandlungsverhältnisses Beteiligten. Neben einer umfassenden persönlichen Aufklärung durch den Arzt werden durch die Broschüre weitere Informationen gegeben, um eine bessere aktive Mitwirkung am Behandlungsprozess gewährleisten zu können. Damit erhalten Patienten und Ärzte eine leicht handhabbare Zusammenfassung der gegenwärtigen Rechtslage, wodurch eine höhere Transparenz im Behandlungsgeschehen erreicht werden soll, erhoffen sich die zuständigen Ministerien.

Ratgeberbroschüre

„Die Herausgabe der Broschüre verbinden wir mit der Hoffnung, dass ihr Inhalt wiederum einen starken Zuspruch findet und sich im Alltag bewährt. Sie soll in ihrer verständlichen Form dazu beitragen, die Rechtsposition der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Es darf aber nicht vergessen werden, dass das partnerschaftliche Verhältnis zwischen Arzt und Patient das gemeinsame Ziel in der täglichen Praxis sein muss“, erklärten Sozialminister Dr. Klaus Zeh und Justizminister Dr. Karl Heinz Gasser (beide CDU) übereinstimmend. Eine vertrauensvolle Verständigung sei eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung.

Die Broschüre kann von Interessenten kostenlos in beiden Ministerien angefordert werden.

Beitragserhöhungen platzen in die Einspardebatte

Zahlreiche BKK-Versicherte in Thüringen betroffen

Erfurt (tzb). Mit der Ankündigung von Beitragserhöhungen sind einige Betriebskrankenkassen (BKK) in die Debatten um mögliche Senkungen der Krankenkassenbeiträge durch die geplante Gesundheitsreform geplatzt. Zahlreiche BKK-Versicherte auch in Thüringen müssen deswegen seit August tiefer in die Tasche greifen. Mehrere Betriebskrankenkassen mit 21 000 Versicherten in Thüringen haben zum 1. August die Krankenkassenbeiträge erhöht. Im September zog eine weitere BKK mit 25 000 Thüringer Mitgliedern nach. In Thüringen haben die Betriebskrankenkassen rund 295 000 zahlende Mitglieder.

Die Beitragserhöhungen wurden just einen Tag nach einem Gespräch der Spitzenverbände aller gesetzlichen Krankenkassen mit dem Bundesgesundheitsministerium, bei dem es eigentlich um die beabsichtigte Beitragssenkungen ging, bekannt gegeben. Allerdings hätten die betreffenden BKK die Erhöhungen bereits vor Wo-

chen auf Druck des Bundesversicherungsamtes beantragt, sagte ein BKK-Sprecher. Diese Aufsichtsbehörde verlange von den Krankenkassen gesetzeskonformes Verhalten bei ihrer Haushaltsplanung.

Ohnehin hatten die BKK Erwartungen an Beitragssenkungen in der gesetzlichen Krankenkassenversicherung durch die neue Gesundheitsreform gedämpft. Dies sei Kaffeesatzleserei, kritisierte der stellvertretende Vorstandsvorsitzende des BKK-Landesverbandes Ost, Roland Lotz. Zurzeit wüssten weder Politik noch Kassen, wie sich einige zentrale Reformschritte auswirken werden. „Wird zum Beispiel weniger geraucht oder gehen die Versicherten wegen der Zuzahlungen tatsächlich seltener zum Arzt, sind die schönen Prognosen bereits hinfällig“, warnte Lotz. Zuvor hatten sich bereits andere Krankenkassen wie die AOK Thüringen Zweifel an der Realisierbarkeit des im Gesundheitskonsens vereinbarten Einsparziels geäußert.

Medikamente teurer als Arztbesuch

Erfurt (nz). Ein Arztbesuch in Thüringen ist mittlerweile preiswerter als die Verordnung von Medikamenten. Das geht aus einer Broschüre des Ersatzkassenverbandes VdAK hervor, die kürzlich vorgestellt wurde. Zurückzuführen sei diese Entwicklung auf den rasanten Anstieg der Arzneimittelkosten. Während die Kassen für ärztliche Honorare im ersten Quartal 2003 nach vorläufigen Berechnungen knapp 48 Millionen Euro ausgaben, lagen die Arzneimittelkosten laut VdAK im gleichen Zeitraum bei rund 54,5 Millionen Euro.

Die Krankenkassen verzeichnen nach eigenen Angaben seit 1999 einen überproportionalen Anstieg bei den Medikamentenkosten, Kostendämpfungsversuche durch Budgets seien fehlgeschlagen. Im vergangenen Jahr waren die Arzneimittelausgaben der Kassen in Thüringen um 6,5 Prozent in die Höhe geschneit. Im Bundesdurchschnitt stiegen die Kosten nur um 5,4 Prozent.

