



Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

**THÜRINGER
ZAHNÄRZTE
BLATT 6** 8. Jahrgang
Juni 1998

Produkte mit garantiertem Wertzuwachs

Die ersten Produkte mit Anlagegarantie (Passport Serie) wurden 1989 für den internationalen Markt freigegeben.

Diese Produktreihe wurde 1995 durch Produkte mit garantiertem Wertzuwachs abgelöst. Die neuen Produkte zeichnen sich durch eine größere Performancechance, durch eine erhöhte Flexibilität im Investmentbereich, aus.

Was sind garantierte Anlagepools ?

Die Pools mit garantiertem Wertzuwachs sind als mittel- bis langfristige Anlage mit geglätteter Renditeentwicklung konzipiert und speziell für die Investoren entwickelt worden, die auf der einen Seite von der großen Performancechance bestimmter Märkte profitieren wollen und auf der anderen Seite den Vorteil einer Investmentgarantie nutzen möchten. Die Erträge sind über die Laufzeit des Vertrages geglättet, d.h. die Volatilität (Höhen und Tiefen) der Märkte werden entschärft. Dieses System sichert einen fairen Ertrag über die gesamte Laufzeit.



Anlagepools (Anteilspreis) — Traditionelle Entwicklung von Börsenmärkten —

Wealthmaster

Der Wealthmaster der Clerical Medical Investment Group Limited basiert auf einem oder mehreren der drei Anlagepools. Die garantierten Anlagepools sind erhältlich in DM, US-Dollar und Pfund Sterling und bieten folgende Investmentgarantien: Eine

Mindestgarantie, eine Jahresdividende und zusätzlich einen Fälligkeitsbonus.

Mindestgarantie

Clerical Medical garantiert, daß bei Ablauf oder bei Tod, der Wertzuwachs der zugeteilten Anteile mindestens folgenden Raten entspricht:

DM	US Dollar	Pfund
3,0%	3,5%	4,0%

Jahresdividende

Die Jahresdividende wird jedes Jahr im voraus für das laufende Jahr garantiert. Diese Garantie greift bei Ablauf oder Tod. Die Jahresdividenden in den letzten Jahren betragen:

Jahr	DM	US Dollar	Pfund
1995	6,75%	6,75%	7,75%
1996	6,00%	6,25%	7,25%
1997	6,00%	6,25%	7,25%
1998	6,00%	6,00%	7,00%

Fälligkeitsbonus

Der Fälligkeitsbonus spiegelt die Renditeentwicklung des Vertrages über die Laufzeit wieder. Der Fälligkeitsbonus wird gezahlt bei Ablauf, bei zu Beginn beantragten Auszahlungen oder bei Tod.

Was geschieht bei vorzeitiger Auflösung?

Bei Rückgabe der Police vor beantragtem Vertragsende oder bei nicht zu Beginn beantragten Auszahlungen kann eine Rückgabeanpassung vorgenommen werden.

Beispiel zum Wachstum der Anteile in % (Jahresdividende plus Fälligkeitsbonus)

Dieses ist eine Beispielrechnung und spiegelt Werte zum 01.07.1997 wieder. Alle Angaben können sich, wie oben beschrieben, verändern. Vergangenheitsrendite ist keine Garantie für zukünftige Entwicklung. Das Wachstum der Anteile im Pool steht in keinem Zusammenhang mit dem Wachstum der eingezahlten Prämie.

Beginn	Pfund			US-Dollar			DM		
	01.01.96	01.01.97	01.01.98	01.01.96	01.01.97	01.01.98	01.01.96	01.01.97	01.01.98
01.01.95	7.75 + 2*	15.56 + 6*	23.94 + 18*	6.75 + 2*	13.42 + 8*	20.51 + 24*	6.75 + 2*	13.15 + 7*	19.94 + 23*
01.01.96	—	7.25 + 2*	15.02 + 6*	—	6.25 + 3*	12.89 + 8*	—	6.00 + 3*	12.36 + 13*
01.01.97	—	—	7.25 + 2*	—	—	6.25 + 3*	—	—	6.00 + 2*

*Fälligkeitsbonus wird nur gezahlt bei Ablauf, bei Beginn beantragter Auszahlung oder Tod.

Impressum

THÜRINGER ZAHNÄRZTEBLATT

Offizielles Mitteilungsblatt der Landes Zahnärztekammer Thüringen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen

Herausgeber: Landes Zahnärztekammer Thüringen (verantwortl. für PZD) und Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

Gesamtherstellung: TYPE Desktop Publishing, Müllerstraße 9, 99510 Apolda, Telefon 0 36 44/55 58 12, Fax 0 36 44/55 58 95

Redaktion: Gottfried Wolf (v. i. S. d. P. für Beiträge der LZKTh), Thorsten Radam (v. i. S. d. P. für Beiträge der KZVTh), Stefan Pöhlmann (Pressestelle), Christiana Meinel (Redakteurin)

Anschrift der Redaktion: Landes Zahnärztekammer Thüringen, Mittelhäuser Straße 76-79, 99089 Erfurt, Tel.: 0361/74 32-0, 0361/74 32-113

Satz und Layout: TYPE Desktop Publishing, Apolda

Druck, Buchbinderei: Gutenberg Druckerei GmbH, Weimar

Anzeigenannahme und -verwaltung: TYPE Desktop Publishing, Müllerstraße 9, 99510 Apolda, Telefon 0 36 44/55 58 12, Fax 0 36 44/ 55 58 95, z. Z. gilt Anzeigenpreisliste vom 18.08.1997

Anzeigenleitung: Ronald Scholz

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers statthaft.

Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernimmt die Redaktion keine Haftung. Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte übernommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwirbt der Herausgeber das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

Erscheinungsweise (1998): 1 Jahrgang mit 11 Heften

Zeitschriftenpreise (1998): 78,- DM zuzügl. Versandkosten; Einzelheftpreis: 8,- DM zzgl. Versandkosten. Rabatt für Studenten: 25 %. Für Mitglieder der Landes Zahnärztekammer Thüringen ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Bezugshinweis: Das Abonnement gilt bis auf Widerruf oder wird auf Wunsch befristet. Die Lieferung der Zeitschrift läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 31.10. eines Jahres abbestellt wird. Ihre Bestellung richten Sie bitte an Ihre Fachbuchhandlung, Ihren Grossisten oder direkt an TYPE Desktop Publishing in Apolda (Anschrift siehe oben).

Bankverbindung: Deutsche Bank Apolda, BLZ 820 700 00, Kto.-Nr. 2 084 259

Urheberrecht: Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Herausgebers.

Wichtiger Hinweis: Für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen in Beiträgen und Anzeigen kann keine Gewähr übernommen werden.

Printed in Germany

Inhaltsverzeichnis**Editorial**

Europa geht an uns nicht vorbei 252

KZV

Vertreterversammlung der KZV: eine politische Standortbestimmung 254
Anträge an die Vertreterversammlung 256
Der Versorgungsgrad ist nicht mehr feststellbar 258
Die Wirtschaftlichkeitsprüfung in der Parodontalbehandlung und deren Folgen 258
Keine Honorarbindung für verblendete Kronen außerhalb des bisherigen Verblendbereiches der Richtlinien 264
Kostenübernahme bei Kfo-Behandlungen von Erwachsenen 264
Ausschreibung 264, 282
Zahnarzt-Financials: Die Zahnarztpraxis als Unternehmen und der Zahnarzt als Unternehmer – eine einführende Betrachtung 267
Fragebögen zur Kostenstrukturerhebung bitte sofort einsenden! 271

LZKTh

Der Helferinnentag zum 4. Thüringer Zahnärztetag – Kontrastreiches und informatives Programm 272
Mikrobiologische Speichelbefunde in der zahnärztlichen Praxis 272
Das Medizinproduktegesetz – Worauf ist zu achten? 273
Dentinadhäsive Komposit-Restaurationen – Fragen der Berechnungsweise 275
Stellungnahme der Hochschullehrer für Zahnerhaltung und der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) zum routinemäßigen Einsatz von Seitenzahn-Komposit-Füllungen 276

LAGJTh

Kariesvorbeugung ist besonders wichtig geworden – Zahnärzte sind zur Patenschaft aufgerufen 277

Versorgungswerk

Das Rentenreformgesetz 1999 und Ihr VZTh 278
Erläuterungen zum Kontoauszug 278

Laudatio

Prof. Dr. Detlef Eismann zum 70. Geburtstag 279

Helferinnen

Lehrstelleninitiative 1997 brachte gute Ergebnisse 280

Fortbildung

Qualitätssicherung in der Kieferorthopädie in Thüringen (QKT) 281
Randqualität von Klasse-II-Kompomerfüllungen 282

Öffentlichkeitsarbeit

Frühjahrstreffen der Referenten für Öffentlichkeitsarbeit in Krefeld 285
Ursachen und Gefahren des Zähneknirschens 286
Zahnpflege will gelernt sein 287

Berufspolitik

Fernsehsendung zur Gesundheitspolitik mit Bundesminister Horst Seehofer 288
Thüringer Gesundheitswoche ist bereits Tradition 289
Wo blieb der große Aufschrei? 290

Sozialpolitik

Eine Auszehrung der deutschen Krankenversicherung muß verhindert werden 291

Recht

Überflüssige Geldmittel immer sofort entnehmen 292
„Bundesschätzchen“ bleiben bis zum Jahr 2002 in DM 292

Nachrichten

PKV-Verband begrüßt Absicht einer Vertrags-GOÄ 292
Aktionskreis „Tag der Zahngesundheit“ 292

Veranstaltungen

293

Praxiservice

Produktinformationen 294

Buchbesprechungen

296

Sonstiges

297

Nachruf

Wir trauern um Kollegen Dr. Dietrich Heimann 298



Deutschland ist der Inbegriff der Ordnung. Fast alles ist reglementiert. Man mag sich kaum vorstellen, daß dies noch zu übertreffen ist. Die Europäische Union hat jedoch offenbar nichts anderes zu tun, als der deutschen Bürokratie mit ihrer Eurokratie noch eins draufzusetzen. So manche im Raum stehende Regelung aus Brüssel könnte uns Zahnärzten noch schwer zu schaffen machen.

Nun hat aber der Europäische Gerichtshof ein Urteil gefällt, das die ganze gesundheitspolitische Diskussion in Deutschland in eine Richtung lenkt, in die die Zahnärzteschaft schon lange will. Mit der Entscheidung, daß zwei Patienten, die sich im Ausland behandeln ließen, die Behandlungskosten nach den Kriterien der eigenen Krankenversicherung erstattet bekommen müssen, ist das Prinzip der Kostenerstattung bekräftigt worden.

Dieses Urteil könnte auf lange Sicht das deutsche Sachleistungssystem über den Haufen werfen, das es in dieser Form in Europa nirgendwo gibt. Damit wäre so manches Problem erledigt, z. B. die ganze Frage der Budgetierung, mit deren Hilfe von den freien Heilberufen unbegrenzte Leistungen für begrenzte Mittel gefordert werden

Europa geht an uns nicht vorbei

sollen. Auch andere sozialrechtliche Regelungen, die in die Rechte der Heilberufler eingreifen, sind mit dem Urteil des Europäischen Gerichtshofes ad absurdum geführt worden, wie zum Beispiel die Altersbegrenzung für vertragsärztliche Tätigkeit oder die Zulassungsbeschränkungen, sie müßten eigentlich aufgehoben werden.

Das sind die Punkte, die die Politiker und die Krankenkassen in Aufregung versetzen. Die Reaktionen allein des Bundesgesundheitsministeriums sind so zwiespältig, daß man Zweifel haben muß, ob im Bonner Ministerium überhaupt Klarheit über die Folgen des Urteils des Europäischen Gerichtshofes herrscht. Von „einer Revolution des deutschen Gesundheitssystems“ bis hin zu „überhaupt keine Bedeutung für die GKV“ reichten die Kernaussagen der Stellungnahmen aus dem Ministerium. Wenn das Ministerium derart unschlüssig ist, kann man es ihm ausnahmsweise verzeihen. Denn was der Europäische Gerichtshof mit seinem Urteil tatsächlich bewegt hat, wird erst die Zukunft zeigen. An der Zukunft aber werden viele Akteure mitgestalten. Auch wir sollten uns nach Kräften beteiligen.

Verschärfter Wettbewerb?

Nun wird weiterhin spekuliert, ob es zu einem Gesundheitstourismus kommen wird. Das ist nicht ganz ausgeschlossen, aber Fakt ist doch, daß sich im Krankheitsfall fast jeder am liebsten im häuslichen Umfeld behandeln läßt oder wenigstens möglichst nahe am Wohnsitz. Über Zahntourismus ist schon viel diskutiert worden. Der lohnt sich aber für deutsche Patienten nicht einmal in Richtung Osten. Zwar sind dort die Kosten für zahnärztliche Behandlung noch geringer als in

Deutschland. Auf diesen bleibt der Patient aber in voller Höhe sitzen, weil die Krankenkassen nur Behandlungen im EU-Ausland erstatten müssen. Da die Honorare für zahnärztliche Leistungen in den EU-Staaten zum Teil deutlich über den deutschen liegen, lohnt sich eine zahnärztliche Behandlung im Ausland für einen deutschen Patienten wohl kaum. Der Restbetrag, der nach Erstattung der Krankenkasse für ihn bleibt, dürfte schließlich größer sein als wenn er einen deutschen Zahnarzt in Anspruch nimmt.

Jeder Zahnarzt steht sowieso im Wettbewerb mit den Kolleginnen und Kollegen in seinem Umfeld. Dieser Wettbewerb bleibt auf jeden Fall der entscheidende. Im europäischen Wettbewerb haben wir über unser hohes Qualitäts-Niveau bei gleichzeitig niedrigen Preisen eher einen Vorteil. Wir Zahnärzte müssen also keine Furcht vor einer Öffnung unseres Sozialsystems nach Europa haben. Im Bewußtsein unserer Stärken sollten wir uns im Interesse unserer Patienten dem Wettbewerb stellen.

Peter Luthardt

Wir gratulieren!

- zum 74. Geburtstag am 28.6. **Herrn OMR Dr. Günter Engelbrecht**
Paditzer Straße 50, 04600 Altenburg
- zum 73. Geburtstag am 11.6. **Herrn Dipl.-Med. Zanko Michailow**
Dornburger Straße 56, 07743 Jena
- zum 72. Geburtstag am 22.6. **Herrn Werner Jopke**
Bahnhofstraße 28, 96528 Rauenstein
- zum 70. Geburtstag am 8.6. **Herrn Prof. Dr. med. habil. Detlef Eismann**
Am Kiesberge 20, 99195 Nöda
- zum 65. Geburtstag am 26.6. **Herrn MR Anton Müller**
Schöne Aussicht 39, 98724 Neuhaus
- zum 60. Geburtstag am 4.6. **Frau Notburga Neudert**
Krankenhausstraße, 98693 Ilmenau
- zum 60. Geburtstag am 4.6. **Frau Dr. Med. Rose-Marie Weidlich**
Bielitzstraße 13, 07545 Gera
- zum 60. Geburtstag am 20.6. **Frau Thea Schmidt**
Dornburger Straße 161, 07743 Jena
- zum 60. Geburtstag am 24.6. **Frau Margot Kretschmar**
Lindenplatz 8, 99768 Ilfeld

Reinigung von Vertikallamellen

Fachgerechte Reinigung und Pflege
schonend und umweltfreundlich
hygienisch sauber und unbedenklich

Reinigung aller Breiten und Längen, zügige Auftragsbearbeitung

Raumausstattung und Lamellenreinigung
Hermann Wenzel
Stiller Gasse 22 • 98574 Schmalkalden
Tel. + Fax 03683/402455

DENS-Office

die Praxissoftware für
Verwaltung und mehr ...

• eine echte zukunfts-
sichere Windows-
Entwicklung

• leichte Bedienung

• übersichtliche
Benutzeroberfläche

• zusätzliche Windows-
anbindungen
möglich:

- digitales Röntgen
- Video
- ISDN (Internet...)
- Paro
- Spracheingabe
- Word ...

Alles aus einer Hand
von Ihrem
Dental-Depot:

dn

Deuker + Neubauer
Fichtenweg 6
99198 Erturt-Kerspleben
Tel. 03 62 03/6 17 - 0
Fax: 03 62 03/6 17 13



„Besinnen wir uns auf uns selbst“

Vertreterversammlung der KZV: eine politische Standortbestimmung

Eine politische Standortbestimmung vier Monate vor der Bundestagswahl mit dem eindringlichen Appell, auch bei einem zu erwartenden „Linksruck“ als Zahnärzteschaft zusammenzustehen und die zahnärztlichen Positionen im Ehrenamt und in der Praxis



Vorstandsvorsitzender Peter Luthardt appellierte an die Vertreterversammlung, angesichts der sich wandelnden politischen Landschaft die freiberuflichen und freiheitlichen Ideen nicht aus den Augen zu verlieren.

weiterhin zu vertreten: Dies war die Botschaft, die von der Vertreterversammlung der KZV Thüringen am 16. Mai in Erfurt ausging.

Vorstandsvorsitzender Peter Luthardt blickte in seinem Bericht auf die vergangenen Monate seit dem Inkrafttreten des 2. NOG zurück und wagte einen Ausblick auf die einschneidenden Veränderungen, die mit der nahenden Bundestagswahl allem Anschein nach ins Haus stehen. In der sich wandelnden politischen Landschaft würde es für die Zahnärzteschaft zunehmend schwierig, sich mit ihren freiberuflichen, freiheitlichen und liberalen Ideen wiederzufinden. „Besinnen wir uns auf uns selbst. Das macht uns politikfähig.“ Luthardt erinnerte daran, daß die Realisierung des 2. NOG ein wesentlicher Erfolg der zahnärztlichen Standespolitik sei. Die Wiedereinführung der Kostenerstattung bei Zahnersatz und Kieferorthopädie sei eines der bedeutendsten Ziele überhaupt gewesen. „Mit den Festzuschüssen und der Anwendung der GOZ haben wir auch einen wesentlichen Schritt bei der Realisierung des Konzeptes der Vertrags- und Wahlleistungen gemacht. Die Kröte, die wir für diesen Erfolg schlucken mußten, war die sogenannte Sicherheitslinie bei den Ver-

tragsleistungen. Sie ist nun auch der Dreh- und Angelpunkt der Schwierigkeiten, denen wir uns in den letzten Monaten ausgesetzt sehen.“

Machtverlust der Kassen

Auch die Thüringer Zahnärzte blieben nach den Worten des Vorsitzenden von Unterstellungen und Verleumdungen nicht verschont. So hatte die Barmer-Ersatzkasse behauptet, mehr als die Hälfte der Abrechnungen sei falsch. „Der Grund für das multimediale Lamentieren der Krankenkassen ist nur zu klar: Sie haben bei der Behandlung der Patienten mit Zahnersatz nicht mehr mitzubestimmen. Sie haben ihre Macht verloren.“ Von rund 80 Beispielen mit angeblich falschen Abrechnungen, die der VdAK vorgelegt hatte, hätten nur wenige Fälle wirklich Anlaß zu Beanstandungen gegeben. Insgesamt sei dies für die Kolleginnen und Kollegen in Thüringen eine ebenso unangenehme Situation wie in ganz Deutschland gewesen. Öffentlich als „Betrüger“ oder „Abzocker“ diffamiert zu werden, gefalle niemandem. Teilweise hätten die Kolleginnen und Kollegen Stellungnahmen der zahnärztlichen Berufsverbände vermißt. So mancher habe sich auch darüber beschwert, daß er von seiner



Gespannt verfolgten die Mitglieder der Vertreterversammlung die Rede des KZV-Vorsitzenden



Engagierte Diskussion: Dr. Karl-Friedrich Rommel bei seinem Beitrag



KZV keine klaren Richtlinien bekommen habe.

Dazu Luthardt: „Wir haben uns mit Richtlinien zurückgehalten, weil das 2. NOG wesentlich mehr Freiräume für Patienten und Zahnärzte eröffnet als das alte System. In diese Freiräume hat eine KZV nicht hineinzubestimmen.“

Im öffentlichen Rahmen sei versucht worden, die Vorteile des 2. NOG darzustellen. Dazu diene unter anderem eine Pressekonferenz am 14. Januar, die eine außerordentlich gute Resonanz gefunden hatte. Außerdem wurden mehrere Leser-Telefonaktionen und Rundfunksendungen initiiert, die nicht nur eine gute Presse brachten, sondern auch gute Kontakte zu den beteiligten Journalisten. „Diese Kontakte halfen uns, als es darum ging, die Angriffe der Krankenkassen zu parieren. Fast alle Attacken der Thüringer Kassen in den Medien führten zu einer entsprechenden Darstellung durch unsere Seite, die ebenfalls veröffentlicht wurde.“

Die neuen Regelungen seien den Kolleginnen und Kollegen in vielen Kreisstellenversammlungen, Rundschreiben und der blauen Fibel der KZBV sehr deutlich dargestellt worden. Bundesweit herrsche Einigkeit, sich von den Krankenkassen sowie der Drohung von Minister Seehofer, das Gesetz zu ändern, wenn die Zahnärzte seiner Auffassung nicht folgen, nicht einschüchtern zu lassen. „Das Bundesgesundheitsministerium kann nicht entscheiden, ob das Recht richtig angewendet wird. Dies ist Aufgabe eines Gerichts.“ Wenn man alle Verlautbarungen aus der Entstehungsgeschichte des 2. NOG heranziehe bis hin zu den Presseinformationen der Koalition und des Bundesgesundheitsministers, so werde absolut klar, „daß alles so gemeint war wie wir Zahnärzte es heute interpretieren“, stellte Peter Luthardt fest. Seehofer zeige sich in der Diskussion wankelmütig. Allein die FDP vertrete die Grundprinzipien, die in das 2. NOG eingeflossen seien.

Auch diesmal standen wieder einige Anträge zur Abstimmung an



Budgetierung droht

In Bonn sei ein Regierungswechsel zu erwarten, und es gelte, sich auf die möglichen politischen Konstellationen einzustellen. Wie die Gesundheitspolitik einer Großen Koalition aussehe, zeige das Gesundheitsstrukturgesetz von Lahnstein, bei einer rot-grünen Koalition sähe das Ergebnis noch wesentlich schlimmer aus. In beiden Fällen sei mit Sicherheit von einer Neuauflage von Budgets auszugehen. Die Zahnärzteschaft müsse deshalb hinreichend deutlich machen, daß es für begrenzte Mittel nur begrenzte Leistungen geben könne und Strategien erarbeiten, um sich diesen neuen Herausforderungen zu stellen. In diesem Zusammenhang sei auch eine Diskussion über den Honorarverteilungsmaßstab erforderlich. Luthardt rief dazu auf, bis zur nächsten Vertreterversammlung einen Entwurf zu erarbeiten und appellierte an alle Kolleginnen und Kollegen, dabei mitzuhelfen.

