

tzb

Thüringer
Zahnärzte
Blatt

Ausgabe 10 | 2003

Kariesforschung von internationalem Rang

Lesen Sie ab S. 6

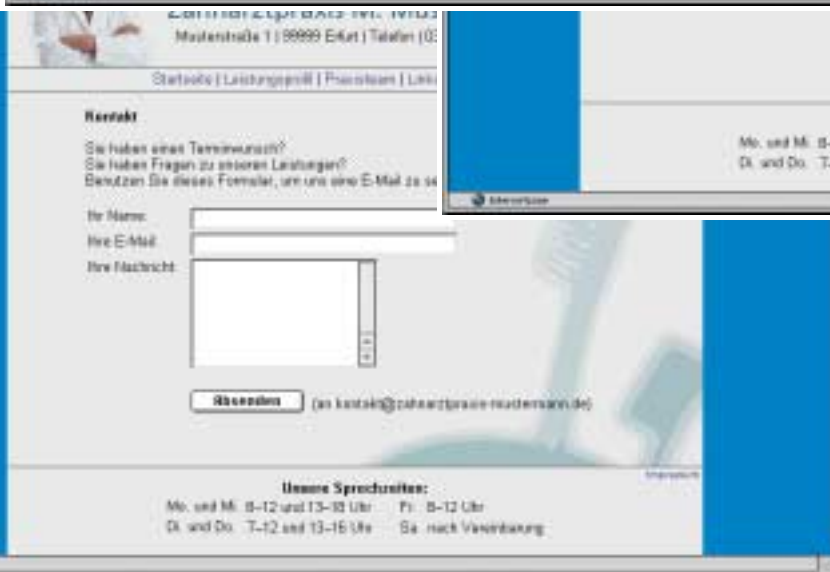
Verursacht Parodontitis Allgemeinerkrankungen? S. 23



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

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

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



- Hier ein Beispielangebot:
- individuell gestaltete Internetpräsenz
 - 5 Seiten Umfang (Startseite, Wir über uns, Leistungsbeschreibung, Anfahrt, Kontakt)
 - Domainregistrierung und -pflege
- einmalig 350,- € zzgl. ges. MwSt.
für ein Jahr, dannach 25,- € je Folgejahr.
Aktualisierung und Ausbau nach Aufwand.

Fragen Sie uns doch einfach!

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

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,



die Veröffentlichung der gemeinsamen Eckpunkte der Konsensgespräche der Bundesregierung und der Opposition zur Gesundheitsreform hat schon ihre ersten Auswirkungen gezeigt: Die Krankenkassen vergeben so viele Gutachteraufträge für prothetische Versorgungen wie noch nie und die Patienten sind verunsichert. Dies stellt man nicht nur in den verschiedenen Zahnarztpraxen fest, sondern auch in den Gesprächen zur Patientenberatung. Stets kommt die Frage, ob man denn im nächsten Jahr schon den Zahnersatz selbst zahlen müsse. Verstärkt kommen jetzt die Patienten in die Zahnarztpraxen und fragen nach der Notwendigkeit einer neuen Versorgung. Jetzt möchten selbst die Patienten Zahnersatz, die diesen eigentlich schon seit Jahren benötigt hätten, aber nie Wert darauf legten. Wenn sie dann noch sagen, dass sie diesen nach Möglichkeit noch im gleichen Monat haben möchten, da sie bis dahin zuzahlungsbefreit sind, kann sich jeder Zahnarzt nur noch „freuen“. Am liebsten möchten die Patienten zurzeit einen neuen prothetischen Ersatz, der für den Rest ihres Lebens hält. Sie sind auch eher zur Zuzahlung und entsprechenden Mehrkostenvereinbarungen bereit, wenn sie von der Langlebigkeit und Erweiterungsmöglichkeit ihres Zahnersatzes in Zukunft überzeugt werden können.

Eigentlich müsste man sich ja als Unternehmer über Mehrarbeit freuen können. Aber sie hat eben auch ihre Tücken. Mancher Kollege meint, wenn ich den Patienten nicht prothe-

tisch versorge, dann geht er zum nächsten Zahnarzt, der ihn bestimmt versorgt und nicht wegschickt. Da kann man nur hoffen, dass jeder Kollege das letzte Vorstandsrundschreiben der KZV liest. Denn alle Kollegen werden die Rechnung für das zusätzliche Arbeitsaufkommen schon in diesem Jahr und verstärkt auch noch im nächsten Jahr erhalten.


Es ist also wichtig, mit den Patienten verstärkt zu sprechen – und sie auch darüber aufzuklären, dass sich im nächsten Jahr ja eigentlich noch nicht viel ändert, der Zahnersatz soll schließlich erst 2005 ausgegliedert werden. Es wird auch sicherlich einfacher sein, einen zuzahlungspflichtigen Patienten davon zu überzeugen, dass sein Zahnersatz doch voll funktionstüchtig und eine neue Prothese nicht notwendig ist. Und man sollte bei jeder Neuversorgung auch wieder verstärkt mit der Schaden-Nutzen-Relation argumentieren. Bei der Erneuerung einer eigentlich intakten Krone, die eventuell nur eine geringe Gingivaretraktion und intakte Ränder zeigt, überwiegt schließlich der Schaden den Nutzen. Der verunsicherte Patient ist meist ein zahnmedizinischer Laie und wird sich sicherlich von diesem Argument überzeugen lassen.

Das Verhalten unserer Patienten hat sich in den letzten Jahren geändert, sie sind sicherlich anspruchsvoller und auch fordernder geworden. Nicht alle Patienten sind so zufrieden wie eine Omi, die auf der Messe „50 Plus“ in Erfurt stolz und zufrieden am Messestand

der Landes Zahnärztekammer vorbeispazierte und berichtete, dass ihr Zahnersatz schon fast 40 Jahre alt sei. Patienten, die sich mit Implantaten versorgen lassen möchten, verlangen am liebsten eine entsprechende Zahnarzt-Empfehlung, damit sie die größtmögliche Garantie für eine erfolgreiche Versorgung haben. Interessant in diesem Zusammenhang, wie Patienten die Diskussion um die überflüssigen Fortbildungsverpflichtungen für Zahnärzte aufnehmen. Eine Besucherin an unserem Messestand bemerkte, ihr Zahnarzt sei schon etwas älter – ob der sich denn auch weiterbilde?

Die so genannte Gesundheitsreform wird kommen und auch die nächste wird nicht lange auf sich warten lassen. Wir sind nur ein kleiner Berufsstand, aber gerade deshalb sollten wir gemeinsam versuchen, die ersten nachteiligen Auswirkungen der bevorstehenden Gesundheitsreform auf unsere Zahnarztpraxen gering zu halten. Gerade jetzt ist es wichtig, dass die Zahnärzte und ihre standespolitischen Vertreter gemeinsam handeln.

*Ihre Dr. Angelika Krause,
Referentin Patientenberatung
der Landes Zahnärztekammer
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, Barbarossa Hof 16, 99092 Erfurt,
 Tel.: 0361/74 32-136,
 Fax: 0361/74 32-150,
 E-Mail: ptz@lzkth.de, webmaster@kzv-thueringen.de
 Internet: www.lzkth.de

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

Anzeigenannahme und -verwaltung:

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

November-Ausgabe 2003:

Redaktionsschluss: 17.10.2003
 Anzeigenschluss: 24.10.2003

Editorial	3
Aktuelles	
<i>Kariesforschung von internationalem Rang</i>	6
<i>„Auf dem Weg in die Prophylaxe-Wüste“</i>	7
<i>Zwei DAJ-Preisträgerinnen aus Erfurt</i>	7
KZV	
<i>Versorgungsgradfeststellung</i>	8
<i>Ausschreibungen</i>	8
<i>Verhandlungen mit Ersatzkassen gescheitert</i>	10
LZKTh	
<i>Fortbildungsakademie „Adolph Witzel“</i>	10
<i>Kreisstellen der Kammer komplett besetzt</i>	11
<i>Ausschüsse der Landes Zahnärztekammer</i>	15
<i>Viele Patientenfragen beantwortet</i>	16
<i>Angehende ZMF behandelten behinderte Kinder</i>	16
<i>Mitteilung</i>	17
Praxismanagement	17
Versorgungswerk	
<i>Agieren in schwierigem Umfeld</i>	18
<i>Kapitalmarkt wirkt sich aus</i>	18
Recht	
<i>Weiterbeschäftigung bei Arbeitsrechtsstreit</i>	20
<i>Wenn im Gericht die Uhren falsch gehen</i>	20
<i>EuGH-Urteil zur Bereitschaftszeit von Klinikärzten</i>	20
Veranstaltungen	
<i>Interessantes wissenschaftliches Programm</i>	21
Fortbildung	
<i>Verursacht Parodontitis Allgemeinerkrankungen?</i>	23
<i>Adjuvante Antibiotika in der Parodontitistherapie</i>	26
<i>Dissertationen</i>	28
Gesundheitspolitik	
<i>Blick nach Schweden</i>	32
<i>Bundestag beschloss Gesundheitsreform</i>	35
<i>Freier Verband contra Wissenschaftler</i>	36
<i>Krankenkasse fürchtet Honorarexplosion</i>	36
<i>Praxisgebühr auch bei Notfallbehandlungen</i>	37
<i>Umfrage: Deutsche bei Zahnersatz für Gesetzliche</i>	37
Info	
<i>Von wegen Nachwuchssorgen</i>	38
<i>Master der Implantologie</i>	38
Aktion	
<i>Styropor-Karies und gesundes Frühstück</i>	50
<i>Medieninteresse für Tag der Zahngesundheit</i>	50



Kariesforschung von internationalem Rang

WHO-Zentrum „Prävention oraler Erkrankungen“ Erfurt/Jena besteht 20 Jahre

Von Prof. Dr. Annerose Borutta

Mit einem Symposium zur Mundgesundheit in Europa beging das WHO-Kollaborationszentrum (WHOCC) „Prävention oraler Erkrankungen“ an der Friedrich-Schiller-Universität Jena im September ein rundes Jubiläum. Das WHOCC besteht 20 Jahre. Am 11. Dezember 1983 wurde es an der damaligen Medizinischen Akademie Erfurt von der WHO inau-
 guriert. Voraussetzung für diese Ernennung waren die wissenschaftlichen Ergebnisse auf dem Gebiet der oralen Epidemiologie sowie die zahlreichen internationalen Forschungs-
 kooperationen der 1975 gegründeten Zahn-
 klinik. Seit 1994 gehört dieses Wissen-
 schaftszentrum zur Poliklinik für Präventive
 Zahnheilkunde des Zentrums Zahn-, Mund-
 und Kieferheilkunde der Medizinischen Fakul-
 tät der Friedrich-Schiller-Universität Jena.
 Das Bundesministerium für Gesundheit be-
 stätigte und fördert seit 1991 das WHOCC.
 Damit ist diese Einrichtung das einzige WHO-
 Kollaborationszentrum auf dem Gebiet der
 Mundgesundheit im deutschsprachigen Raum.
 Der Arbeitsplan wird alle vier Jahre zwischen
 dem WHOCC, der WHO und dem Bundes-
 ministerium für Gesundheit festgelegt. Nach
 erfolgreicher Realisierung der Aufgaben mit
 jährlicher Berichterstattung an die WHO und
 das Bundesministerium kann die Wiederbe-
 stätigung des Zentrums bei der WHO bean-
 tragt werden. Seit 20 Jahren wurde das
 WHOCC „Prävention oraler Erkrankungen“ kon-
 tinuierlich alle vier Jahre wiederbestätigt.
 Es unterstützt die WHO bei der Erstellung und
 Aktualisierung der Datenbank über die Ver-
 breitung oraler Erkrankungen sowie bei der
 Konzipierung von Gesundheitsprogrammen
 und ihrer Evaluierung. Daneben wurde das
 Zentrum mit der Organisation, Durchführung
 und Auswertung nationaler epidemiologischer
 Studien beauftragt, die eingebunden waren in
 umfangreiche WHO-initiierte multinationale
 Projekte mit dem Ziel, die Mundgesundheit
 und ihre Einflussfaktoren zu analysieren. Hin-
 zu kommt, dass die WHO ihre Kollaborations-
 zentren auch in die Entwicklung neuer Unter-
 suchungsmethoden zur objektiven Bestim-
 mung oraler Erkrankungen einbindet. In diesem
 Zusammenhang hat das WHOCC an der Ent-
 wicklung und Testung des Community Pe-
 riodontal Indexes (CPI) und des Dental Aes-

thetic Indexes (DAI) für epidemiologische Stu-
 dien mitgewirkt. Beide Methodologien fanden
 ihren Niederschlag in der 4. Ausgabe der „Oral
 Health Surveys Basic Methods“, ein von der
 WHO 1997 herausgegebener Leitfaden zur Pla-
 nung, Durchführung und Auswertung oral epi-
 demiologischer Untersuchungen.



Prof. Dr. Annerose Borutta bei der Behandlung eines „Milchgebisskaries“-Patienten. An der Universitätspoliklinik für Präventive Zahnheilkunde ist das WHOCC angesiedelt.

Foto: Zeiß

Die epidemiologischen und soziologischen
 Studien des WHOCC erfolgen in Thüringen –
 in enger Zusammenarbeit mit der Landes Zahn-
 ärztekammer, der Landesarbeitsgemeinschaft
 Jugendzahnpflege und dem öffentlichen Ge-
 sundheitsdienst.

Die Ergebnisse reflektierten eine seit Beginn
 der 90-er Jahre rückläufige Kariesverbreitung
 bei Kindern und Jugendlichen. Stärker ist die-
 ser Trend im bleibenden Gebiss ausgeprägt.
 Trotz eines Anstiegs kariesfreier Vorschul-
 kinder ist die Mundgesundheit bei ihnen häu-
 fig unzureichend, was sich in einer zu hohen
 Kariesverbreitung und ungenügender Sanie-
 rungsleistung dokumentiert. Ein Grund dafür
 ist die frühkindliche Karies, die bereits in den
 ersten Lebensjahren auftreten kann. Gegen-
 wärtig beschäftigt sich das WHOCC mit dem
 Kariesrisiko, seiner Erkennung und Minimie-
 rung. Ein erhöhtes Erkrankungsrisiko ist auch
 mit ungünstigen sozialen Faktoren verbunden.
 Niedriger Bildungsgrad und ein niedriger
 sozio-ökonomischer Status sind nicht selten
 mit einem ungenügenden Gesundheitsverhal-
 ten verbunden und fördern demzufolge Karies.

Nach den Empfehlungen der WHO ist eine
 effektive Verbesserung der Mundgesundheit
 nur im Kontext zur allgemeinen Gesundheits-
 förderung zu sehen. Mundgesundheit ist Teil
 der allgemeinen Gesundheit und hat einen ent-
 scheidenden Einfluss auf die Lebensqualität.
 Unter dieser Betrachtungsweise ist es sinn-

voll, im sozialen Umfeld alle Voraussetzungen
 für eine gesunde Lebensweise, d. h. gesunde
 Ernährung, sportliche Aktivitäten, sinnvolle
 Freizeitgestaltung, Vermeidung von Tabak- und
 Drogenkonsum und vieles andere mehr zu
 schaffen, um die Risiken für nichtübertrag-
 bare Erkrankungen, zu denen auch die Karies
 gehört, zu minimieren. Ansätze für ein solches
 Vorgehen bestehen bereits in Thüringen mit
 dem Netzwerk „Gesunde Städte“ oder auch
 mit dem Projekt in Vorschuleinrichtungen
 „Ernährung, Umwelt und Zahngesundheit“
 in denen das WHOCC involviert ist. Daneben
 ist das WHOCC offen für die Zusammenarbeit
 mit weiteren, an der Mundgesundheit inte-
 ressierten Institutionen und bietet als Refe-
 renzzentrum seine Erfahrungen auf diesem
 Gebiet an.

Anschrift der Verfasserin:

Prof. Dr. Annerose Borutta
 Direktorin des WHO-Kollaborationszentrums
 Prävention oraler Erkrankungen
 Nordhäuser Str. 78, 99089 Erfurt
 ☎ 03 61/7 41 -13 01
 E-Mail: borutta@zmkh.ef.uni-jena.de

„Auf dem Weg in die Prophylaxe-Wüste“

Gesellschaften warnen vor Einschnitten bei Zahnmedizin an Universität Jena

Jena/Berlin (nz). Angesichts laufender Umstrukturierungen am Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZZMK) der Friedrich-Schiller-Universität Jena schlagen renommierte deutsche Fachgesellschaften Alarm: Nach Ansicht der Gesellschaften für Kinderzahnheilkunde (DGK) und für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) ist der Lehrstuhl für präventive Zahnheilkunde in seiner Existenz bedroht. Angesichts dieser Entwicklung sehen die Fachgesellschaften Deutschland gar auf dem Weg in die Prophylaxewüste. Jena ist einziger Universitätsstandort in Deutschland mit einem solchen Lehrstuhl.

Die Kürzungen hätten fatale Folgen: Der Lehrstuhl könne in seiner Forschungs- und Lehrtätigkeit den Erfordernissen einer modernen, prophylaxeorientierten Zahnmedizin nicht mehr entsprechen, heißt es in einer Presseerklärung der Gesellschaften. „Für die zahn-

ärztliche Ausbildung ist der zunehmende Know-how-Verlust im Prophylaxe-Bereich ebenso fatal wie für die zwingend notwendige Zusammenarbeit von Forschung und Unternehmen“, warnte PD Dr. Norbert Krämer, Präsident der DGK. Der Jenaer Lehrstuhl sei international führend auf den Gebieten der Fluorid-Forschung, Fissurenversiegelung und Kariesfrühdagnostik und somit ein wichtiges Kompetenzzentrum für die Ermittlung, gezielte Betreuung sowie Behandlung von Risikopatienten.

Hinter den lautstarken Protesten steckt ein bereits seit zwei Jahren bekanntes Problem: Der Freistaat Thüringen hat seine Zuschüsse für das FSU-Klinikum heruntergefahren (tzb 9/2001). Dies hat Auswirkungen auf den Personalbestand. Vollzeitstellen bei den Helferinnen und den Zahntechnikern mussten abgebaut werden. Das wissenschaftliche Perso-

nal der Poliklinik für präventive Zahnheilkunde wird nach Angaben der Universitätsleitung auf 3,8 Vollzeitstellen abgebaut. Die Lehre in diesem Bereich sei damit aber abgesichert. Zugleich erklärte die Universität, die Existenz der Poliklinik für präventive Zahnheilkunde selbst stehe nicht zur Debatte. Ihre Schließung sei nicht geplant.

Angesichts der finanziellen Einschnitte müsse sich das Klinikum vordringlich auf die Kernbereiche in Forschung, Lehre und Krankenversorgung konzentrieren. Zu diesen gehöre die präventive Zahnheilkunde jedoch nicht. Hintergrund dieser Feststellung ist die derzeit gültige Approbationsordnung für Zahnärzte, die aus dem Jahr 1955 stammt und die letztlich Basis der Ausbildungsinhalte für angehende Zahnärzte ist: Und hier nimmt die Prävention nur einen geringeren Umfang ein.

Zwei DAJ-Preisträgerinnen aus Erfurt

Bundesarbeitsgemeinschaft verlieh Dr. Wahl-Preis 2003

Erfurt (daj/tzb). Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V. (DAJ) hat im September in Erfurt den Dr. Wahl-Preis 2003 verliehen. Mit dem Preis würdigt die DAJ die Verdienste ihres ersten Vorsitzenden, Dr. Gotthold Wahl, um die Jugendzahnpflege. Erfreulich aus Thüringer Sicht: Unter den diesjährigen Preisträgern sind auch zwei Ärztinnen aus Erfurt.

Der mit 1500 Euro dotierte 1. Preis ging an das Team Dr. Dietmar Pommer, Simone Bassi-Irion und Aleksia Braun (Tuttlingen) für seine besondere Leistung zum ausgeschriebenen Thema „Stellenwert und Motivation zur Mundhygiene im Rahmen der Körperpflege von Jugendlichen“. Das Thema berücksichtigt die Gruppe von Jugendlichen, deren Ansprache und Motivierbarkeit auf dem Prüfstand steht. Da in einigen schulischen Einrichtungen ein überproportional hohes Kariesvorkommen zu beobachten ist, hatte der Gesetzgeber vorgesehen, dass für diese Gruppe der 13- bis 16-Jährigen „spezifische Programme“

zu entwickeln sind. Der Preisträger, das Team Dr. Pommer, lieferte ein ausgereiftes didaktisches Konzept, das praktisch ausgerichtet und theoretisch fundiert begründet ist. Gut strukturierte Unterrichtseinheiten mit zielgruppenspezifischen Modulen für 7. bis 9. Klassen unter Einbindung von Fachlehrern und Bezugnahme zum Lehrplan für Haupt- und Förderschulen sind die besonderen Kennzeichen der Arbeit.

Den 2. Preis in Höhe von 1000 Euro erhielten die Erfurterinnen Dr. Kristina Rohmann und Kathrin Sigusch. Beide haben in Zusammenarbeit mit dem Jugendzahnärztlichen Dienst der Stadt Erfurt ein überzeugendes Programm für die 9. Klasse einer Förderschule erarbeitet. An den verschiedenen Stationen geht es sehr praktisch zu: Gebissabdruck, selbst hergestellte Zahnpasta oder Test zur Härteprüfung des Zahnschmelzes. Der Angst vor dem Zahnarztbesuch lässt sich in einem Rollenspiel oder bei der Erstellung eines Comics im Computerkabinett zu Leibe rü-

cken. Außerdem gehört die Planung eines gesunden Schulfrühstücks zum preisgekrönten Erfurter Projekt.

Der 3. Preis in Höhe von 500 Euro ging an die Gruppe „zahnaktiv“ aus Berlin für ihr seit 1998 bereits an über 1200 Schülerinnen und Schülern erprobtes Prophylaxe-Konzept. Die Initiatoren, PD Dr. Reinhard Pastille, Dr. Klaus-Peter Jurkat und Hermann Bruhn, haben dazu ein Programm für Schul-Projektwochen entwickelt. Einen Sonderpreis in Höhe von 1000 Euro erhielt die Agentur KO2B (Dortmund) für das Konzept einer Prophylaxe-Kampagne bei Jugendlichen. Der DAG-Vorsitzende Bernd Wiethard sagte bei der Preisverleihung: „Durch die vorgestellten Projekte können wesentliche Impulse gegeben werden, eine Verhaltensänderung bei Jugendlichen vor allem in Einrichtungen mit hohem Kariesaufkommen einzuleiten.“

Den Dr. Wahl-Preis vergibt die DAJ seit 1972 in etwa dreijährigem Abstand.

Versorgungsgradfeststellung

Stand: 24. September 2003

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

Ausschreibungen

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

Saalfeld

ausgeschrieben.

Gemäß § 103 Abs. 4 SGB V wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Landkreis Schmalkalden-Meiningen ein Vertragszahnarztsitz in

Benshausen

ausgeschrieben.

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

Erfurt

ausgeschrieben.

Gemäß § 103 Abs. 4 SGB V wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulas-

sungsbezirk Kyffhäuser-Kreis ein Vertragszahnarztsitz in

Roßleben

ausgeschrieben.

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

Ohrdruf

ausgeschrieben.

Bewerbungen und Anträge an den Zulassungsausschuss müssen zur ordnungsgemäßen Bearbeitung spätestens drei Wochen vor dem Sitzungstermin vollständig in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen, Theo-Neubauer-Straße 14, 99085 Erfurt, vorliegen. Die nächste Sitzung ist auf den **3. Dezember 2003** terminiert.

*Helmboldt, Geschäftsstelle
Zulassungsausschuss*

Beschluss

Bezug nehmend auf die erfolgte Veröffentlichung zur Versorgungsgradfeststellung und die Bestimmungen der §§ 100 und 101 SGB V in Verbindung mit §§ 15 und 16b ZV-Z ergeben sich nach der Sitzung des Zulassungsausschusses am 3. 9. 2003 folgende Veränderungen bezüglich der Anordnung/Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen:

Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für die zahnärztliche Versorgung: **keine**

Anordnung von Zulassungsbeschränkungen für die zahnärztliche Versorgung: Planungsbereiche **Jena-Stadt, Sömmerda**

Hinweis: Gemäß der Absprache zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der KZV Thüringen vom 27.2.2002 wird im Planungsblatt C, der Planungsbereich „Wartburgkreis“ mit Stand September 2001 veröffentlicht.

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

*gez. Günther Schroeder-Printzen,
Vorsitzender des
Landesausschusses*

Zahnärztliche Versorgung

Planungsblatt B

Stand: 3. September 2003

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
PB-Nr.	Planungs- bereich	Einwohner Dez 02	Ber. Einw.-zahl	Versorgungs- grad 100%	Versorgungs- grad 110%	Vert.- ZÄ	Angest.	Gesamt +Ermä.	Kfo-Anr.- ZÄ	Gesamt	Versorg- grad %
1 (51)	Erfurt, Stadt	199.967		156,2	171,8	201	1	203	3	200	127,8
2 (52)	Gera, Stadt	108.082		84,4	92,9	103	0	103	2	101	120,1
3 (53)	Jena, Stadt	100.542		78,5	86,4	92	0	92	4	88	112,1
4 (54)	Suhl, Stadt	45.569		27,1	29,8	42	0	42	0	42	154,8
5 (55)	Weimar, Stadt	64.069		38,1	41,9	45	7	52	0	52	136,2
6 (56)	Eisenach	44.306		26,4	29,0	36	3	39	2	37	139,7
7 (61)	Eichsfeld	112.498		67,0	73,7	75	1	76	1	75	111,7
8 (62)	Nordhausen	96.628		57,5	63,3	73	1	74	1	73	126,3
9 (63)	Wartburgkreis	142.595		84,9	93,4	97	0	97	1	96	112,6
10 (64)	Unstrut-Hain.-Kr.	117.324		69,8	76,8	87	0	87	0	87	124,2
11 (65)	Kyffhäuserkr.	91.940		54,7	60,2	66	1	67	1	66	120,4
12 (66)	Schmalk.-Mein.	141.055		84,0	92,4	107	0	107	1	106	125,9
13 (67)	Gotha	146.632		87,3	96,0	119	0	119	2	117	134,0
14 (68)	Sömmerda	79.592		47,4	52,1	55	0	55	2	53	112,5
15 (69)	Hildburghausen	72.769		43,3	47,6	44	1	45	0	45	103,5
16 (70)	Ilm-Kreis	120.446		71,7	78,9	82	0	82	0	82	114,0
17 (71)	Weimarer Land	90.262		53,7	59,1	61	0	61	1	60	112,5
18 (72)	Sonneberg	66.562		39,6	43,6	53	0	53	2	51	129,3
19 (73)	Saalf.-Rudolst.	129.610		77,1	84,9	89	3	92	1	91	117,6
20 (74)	Saale-Holzl.-Kr.	92.969		55,3	60,9	67	0	67	5	62	112,3
21 (75)	Saale-Orla-Kr.	96.607		57,5	63,3	65	0	65	0	65	112,7
22 (76)	Greiz	121.129		72,1	79,3	93	0	93	2	91	126,8
23 (77)	Altenburg.Land	110.887		66,0	72,6	74	0	74	0	74	112,1

Kieferorthopädische Versorgung

Planungsblatt C

Stand: 3. September 2003

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
PB-Nr.	Planungs- bereich	Einwohner Dez 02	Ber. Einw.-zahl	Versorgungs- grad 100%	Versorgungs- grad 110%	Vert.- ZÄ	Angest.	Gesamt +Ermä.	Kfo-Anr.- ZÄ	Gesamt	Versorg- grad %
1 (51)	Erfurt, Stadt	199.967		12,5	13,7	9	0	9	3	12	98,4
2 (52)	Gera, Stadt	108.082		6,8	7,4	3	0	3	2	5	67,5
3 (53)	Jena, Stadt	100.542		6,3	6,9	7	0	7	4	11	174,6
4 (54)	Suhl, Stadt	45.569		2,8	3,1	2	0	2	0	2	70,9
5 (55)	Weimar, Stadt	64.069		4,0	4,4	4	0	5	0	5	126,7
6 (56)	Eisenach	44.306		2,8	3,0	2	0	2	2	4	150,5
7 (61)	Eichsfeld	112.498		7,0	7,7	3	0	3	1	4	59,3
8 (62)	Nordhausen	96.628		6,0	6,6	3	0	3	1	4	71,4
9 (63)	Wartburgkreis	142.595		8,9	9,8	2	1	3	1	4	49,5
10 (64)	Unstrut-Hain.-Kr.	117.324		7,3	8,1	4	0	4	0	4	58,0
11 (65)	Kyffhäuserkr.	91.940		5,7	6,3	1	0	1	1	2	35,9
12 (66)	Schmalk.-Mein.	141.055		8,8	9,7	6	1	7	1	8	92,7
13 (67)	Gotha	146.632		9,2	10,1	4	0	4	2	6	65,2
14 (68)	Sömmerda	79.592		5,0	5,5	1	0	1	2	3	54,2
15 (69)	Hildburghausen	72.769		4,5	5,0	1	0	1	0	1	25,4
16 (70)	Ilm-Kreis	120.446		7,5	8,3	5	0	5	0	5	69,4
17 (71)	Weimarer Land	90.262		5,6	6,2	4	0	4	1	5	80,2
18 (72)	Sonneberg	66.562		4,2	4,6	2	0	2	2	4	89,4
19 (73)	Saalf.-Rudolst.	129.610		8,1	8,9	2	0	2	1	3	40,2
20 (74)	Saale-Holzl.-Kr.	92.969		5,8	6,4	1	0	1	5	6	100,6
21 (75)	Saale-Orla-Kr.	96.607		6,0	6,6	3	0	3	0	3	52,2
22 (76)	Greiz	121.129		7,6	8,3	5	0	5	2	7	85,6
23 (77)	Altenburg.Land	110.887		6,9	7,6	3	0	3	0	3	43,2

Verhandlungen mit Ersatzkassen gescheitert

KZV Thüringen ruft nach zweiter Verhandlungsrunde das Schiedsamt an

Erfurt (kzv). Die Honorarverhandlungen für die 1900 niedergelassenen Zahnärzte zwischen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Thüringen und den Thüringer Ersatzkassen, bestehend aus dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK) und dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. (AEV), sind gescheitert. Die Verhandlungsführer der Zahnärzte brachen am 8. September die zweite Verhandlungsrunde über die Vergütung von Zahnbehandlungen für das Jahr 2003 nach einem unzumutbaren Angebot der Ersatzkassen ab. „Damit sind die Ersatzkassen die einzige Kassenart, bei der die Vergütung zahnmedizinischer Leistungen für das laufende Jahr ungewiss ist“, erklärte der Vorsitzende der KZV Thüringen, Dr. Karl-Friedrich Rommel, im Anschluss an die gescheiterte Verhandlungsrunde.