Das Phänomen bei den Ausgabenrelationen ist nach der kürzlich vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegten Ausgabenstatistik der gesetzlichen Krankenkassenversicherung für 2002 (tzb 3-2003) nicht auf Thüringen beschränkt.

Kassenärzte beklagen Arbeitsbedingungen

Umfrage der Landesärztekammer Thüringen mit bedenklichem Ergebnis

Jena (nz). Jeder zweite niedergelassene Arzt in Thüringen hat den Eindruck, seine Patienten nicht ausreichend medizinisch versorgen zu können. Hauptursachen seien fehlende Mittel durch Budgetierung medizinischer Leistungen und die zeitliche Belastung der Mediziner, ergab eine Umfrage der Landesärztekammer, deren Ergebnisse jetzt vorgestellt wurden. Die Kammer hatte für die Umfrage über 800 Haus- und Fachärzte nach ihrer Arbeitssituation angeschrieben, mehr als 600 antworteten.

Beurteilt wurden unter anderem Arbeitszeit, Arbeitszufriedenheit, Arbeitsablauf und die Qualität der Patientenversorgung. Der Umfrage zufolge sind inklusive Notfalldienste wöchentliche Arbeitszeiten von über 60 Stunden für Haus- und Fachärzte die Regel. Knapp die Hälfte der Kassenärzte klagte über star-

ken Zeitdruck, wobei Hausärzte sich besonders häufig gestresst und überlastet fühlen. 86 Prozent der Befragten monierten zu viel Bürokratie im Gesundheitswesen. Dies sei auch Ursache für die von den Ärzten empfundene mangelnde persönliche Zuwendung zu ihren Patienten, hieß es von der Kammer. 30 Prozent haben demzufolge zu wenig Zeit für ihre Patienten. 66 Prozent halten den Einfluss der Krankenkassen auf die ärztliche Tätigkeit für zu hoch. 58 Prozent der Ärzte beklagten die schlechte Bezahlung. 70 Prozent plädierten für die Beibehaltung von Honorar-Kollektivverträgen mit den Krankenkassen.

Demnach würden 49 Prozent der Befragten wegen ihrer schlechten Arbeitsbedingungen nicht noch einmal eine eigene Praxis eröffnen.

Der Präsident der Thüringer Ärztekammer, Egbert Beleites, bezeichnete das Resultat der Umfrage als alarmierend. Angesichts des drohenden Ärztemangels müssten sich die Rahmenbedingungen für die ärztliche Tätigkeit ändern, verlangte er. Die geplante Gesundheitsreform verspreche in dieser Hinsicht allerdings keine Verbesserung.

In Thüringen sind über 3300 Kassenärzte tätig. Bereits im vergangenen Jahr hatte eine Umfrage der Kammer unter Krankenhausärzten ähnliche Ergebnisse erbracht. Damals äußerte ein Drittel der Befragten Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation. Etwa die Hälfte der befragten Mediziner hatte beklagt, dass für die Patienten nicht genügend Zeit bleibe. Auch ein Drittel der Klinikärzte würde nicht wieder Arzt werden wollen.

Wir gratulieren!

zum 83. Geburtstag am 15.09.
Herrn SR Dr. med. dent. Dieter Treppschuh
in Gotha

zum 83. Geburtstag am 03.09.
Herrn SR Helmut Böhm
in Erfurt

zum 82. Geburtstag am 04.09.
Frau Dr. med. dent. Isolde Schädel-Höpfner
in Taubach

zum 81. Geburtstag am 13.09.
Frau SR Erika Liese
in Gera-Lusan

zum 79. Geburtstag am 20.09.
Herrn Dr. Günther Espenhayn
in Eisenberg

zum 77. Geburtstag am 25.09.
Herrn Gerhard Oelzner
in Lichte

zum 76. Geburtstag am 24.09.
Herrn SR Dr. Helmut Schubert
in Meiningen

zum 73. Geburtstag am 19.09.
Herrn Dr. Bernd Gröber
in Erfurt

zum 73. Geburtstag am 28.09.
Herrn Dr. med. dent. Wolfgang Oelzner
in Jena

zum 72. Geburtstag am 13.09.
Herrn Dr. med. dent. Hans Bögershausen
in Worbis

zum 72. Geburtstag am 18.09.
Herrn SR Dr. Achim-Sigmar Rotsch
in Ehrenhain

zum 71. Geburtstag am 27.09.
Frau Ursula Eberhardt
in Tiefenort

zum 68. Geburtstag am 11.09.
Herrn Dr. Roland Schmidt
in Jena

zum 67. Geburtstag am 09.09.
Herrn OMR Dr. med. dent. Bruno Rabe
in Bad Langensalza

zum 67. Geburtstag am 04.09.
Herrn Dr. med. dent. Dieter Haubenreiser
in Herpf

zum 66. Geburtstag am 03.09.
Herrn Dr. med. dent. Albrecht Dietze
in Langenorla

zum 60. Geburtstag am 29.09.
Herrn Volker Langhof
in Jena

zum 60. Geburtstag am 04.09.
Herrn Dr. med. dent. Wilfried Chemnitius
in Erfurt

zum 60. Geburtstag am 22.09.
Frau Gisela Ernst
in Bad Langensalza

zum 60. Geburtstag am 21.09.
Frau Regine Gruhser
in Ilmenau

zum 60. Geburtstag am 19.09.
Frau MU Dr./Univ. Palacky Elfriede Weitzel
in Hildburghausen