Anschließend informierte der Vorstandsvorsitzende über den Stand der Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen. „Wir können froh sein, daß wir noch immer eine fast lupenreine Einzelleistungsvergütung als Grundlage der vertraglichen Beziehungen zu den Krankenkassen haben, die in Thüringen nicht durch Budgets begrenzt ist.“ Für die KZV Thüringen gelte: Für Kassengeld gibt es nur Kas senleistung.



(VV-Mitglied) und Kammer-Vizepräsident Dr. Andreas Wagner erläuterte den Stand der Pläne zum Umzug der Landes Zahnärztekammer.

Die Verträge seien zwar ohne Budget-Regelungen festgelegt worden, die Höhe der Punktwerte sei aber alles andere als befriedigend. „Außerdem sind die Sprüche für die AOK und die Ersatzkassen aus unserer Sicht rechtsfehlerhaft, so daß sich eine formale Klage vor dem Sozialgericht nicht vermeiden ließ. Wir haben jedoch mit unserer Klage gleichzeitig das Ruhen der Verfahren beantragt, um in diesem Jahr das Verhandlungsklima nicht zusätzlich zu belasten.“ Wie Luthardt mitteilte, sind mit allen Kassenarten jeweils



zwei Verhandlungsrunden geführt worden. Alle Kassenarten hätten auch diesmal Ausgabenobergrenzen bzw. Budgetregelungen gefordert. Dem erteilte Luthardt eine klare Absage: „Wir als Vertreter der freien Heilberufe können nicht die wirtschaftliche Verantwortung für die Leistungsversprechen der Krankenkassen übernehmen. Ohne Ausgabenbegrenzung sind die Krankenkassen bisher nicht bereit, eine Anhebung der bestehenden Punktwerte mit uns zu vereinbaren. Für die KZV Thüringen kommen vertragliche Regelungen mit Obergrenzen oder sonstigen Budgetlösungen nicht in Frage.“ Die KZV würde den Weg zum Schiedsamt gern vermeiden, um nicht von dort Verträge mit niedrigen Punktwerten und zusätzlichen Budgets zu bekommen, stellte der Vorstandsvorsitzende fest.

Auch auf den Thüringer „Dauerbrenner“ Zahnärztheaus kam Peter Luthardt zu sprechen. Er habe den Eindruck, als ob bei der Landes Zahnärztekammer ein Umzug ins KZV-Gebäude nicht erste Präferenz habe. Darüber sei er etwas betrübt, denn ein gemeinsames Zahnärztheaus sei für ihn ein „Essential“. Zum Schluß bedankte sich Peter Luthardt noch bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie beim Vorstand für die geleistete Arbeit.

Geistige Einigkeit angemahnt

Die anschließende Diskussion eröffnete der Präsident der Landes Zahnärztekammer, Dr. Jürgen Junge, der der Vertreterversammlung als Gast bei-

wohnte. Er beschwor noch einmal die Einigkeit der Thüringer Zahnärzte, um neun Jahre nach der Wende einen Eklat wie in Sachsen-Anhalt zu verhindern. Enttäuscht zeigte er sich von Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer, der aus wahltaktischen Gründen „umgefallen“ sei und nicht mehr zu seinem ursprünglichen Wort stehe. Kammer-Vize Dr. Andreas Wagner griff das Thema „Zahnärztheaus“ noch einmal auf. Gemeinsames Ziel der Standespolitik beider Körperschaften sollte eine einheitliche, effiziente Berufsvertretung sein. „Dazu bedarf es einer geistigen Einheit und nicht unbedingt einer geografischen. Das ist gegeben, wir sind auf dem richtigen Weg.“ Es stehe außer Zweifel, daß der Kammervorstand das gemeinsame Zahnärztheaus haben wolle, aber in zehn bis 15 Jahren werde es auch noch Zahnärzte geben. Auf eine Anfrage in der Diskussion eingehend, berichtete Dr. Wagner, die wirtschaftliche Situation der Zahnärzte sei angespannt, das spiegle sich in den Anträgen auf Entlastung im Rahmen der verschiedenen Beiträge wider. Hauptursache seien hierbei Krankheit, Managementfehler und eine der allgemeinen Rezession nicht angepaßte Praxis- und Lebensführung.

In der Diskussion gab Dr. Engel zu bedenken, daß bei der Bewertung der Vor- und Nachteile eines Zahnärztheaus die Kostensituation für beide Körperschaften gemeinsam betrachtet werden sollte.

Herr Panzner stellte das zukünftige Gutachterwesen in Thüringen vor.

Dieses wurde gemeinsam mit der Landes Zahnärztekammer entwickelt, und man habe auch schon erste gute Erfahrungen gesammelt. Durch den Wegfall der Wirtschaftlichkeitsprüfung würden weit weniger Gutachter als in der Vergangenheit benötigt. Insgesamt müsse man aber darauf vertrauen, daß auch hier die Zeit mehr Rat geben wird.

Weiten Raum nahm die Diskussion um den Antrag 3 ein. Dieser zielte auf eine Kostenentlastung der „zertifizierten Kieferorthopäden“ ab. Der bisherige Sockelbetrag, der ja von den kieferorthopädisch tätigen Zahnärzten ohne Facharztanerkennung nicht erhoben wurde, ist nun abgeschafft. Diese Lösung ist nicht für alle Beteiligten nachvollziehbar, wurde jedoch als politische Geste unter anderem mit dem Hinweis auf einen solidarischen Berufsstand, der frei von Diskriminierung der fachlichen Minderheiten sich kompromißlos für eine freiheitliche Berufsausübung einsetzt, mehrheitlich beschlossen. Dies geschah im gleichen Atemzug wie die Verwaltungskosten-senkung für Sachleistung. Der neue Verwaltungskostensatz beträgt 1,45 Prozent.

Die bei der Vertreterversammlung beschlossenen Anträge zur Anpassung der Verwaltungskostenbeiträge für 1997, zur Änderung im Struktur- und Stellenplan ab 01.07.1998 bis 30.06.2000 und zum Verwaltungskostenbeitrag ab 01.07.1998 lesen Sie nachfolgend im vollen Wortlaut.

red.

Anträge an die Vertreterversammlung

Antrag-Nr.: 1

Antragsteller: Vorstand der KZV Thüringen
Betreff: Anpassung der Verwaltungskostenbeiträge für 1997

Wortlaut des Antrages:

Die Vertreterversammlung faßt rückwirkend für das Jahr 1997 folgenden Beschluß:
Der Verwaltungskostenbeitrag für alle über die KZV Thüringen abgerechneten Leistungen im Bereich ZE, PAR, KB beträgt ab dem IV. Quartal 1996 und im Bereich KCH und KFO ab dem I. Quartal 1997: 1,3 %.

**Begründung:**

Die Vertreterversammlung am 09.11.1996 hatte zum Haushalt des Jahres 1997 gemäß Antrag Nr. 5 eine Erhöhung des Verwaltungskostenbeitrages auf 1,3 % für alle über die KZV Thüringen ab 01.01.1997 abgerechneten Leistungen wie folgt bestätigt:

KCH und KFO ab IV/96; ZE, PAR, KB ab 01/97.

Im Zusammenhang mit dem Umzug der Verwaltung in das neue Gebäude und der gleichzeitigen Umstellung der Abrechnungs- und Buchhaltungssoftware waren in der KZV Thüringen im Zeitraum IV/1996 bis I/1997 erhebliche zusätzliche Arbeiten notwendig. Die Programme liefen in diesem Zeitraum außerordentlich fehlerhaft und sämtliche Vorgänge zur Buchung von Vergütungen gegenüber Kreditoren und Debitoren mußten fast ausschließlich manuell geändert und/bzw. ergänzt werden. Dabei wurde versehentlich die Erhebung von Verwaltungskosten für den Übergangszeitraum des Jahres 1996 zu 1997 vertauscht. Dies hat insgesamt zu Mindereinnahmen an Verwaltungskosten im Jahre 1997 in Höhe von DM 131.225,16 geführt. Eine sachliche Berichtigung in Form einer Nachberechnung wäre deshalb notwendig und durchzuführen.

Aus der vorliegenden Jahresabschlußrechnung (Vorlage erfolgt in der nächsten Vertreterversammlung) ergibt sich insgesamt, daß geringere Vermögensentnahmen erforderlich wurden, als im Haushaltsansatz geplant waren. Damit ist es möglich, die Neu-/Nachberechnung fallenzulassen und die tatsächlich erhobenen Verwaltungskosten in den Haushalt einzustellen.

Eine nachträgliche Belastung der Zahnarztpraxen in Höhe von DM 131.225,16 kann somit vermieden werden.

Der Antrag wurde **mehrheitlich** angenommen.

Antrag-Nr.: 2

Antragsteller: Vorstand der KZV Thüringen

Betreff: Änderung im Struktur- und Stellenplan ab 01.07.1998 bis 30.06.2000

Wortlaut des Antrages:

Die Vertreterversammlung bestätigt die Erweiterung der Personalstruktur der Prüfabteilung für den Zeitraum ab 01.07.1998 bis 30.06.2000 durch entsprechende Änderung des Struktur- und Stellenplanes (siehe Anlage).

Begründung:

Nach Abschluß der Prüfvereinbarung (Beschluß des Landesschiedsamtes im Jahre 1996) wurde das Prüfgeschäft in der KZV Thüringen für die Jahre ab 1993 ff. wieder aufgenommen. Es hat sich in den letzten Wochen gezeigt, daß der Arbeitsanfall, gerade auch in Bezug auf die Inanspruchnahme des Beschwerdeausschusses, jedoch ein solches Ausmaß angenommen hat, daß die bisherige Struktur dringend geändert werden muß. Der bisherige Personalbestand und die Logistik reichen nicht aus bzw. müssen geändert werden, um eine zeitgerechte Bearbeitung zu gewährleisten und ein korrektes Verfahren durchzuführen. Die hohe Anzahl an eingehenden Prüfanträgen, das Primat der Einzelfallbewertung und der vorhandene Rückstau an durchzuführenden Prüfverfahren machen zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine zeitnahe Prüfung so gut wie unmöglich. Weiterhin ist es den betroffenen Zahnarztpraxen unmöglich, auf das Prüfverfahren zeitnah zu reagieren.

Die Bestimmungen des Datenschutzes und die sich damit ergebende Verschlüsselung zahnarztbezogener Abrechnungsdaten lassen den Aufwand für die Prüfung steigen, da diese Daten für die aus Sicht der Zahnärzteschaft dringend gebotene Einzelfallprüfung ausschließlich in der KZV vorliegen und erst für das Prüfverfahren durch die KZV wieder rückentschlüsselt werden dürfen. Die sachgerechte Auswahl und Selektion obliegt den Ausschüssen und muß durch die Geschäftsstelle realisiert werden. Aus diesen Gründen ist der Struktur- und Stellenplan, wie in der Anlage dargestellt, mit Wirkung ab 01.07.1998 zu ändern. Die dabei anfallenden Personal- und Personalnebenkosten führen zu einer Veränderung der Haushaltsansätze, die unter Berücksichtigung der Beschlußlage zum Antrag des Vorstandes an diese VV Nr. 3 bereits in den Haushalt eingearbeitet wurden.

Anlage: Struktur- und Stellenplan 2. Halbjahr 1998

Der Antrag wurde **mehrheitlich** angenommen.

Antrag-Nr.: 3

Antragsteller: Dr. Pohl, Dr. Radam

Betreff: Verwaltungskostenbeitrag ab dem 01.07.1998

Wortlaut des Antrages:

Die Vertreterversammlung bestätigt den Beitragssatz für über die KZV Thüringen ab dem 01.07.1998 eingereichte und abzurechnende Leistungen auf 1,45 %. Der Sockelbetrag, der von den Kieferorthopäden erhoben wird, entfällt.

Begründung:

Die Erhebung eines Sockelbetrages ist nicht zeitgemäß und dient nicht dem Prinzip der solidarischen Finanzierung der Verwaltung der KZV durch alle in Thüringen tätigen Zahnärzte. Es stellt eine unangemessene finanzielle Belastung der Kieferorthopäden dar und ist durch Haushaltsnotwendigkeiten nicht begründbar.

Die Kieferorthopäden werden an den Kosten der allgemeinen und abrechnungsbezogenen Verwaltung ebenso beteiligt wie alle anderen Thüringer Zahnärzte. Eine Mehrbelastung durch die Erhebung eines Sockelbetrages stellt demzufolge eine Diskriminierung dar.

Der Antrag wurde **mehrheitlich** angenommen.



Der Versorgungsgrad ist nicht mehr feststellbar

Aufhebung aller Zulassungsbeschränkungen wäre die einzig logische Konsequenz

Die Landesausschüsse der Zahnärzte und der Krankenkassen haben die Aufgabe, eine eventuelle Über- oder Unterversorgung von Zulassungsbezirken festzustellen sowie entsprechende Maßnahmen (Öffnen oder Schließen eines Bereiches) festzulegen. Diese Entscheidungen sind die Grundlage für das Handeln des Zulassungsausschusses, der beispielsweise die Zulassung eines Zahnarztes in einem Planungsbereich ablehnen kann.

In seiner jüngsten Sitzung am 27. Mai hatte sich der Ausschuß neben einigen Formalien mit den Konsequenzen des 2. NOG für die Bedarfsplanung zu beschäftigen. Wegen der Direktabrechnung der kieferorthopädischen Behandlung liegen nämlich derzeit keine Fallzahlen vor, was natürlich auch die kieferorthopädisch tätigen Allgemein-

zahnärzte betrifft. Das wiederum bewirkt, daß niemand Auskunft geben kann, welche Auswirkung das auf den Grad der allgemein Zahnärztlichen Versorgung hat. Daraus folgend ist ein Versorgungsgrad nicht mehr feststellbar.

War man sich über die Zusammenhänge bis zu diesem Punkt noch einig, vertraten Krankenkassen und Zahnärzte verschiedene Auffassungen über die Konsequenzen. Die Kassen wünschten sich eine Umfrage über die Fallzahlen, die Zahnärzte führten das Gesamtsystem der ungerechten Zulassungsbeschränkung anhand dieses Beispiels ad absurdum. Letztendlich konnte sich der Ausschuß aber noch nicht zur einzig logischen Konsequenz, der Aufhebung aller Zulassungsbeschränkung für Thüringen, ent-

schließen. Das wäre bundesweit beispielgebend, wenn auch aus der Sicht eines geeinten Europas von dort noch stärkere Impulse in diese Richtung erwartet werden können.

Unser Landesausschuß zog sich auf eine Frist zur Neufeststellung der entsprechenden Daten zum 30. Juni 1998 zurück und verschaffte sich damit eine kleine Entscheidungspause. Letztlich bleibt abzuwarten, ob die Krankenkassen oder die Zahnärzte bis dahin verlässliche Daten sammeln können und ob diese ihrer Aussagekraft nach ausreichen, für die Zukunft die Praxis der Zulassungsbeschränkung für sogenannte überversorgte Planungsbereiche zu rechtfertigen.

Th. Radam

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung in der Parodontalbehandlung und deren Folgen

Die Behandlung von Erkrankungen des Parodontiums stellt oftmals eine Vorbehandlung für die Versorgung mit Zahnersatz dar, ist jedoch gerade auch als alleinige zahnerhaltende Maßnahme von besonderer Wichtigkeit und steigender Bedeutung. Der Zahnhalteapparat ist immer wieder durch ernährungsbedingte, aber auch manifeste, generalisierte Stoffwechselerkrankungen in erheblichem Maße, aber auch bei ungenügender Zahn- und Mundhygiene sowie nach Unfällen Gefährdungen und Erkrankungen ausgesetzt.

Deshalb war in der Vergangenheit und wird in der Zukunft dem Erhalt eines gesunden Parodontiums besondere Sorgfalt in der zahnärztlichen Behandlung und der vertragszahnärztlichen Versorgung beizumessen sein.

Dieser Beitrag wird jedoch nicht im fachlich-medizinischen Sinne die Ansatzpunkte für die Notwendigkeit und

die Strategie einer Behandlung der verschiedenen Formen von Parodontalerkrankungen darstellen.

Er soll vielmehr im wesentlichen die bisherigen Ergebnisse der Wirtschaftlichkeitsprüfung abgerechneter Parodontalbehandlungen in der KZV Thüringen erläutern und damit einem größeren Interessentenkreis bekanntmachen, so daß die Konsequenzen fehlerhafter Leistungserbringung und/oder -abrechnung im kassenvertraglichen Sinne stärker in die praxisinterne planerische und damit vorbereitende Debatte um eine den gegenwärtigen Richtlinien entsprechende PAR-Behandlung einbezogen werden können.

Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit einer Parodontalbehandlung (nachfolgend PAR-Behandlung) wird nach den bestehenden Verträgen und damit nach der geltenden Rechtslage vorgenommen. Es wird auf die Möglichkei-

ten, Verfahren und Ergebnisse im einzelnen eingegangen.

1. Wirtschaftlichkeitsprüfung vor Behandlungsbeginn durch Gutachter

Für die vorherige Wirtschaftlichkeitsprüfung ist ein zweistufiges Gutachterverfahren vereinbart. Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, durch einen von der KZVTh bestellten Gutachter prüfen zu lassen, ob die vorgesehene und auf dem PAR-Behandlungsplan beantragte Behandlung den Bedingungen des § 12 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot) unter besonderer Berücksichtigung der vertraglich vereinbarten Richtlinien der Bundesmantelverträge entspricht.

Entspricht sie nach Prüfung durch den Gutachter den Richtlinien und erteilt die Kasse nach verwaltungsinterner Prüfung (ggf. auch ohne Gutachterver-



fahren) eine Kostenübernahmeerklärung, gilt die Behandlung als notwendig und wirtschaftlich und unterliegt insoweit nicht mehr einer nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Für im Gutachterverfahren in der ersten Stufe auftretende Unstimmigkeiten ist ein Obergutachterverfahren vertraglich geregelt. Der durch die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung benannte Obergutachter trifft eine Empfehlung gegenüber dem Antragsteller bzw. der Krankenkasse zur Wirtschaftlichkeit der geplanten Versorgung. Erfolgt auch nach positiver Stellungnahme des Obergutachters durch die Kasse keine Kostenübernahmeerklärung für eine notwendige und wirtschaftliche Behandlung, wäre der Patient auf den Klageweg gegen seine Krankenkasse auf Bezuschussung angewiesen, bzw. muß die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V wählen. Dieser Fall ist jedoch so gut wie ausgeschlossen.

Öfter kommt hingegen der Fall vor, bei dem sowohl Gutachter als auch Obergutachter die sofortige Notwendigkeit einer systematischen PAR-Behandlung verneinen, weil z. B. durch mundhygienische Maßnahmen des Patienten und Maßnahmen nach Geb.-Nr. 105/107 eine deutliche Verbesserung des Zustandes eintreten sollte und somit die PAR-Behandlung als Initialmaßnahme unwirtschaftlich wäre. Erst wenn solche kostengünstigeren Behandlungen trotz Mitarbeit und Motivation des Patienten nicht die zu erwartenden Erfolge zeigen, wäre eine systematische PAR-Behandlung angezeigt und dann auch wirtschaftlich.

Die vorherige Wirtschaftlichkeitsprüfung durch das Gutachterverfahren ist allen Zahnärztinnen und Zahnärzten, die regelmäßig PAR-Behandlungen durchführen, hinlänglich bekannt. Trotzdem soll nochmals kurz auf das Verfahren eingegangen werden.

Die Krankenkasse stellt, sofern ein Bedarf aus Sicht der Krankenkasse dafür besteht, einen entsprechenden kosten-

pflichtigen Antrag an einen PAR-Gutachter auf Überprüfung der eingereichten Behandlungsunterlagen auf deren wirtschaftliche (Planungs-/) Behandlungsweise. Dieser prüft anhand der vom Behandler zu übergebenden Röntgenaufnahmen und Modellen sowie ggf. weiterer Unterlagen (z. B. API oder QHI) oder auch einer persönlichen Inaugenscheinnahme die Behandlungsplanung und befürwortet den Behandlungsplan oder lehnt ihn unter Verweis auf die Ablehnungsgründe ab. Gegen die Stellungnahme des Gutachters ist ein Widerspruch möglich, der sowohl vom behandelnden Zahnarzt als auch von der Krankenkasse eingelegt werden kann. Liegt ein solcher Widerspruch vor, wird ein Obergutachter eingeschaltet. Dieser prüft nochmals den Sachverhalt und entscheidet im Gutachterverfahren endgültig. Widersprüche gegen das Obergutachten sind sozialgerichtlich zu klären, wobei sich die Klage nicht gegen den Gutachter, sondern immer gegen die eine Kostenübernahmeerklärung versagende Krankenkasse richtet. Das liegt daran, daß das Gutachterverfahren lediglich eine Entscheidungshilfe für die Krankenkasse darstellt, mit der sie die Wirtschaftlichkeit klärt und danach eine Entscheidung trifft, inwieweit die geplante Behandlung als Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung zu sehen ist und einen Kostenübernahmeanspruch des Versicherten auslöst.

2. Nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung durch Prüfungsausschüsse

Ist die genehmigte Behandlung abgeschlossen, findet eine nachträgliche Prüfung der Wirtschaftlichkeit regelmäßig nicht mehr statt. Hier sind nach eingehender Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes und auch anhand der für Thüringen geltenden Prüfvereinbarung nur noch Sachverhalte prüfbar, die einer vorherigen Wirtschaftlichkeitsprüfung (auch dem Gutachterverfahren) unzugänglich waren.

Dies sind insbesondere:

- Einhaltung der Karenzzeit von mindestens zwei Wochen zwischen Abschluß der Vorbehandlung und ersten Maßnahmen der PAR-Behandlung,
- sachlich-inhaltliche Stimmigkeit zwischen dem abgerechneten PAR-Behandlungsplan und den dazugehörigen KCH-Leistungen (zu diesem Zweck führen die Krankenkassen patientenbezogen die KCH-Leistungen, wie Röntgenleistungen, Anästhesien, Zahnsteinbehandlungen und Behandlungen bei Mundschleimhautrekrankungen quartalsübergreifend mit den abgerechneten PAR-Behandlungsplänen zusammen),
- sachlich-inhaltliche Stimmigkeit der zeitlichen Zusammenhänge zwischen KCH-Leistungen und PAR-Behandlung
- logistisch nicht erklärbarer Abfolge der einzelnen Behandlungsschritte innerhalb der PAR-Behandlung sowie ein entsprechender erfahrungsgemäß nicht einleuchtender Zeitraum für operativen und Nachbehandlungsteil einschließlich Wundversorgung.

Auch konnte die Krankenkasse regelmäßig im Vorhinein nicht feststellen, inwieweit bereits vor Genehmigung des Behandlungsplanes, also vor Entscheidung der Krankenkasse zur Kostenübernahme, mit der Behandlung selbst begonnen wurde, so daß dies nachträglich geprüft wird. Ebenso kann erst nachträglich geprüft werden, ob alle Leistungen nach Position 111 vor dem Abschlußdatum erbracht wurden.