Die Zahnärzte waren mit der Forderung nach einer Vergütung auf dem Niveau des Vorjahres in die Verhandlungen gegangen. „Das entspricht exakt den Vorgaben der Bundesregierung, die auch den Zahnärzten für dieses Jahr eine Nullrunde bei den Honoraren verordnet hat“, erläuterte Dr. Rommel. Schon dies hätte für die Praxen faktisch eine Verschlechterung bedeutet – denn bei den laufenden Kosten kann von einer Nullrunde keine Rede sein, sie sind unbeeindruckt von gesundheitspolitischen Verordnungen gestiegen.

Unzumutbares Angebot

Hingegen wollten die Ersatzkassen die Vergütung für zahnmedizinische Leistungen dramatisch absenken. „Das war für uns nicht hin-

nehmbar“, so Dr. Rommel. Die KZV bereitet nunmehr den Gang zum Schiedsamt vor.

Eine Absenkung des Honorarvolumens, wie von den Ersatzkassen gewollt, bedeutet für die Zahnarztpraxen Umsatzeinbußen bei gleichzeitig steigendem Leistungsumfang. Vor allem Zahnersatzbehandlungen sorgen zurzeit für volle Praxen. „Die allgemeine Verunsicherung um die Gesundheitsreform und die geplante Privatisierung von Zahnersatzleistungen ab 2005 hat dazu geführt, dass viele Patienten unbedingt in diesem Jahr noch Zahnersatzleistungen in Anspruch nehmen wollen“, sagte der KZV-Vorsitzende. Das setze aber voraus, dass die Vergütung der Zahnärzte geklärt sei. Unter den derzeitigen Bedingungen jedenfalls erscheine die zahnmedizinische Versorgung der Ersatzkassenpatienten gefährdet.

Fortbildungsakademie „Adolph Witzel“

Für folgende Kurse aus dem Fortbildungsprogramm Herbstsemester 2003/2004 der Landeszahnärztekammer Thüringen werden noch Anmeldungen entgegengenommen.

Datum	Ort/Kurs-Nr.	Thema	Wissenschaftliche Leitung	Teilnehmergeb.
Mi., 12.11.03	Erfurt/ 030066	Klinische Visite: Klinikluft schnuppern – einmal anders und ohne Stress	PD Dr.Dr. H. Pistner, Erfurt	250,-

Achtung Terminverlegung:

(ursprünglicher Termin 22.10.03)

Mi., 12.11.03	Erfurt/ 030061	Risikopatienten in der Parodontologie	Dr. Ralf Rößler, Wetzlar
---------------	-------------------	---------------------------------------	--------------------------

Achtung Zusatztermin:

Fr., 21.11.03 15 – 19 Uhr	Erfurt 030078	GOZ vom Praktiker für den Praktiker	Dr. Gisela Brodersen, Erfurt
------------------------------	------------------	-------------------------------------	------------------------------

Anmeldungen bitte schriftlich an:

LZKTh, Barbarossahof 16, 99092 Erfurt
Fax: 0361/74 32 -150
E-mail: fb@lzkth.de

Ansprechpartner:

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

Kreisstellen der Kammer komplett besetzt

Vorsitzende und Stellvertreter für den Zeitraum 2003 bis 2007

Erfurt (Izkth). Gemäß § 2 Abs. 6 der Geschäftsordnung der Kammerversammlung der LZKTh haben die Kreisstellen der Landes Zahnärztekammer ihre jeweiligen Vorsitzenden und Stellvertreter gewählt. Hier der Überblick über die Kreisstellenverantwortlichen in der Legislaturperiode von 2003 bis 2007.

Kreis	Vorsitzender	Stellvertreter
Altenburger Land	Dr. Gröschel, Thomas, J.-S.-Bach-Str. 2, 04600 Altenburg, ☎ 0 34 47/31 31 85	Dietel, Steffen, Zeitzer Str. 21, 04600 Altenburg, ☎ 0 34 47/50 10 36
Apolda	Dr. Klauke, Matthias, Dr.-W.-Külz-Str. 12, 99510 Apolda, ☎ 0 36 44/55 34 09	Oschmann, Eberhard, A.-Bebel-Str. 12, 99510 Apolda, ☎ 0 36 44/56 23 88
Arnstadt	Dr. Schmidt, Ingo, Hohe Mauer 2, 99310 Arnstadt, ☎ 0 36 28/60 25 62	Dr. Hohmuth, Hella, Mühlberg Straße 2, 99310 Arnstadt, ☎ 0 36 28/60 59 53
Artern	Dr. Pfrogner, Norbert, Bergstraße 5, 06556 Reinsdorf, ☎ 0 36 44/30 29 18	Spillmann, Almut, Ernst-Thälmann-Straße 28, 06571 Roßleben, ☎ 03 46 72/8 10 50
Bad Langensalza	Dr. Senf, Peter, Neue Gasse 2, 99947 Bad Langensalza, ☎ 0 36 03/81 56 47	Dr. Mohring, Rolf, Erfurter Str. 2, 99947 Bad Langensalza, ☎ 0 36 03/84 32 91
Bad Salzungen	Dr. Reum, Renate, Thomas-Mann-Str. 9, 36448 Bad Liebenstein, ☎ 03 69 61/35 33	Nießner, Ralf, Werrator 35, 36469 Tiefenort, ☎ 0 36 95/82 57 34
Eisenach	Herbst, Christian, Karl-Marx-Str. 20, 99817 Eisenach, ☎ 0 36 91/73 28 23	Dr. Bergholz, Lothar, Sophienstraße 41, 99817 Eisenach, ☎ 0 36 91/7 52 19
Eisenberg	Dr. Layher, Kathrin, Pillingsgasse 2, 07607 Königshofen, ☎ 03 66 91/4 69 31	Dr. Ose, Ingeborg, Fr.-Ebert-Str. 23, 07607 Eisenberg, ☎ 03 66 91/4 23 70
Erfurt-Land	Dr. Leder, Ingeborg-Maria, Erfurter Str. 39, 99195 Stotternheim, ☎ 03 62 04/7 03 54	Dr. Hausmann, Sabine, Str. d. Einheit 2, 99195 Großrudstedt, ☎ 03 62 04/5 15 91
Erfurt-Stadt	Dr. Limberger, Frank, Windthorststraße 18, 99096 Erfurt, ☎ 03 61/345 93 31/32	Dr. Kirchner, Thomas, Benediktsplatz 2, 99084 Erfurt, ☎ 03 61/6 43 54 70 Dr. Tesch, Uwe, Riethstraße 1/1a, 99089 Erfurt, ☎ 03 61/7 91 24 54
Gera-Land	Traichel, Uwe, Bahnhofstraße 56, 07586 Bad Köstritz, ☎ 03 66 05/25 35	Wandelt, Thomas, Neustädter Str. 22, 07570 Weida, ☎ 03 66 03/6 29 30
Gera-Stadt	Börner, Heidemarie, Lessingstraße 2, 07545 Gera, ☎ 03 65/5 13 58	Uhlig, Michael, Christian-Schmidt-Str. 12, 07545 Gera, ☎ 03 65/8 00 29 71
Gotha	Dr. Junge, Christian, Lindenstraße 33, 99844 Friedrichroda, ☎ 0 36 23/30 43 42	Taube, Hilmar, Brunnenstraße 8, 99867 Gotha, ☎ 0 36 21/70 07 54
Greiz	Dr. Brosig, Bernhard, Am Markt 1, 07980 Berga/Elster, ☎ 03 66 23/2 51 77	Dr. Penzold, Konrad, Heynstraße 5, 07973 Greiz, ☎ 0 36 61/43 26 25
Heiligenstadt	Dr. Wittkowski, Karl-Heinz, Lindenallee 11, 37308 Heiligenstadt, ☎ 0 36 06/61 41 46	Dr. Otto, Gerhard, Thomas-Müntzer-Str. 8, 37318 Arenshausen, ☎ 03 60 81/6 15 15

Hildburghausen	Dr. Stephan, Elke, Am Sportplatz 11, 98667 Waldau, ☎ 03 68 78/6 15 31	Vonderlind, Hans-Otto, Friedrich-Rückert-Str. 10, 98646 Hildburghausen, ☎ 0 36 85/40 36 36
Ilmenau	Dr. Burzlaff, Wolfgang, Bahnhofstraße 21, 98693 Ilmenau, ☎ 0 36 77/84 41 03	Dr. Hagen, Karin, Schwanitzstraße 10, 98693 Ilmenau, ☎ 0 36 77/67 05 39
Jena-Land	Dr. Wünsch, Olaf, Bergstraße 2, 07768 Kahla, ☎ 03 64 24 /5 03 63	Dr. Collier, Sigrid, Gabelsberger Straße 14, 07768 Kahla, ☎ 03 64 24/2 24 20
Jena-Stadt	Dr. Kreisel, Angelika, Naumburger Str. 17, 07743 Jena, ☎ 0 36 41/82 64 73	Dr. Kulick, Ralf, Ernst-Abbe-Platz 5, 07743 Jena, ☎ 0 36 41/82 08 40
Meiningen	Wieczorrek, Maik, Meininger-Str. 26, 98634 Wasungen, ☎ 03 69 41/7 02 10	MU Dr. Wessely, Michael, Seniorenweg 3, 98617 Meiningen, ☎ 0 36 93/7 91 11
Mühlhausen	Schütz, Hans-Joachim, Burgstr. 49, 99986 Oberdorla, ☎ 0 36 01/75 08 18	Seidel, Detlef, Thüringer Str. 60, 99974 Mühlhausen, ☎ 0 36 01/44 02 32
Neuhaus a. R.	Horn, Alexandra, Dr.-Robert-Koch-Straße 3, 98744 Oberweißbach, ☎ 03 67 05/6 21 39	Baumgart, Tatjana, Fröberlstraße 33, 98744 Oberweißbach, ☎ 03 67 05/6 21 17
Nordhausen	Wandsleb, Wolf-Dieter, Am Markt 3, 99759 Sollstedt, ☎ 03 63 38/6 04 76	Dr. Pape, Olaf, Philipp-Müller-Str. 7, 99765 Heringen, ☎ 03 63 33/7 03 74
Pöbneck	Dr. Ulitzsch, Bernd, E.-Thälmann-Str. 13, 07381 Pöbneck, ☎ 0 36 47/41 22 01	Dr. Müller, Axel, Geraer Str. 42, 07819 Triptis, ☎ 03 64 82/24 36
Rudolstadt	Dr. Müller, Karl-Heinz, Schwarzburger Chaussee 1, 07407 Rudolstadt, ☎ 0 36 72/42 23 33	Gohla, Michael, Puschkinstraße 1, 07407 Rudolstadt, ☎ 0 36 72/42 45 94
Saalfeld	Heyder, Dieter, Kulmbacher Str. 6, 07318 Saalfeld ☎ 0 36 71/28 21	Dr. Tränckner, Knuth, Schenkendorfstr. 1, 07318 Saalfeld, ☎ 0 36 71/23 93
Schmalkalden	Blaschke, Kerstin, Amalienufer 4, 98574 Schmalkalden, ☎ 0 36 83/40 37 76	Aßmus, Ingrid, Lindenhöhe 14, 98590 Schwallungen, ☎ 03 68 48/2 07 26
Sömmerda	Dr. Krause, Angelika, Th.-Mann-Str. 10, 99610 Sömmerda, ☎ 0 36 34/ 3 90 57	Koch, Thomas, Str. d. Einheit 5, 99610 Sömmerda, ☎ 0 36 34/62 30 86
Sonderhausen	Illgner, Ralf, Goethestraße 12, 99713 Ebeleben, ☎ 03 60 20/7 46 23	Rübsam, Andrea, Kirchstraße 17, 99706 Sondershausen, ☎ 0 36 32/78 33 20
Sonneberg	Koch, Stefan, Bernhardstraße 57, 96515 Sonneberg, ☎ 0 36 75/74 32 90	Dr. Dobmeier, Joachim, Bernhardstraße 6, 96515 Sonneberg, ☎ 0 36 75/70 22 60
Stadtroda	Dr. Schröder, Jörg, Eisenberger Straße 20, 07629 Hermsdorf, ☎ 03 66 01/4 10 40	Pretschold, Torsten, An der Roda 1, 07646 Stadtroda, ☎ 03 64 28/6 10 27
Suhl-Stadt/-Land	Furch, Barbara, Ernst-Haeckel-Str. 1, 98544 Zella-Mehlis, ☎ 0 36 82/48 31 00	Dr. Jung, Doris, Paul-Greifzu-Straße 9, 98527 Suhl, ☎ 0 36 81/72 75 92
Weimar-Stadt/-Land	Dr. Jacob, Andreas, Washingtoner Str. 20, 99423 Weimar, ☎ 0 36 43/5 35 31	Dr. Basche, Christiane, Heinrich-Heine-Straße 2, 99423 Weimar, ☎ 0 36 43/40 02 30
Worbis	Dr. Müller, Reinhard, Bahnhofstraße 10–14, 37327 Leinefelde, ☎ 0 36 05/50 90 19	Dr. Kohl, Gerhard, Zum Rhin 1, 37339 Breitenworbis, ☎ 03 60 74/94 11 7

Ausschüsse der Landeszahnärztekammer

Erfurt (Izkth). Nach den Wahlen zur Kammerversammlung steht nun auch die Besetzung der verschiedenen Ausschüsse und Kommissionen für die Legislaturperiode von 2003 bis 2007 fest.

Schlichtungsausschuss

Vorsitzender: Dr. Bernd Ulitzsch (Pöbneck)
 Stellvertreter: Dr. Thomas Haffner (Jena)
 Dr. Gustav Hofmann (Erfurt)
 Mitglieder: Sabine Karas (Sondershausen)
 Dr. Ingeborg-Maria Leder (Stotternheim)
 Stellvertreter: Dr. Thomas Kirchner (Erfurt)
 Ralph Köberich (Vacha)
 Falk Röhlig (Gera)

Gutachterausschuss/ Patientenberatungsstelle

Vorsitzender: Dr. Ingo Schmidt (Arnstadt)
 Mitglieder: Dr. Angelika Krause (Sömmerda)
 Dr. Bernd Ulitzsch (Pöbneck)
 Korrespondierende Mitglieder:
 Dr. Thomas Haffner – Kfo
 Dr. Wolfgang Herrmann (Eisenach) – Kieferchirurgie

GOZ

Vorsitzende: Dr. Gisela Brodersen (Erfurt)
 Korrespondierendes Mitglied:
 Dr. Rüdiger Mayer (Magdala)
 Berater Kfo: Dr. Hilmar Reinhardt (Suhl)

Fortbildungsausschuss

Vorsitzender: Dr. Guido Wucherpfennig (Erfurt)
 Mitglieder: Dr. Robert Eckstein (Meiningen)
 Dr. Joachim Richter (Saalfeld)
 Dr. Ralf Kulick (Jena)
 Maik Wieczorrek (Wasungen)
 Kerstin Blaschke (Schmalkalden)
 Korrespondierende Mitglieder:
 Dr. Axel Eismann (Erfurt) – Kfo
 Dr. Jörg-Ulf Wiegner (Saalfeld) – Kieferchirurgie

Rechtsausschuss

Vorsitzender: Dr. Andreas Wagner (Erfurt)
 Mitglieder: Christian Herbst (Eisenach)
 Dr. Andreas Jacob (Weimar)
 Stellvertretendes Mitglied:
 Dr. Matthias Seyffarth (Jena)

Ausschuss Zahnärztliche Berufsausübung

Vorsitzender: Dr. Matthias Seyffarth
 Mitglieder: Dr. Wilfried Chemnitus (Erfurt)
 Dr. Annelie Müller (Sondershausen)

Berufsbildungsausschuss

Beauftragter Arbeitgeber:
 Dr. Robert Eckstein
 Mitglieder: Dr. Gabriele Müller (Eisenach)
 Dr. Martina Jarosch (Erfurt)
 Dr. Hansjörg Heidrich (Gera)
 Dr. Gerhard Otto (Arenshausen)
 Dr. Ingrid Glockmann (Jena)
 Stellvertretende Mitglieder:
 Dr. Ralf Kulick (Jena)
 Dr. Bert Hochstein (Erfurt)
 Dr. Christel Schmidt (Ilmenau)
 Dr. Ulrich Klagge (Erfurt)
 Dr. Andreas Bierbaum (Gera)
 MUDr./Univ. Palacky Silke Wessely (Sülzfeld)

Prüfungsausschuss ZMV

Mitglieder: Dr. Christel Schmidt
 Kerstin Prantsch (Kleinreinsdorf)
 Hilde Moomayer (Bischberg)
 Stellvertretende Mitglieder:
 Dr. Bert Hochstein
 Stefanie Schuchardt (Dermbach)
 Irmgard Marischler (Bogen)

Prüfungskommission Kieferorthopädie

Vorsitzender: Prof. Dr. Heinz Graf (Jena)
 Mitglieder: Dr. Elisabeth Löhr (Erfurt)

Dr. Friedemann Müller (Sonneberg)

Stellvertretende Mitglieder:
 Dr. Johannes Bock (Weimar)
 Dr. Matthias Seyffarth
 Vertreter des VS:
 Dr. Angelika Krause

Prüfungskommission Oralchirurgie

Vorsitzender: Prof. Dr. Dr. Peter Hycel (Jena)
 Stellvertreter: Dr. Hans Pistner (Erfurt)
 Mitglieder: Dr. Herbert Hofmann (Suhl)
 Dr. Wolfgang Herrmann
 Stellvertretende Mitglieder:
 Dr. Jörn-Uwe Piesold (Erfurt)
 Dr. T. Wagner (Erfurt)
 Vertreter des VS:
 Dr. Robert Eckstein

Sachverständigenkommission Gleichwertigkeit

Vorsitzende: Prof. Dr. Ingrid Hoyer (Jena)
 Mitglieder: Prof. Dr. Gisela Klinger (Jena)
 Dr. Joachim Richter
 Dr. Guido Wucherpfennig

Alterszahnmedizin/ Behindertenbehandlung

Dr. Jürgen Junge (Schnepfenthal)

Seniorenbetreuung

Heidemarie Börner (Gera)

Viele Patientenfragen beantwortet

Landes Zahnärztekammer auf Messe „50 Plus“ vertreten

Erfurt (lzkth). Zum zweiten Mal beteiligte sich die Landes Zahnärztekammer Thüringen mit einem Informationsstand an der Messe „50 Plus“ auf dem Erfurter Messegelände. Die nach eigenen Angaben bundesweit größte Messe des noch jungen Marktsegments stand unter Schirmherrschaft von Sozialminister Dr. Klaus Zeh (CDU) und wurde ideell unterstützt vom Thüringer Sozialministerium, der Thüringer Volkssolidarität und dem Landessportbund. An den drei Ausstellungstagen wurde ein breites, vielseitiges und attraktives Themenspektrum von gesunder Ernährung, Gesundheit, Sport, Fitness und vielen anderen Angeboten präsentiert. Die Landes Zahnärztekammer gab darin ein gutes Bild ab. Unter anderem waren auch verschiedene Krankenkassen, Sportverbände sowie die Verbraucherzentrale Thüringen, mit der eine gute Zusammenarbeit gepflegt wird, vertreten.

Die Vorstandsmitglieder der Kammer, Dr. Angelika Krause und Dr. Ingo Schmidt, sowie

zwei Mitarbeiterinnen der Kammer wechselten sich an den drei Tagen der Ausstellung ab, um die vielen Fragen rund um die Zahngesundheit zu beantworten. Mit Hilfe von Informationsmaterialien, Produktproben verschiedener Hersteller und einer Schale voller Äpfel – als Zeichen zahngesunder Ernährung – zeigten sich viele Besucherinnen und Besucher sehr interessiert und bekamen prompt fachgerechte und gezielte Antworten. Im Mittelpunkt des Interesses standen vor allem Fragen rund um den Zahnersatz, zur Methodik der Implantation, zu verschiedenen therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten und natürlich viele Fragen zur Gesundheitsreform.

Insgesamt kann die Präsentation der Kammer wieder als Erfolg gewertet werden. Der Beratungsstand wurde nicht nur von der älteren Generation aufgesucht, auch jüngere Leute und Großeltern mit ihren Enkeln zeigten Interesse und konnten viele Fragen beantwortet bekommen. Im nächsten Jahr wird sich die

Kammer wieder der breiten Öffentlichkeit auf der Messe „50 Plus“ wie auch zum Tag der offenen Tür im Erfurter Landtag präsentieren.



Beratung für Messebesucher: Referentin Dr. Angelika Krause (r.) und Patientberaterin Claudia Grobe. Foto: LZKTh

Angehende ZMF behandelten behinderte Kinder

Erfurt (lzkth). Die Teilnehmerinnen am ersten Fortbildungskurs ZMF der Landes Zahnärztekammer absolvierten im September bereits zum zweiten Mal eine praktische Woche. Im Fortbildungszentrum der Kammer in Erfurt übten sich die Teilnehmerinnen in der Behandlung behinderter Kinder. Spielerisch wurden diesen das richtige Zähneputzen und

die einzelnen Behandlungsschritte erläutert. Die kleinen Patienten verfolgten das Geschehen mit viel Interesse und Neugier. Am Ende der Behandlung gab es für jeden Patienten ein kleines Präsent, worüber sich die Knirpse natürlich sehr freuten. Spaß gemacht haben die praktischen Tage allerdings nicht nur den Kindern, sondern auch den Helferinnen.



Zubeißen wie ein Krokodil – das funktioniert nur mit intakten Zähnen. Spielerisch brachten die ZMF-Kursteilnehmerinnen den Kindern das richtige Zähneputzen bei. Das Ergebnis wurde im Spiegel begutachtet. Fotos: LZKTh



Finanzierung in der Zahnarztpraxis

Tipps für Praxisinhaber rund um Investitionen und Kredite

Von Sabine Wechsung

Die Attraktivität der Praxis, ihre Ausstrahlung und damit Wirkung auf Patienten erfordern regelmäßige Re- und Erweiterungsinvestitionen. Dabei ist es ab einer bestimmten Summe von mehreren Tausend Euro angebracht, eine Abwicklung über einen Kredit zu wählen, soweit Eigenkapital nicht ausreichend einsetzbar ist. Bei einer Fremdfinanzierung sind folgende Grundsätze zu beachten.

Betriebsmittelkredit nicht für Investitionen

Keine Finanzierung über den Betriebsmittelkredit: Der Betriebsmittelkredit (Dispokredit, Kontokorrent, Überziehungskredit) ist eines der teuersten Finanzierungsinstrumente und ist deshalb für die Inanspruchnahme bei Investitionen grundsätzlich abzulehnen. Statt dessen ist der Einsatz eines mittel- bis langfristigen Darlehens, deren Laufzeit der betriebsgewöhnlichen Nutzungsdauer des Investitionsobjektes angepasst sein sollte, zu prüfen. Beispielsweise ist eine neue Hard- und Softwareausstattung nicht mit einem Darlehen mit einer Laufzeit von 12 Jahren zu finanzieren. Man zahlt noch Zins und Tilgung zu einem Zeitpunkt, zu dem das Wirtschaftsgut nur noch mit einem Erinnerungswert in den Büchern zu finden ist und damit keine Vorteile in Form von Abschreibungen mehr bietet. Der Praxis wird durch die lange Laufzeit des Kredites Liquidität entzogen.

Angemessene Sicherheiten

Jeder Kredit muss mit Sicherheiten unterlegt werden. Ein ausführliches Gespräch mit der Bank dazu sollte nicht gescheut werden, die Sicherheitsvereinbarungen sollten nicht ohne genaues Prüfen hingenommen werden.

Förderprogramme in Erwägung ziehen

Für die Finanzierung von Investitionen stehen

Förderprogramme des Bundes über die Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) und des Landes (in Thüringen über die Thüringer Aufbaubank TAB) zur Verfügung. Zwar beinhaltet die Förderung auch hier die Kreditgewährung, jedoch werden erheblich günstigere Zinssätze, tilgungsfreie Jahre, Haftungsfreistellungen für die Hausbank angeboten.

Verschuldungsgrenze beachten

Zur Gewährung eines Kredits wird die Praxis durch die Bank bewertet (Rating). Dabei erfolgt die Ermittlung einer Vielzahl von betriebswirtschaftlichen Kennziffern. Besondere Bedeutung wird dabei dem „Cash-Flow“ beigemessen, weil sich aus ihm die Leistungsfähigkeit hinsichtlich der Tilgungs- und Zinszahlungen ermitteln lässt. Die Berechnung der Kapitaldienstfähigkeit über den Cash-Flow erfolgt in drei Stufen:

1. Steuerlicher Praxisgewinn + Abschreibung
= Brutto-Cash-Flow
2. Brutto-Cash-Flow \cdot Privatentnahme
= Netto-Cash-Flow
3. Netto-Cash-Flow + Zinsaufwand
= Kapitaldienstgrenze

Pflege der Bankkontakte

Eine Bank beurteilt Kreditengagements auch im Bereich der „weichen Faktoren“. Darin wird die unterschiedliche Kompetenz, die Persönlichkeit eines Kreditnehmers, bewertet. Auch wenn gerade hier subjektive Faktoren eine dominierende Rolle spielen, sollte man sich an die klassischen Regeln der Kommunikation halten: Gesprächstermine mit dem Kreditbetreuer sollten nicht nur dann vereinbart werden, wenn sich ein neuer „Kreditwunsch“ anbahnt. Regelmäßige Kontakte geben dem Verhältnis zur Bank einen angenehmen, positiven Charakter. Das Vorliegen der aktuellen und letztjährigen Gewinn- und Verlustrechnung ist (meist) ein guter Anlass, ein Gespräch über Entwicklungen und Perspektiven einer Praxis zu führen.

Ein anstehendes Finanzierungsvorhaben sollte in angemessener, anschaulicher Art erläutert und dargelegt werden. Der medizinische Aspekt sollte für den Fachfremden nachvollziehbar sein. Beweisführung anhand von Umsatzzahlen und Prognosenrechnungen für eine lohnenswerte und wirtschaftlich sinnvolle Investition sollten vorbereitet sein und die Bank überzeugen.

Kontakt zur Unterstützung bei Vorbereitung auf das Bankgespräch:

LZKTh ☎ 03 61/74 32 -111

Mitteilung

Entsprechend §§ 3 (1) und 3 (2) Satz 4 der Geschäftsordnung der LZKTh wird die

Kammerversammlung

zu ihrer zweiten Sitzung der 4. Legislaturperiode eingeladen.