Gratulationen waren unvollständig

Durch einen Fehler bei der Datenübernahme im vergangenen Monat war die im tzb 07/08/2003 abgedruckte Übersicht der Jubilare unvollständig. Die Verantwortlichen hierfür bitten bei unten

stehenden Mitgliedern der Landeszahnärztekammer um Entschuldigung, wir gratulieren Ihnen herzlich und wünschen nachträglich alles Gute im neuen Lebensjahr.

zum 80. Geburtstag am 14.07.
Herrn SR Adolf Mett
in Weimar

zum 78. Geburtstag am 27.07.
Herrn Dr. med. dent. Bodo Gebhardt
in Bad Köstritz

zum 77. Geburtstag am 06.07.
Herrn SR Dr. Günter Strobel
in Greiz

zum 77. Geburtstag am 21.07.
Herrn SR Erich Gwiasda
in Bleicherode

zum 77. Geburtstag am 16.07.
Herrn Dr. Dr. med. Gerd Schneider
in Stotternheim

zum 77. Geburtstag am 03.08.
Frau Erika Richter
in Rudolstadt

zum 76. Geburtstag am 03.08.
Herrn SR Wolfgang Schneider
in Schweinfurt

zum 76. Geburtstag am 21.08.
Herrn Dr. med. dent. Horst Wagner
in Wutha-Farnroda

Praxisabgabe

Umsatzstarke Zahnarztpraxis im Planungsbereich Rudolstadt-Saalfeld aus Altersgründen abzugeben.

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

Zahnarztpraxen in Gera, Zwickau, Leipzig, Raum Querfurt im Auftrag abzugeben

Anfragen: Dr. Bolz, Tel. 01 72/3 72 23 30

Chance zur Praxisneugründung mit vorhandenem Patientenstamm

Patientenstamm einer umsatzstarken Praxis in Laucha (Burgenlandkreis) aus Altersgründen abzugeben. Neue Praxis kann auf gleichem Grundstück im Nachbarhaus eingerichtet werden.

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

ZÄ (27), Ex. 1/2001, sucht ab 1/2004 Stelle als Vorbereitungsassistentin im Raum Erfurt-Weimar-Jena

Tel.: 0 36 43/42 65 64

Gut eingeführte kieferorthopädische Praxis in Thüringen, Raum Gera, nicht gesperrter Kreis, zum 01.07.2004 oder früher abzugeben.

Chiffre: 111

Praxisabgabe in Weimar

Etablierte Zahnarztpraxis (2 BHZ, OPG), in zentraler Lage von Weimar, aus gesundheitlichen Gründen kurzfristig abzugeben.

Kontakt: M & L Consult OHG, Herr Löwe
Tel.: (03 61) 6 01 86 60, Fax: (03 61) 6 01 86 70

Wir trauern um unseren Kollegen

Herrn Dipl.-Med. Rainer Salheiser

Die Kolleginnen und Kollegen der Kreisstelle Gera-Land

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"/> 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 abschicken/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.	

LOHNNEBENKOSTEN SENKEN

Eine Gehaltserhöhung bringt der Mitarbeiterin wenig und kostet den Zahnarzt viel Geld. Bei einer Gehaltserhöhung von 100 € bleiben, wie folgendes Beispiel zeigt, der Helferin, Steuerklasse I, gerade mal 42 €. Den Zahnarzt kostet die 100 € Mehrgehalt jedoch 120,30 €.

	vorher		nachher	
Bruttogehalt	2.500,00 €		+ 100,00 €	
Lohnsteuer 20,4 %	510,00 €	Steuer mehr 37,7 %	37,70 €	
SV-Anteil AN 20,3 %	507,50 €	SV	20,30 €	
Auszahlung	1.482,50 €	Auszahlung	42,00 €	
Gesamtaufwand AG	3.008,50 €	Mehraufwand AG	120,30 €	
Abgabelast beide	1.525,00 €	Abgabelast beide	78,30 €	

Kein Wunder, dass viele Zahnärzte über die hohen Personalkosten stöhnen. Dabei sind es die Sozialabgaben und Steuern, welche die Personalkosten in die Höhe treiben. Und für die Mitarbeiterin ist eine Lohnerhöhung auch nicht gerade motivierend, sieht sie doch von dem Geld am wenigsten.