Ergibt die Zusammenführung aller die Behandlung betreffenden Abrechnungsdokumente oder die Abrechnung des Behandlungsplanes auf dem Verwaltungswege nicht klärbare Fragen, wird Antrag auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlung gestellt. Diesem Antrag liegt inzident die Vermutung zugrunde, daß die Richtlinien nicht eingehalten wurden und damit



die Behandlung als unwirtschaftlich und insoweit nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehörend zu bewerten wäre.

In diesem sich (zeitlich oftmals sehr verzögert) anschließenden Verfahren vor dem Prüfungsausschuß hat der betroffene Behandler anhand seiner Patientendokumentation, ggf. Modellen und Röntgenaufnahmen, die entscheidungsrelevanten Tatsachen darzustellen und entsprechend zu begründen.

Der Prüfungsausschuß besteht wie bei der KCH-Prüfung aus drei Zahnärzten und drei Kassenvertretern, wobei ein Zahnarzt als Berichterstatter fungiert und alle zu prüfenden Einzelfälle bereits im Vorhinein einer eingehenden Durchsicht und Bewertung nach Aktenlage unterzogen hat. Dabei ist besonderer Wert auf die Einhaltung der in den Richtlinien bestimmten Fristen zu legen, da in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes gerade dieses Thema Inhalt mehrerer Verfahren war, so daß keine Interpretationsspielräume mehr bestehen. Wurden Fristen nicht eingehalten, stellt dies einen Verstoß gegen die Richtlinien dar und führt (automatisch) zur Unwirtschaftlichkeit und zum Honorarverlust.

Stellt nach eingehender Beratung der angerufene Prüfungsausschuß fest, daß der Antrag der Kasse zu Recht besteht, erfolgt mittels Bescheid eine entsprechende Entscheidung. Dieser Bescheid enthält die zur Entscheidung herangezogenen Gründe sowie das sich daraus abzuleitende Ergebnis. War eine Behandlung als unwirtschaftlich zu qualifizieren, ist eine Abrechnungsberichtigung zu Gunsten der Krankenkasse bzw. zu Lasten des Vertragszahnarztes durchzuführen. Dies geschieht dann durch z. B. komplette Stornierung der PAR-Abrechnung im jeweiligen Behandlungsfall (konsequente Einzelfallprüfung!), Umwandlung von Gebührennummern in andere (z. B. Anästhesien) usw.

Der Prüfbescheid stellt einen rechtsbehelfsfähigen belastenden Verwaltungsakt dar, der durch den Beschwer-

deausschuß überprüft werden kann. Anzumerken wäre noch, daß die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse rechtlich selbständig als gemeinsame Einrichtungen zwischen Krankenkassen und Zahnärzten arbeiten und von beiden finanziell getragen werden. Die Verwaltungsstrukturen werden in der KZVTh realisiert.

3. Verfahren vor der PAR-Beratungskommission des Vorstandes

In besonders schwierigen Fällen, das sind meist Fälle, bei denen neben der wirtschaftlichen Sichtweise auch fachliche Gesichtspunkte in erheblichem Maße eine Rolle spielen, gibt der Prüfungsausschuß Fragestellungen an den Vorstand ab und unterbricht damit das laufende Prüfungsverfahren bis zu einer Entscheidung des Vorstandes.

Da ein Mängelverfahren zur Nachbegutachtung für den PAR-Bereich nicht vereinbart ist, kann es deshalb auch nicht konstruiert werden. Somit ist die Zuständigkeit des Vorstandes gegeben.

Der Vorstand hat zur fachlich-inhaltlichen Bewertung eine spezielle PAR-Beratungskommission gebildet, welche aus drei Mitgliedern der KZV besteht, die sich vertiefte Fachkenntnisse auf dem Gebiet der Parodontologie angeeignet haben. Der Vorstand wird darin durch den Fachreferenten für Parodontologie, Herrn Tilo Richter vertreten.

Diese Vorstandskommission entscheidet aber nicht selbst, sondern empfiehlt dem Vorstand nach Anhörung des betroffenen Zahnarztes eine Entscheidung, über die der Vorstand nach nochmaliger Bewertung endgültig beschließt.

Auch dieser Bescheid stellt einen rechtsbehelfsfähigen belastenden Verwaltungsakt dar, hat aber vorrangig meist keine Gesichtspunkte der Wirtschaftlichkeit zum Inhalt, sondern der sachlich-inhaltlichen richtigen Leistungserbringung, ist also eher disziplinarrechtlicher Gestalt.

In Auswertung der bisher durchgeführten Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren in den Ausschüssen und als Ergebnis vieler eingehender Beratungen vor der PAR-Beratungskommission des Vorstandes ist bedauerlicherweise festzustellen, daß eine ganze Reihe von PAR-Behandlungen tatsächlich unwirtschaftlich waren bzw. sogar der Verdacht aufkommen mußte, daß es sich überhaupt nicht um eine systematische PAR-Behandlung gehandelt hat.

Eine immerhin beträchtliche Anzahl von unter dem Verdacht unwirtschaftlicher Behandlungsweise stehenden PAR-Plänen läßt im Nachhinein keine Korrelation zu den im betreffenden Zeitraum ebenfalls abgerechneten (und deshalb auch zu erbringenden!!) KCH-Leistungen zu. Es war in einigen Fällen äußerst fraglich, wie die chirurgische Intervention bei z. B. 18 Leistungen nach der Gebührennummer P 200 beim Patienten gänzlich ohne Anästhesien bzw. ohne Röntgenaufnahmen durchgeführt werden konnte.

Es grenzt fast an den Verdacht der Körperverletzung, wenn Vorbehandlungen überhaupt nicht durchgeführt wurden, die Anfertigung von Planungsmodellen unterblieb, Röntgenstaten nicht aufgestellt wurden bzw. die PAR-Behandlung ausschließlich anhand eines mehr oder weniger aussagefähigen, beispielsweise erst nachträglich (also nach Abschluß der Behandlung!) angefertigten, Orthopantomogramms begründet wurde.

Zum Teil treffen wir bei der näheren Untersuchung abgeschlossener PAR-Behandlungen Fälle an, in denen zwischen Genehmigung durch die Krankenkasse, Beginn der PAR-Behandlung und deren Abschluß und Abrechnung Zeiträume von nur wenigen Tagen liegen. Inwiefern beispielsweise hier Wundbehandlungen erfolgreich abgeschlossen und das Parodontium letztlich erfolgreich therapiert werden konnten, ist äußerst fragwürdig und folgerichtig auch in der Regel in Gesprächen anhand von Röntgenaufnah-



men und der Patientenkartei durch den Behandler nicht begründbar und nicht nachvollziehbar.

Spätestens in der nachträglichen Wirtschaftlichkeitsprüfung bzw. in der Prüfung durch die PAR-Beratungskommission des Vorstandes fallen solche „fehlerhaften Interpretationen“ der Richtlinien auf und führen zum 100%igen Regreß der gesamten Behandlung.

Der Regreß schließt neben den abgerechneten Leistungen der PAR-Gebührentarife auch den Regreß bei den bezogenen KCH-Leistungen mit ein, die logischerweise bei unwirtschaftlichen PAR-Behandlungen ebenfalls unwirtschaftlich waren, z. B. Rö; Zst, Mu, I/L.

Im Zweifel über den Umfang der Regreßmaßnahmen, wie z.B. nach Feststellung von Ungereimtheiten beim Behandlungsablauf in einigen geprüften Fällen, wird zur Sicherung der Interessen der KZV gegenüber diesen betroffenen Zahnärzten auch ein Sicherungseinbehalt für alle im jeweiligen Leistungszeitraum abgerechneten PAR-Behandlungsfälle bis zur endgültigen Klärung der Sachlage angeordnet. Oft, gerade aber in den letzten Monaten, wird wieder die Frage gestellt, wie in solchen Fällen zu verfahren ist, wenn lediglich an einzelnen Zähnen des Gesamtgebisses eine PAR-Behandlung notwendig wäre, jedoch für die Aufstellung eines Status und Beantragung einer kompletten PAR-Behandlung des/der gesamten Kiefer keine Indikation besteht.

Hier sind sich Primärkassen und KZV Thüringen bereits vor Jahren einig geworden, in solchen Einzelfällen die Gebührennummer 50 (Exzision 2) neben den sonstigen KCH-Leistungen auf dem KCH-Schein als abrechnungsfähig anzuerkennen. Zur allgemeinen Kenntnis wird der dazu gefällte Beschluß der Technischen Kommission Thüringen (rein formell nur gültig im Primärkassenbereich, jedoch ist aus den Erfahrungen und der Sicht einer wirtschaftlichen Behandlungsweise

davon auszugehen, daß auch die Ersatzkassen dies akzeptieren) nachfolgend nochmals veröffentlicht.

TK-Beschluß Nr. 4/1 vom 04.11.1992

Bema-Nr. 50 (Excision einer Schleimhautwucherung) bei Parodontose-Behandlung

Excision einer Schleimhautwucherung Exc. 2 (Bewertungszahl 36 Punkte) ist für einzelne parodontalchirurgische Maßnahmen je Zahn dann abrechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt der P 200 (Curettage, offene Curettage, Lappen-OP, Gingivektomie bei Gingivahyperplasie) erfüllt ist – z. B. deep-scaling, root-planing, Excision inneres Saumeptithel, Excochleation von Granulationsgewebe, Osteoplastik. Dies ist dann möglich, wenn parodontal-chirurgische Maßnahmen an einzelnen Zähnen oder Restzähnen notwendig werden, eine systematische PAR-Behandlung jedoch aus wirtschaftlichen Gründen nicht zu vertreten ist (Modellnahme, Planung) und am selben Zahn (Parodontium) gleichzeitig keine andere chirurgische Maßnahme durchgeführt wird. Die vertraglich vorgesehene systematische PAR-Behandlung darf damit nicht umgangen werden. Die Abrechnungsfähigkeit der Nummer 50 ist je Zahn gegeben.

Es ist also aus vertragsrechtlicher Sicht nicht zu beanstanden, wenn beim Vorliegen von Verdachtsgründen fehlerhafter Behandlungsdurchführung, Unstimmigkeiten zwischen KCH-Abrechnungen und PAR-Behandlung, fehlender KCH-Leistungen oder unklarer Zeitabläufe durch die Krankenkassen Anträge auf nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung gestellt werden.

Um auch vorbeugend wirksam etwas zu erreichen, ohne daß die Kranken-

kassen involviert werden, prüft die PAR-Beratungskommission auch laufend aktuelle PAR-Abrechnungen. Ziel dieser Maßnahmen ist in erster Linie die zeitnahe Beratung der Kolleginnen und Kollegen. Werden Falschabrechnungen festgestellt, kommt es aber auch hier über eine Vorstandsentscheidung zur Abrechnungskorrektur.

4. Ergebnisdiskussion und Ausblicke

Die Ergebnisse der jüngeren Vergangenheit zeigen, daß teilweise nicht hinnehmbare Bildungslücken bei der Planung und Durchführung einer PAR-Behandlung bestehen und bei festgestellten Unwirtschaftlichkeiten Honorarberichtigungen in erheblichen Größenordnungen umzusetzen waren, teilweise sogar eine Abgabe des Falles/der Fälle an staatliche Untersuchungsorgane (Staatsanwaltschaft) erwogen werden mußte.

Nachfolgend möchten wir Ihnen zur Verdeutlichung einige Fallbeispiele für die erfolgte Wirtschaftlichkeitsprüfung und die Prüfung durch die PAR-Beratungskommission darstellen, aus denen Wirkungsweise, Unterschiede und Konsequenzen der beiden Prüfungsverfahren ersichtlich werden.

Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch Prüfungsausschüsse an 9 Beispielen

Bemerkung: Die nachfolgenden Fälle sind aus der Historie und dem gegenwärtigen Antragsbestand willkürlich entnommen.

Insgesamt wurden im Zeitraum des Jahres 1997 für 20 Mitglieder der KZVTh 416 Fälle zur Prüfung beantragt, bei denen in 277 Fällen Kürzungen bzw. Stornierungen vorgenommen wurden, während 139 ohne Beanstandungen blieben. In 5 Fällen wurde gegen die Entscheidung des Prüfungsausschusses Widerspruch eingelegt. Nachfolgende Tabelle enthält nur die wichtigsten Informationen der Beispielfälle ohne weitere Begründungen.



Falldarstellung	Hinweise/Daten	Entscheidungen
1 Vorbehandlung PAR-Status erstellt PAR-Status genehmigt Beanstandungen: Behandlungsabschluß	III/95: 1 x 107 31.08.1995 05.09.1995 keine PA-Behandlung nachgewiesen; Behandlungszeit sehr kurz (1 Woche nach Bewilligung) 12.09.1995	PA hat noch nicht entschieden
2 Vorbehandlung PAR-Status erstellt PAR-Status genehmigt Beanstandungen Behandlungsabschluß	IV/95: 1 x 107 09.01.1996 15.01.1996 Behandlung ohne Anästhesien, keine PA-Behandlung nachgewiesen, mangelnde Vorbehandlung, sehr kurze Behandlungsdauer 19.01.1996	PA hat noch nicht entschieden
3 Vorbehandlung PAR-Status erstellt PAR-Status genehmigt Beanstandungen Behandlungsabschluß	06.06.96/22.08.96: je 1 x 107 06.09.96 09.09.96 Behandlung mit Oberflächenanästhesien, sehr kurze Behandlungszeit 12.09.1996	PA hat noch nicht entschieden
4 keine Vorbehandlung PAR-Status erstellt Behandlung I/94 Behandlung II/94 Behandlungsabschluß	07.02.94 Befund 01; kein KCH-Schein im IV/93 14.02.94 OK UK: Umwandlung Pos. 40 in 41a P200 nicht für Zahn 42, dieser wurde in I/94 extrahiert 26./27.04.94; Pos. 111 zweifelhaft	Plan und Begleitleistungen storniert
5 Vorbehandlung PAR-Status erstellt Beanstandungen Behandlungsabschluß	keine; kein KCH-Schein 21.12.93: keine Rö, 01-Befund 107 und 105 neben P 200 06.04.94	Plan und Begleitleistungen storniert
6 Vorbehandlung PAR-Status erstellt PAR-Status genehmigt Beanstandungen Behandlungsabschluß	nicht erkennbar 01.08.95 07.08.95 außer Rö kein Hinweis auf Vorbehandlung (keine 105/107); I anstelle L1 im UK 24.08.95	Plan und Begleitleistungen storniert
7 Vorbehandlung PAR-Status erstellt PAR-Status genehmigt Beanstandungen Behandlungsabschluß	27.06.95: 01-Befund; 107 03.08.95 10.08.95 Mu diagnostiziert, nicht behandelt; keine Rö-Diagnostik, gesamte Behandlung erfolgte ohne Anästhesie 20.09.95	Plan und Begleitleistungen storniert
8 Vorbehandlung PAR-Status erstellt Beanstandungen Behandlungsabschluß	nicht nachgewiesen 02.11.92 keine Anästhesien nachgewiesen; keine Rö nachgewiesen; 105 und 107 neben P 200 abgerechnet 23.12.92	Plan und Begleitleistungen storniert
9 Vorbehandlung PAR-Status aufgestellt PAR-Status genehmigt Beanstandungen Behandlungsabschluß	04.11.94: 105; 107, Ä 1 04.11.94 11.11.94 keine Rö-Diagnostik; kein Befund; Ä1 und Status zum gleichen Zeitpunkt, damit keine Vorbehandlungsfrist eingehalten; Taschentiefen bis 4,5 mm ohne Anästhesien behandelt 01.02.95	Plan und Begleitleistungen storniert



Prüfung durch die PAR-Beratungskommission des Vorstandes an 2 Beispielen

Auch hier nur willkürlich herausgegriffene Verfahren ohne Anspruch auf Vollständigkeit, wobei zu bemerken ist, daß die PAR-Beratungskommission sehr tiefgründig in die fachliche Durchführung der PAR-Behandlung und deren Abrechnung eindringt.

Zahnarzt XX:

Die Sitzung vor dem Prüfungsausschuß mußte nach 13 von 90 zu prüfenden Fällen wegen erheblicher Mängel in der PAR-Behandlung abgebrochen werden. Grund war, daß Vorbehandlungsdaten in allen 13 Fällen fehlten, aus den Patientenkartekarten konnten keine diesbezüglichen Angaben gemacht werden, da keine Notizen erfolgt waren; Röntgenaufnahmen waren nicht in der Patientenkartei eingetragen, nicht abgerechnet, die vorgewiesenen Rö zeigten nicht den Befund zur Behandlungszeit, sondern wurden, wie sich später herausstellte, erst in Vorbereitung der Sitzung im Prüfungsausschuß (und damit ohne medizinische Indikation!!) erstellt, was aber erst im Gespräch in der PAR-Beratungskommission zugegeben wurde. Die Herstellungsdaten der Modelle konnten nicht genannt werden. Anhand der Patientenkartei konnte kein Nachweis der tatsächlichen Erbringung der P 200 erfolgen, Anästhesieleistungen für die P 200 fehlten.

In 5 von 17 Behandlungsfällen wurden Leistungen nach P 200 bereits vor der Genehmigung durch die Kasse erbracht, wobei die Meinung vertreten wurde, man brauche nicht zu warten, da sowieso die Behandlung erfolgen müsse.

Auf Empfehlung der PAR-Beratungskommission wurden alle hier geprüften 17 Fälle storniert, die rechnerische Berichtigung angeordnet und wegen des Verdachts erheblicher Verletzung vertragszahnärztlicher Pflichten ein Sicherungseinbehalt für alle noch nicht geprüften Fälle verfügt. Darüber hinaus hat das betroffene Mitglied der

KZV die Kosten des Vorstandsverfahrens zu tragen.

Nachfolgend wird der Prüfungsausschuß das Verfahren fortsetzen.

Zahnarzt YY:

Der Prüfungsausschuß unterbrach ebenfalls seine Sitzung, weil nach 16 vorliegenden und geprüften Fällen festgestellt werden mußte, daß erhebliche Mängel in der zeitlichen Abfolge bestanden. In 9 der 16 Fällen wurde vor Genehmigung der Krankenkasse mit der PAR-Behandlung begonnen, in einigen Fällen wurden Nachbehandlungen bereits abgerechnet, obwohl sie (noch) nicht erbracht worden waren, Modelle wurden erst nach Behandlungsabschluß gefertigt, in einem Fall erfolgte die Abrechnung der Behandlung bereits am 17.03.1995, obwohl die Behandlung erst am 10.05.1995, also fast zwei Monate später, mit der letzten P 200 beendet wurde. Auch hier erfolgten eine Reihe von Behandlungen gänzlich ohne Anästhesien und neben der P 200 wurden die Geb.-Nrn. 105 und 107 abgerechnet, teilweise fehlte auch die Röntgendiagnostik.

Alle diese Fälle wurden storniert, obwohl die PAR-Behandlung durchgeführt wurde.

Der Prüfungsausschuß wird auch hier die Wirtschaftlichkeitsprüfung fortsetzen.

Der Vorstand möchte deshalb als Resümee aus vielen Erfahrungen der letzten Monate ausdrücklich alle Kolleginnen und Kollegen ersuchen, die sich mit der PAR-Behandlung beschäftigen oder sich verstärkt der PAR-Therapie zuwenden wollen, sich fachlich-strategisch mit den Diagnostik- und Behandlungsmethoden auseinandersetzen, die Richtlinien für Planung, Durchführung und Abrechnung der Parodontalbehandlungen eingehend zu studieren, das Wirtschaftlichkeitsgebot äußerst streng anzuwenden und es zu unterlassen, die Entfernung harter Zahnbeläge mit anschließender Mundschleimhautbehandlung als er-

folgreiche und damit abrechnungsfähige PAR-Behandlung zu betrachten.

Wie die dargestellten Ergebnisse zeigen, werden unrichtige Leistungserbringung sowie fehlerhafte Anwendung der Richtlinien und Abrechnungsbestimmungen auch noch nach Jahren innerhalb der gesetzlichen Verjährungsfrist durch Honorarberichtigungen oder -kürzungen geahndet.

Das trifft neben den direkten Leistungen aus den Gebührentarifen für Parodontopathiebehandlungen auch auf Leistungen aus dem KCH-Bereich zu.

Die betroffenen Zahnärzte ließen in beiden Prüfbereichen teilweise erhebliche Wissenslücken und fehlendes Verständnis für Parodontalbehandlungen erkennen, wobei leider neben fachlich-inhaltlicher auch disziplinarische Leichtfertigkeit und Verantwortungslosigkeit hervortrat

So wurde immer wieder festgestellt, daß auch organisatorische Mängel in der Praxis Grundlage für fehlerhafte Abrechnungen waren. Hier ist immer wieder, manchmal sogar systematisch!!! aufgetreten, daß einfach die beantragte Anzahl der Geb.-Nrn. (beispielsweise Nr. 111 4mal beantragt) abgerechnet wurde, obwohl weniger Leistungen im Prüfverfahren aus der Patientenkartei dargestellt werden konnten (und damit auch erbracht wurden!). Diese Diskrepanz deutet immer mindestens auf mangelnde Sorgfalt des Praxisinhabers hin, der für die ordnungsgemäße Leistungserbringung **und** sachlich richtige Abrechnung verantwortlich ist. Leichtfertigkeit (oder mehr?) in der Abrechnung zeigt sich immer auch dann, wenn die P 200 beantragt, der Zahn zwischenzeitlich (vor der P 200) jedoch extrahiert wurde, und dennoch für diesen Zahn zur Abrechnung gelangt.

Gerade unter der Zielstellung einer langen Erhaltung der natürlichen Zähne möglichst ohne Zahnersatz ist die Behandlung von Parodontalerkrankungen ein wichtiger Bestandteil der Zahnmedizin. Der Vorstand kann und wird es deshalb nicht zulassen, daß



durch Fehlinterpretationen oder mangelnde Sorgfalt bei der Planung und Durchführung dieser recht aufwendigen, für den Patienten oft sehr belastenden und für die Versichertengemeinschaft nicht billigen Behandlung ein Makel zum „leichtverdienten Geld“ für eine „bessere Zahnsteinentfernung nach Nr. 107“ entsteht.

Die Forderung unserer Landesvertreter nach einer Reform und verbesserter Honorierung der sehr zeitaufwendigen PAR-Behandlung wird durch ungerechtfertigte Vielabrechnung konterkariert und ungerechtfertigt erschwert.

Insofern sollte dieser ausführliche Artikel zum ernsthaften Nachdenken und zur strengeren Eigenkontrolle al-

ler Mitglieder der KZV Thüringen beitragen.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung in den Ausschüssen und die Prüfung in der PAR-Beratungskommission werden jedenfalls auch zukünftig weitergeführt.