Termin: Samstag, der 29. November 2003

Uhrzeit: 9 Uhr

Ort: Geschäftsstelle der Landes-zahnärztekammer Thüringen
Barbarossaahof 16
99092 Erfurt

gez. Christian Herbst
Vorsitzender der Kammer-
versammlung

Agieren in schwierigem Umfeld

Von Dr. Reinhard Friedrichs

Die Sicherheit der Renten, längere Lebensarbeitszeiten, Nullrunden, die so genannte Bürgerversicherung und vieles mehr sind derzeit in aller Munde. Die Probleme einer höheren Lebenserwartung, stagnierender Wirtschaft und sinkender Renditen auf dem Kapitalmarkt tangieren alle Rentenversicherungssysteme. Unterschiedlich sind Ehrlichkeit, Transparenz und Nachhaltigkeit der Konfliktlösungsstrategien.

Die vorsichtige Anlagepolitik, strenge Bilanzierungsrichtlinien und das Vorhalten ausreichender Rückstellungen ermöglichten es dem Versorgungswerk der Zahnärzte bisher, einen Großteil der jährlichen Überschüsse für die Dynamisierung der Anwartschaften und Renten zu verwenden. Um auch in Zukunft Dynamisierungen unter Wahrung des Besitzstandes vornehmen zu können, müssen wir uns den geänderten Rahmenbedingungen anpassen und entsprechend vorsorgen.

In einem schwierigen wirtschaftlichen und politischen Umfeld sollen unsere zukünftigen Anwartschaften auf einem attraktiven Niveau und bereits erworbene, hoch verrentete Anwartschaften und Renten sicher bleiben.

Wir wollen deshalb zum 1. Januar 2004 in einem Schritt unseren Rechnungszins von derzeit 4 % auf 3,25 % senken und damit unsere Versicherungsmathematik für die Zukunft entlasten.

Die Folge sind niedrigere Anfangsverrentungssätze für Beiträge ab dem Jahr 2004.

Lesen Sie hierzu auch den nebenstehenden Fachbeitrag unseres Versicherungsmathematikers Gerhard Ruppert, Kirchheim.

Dr. Reinhard Friedrichs ist Vorsitzender des Verwaltungsrates des Versorgungswerkes

Kapitalmarkt wirkt sich aus

Konsequenzen für Zahnärzte-Versorgungswerk

Von Gerhard Ruppert

Die Rentenleistungen von Versorgungseinrichtungen wie der privaten Lebensversicherung oder der berufsständischen Versorgungswerke setzen sich aus den Beiträgen und den aus deren langfristiger Anlage erzielten Zinsen zusammen. Das Verhältnis Rente/Beitrag wird daher stark von der am Kapitalmarkt erzielbaren Rendite beeinflusst.

Bekanntlich liegt die Kapitalmarktrendite der letzten Jahre weit unter den vorher erzielbaren Werten. So liegt zum Beispiel die Umlaufrendite festverzinslicher Wertpapiere um circa 3 Prozentpunkte unter ihrem früheren Niveau. Eine Erholung in Richtung der früheren Werte ist auf absehbare Zeit nicht zu erwarten. Daneben ist der Einbruch am Aktienmarkt zu bewältigen, der zu erheblichen Abschreibungen in den Bilanzen der Versorgungsinstitutionen geführt hat.

Als Folge dieser Entwicklung mussten die Lebensversicherungsunternehmen ihren Rechnungszins für Neuverträge von vorher 4 Prozent auf 3,25 Prozent absenken, was geringere Leistungen pro Beitragseinheit nach sich zieht. Eine weitere Absenkung des Rechnungszinses auf 2,75 Prozent steht bevor. Außerdem musste die Gewinnbeteiligung aus Zinsüberschüssen deutlich zurückgefahren werden.

In ähnlicher Weise sind auch berufsständische Versorgungswerke vom Rückgang des Zinsniveaus betroffen. Die Dynamisierungsprozentsätze von Renten und Anwartschaften müssen reduziert werden. Als zusätzliche Maßnahme sind Anpassungen beim künftigen kalkulatorischen Zinsansatz der Kapitalanlagen erforderlich.

Folgen der Entwicklung und Gegenmaßnahmen

Als Folge der niedrigeren Kapitalmarktrendite erreicht auch die Durchschnittsverzinsung der Kapitalanlagen des Versorgungswerks der Thüringer Zahnärzte nicht mehr ihre früheren Werte. Der Spielraum für Anwartschafts- und Rentendynamisierungen wird dadurch spürbar ein-

geengt. Die Gesamtsumme aller Rentenzahlungen wird somit unvermeidlich kleiner.

Um auch künftig ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Einweisungsrenten und nachfolgenden Dynamisierungen zu erhalten, ist eine Absenkung der Ausgangsverrentung (das ist die Verrentung eines Beitrags zum Zeitpunkt seiner Entrichtung) erforderlich. Die mit dieser Maßnahme eingesparten Finanzmittel werden sowohl über höhere Anwartschaftsdynamisierungen als auch über höhere Rentendynamisierungen wieder an die Mitglieder zurückgegeben.

Die Absenkung der Ausgangsverrentung wird mittels einer stufenweisen Absenkung der Punktwerte für die ab dem Jahr 2004 zu entrichtenden Beiträge erreicht. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen: **Die Absenkung der Punktwerte für die künftigen Beiträge führt letztendlich zu keiner Verringerung der Versorgung**, sondern verändert den Rentenverlauf, indem sich die Ausgangsverrentung bzw. die Einweisungsrenten in einem vertretbaren Rahmen verringern und dafür die nachfolgenden Anwartschafts- bzw. Rentendynamisierungen höher ausfallen.

Besitzstand bleibt gewahrt

Die zum 31. Dezember 2003 laufenden Renten und die bis zum 31. Dezember 2003 erworbenen Aktivanwartschaften erhalten selbstverständlich Besitzstand, das heißt, sie bleiben ungekürzt in voller Höhe erhalten.

Für Rückfragen:

☎ 03 61/74 32 -142

E-Mail: vzth@lzkth.de

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



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



Patentes Patent 01 101 18 820
Europäisches Patent EP 1 279 278
angewandt

- 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!



Wolfgang Eisentraut
Alte Gasse 10
07973 Greiz
Telefon: 03661 675282
Telefax: 03661 687240
Mobil: 0179 1259814
e-mail: weisentraut@brasseler.de

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



REF 9847

GEBR. BRASSELER 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

© 20/2003 - GEHR. BRASSELER - Germany - All rights reserved - Printed in Germany - KNR/3 - 4220031



Qualität zahlt sich aus.

Weiterbeschäftigung bei Arbeitsrechtsstreit

Gekündigter Arbeitnehmer muss Weiterbeschäftigung annehmen

Erfurt (bag/tzb). Ein gekündigter Arbeitnehmer muss die ihm von seinem Arbeitgeber angebotene Weiterbeschäftigung annehmen, so lange das Arbeitsrechtsverfahren um die Kündigung nicht rechtskräftig abgeschlossen ist. Lehnt der Arbeitnehmer dies ab, so muss er sich den unterbliebenen Verdienst auf seinen Vergütungsanspruch anrechnen lassen, urteilte das Bundesarbeitsgericht (BAG) Erfurt im September. Anlass war ein Fall in Rheinland-Pfalz.

Ein Arbeitnehmer war von seiner Firma außerordentlich gekündigt worden, nachdem er einen Vorgesetzten schwerwiegend beleidigt hatte. Zugleich kündigte die Firma den Beschäftigten hilfsweise ordentlich. Gegen die Kündigung klagte er. Die Kündigungsschutzklage gewann der Arbeitnehmer in erster und

zweiter Instanz rechtskräftig. Sowohl das zuständige Arbeitsgericht als auch das Landesarbeitsgericht Rheinland-Pfalz führten aus, eine Abmahnung hätte als Sanktion ausgereicht.

Das Arbeitsgericht verurteilte die Firma – dem Antrag des Klägers entsprechend – auch zur vorläufigen Weiterbeschäftigung bis zum rechtskräftigen Abschluss des Rechtsstreits. Daraufhin forderte diese den Kläger auf, die Beschäftigung „nicht als normale Beschäftigung, sondern als Prozessbeschäftigung geltend bis zum rechtskräftigen Abschluss des Verfahrens“ wieder aufzunehmen. Das lehnte der Kläger mit der Begründung ab, er sei nach Ausspruch einer verhaltensbedingten Kündigung zu einer solchen Beschäftigung nicht verpflichtet. Auf seiner Vergütung für die Zeit

zwischen dem erst- und dem zweitinstanzlichen Urteil bestand der Kläger aber und klagte deswegen vor dem BAG.

Das BAG wies die Vergütungsklage des Klägers ab. Der Kläger habe die Annahme einer zumutbaren Arbeit böswillig unterlassen, urteilten die Richter. Ihm sei es zumutbar gewesen, das Angebot seiner Firma auf vorläufige Weiterbeschäftigung anzunehmen – wie er es schließlich selbst gerichtlich erstritten hatte. Das Gericht konnte keine besonderen Umstände erkennen, die die Beschäftigung entgegen diesem Urteil als unzumutbar erscheinen ließen.

Aktenzeichen: 5 AZR 500/02

(Vorinstanz: Landesarbeitsgericht Rheinland-Pfalz – 4 Sa 311/0)

Wenn im Gericht die Uhren falsch gehen

BGH: Für Prozess-Fristen „gesetzliche Zeit“ bindend

Karlsruhe (bgh/tzb). Für die Einhaltung von Prozess-Fristen ist nach einer Grundsatzentscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) allein die gesetzliche Zeit maßgebend. Dabei handle es sich um die mitteleuropäische Zeit, die von der Physikalisch-Technischen Bundesanstalt (PTB) in Braunschweig dargestellt werde, heißt es in einem jetzt veröffentlichten Urteil des VII. Bundesgerichtshof-Zivilsenats. Wegen einer falsch gehenden Uhr kann deshalb zum Beispiel keine Berufung mit der Begründung abgelehnt werden, sie sei nicht im vorgeschriebenen zeitlichen Limit bei Gericht eingegangen. Uhren, die sich nicht an dem amtlichen Zeitnormal orientieren, sind nach der Entscheidung unzuverlässig. Im Zweifelsfall ist demnach die Gebührenabrechnung der Telekom verbindlich.

Der Entscheidung des höchsten deutschen Gerichts lag ein Streit um eine per Fax bei Gericht zugegangene Berufung zugrunde. Das Oberlandesgericht München hatte die Berufung gegen ein Urteil der Vorinstanz nicht

angenommen, weil laut Empfangsprotokoll des Gerichts-Faxgerätes die Übermittlung des Schriftsatzes erst vier Sekunden nach Mitternacht und damit am nachfolgenden Tag abgeschlossen gewesen sei. Der Anwalt des Mandanten hatte jedoch auf den Beleg seiner Telekom-Abrechnung verwiesen, nach dem das Fax um 23.58 Uhr bei Gericht vollständig eingegangen sei.

Die Karlsruher Richter räumten in ihrem Beschluss der Aussagekraft der Telekom-Zeitmessung einen höheren Beweiswert ein. „Anderweitig ermittelte Uhrzeiten haben demgegenüber geringeren Beweiswert, wenn nicht dargelegt wird, dass sie sich ebenfalls vom amtlichen Zeitnormal ableiten“, heißt es in dem Urteil. Schließlich sei die Telekom gesetzlich zum regelmäßigen Abgleich ihrer Uhren mit dem amtlichen Zeitnormal der Physikalisch-Technischen Bundesanstalt verpflichtet, betonte der Bundesgerichtshof.

Aktenzeichen: VII ZB 8/03

EuGH-Urteil zur Bereitschaftszeit von Klinikärzten

Erfurt (nz). Im Dauerstreit um den Bereitschaftsdienst von Klinikärzten hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) ein Urteil gesprochen. Demnach ist der Bereitschaftsdienst von Klinikpersonal in vollem Umfang als Arbeitszeit zu werten. Der EuGH gab mit seinem Urteil einem Kieler Arzt Recht. Bereits das Bundesarbeitsgericht in Erfurt hatte zuvor in Urteilen zur Arbeitszeit von Klinikärzten eine Diskrepanz zwischen europäischem und deutschem Recht gesehen und den Gesetzgeber zum Handeln aufgefordert.

Nach dem EuGH-Urteil würden an Thüringer Kliniken nach Hochrechnungen des Marburger Bundes rund 460 zusätzliche Ärzte benötigt. Der Marburger Bund bewertete das Urteil als Sieg auf ganzer Linie. Nun sei der Gesetzgeber am Zug, das deutsche Arbeitszeitgesetz müsse endlich geändert werden. Auch die Landeskrankenhausesgesellschaft (LKHG) sieht den Gesetzgeber nach dem EuGH-Urteil in der Pflicht. Der LKHG gehören die Träger der etwa 50 Thüringer Krankenhäuser an.

Interessantes wissenschaftliches Programm

16. Jahrestagung der MGZMK in Erfurt gut besucht

Von Dr. Uwe Tesch

„Moderne Prophylaxe, Diagnostik und Therapie bei Kindern und Jugendlichen“ war das Thema der 16. Jahrestagung der Mitteldeutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zu Erfurt e.V., zu der sich am 13. September etwa 100 Teilnehmer in den Räumlichkeiten der Landes Zahnärztekammer in Erfurt einfanden. Unter der wissenschaftlichen Leitung des Vorsitzenden der Gesellschaft, Dr. Andreas Wagner (Erfurt), referierten sechs namhafte Fachleute aus Deutschland und der Schweiz. Parallel dazu wurde ein Kursprogramm mit theoretischen Unterweisungen und praktischen Übungen für 23 Zahnarzthelferinnen unter Leitung von Prof. Roswitha Heinrich-Weltzien (Erfurt) angeboten.

Prof. Klimek (Gießen) stellte sich der Frage „Evidenzbasierte Konzepte der primären Prävention. Fluoride oder antibakterielle Strategien?“. Die Aussagen wissenschaftlicher Studien sind bezüglich ihrer Evidenz unterschiedlich zu bewerten. Erst durch Zusammenfassung verschiedener systematischer Reviews oder Metaanalysen ist ein hohes Maß an Evidenz zu erwarten. Bezüglich der Wirkung der Fluoridanwendung existieren zahlreiche Metaanalysen, hingegen zu antibakteriellen Strategien zur Kariesvermeidung nur eine. Amin- und Zinnfluorid besitzen erwiesenermaßen eine hohe Effektivität zur Kariesvermeidung, hingegen ist für Chlorhexidin das breite antibakterielle Wirkungsspektrum, nicht aber eine signifikante Kariesreduktion belegt. CHX-Präparate besitzen besonders bei der Ersttherapie, Behandlung behinderter Menschen, Xerostomie sowie umfangreichen oralen Rehabilitationen Bedeutung.

Prof. Lussi (Bern) berichtete zu „Diagnostik der Okklusalkaries – wann bohren?“. Besondere Bedeutung erlangt die Kariesdiagnostik vor allem dann, wenn eine Remineralisation des Schmelzes noch möglich ist. Unter diesem Blickwinkel wurden die Besonderheiten der okklusalen Anatomie sowie verschiedene diagnostische Möglichkeiten und neuere Techniken (klinische Untersuchung, Röntgenbilduntersuchung, Widerstandsmessung, Fiberoptiktransillumination und Laserdiagnostik) einer Betrachtung unterzogen. Die traditionel-



Über mangelnden Zuspruch konnte sich die MGZMK auf ihrer 16. Jahrestagung nicht beklagen.

le Sonde sollte nicht mehr verwendet werden. Vergrößernde Darstellung (Lupenbrille) des Untersuchungsgebietes sowie trockene Oberflächen sind für eine sichere Beurteilung wichtig. Eine „hidden caries“ ist nur durch eine Röntgenbilduntersuchung festzustellen. Verfärbungen im Okklusalbereich können mittels Laserdiagnostik (Diagnodent) verifiziert werden. Eine tiefe kariesfreie Fissur soll korrekt versiegelt werden und bei mittlerem und hohem Kariesrisiko eine entsprechende Prävention durchgeführt werden. Fissuren mit weißer Verfärbung, aber ohne radiographische Auffälligkeit können mittels Laserdiagnostik bei gleichzeitiger intensiver Prävention beobachtet werden. Eine Ozon-Anwendung (Healozone) erscheint sinnvoll. Fissuren mit eindeutiger Oberflächenunterbrechung müssen restauriert werden.

Sehr interessant waren die Ausführungen von Dr. Laurisch (Korschenbroich), der als Praktiker über „22 Jahre Prophylaxe in der eigenen Praxis – Erfahrungen und Konzepte“ sprach. Wesentlich ist die Verlagerung des Praxisschwerpunktes von restaurativen Leistungen zu präventiven Maßnahmen. Dabei sind unterschiedliche Patientengruppen (Schwan-

gere, Kinder und Jugendliche, KfO-Patienten, Karies- und PAR-Patienten, Recallpatienten, ältere Menschen) mit differenzierten Zielen zu betreuen. Derartige Aufgaben sind nur im Behandlungsteam umsetzbar. Der Zahnarzt wird dabei über längere Zeiträume als Supervisor fungieren. ZMF bzw. DH sind für eine effektive Umsetzung präventiver Ziele in der Zahnarztpraxis unerlässlich. Für eine sichere und langfristige Prophylaxe ist die regelmäßige Reevaluation des aktuellen Mundhygienezustandes erforderlich, die bei entsprechenden Veränderungen auch die Neudefinition von Betreuungszielen beinhaltet.

OÄ Dr. Ganß (Gießen) referierte zur „Non-invasiven Therapie der Initialkaries und der Erosion“. „Nicht-invasiv“ bedeutet nicht nur „nicht bohren“, sondern auch generell das Fortschreiten der Destruktion zu verhindern oder eine adäquate Restauration möglichst lang zu verhindern. Dabei ist die Abstimmung auf die individuell dominanten ätiologischen Faktoren (Mundflora, Speichel, Ernährungsgewohnheiten usw.) von großer Bedeutung. Bei der Therapie der Initialkaries muss vor einer Remineralisation unbedingt eine Keimbeseitigung erfolgen. Gute Ergebnisse sind bei

Fissuren und Glattflächen durch Ozonapplikation erreichbar. Erosionen zeichnen sich durch Mineralverlust auf der sauberen Oberfläche aus und imponieren klinisch durch Dellen und Rillen. Die kausale Therapie ist nur durch Eliminierung der Noxe (Ernährungsumstellung, Beseitigung von Essstörungen u.ä.) möglich. Eine Verzögerung der Restauration bei ausreichender Funktion und Ästhetik ist nur durch Intensivfluoridierung und eine „sanfte“ Mundhygiene mit Monitoring in entsprechenden Zeiträumen möglich.

Neue Ansätze und Visionen der „Minimalinvasiven Kariestherapie“ zeigte Prof. Noack (Köln) in seinem Vortrag auf. Die Hartgewebsbehandlung muss bedarfs-, risiko- und defektorientiert erfolgen. Dazu ist eine Neubewertung traditioneller Therapieformen und -konzepte erforderlich. Die Beseitigung erweichten Dentins kann inzwischen mit chemischen und/oder mechanischen Verfahren erfolgen. Die antibakterielle Behandlung erweichter Dentinbereiche bis zur völligen Keimfreiheit und das anschließende, teilweise Belassen dieser Abschnitte eröffnen neue Möglichkeiten. Schlussfolgernd daraus sind bei entsprechenden Voraussetzungen nur noch sehr kleine Zugangskavitäten erforderlich, die mit graziilen Handinstrumenten, aber auch sehr feinen rotierenden oder oszillierenden Instrumenten geschaffen werden. Restaurative Materialien sollen zunehmend antibakterielle Ei-

genschaften besitzen, um eine Sekundärkaries zu vermeiden.

Klare Empfehlungen für die Praxis gab OÄ Dr. Viergutz (Dresden) mit ihrem Beitrag „Endodontie im Milchgebiss – eine Standortbestimmung“. Epidemiologische Untersuchungen bestätigen, dass im Milchgebiss bisher keine Reduktion der Karies zu beobachten ist und ein hoher Anteil nicht behandelter Defekte besteht. Durch endodontische Maßnahmen sollen im Bedarfsfall die Voraussetzung für eine weitere normale Gebissentwicklung geschaffen werden. Dabei ist zwischen Notwendigkeit und Sinn derartiger Maßnahmen abzuwägen. Die Gebissituation, Kooperationsbereitschaft, der allgemeine Gesundheitszustand, Alter des Patienten und Gebissentwicklung, Milchzahnresorption sowie morphologische Besonderheiten spielen eine Rolle. Neben der klassischen Wurzelkanalbehandlung mit resorbierbaren Materialien stehen die Caries profunda Therapie, die direkte Überkappung und die Pulpotomie als therapeutische Verfahren zur Wahl. Eine Pulpotomie ist nur bei korrekter Blutstillung erfolgreich. Dabei haben sich Kalziumhydroxid und Eisensulfatpräparate als zweckmäßig erwiesen. Ausgedehnte Resorptionen sowie periapikale und interradikuläre Entzündungen stellen eine Kontraindikation zur Wurzelkanalbehandlung dar. Ausschließlich trepanierte Milchzähne sollen nicht belassen, sondern extrahiert werden.

Neben dem hochkarätigen wissenschaftlichen Programm wurden zwei Zahnarztkollegen durch den Vorstand mit der Ehrenmedaille der MGZMK ausgezeichnet. Dr. Dr. Dr. C. Foitzik wurde damit als Vorsitzender der Zahnärztlichen Gesellschaft in Hessen für seine langjährigen Verdienste um die Festigung der fachlichen und kollegialen Kontakte zu unserer Gesellschaft geehrt. Weiterhin wurde Dr. Dietrich Romeick (Erfurt) ausgezeichnet. Mit der Ehrenmedaille würdigt die MGZMK unter anderem sein Wirken als Gründungsmitglied der Gesellschaft und seinen langjährigen Einsatz für die Thüringer Zahnärzte.

Der große Zuspruch, den die diesjährige Tagung unter den Teilnehmern hervorrief, bestärkt die Mitglieder des Vorstandes weiter darin, attraktive Themen aufzugreifen und renommierte Referenten für zukünftige Veranstaltungen zu gewinnen. Neben der Behandlung wissenschaftlicher Themen will die MGZMK vor allem Institution für die Vertiefung kollegialer Kontakte unter den Thüringer Zahnärzten sein.

Der nächste wissenschaftliche Abend folgt am 28. Januar 2004 in Erfurt mit Prof. Meyer (Greifswald), der moderne Kunststoffmaterialien einer kritischen Betrachtung unterziehen wird.



Auf der Jahrestagung zeichnete Dr. Andreas Wagner den Vorsitzenden der Zahnärztlichen Gesellschaft Hessen, Dr. Dr. Foitzik, und SR Dr. Dietrich Romeick aus Erfurt (Bild rechts) mit der Ehrenmedaille der MGZMK aus. Fotos (3): MGZMK

Verursacht Parodontitis Allgemeinerkrankungen?

Priv. Doz. Dr. med. habil. Bernd W. Sigusch

In der aktuellen Literatur finden sich inzwischen zahlreiche Hinweise für eine Assoziation der Parodontitis mit den verschiedensten systemischen Erkrankungen, wie Herzinfarkt und Schlaganfall, Atherosklerose, Endokarditis, Hirnabszessen, chronisch respiratorischen Erkrankungen, Frühgeburtlichkeit, Diabetes mellitus, Osteoporose und akuter Arthritis. Speziell die Studien, die die Assoziation der Parodontitis mit der koronaren Herzkrankung bzw. dem Herzinfarkt nachweisen konnten, haben in jüngster Zeit ein breites Interesse in der Zahnärzteschaft hervorgerufen. Das zahnärztliche Tun, insbesondere die parodontologische Prophylaxe und Therapie erlangt vor dem Hintergrund der aktuellen Forschungsergebnisse eine umfassendere Bedeutung, d. h. der Zahnarzt bzw. Parodontologe steht auch in einer speziellen Verantwortung, wenn es um den Schutz vor systemischen Erkrankungen des Menschen geht.

Die Mundhöhle als Ursache für allgemeine Erkrankungen wird nicht erst in der Neuzeit beschrieben. Schon Galen (166-201, Rom) vermutete, dass Störungen des natürlichen Gleichgewichts im Mund zu krankhaften Veränderungen der inneren Organe führen. Auch im Mittelalter hat man beispielsweise den menschlichen Organismus mit einem Haus verglichen und damit die Bedeutung einer „sauberen Mundhöhle“ als Eingang für ein „gesundes und sauberes Haus“ beschrieben (Abb. 1).

Prässler (1930) verweist auf den Zusammenhang zwischen chronisch-entzündlichem Infektionsherd (Fokus) und davon entfernt auftretenden allgemeinen Folgeerkrankungen, dabei sind die Fernsymptome die Folge einer hämatogenen bakteriellen Streuung.

Bekannt ist inzwischen, dass neben Streptokokken auch parodontalpathogene Bakterien im Rahmen von Bakteriämien in die Blutbahn eindringen können, z. B. beim Zähneputzen, bei dem Zahnfleischbluten auftritt, nach der Zahnsteinentfernung und nach Zahnextraktionen. Normalerweise ist der gesunde, nicht immungeschwächte Organismus in der Lage, über die Phagozytoseprozesse der Granulozyten eingedrungene Bakterien relativ schnell zu eliminieren. Es war bisher allerdings unklar, ob und in welchem Umfang durch diese Bakteriämien pathologische Prozesse u. a. an den arteriellen Gefäßwänden ausgelöst werden können.

In diesem Zusammenhang scheint wenig verständlich, dass die oralen Strukturen, speziell die Zahnfleischtaschen, als bakterielle Eintrittsporten über viele Jahrzehnte wenig beachtet wurden, obwohl seit längerem bekannt ist, dass parodontalpathogene Bakterien in



Abb. 1: Hebräisches Buch (Venedig 1717) „menschlicher Körper mit einem Haus verglichen“

Korrespondenzanschrift:

Priv. Doz. Dr. med. habil. Bernd W. Sigusch
Friedrich-Schiller-Universität Jena
Poliklinik für Konservierende Zahn-
heilkunde
An der alten Post 4, 07740 Jena
E-Mail: bernd.w.sigusch@med.uni-jena.de

das umliegende Epithel bzw. Bindegewebe penetrieren können. Durack stellte 1995 in einer interessanten Arbeit (N Engl J Med 1995; 332: 38–44) fest, dass Bakteriämien nach dem Zähneputzen zu 40 Prozent, nach der Zahnextraktion zu 60 Prozent und nach parodontalchirurgischen Eingriffen zu fast 90 Prozent auftreten. Andere Autoren (Overholzer et al. 1988) erzeugten eine bakteriell experimentelle Endokarditis im Parodontitis-Tiermodell.

Etwa 50 Prozent aller Endokarditiden der Herzklappen sind allerdings durch Streptokokkeninfektionen bedingt. Das häufigste mit einer infektiösen Endokarditis assoziierte Bakterium ist *Streptococcus sanguis*. Dieser Keim ist ein häufiger Vertreter der dentalen Plaque. Inzwischen geht man aber auch davon aus, dass parodontalpathogene Bakterien wie *Porphyromonas gingivalis*, *Bacteroides forsythus* an Dysfunktionen des Gefäßendothels und damit an der Entstehung arteriosklerotischer Plaques, der chronisch ischämischen Herzkrankheit und dem Herzinfarkt beteiligt sind (Abb. 2).



Abb. 2: Herzmuskel: frischer Myokardinfarkt

Analysiert man die Todesfallstatistik, dann wird deutlich, dass etwa 20 Prozent aller Todesfälle auf eine koronare Herzerkrankung (KHK) zurückzuführen sind. In Deutschland versterben jährlich fast 1 Million Menschen an einer KHK. Insgesamt stehen Herz-Kreislauf-Erkrankungen an der 1. Stelle der Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken der Industrieländer. Der pathogenetische Hintergrund sind die arteriosklerotischen Gefäßveränderungen mit sich nicht selten anschließenden thromboembolischen Komplikationen, die beim Befall der Koronararterien zum Herzinfarkt bzw. der Karotisarterien zum Schlaganfall führen können. Neben den bekannten Risikofaktoren wie Hypertonie, Diabetes mellitus, Hyperlipidämie,

Rauchen, Übergewicht usw. wurde in jüngster Zeit nachgewiesen, dass auch chronische Infektionen u. a. chronische Bronchialerkrankungen (*Chlamydia pneumoniae*), Magengeschwüre (*Helicobacter pylori*) aber auch die Parodontitis, wie schon von Mattila et al. im Jahr 1989 vermutet, kardiovaskuläre Erkrankungen auslösen können.