Das muss nicht sein! Jeder Zahnarzt kann – durch legale Gestaltung – seine Personalkosten senken. Denn es gibt eine Reihe von Zuwendungen, die den Mitarbeiterinnen ohne Abzüge gewährt werden können. Eine Einsparung in Höhe von 1.000,00 € und mehr, an Steuer und Sozialversicherung pro Mitarbeiterin und Jahr, sind ohne weiteres möglich.

Die steuerlichen Vorschriften zu abgabenfreien oder begünstigten Zuwendungen an Arbeitnehmer sind teilweise nebeneinander anwendbar. Welche Begünstigungsvorschriften wie genutzt werden können, hängt von den jeweiligen Gegebenheiten in Ihrer Praxis und von Ihren Mitarbeiterinnen ab.

Neben den pauschal besteuerten Leistungen des Arbeitgebers, wie zum Beispiel Direktversicherung, Unfallversicherung, Fahrtkosten-

erstattung zwischen Wohn- und Arbeitsstätte, etc., gibt es auch Leistungen, die unter bestimmten Umständen vollkommen lohnsteuer- und sozialversicherungsfrei sind. Hierzu gehören:

- Bahn- oder Jobticket
- Fahrtkostenerstattung PKW – Dienstreisen, Lehrgänge (tatsächliche Aufwendungen + Verpflegungspauschalen)
- Kinderticket
- Nutzungsüberlassung PC – Internet – Handy
- typische Arbeitsbekleidung
- Preisnachlässe bis zu 1.224,00 € pro Jahr, die der Zahnarzt seinen Angestellten bei einer Zahnbehandlung gewährt
- Beiträge an Pensionskassen oder Pensionsfonds bis zu 4 % der jeweiligen Bemessungsgrundlage
- Sachbezüge als Warengutschein oder Benzingutschein bis maximal 50,00 € Freigrenze pro Arbeitnehmer monatlich (Sachbezüge auch als alkoholfreie Getränke möglich)
- Betriebsveranstaltungen bis zu 110,00 € pro Arbeitnehmer bis zu 2 x jährlich
- Heirats- und Geburtsbeihilfen bis 358,00 €
- Geburtstagsgeschenke bis maximal 40,00 € als Sachleistung
- Erholungsbeihilfen oder Kurkosten zur Abwehr von Berufskrankheiten

Diese Gestaltungsmöglichkeiten haben nur den Nachteil, dass teilweise einige Voraussetzungen für die steuerliche Anerkennung erfüllt werden müssen. Deshalb ist eine Absprache mit dem Steuerberater – vor der Einführung der lohnsteuer- und sozialabgabenfreien Leistung – für den Zahnarzt unerlässlich.

Silke Götz, Steuerberaterin, Meiningen *Heike Kriegel, Steuerberaterin, Ilmenau*



Wir haben uns für Sie spezialisiert
 Unser Tätigkeitsschwerpunkt: Steuer- und Wirtschaftsberatung für Zahnärzte und Ärzte.

ADVITAX
 Steuerberatungsgesellschaft mbH
 Silke Götz, Steuerberaterin
 Niederlassung **MEININGEN**
 Georgstraße 28 · 98617 Meiningen
 Tel.: (03693) 87 66-0
 Fax: (03693) 87 66-20
 e-mail: advitax-meiningen@etl.de
www.etl.de/advitax-meiningen
 Mitglied in der European Tax & Law





Wir haben uns für Sie spezialisiert
 Unser Tätigkeitsschwerpunkt: Steuer- und Wirtschaftsberatung für Zahnärzte und Ärzte.

ADVITAX
 Steuerberatungsgesellschaft mbH
 Heike Kriegel, Steuerberaterin
 Niederlassung **ILMENAU**
 Straße des Friedens 2 · 98693 Ilmenau
 Tel.: (03677) 84 65 15
 Fax: (03677) 84 10 86
 e-mail: advitax-ilmenau@etl.de
www.etl.de/advitax-ilmenau
 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



Fachdental Leipzig – die Fachmesse für Zahnarztpraxen und Dentallabors am 19. und 20. September 2003

Ausstellungsbereiche: Verbrauchsmaterial, Dienstleistung, Forschungs- und Produktneuheiten, Hard- und Software, Instrumente und Ausstattung

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



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

Infomaterial



MFile-System – In 3 Schritten sicher an die Spitze. **MFile** und **S.E.T. Endo Stepper®** für die sichere und wirtschaftliche maschinelle Wurzelkanalaufbereitung

Mikropräparation – jetzt auch mit Hartmetallinstrumenten mit dem Set 4383 zur minimalinvasiven Restauration nach Dr. Neumeyer

Kronenpräparation mit Führungstift – schonende und kontrollierte Präparation mit definiertem Kronenrand mit dem Set 4384 nach Prof. Günay

Infomaterial



PARTNER-SERVICE

Fortsetzung von S. 50

Rückfax, bitte an 0361/7 46 74-85

Adresse:



WERBEAGENTUR
UND VERLAG
KLEINE ARCHE



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

Infomaterial

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

Wir haben Ihre Informationen zur Betrieblichen Altersvorsorge auf S. 52 gelesen und sind an einem Informationsgespräch interessiert. Bitte setzen Sie sich mit uns in Verbindung.