*Tilo Richter,
Referent für Parodontologie*

Unstrittig: Keine Honorarbindung für verblendete Kronen außer- halb des bisherigen Ver- blendbereiches der Richtli- nien

Von einigen Krankenkassen wird behauptet, daß verblendete Kronen außerhalb des Verblendbereiches der Honorarbindung unterliegen. Das geht aus einem Brief der KZBV an die Vorsitzenden der Landes-KZVs hervor. Bei KZVs und Zahnärzten bestehe daher zum Teil Unsicherheit, wie in diesen Fällen verfahren werden solle.

Die KZBV stellt hierzu klar, daß sich der bisherige Umfang der vertragszahnärztlichen Versorgung gegenüber dem früheren Rechtszustand grundsätzlich nicht verändert hat. Das bedeutet, daß außervertragszahnärztliche Versorgung auch weiterhin nicht der Honorarbindung unterliegen. Dies sei auch die Auffassung des Bundesgesundheitsministeriums.

So sei zwischen KZBV und BMG unstrittig, daß verblendete Kronen außerhalb des Verblendbereiches auch

nach Inkrafttreten der gesetzlichen Neuregelungen weiterhin nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehören und daher auch nicht der Honorarbindung unterliegen.

Kostenübernahme bei Kfo-Behandlungen von Erwachsenen

In einem weiteren Brief der KZBV werden die KZVs über ein Urteil des Bundessozialgerichts vom 9.12.1997 (AZ: 1 RK 11/96) unterrichtet.

Das BSG hatte über die Frage zu entscheiden, ob die beklagte Krankenkasse sich an den Kosten einer kieferorthopädischen Behandlung auch für Erwachsene zu beteiligen hat. Der Kläger leidet an einer ausgeprägten Zahnfehlstellung im Ober- und Unterkiefer, die nach ärztlichem Urteil zur Verhütung weiterer Schäden kieferorthopädisch behandelt werden muß. Eine Kostenübernahme für diese Behandlung wurde von der beklagten Krankenkasse mit dem Hinweis abgelehnt, daß nach der seit dem 1.1.1993 bestehenden Gesetzeslage eine Kostenbeteiligung der Krankenkasse an solchen

kieferorthopädischen Maßnahmen nur noch bis zur Altersgrenze von 18 Jahren möglich sei. Eine gesetzliche Ausnahme sei nur für schwere Kieferanomalien vorgesehen, deren Ausmaß kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen notwendig mache.

Das BSG lehnt eine ausdehnende Auslegung von § 28 Abs. 2 Satz 7 SGB V, wonach eine Behandlung auch nach Überschreitung der Altersgrenze dann möglich wäre, wenn sie nicht wegen ästhetischer Gründe oder mangelnder medizinischer Vorsorge erforderlich ist, ab. Der Gesetzgeber habe eine zulässige Typisierung vorgenommen, die Ausnahmen eben nur bei kieferchirurgischen Behandlungen vorsehe, ohne daß es auf den konkreten Umfang der Erkrankung ankomme.

Der Versicherte habe auch keinen verfassungsrechtlichen Anspruch auf Erhalt eines bisherigen Versicherungsumfanges. Auch der allgemeine Gleichheitssatz sei nicht verletzt, da die Behandlung Erwachsener bereits zahnmedizinisch umstritten sei und damit ein legitimer Differenzierungsgrund vorliege.

Ausschreibung

Gemäß § 103 Abs. 4 und 5 des V. Buches Sozialgesetzbuch wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Gera-Stadt ab dem **4.6.1998** ein Vertragszahnarztsitz in

Gera

ausgeschrieben.

Bewerbungen zur Übernahme dieser Praxis sind schriftlich bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses einzureichen.

Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen, Zulassungsausschuß, Theo-Neubauer-Straße 14, 99085 Erfurt



Zahnarzt-Financials

Unter dem Titel Zahnarzt-Financials wollen wir zukünftig in lockerer Folge ggf. auch in Zusammenarbeit mit weiteren Partnern einige Aspekte der wirtschaftlichen und finanziellen Situation in der Vertragszahnarztpraxis darstellen und auf Gefahren und Probleme zum jeweiligen Fachgebiet hinweisen. Sofern Sie Hinweise und Anregungen zu interessierenden Themenstellungen haben, freuen wir uns auf jede Zuschrift. Diese Informationsreihe erhebt aber keinesfalls den Anspruch auf inhaltliche Vollständigkeit, sondern soll lediglich stichpunktartig zu verschiedenen Gesichtspunkten einen Anstoß zum eigenen Nachdenken und weiterem Studium der Fachliteratur zu den angesprochenen Themen geben. Sie ist nach bestem Wissen recherchiert, jegliche Haftung ist jedoch ausgeschlossen. Verwendete Namen oder Bezeichnungen können gesetzlich geschützt sein.

Thema 1:

Die Zahnarztpraxis als Unternehmen und der Zahnarzt als Unternehmer – eine einführende Betrachtung

Die heutige erste Folge beschäftigt sich mit allgemeinen Aspekten der Führung einer Zahnarztpraxis unter betriebswirtschaftlichen und damit unternehmerischen Gesichtspunkten. Dabei ist unerheblich, ob eine Neugründung vorliegt, oder ob die Praxis schon längere Zeit besteht.

Einigen bereits niedergelassenen Zahnärzten (wie auch anderen Freiberuflern) ist mitunter nämlich nicht oder noch nicht ausreichend genug bewußt, daß eine Praxis gesellschaftlich, besonders aber betriebswirtschaftlich betrachtet, ein Unternehmen darstellt, welches Beratungs- und Dienstleistungen anbietet, erbringt und damit verkauft. Diese mögliche Fehlinterpretati-

on der eigenen Berufsausübung als ausschließliche Hilfestellung in Gesundheitsfragen ist besonders in den neuen Bundesländern aus eigener Erfahrung heraus deshalb so häufig anzutreffen, weil unternehmerisches Denken im Angestelltenverhältnis der ehemaligen DDR nicht oder nur in sehr beschränktem Maße gelehrt, gelernt bzw. anezogen und auch gebraucht wurde. Gerade bei Praxen, die in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten sind oder zu geraten drohen, bemerken wir in zum Teil erheblichem Maße ein Mißverständnis der eigenen Existenz als Unternehmer.

Selbständige Tätigkeit bedeutet auch hier: „selbst“ „ständig“ „tätig“ zu sein.

Der niedergelassene Vertragszahnarzt ist neben dem medizinischen bzw. gesundheitspolitischen Auftrag, der sich aus den Bestimmungen des Heilberufe- und der Sozialgesetze ergibt, in erster Linie Unternehmer mit allen Risiken und Gefahren, aber auch mit allen Freiheiten und Möglichkeiten, die diese Form der Berufsausübung mit sich bringt.

Er schafft durch sein Unternehmen „Zahnarztpraxis“ nicht nur direkte, sondern durch Auftragsvergabe z. B. an andere Mediziner, an Dentalhandel, Gerätetechnik, Fremdlabor und Apotheke sowie weitere Dienstleister auch indirekte Arbeits- und häufig Ausbildungsplätze.

Diese Verantwortungsübernahme verpflichtet ihn aber gleichzeitig zum unternehmerischen Denken: neben der Funktion als Arbeitgeber muß er durch seine Entscheidungen und seine eigene Tätigkeit und diejenige seiner Mitarbeiter bzw. Zulieferer die betriebswirtschaftlichen Mittel erwirtschaften und bereitstellen, die einerseits das Unternehmen in all seinen Teilbereichen am laufen halten, damit Reinvestitionen und Innovationen ermöglicht werden und darüber hinaus den kalkulatorischen bzw. tatsächlichen Unternehmerlohn, also sein eigenes Einkommen, erzielen.

Dies gelingt um so leichter, je mehr sich der Zahnarzt einer unternehmerischen Sichtweise bedient. Manchmal ist zu vermuten, daß sich der im Gesetz immer wieder abwertend „Leistungserbringer“ genannte Unternehmer Zahnarzt schämt, dem Patienten die nachgefragte notwendige (im kas senrechtlichen Sinne darüber hinaus auch wirtschaftliche) medizinische Leistung zu dem angemessenen und erforderlichen Preis anzubieten und ihm klarzumachen, daß eine gute Leistung auch einen Preis hat und nicht unter Wert „verkauft“ werden kann.

In Zeiten innovativer gesellschaftlicher Entwicklungen zeigt sich deutlich (wie in jüngster Vergangenheit an der Jahreswende 1997 zu 1998, an der bekanntlich das bisherige prozentuale Beteiligungssystem der Krankenkassen beim Zahnersatz in ein neues System der Festzuschüsse umgewandelt wurde), inwieweit der Unternehmer Zahnarzt sich auf diese neuen Marktbedingungen schnell und problemlos einstellen kann, bzw. sich bereits eingestellt hat. Hier fällt es als Ergebnis telefonischer Nachfragen unverständlicherweise vielen ZahnärztlInnen schwer, die neuen unternehmerischen Freiheiten tatsächlich konstruktiv für ihre Patienten anzuwenden. Eigentlich könnte auch die Diskussion um billigen Auslandszahnersatz keine Unsicherheiten herbeiführen, sofern man von der Qualität der eigenen und dem Bedarf an inländischen Leistungen überzeugt ist und dies seinen eigenen Patienten auch vermitteln konnte und kann.

Bereits weit vor Gründung eines Unternehmens sollte sich der zukünftige Unternehmer, der Zahnarzt, Gedanken über das Unternehmensziel, die Wege dorthin und die Partner machen, mit denen er dieses Ziel erreichen kann und will. Der Unternehmer Zahnarzt kann sich dabei keinesfalls nur auf seinen zahnmedizinischen Wissensstand und die erteilte Approbation verlassen und annehmen, daß damit alle seinen unternehmerischen



Ziele und die dorthin führenden Wege bereits geklärt wären und auch keinesfalls davon ausgehen, daß ihm alle Partner mit den gleichen ethischen Zielen, wie er sie selbst als Arzt hat, gegenüberstehen. Er muß sich selbst verpflichtet fühlen, neben seiner eigentlichen fachlichen Entwicklung auch die Randgebiete wie Finanzen, Arbeitsrecht, Steuer usw. zumindest von den Begriffsinhalten sicher zu beherrschen. Sogenannte (z. T. selbsternannte) und mit viel kaschiertem Unwissen ausgestattete Praxisberater, Wirtschaftsberater oder Kreditvermittler sind beispielsweise oftmals weniger im Interesse des Unternehmers, als vielmehr im eigenen (Provisionsabschöpfungs-) Interesse tätig und unterwegs. Wer als Unternehmer für alles einen Vermittler und Berater braucht, z. B. für Banken, Versicherungen usw., der ihm die vermeintlichen „unwichtigen“ Wege schon bereits bei der Unternehmensgründung abnimmt, sollte möglichst die Finger von einer Unternehmensgründung Zahnarztpraxis lassen.

Gerade wenn es um das Geld, das eingesetzte unternehmerische Kapital der Praxis geht, muß man sich auf sich selbst stützen und vor dem allzu schnellen Zugriff anderer schützen können. Wer die zugegebenermaßen nicht immer einfachen und auch manchmal unangenehmen direkten Verhandlungen mit potentiellen Partnern, wie eben Banken, Versicherungen usw. scheut, kann auch später seinem Patienten den notwendig zu vereinbarenden Preis nicht oder nur schwer verdeutlichen. Und wer hier am Anfang bereits die ersten entscheidenden Fehler macht, schleppt diese dann häufig lebenslang durch die ganze Praxisexistenz mit.

Grundregel ist hier: Das, was man am Fundament eines „Hauses“ versäumt, kann man am Dach nicht wieder gutmachen.

Natürlich kann und muß auch ein Zahnarzt kein Allroundgenie sein, er muß aber immer wissen, worum es

geht, mit wem er zusammenarbeitet und bei Fremdvergabe die Aufträge klar und unmißverständlich formulieren und deren Erfüllung kontrollieren. Dabei hilft sehr oft ein direkter (Angebote der Konkurrenz) oder indirekter (z. B. Aussagen und Feststellungen von einschlägigen Fachzeitschriften) Preis-/Leistungsvergleich zur Entscheidungsfindung.

Den zahnärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften LZK und KZV kommt dabei eine besondere Rolle zu, die in der Vergangenheit leider viel zu wenig genutzt wurde, nämlich, den angehenden Freiberufler auf seine spätere Tätigkeit vorzubereiten.

Durch die steigende Zulassungsdichte und dem damit einhergehenden härter werdenden Verdrängungswettbewerb um den Patienten werden unternehmerische Mängel immer mehr und immer schneller die dauerhafte Existenz gefährden bzw. unmöglich machen.

Strukturelle Veränderungen im Leistungsgefüge der gesetzlichen Krankenkassen und damit auftretende Unsicherheiten in der Bedarfsnachfrage führen darüber hinaus zu allgemein sinkenden Umsätzen. Dabei bzw. besonders in Zeiten der Rezession steht der Unternehmer Zahnarzt neben seinen Mitbewerbern am Markt auch mit anderen Verbrauchszielen der Patienten, wie z. B. Essen, Trinken, Urlaub, Auto, Altersvorsorge usw. in Konkurrenz. Hinzu kommt, daß durch medienwirksame und häufig unwahre Darstellungen ein Zerrbild des „reichen Zahnarztes“ entstanden ist. Die Vorrangstellung des Unternehmers Zahnarzt vor dem Heilberufler Zahnarzt ist deshalb auch unter dem Gesichtspunkt der umfangreichen und ständig am wissenschaftlichen Stand orientierten Bedarfsbefriedigung seiner Patienten zu sehen. Beispielsweise würde wohl kaum ein Patient heute noch eine Zahnarztpraxis aufsuchen, in der neben dem fachlich exzellenten Zahnarzt der gute alte schnurgetriebene „Bohrer“ ohne Kühlmittel surren würde.

Der Patient als Kunde verlangt bestmögliche Betreuung und Behandlung nach dem Stand der modernsten Technik. Er ist dafür beim Vorfinden des wissenschaftlichen Standes und einer angemessenen zu erwartenden Betreuung durch den Zahnarzt auch bereit, die entsprechenden Behandlungskosten zu übernehmen. Immer mehr wird durch die Bedarfsnachfrage nach alternativen und neuen (möglichst schmerzfreien) Behandlungsmethoden der Unternehmer gezwungen sein, sein Unternehmen entsprechend auszurüsten und umzugestalten.

Durch die Gerätehersteller ein Übriges getan, immer neuere Geräte mit immer besseren Eigenschaften am Markt zu plazieren, die in relativ kurzer Zeit zum Standard in der Praxis werden, auch wenn deren Einsatz am Kassenpatienten nicht immer honoriert wird.

Im unternehmerischen Sinne sind jedoch nach sorgfältiger ergebnisbezogener Risikoabwägung auch solche Entwicklungen in der Zahnarztpraxis zu gewährleisten, die zunächst nicht in Mark und Pfennig umgesetzt werden können, jedoch zum allgemeinen Trend gehören bzw. zu gehören scheinen.

Das Verschließen vor solchen Innovationen ist zwar temporär möglich, kann jedoch recht schnell zum unternehmerischen Mißerfolg führen, zumal dann, wenn Fach-Konkurrenten der Umgebung solche Techniken, ggf. auch zum Einführungs-Nulltarif anbieten.

So werden unternehmerische Ziele nicht nur von eigenen Vorstellungen geprägt, sondern sind oft das Produkt des Marktdruckes. Auch hier hilft eine rechtzeitige eigene Analyse der Entwicklungstendenzen, ständige Wissenserhaltung und nationale sowie internationale Weiterbildung, um den Kunden, den Patienten, das umfangreiche Spektrum moderner Zahnmedizin anbieten zu können.

Der große Teil „Vertragszahnarztpraxis“ im Unternehmen ist allerdings bei



der unternehmerischen Betrachtung stark benachteiligt, da die hier erbringenden und abrechenbaren Leistungen erheblichen Reglementierungen und der Preis einer Mischkalkulation unterliegt. Es ist im wesentlichen davon auszugehen, daß die heute bestehenden gesetzlichen und kassenvertraglichen Bestimmungen der Bewertungsmaßstäbe und Gebührentarife seit Jahren nicht bzw. nicht im erforderlichen Umfange geändert wurden, obwohl der wissenschaftliche Fortschritt erhebliches geleistet hat, und sie so ein Bild des Niveaus etwa aus dem Jahre 1986 geben. Auch in Schiedsverhandlungen werden diese Kostenentwicklungen aus marktpolitischen Bedingungen regelmäßig nur ungenügend berücksichtigt, auch wenn dies meist aus angeblich sozialverträglichen Gesichtspunkten der Kassenfinanzierbarkeit geschieht. Das heißt natürlich, daß vor der Entscheidung zur Leistungserbringung, also welche Leistung kann der Patient überhaupt im kassenrechtlichen Sinne noch beanspruchen, auf Unternehmerseite die Kosten-/Nutzenkalkulation besonders sorgfältig zu erfolgen hat. Hier ist es durchaus gerechtfertigt und inzwischen auch von den Kassen immer mehr gewünscht, den Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkt stärker (auch aus Sicht des Unternehmers) in den Mittelpunkt zu stellen, will sich der Praxisinhaber nicht recht schnell einer zu seinem Nachteil immer schneller entwickelnden Schere zwischen Praxiskosten und Einnahmen gegenüber sehen.

Die Verweigerung einer unwirtschaftlichen Leistung und die Verweisung bei Anspruchsbegehren des Patienten gerader dieser Leistung auf das Privatrecht geschieht im Interesse sowohl der Krankenkassen als auch langfristigen Sicherung der Praxisexistenz, nun wieder aus der Sicht der Sicherstellung der kassenvertraglichen Versorgung aller Patienten.

Zwar ist der Zahnarzt als Unternehmer frei, seinen **Kassenpatienten** auch diesen (teureren) Fortschritt zu **Kas-**

senpreisen zu erschließen, kann das unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten in der Regel aber nur mit Verlust tun. Das kann im Einzelfall dann aber auch von praktischem Nutzen sein, wenn damit z. B. Arbeitszeit durch Verwendung neuer Techniken eingespart wird und so ein Mehr an Leistungen den Einzelverlust wieder ausgleicht.

Häufig genug gelingt das jedoch nicht, so daß dem ausschließlichen Kassenpatienten die neuen Methoden und Möglichkeiten allein aus betriebswirtschaftlichen Aspekten verschlossen bleiben müssen. Wünscht er dennoch eine am Höchststand der zahnärztlichen Heilkunst ausgerichtete Behandlung, ist ihm diese Möglichkeit nicht verwehrt, er muß aber die damit im Zusammenhang stehenden Bedingungen einer entsprechenden betriebswirtschaftlichen Honorierung ertragen und erfüllen. Der Gesetzgeber hat diesen Mechanismus erkannt und im Sozialgesetz ausreichend berücksichtigt (§ 13 Abs. 2 SGB V). Das **Instrument der freien Entscheidung** und Vereinbarung trifft natürlich verständlicher Weise **nicht auf Gegenliebe bei den Kassen**. Diese sind weniger unternehmerisch als vielmehr posten- und gewaltensichernd orientiert. Das mündige, zur eigenen Entscheidung fähige Kassenmitglied schafft nämlich Leistungs-Ausnahmetatbestände, die regelmäßig sehr wenig in die eingefahrene Kassenverwaltungslandschaft passen. Nicht selten wird der zunächst freie und mündige Patient nach Kontaktaufnahme mit „seiner“ Krankenkasse und deren „Rat“ über die eigene Entscheidungsfreudigkeit erschreckt und zieht sich in sein Schneckenhaus zurück, zumal dann, wenn ihn Halb- oder sogar Unwahrheiten der Kassenangestellten von einer vermeintlich fehlerhaften Arbeitsweise des Zahnarztes überzeugen konnten. Damit gerät aber wieder der Unternehmer Zahnarzt in den Konflikt zwischen Möglichkeiten und Realitäten der Leistungserbringung und muß in eigener

Verantwortung entscheiden, inwieweit sein Entgegenkommen noch oder nicht mehr möglich ist. Dann ist es auch im Hinblick auf spätere Haftungsfragen besser, eine Leistung zu versagen, als den Versuch zu machen, durch Kassen eingesuggerierte Patientenwünsche zu befriedigen.

Die unternehmerische Tätigkeit beschränkt sich aber nicht nur auf die Entscheidung zur kostendeckenden bzw. gewinnbringenden Berufsausübung, also im fachlich-handwerklichen Sinne, sondern auch auf die richtige und vollständige Inrechnungsstellung der erbrachten Leistungen und die Beibringung der erzielten Vergütung. Hierbei ist neben der Abrechnungsfähigkeit der erbrachten Leistungen oft genug deren (auch betriebs-) wirtschaftliche Eintreibung zu hinterfragen. Besonders in der Vertragszahnarztpraxis wird aber der tatsächlich erzielte Umsatz erst nach Abschluß der Wirtschaftlichkeitsprüfung im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes des SGB V sowie nach Ausschluß rechnerischer Richtigstellungen (bis Mitte 1997 auch noch der Degression) sichere betriebliche Einnahme. Bis dahin steht das erhaltene (Kassen-)Honorar unter dem Vorbehalt der Rückforderung durch eben diese Krankenkassen. Hier zeigt sich die Richtigkeit des unternehmerischen Gesamtkonzeptes, bereits bei der Erbringung der Leistung deren (Kassen-)Wirtschaftlichkeit zu gewährleisten. Je strenger dieser Maßstab bei der Kassenbehandlung angelegt wird, um so sicherer finden in Wirtschaftlichkeitsprüfungsverfahren keinerlei Kürzungen statt. Das unternehmerische Konzept muß deshalb darauf abstellen, unwirtschaftliche Leistungen in der Kassenpraxis überhaupt nicht zu erbringen, selbst wenn sie medizinisch sinnvoll und notwendig wären. Hier muß der Unternehmer Zahnarzt nach Ausweichmöglichkeiten suchen, die ihm durch die amtliche Gebührenordnung (GOZ) auch gegeben sind. Der Kassenpatient hat bei Unwirtschaftlichkeit



naturgemäß dann keinen Anspruch auf eine „Kassen“-Behandlung, auch nicht nach dem o. a. § 13 Abs 2 SGB V, sondern wird nach reinem Privatrecht (bei ZE auch ohne Honorarbindung!) seine Behandlung erhalten. Die Verdeutlichung der Unterscheidung solcher Behandlungsweisen gegenüber dem Patienten ist eine der wichtigsten Gestaltungsmöglichkeiten in der Zahnarztpraxis.

Die Kassen dürfen bei solchen Leistungen (auch Wunschleistungen aus ästhetischen Gründen) auch nicht be-

zuschussen, sie haben damit überhaupt nichts zu tun. Dies trifft in vollem Umfange beispielsweise auf Implantate und implantatgestützte Versorgungen sowie Funktionsdiagnostik zu.