Das relative Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Vorliegen einer Parodontitis wurde inzwischen in verschiedenen Studien bestimmt. Beck et al. (1996) untersuchte eine Studienpopulation von 1147 Personen und wies beim Vorhandensein einer Parodontitis ein erhöhtes Risiko für die Koronare Herzkrankung (KHK) von 1,5; für den tödlichen Myokardinfarkt von 2 und den Schlaganfall von 3 nach.

Attachmentverlust und Schlaganfall

In jüngster Zeit gibt es auch Untersuchungen, die das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Abhängigkeit vom alveolären Knochenabbau bzw. Attachmentverlust analysieren. Beispielsweise ist das Risiko für die KHK bzw. den Schlaganfall um das Zweifache erhöht, wenn man 11 bis 20 Flächen mit alveolärem Knochenabbau von >20 Prozent diagnostiziert. Bei Vorhandensein von >67 Stellen mit Attachmentverlust von >3 mm liegt sogar



Abb. 3: Entnahme subgingivaler Plaquebakterien bei hoher Sondierungstiefe bzw. ausgeprägtem Attachmentverlust

ein um das Vierfache erhöhte Risiko vor (Abb. 3).

Inzwischen gibt es in der Literatur deutliche Hinweise dafür, dass orale Bakterien, wie *Strept. sanguis*, *P. gingivalis*, *B. forsythus* und *Actinobacillus actinomycetemcomitans* z. B. in der atherosklerotischen Plaque der A. carotis zu finden sind (Chiu 1999, Haraszthy et al. 2000). Man geht sogar davon aus, dass das parodontalpathogene Bakterium *P. gingivalis* ein spezieller ätiologischer Faktor der Atherosklerose ist. Liu et al. (2000) konnten nachweisen, dass die i.v.-Injektion von *P. gingivalis* bei atheroskleroseanfälligen Mäusen zu starken Gefäßveränderungen führt.

Außerdem wurden unter dem klinischen Bild einer Parodontitis proinflammatorische bzw. proatherogene Reaktionen d. h. die Erhöhung von „Akute-Phase-Proteinen“ wie dem C-reaktiven Protein, Fibrinogen und proinflammatorischen Zytokinen im Blut diagnostiziert, aber auch gezeigt, dass sich diese Befunde nach der Parodontitistherapie wieder normalisieren (Wu et al. 2000).

Infarktisiko um Zweifaches erhöht

Eigene Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen der Parodontitis und ischämischen Hirninfarkt wurden an 95 Patienten und 60 Kontrollpersonen durchgeführt. Es konnte gezeigt werden, dass Patienten mit einem ischämischen Hirninfarkt deutlich höhere maximale Sondierungstiefen aufweisen als die Kontrollpersonen. Statistisch wurde gesichert, dass beim Vorliegen einer Parodontitis das Risiko an einem ischämischen Hirninfarkt zu erkranken, um das Zweifache erhöht ist. Außerdem war nachweisbar, dass bei den Patienten, bei denen vor dem Ereignis des Hirninfarktes eine aggressive Parodontitis diagnostiziert wurde, die Infarkte häufiger auf der Basis von Kardioembolien bzw. Embolien der großen cerebrovaskulären Arterien entstanden. Bei Patienten mit geringfügiger Atherosklerose der cerebrovaskulären Gefäße, aber einer schweren bis mittelgradigen aggressiven Parodontitis wurden auch signifikant häufiger ischämische Hirninfarkte auf Grund von Thromboembolien unbekanntem Ursprungs festgestellt.

Bisher ist auch noch nicht ausreichend geklärt, ob und in welchem Umfang ätiologische

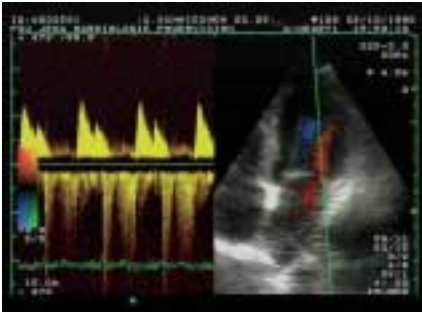


Abb. 4: Gering- bis mittelgradige Mitralklappeninsuffizienz bei 42-jähriger Patientin mit aggressiver Parodontitis (2D-Doppler und Farbdoppler-Echokardiographie; FD-Farbdoppler; CW-contin. wave)

Zusammenhänge zwischen der Virulenz parodontalpathogener Bakterien und der Entstehung bzw. Entwicklung von Herzvitien existieren. Bekannt ist, dass die meisten Herzklappenfehler degenerativ, rheumatisch bzw. bakteriell bedingt sind. Dabei ist unklar, ob der Anteil der degenerativen Form nicht auch primär durch Bakterien verursacht wird. Im Rahmen einer von uns durchgeführten Pilotstudie wurden an 23 Patienten mit Parodontitis im Alter von 34 bis 63 Jahren der exakte Parodontalbefund erhoben (ST an 6 Messpunkten/ Zahn) und die Herzklappenfunktion mittels 2 D-Doppler und Farbdoppler-Echokardiographie bestimmt (Abb. 4).

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen sprechen für eine Assoziation tiefer parodontaler Taschen bzw. der aggressiven Parodontitis und echokardiographisch gesicherten Herzklappenfehlern. Eine infektiöse Endokarditis ist durch das morphologische Substrat thrombotischer bzw. bakterieller Vegetationen an den Klappenrändern charakterisiert. Relevante orale Pathogene sind die Bakterienspezies: *Strep. sanguis*, Enterokokken, aber auch *A. actinomycetemcomitans* und *Eikenella corrodens*.

Endokarditisprophylaxe beim Zahnarzt

Aus den genannten Gründen ist bei Patienten mit künstlichen Herzklappen, vorausgegangener Endokarditis und angeborenen Herzfehlern eine antibiotische Endokarditisprophylaxe in der Zahnarztpraxis obligat. Aber auch bei Patienten mit erworbenem Herzfehler be-

steht ein erhöhtes Infektionsrisiko und die entsprechenden prophylaktischen Maßnahmen sollten auch hier eine wichtige Rolle spielen. Eine Antibiotikaphylaxe sollte bei diesem Personenkreis bei folgenden zahnärztlichen Eingriffen durchgeführt werden: Zahnextraktion, chirurgisches Durchtrennen der Gingiva bzw. Mucosa, professionelle Zahnreinigung/subgingivales Scaling und Vitalexstirpation der Pulpa. Als Standardprophylaxe wird Amoxicillin 1 x 2,0 g oral eine Stunde vor dem Eingriff empfohlen bzw. Ampicillin 1 x 2,0 g i.v. 0,5 h davor. Bei Penicillinallergie sollten 0,6 g Cindamycin oral bzw. i.v. appliziert werden.

Aber auch andere Erkrankungen werden ätiologisch mit oralen Bakterien in Zusammenhang gebracht. Beispielsweise werden in der Literatur auch Hirnabszesse mit dentogener Ursache speziell bei immungeschwächten Personen beschrieben, d. h. es kann zur Absiedlung oraler Bakterienspezies im Gehirn infolge einer dentogenen Sepsis kommen (Feldges et al. 1990, Corson et al. 2001).

Brondz & Olson (1999) konnten u. a. das parodontalpathogene Bakterium *A. actinomycetemcomitans* im eitrigen Exudat von Hirnabszessen nachweisen. Außerdem existieren auch amerikanische Studien (NHANES-I bzw. II) die den Zusammenhang zwischen dem oralen Befund und der Häufigkeit von Atemwegserkrankungen untersuchten. Es konnte gezeigt werden, dass Patienten mit chronisch respiratorischen Erkrankungen deutlich mehr Zahnstein, eine schlechtere Mundhygiene und deutlich mehr erkrankte Zähne aufweisen. Scannapicco & Ho (2001) stellten bei Patienten mit einem mittleren Attachmentverlust von >3 mm ein um das 1,5fache erhöhte Risiko für eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung fest.

Parodontitis und Geburtsgewicht

Bekannt ist außerdem, dass eine verfrühte Geburt bzw. ein niedriges Geburtsgewicht die Hauptursachen der neonatalen Mortalität sind. Im Tierexperiment (Goldhamster) konnte der Zusammenhang zwischen dem klinischen Bild der Parodontitis und niedrigem Geburtsgewicht nachgewiesen werden (Collins et al.

1994). Speziell die Lipopolysaccharide von *P. gingivalis* beeinflussen das Gewicht des Fötus und führen zum Anstieg von proinflammatorischen Zytokinen wie TNF-alpha und Prostaglandin, die u. a. zum frühzeitigen Einsetzen der Wehen führen können. Offenbacher et al. (1996) stellten fest, dass bei Müttern, die ein untergewichtiges Kind zur Welt brachten, ein statistisch signifikant erhöhter Attachmentverlust diagnostiziert wurde. Die Parodontitis erhöht das Risiko etwa um den Faktor 7 dafür, dass eine Mutter ein untergewichtiges Kind zur Welt bringt.

Beim Diabetes mellitus ist die höhere Infektanfälligkeit, auch des Parodonts inzwischen gut belegt. Auch dass durch diese Erkrankung der Schweregrad der Parodontitis beeinflusst wird, gilt als sicher. Diese Patienten sind häufig durch hohe Sondierungstiefen, massiven Knochenabbau und Zahnverlust gekennzeichnet. Inzwischen wird aber auch vermutet, dass chronische Infektionen in der Ätiologie besonders des Typ II-Diabetes eine Rolle spielen können.

Auch beim Entstehen der Osteoporose, der Abnahme des mineralisierten Knochens im Skelett, wird mittlerweile die Bedeutung chronischer Infektionen u. a. auch der Parodontitis diskutiert (Payne et al. 1997, Reinhardt et al. 1999). Ein ätiologischer Zusammenhang wird auch zwischen der Parodontitis und der rheumatoiden Arthritis vermutet (Mercado et al. 2001), allerdings fehlen hierfür noch epidemiologisch gesicherte Daten. Bozkurt et al. (2000) fanden u. a. signifikant erhöhte Interleukin-6 Spiegel bei Parodontitispatienten mit rheumatischer Arthritis im Vergleich zu Patienten ohne Rheuma. Andere Autoren beschreiben Kreuzreaktionen zwischen *A. actinomycetemcomitans* und körpereigenem Gelenkgewebe bei rheumatoider Arthritis (Yoshida et al. 2001).

Insgesamt kann man resümierend sagen, dass in jüngster Zeit durch entsprechende Studien der Nachweis eines gesicherten ätiologischen Zusammenhanges zwischen der Parodontitis und verschiedenen Allgemeinerkrankungen u. a. so bedeutender Erkrankungen wie der koronaren Herzerkrankung und der Atherosklerose erbracht werden konnte. Bei einigen Krankheitsbildern existieren allerdings noch offene Fragen.

Adjuvante Antibiotika in der Parodontitistherapie

Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGP) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)

Der Einsatz von Antibiotika im Rahmen einer Parodontitistherapie begründet sich aus der Erkenntnis, dass Bakterien Ursache entzündlicher Erkrankungen des Zahnhalteapparates sind (Chen, 2001). Die alleinige Anwendung von Antibiotika zeigt allerdings meist nur eine geringe klinische Wirkung (Lindhe et al., 1983, Berglundh et al., 1998), da Antibiotika aufgrund der Biofilm-Struktur der Plaque nur eingeschränkt in die Plaque penetrieren (Gilbert et al., 1997) können und die im Biofilm enthaltenen Bakterien eine höhere Antibiotikaresistenz aufweisen (Stewart und Costerton, 2001, Costerton, 1999). Ein supra- und subgingivales Debridement führt zur temporären Desintegration des Biofilms und somit zur Erhöhung der Wirksamkeit der eingesetzten Antibiotika (Jorgensen und Slots, 2000, Darveau et al., 1997). Daher sollten Antibiotika mit supra- und subgingivalem Debridement kombiniert werden, um eine parodontale Infektion klinisch erfolgreich zu therapieren. Antibiotika sind also in der Parodontitistherapie als Unterstützung und nicht als Ersatz von supra- und subgingivalem Debridement anzusehen.

Ziel der Antibiotikatherapie

Die unterstützende Verabreichung von Antibiotika soll die Progredienz parodontaler Attachmentverluste aufhalten oder sie zumindest stark reduzieren. Um das zu erreichen, wird angestrebt, die Keimzahl parodontopathogener Bakterien in der parodontalen Tasche über die Wirkung des mechanischen Debridements hinweg zu verringern oder wenn möglich, die parodontopathogenen Bakterien aus der Mundhöhle zu eliminieren. Um der Gefahr einer Resistenzbildung parodontopathogener Keime (Hagiwara et al., 1998) vorzubeugen, sollen hierbei geeignete, das Spektrum parodontopathogener Keime abdeckende Antibiotika zum Einsatz kommen (Horstkotte, 1999, Abu-Fanas et al., 1991,

Kleinfelder et al., 2000). Darüber hinaus soll die intra- und extraorale physiologische Keimflora jedoch möglichst wenig verändert werden, damit es nicht zur Superinfektion mit anderen pathogenen Keimen kommt.

Indikationen der Antibiotikatherapie

Für die unterstützende systemische Antibiotikagabe zur Therapie von Parodontitiden soll eine niedrige Risiko- und Kosten-Nutzen-Relation gewahrt bleiben. Deshalb beschränkt sich die Indikation zur unterstützenden Antibiotikatherapie in der Regel nur auf folgende Erkrankungen:

- aggressive Parodontitis (AAP, 2000a)
- schwere chronische Parodontitis
- Parodontitiden, die trotz vorangegangener Therapie progrediente Attachment-Verluste aufweisen (AAP, 2001)
- Parodontalabszess mit Tendenz zur Ausbreitung in die benachbarten Logen, Fieber und/oder ausgeprägter Lymphadenopathie (AAP, 2001, Dahlen, 2002)
- nekrotisierende ulzerierende Gingivitis oder Parodontitis mit ausgeprägter Allgemeinsymptomatik (Fieber und/oder ausgeprägter Lymphadenopathie) (AAP, 2001)
- mittelschwere bis schwere Parodontitis bei systemischen Erkrankungen oder Zuständen, die die Funktion des Immunsystems beeinträchtigen. Hierbei ist besonders auf eine potenzielle antibiotika-induzierte Superinfektion durch andere Erreger, wie z.B. Candida zu achten (AAP, 2000b).

Bei plaqueassoziiertes Gingivitis sowie leichten und mittelschweren chronischen Parodontitiden bei systemisch gesunden Personen, die bei weitem die überwiegende Mehrzahl der Parodontalerkrankungen darstellen, hat eine unterstützende antibiotische Behandlung gegenüber der alleinigen mechanischen

Parodontitistherapie (supra- und subgingivales Debridement und eventuell Lappenoperation) meist keinen zusätzlichen Nutzen (Ciancio, 2002, Slots und Jorgensen, 2002, Slots und Rams, 1990).

Ob eine Antibiotikatherapie das Behandlungsergebnis bei der regenerativen Parodontalchirurgie (gesteuerte Geweberegeneration, autogene oder allogene Knochenimplantate) oder bei aktiven Rauchern verbessert, wird zur Zeit noch kontrovers diskutiert (Zucchelli et al., 1999, Mombelli et al., 1996, Minabe et al., 2000, Sculean et al., 2001). Für die Indikation einer prophylaktischen Antibiotikagabe bei systemischen Erkrankungen, wie z. B. bei erhöhtem Endokarditisrisiko, wird auf die entsprechende DGZMK-Stellungnahme verwiesen (Horstkotte, 1999).

Zeitpunkt der Antibiotikatherapie

Um eine möglichst effiziente Wirkung zu erreichen, sollen die Antibiotika nach Desintegration des Biofilms, d.h. direkt nach Abschluss des supra- und subgingivalen Debridements verabreicht werden (Jousimies-Somer et al., 1988).

Auswahl der Antibiotika

Das Vorkommen parodontopathogener Bakterien ist bei Patienten mit Parodontitis individuell unterschiedlich (Paster et al., 2001) und die Wirksamkeit von Antibiotika auf einige Bakteriengruppen eingeschränkt.

Deshalb soll zur Auswahl eines geeigneten Antibiotikums die vorliegende parodontale Infektion durch eine mikrobiologische Analyse der subgingivalen Plaque bestimmt werden (Slots und Jorgensen, 2002). Der Nachweis der bisher bekannten, eng mit der Ätiologie der Parodontitiden assoziierten Bakterien

(*Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Tanarella forsythensis* [bisher: *Bacteroides forsythus*], *Eikenella corrodens*, *Prevotella intermedia*, *Prevotella nigrescens* und *Treponema denticola*) ist hierfür in der Regel ausreichend. Der parodontalen Infektion entsprechend, werden das Antibiotikum oder die Antibiotikakombination ausgewählt, für die gute antimikrobielle und klinische Wirkungen beschrieben wurden. Bei den Fällen, in denen das nicht eindeutig möglich ist, müssen weitere klinische Studien zur Klärung beitragen.

Bei ungesicherter klinischer Datenlage soll aber zumindest denjenigen Antibiotika der Vorzug gegeben werden, für die bei systemischer Applikation Wirkstoffkonzentrationen im Gingivalsulkus beschrieben wurde, die höher sind als die in vitro ermittelten minimalen Hemmkonzentrationen (MHK90) (s. Tab. 1) (Baker et al., 1985, Andersen, 1980, Bernal et al., 1998, Eick et al., 1999, Kleinfelder et al., 1999, Madinier et al., 1999, Pajukanta et al., 1993, Poulet et al., 1999, Takemoto et al., 1997, Walker et al., 1981, Olsvik und Tenover, 1993, Tenenbaum, 1997, Conway et al., 2000).

Der Nachweis einer Antibiotikaresistenz resp. die Anfertigung eines Antibiotogramms ist erst nach einer vorausgegangenen klinisch nicht erfolgreichen Antibiotikatherapie sinnvoll. Die allgemeinen Kontraindikationen für Antibiotika und deren Interaktionen mit anderen Medikamenten sind zu beachten.

Verabreichungsform von Antibiotika

Bei systemischer Verabreichung von Antibiotika werden alle parodontalen Taschen und auch die anderen bakteriellen Nischen der Mundhöhle erreicht. Deshalb ist die systemische Gabe insbesondere bei den generalisierten Formen der oben genannten Parodontitiden in den allgemein empfohlenen Dosierungen angezeigt. Subinhibitorische Dosierungen sind therapeutischen Dosierungen oberhalb der MHK im Hinblick auf das klinische Ergebnis eindeutig unterlegen (Loesche, 1994) und können Resistenzen induzieren (Baquero, 2001, Roberts, 2002). Inwieweit die Antibiotika-Langzeittherapie mit nicht antibiotisch wirksamen Dosierungen durch Inhibition eu- und prokaryontischer gewebeabbauender Enzyme (Grenier et al., 2002, Golub et al., 1998) zu klinisch relevanten Resultaten führt, ist noch

nicht abschließend zu beurteilen. Zur lokalen intraoralen Applikation sollten nur für diesen Zweck ausgewiesene Antibiotika eingesetzt werden. Um eine therapeutische Antibiotikakonzentration am Wirkort über den geforderten Applikationszeitraum zu gewährleisten, muss das Antibiotikum mit einer entsprechenden Trägersubstanz, die eine kontrollierte und stabile Abgabe des Antibiotikums erlaubt, appliziert werden (Goodson, 1989).

Die lokale Applikation ohne Trägersubstanz, die eine kontrollierte Antibiotika-Abgabe sicherstellt, erlaubt keine standardisierte Freisetzung des Antibiotikums und kann die Entwicklung von Resistenzen begünstigen (Slots und Jorgensen, 2002).

Begleitende antiseptische Therapie

Meist ist es sinnvoll, die Antibiotikatherapie durch eine zeitgleich durchgeführte supragingivale antiseptische Therapie zu unterstützen. Das bisher klinisch wirksamste Antiseptikum ist Chlorhexidindigluconat. Bei supragingivaler Irrigation (Munddusche) gelangt die antiseptische Substanz etwa in die marginale Hälfte der parodontalen Tasche (Eakle et al., 1986, Boyd et al., 1992), wohingegen die Wirkung einer Mundspülung ohne Irrigation auf den supragingivalen Bereich eingeschränkt ist (Pitcher et al., 1980).

*T. Beikler, H. Karch,
T. F. Flemmig, Münster*

Literatur

1. American Academy of Periodontology: Parameter on aggressive periodontitis. *J Periodontol* 71, 867–869 (2000a)
2. American Academy of Periodontology: Parameter on periodontitis associated with systemic conditions. *J Periodontol* 71, 876–879 (2000b)
3. American Academy of Periodontology: Treatment of plaque-induced gingivitis, chronic periodontitis, and other clinical conditions. *J Periodontol* 72, 1790–1800 (2001)
4. Abu-Fanas, S. H., Drucker, D. B., Hull, P. S., Reeder, J. C., Ganguli, L. A.: Identification, and susceptibility to seven antimicrobial agents, of 61 gram-negative anaerobic rods from periodontal pockets. *J Dent* 19, 46–50 (1991)
5. Andersen K. E., Maibach, H. I.: Allergic reaction to drugs used topically. *Clin Toxicology* 16, 415–465 (1980)
6. Baker, P. J., Evans, R. T., Slots, J., Genco, R. J.:

Antibiotic susceptibility of anaerobic bacteria from the human oral cavity. *J Dent Res* 64, 1233–1244 (1985)

7. Baquero, F.: Low-level antibacterial resistance: a gateway to clinical resistance. *Drug Resist Updat* 4, 93–105 (2001)
8. Berglundh, T., Krok, L., Liljenberg, B., Westfelt, E., Serino, G., Lindhe, J.: The use of metronidazole and amoxicillin in the treatment of advanced periodontal disease. A prospective, controlled clinical trial. *J Clin Periodontol* 25, 354–362 (1998)
9. Bernal, L. A., Guillot, E., Paquet, C., Mouton, C.: beta-Lactamase-producing strains in the species *Prevotella intermedia* and *Prevotella nigrescens*. *Oral Microbiol Immunol* 13, 36–40 (1998)
10. Boyd, R. L., Hollander, B. N., Eakle, W. S.: Comparison of a subgingivally placed cannula oral irrigator tip with a supragingivally placed standard irrigator tip. *J Clin Periodontol* 19, 340–344 (1992)
11. Chen, C.: Periodontitis as a biofilm infection. *J Calif Dent Assoc* 29, 362–369 (2001)
12. Ciancio, S. G.: Systemic medications: clinical significance in periodontics. *J Clin Periodontol* 29 Suppl 2, 17–21 (2002)
13. Conway, T. B., Beck, F. M., Walters, J. D.: Gingival fluid ciprofloxacin levels at healthy and inflamed human periodontal sites. *J Periodontol* 71, 1448–1452 (2000) *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift* 58 (2003) 5
14. Costerton, J. W.: Introduction to biofilm. *Int J Antimicrob Agents* 11, 217–221 (1999)
15. Dahlen, G.: Microbiology and treatment of dental abscesses and periodontal/odontologic lesions. *Periodontol* 2000. 28, 206–239 (2002)
16. Darveau, R. P., Tanner, A., Page, R. C.: The microbial challenge in periodontitis. *Periodontol* 2000. 14, 12–32 (1997)
17. Eakle, W. S., Ford, C., Boyd, R. L.: Depth of penetration in periodontal pockets with oral irrigation. *J Clin Periodontol* 13, 39–44 (1986)
18. Eick, S., Pfister, W., Straube, E.: Antimicrobial susceptibility of anaerobic and capnophilic bacteria isolated from odontogenic abscesses and rapidly progressive periodontitis. *Int J Antimicrob Agents* 12, 41–46 (1999)
19. Gilbert, P., Das, J., Foley, I.: Biofilm susceptibility to antimicrobials. *Adv Dent Res* 11, 160–167 (1997)
20. Golub, L. M., Lee, H. M., Ryan, M. E., Giannobile, W. V., Payne, J., Sorsa, T.: Tetracyclines inhibit connective tissue breakdown by multiple non-antimicrobial mechanisms. *Adv Dent Res* 12, 12–26 (1998)
21. Goodson, J. M.: Pharmacokinetic principles controlling efficacy of oral therapy. *J Dent Res* 68 (special issue), 1625–1632 (1989)
22. Grenier, D., Plamondon, P., Sorsa, T., Lee, H. M., McNamara, T., Ramamurthy, N. S., Golub, L. M., Teronen, O., Mayrand, D.: Inhibition of proteolytic, serpinolytic, and progelatinase-b activation activities of periodontopathogens by doxycycline and the non-antimicrobial chemically modified tetracycline derivatives. *J Periodontol* 73, 79–85 (2002)
23. Hagiwara, S., Takamatsu, N., Tominaga, Y., Umeda, M.: Subgingival distribution of periodontopathic bacteria in adult periodontitis and their susceptibility to minocycline-HCl. *J Periodontol* 69, 92–99 (1998)
24. Horstkotte, D.: Zahnärztliche Eingriffe und Endokarditis-Prophylaxe. Stellungnahme der DGZMK V.20, Stand 2/99. 1999
25. Jorgensen, M. G., Slots, J.: Practical antimicrobial periodontal therapy. *Compend Contin Educ Dent* 21, 111–120 (2000)
26. Jousimies-Somer, H., Asikainen, S., Suomala,

- P., Summanen, P.: Activity of metronidazole and its hydroxy metabolite against clinical isolates of *Actinobacillus actinomycetemcomitans*. *Oral Microbiol Immunol* 3, 32–34 (1988)
27. Kleinfelder, J. W., Muller, R. F., Lange, D. E.: Antibiotic susceptibility of putative periodontal pathogens in advanced periodontitis patients. *J Clin Periodontol* 26, 347–351 (1999)
28. Kleinfelder, J. W., Muller, R. F., Lange, D. E.: Bacterial susceptibility to amoxicillin and potassium clavulanate in advanced periodontitis patients not responding to mechanical therapy. *J Clin Periodontol* 27, 846–853 (2000)
29. Lindhe, J., Liljenberg, B., Adielsson B.: Effect of long-term tetracycline therapy on human periodontal disease. *J Clin Periodontol* 10, 590–601 (1983)
30. Loesche W. J., Giordano, J. R.: 1994. Metronidazole in periodontitis V: debridement should precede medication. *Compend Cont Educ Dent* 15, 1198–1218.
31. Madinier, I. M., Fosse, T. B., Hitzig, C., Charbit, Y., Hannoun, L. R.: Resistance profile survey of 50 periodontal strains of *Actinobacillus actinomycetemcomitans*. *J Periodontol* 70, 888–892 (1999) *Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift* 58 (2003) 5 STEL-LUNGNAHME DER DGZMK
32. Minabe, M., Suzuki, F., Umemoto, T.: Intra-pocket antibiotic therapy using resorbable and non-resorbable slow-release devices containing tetracycline. *Periodontal Clin Investig* 22, 14–21 (2000)
33. Mombelli, A., Zappa, U., Bragger, U., Lang, N. P.: Systemic antimicrobial treatment and guided tissue regeneration. Clinical and microbiological effects in furcation defects. *J Clin Periodontol* 23, 386–396 (1996)
34. Olsvik, B., Tenover, F. C.: Tetracycline resistance in periodontal pathogens. *Clin Infect Dis* 16 Suppl 4, S310–S313 (1993)
35. Pajukanta, R., Asikainen, S., Saarela, M., Alaluusua, S., Jousimies-Somer, H.: In vitro antimicrobial susceptibility of different serotypes of *Actinobacillus actinomycetemcomitans*. *Scand J Dent Res* 101, 299–303 (1993)
36. Paster, B. J., Boches, S. K., Galvin, J. L., Ericson, R. E., Lau, C. N., Levanos, V. A., Sahasrabudhe, A., Dewhirst, F. E.: Bacterial diversity in human subgingival plaque. *J Bacteriol* 183, 3770–3783 (2001)
37. Pitcher, G. R., Newman, H. N., Strahan, V.: Access to subgingival plaque by disclosing agents using mouthrinsing and direct irrigation. *J Clin Periodontol* 7, 300–308 (1980)
38. Poulet, P. P., Duffaut, D., Lodter, J. P.: Metronidazole susceptibility testing of anaerobic bacteria associated with periodontal disease. *J Clin Periodontol* 26, 261–263 (1999)
39. Roberts, M. C.: Antibiotic toxicity, interactions and resistance development. *Periodontol* 2000. 28, 280–297 (2002)
40. Sculean, A., Blaes, A., Arweiler, N., Reich, E., Donos, N., Brex, M.: The effect of postsurgical antibiotics on the healing of intrabony defects following treatment with enamel matrix proteins. *J Periodontol* 72, 190–195 (2001)
41. Slots, J., Jorgensen, M. G.: Effective, safe, practical and affordable periodontal antimicrobial therapy: where are we going, and are we there yet? *Periodontol* 2000. 28, 298–312 (2002)
42. Slots, J., Rams, T. E.: Antibiotics in periodontal therapy: advantages and disadvantages. *J Clin Periodontol* 17, 479–493 (1990)
43. Stewart, P. S., Costerton, V.: Antibiotic resistance of bacteria in biofilms. *Lancet* 358, 135–138 (2001)
44. Takemoto, T., Kurihara, H., Dahlen, G.: Characterization of *Bacteroides forsythus* isolates. *J Clin Microbiol* 35, 1378–1381 (1997)
45. Tenenbaum, H., Jehl, F., Gallion, C., Dahan, M.: Amoxicillin and clavulanic acid concentrations in gingival crevicular fluid. *J Clin Periodontol* 24, 804–807 (1997)
46. Walker, C. B., Gordon, J. M., Cornwall, H. A., Murphy, J. C., Socransky, S. S.: Gingival crevicular fluid levels of clindamycin compared with its minimal inhibitory concentrations for periodontal bacteria. *Antimicrob Agents Chemother* 19, 867–871 (1981)
47. Zucchelli, G., Sforza, N. M., Clauser, C., Cesari, C., de Sanctis, M.: Topical and systemic antimicrobial therapy in guided tissue regeneration. *J Periodontol* 70, 239–247 (1999) 265

Dissertationen

Werkstoffkundlich vergleichende Untersuchungen von restaurativen Werkstoffen unter besonderer Berücksichtigung ihrer Zubereitung

Vorgelegt von *Eckart Teubner*

Gegenstand der Untersuchung war es, Unterfüllungs- und Befestigungswerkstoffe unter besonderer Berücksichtigung der Zubereitung vergleichend zu untersuchen. Dafür wurden Werkstoffe verwendet, die als Pulver-Flüssigkeits-System und in Kapseln zum maschinellen Mischen angeboten werden. Als Glasionomerzemente (GIZ) für Füllungen wurden Ionofil Molar, Argion Molar, Ketac Molar und Ketac Fil, als GIZ für Befestigungen Meron bzw. Aqua Meron, als neuartiges Befestigungskomposit Compolute und als ZnO-Phosphatzement (ZOP) PhosphaCEM PL bzw. PhosphaCEM IC untersucht.