Wir haben die Betriebliche Altersvorsorge für unsere Mitarbeiter bereits realisiert.

BIOKOMPATIBILITÄT PAR EXCELLENCE !

Offenbach, August 2003. Die Vorteile der modernen Vollkeramik-Werkstoffe bieten zwei Chancen für den individuellen Erfolg in der Zahnarztpraxis: Die steigenden Ansprüche der Patienten mit einem biokompatiblen, ästhetisch anspruchsvollen und langlebigen Zahnersatz zufrieden zu stellen und gleichzeitig durch die Privatleistung den wirtschaftlichen Erfolg der Praxis zu erhöhen.

Das ist umso wichtiger in der jetzigen Phase der Ungewissheit, wie die politischen Entscheidungen den Gesundheitsmarkt zukünftig verändern werden. Zahnärzte, die sich bereits jetzt verstärkt mit Konzepten auseinandersetzen, die nicht durch die GKV beeinflusst werden, nehmen den Wandel vorweg und positionieren sich für die zu erwartenden Veränderungen.

Pluradent bietet daher ab September 2003 (Termine s. unten) in seiner überaus erfolgreichen Fortbildungsreihe „Erfolgskonzepte“ mit dem Thema „Vollkeramik“ interessierten Zahnärzten die Möglichkeit, ihr Wissen über innovative Konzepte Schritt für Schritt zu aktualisieren und vertiefen. Das Seminar gibt den Teilnehmern einen themenbezogenen Überblick und informiert über die Rahmenbedingungen dieses Konzeptes.

Für das aktuelle Thema "Vollkeramik" bieten wir Ihnen wieder ein zweistufiges Veranstaltungsprogramm an:

- In der Auftaktveranstaltung referieren hochkarätige Experten über den aktuellen Stand der Wissenschaft, praktische Erfahrungen und die Wirtschaftlichkeit. (Weitere Themen: Werkstoffvielfalt, Materialeigenschaften,

Indikationen, Vor- und Nachteile, Herstellungsprozesse (chairside, labside, CAD/CAM) – Vorteile gegenüber VMK – Verarbeitung

- Nach weiteren 3–4 Wochen können Sie in einem zweiten Schritt auf unserem Workshop anhand konkreter Beispiele die erfolgreiche Implementierung in Ihrer Praxis vorbereiten.

Begleitend zur Veranstaltung hat pluradent einen speziell auf das Thema abgestimmten 16-seitigen Produktfolder zusammen gestellt, der eine Auswahl der benötigten Geräte, Materialien und Hilfsmittel zu attraktiven Preisen beinhaltet. Die pluradent-Fachbuchhandlung stellt ergänzend dazu aktuelle Fachliteratur zum Thema Vollkeramik vor.

Die Termine der Vollkeramik-Auftaktveranstaltungen:

Kassel Fr., 19.09.03, Chemnitz Fr., 10.10.03, Nürnberg Mi., 15.10.03

Die Termine der Vollkeramik-Workshops:

Kassel Fr., 17.10.03, Braunschweig Mi., 29.10.03, Chemnitz Fr., 14.11.03, Nürnberg Mi., 26.11.03

Die Teilnahmegebühr für die Auftaktveranstaltung des Erfolgskonzepts „Vollkeramik“ beträgt Euro 85,- pro Person, für plura++ Kunden reduziert sich die Gebühr auf Euro 55,- pro Person, jeweils zzgl. MWST. Melden Sie sich noch heute in der jeweiligen pluradent-Niederlassung oder unter www.pluradent.de zum Erfolgskonzept „Vollkeramik“ an.

Kontakt: Pluradent AG & Co. KG, Kaiserleistr. 3, 63067 Offenbach
Tel: 069/8 29 83 -0, Fax: 069/8 29 83 -271, www.pluradent.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 und wenn Sie es wünschen, diese aus erster Hand im persönlichen Gespräch über alle Möglichkeiten der Absicherung informieren.

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

Die Hamburg-Mannheimer Versicherungs-AG ist ein Lebensversicherer mit 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. Unsere, vor wenigen Wochen initiierte Aktion, über das "tzb" Zahnärzte anzusprechen hat bisher gezeigt, dass die betriebliche Altersvorsorge in den Praxen auf ein sehr großes Interesse stößt, weil Handlungsbedarf besteht. Aus organisatorischen Gründen können wir deshalb nur etappenweise in jeweils regional begrenzten Gebieten für Sie tätig sein. Unser Mitarbeiter, Herr Stauch, erteilt Ihnen darüber gerne Auskunft.