Unter diesen Gesichtspunkten geführte Zahnarztpraxen garantieren zwar nicht den vollen Erfolg, da auch andere, noch zu behandelnde Gesichtspunkte in das Gesamtkonzept einfließen, zumindest aber tragen sie erheblich dazu bei, daß bei sonst stimmigen weiteren Randbedingungen die Praxis, also das Unternehmen, dauer-

haft am Markt bestehen bleibt und das unternehmerische Ziel, nämlich die Erzielung eines möglichst dauerhaften praxis- und existenzerhaltenden Gewinns, erreicht wird.

Nächste Folge: Kredite und Finanzhilfen bei der Gründung und dem Betrieb der Praxis

Jürgen Zerull

Hauptgeschäftsführer KZVTh



Fragebögen zur Kostenstrukturerhebung bitte sofort einsenden!

Statistische Daten sind wichtige Grundlage für die Standortbestimmung des Berufsstandes

Die Kostenstrukturerhebung der KZBV ist seit Jahren eine anerkannt objektive Quelle und ein wichtiges Instrument im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung. Wichtige Zusammenhänge und Trends lassen sich auf statistischer Grundlage erkennen und belegen. Das ist von allgemeiner Bedeutung, wenn es um die Standortbestimmung unseres Berufsstandes geht. Es ist von besonderer Bedeutung, wenn es darum geht, den Standpunkt nach außen hin, beispielsweise gegenüber der Politik und den Krankenkassen, glaubhaft zu vertreten. Gerade diese leben ja weitgehend noch in der Vorstellung, Kostendämpfung sei vor allem durch Honorarbescheidung bei uns Zahnärzten erfolgs- und zukunftssträchtig.

Gerade auch in den Diskussionen um unsere Thüringer Honorarverträge waren es immer wiederkehrende Argumente, daß es den Zahnärzten so schlecht ja (noch) gar nicht gehe, daß in Thüringen sowieso viel mehr „gebohrt“ würde als anderswo und daß man schon deswegen und auch vor dem Hintergrund des Finanzstärkungsgesetzes* jetzt besonders bei den „Reichen“ sparen müsse. Daß eine solche Argumentation für seriöse Verträge nicht die Grundlage sein kann, hat das Schiedsamt bereits im Jahre 1997 klargestellt und auch, daß das hierfür zuständige Sozialgesetzbuch V vorschreibt, die Beitragsstabilität sowie Praxiskostenentwicklung bei der Honorargestaltung zu berücksichtigen. Für Thüringen allerdings forderte das Schiedsamt präzisere Daten zur Praxiskostenentwicklung als zum damaligen Zeitpunkt vorlagen. Heute sind sie auch nicht viel besser, weswegen uns allen die Kostenstrukturanalyse sehr am Herzen liegen muß. Zwar wünschen wir uns eine gemeinsame Studie mit der Universität Jena und es bestehen auch schon Kontakte, doch werden wir auf die ersten

Ergebnisse noch geduldig warten müssen.

Für den KZV-Vorstand ist es fast unmöglich, den Anspruch auf angemessene Vergütung, ohne entsprechendes Zahlenmaterial, zu vertreten. Deswegen hat jeder die moralische Pflicht, an dieser Erhebung mitzuwirken. Bisher wurde an die Hälfte der Praxen der Erhebungsbogen versendet, doch können bei der KZV-Verwaltung weitere Unterlagen abgerufen werden. Dazu möchten wir alle Praxen in Thüringen aufrufen!

Nun ist das Ausfüllen von Formularen sowieso nicht jedermanns Sache und was hier von uns gefordert wird, nämlich das Aufsuchen betriebswirtschaftlicher Daten, noch nicht überall selbstverständlich. Deswegen hier noch ein paar kleine Tips:

Die Seite 1 sollte jeder sofort und selbst ausfüllen. Die hier geforderten Angaben sind eher allgemeiner Natur. Diese Angaben werden die meisten Kollegen spontan beantworten können. Angaben zu den Praxisräumen findet man in Miet- und Versicherungsverträgen, die Angaben zum Personal findet man gut sortiert in der monatlichen Lohnabrechnung.

Die Angaben zur sozialen Sicherung sind praktischerweise dem (hoffentlich vorhandenen) Versicherungsordner zu entnehmen, müssen dann nur noch zusammengefaßt werden.

Für die Beantwortung der dann folgenden Fragen steht Ihnen bestimmt Ihr Lohnbüro/Steuerbüro zur Verfügung, welches den ausgefüllten Bogen gerne auch direkt an die KZBV senden kann. Wer es selbst ausfüllen möchte (Kosten sparen), lege sich vorher Steuererklärung 1997, Jahres-BWA 1997, Lohnabrechnung Dezember 1997, Mietvertrag und Kontoauszüge zurecht.

Die Frage nach der Höhe der Praxisdarlehen zum Stichtag wird anhand

der entsprechenden Saldenmitteilung auf den Kontoauszügen beantwortet. Wer für seine Praxis unterschiedliche Darlehen aufgenommen hat, muß dann eben alle dementsprechenden Kontoabschlüsse zurechtlegen. Dann kann man schnell die Fakten nachschlagen und das Ausfüllen geht zügig und ohne Frust. Wer nicht weiterkommt, kann auch bei Dr. Rommel anrufen, der als Referent für Verwaltungsangelegenheiten, Haushalt und Finanzen gerne auskunftsbereit ist.

Die Aussagekraft der Erhebung wird dadurch gefördert, daß der Steuerberater die Angaben bestätigt oder sogar selbst vornimmt. Der Mehraufwand sollte sich in Grenzen halten und niemanden daran hindern, an dieser wichtigen Analyse teilzunehmen. Mancher wird als positiven Nebeneffekt bemerken, wie wichtig es ist, sich diese Dinge auch als Unternehmer hin und wieder zu vergegenwärtigen.

Th. Radam

** Gesetz zur Stärkung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung in den neuen Ländern, welches u. a. Ausgabenbeschränkung von den Ostkassen fordert, was die Krankenkassen einseitig so interpretieren, daß dies durch Punktwertabsenkung, nicht aber durch erhöhte Eigenverantwortung oder Leistungsausgrenzung zu erreichen sei*

Kontrastreiches und informatives Programm

Der Helferinnentag zum 4. Thüringer Zahnärztetag

Ein umfangreiches Programm erwartet die Zahnarztthelferinnen, wenn der Helferinnentag im Rahmen des Zahnärztetages am 18. und 19. September 1998 auf der Messe in Erfurt seine 4. Auflage erlebt. An zwei Tagen bieten wir ein kontrastreiches und sehr informatives Programm.

Freitag, 18. September:

– In einem **Praxiskurs** können sich die Helferinnen über Entwicklung, Stand und Wertigkeit von **Speicheltests** informieren und diese Tests anschließend praktisch üben. Die **Privatdozentinnen Dr. rer. nat. Susanne Kneist** und **Dr. med. habil. Roswitha Heinrich-Weltzien** sind auf diesem Gebiet international anerkannte Wissenschaftlerinnen und kommen zudem beide aus Erfurt.

Nähere Informationen zu diesem Kurs sind im Anschluß auf dieser Seite zu finden.

– Die **Kosmetikobermeisterin Inge Schramm**, Erfurt, informiert in einem Seminar über aktuelle Trends in der Kosmetik. Sie wird auch mit einem Beratungsstand auf der Dentalausstellung vertreten sein.

Samstag, 19. September

– Der **Samstagsvormittag** steht ganz im Zeichen der **Karies**, gibt es doch in den Medien ständig als Sensation angepriesene Meldungen über das „Ende der schmerzhaften Kariesbehandlung“, das „Bohren ohne Bohrer“ u. ä. Die neuesten Erkenntnisse der **Kariesdiagnostik und Kariestherapie** werden wissenschaftlich fundiert und auch kritisch dargestellt von den bereits oben genannten beiden Dozentinnen und von **Dr. Uwe Tesch**, Zahnarzt in Erfurt.

– Schon traditionell wird der **Samstagnachmittag** von nichtzahnmedizinischen Themen bestimmt.

Über die **häufigste Tumorerkrankung** der Frau, das Mammakarzinom, wird Frau **Privatdozentin Dr. Ulrike Schalldach**, Oberärztin an der Strahlenklinik in Erfurt, sprechen. Sie wird in ihrer täglichen Arbeit ständig mit dieser schwerwiegenden Erkrankung konfrontiert.

Daran schließt sich ein Vortrag über die **plastische Chirurgie** der weiblichen Brust. Mit **Prof. Dr. Dr. Dieter Schumann** (Direktor der Klinik für

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie/Plastische Chirurgie am Klinikum der FSU Jena) konnte ein erfahrener Chirurg für dieses sensible Thema gewonnen werden.

Eine große Dentalausstellung vervollständigt das Programm.

Der Zahnärztetag findet auf dem neuen Erfurter Messegelände, einige hundert Meter hinter den alten ega-Hallen, statt. Zudem bietet Erfurt hervorragende Möglichkeiten für ein abwechslungsreiches Wochenende.

Der Besuch lohnt sich! Die rechtzeitige Anmeldung sichert einen der vor allem für Freitag nur begrenzt zur Verfügung stehenden Plätze!

Wir freuen uns, Sie begrüßen zu können!

Dr. Robert Eckstein
Referent für Zahnarztthelferinnen

Mikrobiologische Speichelbefunde in der zahnärztlichen Praxis

Der infektiöse Charakter und der Meinungsstreit, ob Mutans-Streptokokken (MS) oder Laktobazillen (LB) die Karies verursachen, haben zur Entwicklung von kommerziellen Kultursystemen geführt, die dem Zahnarzt ohne mikrobiologische Assistenz den Nachweis beider Keimgruppen im Patientenspeichel erlauben.

Speichelbefunde reflektieren die Höhe des Vorkommens von MS in der Plaque und sind deshalb sinnvoll. LB – als Standortflora des Speichels – stehen in ihrem vorkommen in Beziehung zu tiefen Fissuren und Grübchen, weil sie in ihnen eine ökologische Nische finden. Sie entgehen in

diesen Retentionsstellen mit mangelnder Selbstreinigung der Entfernung, selbst durch die Zahnbürste können sie nicht eliminiert werden.

Beide Keimgruppen bilden aus Kohlenhydraten der Nahrung Milchsäure und führen zur Demineralisation der Zahnhartgewebe. LB sind darüber hinaus resistent gegenüber Fluoriden. Die heute am weitesten verbreiteten Kultursysteme sind Dentocult[®] SM Strip mutans (Nachweis von MS) und LB (Nachweis von LB) (Orion Diagnostika, Finnland). Ein neuer Test – CRT[®] (VIVICARE, Schaan, FL) behauptet sich gegenwärtig auf dem Markt. Mit ersterem Kulturverfahren werden MS und LB im Speichel in getrennten Nachweisverfahren bestimmt und mit letzterem in einem Arbeitsgang. Beide Kultursysteme sind sehr zuverlässig, wobei der CRT[®] ins-

besondere für MS eine sensiblere Nachweisgrenze aufweist.

Zum 4. Thüringer Zahnärztetag in Erfurt werden interessierten Teilnehmerinnen und Teilnehmern in einer Weiterbildung zum Thema der Speicheltests die derzeit kommerziell verfügbaren Kultursysteme mit ihren Möglichkeiten und Grenzen vorgestellt. Mikrobiologische Speichelbefunde zusammen mit einer kritischen Höhe des Approximal-Raum-Plaqueindex und dem Vorkommen von initial kariösen Zahnschmelzläsionen konnten für den Erfurter (Thüringer) Raum in einer longitudinalen Kariesrisikostudie als Instrumentarium verifiziert werden, um primäre Zahngesundheit bei frühzeitig einsetzenden individuellen präventiven Interventionen zu gewährleisten.

Das Medizinproduktegesetz – Worauf ist zu achten ?

Mit dem am 1. Januar 1995 in Kraft getretenen Medizinproduktegesetz wurde das entsprechende europäische Recht in deutsches Recht überführt. Da für die Umsetzung des Medizinproduktegesetzes (MPG) eine Reihe von Verordnungen erlassen und Gesetzesänderungen vorgenommen werden mußten, war vom Gesetzgeber eine Übergangsfrist eingeräumt worden. Am 13.06.1998 endet nun endgültig die Übergangsfrist zur Umsetzung des MPG.

Man muß allerdings konstatieren, daß es dem Gesetzgeber offensichtlich nicht gelungen ist, rechtzeitig alle anstehenden Hausaufgaben zu erfüllen. So befindet sich z. B. nach unserem Kenntnisstand die wichtige Medizinprodukte-Betreiberverordnung immer noch in der abschließenden Diskussion. Gleiches gilt für eine geplante Änderung des MPG, die doch wesentliche Bedeutung hat. So soll das Wort „Inverkehrbringen“ durch das Wort „erstmalig(e)“ ergänzt werden. Durch diese Konkretisierung wird eindeutig geregelt, daß § 10 Abs. 3 des MPG kein Zertifizierungsverfahren für den Sterilisationsprozeß in der Zahnarztpraxis fordert. Des Weiteren soll die Änderung einen Abverkauf von Lagerbeständen des Dentalhandels über den Termin des 14.06.1998 bis zum 30.06.2001 zulassen.

Derartige Versäumnisse öffnen natürlich willkürlichen Auslegungen des MPG Tür und Tor. Betroffen davon sind Sie als Betreiber und Anwender von Medizinprodukten. Trotzdem besteht keine Veranlassung, in hektische Überreaktionen zu verfallen. Viele Dinge unterscheiden sich nicht von den bisherigen Gewohnheiten. Vorsicht ist generell geboten, wenn Sie Angebote in die Praxis bekommen, die Sie ganz konkret unter Bezugnahme auf das MPG zu Neuinvestitionen auffordern.

Die nachfolgende Tabelle soll Sie stichpunktartig auf die sich aus dem MPG ergebenden Konsequenzen für Ihre Praxisführung hinweisen. Weitergehende Anfragen zum MPG können Sie telefonisch an Herrn Dr. Brodersen, Tel.: 0361/7432-115, richten.

Dr. Wünsch, Dr. rer. nat. Brodersen

Stichwort	vom Standpunkt des MPG zu beachten
<p>zahntechnisches gewerbliches Labor</p>	<p>Der vom Zahnarzt bei einem zahntechnischen gewerblichen Labor in Auftrag gegebenen Zahnersatz zählt im Sinne des MPG zu den Sonderanfertigungen. Das zahntechnische Labor ist als Hersteller des Produktes anzusehen und muß deshalb die vom MPG geforderte „Erklärung zu Produkten für besondere Zwecke“ ausstellen.</p> <p>Diese beinhaltet:</p> <ul style="list-style-type: none"> – die Produktdaten – die Versicherung, daß das Produkt ausschließlich für einen bestimmten Patienten hergestellt worden ist – den Namen des Zahnarztes, der den Auftrag gegeben hat – besondere Produkthanforderungen gemäß Auftragserteilung des Zahnarztes – die Versicherung, daß das Produkt den Grundlegenden Anforderungen entspricht. <p>Der Zahnarzt sollte die Lieferung und die Erklärung dem Patienten zuordnen.</p> <p>Besondere Sorgfaltspflicht ist bei der Beauftragung eines ausländischen Labors zu empfehlen.</p>
<p>zahntechnisches Praxislabor</p>	<p>Entsprechend einer seit Oktober 1996 verbreiteten Stellungnahme der BZÄK, die auch dem BMG vorlag, konnte bis jetzt davon ausgegangen werden, daß das Praxislabor nicht den Anforderungen des MPG unterliegt. Wohl wurde immer betont, daß der Zahnarzt für einen dem MPG entsprechenden Qualitätsstandard zu sorgen hat.</p> <p>Dieser Auffassung wurde nunmehr äußerst kurzfristig seitens des BMG mündlich widersprochen, nachdem eine entsprechende Mitteilung ohne Information der BZÄK veröffentlicht worden war. Seitens der BZÄK wird versucht, mit dem BMG eine sinnvolle Regelung zu erzielen. Sie sollten unbedingt dies abwarten. Eine Klärung des Sachverhaltes bis zum 13.06.1998 ist illusorisch. Wir werden Sie kurzfristig aktuell informieren. Rückfragen sind über obengenannte Telefonnummer immer möglich.</p>

Stichwort	vom Standpunkt des MPG zu beachten
<p>technische Geräte (ohne Computer)</p>	<p><i>Neuinvestitionen:</i> Nach dem MPG vom Hersteller in Verkehr gebrachte technische Geräte weisen eine CE-Kennzeichnung in Verbindung mit einer Nummer auf. Die Nummer ist die Kodierung der Benannten Stelle, die eine dem Produkt entsprechende Konformitätsprüfung durchgeführt hat. Die Konformitätserklärung und eine in Deutsch abgefaßte Bedienungsanleitung muß dem Gerät beigelegt sein. Tritt die oben erwähnte Änderung zum MPG in Kraft, können auch noch Geräte aus Lagerbeständen verkauft und in Betrieb genommen werden, die noch nach altem Recht in Verkehr gebracht wurden. Bitte informieren Sie sich entsprechend.</p> <p><i>Reparaturen:</i> Bei Reparaturen technischer Geräte gibt es eine Reihe von Unsicherheiten. Dies betrifft diejenigen Geräte, die nach altem Recht in Verkehr gebracht wurden und bei denen durch die Reparatur ein CE gekennzeichnetes Teil eingesetzt werden muß. Nach dem MPG wird in diesem Falle eine Konformitätsbewertung notwendig. Es ist vollkommen unklar, wie dies passieren soll. Es muß angenommen werden, daß es Versuche geben wird, Sie unter Bezugnahme auf das MPG zu einer Neuinvestition zu bewegen. Seien Sie diesbzgl. sehr zurückhaltend und fragen Sie besser konkret bei der LZKTh nach (siehe oben).</p>
<p>Computer und Zubehör</p>	<p>Praxiscomputer und Zubehör, einschließlich Software, die ausschließlich im Zusammenhang mit der Patientenverwaltung eingesetzt werden, unterliegen nicht dem MPG! Es gelten allerdings die Anforderungen aus dem Gesetz über die elektromagnetische Verträglichkeit (EMV). Auch hier dokumentiert ein CE-Kennzeichen die Einhaltung der entsprechenden Normen.</p> <p>Computer, die zur Steuerung von Medizinprodukten (z. B. Laser) oder zur Datenerfassung (z. B. digitales Röntgen, Intraorale Kamera) eingesetzt werden, können durchaus dem MPG unterliegen. Dies wird immer dann der Fall sein, wenn Sie ein Komplettgerät kaufen. Schwierig wird die Diskussion, wenn ein in der Praxis vorhandener Computer im genannten Sinne eingesetzt werden soll. Nach Auffassung der LZKTh wird ein vorhandener Computer durch Anschluß eines Medizinproduktes nicht automatisch selbst zum Medizinprodukt. Hier sind Einzelfallbewertungen notwendig.</p>
<p>Verbrauchsmaterialien, Instrumente</p>	<p>Alle diese Produkte müssen CE-gekennzeichnet sein, ggf. zusätzlich mit der Nummer einer Benannten Stelle (abhängig von der Klassifizierung des Produktes). Wird die oben erwähnte Änderung des MPG in Kraft gesetzt, verlängert sich die Abverkaufsfrist von Produkten ohne CE-Kennzeichnung bis zum 30.06.2001.</p>
<p>Beobachtungs- und Meldesystem</p>	<p>Die Zahnärzteschaft ist verpflichtet, in einem Beobachtungs- und Meldesystem mitzuwirken, das Probleme und Risiken im Umgang mit Medizinprodukten erfassen wird. Folgende Vorkommnisse sind der Zentralstelle auf entsprechenden Meldebögen mitzuteilen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vorkommnisse, die zu einem Todesfall geführt haben - Vorkommnisse, die zu einer schwerwiegenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes eines Patienten, Anwenders oder sonstigen Person geführt haben <p>Hierbei handelt es sich jedoch um kein neues Verfahren. Die Zahnärzte mußten bereits in der Vergangenheit über die Arzneimittel-Kommission der Zahnärzte anhand eines standardisierten Verfahrens die Nebenwirkungsmeldungen zu Arzneimitteln melden. Es bot sich somit an, dieses Verfahren auch auf Medizinprodukte zu übertragen.</p>

Dentinadhäsive Komposit-Restaurationen

Fragen der Berechnungsweise

Die Bundeszahnärztekammer übermittelte uns die nachfolgend abgedruckte aktuelle Stellungnahme der Hochschullehrer für Zahnerhaltung und der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung zum routinemäßigen Einsatz von Seitenzahn-Komposit-Restaurationen. Hierin wird von fachlich renommierter Seite die Auffassung der Landeszahnärztekammer Thüringen und der Bundeszahnärztekammer bestätigt, daß es sich bei den dentinadhäsiven Komposit-Restaurationen eindeutig um neue Leistungen im Sinne des § 6 Abs. 2 GOZ handelt. Es ist zu hoffen, daß damit ein Streitpunkt mit den PKV-Unternehmen aus der Welt geschafft wurde. Bekanntermaßen bestritten die PKV-Unternehmen dies immer wieder und äußerten gegenüber Ihren Versicherten, daß die Liquidation dieser Leistung nach § 6 Abs. 2 GOZ eine Falschabrechnung des Zahnarztes sei.

Wir empfehlen Ihnen für die Praxis, dem Patienten eindeutig zu erläutern, welche Art von Leistung Sie mit einer dentinadhäsiven Restauration erbringen. Wählen Sie auch bitte immer den

Begriff „Restauration“, „Füllung“ könnte sehr schnell dem Leitungskatalog 205 - 207 zugerechnet werden. Der Patient sollte aufgeklärt werden, welche minimal-invasive Präparations-techniken angewendet werden und welche Vorteile sich hieraus ergeben.

In der Gebührenposition ist keine direkte Abrechnungsposition für diese Leistung angegeben. Deshalb wird in der Liquidation eine analoge Abrechnungsposition auftreten. Auch darüber sollte man den Patienten vorab informieren. Machen Sie den Patienten während der Behandlung auf den erheblichen zeitlichen Mehraufwand aufmerksam.

In der Liquidation muß unter der gewählten Analogposition die tatsächlich erbrachte Leistung, in diesem Falle

„dentinadhäsiv befestigte Komposit-Restauration“

und nicht „Kompositfüllung nach Schmelz-Ätztechnik“, angegeben werden. Analogposition und Steigerungsfaktor müssen so gewählt werden, daß ein der Leistung angemessenes Hono-

rar erzielt wird. Es ist zu beachten, daß auch bei Leistungen nach § 6 Abs. 2 GOZ die in § 5 Abs. 2 GOZ genannten Kriterien gelten. Bei einer „Analogberechnung“ soll eine nach Art, Kosten und Zeitaufwand „gleichwertige Leistung“ gewählt werden. „Gleichwertig“ heißt hierbei, daß die erbrachte Leistung ähnlich schwierig, ähnlich zeitaufwendig und betriebswirtschaftlich ähnlich kostenintensiv sein muß, wie die „analog“ gewählte Leistung.