Ermittelt wurden die Druckfestigkeit nach 24 Stunden, die Vickershärte nach 15 Minuten,

einer Stunde und 24 Stunden, die Struktur, der pH-Wert 90s nach Anmischende und die Filmdicke in Abhängigkeit von der Anmischart. Angemischt wurde mit den Geräten CapMix, RotoMix mit und ohne Zentrifugation oder manuell. Des Weiteren wurde beim manuellen Mischen die Abhängigkeit der Zementhärte vom Pulver/Flüssigkeits-Verhältnis und die Möglichkeit der exakten Einstellung des vom Hersteller empfohlenen Mischungsverhältnisses mit den gegebenen Dosiermitteln überprüft. Die Herstellung der Prüfkörper erfolgte bei 21 ± 1 °C, ihre Lagerung in feuchter Kammer bei 37 °C. Bei PhosphaCEM PL wurde die Standardkonsistenz in Abhängigkeit von der Temperatur der Anmischplatte ermittelt. Die Bestimmung der Standardkonsistenz, Druckfestigkeit, Vickershärte und Filmdicke erfolgte nach der DIN 13903 zur Prüfung von Zementen. Die Struktur der Proben wurde mit dem Auflichtmikroskop Axiotech und dem Bildauswertungssystem KS 300 der Firma Carl Zeiss nach kontrastverstärkender Probenpräparation am Quetschpräparat untersucht.

Mit Ausnahme des ZOP wurden die besten Werkstoffqualitäten nach Anmischen und Zentrifugieren mit dem RotoMix erzielt. Beim ZOP waren die Proben im pulverreichsten Mi-

schungsverhältnis nach manuellem Anmischen im Vergleich zu den anderen Anmischarten in Druckfestigkeit, Härte, pH-Wert und Struktur deutlich besser.

Compolute zeigte die höchste Druckfestigkeit aller Werkstoffe. Unter den GIZ hatten die stopfbaren die höchsten Druckfestigkeiten, Meron als Befestigungs-GIZ die geringste. Die Härte stieg bei allen Zementen durch die fortschreitende Aushärtung bis zu 24 Stunden an. Compolute wies im Vergleich mit den anderen Werkstoffen, bedingt durch die duale Polymerisation, initial, aber auch nach 24 Stunden die höchste Härte, Meron nach 24 Stunden die geringste Härte auf. Die stopfbaren GIZ zeigten die meisten Poren. Es bestand eine Abhängigkeit von der Anmischart. Bei den GIZ und dem Komposit führte das manuelle Mischen zu den meisten Poren. Anmischen mit dem RotoMix bei anschließendem Zentrifugieren ergab die wenigsten Poren. Beim ZOP führte dagegen die manuelle Anmischvariante zur vergleichsweise porenärmsten Struktur.

Fortsetzung auf Seite 30

Für die Zukunft unserer Region!



Firmeninhaber Ernst Blum mit den Auszubildenden des 1.-4. Lehrjahres

- Neue Ausbildungsplätze stellen die Versorgung der Patienten in unserer Region sicher.
- Qualifizierte und hochmotivierte Mitarbeiter
- Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001



Werneburgstraße 11 · 99817 Eisenach · Telefon 03691/78 54 04 · info@ztesa.de · www.zahntechnik-eisenach.de

Anzeige

ProSysKo

ProSysKo Abrechnungsservice

Abrechnung sämtlicher zahnärztlicher und zahntechnischer Leistungen per Telekommunikation deutschlandweit

Wir erstellen Ihre

- GOZ, Bema, Kons, KFO, ZE, Pa, Kfbr
- Quartalsabrechnung
- Qualitäts- und Praxismanagement
- Patienten und Kassenkorrespondenz

Professionell Systematisch Korrekt



ProSysKo

Hamburg (0 40) 53 03 58 70
Münster (02 51) 9 72 04 40
Heidelberg (0 62 26) 78 60 58

Anzeige

Zahnärztliche Praxen für Übernahme gesucht !

Für vorgemerkte Interessenten suchen wir dringend Abgabepraxen der Fachrichtung Zahnheilkunde ab 2004 im Raum Erfurt, Leipzig, Weimar, Jena und Dresden.

Die Zahlungsfähigkeit der Interessenten kann mittels Bankbürgschaft nachgewiesen werden.

Informationen werden absolut vertraulich behandelt.

Angebote und Anfragen richten Sie bitte an:

Andreas Böhm
Wirtschaftsberatung für Heilberufe GmbH
Predigerstraße 1 · 99084 Erfurt
Tel. 03 61/5 66 12 16 (Frau Hofmann)
E-Mail: boehm.wirtschaftsberatung@t-online.de

Anzeige

Compolute zeigte die geringste Filmdicke. Bei Meron und besonders bei PhosphaCEM entstanden deutlich höhere Filmdicken.

Die von den Herstellern beigelegten Dosierhilfsmittel führten zu einer großen Streuung im Mischungsverhältnis. Jedoch wird gerade bei den GIZ für optimale mechanische Eigenschaften ein exaktes Mischungsverhältnis benötigt. Deshalb ist hier in Kapseln industriell prädosiertes Material zu bevorzugen.

Insgesamt wurden die besten Ergebnisse bei den GIZ und dem Befestigungskomposit nach industrieller Prädosierung in Form der Kapselvariante und Anmischen plus Zentrifugieren im RotoMix erzielt. Dagegen ergibt für ZOP die manuelle Zubereitung im pulverreichsten Mischungsverhältnis das Optimum. Hier ist das Anmischen mit definierter Temperatur, wie es der Anmischisch „dental COOLY“ (rb-dentalelektronik) ermöglicht, und ein darauf abgestimmtes Mischungsverhältnis zu empfehlen.

Vergleichende Untersuchungen der Trennfestigkeit von Metall-Komposit-Verbunden verschiedener Materialsysteme

Vorgelegt von Josefine Walter

Mit Hilfe von Druck-Scher-Untersuchungen wurde die Trennfestigkeit für die Verbundsysteme Targis Link/Targis, Siloc/Artglass und Rocatec/Sinfony bestimmt. Die Verbunduntersuchungen wurden mit den Legierungen TargisGold, Degunorm, Remanium 2000 und Titan durchgeführt. Vor der Verbundprüfung wurde ein Teil der Prüfkörper 24 Stunden bei Raumklima, ein Teil 100 Tage in synthetischem Speichel gelagert und ein weiterer Teil nach 100 Tagen Speichellagerung zusätzlich 5000 Temperaturlastwechseln ($\Delta T = 40, 30-70^\circ C$) unterzogen. Die statistische Auswertung der Ergebnisse erfolgte mit dem t-Test und dem Vergleich der Korrelationskoeffizienten. Außerdem wurden die Bruchbilder optisch ausgewertet.

Die Untersuchungen ergaben, dass die Milieubedingungen den größten Einfluss auf die Trennfestigkeitswerte haben. Nach 24-Stunden-Trockenlagerung unterschieden sich die

Trennfestigkeiten bei Siloc/Artglass und Rocatec/Sinfony nicht deutlich voneinander, aber deutlich gegenüber Targis Link/Targis. Nach Speichellagerung (100 Tage) lagen Rocatec/Sinfony und Targis Link/Targis über $10 N/mm^2$, Siloc/Artglass je nach Legierung zum Teil deutlich darunter. Bei Speichellagerung und Temperaturlastwechseln hob sich Targis Link/Targis positiv von Rocatec/Sinfony und Siloc/Artglass ab, die beide Mittelwerte unter bzw. um $10 N/mm^2$ zeigten. Damit wies das Verbundsystem Targis Link/Targis nach Speichellagerung und Temperaturlastwechseln (TLW) signifikant höhere Trennfestigkeitswerte als die bewährten Systeme Siloc/Artglass und Rocatec/Sinfony auf.

Bei allen drei Verbundverfahren schnitt der Titan-Kunststoff-Verbund sehr gut ab, auch nach Temperaturwechselbelastungen. Bei Siloc/Artglass traten im Gegensatz zu anderen Autoren nach TLW Verbundfestigkeiten unter $10 N/mm^2$ auf, bei Rocatec/Sinfony lag einzig Titan über diesem kritischen Wert. Mit Targis Link/Targis dagegen wurden bei allen Legierungen nach TLW Werte über $15 N/mm^2$ gemessen ($17,58 N/mm^2$ bis $20,88 N/mm^2$). Das Verbundsystem Targis Link/Targis war damit bei diesen Untersuchungen das sicherste.

Die passivierenden Metalle wiesen nach Temperaturlastwechseln bei Targis Link- bzw. Rocatec-Anwendung die höchsten Haftfestigkeitswerte auf. Der Verbund mit Titan lieferte bei beiden Verfahren sehr gute Ergebnisse. Bei Targis Link unterschied sich außerdem noch Remanium 2000 durch einen signifikant besseren Verbund. Dies war bei Rocatec nicht der Fall. Hier zeigte sich die Kombination mit Degunorm als weiterer stabiler Verbund. Beim Siloc-Verfahren war einzig der Verbund mit Degunorm signifikant besser als mit den anderen Legierungen, aber dennoch unter der $10 N/mm^2$ -Grenze.

Als tendenziell besonders günstig ist daher das Targis Link/Targis-System für den Verbund mit Remanium 2000 und Titan einzuschätzen, wenngleich die Unterschiede zu den verwendeten Goldlegierungen nicht signifikant waren.

Die Kombination dieses Verbundsystems mit der Speziallegierung TargisGold ist nicht notwendig; auch mit der universell einsetzbaren hochgoldhaltigen Legierung Degunorm werden ebensolche Trennfestigkeiten erreicht.

In-vitro-Phagozytose sulkulärer polymorphkerniger Granulozyten in Abhängigkeit vom Tabakkonsum junger Erwachsener

Vorgelegt von Mirjana Erler

Rauchen ist ein wichtiger Risikofaktor bei der Entstehung und Progression von parodontalen Erkrankungen und führt nach deren Therapie häufig zu Rezidiven. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sollte nun die Frage beantwortet werden, ob und in welchem Umfang die sulkulären polymorphkernigen Granulozyten von gesunden jungen Erwachsenen durch ihren Tabakkonsum beeinflusst werden. Hierbei kam ein In-vitro-Verfahren zur Anwendung, welches die mikroskopische Differenzierung von vitalen und avitalen Zellen sowie eine Beurteilung der Phagozytosefähigkeit anhand der Aufnahme von *Candida albicans* ermöglicht. An der Studie nahmen 60 parodontal gesunde Zahnmedizinstudenten mit unterschiedlichen Rauchgewohnheiten teil. Die PMNL wurden durch Spülung des Gingivasulkus gewonnen und eine gepoolte Probe hergestellt.

Bei klinisch nachgewiesener parodontaler Gesundheit konnten bezüglich der Sondierungstiefe signifikante Unterschiede zwischen Rauchern und Nichtrauchern gefunden werden. Der Sulkusblutungsindex zeigte mit zunehmendem Zigarettenkonsum eine deutliche Abnahme.

Durch die quantitative Beurteilung sulkulärer PMNL zeigten sich signifikante Unterschiede in Abhängigkeit vom Rauchverhalten. Die Anzahl der Granulozyten stieg tendenziell mit erhöhtem Zigarettenverbrauch an. Nur in der Gruppe der starken Raucher zeigte sich ein Abfall der Zellzahl. Die Kontrollgruppe wies mit 85,53 Prozent den höchsten Wert für die Vitalität auf, wobei diese innerhalb der Rauchergruppen mit zunehmendem Tabakkonsum signifikant abnahm.

Bei der Differenzierung nach adhärirten und ingestierten *Candida albicans* ist die Zahl der ingestierten Hefezellen bei den Nichtrauchern signifikant größer, der Anteil an adhärirten Partikeln dagegen signifikant kleiner als bei den Rauchern. Schon ein relativ geringer Konsum von fünf Zigaretten pro Tag ist mit einem

Abfall der Phagozytosekapazität um 21 Prozent vergesellschaftet. Noch deutlicher sind die Unterschiede zu den starken Rauchern mit einem täglichen Zigarettenverbrauch von mehr als 15 Stück. Hier entspricht die Phagozytoseleistung etwa Werten von Patienten mit aggressiver Parodontitis.

Die Ergebnisse zeigten weiter, dass mit zunehmenden pack-years die Phagozytosekapazität deutlich abnahm. Der Zigarettenrauch hat sowohl auf Grund der Dosis als auch durch die Dauer der Einwirkung einen negativen Einfluss auf die sulkuläre Abwehrlage, wobei sich diese schädigende Wirkung in ihrer Kombination noch verstärkt. Folglich sind bereits vor dem Auftreten klinisch manifester pathologischer Zeichen deutliche Veränderungen innerhalb der unspezifischen Abwehrreaktion im Gingivasulkus erkennbar. Durch die Bestimmung der Phagozytoseleistung von sulkulären PMNL besteht die Möglichkeit, das vorhandene tabakinduzierte Risiko besser einzuschätzen und frühzeitig Maßnahmen einzuleiten, welche die Entstehung einer Parodontalerkrankung verhindern können.

Zur Reduktion von Mutans-Streptokokken und Laktobazillen bei Jugendlichen mit festsitzenden und herausnehmbaren kieferorthopädischen Apparaturen durch Verwendung chlorhexidinhaltiger Präparate

Vorgelegt von Annegret Görbert

Die Wirkung von drei chlorhexidinhaltigen Präparaten sollte bei Probanden mit festsitzenden ($n = 49$) und herausnehmbaren ($n = 55$) kieferorthopädischen Apparaturen überprüft werden.

104 Probanden aus neun Altenburger Schulen nahmen an der Studie teil. Sie waren kariesfrei oder saniert. Zur Voruntersuchung wurden der DMFS-Index nach WHO-Standard (WHO 1987), der Approximalraum-Plaque-Index (API) nach Lange et al. (1977) und der Papillen-Blutungs-Index (PBI) nach Mühlemann und Son (1971) sowie der Verfä-

rbungsgrad der Zähne nach Lobene (1968) erhoben. Weiterhin wurden initial kariöse Läsionen mit dem Lasergerät Diagnodent® 2095 (KaVo, Bieberach) erfasst. Mit dem Caries Risk Test (CRT®) der Firma Ivoclar Vivadent AG wurden die Speichelkeimzahlklassen der Mutans-Streptokokken und der Laktobazillen ermittelt.

Als erstes Präparat wurde die chlorhexidinhaltige Oral-B® Mundspüllösung (0,12 Prozent) morgens und abends über drei Wochen angewendet. Nach einer Rekolonisationszeit von zwölf Wochen folgte das Präparat Corsodyl® Gel (1 Prozent), das drei Wochen eingebürstet wurde. Als letztes Präparat – ebenfalls nach zwölf Wochen Rekolonisation – wurde der chlorhexidinhaltige Lack Cervitec® (1 Prozent) unter schulischen Bedingungen an drei Tagen innerhalb von 1 Woche appliziert.

Das Vorliegen gleicher Ausgangsbedingungen für beide Studiengruppen wurde bei Vorliegen metrischer Größen mit dem Wilcoxon-Test und bei den nominal skalierten Keimzahlklassen mit dem Chi-Quadrat-Test ermittelt. Das Vorliegen signifikanter Reduktionen wurde mit dem Zeichentest für abhängige Stichproben getestet.

Die im Mittel 13- bis 14-jährigen 49 Jugendlichen mit festsitzenden (FKfO) und 55 Jugendlichen mit herausnehmbaren (HKfO) kieferorthopädischen Geräten unterschieden sich zu Beginn der Studie weder im DMFS (FKfO 2,9; HKfO 3,1) im Vorkommen von initial kariösen Läsionen (IS: FKfO 0,02; HKfO 0,1) im API (FKfO 48; HKfO 42) und der Mutans-Streptokokkenbelastung im Speichel. Jugendliche mit FKfO wiesen über den gesamten Studienzeitraum einen signifikant höheren PBI (Studienbeginn PBI 15) und höhere Laktobazillenzahlen im Speichel auf als Jugendliche mit HKfO (Studienbeginn PBI 8).

Die Mundhygieneindizes API und PBI konnten durch die Hygieneregime signifikant gesenkt werden. Allerdings stiegen sie während der zwölfwöchigen Rekolonisationsphase jeweils wieder auf die Ausgangswerte an. Nach Applikation des Lackes Cervitec® waren die Basisbefunde nach 6 Wochen wieder erreicht. Nach Abschluss der aufeinanderfolgenden 3 Hygieneregime lag weder eine Inzidenz initial kariöser Läsionen noch eine Kariesinzidenz in beiden Studiengruppen vor.

Die hohe Belastung der Jugendlichen mit

Mutans-Streptokokken wurde ebenfalls signifikant gesenkt. Trotzdem beherbergten un mittelbar nach den Hygieneregimen noch mehr als die Hälfte der Probanden mit FKfO hohe Keimzahlen an Mutans-Streptokokken von > 105 CFU pro Milliliter in ihrem Speichel. Ob bei Letzteren jedoch die Keimzahlen von 108 auf > 105 CFU pro Milliliter Speichel dennoch reduziert wurden bleibt unbeantwortet, weil die Keimzahlklasse SM 3 nicht graduiert abgelesen wurde; dies sollte in zukünftigen Studien berücksichtigt werden.

Insgesamt wurde eine positive Beziehung zwischen API und der Mutans-Streptokokkenzahl aufgezeigt.

Die Laktobazillenkeimzahlen wurden durch die chlorhexidinhaltigen Präparate in beiden Studiengruppen nicht beeinflusst. Es konnte aber eine Beziehung zwischen der Höhe des PBI und der Laktobazillenbelastung aufgezeigt werden. Die entzündungsfreie Gingiva und niedrigere Laktobazillenbelastung der Jugendlichen mit HKfO im Vergleich zu denjenigen mit FKfO, schwach entzündeter Gingiva und hoher Laktobazillenbelastung unterstreicht, dass Laktobazillen Schleimhautparasiten sind.

Zahnverfärbungen traten nach Anwendung von Oral-B® Mundspüllösung und Corsodyl® Gel auf; Cervitec® Lack löste keine Zahnverfärbungen aus.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigen, dass Patienten während einer kieferorthopädischen Behandlung einer hohen Kariesgefährdung ausgesetzt sind. Durch den Einsatz der chlorhexidinhaltigen Präparate konnte der antibakterielle Effekt bei dieser Patientenkollektive nahezu gleichwertig nachgewiesen werden.

Die in dieser Ausgabe veröffentlichten Dissertationen wurden am 2. September an der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität erfolgreich verteidigt.

Blick nach Schweden

Das schwedische Gesundheitssystem und seine Stellung im Sozialsystem

Von *Andreas Wolf*

Gesundheitsreformen sind nicht nur in Deutschland ein Thema. Auch in Schweden, dem klassischen Beispiel eines Sozialstaates, haben geänderte demografische Rahmenbedingungen und eine damit verbundene Kostensteigerung Reformen notwendig gemacht. Um eine hoch entwickelte medizinische Versorgung aufrechterhalten zu können, wurde auch hier die Eigenbeteiligung der Bevölkerung in der Hauptsache durch wachsende Zuzahlungen erhöht.

Historischer Hintergrund

Bereits um die Jahrhundertwende vom 19. zum 20. Jahrhundert war medizinische Versorgung prinzipiell für jedermann in Schweden kostenlos verfügbar. Das Gesundheitswesen wurde dann im 20. Jahrhundert weiter ausgebaut. Das schwedische Wohlfahrtssystem hat seinen Ursprung in der Phase der wirtschaftlichen Depression der 20-er und 30-er Jahre, als Visionen entwickelt wurden, die als wichtigen Grundsatz das Recht der gesamten schwedischen Bevölkerung, soziale Dienstleistungen zu gleichen Bedingungen wahrnehmen zu können, beinhalteten. Dem schwedischen Gesundheitssystem liegen zwei prinzipielle Strategien zugrunde: Zum einen soll das Wohlfahrtssystem zu einem hohen Grade umfassend sein, zum anderen auf einem einkommensorientierten System der Sozialversicherung beruhen, welches die Stellung des Individuums auf dem Arbeitsmarkt berücksichtigt. Das Konzept dieser Sozialversicherung basiert auf dem Recht auf einkommensvergütete Beschäftigung eines jeden. Während einer langen Periode beinahe ununterbrochener sozialdemokratischer Regierung in Schweden wurden diese Visionen bis etwa Mitte der 70-er Jahre entwickelt und ausgebaut. Mit seinem Modell beschränkt Schweden einen Sonderweg in einer nach dem 2. Weltkrieg neu geordneten Welt der Blockkonfrontationen zwischen kapitalistischer und sozialistischer Welt, erlangte Aufmerksamkeit von beiden Seiten und galt als Modell des Wohlfahrtsstaates.

Organisationsstruktur

Innerhalb des schwedischen Gesundheitswesens hat das Krankenhaus von jeher eine zentrale Rolle eingenommen. Schweden ist administrativ in 23 Provinzen und drei unabhängige Regionen gegliedert, welche seit den 60-er Jahren im Rahmen eines Dezentralisierungsprogramms die Krankenhäuser im Wesentlichen betreiben. Damals wurde Schweden in sieben – heute sechs – Versorgungsregionen gegliedert, welche jeweils mehrere Provinzen umfassen, um die Effizienz der Krankenhausversorgung zu steigern. An der Spitze dieser Regionen stehen jeweils die sechs großen regionalen Universitätskliniken in Göteborg, Linköping, Lund, Stockholm, Umeå und Uppsala, wo auch die medizinische Forschung und Lehre betrieben werden. Darüber hinaus verfügt jeder Kreis über mindestens ein Kreiskrankenhaus und am unteren Ende der Versorgungshierarchie stehen Kreisgesundheitszentren, die zu einem großen Teil mit Prävention beauftragt sind. Die Krankenhäuser sind über die stationäre Versorgung hinaus auch für die ambulante Versorgung in sogenannten out-patient – departments verantwortlich. Dies hat auch Folgen für die Beschäftigungsstruktur von Ärzten, welche zu 95 Prozent öffentliche Angestellte auf Gehaltsbasis sind. Nur 5 Prozent der schwedischen Ärzte praktizieren auf privater Basis. Die ambulante Behandlung von Patienten in den Krankenhäusern trägt zu einer wünschenswerten stärkeren Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung bei. Dies erspart den Patienten Wege von Praxis zu Praxis, denn in den Krankenhäusern stehen umfassende Untersuchungsmöglichkeiten zur Verfügung. Dies reduziert auch die Zahl kostenintensiver Doppeluntersuchungen. In Schweden besteht eine eingeschränkte freie Arztwahl. Die Einschränkung beruht darauf, dass ein Patient nur innerhalb seiner Provinz einen Arzt seiner Wahl aufsuchen kann. Dabei ist es ihm aber freigestellt, ob er einen Hausarzt oder direkt einen Spezialisten konsultiert. Hausärzte haben daher keine „gatekeeper“-Funktion.

In der Zahnärzteschaft sieht die Beschäftigungsstruktur etwas anders aus: Etwa 50 Prozent sind selbstständig, die anderen 50 Pro-

zent Angestellte. Diese Dezentralisierung verteilt Zuständigkeiten dermaßen, dass auf den einzelnen Ebenen der Staat für die Sozialversicherung verantwortlich ist, die Kreise für Gesundheit und medizinische Versorgung und die Städte bzw. Gemeinden für Fürsorge und medizinische Versorgung von Kindern und Familien, Senioren sowie Behinderten und gibt den Kreisen Handlungsfreiheit im Verteilen von Ressourcen. Die Provinzen müssen der Nationalregierung 5-Jahres-Pläne, die Gesundheitsversorgung betreffend, vorlegen, welche auch Vorschläge über eventuell benötigte Veränderungen enthalten. Die Organisation „Socialstyrelsen – The National Board of Health and Welfare“ evaluiert die Gesundheitsdienstleistungen und fungiert als Wissenszentrum für Medizinische Versorgung, während sich das „Swedish Planning and Rationalization Institute of Health and Social Services“ (SPRI) u. a. auf Planung und Verbesserung der Effizienz der Gesundheitsversorgung konzentriert.

Finanzierung

Schweden hat den größten staatlich finanzierten Sozialsektor sowie die höchsten Steuern im Vergleich mit anderen hochentwickelten Industrienationen. Das schwedische Sozialsystem finanziert sich hauptsächlich durch Steuern, aber auch durch Gebühren. Die Sozialversicherung ist eine Pflichtversicherung, die sich zu gleichen Teilen aus Steuern und Arbeitgeberzahlungen finanziert. Bei der Finanzierung des Gesundheitswesens spielt die öffentliche Hand eine wesentliche Rolle: Im Jahre 1992 wurden 76,7 Prozent der Kosten über öffentliche Abgaben finanziert (v. a. Provinzsteuern), 12,2 Prozent stammten aus sozialen und privaten Versicherungsbeiträgen und ein Anteil von 11,1 Prozent wurde durch Zuzahlungen und Selbstbeteiligung von den Patienten aufgebracht. Noch 1984 steuerte die öffentliche Hand 88 Prozent der Kosten bei (64 Prozent von den Kreisen plus 24 Prozent vom Nationalstaat), 8 Prozent wurden von der Gesundheitsversicherung eingebracht und 4 Prozent steuerten Patienten durch direkte Gebühren bei. Aus dem Vergleich der Daten 1992 mit denen von 1984 wird deutlich, dass

der Anteil an öffentlichen Geldern gesunken ist zulasten einer höheren Selbstbeteiligung der Patienten und leicht erhöhten Zahlungen durch die Gesundheitsversicherung. In einem Land wie Schweden, in dem die Gesundheitsversorgung traditionell ohne wesentliche direkte Kosten für den Patienten erhältlich war, bedeutete es ein zu erheblicher Schritt, die Patientenzuzahlungen zu Beginn der 90-er Jahre zu erhöhen.