Ihre Hamburg-Mannheimer Versicherungs-AG.

Geschäftsstelle Erfurt, Maximilian-Welsch-Straße 4, 99084 Erfurt, Telefon: 03 61/26 26 30

Bitte nutzen Sie für Ihre Rückantwort den Partnerservice auf S. 51.

internews **INTER Ärzte Service** informiert

Rentenversicherung mit Beitragsdepot – gute Rendite bei geringem Risiko?

Die Entwicklung der Steuergesetze und die Lage des Kapitalmarktes sind Gründe für eine Entscheidung zum Abschluss einer Rentenversicherung mit Beitragsdepot. Mit dieser haben Sie eine gute Alternative zu den festverzinslichen Wertpapieren. Das bestehende Steuerprivileg der Rentenversicherung eignet sich ganz hervorragend als Strategie gegen die im Jahr 2000 eingetretene Halbierung des steuerlichen Freibetrages für Einkünfte aus Kapitalvermögen auf 1.550 Euro bei Ledigen und 3.100 Euro bei Verheirateten.

Und so arbeitet Ihr Vermögen:

Sie eröffnen ein Beitragsdepot und zahlen einen Einmalbetrag* – den sogenannten Depotbetrag – an die INTER Lebensversicherung. Dieses Guthaben wird dann jährlich mit dem aktuellen Prozentsatz verzinst.

Zur gleichen Zeit schließen Sie eine Rentenversicherung ab. Deren Beiträge werden – anstelle der üblichen Überweisungen – aus dem Depotguthaben durch jährliche Entnahmen finanziert. Die Beitragszahlungsdauer für die Rentenversicherung sollte aus steuerlichen Gründen mindestens 5 Jahre und die Aufschubzeit mindestens 12 Jahre betragen. Dann erhalten Sie die Kapitalabfindung am Ende der Aufschubzeit steuerfrei. Alternativ können Sie auch eine

lebenslange Rente erhalten, die jedoch mit dem Ertragsteil versteuert wird.

Die Zinsen, die Sie aus dem Beitragsdepot erhalten, sind steuerpflichtig wie bei der Bank, werden jedoch immer geringer, da sich das Guthaben Jahr für Jahr durch die Entnahme der Rentenversicherungsbeiträge verringert.

Gerne erstellen wir für Sie individuelle Rechenbeispiele. Rufen Sie uns an.

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: aerzteservice-thueringen@inter.de

Internet: www.inter.de



* Beachten Sie hierzu den §4 des Geldwäschegesetzes, der den Versicherer dazu verpflichtet, die Identität des Versicherungsnehmers zu prüfen, falls die Depotanzahlung mehr als 2.500 Euro beträgt. Aus diesem Grunde wird in den Antragsformularen gefragt, ob der Antragsteller auf Rechnung eines Dritten handelt.

Anzeige

Dental-Reparaturservice
Rüdiger Brückner

7 Jahre Service im Dienste des Kunden

Unsere Leistungen

- Reparatur von Hand- und Winkelstücken
 - Schlauchreparaturen
 - Gerätereparaturen (auch DDR-Geräte)
 - Ersatzteilverkauf/Zubehör
 - Neu- und Gebrauchtstücke
- Informieren Sie sich über aktuelle **Sonderangebote!**

2x in Thüringen

Dental-Reparaturservice
Rüdiger Brückner

99189 Elxleben · Gerhart-Hauptmann-Straße 1b
Telefon: (03 62 01) 8 59 57 · Fax: (03 62 01) 8 65 99
e-mail: dentalreparaturservice@t-online.de

Anzeige

Mönig Krollzig Ries Richter Schnieder Goetz

Rechtsanwälte

Hans Peter Ries
Dr. Karl-Heinz Schnieder
Ralf Großbötting
Wolf Constantin Bartha

Tätigkeitsschwerpunkte:

- Vertragszahnrecht
- Praxiskooperationen
- Berufsrecht
- Arbeits- und Mietrecht

Unter den Linden 24
10117 Berlin

Tel.: 0 30/2 06 14 33

Fax: 0 30/20 61 43 40

www.rechtsanwaelte-moenig.de

Anzeige

Ihr Speziallabor für Keramik, Kombinationstechnik und Kieferorthopädie

ästhetische Keramik •
Vollkeramik •
Inlay - Technik •
Frästtechnik •
Teleskoptechnik •
Implantat - Technik •
Modellgußtechnik •
Kieferorthopädie •
Galvano - Technik •

AVANTGARDE
Dentatechnik GmbH & Co KG
Zahn technischer Meisterbetrieb

Wir sorgen für ein natürliches Lächeln

AVANTGARDE
Söhrnerstraße 3b, 04347 Leipzig
www.avantgarde-dental.de
E-Mail: Adentalco@aol.com
Tel. 03 41/6 96 40 -0 - Fax 6 96 40 -10