Von den Kammern gibt es keine Vorgaben, welche Leistungen der Zahnarzt als gleichwertig erachtet. Dies ist grundsätzlich in sein Ermessen gestellt. Der Patient sollte noch darauf hingewiesen werden, daß es leider bei einigen Versicherungen und Erstattungsstellen Schwierigkeiten bei der Erstattung von Analogpositionen gibt. Berufen Sie sich auf die nachfolgend abgedruckte Stellungnahme, sowie die Stellungnahmen der Bundeszahnärztekammer und der Landeszahnärztekammer Thüringen.

*Dr. Gisela Brodersen,
GOZ-Referentin*

Die 1. Kammerversammlung 1998 der Landeszahnärztekammer Thüringen

findet am Samstag, dem 4. Juli 1998 statt.

Ort:

**Radisson SAS Hotel,
Juri-Gagarin-Ring 127, 99084 Erfurt**

Beginn: 9.00 Uhr

Stellungnahme der Hochschullehrer für Zahnerhaltung und der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) zum routinemäßigen Einsatz von Seitenzahn-Komposit-Füllungen in Deutschland im Hinblick auf ihre Aufnahme und Bewertung in Leistungskatalogen

Komposite, die in Verbindung mit Schmelz- und Dentinadhäsiven auch in komplexeren klinischen Situationen unter den hohen Belastungen des Seitenzahnbereichs zum Einsatz kommen können, stehen erst seit kurzer Zeit zur Verfügung.

Da in den 80er Jahren mit neuentwickelten Präparaten dieser Art fast nur Daten aus In-vitro-Untersuchungen mit negativer bzw. kontroverser Bewertung vorlagen, mußte die klinische Eignung unter den Bedingungen des Praxisalltags zunächst sehr zurückhaltend bewertet werden.

Erst seit Anfang der 90er Jahre zeichnete sich durch weitere Verbesserungen und nach umfangreicheren klinischen Untersuchungen ab, daß das Indikationsspektrum sukzessive erweitert werden konnte. Im einzelnen lassen sich folgende Feststellungen treffen:

1. Haftung zwischen Kompositen und Zahnhartsubstanzen

Adhäsive, die nicht nur zum Schmelz, sondern auch zum Dentin eine hinreichend starke Haftung und guten Randschluß erlauben, wurden erst Ende der 80er Jahre entwickelt. Die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien zu den ersten Generationen von Adhäsiven waren anfangs sehr unbefriedigend bzw. heterogen, weshalb bis Anfang der 90er Jahre die Ausweitung der Indikation für Kompositfüllungen und der routinemäßige Praxiseinsatz nicht empfohlen werden konnten. Erst in den letzten 5-7 Jahren haben sich Haftvermittler „neuer Generationen“ aufgrund wesentlich verbesserter Ergebnisse weitgehend durchgesetzt.

2. Verschleißfestigkeit von Kompositen

Ein wichtiger Meilenstein der Komposit-Technologie waren die sog. Feinhybrid-Komposite, die in verbesserter Form ebenfalls erst etwa Mitte/Ende der 80er Jahre entwickelt wurden. Aufgrund früherer negativer Erfahrungen mit dem Verschleißverhalten von Kompositen im Seitenzahnbereich war auch hier vor dem routinemäßigen Einsatz eine abwartende Haltung aus Gründen des Patientenschutzes dringend geboten. Nachdem seit Anfang der 90er Jahre vermehrt über positive Resultate in experimentellen und klinischen Studien berichtet wurde, fanden diese Materialien erst seit dieser Zeit Eingang in die Praxisroutine des Zahnarztes.

3. Verarbeitung und Praxisreife von Kompositen zur Seitenzahnversorgung

Komposite und Adhäsive zeichnen sich durch eine hohe Verarbeitungsempfindlichkeit aus. Bei den vor etwa 10 Jahren entwickelten Präparaten lagen zunächst keine hinreichenden klinischen Erfahrungen vor, was sich u. a. auch in widersprüchlichen Verarbeitungsempfehlungen seitens der Hersteller (z. B. im Hinblick auf die Trocknung des Dentins, die Applikationsart- und -dauer von Adhäsiven, die Exposition von Licht usw.) ausdrückte. Erst seit den 90er Jahren existieren hinreichend aussagekräftige klinische Daten, die den Kompositen auch für den Seitenzahnbereich die notwendige Praxisreife bescheinigen. Deshalb wird auch erst seit dieser Zeit der Einsatz von Kompositen zur Versorgung von Seitenzähnen in der Aus- und Fortbildung von Zahnärzten umfangreicher gewürdigt.

4. Aufwand zur Herstellung von Kompositen im Seitenzahnbereich

Der Zeit-, Material- und Geräteaufwand zur Herstellung von Kompositfüllungen im Seitenzahnbereich ist beträchtlich größer als z.B. bei Amalgamfüllungen.

5. Bewertung von Kompositfüllungen in Leistungskatalogen

Komposite und Adhäsive zur Seitenzahnversorgung haben erst Anfang der 90er Jahre eine hinreichende Praxisreife erlangt, so daß auch erst seit dieser Zeit in bestimmten klinischen Situationen der routinemäßige Einsatz empfohlen werden kann. Vor der Einführung der GOZ im Jahr 1987/1988 war der Entwicklungs-, Wissens- und Erfahrungsstand hingegen noch nicht hinreichend vorhanden, um Adhäsive und Komposite im Seitenzahnbereich im Praxisalltag anwenden zu können. Bei der Bewertung von Kompositfüllungen im Seitenzahnbereich muß berücksichtigt werden, daß sie einen erheblich größeren Zeitaufwand als Amalgamfüllungen benötigen und ihre Herstellung zudem mit einem erhöhten Material- und Geräteaufwand verbunden ist.

*Heidelberg und München,
März 1998*

*Prof. Dr. Dr. H. J. Staehle
Sprecher der deutschen Hochschullehrer für Zahnerhaltung*

*Prof. Dr. R. Hickel
1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ)*

Kariesvorbeugung ist besonders wichtig geworden

Zahnärzte sind zur Patenschaft aufgerufen

Seit die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen im Jahr 1992 ihre Arbeit aufgenommen hat, ist es das Ziel der LAGJTh e. V., alle Thüringer Kinder im Alter von 2 – 12 Jahren in das Betreuungsprogramm aufzunehmen.

Einen grundsätzlichen Beitrag zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrages leisten dazu neben den Mitarbeitern des öffentlichen Gesundheitsdienstes auch die für die LAGJTh e. V. tätigen Zahnärzte im Freistaat Thüringen, die freiwillig eine Patenschaft für einen Kindergarten übernommen haben.

Waren es im Jahr 1997 noch 731 Patenschaftsverträge, die abgeschlossen wurden, so sind es für das Jahr 1998 bereits 747 Patenschaften, die vergeben werden konnten. Wir freuen uns, daß sich immer mehr neue Kollegen bereit erklären, diese wichtige und notwendige Aufgabe zur Gesunderhaltung der Zähne zu übernehmen.

Durch das Inkrafttreten des 2. NOG, in dem verankert ist, daß Kinder und Jugendliche, die nach dem 31.12.1978 geboren sind, keinen Anspruch auf Zuschuß zu den Zahnersatzkosten durch die gesetzlichen Krankenkassen mehr haben, ist die Kariesvorbeugung noch wichtiger als bisher geworden. Durch die Übernahme einer Patenschaft könnten Sie einen großen Bei-



trag dazu leisten und sich verstärkt für die gruppenprophylaktische Betreuung unserer jüngsten Patienten einsetzen.

Wir möchten Sie deshalb hiermit nochmals um Ihre Mitarbeit als Patenschaftszahnarzt ab Januar 1999 bitten.

Die Aktionsideen, die Sie in diese Arbeit mit einbringen könnten, sind sehr breit gefächert und können mit zum Teil wenig Aufwand umgesetzt werden. Probieren Sie zum Beispiel ein-

mal: Tag der offenen Tür in der Zahnarztpraxis, Tag der offenen Tür beim Zahntechniker, Kindernachmittag beim Zahnarzt, vielleicht mit dem Vorlesen des Buches „Karius und Baktus“ oder „Vom Jörg der Zahnweh hatte“, Angebot von Informationsmaterialien, Zahnbürstenwechsel, Mal- und Bastelwettbewerb rund um die Zähne, Urkunde für gute Zahnpflege an Kindergärten, Plakataushang.

Falls Sie Interesse haben, wenden Sie sich bitte umgehend an Ihren Arbeitskreisvorsitzenden im Jugendzahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes. Er wird Ihnen Kindergärten, die noch nicht von einem Patenschaftszahnarzt betreut werden, benennen können. Sie können sich aber auch jederzeit mit Fragen oder Problemen an die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen e. V. (Frau Kozlik, Tel: 0361/7432-114) wenden. Diese wird Sie über alle Modalitäten informieren.

LAGJTh



Das Rentenreformgesetz 1999 und Ihr VZTh

Es mehren sich in den letzten Tagen die Anrufe der Mitglieder des VZTh, daß Versicherungsvertreter verschiedener Versicherungen mit den Auswirkungen des Rentenreformgesetzes 1999 und den damit angeblich verbundenen Auswirkungen auf Ihre Anwartschaften im VZTh „hausieren“ gehen. Hierzu sei von seiten Ihres Versorgungswerkes klargestellt:

- Das VZTh unterliegt nicht den Regelungen des Sozialgesetzbuches, welches durch die Rentenreform 1999 modifiziert wird.
- Das VZTh ist ein kapitalgedecktes System, während die gesetzliche Rentenversicherung im Umlageverfahren finanziert wird.
(Anmerkung: Wenn Versicherungsvertreter somit das RRG 1999 und das VZTh in einen Topf werfen, wären die Lebensversicherungen, die ähnlich finanziert sind wie das VZTh hiervon ebenfalls betroffen.)
- Der Versicherungsmathematiker des VZTh prüft in seinen jährlichen

versicherungsmathematischen Bilanzen die demographische Entwicklung des Mitgliederbestandes und die sonstigen erheblichen Daten wieder aufs neue, damit Veränderungen rechtzeitig in die Berechnungen aufgenommen werden können.

Es bleibt festzuhalten, daß entsprechende Aussagen über die Verknüpfung von Veränderungen in der gesetzlichen Rentenversicherung (hier: RRG 1999) mit den Anwartschaften im VZTh reine „Panikmache“ im Rahmen einer unseriösen Verkaufstaktik sind.

Sofern jemand bei Ihnen auf dieser Basis versucht private Verträge zu verkaufen, zeigt dies lediglich, daß Sie einen uninformierten Gesprächspartner haben, der mit Verkaufsschlagworten Geld verdienen will.

Sofern Sie Fragen zu Ihren Anwartschaften und zu Ihrem Versorgungswerk haben, stehen wir Ihnen gern unter Tel. 0361/7432-201 zur Verfügung.

Sie finden uns auch am Stand 32 auf dem 4. Thüringer Zahnärztetag in der Messe Erfurt vom 18. bis 19. September 1998.

Ralf Wohltmann
Geschäftsführer

WICHTIG

Beitragszahlung zum Versorgungswerk für niedergelassene Mitglieder

Gemäß § 21 Abs. 2 Satz 1 der Satzung ist der Beitrag zum Versorgungswerk für niedergelassene Mitglieder für das III. Quartal am 01. Juli fällig und bis zum 31. Juli auf das Konto des Versorgungswerkes (Deutsche Apotheker- und Ärztebank Ffm, Kto.-Nr.: 000 338 794 1, BLZ 500 906 07) zu entrichten. Sofern sie uns eine Einzugsermächtigung erteilt haben, wird der Betrag fristgerecht von Ihrem Konto abgebucht.
Für Rückfragen steht die Verwaltung des VZTh gern unter den Rufnummern 0361/7432-201 bis -203 und auch persönlich zur Verfügung.

Erläuterungen zum Kontoauszug

Aufgrund der zahlreichen Nachfragen nachfolgend eine Ergänzung zum diesjährigen Kontoauszug:

Jahr der Beitragszahlung	Jahresbeitrag	Punkt- werte	Jährlicher AV-max / jährl. Regelbeitrag	fiktive Altersruhegeldanwartschaft
bis 1995	46.417,20 DM	10,53		(Dieser Wert stellt die Anwartschaft aus eigenen Beiträgen dar, die bis dato erreicht worden ist.)
1996	13.872,00 DM	2,15	13.056,00 DM	
1997	14.484,00 DM	2,13	13.872,00 DM	
Summe der Einzahlungen	74.773,20 DM	14,81		7.035,76 DM

↑
1

zu 1.:

Dieser Wert gilt bis zum 60. Lebensjahr und ist entsprechend der Satzung mit einem Abschlag von 24 % versehen. Zur Vergleichbarkeit mit den vorherigen Kontoauszügen ist dieser Wert durch 76 zu dividieren und mit 100 zu multiplizieren. Sie erhalten dann die Anwartschaft aus eigenen Beiträgen zum 65. Lebensjahr wie in den Vorjahren.

Im nächsten Jahr werden diese Werte parallel zur Verdeutlichung dargestellt.

Des weiteren wird auf die erläuternden Artikel in der März sowie April-Ausgabe des tzb verwiesen.

Wohltmann
Geschäftsführer



Prof. Dr. Detlef Eismann zum 70. Geburtstag

Am 08. 06. 1998 vollendete Univ. Prof. Dr. med. dent. habil. Detlef Eismann das 70. Lebensjahr. Mit großer Freude gratulieren wir, ehemalige Mitarbeiter, Kollegen und Freunde zu diesem Jubiläumsgeburtstag.

Nach dem Studium der Zahnheilkunde und der Promotion zur Thematik „Über persistierende Milchzähne“ in Leipzig begann Prof. Eismann seine berufliche Tätigkeit 1951 an der Zahn- und Kieferklinik des Stadtkrankenhauses Dresden Johannstadt. Nach Gründung der Medizinischen Akademie Dresden erfolgte 1954 seine Umsetzung zur kieferorthopädischen Abteilung der stomatologischen Klinik, deren Aufbau er von Anfang an übernahm. 1957 erfolgte die Ernennung zum Oberarzt.

Während seiner Einarbeitung in das kieferorthopädische Fachgebiet war Prof. Eismann keiner speziellen Schule zugeordnet, so daß er sehr kritisch sich selbst gegenüber, aber auch im Hinblick auf die verschiedenen Strömungen des Faches Kieferorthopädie und dessen Repräsentanten eingestellt war. Er ist ein Zeitzeuge der Bekannt-

gabe und Einführung maßgebender Modifikationen aktiv-mechanischer, funktions-mechanischer und funktionsregelnder abnehmbarer Apparaturen. Zur Objektivierung deren klinischer Effektivität entwickelte er ein numerisches Bewertungsverfahren des morphologischen Umfanges von Zahnstellungs- und Bißanomalien, womit er 1969 habilitierte und 1973 mit dem Rudolf-Virchow-Preis ausgezeichnet wurde, eine wissenschaftliche Ehre, auf die er mit Recht auch heute noch stolz ist. Das Bewertungsverfahren nach Eismann ist seit 1969 bis in die jüngste Zeit in mehr als 60 in- und ausländischen Publikationen als methodisches Instrument genutzt und positiv gewürdigt worden.

Im Jahre 1975 erfolgte die Berufung zum ordentlichen Professor an die Medizinische Akademie Erfurt und gleichzeitig die Ernennung zum Direktor der Poliklinik für Orthopädische Stomatologie der neu gegründeten Sektion Stomatologie. Mit Beharrlichkeit, Konsequenz, Zielstrebigkeit und Überzeugungskraft gelang es Prof. Eismann, in kurzer Zeit eine gut funktio-

nierende Poliklinik aufzubauen, die durch ihre Leistungen in der Ausbildung von Studenten, in der Weiterbildung von Fachzahnartzkandidaten, auf wissenschaftlichem Gebiet und bei der Patientenbetreuung das gesamte Spektrum des Fachgebietes auf hohem Niveau widerspiegelte.

Nach der politischen Wende wurde Prof. Eismann zum ersten demokratisch gewählten geschäftsführenden Direktor des Zentrums ZMK der FSU Jena Bereich Erfurt ernannt, ein Amt, das mit der Erneuerung und Profilierung der Thüringer Hochschulen eng verbunden war. Mit 67 Jahren erfolgte seine Emeritierung.

Schwerpunkte seiner wissenschaftlichen Arbeit waren außer der bereits genannten Habilitationsschrift die Prävention von Gebißanomalien, die Variation der Dentition, die Erforschung ätiologischer Zusammenhänge und psychologische und sozialhygienische Fragestellungen in der Kieferorthopädie.

Bisher wurden von ihm weit mehr als 100 wissenschaftliche Publikationen in in- und ausländischen, auch fremd-

sprachigen und internationalen Fachzeitschriften veröffentlicht. An der Erarbeitung von 4 Lehrbüchern war Prof. Eismann zum Teil maßgeblich beteiligt. Auf wissenschaftlichen Tagungen und Kongressen wurden von ihm ca. 260 Vorträge gehalten, davon über 50 im Ausland und auf internationalen Veranstaltungen.

Unter seiner Anleitung konnten 44 junge Kollegen erfolgreich promovieren und eine Mitarbeiterin habilitieren.

Auch nach dem Ausscheiden aus dem aktiven Amt hält der Jubilar in Fortbildungsveranstaltungen die Verbindung zur Kieferorthopädie weiterhin aufrecht und gibt seine umfangreichen Erfahrungen an jüngere Kollegen mit Engagement weiter.

Die Wertschätzung, die Prof. Eismann bei Kollegen und in Fachkreisen genießt, spiegelt sich in zahlreichen nationalen und internationalen Ehrungen und korrespondierenden Mitgliedschaften in medizinisch wissenschaftlichen Gesellschaften wider.

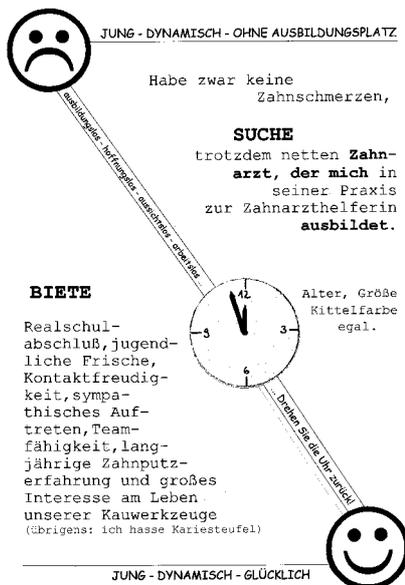
Unter seiner Leitung standen zwei wissenschaftliche Jahrestagungen der Gesellschaft für Orthopädische Stomatologie der DDR, deren 1. Vorsitzender Prof. Eismann über zwei Legislaturperioden war.

Prof. Eismann war seinen Schülern und Mitarbeitern immer ein Vorbild. Die ehemaligen Mitarbeiter, Kollegen und Freunde sagen Ihnen, Herr Prof. Eismann, herzlichen Dank und wünschen Ihnen und Ihrer verehrten Gattin weiterhin Schaffenskraft, Gesund-

heit, Freude an Reisen, Bergwanderungen, Schönheiten der Natur sowie persönliches Wohlergehen.

*PD Dr. med. habil. E. Löhr,
Dr. med. dent. A. Eismann, Erfurt*

Lehrstelleninitiative 1997 brachte gute Ergebnisse



Der Berufsausschuß, der am 29. April in Erfurt tagte, befaßte sich in den Tagesordnungspunkten 1 und 2 mit der allgemeinen Ausbildungs- und Lehrstellensituation in Thüringen und mit den speziellen Gegebenheiten 1998 für die Zahnarzhelferinnen. Die Lehrstelleninitiative 1997 brachte sehr gute Ergebnisse. Die Vermittlungsrate am Ende der Ausbildung soll in diesem Jahr exakt ermittelt werden. Nicht vermittelten Zahnarzhelferinnen will die Landes Zahnärztekammer Thüringen Hilfe anbieten.

*Unser Aufruf zur Lehrstelleninitiative -
Erinnern Sie sich?*

Unter Top 3 berichtete die Vorsitzende der Lehrplankommission, Edeltraud Wienbreyer, Nordhausen, über den Stand des Lehrplanes. Er soll nach Möglichkeit noch vor Schuljahresende fertiggestellt sein.

Unter Tagesordnungspunkt 4 befaßte sich der Ausschuß mit dem Fortbildungsbaustein 8 „Gruppenprophylaxe“. 14 Zahnarzhelferinnen haben diesen Baustein absolviert und die Prüfungen bestanden. Zehn von ihnen sind von der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen e. V. angestellt und arbeiten auf dem Gebiet der Gruppenprophylaxe vor allem in Kindergärten, für die bisher kein Patenschaftszahnarzt engagiert werden konnte.

Dr. R. Eckstein

Qualitätssicherung in der Kieferorthopädie in Thüringen (QKT)

Über Qualitätssicherung in der Zahnmedizin und speziell in der Kieferorthopädie ist in den vergangenen Jahren viel geschrieben und diskutiert worden. Gute (und weniger gute) Vorschläge wurden formuliert und sind auch regional z. T. in die Praxis umgesetzt worden (siehe Tübinger Modell). Klar definiertes Ziel der Qualitätssicherung ist es, über die Verbesserung von Struktur- und Prozeßqualität die Ergebnisqualität positiv zu beeinflussen.

Das Ziel kieferorthopädischer Behandlungen sollte es sein, die Morphologie des Gebißsystems so zu verändern, daß Funktionen ungestört ablaufen können und ästhetische Belange den Vorstellungen des Patienten möglichst nahekommen. Daß diese Forderung in Abhängigkeit von dentalen und skelettalen Strukturen mitunter nicht vollständig zu erfüllen ist und auch physiognomische Grenzen bestehen, ist einleuchtend.

Keine Abstriche hingegen gibt es an der Prämisse, daß die kieferorthopädische Therapie dem Patienten nutzen soll und nicht schaden darf, d. h. daß vor der Behandlung eine fundierte Befunderhebung zu fordern ist, die Notwendiges erkennt und Mögliches akzentuiert und dann die Basis einer begründeten Behandlung darstellt. An die Therapie selbst sind demzufolge hohe Qualitätsansprüche zu stellen, auch – oder ganz besonders – um Patienten erfolgreich (d. h. mit stabilem Ergebnis) behandeln zu können.

So zeigt das Tübinger Modell hier positive Ansätze, indem erstmals Qualitätsforderungen an die eingereichten Unterlagen gestellt, Daten gesammelt und Gutachten nach einheitlichem Rahmen erstellt werden. Die Gutachter nehmen in diesem Prozeß eine Schlüsselrolle ein, weshalb sie auch häufig als „Qualitätskommissare“ (sicher nicht im negativen Sinne gemeint) bezeichnet werden. Unserer Meinung nach muß deshalb der erste

Schritt darin bestehen, die Gutachter zu qualifizieren, um sie für ihre verantwortungsvolle Aufgabe zu profilieren.