Die Zuzahlungen sehen im Einzelnen folgendermaßen aus: Krankenhaustagegeld ist in einer Höhe von 80 SKR (9 €) pro Tag zu zahlen. Bei dem Besuch eines Hausarztes ist ein Entgelt in Höhe von 100 SKR (11 €) – 140 SKR (16 €), bei Besuch eines Facharztes zwischen 150 SKR (17 €) – 250 SKR (28 €) zu entrichten. Innerhalb dieser Grenzen bestimmen die Provinziallandtage die Höhe der Gebühren. Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren sind von der Zahlung dieser Gebühren befreit. Für alle anderen gilt eine Obergrenze von 900 SKR (98 €) pro Jahr, so dass jede Person, die Zahlungen in dieser Höhe erbracht haben, für den Rest des Jahres von Zuzahlungen befreit werden. Weiterhin bezahlt der Patient sämtliche Arzneimittelkosten bis einschließlich 900 SKR (98 €) pro Jahr. Kosten zwischen 901 SKR (98 €) und 1700 SKR (184 €) werden zu 50 Prozent rückerstattet, zwischen 1701 SKR (184 €) und 3300 SKR (358 €) zu 75 Prozent, zwischen 3301 SKR (358 €) und 4300 SKR (466 €) zu 90 Prozent und Kosten über 4300 SKR (466 €) vollständig rückerstattet. Weiterhin gibt es verschiedene Sonderbedingungen und Vergünstigungen für chronische Kranke, Alte und Behinderte. Die Zahnversorgung unterliegt der freien Preisbildung, wobei der Kostenanteil des Patienten vom Anbieter festgelegt wird. Lediglich bis zum 20. Geburtstag sind Kinder und Jugendliche von Zahlungen zur Zahnversorgung befreit.

Im Jahre 1994 machten Kosten für das Gesundheitswesen einen Anteil von 8 Prozent der staatlichen Ausgaben bzw. 7,9 Prozent des Bruttoinlandsproduktes (BIP) aus. Das BIP Schwedens (pro Kopf) betrug 1994 27 600 US\$. Im Gesundheitswesen sind etwa 10–11 Prozent der Arbeitnehmer des Landes beschäftigt.

Es ist interessant, einen eingehenderen Blick auf die Kostenentwicklung im schwedischen Gesundheitswesen zu werfen. Während der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP vor

dem zweiten Weltkrieg bei nur 1,8 Prozent lag, erhöhte sich dieser Anteil in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts stetig und lag 1960 bei 3,3 Prozent, 1970 bei 6,6 Prozent und erreichte während eines rapiden Anstiegs der Ausgaben in den 70-er Jahren ca. 10 Prozent des BIP (1980). Diese Kostenentwicklung verhielt sich überproportional im Vergleich zum Wirtschaftswachstum, so dass die Gesundheitsausgaben durch Sparmaßnahmen auf 8,6 Prozent des BIP 1988 und weiter auf 7,9 Prozent im Jahre 1994 gesenkt wurden. In absoluten Zahlen ausgedrückt stiegen die Gesundheitsausgaben von 47,8 Milliarden SKR (5,2 Milliarden €) 1980 auf 131,8 Milliarden SKR (14,3 Milliarden €) 1992.

Demografie und Gesundheit

Schweden gehört zu den hoch urbanisierten Ländern mit einem städtischen Bevölkerungsanteil von 83 Prozent der 8,7 Millionen Einwohner. 5 Prozent der Bevölkerung sind anderer Nationalität, weitere 5 Prozent haben nach ihrer Einwanderung die Staatsbürgerschaft erlangt. 80–81 Prozent der Frauen sind berufstätig, was im Vergleich mit anderen Industrienationen ein sehr hoher Anteil ist (Vgl.: Großbritannien 67,4 Prozent, Deutschland 57 Prozent, Frankreich 56,6 Prozent, Italien 44,5 Prozent; Stand: 1990). Während die städtischen Regionen des Südens medizinisch sehr gut versorgt sind, gibt es im ländlichen Norden weniger Gesundheitsdienstleistungen und Personalmangel im Gesundheitswesen.

Das Bevölkerungswachstum ist mit 0,1 Prozent pro Jahr sehr niedrig und der Anteil der über 65-Jährigen ist mit mehr als 18 Prozent der höchste weltweit, was auch durch die hohe durchschnittliche Lebenserwartung von 76,5 Jahren bei Männern (Deutschland: 74,4) und 81,5 Jahren bei Frauen (Deutschland: 80,5) widerspiegelt wird. Der Anteil der über 65-jährigen in der Bevölkerung wird in den nächsten Dekaden weiter enorm zunehmen, so dass immer weniger arbeitende Menschen immer mehr ältere Menschen unterstützen müssen, obwohl schon jetzt die über 65-jährigen etwa 55 Prozent aller Ressourcen der Gesundheitsversorgung konsumieren. Die Kindersterblichkeit befindet sich mit 5,5/1000 unter den niedrigsten weltweit (1994).

Im Zeitraum von 1980 bis 1992 war ein Rückgang im Konsum der Risikofaktoren Alkohol

(-4 Prozent) und Zigaretten (-23,8 Prozent) zu verzeichnen. Dafür gibt es sicher mehrere Gründe, doch für wesentlich halte ich zum einen eine gute gesundheitliche Aufklärung, zum anderen sehr hohe Verbraucherpreise für Alkohol und Tabak im europäischen Vergleich.

Während Schweden eine höhere Todesrate an Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Vergleich mit anderen Ländern der EU aufweist (innerhalb der nördlichen Länder Irland, Großbritannien, Dänemark jedoch an letzter Stelle liegt), liegen die Todesraten an malignen Tumoren, Atemwegserkrankungen und Erkrankungen der Verdauungsorgane signifikant unter dem EU-Durchschnitt.

Prävention und Public Health

An dieser Stelle soll nun intensiver auf die Komponenten der Prävention und Public Health in Schweden eingegangen werden. Public Health lässt sich mit „öffentliche Gesundheit“ übersetzen und ist die „Wissenschaft von der Gesunderhaltung der Bevölkerung, i.w.S. auch ...[der]... Infrastruktur eines Landes...“. Dies „...schließt alle staatlich u. privat geregelten Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge ein, z. B. Aufklärungsprogramme zur Entstehung u. Vermeidung sog. Volkskrankheiten.“ Gesundheitsvorsorge oder Prävention lässt sich in folgende Sektoren gliedern: Die primäre Prävention bezeichnet die Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung durch die Beseitigung von direkt an der Krankheitsentstehung beteiligten Ursachen. Dies kann z. B. durch Impfungen, Ernährungsprogramme, Aufklärung über potenzielle Risikofaktoren wie Rauchen, Alkoholkonsum und Drogenabusus, Aufklärung über Schwangerschaftsverhütung und Schutz vor sexuell übertragbaren Erkrankungen, aber auch Maßnahmen zum Umweltschutz geschehen. Die sekundäre Prävention ist gekennzeichnet durch die Krankheitsfrüherkennung und die nachfolgende Behandlung. Dies geschieht durch screening-Untersuchungen. Die tertiäre Prävention verhütet das Fortschreiten einer bereits eingetretenen Krankheit. Präventionsmaßnahmen können die Gesundheit eines Individuums so lange wie möglich erhalten und das Risiko für Folgeerkrankungen senken. Das kommt nicht nur einem jeden Individuum selbst zu Gute, sondern trägt, ökonomisch gesehen, auch dazu bei, Kostenbegrenzung im Gesundheitswesen zu betreiben. Im fol-

genden soll sich v. a. auf primäre und sekundäre Prävention bezogen werden.

Schweden hat eine lange Geschichte der Gesundheitsvorsorge und nahm eine Pionierrolle in der Förderung von Public Health ein. Bereits 1867 wurde ein Lehrstuhl für Public Health am Karolinska Institutet, der medizinischen Fakultät der Universität Stockholm, gegründet. In den 1930-er Jahren begannen sich die staatlichen Bemühungen vor allem auf die Betreuung von Müttern und Kindern zu konzentrieren, indem kostenlose körperliche Untersuchungen, screenings über den physischen und psychischen Gesundheitszustand, Ausgabe von Medikamenten und Verabreichung von Impfungen sowie Gesundheitsunterricht angeboten wurden – dies wird als eine Erklärung für die niedrige Kindersterblichkeit herangezogen. 1938 wurde das National Institute for Public Health (seit 1992: Institute for Public Health) gegründet mit Verantwortung für Arbeitsmedizin, Nahrungsmittel- und Wohnhygiene sowie Gesundheitsbildung, was die Stellung von Public Health in Schweden stärkte. Maßnahmen zur Prävention sind für den Patienten kostenfrei.

Wie ist die Gesundheitsvorsorge im einzelnen organisiert? Kreisgesundheitszentren, in denen medizinische Angestellte, Kreisgesundheitschwester und Hebammen beschäftigt sind, offerieren lokale Präventionsmaßnahmen wie Vorsorge für Schwangere, Mütter und Kinder, darüber hinaus aber auch therapeutische Maßnahmen wie kleine chirurgische Eingriffe. Sie unterstützen die physische, mentale und soziale Entwicklung von Kindern und Müttern, was von etwa 99 Prozent der Schwangeren und 97 Prozent der Kinder bis 4 Jahre in Form von regelmäßigen Untersuchungen wahrgenommen wird, ohne dass Kosten für sie entstehen. Auch psychosoziale Familienunterstützung, Familienplanung und Gesundheitsunterricht werden angeboten; das beinhaltet, dass Verhütungsmaßnahmen, Sterilisationen und Abtreibungen kostenlos sind. Die Gesundheitszentren besitzen auch jeweils ein Labor und bieten Physiotherapie, Prävention am Arbeitsplatz, Zahnheilkunde und Pharmakotherapie, Impfungen, Mammographie und andere Krebsvorsorgeuntersuchungen an. Bei all diesen Maßnahmen werden die Mitarbeiter der Gesundheitszentren von Psychologen, Zahnärzten, Zahnhygienikern, Sozialarbeitern, Ernährungsberatern, Physiotherapeuten und Sprachtherapeuten unterstützt. Zusätzlich gibt es weitere spezielle Präventionsaktivitäten,

z. B. das Stockholm Cancer Prevention Program. Auch Programme der Sekundärprävention in Betrieben oder Tertiärprävention in Krankenhäusern zur Verhaltensänderung beispielsweise von Infarktpatienten werden angeboten.

Darüber hinaus muss jede schwedische Schule eine Krankenschwester pro 800 Schüler einstellen, welche Gesundheits-Checks durchführt, eventuell notwendige Untersuchungen bei einem Arzt vorbereitet, Gesundheits- und Sexualkunde-Unterricht anbietet und sich mit psychosozialen Problemen der Schüler befasst, wenn kein Psychologe verfügbar ist sowie des weiteren Verletzungen und Erkrankungen der Schüler behandelt.

Auch die Zahngesundheit unterliegt dem Grundsatz der Prävention. So haben Kinder und Jugendliche bis zu ihrem 21. Geburtstag kostenlosen Zugang zu zahnärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, was einen Teil des öffentlichen Zahngesundheitsdienstes darstellt. Jedes Kind wird im Intervall von 15 Monaten zu Vorsorgeuntersuchungen bestellt. Das System scheint gut zu funktionieren. So hatten 80 Prozent der Kinder zwischen 1 und 19 Jahren beispielsweise im Jahre 1990 mindestens einen Zahnarzttermin beim öffentlichen Zahngesundheitsdienst. Die Zahngesundheit unter den schwedischen Kindern ist während der 1970-er und 1980-er Jahre stetig angestiegen, so dass etwa 80 Prozent der Drei- bis Fünfjährigen kariesfrei waren (Stand 1990) und der DMFT-Wert bei 12-Jährigen von 3,1 in 1985 auf 2,0 in 1990 gesunken ist. Auch 90 Prozent der Erwachsenen suchen innerhalb von zwei Jahren wenigstens einmal einen Zahnarzt auf.

Sozialversicherung

Jeder Schwede ist dazu verpflichtet, sich im nationalen Versicherungssystem zu versichern und einkommensbezogene Zahlungen zu leisten – egal ob Arbeitnehmer oder Selbstständiger, wobei es keine Ausnahmen und keine Pflichtgrenzen gibt. Die Leistungen der Sozialversicherung umfassen die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, Elternversicherung, Arbeitslosenunterstützung, Rentenversicherung, Arbeitsunfallversicherung, Kindergeld und Wohngeld. Dabei soll zunächst noch erwähnt werden, dass das Sozialversicherungssystem in den letzten Jahren starken Veränderungen unterlag, die vor allem von Leistungskürzungen in einigen Bereichen bestimmt sind.

Lohnfortzahlung im Krankheitsfall: Erkrankt ein Arbeitnehmer, muss er dies noch am selben Tag dem Arbeitgeber und der lokalen Sozialversicherungskasse melden. Ab einer Krankheitsdauer von 8 Tagen ist eine Bescheinigung des Arztes notwendig. Berechtigt, Krankengeld zu beziehen, ist jeder Versicherte ab 16 Jahren, der ein Jahreseinkommen von mindestens 8856 SKR (960,50 €) bezieht und bei der Sozialversicherungskasse gemeldet ist. Der erste Krankheitstag ist ein Karenztag. Selbstständige können zwischen einer Karenzzeit von 3 oder 30 Tagen wählen. „Vom 2. bis zum 14. Tag leistet der Arbeitgeber die Lohnfortzahlung bei Krankheit [...] in Höhe von 80 Prozent des Arbeitslohns.“ „Ab dem 15. Tag wird das Krankengeld [...] von der Sozialversicherungskasse [...] gezahlt und entspricht 80 Prozent des Einkommens...“. Bei sehr langer Krankheitsdauer kann das Krankengeld von einer Invaliditätsrente abgelöst werden. Die Leistungen sind voll steuerpflichtig.

Kindergeld: Familien, die in Schweden leben, haben das Recht, automatisch Kindergeld von der Geburt des Kindes bis zu seinem 16. Geburtstag zu erhalten. Praktisch erhalten die meisten Jugendlichen weiter bis zu ihrem 20. Geburtstag Kindergeld, wenn sie sich noch in Ausbildung befinden. Für das erste und zweite Kind beträgt das Kindergeld pro Kind 950 SKR (103 €) pro Monat. Dieser Betrag steigt mit zunehmender Kinderzahl, so dass man ab dem 3. Kind 1204 SKR (131 €), ab dem 4. Kind 1700 SKR (184 €) und ab dem 5. Kind 1900 SKR (206 €) erhält. Einkünfte aus Kindergeld sind nicht steuerpflichtig. Im Falle geschiedener Eltern muss der Elternteil, der nicht das Sorgerecht hat, Unterstützung an den fürsorgenden Elternteil zahlen. Geschieht dies nicht, übernimmt die Sozialversicherung die Zahlungen.

Elternversicherung: Dieser Versicherung liegt die Idee zugrunde, dass arbeitende Eltern mit Kindern unter 16 Jahren Einkommensunterstützung erhalten, wenn sie aus einem großen Spektrum an Gründen von der Arbeit fernbleiben, um für ihre Kinder zu sorgen. Dadurch soll arbeitenden Eltern die Möglichkeit gegeben werden, mit ihren Kindern zusammen zu sein, speziell wenn diese sehr klein sind, ohne in große finanzielle Nöte zu gelangen. Anspruch auf ein Mindest-Elterngeld hat ein Elternteil, der mindestens 180 Tage vor Antragstellung ununterbrochen versichert gewesen ist. Um höhere Beträge zu erhalten, muss eine Sozialversicherung von mindestens 240 Tagen

bestanden haben. Schwangerschaftsgeld wird für 50 Tage innerhalb der letzten 60 Tage vor dem errechneten Entbindungstermin gezahlt. Die Leistung entspricht dem Krankengeld und umfasst daher 80 Prozent des Einkommens. Elternschaftsgeld wird für 450 Tage pro Kind gewährt und kann im Zeitraum von 60 Tagen vor dem errechneten Geburtstermin bis zum 8. Lebensjahr des Kindes in Anspruch genommen werden. Die Leistung umfasst 80 Prozent des Einkommens für 360 Tage, für die verbleibenden 90 Tage wird der Mindestsatz von 60 SKR (6,50 €) pro Tag gezahlt. Die Tage können auch als viertel oder halbe Tage genommen werden. Jeder Elternteil hat Anspruch auf die Hälfte der Zeit, wobei Ansprüche auf den jeweils anderen Elternteil übertragen werden können, jedoch nicht die 30 Tage, die speziell der Mutter und speziell dem Vater zustehen. Zusätzlich gibt es ein zeitweiliges Elternschaftsgeld, wenn das Kind krank ist und ein Elternteil sich beurlauben lassen muss, was wiederum 80 Prozent des Einkommens umfasst und bis zu 60 Tagen pro Jahr bis zum 12. Geburtstag des Kindes gewährt wird.

Weiterhin hat jedes Kind das Recht auf einen Kindergartenplatz, welcher von den Gemeinden zur Verfügung gestellt werden muss. Etwa 85 Prozent aller Kinder, die einen Kindergartenplatz brauchten, konnten im Jahre 1990 einen Platz erhalten. Eltern müssen sich mit 10–15 Prozent an den Kosten beteiligen, was bei einem Vollzeitkindergartenplatz ca. 1200 SKR (130 €) beträgt.

Fazit

Das schwedische Gesundheitssystem ist eines der effektivsten und umfassendsten der Welt. Dennoch gibt es Probleme, die Veränderungen notwendig machen: höhere Kosten durch einen wachsenden Anteil an älteren Menschen, die einen überdimensionalen Anteil an Ressourcen konsumieren, Personalmangel im ärztlichen und pflegerischen Bereich, hohe Wartezeiten bei Arztbesuchen, obwohl Termine vereinbart sind, Wartelisten für bestimmte selektive chirurgische Eingriffe von bis zu einem Jahr.

Durch Reformen sollen jedoch die ursprünglichen Visionen, wie allgemeiner und gleicher Zugang zum Gesundheitswesen und hauptsächlichliche Finanzierung des Gesundheitswesens aus öffentlichen Mitteln, nicht gefährdet werden.

In den letzten Jahren waren Reformen von Rationalisierung durch Bettenabbau und Verkürzung der stationären Behandlungszeiten sowie Erhöhung der Patientenzahlungen geprägt. Ein Grundsatz weiterer Veränderungen ist der Wandel von institutioneller Planung und Regulierung hin zu mehr Flexibilität und lokaler Adaptation. Die beschriebene Dezentralisierung der Gesundheitsversorgung vom Staat hin zu den Provinzen und Gemeinden in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts waren wichtige Schritte zur Deregulation, welche sich jetzt auf organisatorisch noch niedrigeren Ebenen fortsetzen. So erhalten Gesundheitszentren und Kindergärten mehr Eigenverantwortung; die finanzielle Verantwortung liegt zwar weiterhin bei den Provinzen und Kommunen, diese haben nun aber darüber hinaus das Recht, Dienstleistungen von privaten Anbietern zu kaufen. Man erhofft sich, dass ein derart gesteigerter Wettbewerb zwischen öffentlichen und privaten Anbietern als Mechanismus der Marktwirtschaft die Effizienz und Produktivität in der Gesundheitsversorgung steigert, dadurch Wartezeiten und -listen verkürzt werden und sich Kosten reduzieren lassen. Programme zur Anwerbung von Ärzten aus dem EU-Ausland sollen helfen, den Ärztemangel zu decken. Zahlreiche Ärzte nehmen dies in Anspruch, da Schweden mit besseren Arbeitsbedingungen, besserer Bezahlung und flacher Hierarchie innerhalb der Ärzteschaft wirbt.

Der dargelegte Aspekt des Familienschutzes des schwedischen Sozialstaates, der auch im Gesundheitswesen Eingang findet, trägt zur Bewahrung der Integrität der Familie bei und ist darüber hinaus sicher ein Versuch, einer Verschärfung des Ungleichgewichts in der demografischen Zusammensetzung der Bevölkerung Schwedens Einhalt zu gebieten. Aufgrund des Solidaritätsprinzips zwischen jung und alt muss der immer größer werdenden Gruppe der älteren Menschen eine ausreichend hohe Zahl junger Menschen gegenüber stehen. Diese Maßnahmen scheinen jedoch noch nicht ausreichend zu sein, denn das Bevölkerungswachstum ist nach wie vor eines der niedrigsten der Welt.

Folgen der umfassenden Präventionsmaßnahmen sind nicht nur die niedrige Kindersterblichkeit und die hohe Lebenserwartung sowie der hohe Anteil an älteren Menschen in der Bevölkerung, sondern auch der Umstand, dass ein Schwede nur sehr selten einen Arzt konsultiert. Ein Schwede besucht durchschnittlich nur 2,9mal pro Jahr einen Arzt, eine Zahl, die lediglich in Portugal noch unter-

schritten wird. Möglicherweise ist diese Zahl auch deshalb so niedrig, weil aufgrund der steigenden Zuzahlungen bei Arztbesuchen, für Medikamente und Heilbehandlungen Patienten seltener zum Arzt gehen. Dadurch könnten Diagnose und Therapie von Krankheiten zeitlich verschleppt werden. Folglich könnten Therapien zu spät einsetzen, um eine Heilung einzuleiten, bleibende Folgeschäden entstehen und sich dadurch die Gesundheit einzelner, möglicherweise aber auch die Qualität der Volksgesundheit und die Lebenserwartung der schwedischen Bevölkerung verschlechtern. Eine daraus resultierende mögliche höhere Prävalenz von Folgeschäden bzw. eine höhere Chronifizierungsrate von Erkrankungen könnten dann wiederum zu einem Anstieg der Kosten für das Gesundheitswesen führen. Aufgrund der finanziellen Probleme der Kreise sind die guten Erfolge in der Qualität der Zahngesundheit, die bereits beschrieben worden sind, teilweise zurückgegangen – weg von der Prophylaxe, hin zu mehr Notfallbehandlungen.

*Der Autor ist Medizinstudent
in Frankfurt am Main.
Literaturliste beim Verfasser*

Bundestag beschloss Gesundheitsreform

Berlin (tzb). Der Bundestag hat am 26. September das Gesetz zur Gesundheitsreform verabschiedet. Eckpunkte sind die Ausgliederung von Zahnersatzleistungen aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ab 2005 und des Krankengeldes ab 2006 – ein Jahr früher als ursprünglich geplant. Grundsätzlich müssen Patienten bei allen Leistungen zehn Prozent, mindestens fünf und höchstens zehn Euro, zuzahlen. Bei einer Behandlung auf Überweisung entfällt diese Zuzahlung. Die Kassen schränken ihre Leistungen unter anderem für Sehhilfen, Taxifahrten zum Arzt, Sterilisation und künstliche Befruchtung ein. Den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen verordnet das Gesetz eine Umstrukturierung, (Zahn)Ärzte werden außerdem zur Fortbildung verpflichtet.

Durch die Reform soll der allgemeine Beitragssatz in der GKV von derzeit durchschnittlich rund 14,3 Prozent zunächst auf 13,6 Prozent im kommenden Jahr und 2006 auf 12,15 Prozent sinken. Die Reform soll die Kassen allein 2004 um rund neun Milliarden Euro entlasten.

Freier Verband contra Wissenschaftler

FVDZ-Bundesspitze im Clinch mit Staehle und Kerschbaum

Erfurt/Gütersloh (nz). Zu einer scharfen Reaktion des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte hat die Veröffentlichung „Mythos Schweiz“ der Wissenschaftler Prof. Dr. Hans Jörg Staehle (Universität Heidelberg) und Prof. Dr. Thomas Kerschbaum (Universität Köln) geführt, in der die beiden Universitätsprofessoren der Frage nachgingen, ob eine Privatisierung von Zahnbehandlungsleistungen tatsächlich zu einer spürbar verbesserten Mundgesundheit führe. In einem offenen Brief warf die FVDZ-Bundesspitze den beiden renommierten Wissenschaftlern vor, jahrzehntelange Bemühungen des Berufsstandes um die Motivation von Patienten zu präventionsorientiertem Verhalten zu gefährden.

Kerschbaum und Staehle hatten sich in ihrem in der DZZ 6/2003 (Nachdruck tzb 9/2003) veröffentlichten Aufsatz kritisch mit der These auseinandergesetzt, die Mundgesundheit in der Schweiz sei deshalb besser als in Deutschland, weil dort die Patienten für die Kosten ihrer Zahnbehandlung selbst aufkommen müssten. In ihrer Untersuchung, stellten sie – belegt durch Daten – hingegen fest, dass zwischen Deutschland und der Schweiz keine gravierenden Unterschiede in der Mund-

gesundheit bestehen. Die Wissenschaftler verwiesen darauf, dass es für den Zusammenhang zwischen finanziellem Druck durch Selbstzahlerleistungen und aktivem Mundgesundheitsverhalten keine zuverlässigen Beweise gibt. Die Behauptungen über die bessere Mundgesundheit in der Schweiz seien unzutreffend und nicht oder nicht hinreichend belegt. Im Gegenteil schrecke der erhöhte finanzielle Druck Patienten von der Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen ab – eine Befürchtung, die angesichts der geplanten Einführung der Praxisgebühr auch von vielen Thüringer Zahnärzten geteilt wird. Kerschbaum und Staehle bezeichneten den „Mythos Schweiz“ als politische Propaganda auf der Grundlage einseitig interpretierter Daten – und warfen namentlich dem Freien Verband vor, dabei eine aktive Rolle zu spielen. Dazu führten sie dokumentierte öffentliche Äußerungen der FVDZ-Bundesspitze an.

In dem von dem FVDZ-Bundesvorsitzenden Dr. Wilfried Beckmann und seinen Stellvertretern Dr. Kerstin Löwe und Dr. Karl-Heinz Sundmacher unterzeichneten offenen Brief wirft der Freie Verband den beiden Professoren vor, eine Argumentation zu Gunsten der Renaissance des Mythos Sachleistung und damit

eine Unterstützung der Staatsmedizin zu betreiben. Mit dem Beitrag werde „eine Diskussion angezettelt“, die „weder positive Ziele vermittelt noch einen Beitrag zur Lösung der GKV-Misere leistet“, schimpften die FVDZ-Chefs. Besonders kritikwürdig aus ihrer Sicht ist der Zeitpunkt der Veröffentlichung Ende Juni – und damit mitten in den Diskussionen um die vom Freien Verband begrüßte Privatisierung des Zahnersatzes. Offenbar zielen diese Veröffentlichung auf nachhaltige politische Wirkung, kritisiert der FVDZ. Tatsächlich wurden die Staehle-Kerschbaum-Thesen auch in überregionalen Medien wahrgenommen und publiziert, die eher für ein kritisches Verhältnis zu den (zahn)ärztlichen Standesvertretungen bekannt sind.

Differenziertere Töne kamen hingegen vom Vizepräsidenten der Bundeszahnärztekammer, Dr. Dietmar Oesterreich. Auf den Staehle-/Kerschbaum-Text angesprochen, sagte er der Nachrichtenagentur dpa, die derzeitige Diskussion um verstärkte Eigenverantwortung der Patienten werde „rein fiskalisch“ geführt. Es gebe bislang keine wissenschaftlichen Belege, dass die Privatisierung von Zahnbehandlungsleistungen zu einer besseren Mundgesundheit führe.

Krankenkasse fürchtet Honorarexplosion

Securvita: Milliarden schwerer Konstruktionsfehler der Gesundheitsreform

Hamburg (ots/tzb). Die vom Bundestag beschlossene Gesundheitsreform ist nach Ansicht der Krankenkasse Securvita von einem gewaltigen Konstruktionsfehler behaftet. Krankenkassenvorstand Dr. Ellis Huber bemängelte das Fehlen einer Regelung, wie die zentralen Reformpunkte Beitragsrückerstattung, Selbstbehalttarife und Kostenerstattungsprinzip zwischen den Krankenkassen und den Ärzten abgerechnet werden können. Damit drohe eine neue Ausgabenexplosion bei den Krankenkassen.

„So wie es jetzt aussieht, würden die Honorarbudgets der Kassenärztlichen Vereinigungen ab 2004 gewaltig aufgebläht. Gleichzeitig müssten die Krankenkassen ungerechtfertigte

Doppelzahlungen in Milliardenhöhe leisten“, betonte er.