Anzeige

15 Jahre Zahnmännchen

„Aktion zahnfreundlich“ für Süßwaren



Berlin (tzb). EU-Verbraucherkommissar David Byrne will mehr Sicherheit für die Verbraucher und deshalb irreführende Werbung für gesundheitliche Vorzüge von Lebensmitteln verbieten. Eine entsprechende Richtlinie soll „Schluss mit Mogelpackungen“ machen: Ob fett- oder zuckerfrei, auf Lebensmittelverpackungen darf in Zukunft nur noch angegeben sein, was wissenschaftlich korrekt nachgewiesen ist. Während diese Nachricht in vielen Bereichen für große Aufregung sorgte, sieht die „Aktion zahnfreundlich e.V.“ (Berlin/Grevenbroich) in der EU-Initiative eine wichtige Bestätigung ihrer bisherigen Arbeit. „Denn was die EU heute an nachprüfbaren Aussagen von Lebensmittelherstellern fordert, wird von den Mitgliedsfirmen der „Aktion zahnfreundlich“ schon seit 15 Jahren völlig freiwillig erbracht“, so ihr Vorsitzender PD Dr. Stefan Zimmer vom Zentrum für Zahnmedizin des Berliner Universitätsklinikums Charité.

Ohne jeden Zwang lassen alleine in Deutschland über 20 Süßwarenhersteller zuckerfreie Bonbons, Schokolade, Kaugummis oder Lutscher wissenschaftlich prüfen. „Von einem unabhängigen zahnärztlichen Universitätsinstitut wird dabei zweifelsfrei nachgewiesen und in einem Gutachten bestätigt, dass diese Produkte nicht bloß zuckerfrei, sondern zahnfreundlich sind“, betont Zimmer. Nach dem bestandenen Test werden zahnfreundliche Süßwaren mit dem roten „Zahnmännchen mit Schirm“ ausgezeichnet. „Nur wenn dieses international geschützte Signet auf der Verpackung ist, hat der Verbraucher die Garantie der wissenschaftlichen Prüfung und die Sicherheit, dass er ein zuckerfreies und zahnfreundliches Produkt kauft.“

Zucker oder Süßes zu verbieten ist weder sinnvoll noch nötig, sagt Dr. Zimmer. Denn für die

Entstehung von Karies kommt es nicht so sehr darauf an, wie viel Zucker bzw. vergärbare Kohlenhydrate pro Tag konsumiert, sondern wie häufig sie gegessen werden und wie lange sie im Mund bleiben. „Deshalb lautet unsere Empfehlung: Wer ‚nur so zwischendurch‘ immer mal wieder Süßes in den Mund stecken will, sollte Zahnfreundliches genießen!“

Wie die Verbraucherzentralen begrüßt auch die „Aktion zahnfreundlich e. V.“ den Vorstoß der EU-Kommission. Der Entwurf könne helfen, für den Verbraucher mehr Sicherheit und Klarheit zu schaffen und ihn vor Täuschung bei Lebensmitteln zu schützen. Diese aktuelle Stellungnahme des Bundesverbandes der Verbraucherzentralen ergänzt Dr. Zimmer: „Lebensmittelrechtlich heißt zuckerfrei nur „ohne Zusatz von Saccharose (Haushaltszucker)“, weil das entsprechende Gesetz nur Saccharose als Zucker definiert. So genannte zuckerfreie Produkte können durchaus Glukose (Traubenzucker), Fruktose (Fruchtzucker), Maltose (Malzzucker) oder Laktose (Milchzucker) enthalten, die letztendlich auch zu Kariesschäden führen.“ Die Kennzeichnung „zuckerfrei“ oder „hergestellt unter Verwendung des Zuckeraustauschstoffes X“ sagt deshalb noch nichts über die Zahnfreundlichkeit aus! Deshalb rät der Berliner Zahnmediziner: „Wer auf gesunde und schöne Zähne Wert legt, sollte auch auf das Zahnmännchen mit Schirm achten und muss in Punkto Sicherheit nicht bis zur EU-Entscheidung warten.“

Der gemeinnützige Verein „Aktion Zahnfreundlich“ wurde 1986 gegründet und zählt heute rund 400 persönliche Mitglieder. Darunter sind nicht nur Zahnmediziner, Ärzte und andere Wissenschaftler, sondern auch Ernährungsberater, Vertreter der zahnärztlichen Organisationen und der Krankenkassen, Prophylaxe-Assistentinnen und Journalisten. Außerdem gehören 24 Süßwaren- und Rohstoffhersteller dem Verein an. Seine Aufgabe ist die Förderung der Zahngesundheit und die Aufklärung über gesundes Ernährungsverhalten.