In der Erkenntnis, daß einerseits Qualitätsanforderungen, -maßstäbe und -kontrollen nicht vom Gesetzgeber angeordnet werden sollen und/oder dürfen, diese Maßnahmen keine „Verbilligung“ der Therapie bedeuten und im Bewußtsein, daß theoretisches Wissen und praktisches Können das Fundament für eine hohe Qualität unserer Arbeit darstellen, gab es Ende des Jahres 1996 in Thüringen zwischen dem BDK und der Hochschule Übereinstimmung in der Notwendigkeit zu handeln. In mehreren Vorgesprächen zwischen dem Landesverband Thüringen des BDK und der Poliklinik für Kieferorthopädie der Jenaer Universität wurde ein Programm zur Qualifizierung der Thüringer Gutachter erarbeitet. Geleitet vom 1. Vorsitzenden des Landesverbandes Thüringen, Herrn Dr. Jürgen Hering, und vom Ordinarius für Kieferorthopädie an der Friedrich-Schiller-Universität Jena, Herrn Prof. Dr. Heinz Graf, wurde die Initiative „Qualitätssicherung in der Kieferorthopädie in Thüringen (QKT)“ gegründet.

Im kollegialen Miteinander entstand das Konzept für die Durchführung eines 2-Jahreskurses (Fünf 5-Stunden-Veranstaltungen/Jahr), nach dem alle kieferorthopädischen Kammer- und KZV-Gutachter Thüringens fortgebildet werden. Schwerpunkte des Programms sind neben der Vermittlung neuer und neuester Erkenntnisse der normalen und gestörten Gebißentwicklung wesentliche Aspekte einer praxisrelevanten Befunderhebung (einschließlich Funktionsanalyse) sowie einer modern ausgerichteten Klassifikation, selbstverständlich auch unterschiedliche Therapiekonzepte sowie kassenrechtliche Fragen. Dabei besteht ein ausgewogenes Verhältnis zwischen theoretischer Stoffvermittlung und Darstellung von Erfahrungen aus



Die Leiter der Initiative „QKT“ im Kollegenkreis:
Prof. Dr. Heinz Graf (2. von rechts, vorn) und Dr. Jürgen Hering (3. von rechts)

der Praxis. Jeder Teilnehmer fühlt sich für das Gelingen der Veranstaltungen voll verantwortlich. Eine Trennung zwischen Vortragenden und Zuhörenden war von vornherein ausgeschlossen.

Nach erfolgreichem Abschluß des 1. Kursabschnittes hat im Januar 1998 der 2. Teil begonnen. Es ist vorgesehen, am Ende des Kurses durch eine Analyse der bestehenden Probleme in der Kieferorthopädie zur Erarbeitung eines einheitlichen Konzeptes für das perspektivische Vorgehen zu gelangen. Wir sind sicher, daß wir zumindest einen großen Teil unserer selbstgestellten hohen Ansprüche erreichen werden.

Nach Abschluß des 2-Jahres-Zyklus, der mit einem Zertifikat für jeden Teilnehmer endet, werden wir an gleicher Stelle noch einmal berichten.

Prof. Dr. H. Graf,
Dr. J. Hering

Randqualität von Klasse-II-Kompomerfüllungen

B. Haller, J. Günther

Die Arbeit, deren Zusammenfassung Sie nachfolgend lesen können, wurde im vollen Wortlaut in der „Deutschen Zahnärztlichen Zeitschrift“, Heft 5/98, veröffentlicht.

Der Einfluß von Kavitätenrandgestaltung und Matrizentechnik auf die Randqualität von Kompomerfüllungen (Compoglass/SCA) in schmelzbegrenzten Klassen-II-Kavitäten wurde mit Hilfe der REM-Randanalyse und der Farbstoffpenetration überprüft.

Folgende Versuchsgruppen wurden gebildet (jeweils n = 10): Gr. I: kastenförmige Slotkavitäten, Gr. II: Slotkavitäten mit zirkulärer Schmelzrand-schrägung, Gr. IA und IIA: Metallmatrize/Holzkeit, Gr. IB und IIB: Transparentmatrize/Lichtkeil. Zum Vergleich wurde mit dem gleichen Einkomponenten-Haftvermittler (SCA) der Randschluß eines Feinpartikel-Hybridkomposites (Tetric) in angeschrägten Slotkavitäten unter Anwendung der dreischichtigen Umhärtungstechnik (Gr. III) untersucht: Gr. IIIA: Schmelz- und Dentinätzung mit 37 % Phosphorsäure, Gr. IIIB: ohne Phosphorsäure-Ätzung.

Die Randqualität der Kompomer- wie auch der Kompositfüllungen nahm über den Versuchszeitraum von insgesamt fünf Monaten deutlich ab.

Bei dem Kompomer bewirkten Transparentmatrize und Lichtkeil keine Verbesserung der Randqualität im Vergleich zur Metallmatrize. Die Schmelzrand-schrägung führte dagegen zu einer signifikanten Reduktion der Randspalten, verbunden mit einer Zunahme von Kompomerrandfrakturen. Die Kompositfüllungen wiesen bei Anwendung der Ätztechnik eine (an den lateralen Rändern signifikant) geringere Randspaltbildung auf als die Kompomerfüllungen. Der Verzicht auf die Phosphorsäure-Ätzung führte bei dem Komposit trotz selbstkonditionierender Eigenschaften des verwendeten Haftvermittlers zu einer erheblichen Verschlechterung der Randqualität.

Für die Interimsversorgung von Klasse-II-Kavitäten mit Kompomer empfiehlt sich bezüglich der Matrizentechnik die Verwendung von Metallbändern mit Holzkeilen, bezüglich der Kavitätenrandgestaltung, zumindest bei Verwendung selbstkonditionierender Haftvermittler, die Anschrägung der Schmelzränder.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Bernd Haller
Poliklinik für Zahnerhaltung,
Parodontologie und Kinderzahn-
heilkunde
Albert-Einstein-Allee 11, 89081 Ulm

Ausschreibung

Gemäß § 103 Abs. 4 und 5 des V. Buches Sozialgesetzbuch wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Saalfeld-Rudolstadt ab dem **01.10.1998** ein Vertragszahnarztsitz in

Rudolstadt

ausgeschrieben.

Bewerbungen zur Übernahme dieser Praxis sind schriftlich bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses einzureichen.

Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen, Zulassungsausschuß, Theo-Neubauer-Straße 14, 99085 Erfurt

Inserentenverzeichnis	Seite
Degussa, Hanau	235, 236, 4. US
Vita Zahnfabrik, Biberach	214
Schülke & Mayr, Norderstedt	
Deuker + Neubauer GmbH, Erfurt	209
BIORA GmbH, Bad Homburg	213
R. + R. Daume Finanzdienstleistungen, Erfurt	243
Kleinanzeigen	238

„Nicht nur informieren, sondern erklären“

Frühjahrstreffen der Referenten für Öffentlichkeitsarbeit in Krefeld:
Hilfestellung für die tägliche Arbeit

Auf Einladung der Zahnärztekammer und der KZV Nordrhein trafen sich am 8. und 9. Mai die Referenten für Öffentlichkeitsarbeit und die Mitarbeiter in den Pressestellen der Länder in Krefeld. Thema der zweitägigen Konferenz: „Krisenmanagement“.

Schon der erste Redner lieferte genügend polarisierende Ansatzpunkte für eine engagierte Diskussion: Dr. Ekkehard Bahlo von der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V. sprach zum Thema „Die Rolle von Verbraucher- und Patientenschutzverbänden in der medizinischen/zahnmedizinischen Versorgung“. Seine Organisation behauptet von sich, „Stimme der Versicherten und Patienten“ zu sein, Solidarität erhalten zu wollen und allen den Zugang zur modernen Medizin zu ermöglichen. Da paßte es auch ins Konzept, daß Bahlo die Barmer-Behauptung vom April, wonach die Hälfte der Zahnarztrechnungen überhöht gewesen sei, ungeprüft übernommen hatte. Der Zahnärzteschaft hielt er vor, sie habe im „Gezerre und Streit der Kostenträger und Leistungserbringer um die knapper werdenden Ressourcen“ ein „besonders anschauliches Beispiel“ für ungläubiges Kopfschütteln seitens der Patienten abgegeben. Doch das kritische Nachhaken der Tagungsteilnehmer zeigte offensichtlich Wirkung: Bahlo versprach, Kassenbehauptungen in Zukunft weniger kritiklos zu übernehmen. Bundeszahnärztekammer und KZBV boten dem DGVP-Chef außerdem weitere Gespräche an.

Unter der Leitung von Dr. Jobst-Wilken Carl, Vizepräsident und Referent für Öffentlichkeitsarbeit der Bundeszahnärztekammer, und ZA Dieter Krenkel, Referent für Öffentlichkeitsarbeit bei der KZBV, erörterten die etwa 50 Teilnehmer anschließend aktuelle standespolitische Fragen. Die Diskussion wurde zum Teil sehr emoti-



Leiteten die emotionsgeladene standespolitische Diskussion: (von links) Dr. J.-W. Carl (BZÄK), Ch. Schumacher (Pressestelle), D. Krenkel (KZBV)



Referent Dr. Peter Jeutter leitete die Workshops zum Krisen-Management

ongeladen geführt. Beispielsweise wurde der Vorwurf laut, die Öffentlichkeitsreferenten hätten nun die undankbare Aufgabe, das Image des zahnärztlichen Berufsstandes wieder aufzuwerten, das massiv beeinträchtigt worden war, weil Gesetzgeber und Verhandlungspartner ihre differenzierten Positionen nicht aufeinander abstimmen konnten. Es kam zu massiven Kritiken an der derzeitigen Haltung der KZBV, die sich auch in einzelnen Rücktrittsforderungen gegenüber Herrn Dr. Schirbort äußerten.

Die Problematik der unterschiedlichen Meinungen zu bestimmten berufspolitischen Strategien konnte leider nicht auf einen Nenner gebracht werden, da die Zeit für die Diskussion wegen der nachfolgenden Themen zu gering war. Mit Bedauern mußten viele Teilnehmer feststellen, daß die Diskussion wegen des drängenden Zeitplans systematisch abgebrochen wurde. Es wäre sicherlich günstiger gewesen, das sich anschließende Programm der Bonner Agentur Jeutter Consulting zu kappen und stattdessen die entstandenen Problematiken aufzuarbeiten, damit die Einheit der Zahnärzteschaft beziehungsweise der

Öffentlichkeitsreferenten in diesen Punkten hätte wiederhergestellt werden können.

In drei parallel stattfindenden Workshops war danach Gelegenheit, sich in Gruppenarbeit ein aktuelles Bild von den Problemen der zahnärztlichen Öffentlichkeitsarbeit zu machen und das Verhältnis zur Politik, zur Presse und zu den Patienten zu diskutieren. Geleitet wurden die Workshops von Dr. Peter Jeutter (Jeutter Consulting) und zwei seiner Mitarbeiter.

Mit einem sehr interessanten und für die tägliche Arbeit überaus hilfreichen Vortrag von Dr. Peter Jeutter begann das Programm am Samstag. In seinem Referat „Krisen-PR für den Bereich der zahnärztlichen Landesorganisationen“ lieferte Dr. Jeutter einen Leitfaden für den Umgang mit den Medien und der Öffentlichkeit. Eine seiner wichtigsten Botschaften: „Die Wahrheit und nichts als die Wahrheit“ ist vonnöten, wenn ein Unternehmen, ein Verband oder eine sonstige Organisation in die Schlagzeilen geraten ist. „Nicht nur informieren, sondern erklären“ müsse das Motto erfolgreicher Öffentlichkeitsarbeit lauten. Ist die Krise einmal da, regierten nicht mehr

Fakten, sondern Emotionen. Wenn die Berichterstattung einmal nicht so aussieht, wie es sich der Public Relations Betreibende vorstellt, sei nach Dr. Jeutter eines ganz bestimmt fehl am Platze: Medienschelte. Denn damit würde viel Vertrauen zerstört und die Basis für die künftige Zusammenarbeit weitgehend entzogen. Die ursprüngliche Absicht, nämlich eine wohlgesonnene Presse, werde ins Gegenteil verkehrt.

Nach einer kurzen Zusammenfassung der Workshop-Ergebnisse war es schon wieder an der Zeit, an das nächste Treffen im Herbst zu denken. Es soll in Köln stattfinden. KZBV-Öffentlichkeitsreferent Dieter Krenkel trug damit dem Wunsch vieler Teilnehmer Rechnung, die Führung von KZBV und BZÄK beim Treffen der Öffentlichkeitsarbeiter begrüßen zu können. Als Termin einigte man sich auf den 25. und 26. September, das Wochenende der Bundestagswahl also. Für ausreichenden Gesprächsstoff wird dann allein schon aus diesem Grund mit Sicherheit gesorgt sein.

red.

Ursachen und Gefahren des Zähneknirschens

LZKTh-Öffentlichkeitsreferent Gottfried Wolf zu Gast bei der Landeswelle Thüringen

„Warum knirschen viele Menschen mit den Zähnen?“ Nicht nur Betroffene wollen dies gerne wissen. Auch die Redaktion der Landeswelle Thüringen interessierte sich für Antworten auf diese Frage und hatte um einen kompetenten Gesprächspartner für ein Interview gebeten. Gottfried Wolf, Öffentlichkeitsreferent bei der LZKTh, hatte die Aufgabe übernommen, in der Servicesendung am Vormittag die Fragen von Moderator Göbel und den Landeswelle-Hörern zu beantworten.

In drei kurzen Gesprächsrunden erläuterte er zunächst die Ursachen für das

Knirschen mit den Zähnen, wobei er auf klinische und psychologische Gründe einging. Der Anteil derer, die der zweiten Gruppe angehören, hat sich in den vergangenen zehn Jahren stark vergrößert, außerdem werden die „Knirscher“ immer jünger. Gründe hierfür können wachsender Erfolgsdruck, Angst vor Arbeitslosigkeit, familiäre oder finanzielle Probleme sein.

Herr Wolf erläuterte im Interview auch die oft problematische und langwierige Behandlung. Er wies darauf hin, daß der Zahnarzt zwar die klinischen Ursachen therapieren könne,

auf die psychologischen Gründe aber wenig Einfluß hat. Auch einige Hörer interessierten sich für dieses Thema und richteten telefonisch ihre Fragen an den Studiogast.

red.

Zahnpflege will gelernt sein

Telefonforum bei der „Thüringer Allgemeinen“ zum Thema Prophylaxe

Durchweg positiv waren die Erfahrungen, die mit den Leser-Telefonaktionen bei den wichtigsten Thüringer Tageszeitungen über die Neuregelung bei der Bezuschussung von Zahnersatz gemacht werden konnten. Diese Form der Öffentlichkeitsarbeit hat zwei handfeste Vorteile: Zunächst ist es eine gute Gelegenheit, daß Zahnärzte mit Patienten beziehungsweise Lesern am Telefon persönlich ins Gespräch kommen und auf diese Weise einen wichtigen Beitrag leisten, das Bild vom geldgierigen „Abzocker“, das Politik und Krankenkassen nur zu gerne verbreitet haben und verbreiten, aus der Welt zu schaffen. Außerdem ist es in den Redaktionen der Zeitungen üblich, am nächsten Tag einen Artikel mit häufig gestellten Fragen zu veröffentlichen, wodurch zusätzlich noch ein breiter Leserkreis erreicht und ein wichtiger Beitrag zur Aufklärungsarbeit geleistet werden kann.

Angesichts dieser Erfahrungen startete die Pressestelle eine Neuauflage der Telefonaktionen – mit einem anderen Thema. Die Redaktion der „Thüringer Allgemeinen“ hatte Interesse an einer Aktion über „Gesunde Zähne bis ins hohe Alter“ gefunden. „Welche Zahnbürste ist die richtige? Was ist bei der Pflege von Kinderzähnen zu beachten? Wie verwendet man Zahnseide?“ Diese und ähnliche Fragen konnten die Leser am 13. Mai 1998 an Dr. Roswitha Heinrich-Weltzien, Dr. Lothar Bergholz, Thorsten Radam und Gottfried Wolf stellen.

Es liegt in der Natur der Sache, daß bei dieser Aktion die Telefone nicht so oft klingelten wie bei den Veranstaltungen zu den Neuregelungen beim



Unter den wachsamen Augen von Johann Wolfgang von Goethe wurden im Verlagsgebäude der TA zwei Stunden lang Leserfragen zur Zahngesundheit beantwortet.

Im Bild (von links): Dr. Roswitha Heinrich-Weltzien (Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde, Erfurt), Stefan Pöhlmann von der Pressestelle, KZV-Öffentlichkeitsreferent Thorsten Radam und Kammer-Vorstandsmitglied Dr. Lothar Bergholz (Patientenberatung). Ebenfalls mit dabei war Gottfried Wolf, Referent für Öffentlichkeitsarbeit bei der Landeszahnärztekammer.

Foto: Wolf

Zahnersatz. Diesmal ging es in erster Linie nicht um Geld, sondern um die (Mund-)Gesundheit. Wenn sich auch die eine oder andere Frage mit dem NOG und den neuen Zuzahlungsregeln befaßte, so hatte der Großteil der Anrufer doch ganz konkrete Fragen rund um die Mundgesundheit.

Die im Vergleich zur NOG-Telefonaktion eher bescheidene Resonanz könnte man auf zweierlei Weise deuten: Entweder sind die Patienten ausreichend aufgeklärt und wissen, wie die Zähne richtig gepflegt werden. Weit

wahrscheinlicher ist aber die zweite Variante: Das Bewußtsein, daß jeder einzelne die Gesundheit seiner Zähne weitgehend selbst in der Hand hat und als junger Mensch bei richtig betriebener Prophylaxe gar nicht in die Situation kommen wird, Zahnersatz zu benötigen, ist in der Bevölkerung noch nicht ausreichend vorhanden. Deshalb ist es für die Zukunft durchaus angebracht, derartige Aktionen auch auf andere Medien auszudehnen.

stp

Die nächste Ausgabe des „tzb“ erscheint als Doppelheft 7/8 Anfang August!

„Auf den Punkt gebracht“

Fernsehsendung zur Gesundheitspolitik mit Bundesminister Horst Seehofer

Teilgenommen an dieser Sendung, die am 19. Mai 1998 im MDR-Fernsehen lief, haben Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer, der Vertreter der Ersatzkassenverbände, Herr Rebscher, Frau Dr. Koch aus Bayern, bekannt durch die Fernsehserie „Was bin ich?“, und eine Vertreterin eines Krankenhauses in Dresden. Eindringlich mahnte Bundesgesundheitsminister Seehofer die Krankenkassen, zu sparen und finanzielle Reserven freizumachen. Unser deutsches Gesundheitswesen muß nach Worten von Herrn Seehofer in seiner Qualität weiterhin bezahlbar sein und bleiben. Es können nicht weiterhin Abstriche gemacht werden bei der Entlohnung der Leistungserbringer sowohl im stationären als auch im ambulanten Gesundheitswesen. Es könne aber auch nicht zu Lasten der Versicherten und der Arbeitgeber der Versicherungsbeitrag erhöht werden. Frau Dr. Koch sprach hier besonders Herrn Rebscher an wegen des Mißbrauchs von Geldern, indem Krankenkassenpaläste gebaut und Leistungen angeboten werden, die überhaupt nichts mit Gesundheitswesen zu tun und nur einen Werbeeffekt haben – mit gigantischen Summen.

Herr Rebscher dementierte dies, wobei Herr Seehofer zu Frau Dr. Kochs Argumenten beifällig nickte. Er bestätigte nachdrücklich, daß er die Krankenkassenbeiträge nicht weiter erhöhen will. Die Krankenkassen müßten, so Seehofer, anders wirtschaften. Er hält auch nichts von einer Budgetierung, da aus dem Fonds der Krankenkassen genügend Geld vorhanden sein muß. Der Minister will weder eine Erhöhung der Beiträge noch eine Leistungskürzung. Dies rief natürlich den Protest von Herrn Rebscher hervor. In der Diskussion kam auch die tiefe Zerstrittenheit innerhalb der einzelnen ärztlichen Fachgruppen zutage.

Diese Zerstrittenheit der einzelnen ärztlichen Fachgruppen führte bis

heute zu einer Lähmung der politischen Aktivitäten. Das wird sich auch in Zukunft nicht ändern. Von Frau Koch wurde angemahnt, daß beim Beruf des Arztes wieder die Medizin, verbunden mit ethischen Grundsätzen, in den Vordergrund treten muß und daß die marktwirtschaftlichen Aspekte bzw. die Wirtschaftlichkeit nicht die dominierende Rolle spielen dürfen. Im Moment drängen allerdings Politik- und Krankenkassenverhalten die Ärzteschaft in ein wirtschaftliches Denken, weil sie ihre Praxen finanzieren müssen. Es müssen für Investitionen aufgenommene Kredite getilgt, das Personal bezahlt und auch sozial abgesichert werden. Diese Aspekte führen dazu, daß die Arztpraxis in der heutigen Zeit nur noch zu einem buchhalterischen Unternehmen degradiert worden ist.

Es wurden mehrere Beispiele angeführt, daß es auf Seiten der Ärzte und auch bei den Patienten sehr viel Unverständnis gibt. Zum Beispiel wurde ein Video des MDR eingeblendet über einen Patienten, der Invalidenrentner (Invalidenrente Ost) ist und als chronisch Kranker bei Medikamenten 95 DM zuzahlen mußte. Diese Zuzahlung war für Herrn Seehofer nicht nachvollziehbar. Er rechnete vor, daß anhand dieses Betrages der Invalidenrentner eine Mindestrente von 5000 DM haben müßte. Für derartige Ungeheimheiten bei der Medikamentenzuzahlung gab es weitere Beispiele, so daß man sich hier doch fragen muß: Wer ist denn überhaupt noch informiert? Die Krankenkassen scheinen ihre Patienten und die Ärzte jedenfalls nicht ausreichend zu informieren. Bei den Ärzten scheint selber keine Klarheit zu herrschen über ein sog. Budget und die Patienten wissen das schon gar nicht.

Diese Talksendung fand meines Erachtens in Bezug zu dem 101. Deutschen Ärztetag in Köln statt. Unsi-

cherheiten wurden allerdings auch von Seiten der Leistungserbringer gezeigt: „Was muß der Patient zuzahlen und was nicht?“ So gab es auch eine Videoeinblendung einer Leipziger Ärztin, die sagte, daß sie pro Patient ein Budget von 270 DM habe an Verschreibungsmöglichkeiten für Medikamente. Wenn ein Patient über diesem angeblichen Budget liege, bräuche sie also soundsoviele Patienten bzw. Scheine, um hier die Medikamente für diesen erkrankten Patienten zu sponsern. Hier schüttelte der Bundesgesundheitsminister den Kopf und meinte, daß das ein Rechenfehler sei. Ein Budget bestritt er.