Der Fehler liege in der Praxis der Abrechnungen. Die Kassen zahlen für die ärztliche Behandlung aller Mitglieder, ob krank oder nicht, regelmäßige Kopfpauschalen an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Künftig müssten die Kassen für alle Mitglieder, die attraktive Reformpunkte wie Beitragsrückerstattung, Selbstbehalttarife und Kostenerstattungsprinzip wählen, praktisch doppelt bezahlen – weiterhin die allgemeine Kopfpauschale an die Ärzte und zusätzlich noch die Rückerstattungen, Beitragsnachlässe und individuellen Kostenerstattungen an die Versicherten. „Wenn ein Drittel der

Versicherten eines dieser zukünftig möglichen Modelle wählt, werden die realen Ausgaben der Krankenkassen für diese Versicherten deutlich steigen und die Gesamtaufwendungen für ärztliche Leistungen automatisch um bis zu 30 Prozent in die Höhe gehen. Dieser Automatismus stellt Sinn und Ziel der Gesundheitsreform auf den Kopf. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden diesen Hebel zur Honorarvermehrung ohne Skrupel nutzen“, sagte Dr. Huber.

Die drohenden Doppelzahlungen könnten nur vermieden werden, wenn der Gesetzgeber festlegt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen für diese Versicherten keine Kopfpauschalen erheben dürfen.

Praxisgebühr auch bei Notfallbehandlungen

Thüringer Ärztekammer macht öffentlich Front gegen Gebühr

Jena (nz). Die umstrittene Praxisgebühr von zehn Euro pro Quartal und Patient soll nach Medienberichten auch bei Notfallbehandlungen fällig werden. Ärzte müssten die Gebühr auch im kassenärztlichen Notfalldienst kassieren, berichtete die „Ärzte-Zeitung“ unter Berufung auf eine Klarstellung aus dem Bundesgesundheitsministerium. Die Zahlung wird dem Blatt zufolge unabhängig davon fällig, ob der Patient im selben Quartal bei einem anderen Arzt schon einmal zur Kasse gebeten wurde.

Die Landesärztekammer Thüringen hat sich in

einer öffentlichen Erklärung gegen die Einführung einer Praxisgebühr für Patienten ausgesprochen. Das Kassieren der Praxisgebühr bedeute eine zusätzliche Arbeitsbelastung für die über 3000 niedergelassenen Thüringer Ärzte, kritisierte Kammerpräsident Eggert Beleites. Das Arzt-Patienten-Verhältnis werde durch die Gebühr beeinträchtigt.

„Ärzte sind keine Geldeintreiber für die Kassen“, sagte Beleites. Nach Berechnungen der Ärztevertretung würde das Kassieren der Gebühr in einer durchschnittlichen Praxis

mit 1000 Patienten im Quartal etwa 50 Stunden Mehrarbeit pro Quartal bedeuten. Wöchentlich wären dies etwa vier zusätzliche Stunden. Bereits jetzt klagen einer Umfrage der Kammer zufolge 86 Prozent der Kassenärzte über den zu hohen bürokratischen Aufwand in ihrer Tätigkeit. Für Haus- und Fachärzte seien inklusive Notfalldienste wöchentliche Arbeitszeiten von über 60 Stunden die Regel. Erfurter Kassenärzte hatten zuvor bereits einen Boykott der Gebühr angekündigt. Unklar ist allerdings, wie das praktisch funktionieren soll.

Umfrage: Deutsche bei Zahnersatz für Gesetzliche

Vor allem in Ostdeutschland pro GKV

Essen (ots). Über zwei Drittel der Deutschen, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, wollen dort auch künftig ihren Zahnersatz versichern. Das ist das Ergebnis einer repräsentativen Umfrage, die das Meinungsforschungsinstitut EMNID im Auftrag der Essener Krankenkasse KTP – BKK Krupp Thyssen Partner zum Thema Zahnersatz durchführte. In der aktuellen Gesundheitsreform soll der Zahnersatz ab 2005 aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gestrichen werden.

61 Prozent der insgesamt 2002 Befragten entschieden sich für die Option, bei ihrer Krankenkasse zu bleiben; zehn Prozent der Befragten waren allerdings sowieso schon privat ver-

sichert. Immerhin 22 Prozent wollen ihren Zahnersatz privat versichern. Sieben Prozent haben noch keine Meinung.

Das Vertrauen zur gesetzlichen Krankenversicherung ist dabei im Osten etwas größer (66 Prozent) als im Westen (60 Prozent). Im Osten wollen nur 18 Prozent der Befragten zur „Privaten“ wechseln; übrigens sind dort auch nur fünf Prozent bereits heute privat versichert.

Unterschiede gibt es auch je nach Geschlecht und Bildungsgrad: Frauen neigen mehr (63 Prozent) als Männer (59 Prozent) zur gesetzlichen Krankenversicherung, Menschen mit Volksschulabschluss und Lehre (67 Prozent) stärker als Abiturienten und Akademiker (52 Prozent).

18 Millionen Fehltage durch psychische Erkrankungen

Berlin (ots/tzb). Die Zahl der Krankschreibungen wegen psychischer Leiden hat dem neuesten Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse (TK) zufolge im vergangenen Jahr um fünf Prozent zugenommen. Insgesamt 18 Millionen Fehltage durch Krankschreibung gingen der TK zufolge bundesweit auf die Diagnose „Depressive Störungen“ zurück. Die durchschnittliche Dauer der Krank-

schreibungen infolge psychischer Erkrankungen lag bei 50 Tagen.

Zugleich steigt die Zahl der Verordnungen von Antidepressiva kontinuierlich an. Mehr als jede zehnte Frau und jeder 20. Mann haben laut Krankenkasse innerhalb der letzten drei Jahre mindestens einmal ein Antidepressivum erhalten.

Weniger Klinikbetten in Thüringen

Erfurt (tzb). Die Zahl der Krankenhausbetten ist in Thüringen rückläufig. Nach Angaben des Landesamtes für Statistik standen es am Jahresende 2002 durchschnittlich 16 979 Betten zur Verfügung. Das entsprach einer Bettenkapazität je 10 000 Einwohner von 70,7 Betten. Die Betten wurden zu 81,2 Prozent ausgelastet. Im vergangenen Jahr gab es in Thüringen 49 Krankenhäuser. Im Jahr 2001 hatten noch 53 Kliniken über mehr als 17 200 Betten verfügt.

Wie aus dem vom Landesamt für Statistik herausgegebenen „Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen“ hervorgeht, existierten Ende vergangenen Jahres außerdem 37 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Freistaat. Im Durchschnitt des Jahres standen in diesen Einrichtungen 6472 Betten zur Verfügung, die zu 71,7 Prozent ausgelastet wurden.

Das aktuelle Verzeichnis ist jetzt erschienen. Hier sind die Krankenhäuser und die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach Kreisen und innerhalb der Kreise alphabetisch sortiert. Für jede Einrichtung sind sowohl die angebotenen Fachabteilungen mit der Anzahl der aufgestellten Betten als auch die Anschrift des Hauptsitzes, die Telefonnummer und teilweise die E-Mail-Adresse enthalten.

Von wegen Nachwuchssorgen

Anstieg um 29 Prozent bei Zahnmedizin-Studienbewerbern

Dortmund (idw/tzb). 3,4 Bewerber um einen Medizin-Studienplatz, 3,2 für Zahnmedizin, 3,9 für Psychologie und 4,5 Bewerber für Tiermedizin – seit Jahren waren die Studienplätze in den Numerus-clausus-Fächern nicht mehr so begehrt. Das ergibt sich aus einer Übersicht der Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS) in Dortmund über die Bewerberzahlen für das Wintersemester 2003/2004.

Bereits zum zweiten Mal in Folge stieg das Interesse für den Studiengang Medizin deutlich an. Gab es im Vorjahr bereits eine Steigerung um 20 Prozent, so legte die Zahl der Interessenten in diesem Jahr noch einmal um 21,2 Prozent zu. Für die 8320 Studienplätze gingen 28 663 Bewerbungen ein, so viel wie seit 18 Jahren nicht mehr.

Ein ähnliches Bild gibt es auch im Studiengang Zahnmedizin. Einem Zuwachs von 14 Prozent im Jahr 2002 folgte jetzt ein Plus von 29 Prozent. Für die 4507 Bewerber stehen zum Wintersemester 1398 Studienplätze zur Verfügung, darunter knapp 60 an der Universität Jena.

Für die 1004 Tiermedizin-Studienplätze wurden 4524 Bewerbungen gezählt, eine Zunahme um elf Prozent. Im Vorjahr war hier ein Zuwachs von sieben Prozent zu verzeichnen.

In der Psychologie haben sich die Bewerberzahlen nach einer Zunahme von 14 Prozent im Vorjahr nur geringfügig um 0,8 Prozent auf jetzt 14 600 erhöht. Dennoch bedeutet dies die höchste Bewerberzahl überhaupt für diesen Studiengang in den 30 Jahren der Tätigkeit

der ZVS. Aktuell stehen 3767 Studienplätze bereit.

Insgesamt erreichten die ZVS zum bevorstehenden Wintersemester 120 084 Anträge, das sind 8139 oder 7,3 Prozent mehr als im Vorjahr. Für die bundesweiten NC-Studiengänge hat die ZVS Anfang September 51 574 Zulassungsbescheide verschickt. 2049 Kandidaten können noch auf das Ergebnis eines Auswahlgesprächs bei den Universitäten hoffen, in dem über die Besetzung von 683 Studienplätzen entschieden wird. Diese Möglichkeit der Studienplatzvergabe wird nur von 13 Prozent der am ZVS-Verfahren beteiligten Fachbereiche genutzt.

Internet: www.zvs.de

Master der Implantologie

Uni Münster mit Angebot für Zahnärzte

Münster (idw/tzb). Bei der Versorgung mit Zahnersatz bevorzugen heute immer mehr Menschen Implantate statt Brücken oder Prothesen. Die Implantologie erfordert jedoch ein besonderes Know-how, das Zahnärzten während ihres Studiums nur unzureichend vermittelt wird. In diese Bresche springt jetzt ein berufsbegleitender Master-Studiengang, der am 1. Oktober an der Universität Münster begonnen hat. Erstmals wird damit in Deutschland eine umfassende Fortbildung im Bereich Implantologie angeboten, die mit einem Universitätsdiplom abschließt.

Damit wird die Möglichkeit zur Fortbildung auf diesem Gebiet in Deutschland ergänzt. Bisher sind hauptsächlich die Zahnärztekammern Initiatoren von Fortbildungen im Bereich Implantologie, so auch in Thüringen. Mit dem an der Universität Münster angegliederten „IMC Executive Program“ bietet sich interessierten Zahnärzten jetzt die Chance einer breit angelegten theoretischen und praktischen Qualifizierung nach modernstem wissenschaftlichen Standard. IMC steht für „International Medical College“ und versteht sich als universitäre Online-Fortbildungsplattform. Innerhalb eines Jahres können die Teilnehmer ihre Kenntnisse über die komplexen Verfahren der Implan-

tologie erweitern, und dabei gleichzeitig den Abschluss zum „Executive Master Of Oral Medicine In Implantology“ erlangen.

Der Studiengang ist berufsbegleitend ausgerichtet. Die wissenschaftliche Leitung liegt bei Prof. Dr. Dr. h.c. Ulrich Joos, Direktor der Klinik für Mund- und Kiefer-Gesichtschirurgie am Universitätsklinikum Münster. Unter Einbeziehung moderner Medien werden den Teilnehmern theoretische Inhalte über Internet vermittelt. Vortragsveranstaltungen ergänzen dieses Angebot. Eine intensive zweistufige praktische Ausbildung vermittelt Kompetenz für den Praxis-Alltag. Sämtliche Verfahren werden in einem anatomisch-chirurgischem Blockpraktikum an speziell präparierten humanen Körperspendern erlernt und dann in einem klinischen Praktikum schrittweise umgesetzt. Der Lehrkörper des IMC setzt sich aus spezialisierten Wissenschaftlern und erfahrenen Klinikern zusammen, die ihr Wissen und ihre Kompetenz auf diesem Wege zur Verfügung stellen wollen. Darüber hinaus tragen renommierte Wissenschaftler aus dem In- und Ausland als Gastreferenten zur Wissensvermittlung bei.

Internet: www.med-college.de

FSU Jena im Ausland attraktiver

Jena (idw/tzb). Die Friedrich-Schiller-Universität Jena rangiert in einer jetzt veröffentlichten Übersicht des Deutschen Akademischen Austauschdienstes (DAAD) auf Platz 22 der beliebtesten Studienplätzen in Deutschland für Studierende aus Europa. Im Studienjahr 2001/02 kamen 210 Studierende aus dem europäischen Ausland an die Universität Jena. „Wir haben in den letzten Jahren ein System zur Betreuung der Gaststudenten aufgebaut, in dem Jenaer Studierende als Mentoren eine zentrale Rolle spielen“, berichtet Dr. Jürgen Hendrich. Andererseits, so der Leiter des Akademischen Auslandsamtes der Universität Jena, seien auch die Kooperationsbeziehungen ausgebaut worden. Die Zahl der Partneruniversitäten im Studentenaustausch im Rahmen der europäischen SOKRATES/ERASMUS-Programms stieg von 179 im Studienjahr 2002/03 auf 195 im Studienjahr 2003/04. Im vergangenen Studienjahr gingen 267 Studierende der Universität Jena an diese europäischen Partnereinrichtungen. Allein im Wintersemester 2003/04 gehen bereits 270 Studierende ins europäische Ausland.

BZÄK-Jubiläum mit Festakt und Symposium

Zahnärztetag würdigt 50-jähriges Bestehen

Berlin (tzb). Ganz im Zeichen eines Jubiläums steht der Deutsche Zahnärztetag am 12. November in Berlin: Die Bundeszahnärztekammer feiert ihr 50-jähriges Bestehen. Gewürdigt wird dies mit einem Festakt und einem wissenschaftlichen Symposium im Schauspielhaus am Gendarmenmarkt. Zum Festakt (ab 10 Uhr) begrüßt die BZÄK den CDU-Politiker Wolfgang Schäuble, der den Festvortrag halten wird.

Das Thema des Symposiums (ab 13 Uhr) lautet: „50 Jahre Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde – ihre Entwicklung, ihr heutiger Stand

und ihre Perspektiven“. Dazu erwarten die Teilnehmer vier so genannte Basisvorträge. Prof. Dr. Dr. Siegmund Reinert (Tübingen) widmet sich der Chirurgie, Prof. Dr. Peter Schopf (Frankfurt/M.) der Kieferorthopädie. Die Prothetik beleuchtet Prod. Dr. Dr. Hubertus Spiekermann (Aachen) und der Zahnerhaltung widmet sich Prof. Dr. Bernd Klaiher (Würzburg). Den Einführungsvortrag hält Prof. Dr. Heiner Weber, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK).

Informationen: www.bzaek.de

Jahrestagung der Funktionsdiagnostiker

Bad Homburg (tzb). Die 36. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Funktionsdiagnostik und Therapie (AFDT) in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde findet nach der letztjährigen Gemeinschaftstagung dieses Jahr am 28./29. November wieder in Bad Homburg statt. Das Hauptthema der Tagung lautet „Interdisziplinäre Aspekte in der Funktionsanalyse und -therapie“. Neben dem Hauptthema werden wie gewohnt Vorträge und Poster zu freien Themen präsentiert. Die 1970 gegründete AFDT fördert die Entwicklung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für jene Krankheitsbilder, die auf Fehlfunktionen des Kauorgans zurückgehen.

Internet: www.afdt.de

Ausstellung zu NS-„Kindereuthanasie“

Erfurt (nz). Im Thüringer Landtag ist noch bis zum 14. November eine Ausstellung zum Behindertenmord der Nationalsozialisten zu sehen. Unter dem Titel „Überweisung in den Tod“ thematisiert die Ausstellung die NS-„Kindereuthanasie“ am Beispiel der früheren Thüringer Landesheilstätten Stadtroda bei Jena. In Stadtroda befand sich eine von etwa 30 so genannten Kinderfachabteilungen in Deutschland, in denen während des Nationalsozialismus insgesamt 5000 behinderte Kinder und Jugendliche getötet wurden. Die von der Landeszentrale für politische Bildung, der Universität Jena, der Birthler-Behörde und der Geschichtswerkstatt Jena veranstaltete Ausstellung dokumentiert die Einzelschicksale von in Stadtroda umgekommenen Kindern ebenso wie die Rolle der Ärzte, darunter die des Jenaer Kinderarztes Jussuf Ibrahim (1870–1953).

Landeszahnärztekammer Brandenburg | Kassenzahnärztliche Vereinigung Land Brandenburg | Quintessenz Verlag Berlin

13. BRANDENBURGISCHER ZAHNÄRZTETAG

21. UND 22. NOVEMBER 2003 | MESSECOTTBUS



„Aktueller Stand der Parodontologie“

Wissenschaftliche Leitung
 Prof. Dr. Thomas Hoffmann, Dresden

- Wissenschaftliches Programm für Zahnärzte
- Programm für Kieferorthopäden
- Programm für Zahnärzthelferinnen

Das gesellschaftliche Programm mit Rahmenprogramm und Gesellschaftsabend

Informationen und Anmeldung
 Landeszahnärztekammer Brandenburg | Parallelenstraße 94 | 13046 Cottbus
 Tel.: 0355/30148-25 | Fax: 0355/38140-48 | E-Mail: info@lzk.de | www.lzk.de

Termine – Termine – Termine – Termine

Oktober

- 22.** Implantologie-Stammtisch des BDIZ im Kurhausrestaurant Bad Salungen
- 22.–25.** Prager Dentaltage der tschechischen Zahnärztekammer

November

- 11.** Bundesversammlung der BZÄK 2003, Parlamentarische Gesellschaft Berlin

- 12.** Deutscher Zahnärztetag 2003, Schauspielhaus Berlin
- 15.** Herbstsitzung der KZV-Vertreterversammlung Thüringen in Erfurt
- 19.** Gutachterschulung für alle kammerberufenen Gutachter
- 21.–22.** 13. Brandenburgischer Zahnärztetag in Cottbus
- 26.** Treffen der Regionalgruppe Erfurt „Zahnärztliche Hypnose“ in Erfurt

- 26.** Tagung des Arbeitskreises Alters- und Behindertenzahnmedizin der LZKTh in Erfurt, Anmeldung: ☎ 03 61/74 32 -111
- 27.–29.** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Implantologie in Göttingen
- 28.–29.** Jahrestagung der AG Funktionsdiagnostik und Therapie der DGZMK in Bad Homburg
- 29.** Herbstsitzung der Kammerversammlung der LZK Thüringen in Erfurt

Reise in Region deutscher Kulturgeschichte

Seniorenfahrt der Landeszahnärztekammer nach Volkenroda und Mühlhausen

Am Ende eines langen, heißen Sommers hatte die Landeszahnärztekammer Thüringen zu einer eintägigen Seniorenfahrt eingeladen, für die zwei Zielorte zur Wahl gestellt wurden. Man konnte sich zwischen dem Wörlitzer Park und Volkenroda/Mühlhausen entscheiden. Die Wahl fiel mehrheitlich auf die ehemalige Zisterzienser-Abtei Volkenroda mit dem Christus-Pavillon der EXPO Hannover und auf das geschichtsträchtige und aufwändig restaurierte Mühlhausen.

Reisevorbereitung und -durchführung lagen wieder in den bewährten Händen von Frau Büttner und dem Reiseunternehmen Steinbrück aus Gotha. Der Einladung waren diesmal 50 Senioren gefolgt, die in zwei Bussen aus Süd- und Ostthüringen anreisten. Das Wetter war und blieb über den ganzen Tag freundlich, so dass die äußeren Bedingungen für eine Orts- und Stadtbesichtigung ideal waren. Die Zielorte liegen ungeachtet ihrer Attraktivität etwas im „touristischen Windschatten“ von Weimar und Erfurt. So sorgte die Wahl des Reiseziels auch etwas für einen Chancenausgleich in Thüringen. Sie war für die Reisegruppe hochinteressant und lehrreich, für die besuchten Orte hilfreich im täglichen Überlebenskampf.

In Volkenroda tauchten wir, begleitet durch kompetente Führer, in die wechselvolle Geschichte eines Zeitraums von 873 Jahren ein, deren bauliche Spuren erkennbar waren und sachkundig restauriert besichtigt werden konnten. So Querschiff und Chor der Klosterkirche von 1150, die zusammen mit ehemaligem Wirtschafts- und Wohngebäuden nach arger Vernachlässigung in der Zeit vor und nach 1945 durch die Zusammenarbeit kirchlicher und denkmalpflegerischer Institutionen seit 1990 zu einem Gesamtkunstwerk verbunden wurden. Hierzu gehört auch der Christus-Pavillon, Projekt der EXPO 2000. In Maß und Ausstattung dem Geist der Zisterzienser verpflichtet, ungewöhnlich von seinem Baukörper her, lädt der Christus-Pavillon zur Besinnung auf das Wesentliche unseres Lebens unabhängig von der Zugehörigkeit zu Kirchen und Weltanschauungen ein. Durch die Ausbildung von Jugendlichen aus aller Welt zu Handwerkern, Bauern und Verwaltungsfach-

leuten wird etwas von der erfahrenen Hilfe zurückgegeben. Nach der fakultativen Teilnahme an einem Mittagsgottesdienst traten wir die Reise nach Mühlhausen an.

Nach erster einstimmender individueller Kontaktaufnahme mit der Stadt waren wir schon vor Beginn der Stadtführungen in zwei Gruppen beeindruckt und begeistert vom baulichen Zustand einer Stadt, die 967 erstmals erwähnt, 1135 schon als „villa“ bezeichnet wurde, von 1180 bis 1802 freie Reichsstadt war, ab 1430 Mitglied der Hanse wurde und 1802 an Preußen fiel. Es war allen Mitreisenden klar, dass die Stadtführungen im gesteckten zeitlichen Rahmen nur einzelne Facetten der Stadtgeschichte beleuchten konnten, und dass ein erneuter Besuch fast zwingend war. Mühlhausen bietet viel Sehenswertes, so die Altstadt, den historischen Wehrgang am Frauentor, verschiedene Kirchen, die Synagoge, das Rathaus (unter anderem mit dem Mühlhausener Reichsrechtsbuch von 1224/30 als älteste deutsche private Rechtsaufzeichnung), das Brunnenhaus Popperode oder die Thüringer-Therme.

Wir entschieden uns für die Altstadt, die Divi-Blasii-Kirche und das Rathaus. Unterbrochen wurde die Besichtigungstour durch eine gemeinsame Kaffeetafel im Café Schikore. Durch die Stadtführer wurde unser Wissen von Mühlhausen aufgefrischt, aber auch um einiges erweitert. Wir wussten um Thomas Müntzer und den Bauernkrieg. Neu war für viele von uns, dass im Vorfeld der zweijährigen Tätigkeit von Johann Sebastian Bach (1707–1708) eine Organistenfamilie Ahle die Stelle für Bach attraktiv gemacht haben könnte. Auch der Komponist und Meister des protestantischen Kirchenliedes Johannes Eccard (1553–1611) stammt aus Mühlhausen. Ein berühmter Sohn dieser Stadt war auch der Baumeister Friedrich August Stüler (1800–1865), der unter anderem den Berliner Dom entworfen hat.

Mit einer Führung durch die Divi-Blasii Kirche und einem Hörerlebnis ausgewählter Werke fand die Exkursion ihren Abschluss.

Unser Dank gilt der Landeszahnärztekammer Thüringen als Veranstalter und den Mitrei-

senden, die in Gesprächen und Gesten den kollegialen Geist, der Thüringer Zahnärzte immer ausgezeichnet hat, zu pflegen wussten.

Prof. Rudolf Musil, Jena

Das Letzte:

Zahnpflege auf den Hund gekommen

Pünktlich zum Tag der Zahngesundheit kam die erschreckende Wahrheit ans Licht: In Deutschlands Hundeschneuzen wütet die Parodontitis. Bei über 80 Prozent aller Hunde über drei Jahre schrumpelt das Zahnfleisch, entzündet sich, blutet, bildet Taschen – und lässt Heerscharen von Herrchen und Frauchen mit ihren von wunden Fängen gequälten reinrassigen oder wundersam gemixten Vierbeinern leiden.

Ein namhaftes Unternehmen der Hundefutterbranche startete deshalb die Kampagne „Gesunde Zähne für Ihren Hund“. Hundebesitzer werden zum regelmäßigen Zahncheck für ihre Vierbeiner beim Tierarzt aufgerufen, es gibt ein Bonusheft mit Bonusstempel – und für die ersten 1000 Hundehalter einen Kostenzuschuss von fünf Euro für die Zahnuntersuchung vom Futtermittelhersteller. Und sogar an die Prophylaxe ist gedacht: ein von der Firma entwickeltes spezielles Hundeleckerli soll die Bildung von Zahnbelag und Zahnstein um bis zu 60 Prozent reduzieren.

Unklar ist noch, wie die Vierbeiner zur selbstständigen Benutzung von Zahnbürste und Zahnseide erzogen werden können. Durch Gruppenprophylaxe im Tierheim oder der Hundeschule? Durch Patenschaftszahnärzte? Oder aber durch ständiges Zeigen des Videos vom Briefträger? Motto: „Damit Sie auch morgen noch kraftvoll zubeißen können!“

Wir gratulieren!

zum 82. Geburtstag am 02.10.

Frau SR Stephanie Treppschuh
in Gotha

zum 77. Geburtstag am 25.10.

Herrn Dr. Wolfgang Thiem
in Sömmerda

zum 76. Geburtstag am 07.10.

Herrn Karl Succolowsky
in Leinefelde

zum 75. Geburtstag am 16.10.

Herrn SR Dr. med. dent. Rolf Zegar
in Meiningen

zum 75. Geburtstag am 09.10.

Herrn MR Dr. med. dent. Hans Wilhelm Gottschalt
in Schleiz

zum 75. Geburtstag am 07.10.

Herrn SR Dr. med. dent. Wolfgang Mölle
in Eisenach

zum 69. Geburtstag am 04.10.

Herrn MR Dr. med. dent. Eberhard Möckel
in Berka

zum 68. Geburtstag am 10.10.

Herrn SR Christian Träger
in Wiehe

zum 66. Geburtstag am 24.10.

Herrn Hans Rüger
in Mohlsdorf

zum 65. Geburtstag am 05.10.

Herrn Dr. med. dent. Eberhard Lehmann
in Gera

zum 65. Geburtstag am 30.10.

Frau Dr. med. dent. Brigitte Küttner
in Suhl

zum 65. Geburtstag am 26.10.

Frau Edda Röther
in Bad Liebenstein

zum 65. Geburtstag am 13.10.

Frau Monika Witte
in Weimar

zum 60. Geburtstag am 23.10.

Frau Dipl.-Stomat. Adelheid Tschammer
in Erfurt

zum 60. Geburtstag am 11.10.

Herrn Dr. med. Gert Vojtech
in Erfurt

zum 60. Geburtstag am 26.10.

Frau MR Ursula Burkhardt
in Zella-Mehlis

zum 60. Geburtstag am 14.10.

Herrn Uwe Mosch
in Rudolstadt

zum 60. Geburtstag am 24.10.

Herrn Prof. Dr. Dr. med. habil. Lutz Stößer
in Jena

Wir trauern um

Herrn Zahnarzt
Dipl.-Stom. Rainer
Salheiser

aus Seelingstädt

* 1. Juli 1943

† 1. September 2003

Landes Zahnärztekammer Thüringen
Kassenzahnärztliche Vereinigung
Thüringen

Posthume Ehrung für Zahngesundheitserziehung

Darmstadt (vfz/tzb). Der Verein für Zahnhygiene e.V. Darmstadt hat die Düsseldorfer Psychologin und Publizistin Prof. Dr. Almuth Künkel für ihre Verdienste auf dem Gebiet der Zahngesundheitserziehung posthum geehrt. Die im Sommer dieses Jahres verstorbene Psychologin wurde mit der Tholuck-Medaille des Vereins geehrt. Künkel, die zuletzt den Lehrstuhl für Entwicklungspsychologie an der Fachhochschule Düsseldorf, Fachbereich Sozialpädagogik, innehatte, ist Autorin von Büchern wie „Total zerknirscht? Ursachen, Folgen und Therapie des Zähneknirschens“, „Kinder- und Jugendpsychologie in der zahn-

ärztlichen Praxis“ und „Die Psychologie der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe“. Seit 1973 wird die Tholuck-Medaille an Persönlichkeiten verliehen, die sich um die zahn-gesundheitliche Aufklärung und Erziehung verdient gemacht haben. Der Jury gehören Vertreter des Arbeitskreises Zahnmedizinische Information, der Bundeszahnärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahn-pflege und des Vereins für Zahnhygiene e.V. an.

Freundliche ZÄ (25) mit BE sucht ab Dezember 2003 oder später Stelle als Vorbereitungsassistentin im Raum Weimar, Erfurt, Jena.