Internet: www.zahnmaennchen.de

Hypnose-Aktionstag: Zahnheilkunde auf die sanfte Art

Erfurt/Stuttgart (tzb). Mit einem bundesweiten Aktionstag am 1. Oktober will die Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Hypnose (DGZH) auf ihr Spezialgebiet aufmerksam machen. Angesichts der nach wie vor weit verbreiteten Auffassung, wonach Zahnbehandlung immer schmerzhaft und unangenehm sei, tue Aufklärung über die Möglichkeiten einer sanften Zahnbehandlung mit Hilfe von zahnärztlicher Hypnose Not, hieß es von der DGZH. Hypnose in der Zahnarztpraxis ermögliche vielen Patienten, die Behandlung angenehm und entspannt zu erleben – und trage so letztendlich auch zu einer Verbesserung des Ansehens aller Zahnärzte in der Öffentlichkeit bei. An dem Aktionstag, den die Fachgesellschaft gemeinsam mit der Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose (MEG) und der Deutschen Gesellschaft für Hypnose (DGH) veranstaltet, sollen sich Zahnärzte an möglichst vielen Orten beteiligen – wobei den Ideen keine Grenzen gesetzt sind.

Übrigens...

... falls Ihr Praxiskalender eine Lücke hat –




am 25. September ist Tag der Zahngesundheit.


DENTAL-LABORE
Dohrn

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

Seminare




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.



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

Anzeige

§ **Rechtsanwalt** §

Michael Linß

Schillerstraße 5 · 99096 Erfurt
Telefon: (03 61) 3 45 47 65 · Fax: (03 61) 3 45 47 67
E-Mail: ra-linss@t-online.de

Tätigkeitsschwerpunkte:

Arztrecht
Gesellschaftsrecht Ärzte · Arzthaftungsrecht (Behandlungsfehler) · Arztstrafrecht

Vertragsarztrecht
Zulassungsrecht · Honorarrecht · Vertragsarztsitz im Gesellschaftsvertrag

Berufsrecht
Approbation · Werbung · Nebentätigkeit

Fachlehrgang Medizinrecht bereits 2001 erfolgreich absolviert.

Anzeige

Einladung zum 2. Stammtisch der implantologisch tätigen und interessierten Zahnärzte Thüringens

am 22. Oktober 2003 um 18 Uhr im Kurhausrestaurant
in Bad Salzungen (Am Burgsee, 36433 Bad Salzungen)

Themenschwerpunkte u. a.:

- **Abrechnungsfragen in der Implantologie/
Umgang mit dem Auskunftsbegehren der PKVs**
- **Gesetzliche Grundlagen in der Implantologie**

Ehrengast: Prof. hc. Dr. E. Brinkmann

Durchführung: Bundesverband der implantologisch tätigen
Zahnärzte in Europa e.V. BDIZ/EDI

Anmeldungen und Rückfragen erbeten an:
Dr. med. Renate Tischer-Richter, Vorstandsmitglied des BDIZ/EDI
Langenfelder Str. 27 · 36433 Bad Salzungen
Tel.: 0 36 95/62 26 63 · Fax: 0 36 95/60 61 07

Anzeige

**FUNKTION UND DESIGN
INNENEINRICHTUNGS GMBH**

Wir fertigen für Sie 
nach individueller Planung

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

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



Anzeige

A

Bohren Sie ruhig weiter!

... wir kümmern uns inzwischen um den Rest.

Zum Beispiel:

- um das Wohlfühlambiente in Ihren Praxisräumen.
- um Ihr Coporate Design – Briefbögen, Visitenkarten, Recall- und Bestellkarten, Patienteninformationen, Flyer, Poster, Patientenzeitschrift, Internetauftritt, ...

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

Anzeige

FACH DENTAL LEIPZIG 2003



Die Fachmesse für Zahnarztpraxen
und Dentallabors

19. | 20. September 2003



Bereit für die Zukunft!

Sie wollen: Arbeiten mit den neuesten Standards, technisch up-to-date und kostenoptimiert.

Die Lösung: Die Fachdental Leipzig - die Informationsplattform für die Dentalbranche in Ostdeutschland! Namhafte Aussteller zeigen im Jahr der IDS ihre Produktneuheiten für die zahn-

technischen und zahnmedizinischen Berufe. Sie bieten Beratung in ökonomischen und technischen Fragen.

Von CAD/CAM-Technik über Ästhetik bis hin zu Hygiene und branchenübergreifender Kommunikation. Hier findet der Dialog statt, der Sie fit macht für die Zukunft.

Eine Plattform für Ihr Know-How. Besuchen Sie uns!

Leipziger Messe 19. | 20. September 2003

Öffnungszeiten: Freitag 13 - 19 h | Samstag 9 - 14 h

Veranstalter: Die Dentaldepots in der Region Sachsen,
Sachsen-Anhalt Süd, Thüringen-Ost

www.fachdental-leipzig.de