Tel.: (0162) 5694753

Verwaltungs- und Rezeptionshelferin, fachlich kompetent und engagiert, mit BE für ZA-Praxis Dr. Glänzer in Eisenach gesucht.

Tel.: (03691) 743600

Praxisabgabe

Moderne, existenzsichere Praxis, 30 km im Umkreis von Erfurt, 2 BHZ, 84 m², OPG, geringe Kosten, aus privaten Gründen flexibel abzugeben.

Chiffre: 113

Junge ZÄ mit 1/2 Jahr BE sucht ab 11/2003 oder später Stelle als Vorbereitungsassistentin im Bereich Erfurt, Jena, Sömmerda.

Chiffre: 114

Abgabe von Zahnarztpraxen

6 Praxen in Thüringen, 7 Praxen in Sachsen-Anhalt, 6 Praxen in Brandenburg, 12 Praxen in Berlin und 3 Praxen in Mecklenburg-Vorpommern im Auftrag unserer Mandanten abzugeben.

Kontakt: LÖWER & PARTNER

Tel.: (030) 27875975

Wegen Praxisauflösung Raum Ost-Thüringen, gesamtes Inventar (1991+) zu verkaufen. Inventarliste auf Anfrage. Preis auf VB.

Chiffre: 115

Antworten auf Chiffre-Anzeigen

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

Senden Sie Ihre Zuschrift an:

Werbeagentur und Verlag Kleine Arche
Holbeinstraße 73, 99096 Erfurt

Kleinanzeigen-Auftrag

	Auftraggeber: Name, Vorname _____ Straße, Hausnr. _____ PLZ, Ort _____ Telefon/Fax _____	Ausgabe(n): _____ (Monat/Jahr)
	Ich beauftrage Sie hiermit, folgenden Anzeigentext im tzb zu veröffentlichen: _____ _____ _____ _____ _____ _____	Rubrik: mm-Preis <input type="checkbox"/> Stellenangebote 1,20 EUR <input type="checkbox"/> Stellengesuche 0,80 EUR <input type="checkbox"/> Praxisübernahme 1,20 EUR <input type="checkbox"/> Praxisabgabe 1,20 EUR <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft 1,20 EUR <input type="checkbox"/> Vertretung 1,20 EUR <input type="checkbox"/> Verkäufe 1,20 EUR <input type="checkbox"/> Kaufgesuche 1,20 EUR <input type="checkbox"/> Kursankündigungen 1,20 EUR <input type="checkbox"/> Sonstiges 1,20 EUR <input type="checkbox"/> privat 1,20 EUR <input type="checkbox"/> gewerblich 1,40 EUR Chiffre: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Chiffregebühr 6,50 EUR; Ausland 10,50 EUR Alle Preise zzgl. gesetzl. MwSt. gelten für zweispaltige Anzeigen (87 mm breit) je mm Höhe. Mindesthöhe 20 mm)
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.

NEUE STEUERLAST DURCH DIE GEMEINDEWIRTSCHAFTSSTEUER?

Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen auch Freiberufler ab dem 1. Januar 2004 Gewerbesteuer zahlen, die zweckmäßigerweise dafür in „Gemeindegewerbesteuer“ umbenannt wird. Wir möchten an einem einfachen Beispiel darstellen, wie sich die Gewerbe- bzw. Gemeindegewerbesteuer berechnet und wie sich Ihre persönliche Steuerbelastung mit dem neuen Gesetz entwickelt. Den nachstehenden Schritten der Berechnung haben wir in der nebenstehenden Tabelle Zahlenmaterial zugeordnet.

Schritt 1 – einkommensteuerpflichtiger Gewinn

Der Vereinfachung halber gehen wir in unserem Beispiel von einem einkommensteuerpflichtigen Gewinn von 75 000 Euro aus. Auf Grund der komplizierten Berechnung haben wir die derzeit noch als Betriebsausgabe abziehbare Gewerbesteuer in unserem Beispiel vernachlässigt.

Schritt 2 – steuerpflichtiger Gewerbeertrag

Von dem einkommensteuerpflichtigen Gewinn wird ein Freibetrag abgezogen, welcher derzeit 24 500 Euro beträgt. Nach dem neuen Gesetzentwurf wird der Freibetrag auf 25 000 Euro erhöht, jedoch wird ab 50 000 Euro Gewinn der Freibetrag nicht mehr gewährt.

Schritt 3 – Gewerbesteuer-Messbetrag

Der in Schritt 2 berechnete Gewerbeertrag wird jetzt mit der sogenannten Steuermesszahl multipliziert und man erhält den Gewerbesteuer-Messbetrag. Der Messbetrag ist ein Multiplikator und somit ein Zwischenschritt zur Berechnung der Gewerbesteuer. Die zur Berechnung benötigte Steuermesszahl ist gesetzlich festgelegt und derzeit gewinnabhängig von 1 bis 5 % gestaffelt, die neue Steuermesszahl soll grundsätzlich 3 % betragen. Der Gewerbesteuermessbetrag wird Ihnen per Bescheid vom Finanzamt mitgeteilt.

Schritt 4 – Gewerbe- bzw. Gemeindegewerbesteuer

Die Gewerbesteuer wird berechnet, indem der im Schritt 3 errechnete Gewerbesteuer-Messbetrag mit dem von der Gemeinde festgelegten Hebesatz multipliziert wird. Der Gewerbesteuerbescheid geht Ihnen von der Gemeinde zu und die Steuer ist auch an diese zu entrichten. Der Hebesatz liegt in Thüringen zwischen 250 und 400.

Schritt 5 – Anrechnung auf die Einkommensteuer

Ein Teil der Gewerbesteuer wird von Ihrer persönlichen Einkommensteuerschuld abgezogen. Zur Berechnung des abzugsfähigen Betrages benötigen

wir wieder den Gewerbesteuermessbetrag aus Schritt 3. Derzeit können Sie den 1,8-fachen Betrag des Gewerbesteuermessbetrages von Ihrer Einkommensteuerschuld abziehen. Mit dem neuen Gesetz soll es sogar der 3,8-fache Betrag sein.

Zuletzt haben wir die reale Steuerbelastung aus Gewerbesteuer und Einkommensteuer dargestellt, um zu zeigen, welche steuerliche Mehrbelastung den Zahnarzt erwartet.

	Freiberufler derzeit	Gewerbe derzeit	Gesetzentwurf
Schritt 1: einkommensteuerpflichtiger Gewinn	75 000 €	75 000 €	75 000 €
Schritt 2: Kürzung um Freibetrag	./.	-24 500 €	- €
steuerpflichtiger Gewerbeertrag	./.	50 500 €	75 000 €
Schritt 3: Gewerbesteuermessbetrages	./.	1 325 €	2 250 €
Schritt 4: Gewerbesteuer (mit Hebesatz von 400%)	- €	5 300 €	9 000 €
Schritt 5: von der Einkommensteuer abziehbarer Betrag	- €	-2 385 €	-8 550 €
Berechnung der Steuerbelastung			
persönliche Einkommensteuer (Ehepaar ohne Kinder)	19 307 €	19 307 €	19 307 €
Gewerbe- bzw. Gemeindegewerbesteuer	- €	5 300 €	9 000 €
von der Einkommensteuer abziehbarer Betrag	- €	-2 385 €	-8 550 €
Steuerbelastung	19 307 €	22 222 €	19 757 €

Am 26.09.03 hat der erste Entwurf des neuen Gewerbesteuergesetzes den Bundesrat nicht passiert. Bei der derzeitigen angespannten Situation zwischen den verschiedenen Lobbygruppen bleibt abzuwarten, was von dem Gesetzentwurf letztendlich übrig bleibt.

Marlies Siemers, Steuerberaterin ADVIMED GmbH, Jena



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

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

ADMEDIO Steuerberatungsgesellschaft mbH

Ansprechpartnerin: Marlies Siemers, Steuerberaterin

Niederlassung Jena · Vor dem Neutor 3 · 07743 Jena

phone: (03641) 29 32-0 · fax: (03641) 29 32-30 · mail: admedio-jena@etl.de

home: www.etl.de/admedio-jena

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: 0361/7 46 74-80 · Fax: -85
E-Mail: schweigel@kleinearche.de

Rückfax, bitte an 0361/7 46 74-85

Adresse:



Wir arbeiten zusammen mit:

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

Infomaterial



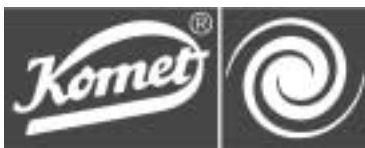
- Zahnersatz auf höchstem Niveau durch zertifiziertes Qualitätsmanagement
- Unser breites Technikangebot wird abgerundet durch vielfältige Serviceangebote für unsere Kunden, wie z. B. Technikerservice in der Praxis, mobiles Labor, signifikante Einkaufsvorteile und Seminare

Infomaterial



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

Infomaterial



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

VOCO DENTAL CHALLENGE 2003: DIE KÜR

Es war soweit: Am 22.08.2003 fand in Cuxhaven die Preisverleihung des erstmalig von der VOCO GmbH ausgeschriebenem VOCO Dental Challenge 2003 statt.

Mit diesem Forschungswettbewerb möchte VOCO den wissenschaftlichen Nachwuchs im Dentalbereich gezielt fördern. Die diesjährige Bilanz kann sich sehen lassen: 10 Forscher aus den Universitäten Göttingen, Marburg, Halle, Heidelberg, Tübingen, Gießen, München, Jena, Mainz und Köln hatten sich zur Teilnahme angemeldet. Am 22.08.2003 stellten alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre Forschungsergebnisse im Hause der VOCO vor. Ein Schwerpunkt dieser Untersuchungen waren z.B. verschiedene Parameter, die sich mit der Haltbarkeit und Sicherheit verschiedener Füllstoffe befassten.

Nach den Vorträgen setzten sich die Juroren, Prof. Dr. Pospiech, Universität Homburg, Prof. Dr. Behrend, Universität Rostock, und Prof. Dr. Kielbassa, FU Berlin, zusammen und fällten die Entscheidung über die Gewinner. Der diesjährige Preisträger ist Matthias Nötzel, Universität Marburg, mit dem Thema: „Reduktion von Polymerisationsspannungen in Modellkavitäten durch Schichttechnik und Verwendung klein-volumiger Licht-Inserts“. Platz 2 wurde an die Studentin Katja Sauerzweig, Universität Halle, für ihre Arbeit zum Thema: „Die Zugfestigkeit aktueller Dentinhaftvermittlersysteme auf perfundiertem Dentin“ vergeben. Den 3. Platz belegte Wolfgang Schleifenbaum, Universität München, mit der Arbeit: „Größenverteilung der Abrasionspartikel und Volumenverlust von kompositbasierenden Füllungswerkstoffen nach Belastung im Kausimulator“.

Bei der anschließenden Preisverleihung wurden die Urkunden und Geldpreise (3.000 Euro für den 1. Preis, 2.000 bzw. 1.000 Euro für die Zweit- und Drittplatzierten) sowie ein Pokal für den Erstplatzierten von den VOCO Geschäftsführern Manfred Thomas Plaumann und Olaf Sauerbier überreicht. Die darüber hinaus gewährten Publikationszuschüsse in Höhe von 2.000 Euro werden bei nachgewiesener Veröffentlichung der Arbeiten an die Preisträger ausgezahlt.



Der Gewinner des VOCO Dental Challenge 2003 mit den Juroren und Geschäftsführern der VOCO GmbH (v.l.n.r.): Prof. Dr. Kielbassa (FU Berlin), Prof. Dr. Pospiech (Universität Homburg), Manfred Thomas Plaumann (VOCO), Matthias Nötzel (Universität Marburg), Olaf Sauerbier (VOCO), Prof. Dr. Behrend (Universität Rostock)

Entspannung gab es für die Teilnehmer und Juroren bei einem gemütlichen Essen am Abend und einer Ausflugsfahrt nach Helgoland am darauffolgenden Tag.

Die diesjährige Veranstaltung wurde von den Juroren, den Teilnehmern und Vertreterinnen der Fachpresse als zukunftsweisende Auftaktveranstaltung bewertet. VOCO-Geschäftsführer Manfred Thomas Plaumann betonte, dass der VOCO Dental Challenge keine Eintagsfliege ist. Die positive Resonanz, sowohl in Bezug auf die zahlreichen Teilnahmen als auch auf das hohe Niveau der eingereichten Arbeiten zeigt, dass die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses wichtig ist und auch auf entsprechendes Interesse stößt. Es ist gleichzeitig eine Bestätigung für VOCO, das Engagement in diesem öffentlichen Feld fortzusetzen. So kündigte Manfred Thomas Plaumann bereits in seiner Begrüßungsansprache an, dass im Jahr 2004 ebenfalls der VOCO Dental Challenge stattfinden wird.

OB ELEKTRISCH ODER MANUELL – DER NUTZEN DES ZÄHNEPUTZENS IST WEIT GRÖßER ALS DIE RISIKEN

Kronberg, 2. Oktober 2003 – Zähneputzen ist prinzipiell ein abrasiver Vorgang. Um das dadurch bedingte Risiko einer Gewebeschädigung einmal systematisch nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft gegen den Nutzen abzuwägen, fand unter der Leitung der Fa. Oral-B am Donnerstag, 19. Juni 2003, im Rahmen der „EuroPerio 4“ (Kongress der Europäischen Gesellschaft für Parodontologie) ein Workshop mit dem provokativen Titel: „Schadet Zähneputzen der Gesundheit?“ statt. Dabei kamen die britischen Wissenschaftler M. Addy und M. L. Hunter – sowohl was das Putzen mit elektrischen als auch mit manuellen Zahnbürsten betrifft – zu der Schlussfolgerung, dass der Nutzen des Zähneputzens die potenziellen Schäden weit überwiegt. Bei gleichermaßen schonender Wirkungsweise hätte die elektrische Zahnbürste gegenüber dem manuellen Pendant jedoch Vorteile.

Die Wissenschaft kennt Fallberichte von Personen, die sich mehrmals täglich und aggressiv die Zähne putzten und eine Abnutzung des zervi-

kalen Dentins sowie Zahnfleischschwund aufwiesen. Ein direkter Zusammenhang konnte allerdings nie eindeutig nachgewiesen werden. Die Wissenschaftler M. Addy aus Bristol und M.L. Hunter aus Cardiff sind dieser Frage nachgegangen, indem sie eine Vielzahl von Fachartikeln zu diesem Thema gesichtet und bewertet haben. Über ihre Ergebnisse referierten sie auf einem Workshop anlässlich der „EuroPerio 4“ vom 21. bis 23. Juli 2003 in Berlin.

Dem Vortrag zufolge scheint es keinerlei Anzeichen dafür zu geben, dass die Anwendung einer Zahnbürste an sich irgendwelche negativen Konsequenzen für Zahnschmelz oder Dentin hat. Auch das Putzen mit Zahnpasta rufe praktisch keine Abnutzungen am Zahnschmelz hervor und sei nur minimal abrasiv für das Dentin. Addy und Hunter weisen allerdings darauf hin, dass bezüglich der Effekte unterschiedlicher Zahnpasten noch Forschungsbedarf bestehe.

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 Altersvorsorge meist von den Unternehmen aus. Junge Leute denken heute weder an ihre Rente noch an die Möglichkeit einer betrieblichen Altersvorsorge 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.

DENTAL-LABORE
Dohrn


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

Seminare



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.dentalHobre-dohrn.de

Anzeige

Ihr Speziallabor für Keramik,
Kombinationstechnik
und Kieferorthopädie



wir sorgen
für ein
natürliches
Lächeln

AVANTGARDE
Dentatechnik GmbH & Co KG
Zahnärztlicher Metallbetrieb

- ästhetische Keramik
- Vollkeramik
- Inlay - Technik
- Frästechnik
- Teleskoptechnik
- Implantat - Technik
- Modellgußtechnik
- Kieferorthopädie
- Galvano - Technik

Sächsenstraße 36, 04347 Leipzig
www.avantgarde-dental.de
E-Mail: Adental@tiscali.de
Tel. 03 41 65 96 43 -1 - Fax 0 36 43 -10

Anzeige

Mönig Krollzig Ries Richter Schnieder Goetz											
Rechtsanwälte	<p>Hans Peter Ries Dr. Karl-Heinz Schnieder Ralf Großböling Wolf Constantin Bartha</p>										
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Tätigkeitsschwerpunkte:</td> <td style="border: none;">Unter den Linden 24</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">• Vertragszahnrecht</td> <td style="border: none;">10117 Berlin</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">• Praxiskooperationen</td> <td style="border: none;">Tel.: 0 30/2 06 14 33</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">• Berufsrecht</td> <td style="border: none;">Fax: 0 30/2 06 14 34 0</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">• Arbeits- und Mietrecht</td> <td style="border: none;">www.rechtsanwaelte-moenig.de</td> </tr> </table>	Tätigkeitsschwerpunkte:	Unter den Linden 24	• Vertragszahnrecht	10117 Berlin	• Praxiskooperationen	Tel.: 0 30/2 06 14 33	• Berufsrecht	Fax: 0 30/2 06 14 34 0	• Arbeits- und Mietrecht	www.rechtsanwaelte-moenig.de
Tätigkeitsschwerpunkte:	Unter den Linden 24										
• Vertragszahnrecht	10117 Berlin										
• Praxiskooperationen	Tel.: 0 30/2 06 14 33										
• Berufsrecht	Fax: 0 30/2 06 14 34 0										
• Arbeits- und Mietrecht	www.rechtsanwaelte-moenig.de										

Anzeige

Einladung zum 2. Stammtisch der implantologisch tätigen und interes- sierten 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

A

Bohren Sie ruhig weiter!

... wir kümmern uns inzwischen um den Rest.

Zum Beispiel:

- um Ihr Corporate Design – Briefbögen, Visitenkarten,
Recall- und Bestellkarten, Patienteninformationen,
Flyer, Poster, Patientenzeitschrift, Internetauftritt, ...

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

Anzeige

Styropor-Karies und gesundes Frühstück

Rund 160 Kinder beim 5. Thüringer Jugendzahnflegetag dabei

Von *Brigitte Kozlik*

Am 15. September fand in Jena-Lobeda im Stadtteilzentrum „Lisa“ der 5. Thüringer Jugendzahnflegetag statt. Die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (LAGJTh e. V.) und der Arbeitskreis Jugendzahnpflege Jena als Veranstalter boten den ca. 160 Kindern

einen erlebnisreichen Vormittag. „Gesund & Fit, macht mit“ – unter diesem Motto verstand es Clown Mausini, mit Ausstrahlung und hohem pädagogischen Niveau die Kinder, aber auch die Erwachsenen sofort in seinen Bann zu ziehen und in Begeisterung zu versetzen.

Mit Mützen und Beuteln ausgestattet erwarteten

die Prophylaxehelferinnen der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege mit vielen Überraschungen die Kinder an ihren Ständen. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung brachte die gesunde Milch wieder in Erinnerung und der Ernährungsstand bot frisches Gemüse und Äpfel an und verteilte Rezepte für ein gesundes Frühstück. An Bastel- und Malständen konnten die Kinder ihre Beutel bemalen und Anstecker anfertigen. Am Quizstand wurde das erlernte Wissen unter Beweis gestellt. Höhepunkt stellte die Zahnbehandlung an Styropor-Zähnen dar, die Karies aufwies. Mit dem passenden Instrumentarium wurden die Zähne mit farbiger Knetmasse wieder repariert.

Ziel dieser Veranstaltung war es, die Jenenser Kinder sowie die Öffentlichkeit über vorbeugende Maßnahmen zur Gesunderhaltung ihrer Zähne zu informieren, motivierend auf das Mundhygieneverhalten hinzuweisen. Zusammenfassend kann man sagen, dass die Veranstaltung ein Erfolg war, was sich in den Gesichtern der Kinder widerspiegelte.



Einmal selbst Zahnarzt spielen durften die Steppkes beim Jugendzahnflegetag in Jena – und Riesenkarieszähne aus Styropor mit Knetmasse füllen. Foto: LAGJTh

Medieninteresse für Tag der Zahngesundheit

Thema Kieferorthopädie erwies sich bundesweit als Renner

Hamburg (bzäk/tzb). Nur ein Fünftel aller Kinder, die in kieferorthopädischer Behandlung sind, haben eindeutig angeborene Zahnstellungs- bzw. Kieferanomalien – fast jedes zweite Kind hat seine Zahnprobleme aufgrund von sehr frühzeitiger Karies bzw. ungünstiger Mund- und Lippenbelastung in Folge von schädlichen Gewohnheiten. Bei rund einem Drittel der Kinder ist nicht eindeutig klärbar, ob die Zahnstellungsprobleme bereits mit auf die Welt gebracht oder später erworben wurden. Diese Zahlen nannte Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer, auf der zentralen Pressekonferenz zum „Tag der Zahngesundheit 2003“ am 24. September in Hamburg.

Als Ergänzung zum Dauer-Slogan „Gesund beginnt im Mund“ hieß das Motto 2003 „Die Zähne sind ein Team, sie gehören zusammen“. Damit stellte der Aktionskreis Tag der Zahn-



Begegnung mit Waschbär: BZÄK-Vize Dr. Dietmar Oesterreich (r.) bei den Aktionen zum Tag der Zahngesundheit im Hamburger Tierpark. Foto: Lehr

gesundheit in diesem Jahr die Zahnstellungs- und Bisslagefehler ins Zentrum der Aktionen.

Das Thema erwies sich als Medienmagnet: Eine derart große Journalisten-Teilnehmerzahl wie diesmal konnte der „Tag der Zahngesundheit“ kaum zuvor bei seiner zentralen Presse-Konferenz begrüßen. Neben dem BZÄK-Vize waren Prof. Dr. Bärbel Kahl-Nieke, Kieferorthopädin am Universitätsklinikum Hamburg, Prof. Dr. Willi-Eckhard Wetzel, Experte für Kinderzahnheilkunde an der Universität Gießen und Bernd Wiethardt für die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen Ansprechpartner der Journalisten. Bereits im Vorfeld hatten sich außergewöhnlich viele bundesweite Redaktionen nach aktuellem und auch Hintergrund-Material zum „Tag der Zahngesundheit“ erkundigt.

Auch in Thüringen fand der Tag der Zahngesundheit am 25. September Interesse bei den Medien. Mehrere Zeitungen widmeten dem Thema Berichte.

DENTALSERVICE BRÜCKNER – EIN FIRMENPORTRÄT



Rüdiger Brückner und seine Mitarbeiterin Sylvia Hofmeister.

Dass es nicht immer eine Garage sein muss, in der eine Firmengeschichte ihren Anfang nimmt, zeigt das Beispiel vom Dentalservice Brückner. In der Thüringer Zahnärzteschaft als Partner bereits anerkannt, gründete Herr Brückner, Dipl. Ing. für Elektronik, den Dentalservice gleichen Namens. Es war der Wunsch vieler Zahnärzte, einem persönlichen Ansprechpartner ihre Technik anzuvertrauen. Dies konnte Herr Brückner nur in der eigenen Firma gewährleisten, die er dann auch im August 1996 in einem ehemaligen Hühnerstall gründete. 1996 war allerdings der große Boom des

Einrichtens von Praxen vorbei, so dass der Start in die neue Selbständigkeit schwerer als erwartet ausfiel.

Es war die Tappel-Tappel-Tour, die letztendlich die ersten Aufträge brachte – defekte Geräte aus DDR-Zeiten – die bisher von keinem Reparaturdienst zur Reparatur angenommen wurden. Um so überraschter waren die Kunden, als die Technik wieder funktionierte. DDR-Ingenuergeist, verbunden mit Flexibilität und Improvisation brachte die alten Geräte wieder zum Laufen. Mit diesen Arbeiten wurde oft der Grundstein für eine langjährige vertrauensvolle Zusammenarbeit gelegt. Selbständigkeit verlangt aber auch Erfahrung im Umgang mit Geschäftspartnern. Ist die noch nicht vorhanden, sind Misserfolge vorprogrammiert. Der erste Tag der offenen Tür scheiterte aus Mangel an Besuchern. Ein Jahr später waren dann 50 Praxen vertreten und einige Zahnärzte haben gleich ihre defekten Geräte mitgebracht.

Herr Brückner betont ausdrücklich, dass ohne den Einsatz seiner Mitarbeiter der Start in die Selbständigkeit nicht zu schaffen gewesen wäre. Wenn es der Firma diente, gab es keine Tätigkeit, die zu artfremd war, als dass sie nicht bereitwillig übernommen wurde. Wer kann schon erwarten, dass Mechaniker Betonarbeiten zum Begraden des Fußbodens im Hühnerstall ausführen?

Inzwischen könnte der Hühnerstall wieder seine ursprüngliche Funktion übernehmen, denn 2000 erfolgte der Umzug von Witterda nach Elxleben in größere Räume mit Platz für eine ständige Ausstellung. Das landwirtschaftliche Flair im Umfeld ist erhalten geblieben. Das hat

aber nur praktische Gründe und ist nicht Firmenphilosophie. Aber es ist die Firmenphilosophie und deren Umsetzung, die für Herrn Brückner bei der Betreuung seiner Kunden so wichtig ist. Pflegen statt reparieren und reparieren statt ersetzen ist seine Maxime – nicht immer förderlich für das eigene Geschäft, aber im Sinne der Kunden. Und weil sich das herumspricht, gibt es heute ca. 50 Anrufe am Tag. Kostenlos gibt es für den Kunden viele Leih- und Austauschgeräte in seinem Lager.

Heute hat die Fa. Brückner über 1000 Kunden, die meisten im Raum Thüringen, aber auch darüber hinaus. Zum Tag der offenen Tür sind 100–120 Praxen vertreten und jedes Jahr werden es mehr. Auf die Frage nach möglichen Filialen in anderen Bundesländern ist die Antwort eher zurückhaltend. Das, was das Brücknersche Unternehmen auszeichnet, die persönliche Betreuung durch den Chef, ist dann nicht mehr gewährleistet. Für sich hat Herr Brückner die Frage beantwortet. Da durch Expansion Kundenbeziehungen gefährdet werden könnten, wird es in absehbarer Zeit keine Filialen geben.

Befragt nach dem Unterschied zu einem Dentaldepot nennt Herr Brückner die für ihn wichtigen Punkte:

- keine Vorgaben für Bindung an Marken oder Preise
- keine regionale Vertriebsreglementierung
- mehr Freiräume für Service und Reparatur
- keine Zwänge der Ärzte bei Entscheidungen zum Service
- Nähe zum Kunden

Angesprochen auf die Möglichkeit, zukünftig der Praxistechnik im tzb mehr Aufmerksamkeit zu widmen, kommt von Herrn Brückner der Vorschlag, ab der Ausgabe November jeden Monat in einer Spalte des tzb über Technik und deren Pflege zu informieren. Zu oft hat er festgestellt, dass Kenntnisse zum sachgerechten Umgang fehlen und Geräte vorzeitig verschlissen sind. Hier liegt deshalb ein großes Einsparpotenzial für viele Praxen. Interessant wäre es sicher für viele Leser des tzb, wenn persönliche Erfahrungen und Meinungen der Zahnärzte die neue Technikrubrik ergänzen würden.



Die Azubis Christian und Marcus bei der Reparatur eines Amalgamabscheiders.



Die Ausstellungsflächen bieten die Möglichkeit zum Schauen, Diskutieren und Kaufen.



Gut, dass es ein System gibt, das auch bei filigraner Konstruktion eine hohe Stabilität und Sicherheit garantiert.

WIE BEIM FLUGZEUG, SO BEI CERCON: Nur sorgfältig aufeinander abgestimmte Komponenten werden in das System integriert. Für Cercon bedeutet das ein Höchstmaß an Stabilität und Sicherheit. Damit garantieren Sie Ihren Patienten zuverlässige dentale Vollkeramik-Restaurationen. Weil auf Cercon smart ceramics Verlass ist, geben wir für Restaurationen aus Cercon eine zusätzliche Sicherheitsgarantie*. Ein Werkstoff, verschiedene Indikationen, viele Vorteile: Cercon erlaubt Ihnen das Angebot von vollkeramischen Kronen- und Brückenrestorationen ohne die sonst für Vollkeramik notwendigen Kautelen. Arbeiten auch Sie innovativ: Empfehlen Sie Ihren Patienten Cercon smart ceramics.

*gemäß unseren Garantiebedingungen



MEHR INFORMATIONEN erhalten Sie durch Ihren Berater im DeguDent VertriebsCentrum oder bestellen Sie Ihr kostenloses Infopaket unter Tel. 0180 23 24 555* oder www.cercon-smart-ceramics.de

*eine Einheit je Anruf

DeguDent
A Dentsply International Company