Meines Erachtens sind diese Unklarheiten im eigenen Abrechnungssystem der Ärzte zu suchen. Das heißt, daß wahrscheinlich die Berufspolitik der Ärzteschaft auf dem vollkommen falschen Dampfer ist. Die Kassenärztlichen Vereinigungen argumentieren mit völlig falschen Zahlen und angeblichen Gesetzen, wie sie von Herrn Seehofer widerlegt wurden.

Daß im Bereich der standespolitischen Organisationen der Ärzteschaft einiges unklar ist, das ist uns bekannt. Dies zeigt uns wieder, daß eine nicht eindeutige politische Berufsauffassung und auch die Differenzierung der einzelnen Fachgruppen und Fachbereiche innerhalb der Ärzteschaft zu einer katastrophalen Standespolitik führen. Wir haben dies in der Mai-Ausgabe des tzb angedeutet. Es bleibt hier nur, darauf hinzuweisen, daß die Zahnärzteschaft daraus lernt. Wenn einzelne fachliche Splittergruppen bestimmte Vorteile für sich und ihre Bereiche haben möchten – und sei es auch nur aus personeller Profilierungssucht einzelner –, dann sollten sie bedenken, daß der Bereich Zahnmedizin und die zahnärztliche Berufspolitik dermaßen geschwächt wird und deren Vertreter zu keiner Handlung mehr fähig sein werden und können.

Der weitere Verlauf des Ärztetages war geprägt von zwiespältigen Meinungen: Die Ärzte votierten für eine umfassende Gesamtversorgung, gleichzeitig aber auch für die Ausgrenzung bestimmter Leistungen. Die Ärzteschaft ist wieder beglückt, weil Herr Seehofer anscheinend wieder Sympathien für sie hegt. Die Geschichte hat gezeigt, daß dann die Zahnärzte wieder negativ bewertet werden.

Anmerkung: Der 101. Deutsche Ärztetag in Köln wurde erfolglos beendet. Die Versammlung war nicht beschlußfähig, weil eine Reihe von Delegierten schon vorzeitig abgereist war.

G. Wolf

Deutsche Gesellschaft für Hypnose – DGH

Fort- und Weiterbildung in klinischer Hypnose

Beginn eines neuen Curriculums

in Jena am 12.9.98



20. DGH-Tagung

Hypnose und Gesundheit

Bad Lippspringe, Parkhotel
vom 1. bis 4. Oktober 1998

Anmeldung und Information:

Dr. Volker Reindl, Lindauer Straße 6, D-86399 Bobingen
Tel. 08234-3393 · Fax -7981

Thüringer Gesundheitswoche ist bereits Tradition

Die Thüringer Gesundheitswoche, die mittlerweile schon zur Tradition geworden ist, fand in diesem Jahr vom 4. bis 8. Mai statt. Ihr Motto lautete: „Gesundheitsförderung in Thüringen – Präventionsangebote“.

Obwohl die zahnärztliche Prophylaxe nicht direkt angesprochen war, haben einige Zahnärzte, unterstützt von den berufsständischen Körperschaften, dieses Thema in den Mittelpunkt gerückt. Stellvertretend für die Thüringer Zahnärzteschaft nahm Dr. Wolfgang Hebenstreit, Vorsitzender der LAGJTh e. V., an der Eröffnungskonferenz teil.

Von vielen Zahnarztpraxen in Thüringen wissen wir, daß sie in eigener Initiative auf die Möglichkeiten der Zahnvorsorge hingewiesen haben. Dies geschah durch Veranstaltungen in den Praxen, durch Darstellung in der Lokalpresse, etc.

Im Bild sehen Sie ein gelungenes Beispiel dafür, wie auch ungewöhnliche Gelegenheiten für die zahnärztlichen Angelegenheiten genutzt werden können. Hier: Der Schaukasten eines Sportvereins.

Und nächstes Jahr gibt es wieder eine Gesundheitswoche ...!

red.



Foto:
Th. Radam

Wo blieb der große Aufschrei?

Beim Diskussionsforum der Freiberufler in Weimar wurde vieles überhört

Der Sorge um die Zukunft seiner Mitglieder in den Gesundheitsberufen widmete der Landesverband der Freien Berufe ein Forum, welches am 25. Mai im Weimarer Dorint-Hotel stattfand. Für die Diskussion hatte man eine repräsentative Runde zusammengestellt. Es waren Vertreter verschiedener Berufsgruppen (Zahnärzte, Ärzte, Apotheker, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten) und Vertreter der AOK sowie des VdAK-Landesverbandes zu einer Podiumsdiskussion eingeladen. Im Auditorium hatten Mitglieder des CDU-Gesundheitsausschusses und niedergelassene Kollegen Platz genommen. Leider blieben einige Plätze unbesetzt, was die Moderatorin des Abends, die Fachjournalistin Frau Dr. Link, als Zeichen einer Politikmüdigkeit des Berufsstandes interpretierte.

Die Eingangstatements waren der aktuellen Situation gewidmet. KV-Chef Rudat stimmte in die allgemeine Freude über den von Seehofer verkündeten Paradigmenwechsel ein, da Verwerfungen in der Finanzsituation der GKV gezeigt hätten, daß andere Anreize für eine bedarfsgerechte Versorgung geschaffen werden müssen.

VdAK-Landesleiter Domrös konnte hingegen seine Abneigung gegen derartige Veränderungen nicht unterdrücken. Es kam zum Ausdruck, daß die Krankenkassen ihre Hoffnung auf eine sozialdemokratische Umwandlung der Sozialgesetzgebung nach der Bundestagswahl setzen und bis dahin selbst die geringste Veränderung am System blockieren würden („Was die Krankenkassen sagen, wird bis zum 27. September immer verkehrt sein...!“). Er prophezeite eine Eskalation der Probleme und skizzierte diese aus typischer Kassenperspektive:

1. Bis zum Wahltag am 27. September passiert gar nichts,
2. Wenn sich die Einnahmeprobleme der Krankenkasse nicht verbessern,

bleibt der Konflikt (dabei schielte er erkennbar auf die SPD-Ideen von Abgleich der Beitragsbemessungsgrenze u. ä.),

3. Wir erleben derzeit einen Kampf der Leistungserbringer untereinander wie noch nie (als wenn die Kassen durch unselige Budgetbestrebungen das nicht ständig forcieren und sogar genau davon profitieren würden!),
4. Wir kommen weg von Solidarität und hin zu purem Egoismus und maximalem Gewinnstreben.

Zu diesem Zeitpunkt hatte ich noch die Hoffnung, daß der kulturvolle Umgang miteinander der Grund dafür war, daß lautstarke Proteste unterblieben. Immerhin bekam kurz darauf KZV-Vorsitzender Peter Luthardt die Gelegenheit, die zahnärztliche Sicht der Dinge darzustellen. Kurz und verständlich begründete er, daß für begrenzte Mittel nur begrenzte Leistungen zur Verfügung gestellt werden können und nannte die IGEL-Liste der Bundesärztekammer einen ersten Schritt in die richtige Richtung. Da hatten aber wohl nur wenige hingehört, denn die anschließende Diskussion drehte sich mehrfach darum, wie man mit intelligenten Lösungen die Budgetidee gängig machen könnte. Vergeblich, wie man sich denken kann, denn wie in der Vergangenheit, so werden auch in Zukunft alle Reglements nur kurzzeitige Erfolge haben – wenn überhaupt.

Die Frage wurde aufgeworfen, was den freien Heilberuf ausmache. V. Schmidt vom Berufsverband der Psychologen brachte es auf den Punkt: „Laßt uns erst mal existieren!“ um sich dann doch noch schnellstens in die Falle aller Lemminge zu stürzen: „Als freier Beruf haben wir ein Problem wegen dieser Verteilungskämpfe“.

Für die Apothekerkammer definierte Dr. Mannetstetter die Freiberuflichkeit als die Berufung zur Beratung. Die

Apotheker seien bereit, bei der Steuerung der Richtgrößen zu helfen. Daß die Kassenärzte dies dankend ablehnten, hatte leider nichts mit der Erkenntnis zu tun, daß auch auf diese Weise der Budgetierung nicht zum Erfolg verholfen werden kann, sondern damit, daß man „solche Daten lieber selber erheben“ wolle.

Domrös unterschob noch einmal, daß Budgetregelungen „wegen der Abrechnungsakrobatik“ notwendig seien. Nochmals kein Aufschrei, obwohl mit dieser Unterstellung der gesamte Berufsstand diffamiert und den anwesenden Politikern die Forderung nach einer „Abrechnungspolizei“ nahezu aufgedrängt wurde. Doch waren unsere ärztlichen Kollegen derart in die Diskussion um Richtgrößen, Ablösesummen für nicht erfolgte Behandlung, Strukturverträge, Facharztüberschuß, Notdienstzentrale, Arzneimittelbudget, Heilmittelbudget, Praxisbudget, usw. vertieft, daß man diesen Rempelgar nicht mehr hörte.

Da war es dann beinahe schon innovativ, vom Leiter der Abteilung Unternehmenspolitik der AOK, Kuhlmann, Zweifel an der Echtheit des Solidargedankens zu hören und den Verdacht, daß dann, wenn Solidarität nicht mehr so modern wäre, man vielleicht das Gesundheitssystem dieser Erkenntnis anpassen solle.

Aus dem Auditorium kam dann doch noch die Erkenntnis, daß man den unbestritten bestehenden Mangel mit planwirtschaftlichen Elementen nicht beseitigen kann. Die Krankenkassen beflügelte dies zu der Erkenntnis, daß ähnlich wie im persönlichen Leben auch in der GKV die Mittel immer knapp sein werden, egal wie.

Th. Radam

Eine Auszehrung der deutschen Krankenversicherung muß verhindert werden

Auszüge aus einer Erklärung von Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer zu einem Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH):

„Das im Vertrag von Amsterdam ausdrücklich vereinbarte Prinzip der Subsidiarität beläßt den Mitgliedstaaten uneingeschränkt die Kompetenz, ihre Systeme der sozialen Sicherheit selbst zu organisieren. Bei aller Befürwortung der Europäischen Integration müssen Organisations- und Finanzverantwortung in einer Hand liegen, das heißt, in nationaler Verantwortung bleiben. Das muß auch in Zukunft gelten. Ausnahmen von diesem Prinzip darf es nur in engen Grenzen geben.

Die Mitgliedstaaten der Europäischen Union waren und sind sich darüber einig, daß bei allen Überlegungen zur Harmonisierung die Unterschiedlichkeit der Gesundheitssysteme unangetastet bleiben muß, und das aus guten Gründen. Erstens: Eine Harmonisierung der Sozialversicherungssysteme bei unterschiedlicher wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit würde aus deutscher Sicht dazu führen, daß entweder das Niveau der Sozialleistungen abgesenkt werden müßte oder Finanztransfers zur Anhebung der Sozialstandards in den wirtschaftlich schwächeren EU-Staaten nötig würden.

Zweitens: Die Ausgestaltung jedes einzelnen Gesundheitssystems und seine Finanzierung hängen entscheidend von historisch gewachsenen Versorgungsstrukturen sowie den Gesundheitsbedürfnissen und dem Gesundheitsverhalten der Bevölkerung ab, das in den einzelnen Ländern unterschiedlich ist.

Die beiden Entscheidungen des EuGHs, die den Kauf einer Brille oder eine zahnregulierende Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat nicht von

der Genehmigung einer nationalen Krankenkasse abhängig machen, höhlen die nationale Verantwortung für die Gestaltung und Finanzierung des jeweiligen Gesundheitssystems aus.

Die mittelfristigen Auswirkungen der beiden Entscheidungen auf das deutsche Gesundheitssystem können sein: Es wird entweder erheblich teurer oder das Niveau der gesundheitlichen Versorgung sinkt, weil jetzt Versicherte in ganz Europa Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen können und die Kassen den im Heimatland üblichen Betrag hierfür erstatten müssen. Das in Deutschland bestehende Problem der Oberkapazitäten im Gesundheitswesen wird drastisch verschärft.

Teurer wird es, weil mit jeder Behandlung außerhalb der eigenen Grenzen Geld aus der solidarischen Krankenversicherung abfließt, das für die im Inland bereitstehenden Kapazitäten nicht mehr zur Verfügung steht. Und je mehr abfließt, um so mehr Mittel müssen zusätzlich aufgebracht werden, um weiterhin eine flächendeckende Gesundheitsversorgung garantieren zu können. Die solidarische Krankenversicherung wird also andere Gesundheitssysteme subventionieren und dabei selbst finanziell ausgezehrt.

Eine europaweite Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen kann im übrigen nur mit Kostenerstattung verwirklicht werden. Das bedeutet, der Versicherte muß die Kosten wie ein Privatpatient tragen, erhält aber von seiner Krankenkasse nur den nationalen Erstattungssatz. Ist die Rechnung höher, bleibt er auf den Kosten sitzen.

Auch die Qualität unseres Gesundheitssystems wird auf Dauer nicht zu halten sein. Denn alle Instrumente, die eine wirtschaftliche, qualitativ hochwertige und ausreichende medizinische Versorgung garantieren, wie z. B. die Qualitätssicherung, Wirt-

schaftlichkeitsprüfungen und Kapazitätsbegrenzungen, werden ins Leere laufen.

So kann z. B. die Qualitätssicherung oder die Steuerung der Inanspruchnahme nur national erfolgen. Fallen die staatlichen Grenzen, dann müssen die deutschen Kassen für Leistungen im Ausland bezahlen, deren Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht nachprüfbar ist.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden wirkungslos, wenn Vertragsärzte in Deutschland nach wie vor zur Rechenschaft gezogen werden, gleichzeitig aber jenseits der Grenze in beliebiger Menge verordnet und therapiert wird. Die Kassen müssen zahlen, ohne die Wirtschaftlichkeit beeinflussen zu können.

Die ärztliche und zahnärztliche Bedarfsplanung kann insbesondere in den Grenzregionen nicht mehr nach den bisher angewandten Kriterien erfolgen, die auf den inländischen Versorgungsbedarf ausgerichtet sind. Zudem wird das System der Gesamtvergütung in Frage gestellt, wenn die Kassen auch die Vergütung in anderen EU-Mitgliedstaaten tragen müssen, ohne die Leistungserbringung und den Preis beeinflussen zu können.

Aus all diesen Gründen halte ich die Entscheidungen des EuGH für äußerst problematisch. Welche konkreten Konsequenzen aus dem Urteil im nationalen und im europäischen Recht zu ziehen sind, bleibt einer sorgfältigen Prüfung vorbehalten. Diese erfolgt in engem Kontakt mit allen am Gesundheitswesen Beteiligten. Ziel muß bleiben, daß eine schrittweise Auszehrung der deutschen Krankenversicherung vermieden wird.“

Pressemitteilung BMG (gekürzt)

Überflüssige Geldmittel immer sofort entnehmen

Wenn sich in einem Betrieb überschüssige Liquidität ansammelt, dann solle dieses Geld immer sofort entnommen und erst bei Bedarf wieder zurück auf's Betriebskonto überwiesen werden.

Der Grund: Bei privater Kassierung von Festgeldzinsen müssen erstens darauf keine Gewerbesteuern gezahlt werden, und zweitens sind private Zinsen bis DM 12000,- (DM 6000,- bei Ledigen) steuerfrei. Zinsen auf betrieblichen Festgeldkonten sind hingegen gewerbesteuerpflichtig, und es gibt dafür weder einen Sparerfreibetrag noch die Möglichkeit eines Freistellungsauftrages.

Keine Angst vor dem Betriebsprüfer: Der Unternehmer hat jederzeit die Wahl, mit wieviel Eigenkapital er sein Unternehmen arbeiten lassen will. Und diese Entscheidung kann jede Woche neu getroffen werden, auch wenn's dem

Betriebsprüfer nicht paßt. Der Grundsatz der unternehmerischen Finanzierungsfreiheit wurde auch jüngst in dem Urteil zum Zweikontenmodell noch einmal aktuell bestätigt (BFH, DStR 1998, 159).

Worauf zu achten ist: Bei der Bilanzierung sollten die Entnahmen immer zeitnah in der Buchführung erfaßt werden. Bei Einnahmen-Überschuß-Rechnung reicht die Überweisung auf's Privatkonto. Weiterer Vorteil gegenüber Festgeldkonten: das gesamte Geld ist nicht nur monatlich, sondern täglich verfügbar.

„Bundesschätzchen“ bleiben bis zum Jahr 2002 in DM

Dem pünktlichen Start in die Europäische Währungsunion steht nicht mehr im Wege. Bei den Sparern und Anlegern bestehen jedoch nach wie vor zahlreiche Fragen und Unsicherheiten. Darunter die: Was wird mit den Bundeswertpapieren?

Handelbare Wertpapiere des Bundes (also Anleihen, Bundesobligationen und Schatzanweisungen) werden bereits mit dem Stichtag 1.1.99 auf Euro umgestellt. In der Übergangszeit bis zum Jahr 2002 können Zinsen oder Auszahlungen beim Verkauf der Papiere entweder in DM oder in Euro überwiesen werden.

Bei Bundesschatzbriefen im Depot erscheint die Sache noch einfacher. Die nicht börsennotierten Bundesschatzbriefe werden erst zum 1.1.2002 auf Euro umgestellt. In der Zwischenzeit gelten sie weiterhin als DM-Papiere. An den für die gesamte Laufzeit vereinbarten Zinshöhen ändert sich nichts.

Quelle:

Der Geld- und Steuer-Brief,
12.5.1998,

des *GW-INSTITUTS, München*

(gekürzt)

Nachrichten

PKV-Verband begrüßt Absicht einer Vertrags-GOÄ

Zum vom Bundeskabinett gebilligten Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit über die Gebührenordnung für ärztliche Leistungen (GOÄ) erklärt der PKV-Verband:

Im Mittelpunkt des Berichts steht die Frage einer Überführung der GOÄ in eine Vertragsmodell zwischen der Ärztschaft und der PKV. Der PKV-Verband begrüßt die Absicht der Bundesregierung, die heutige Verordnungs-GOÄ durch eine Vertrags-GOÄ ersetzen zu wollen, bei der Ärztschaft und PKV nicht nur die Punktwerte, sondern auch die Leistungen mit ihrer jeweiligen Punktzahl aushandeln können.

Wichtig ist aber, daß eine Vertragslösung mit einer wirksamen Schiedsregelung für den Fall der Nichteinigung verbunden wird. Im übrigen sollte die bisherige GOÄ subsidiär solange fortgelten, bis alle Bereiche vertraglich ausgehandelt sind.

Aktionskreis „Tag der Zahngesundheit“

„Mundgesundheit als Bildungsauftrag – Schule als Ort der Prophylaxe“ lautet das Motto des diesjährigen Tages der Zahngesundheit am 25. September. Darauf verständigte sich die Vollversammlung des Aktionskreises. Man erwarte wie in den Jahren zuvor zahlreiche Veranstaltungen um den 25. September herum, und zwar auf Bundes- und Landesebene.

Die Bedeutung der gruppen- und individualprophylaktischen Betreuung der Sechs- bis Neunzehnjährigen soll herausgestellt werden. Vorbeugung werde immer wichtiger. Wenn alle Möglichkeiten der Prophylaxe insbesondere von Kindern und Jugendlichen wahrgenommen würden, sie Zahnersatz in der Zukunft zunehmend verzichten.

Der Prophylaxe an Schulen komme dabei eine besondere Bedeutung zu. Hier könnten Kinder und Jugendliche zentral angesprochen werden. Sie erlebten Prophylaxe in einer vertrauten Umgebung

und seien durch Lehrer und Prophylaxehelferin, aber auch durch den Zahnarzt als einer fachlichen Autorität besonders gut ansprechbar. Zudem habe die Gruppenprophylaxe die wichtige Funktion festzustellen, wer zur Gruppe der Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko gehöre. Diese Kinder müßten dann in der Zahnarztpraxis weiterbetreut werden.

Die Gruppenprophylaxe erreiche allerdings, so der Aktionskreis, nur die Kinder bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres. Die 13 – 19jährigen Jugendlichen müßten individualprophylaktische Maßnahmen in der Zahnarztpraxis in Anspruch nehmen. In diesem Alter sei die Eigenverantwortung besonders wichtig. Die Schule als „Ort der Prophylaxe“ habe auch die Aufgabe, die Kinder auf eine eigenverantwortliche Vorsorge vorzubereiten. Die „Mundgesundheit als Bildungsauftrag“ sei ein zentrales Thema künftiger Gesundheitsvorsorge.

Presseinfo

6. Fortbildungstage der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt, Wernigerode, 18. bis 20. September 1998

Qualitätssicherung

Qualitätssicherung

Qualitätssicherung

Qualitätssicherung

Qualitätssicherung

als

Herausforderung

Herausforderung

Herausforderung

Herausforderung

Herausforderung

14 Vorträge,
10 Seminare
für Zahnärzte.
Helferinnen-
programm.
Dentalschau.

Festredner
am 18. September:
H.-D. Genscher

Auskunft/Anmeldung: ZÄK S.-A., Postfach 43 09, 39018 Magdeburg, Tel. 03 91/7 39 39 14

**4. Jahrestagung der Deutschen
Gesellschaft für Zahnärztliche
Hypnose (DGZH) e. V.**



Schnupperseminar für Anfänger und Mitarbeiter,
Praxisintegrationsseminar, Workshops, Vorträge,
Supervision, Mitgliederversammlung

vom 11. bis 13. September 1998
im Estrel Residence & Congress Hotel,
Berlin

Anmeldung:
Congress Organisation Claudia Winkhardt,
Gotenweg 22, 13595 Berlin, Tel.: 030/36 28 40 40,
Fax: 030/36 28 40 42

Haus der Technik e. V.
Außeninstitut der Rheinisch-Westfälischen
Technischen Hochschule Aachen

**Laser-Strahlenschutzkurs
für Zahnmediziner und
Dentallabore**

22.8.1998 in Essen/HDT Haus 1

Leitung: Dr. Rer. Nat. E. Sutter

Teilnahmegebühr: DM 720,-

Weitere Informationen: Frau Meis,
Tel. 0201/1803-344,
Fax: 0201/1803-346.

Produktinformationen

Bohren am Computer-Gebiß

Europas erster computergestützter Simulator für die Ausbildung von Zahnmedizinern steht seit wenigen Tagen in der Poliklinik für Zahnerhaltung der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Während der dreimonatigen Testphase demonstriert der Hersteller DenX, daß der Simulator ein weiterer Schritt auf dem Weg in die vollautomatische Zahnarztpraxis sein kann. „Unser Ziel ist es, die Lehrenden durch das computergestützte Programm zu entlasten,“ umschreibt Poliklinik-Direktor Prof. Dr. Klaus Ott das Interesse der Hochschule.

Inge Bröskamp, Geschäftsführerin der Firma Med-Net aus Münster, die den israelischen Hersteller bei der Markteinführung in Europa unterstützt, betont die Bedeutung der Zusammenarbeit mit der münsterischen Uni-Klinik: „Wir versuchen durch die Organisation des Projektes, die Diskussion zwischen den Hochschulen und der Industrie zu intensivieren.“

Objektive Bewertung

Realitätsnah lernen Studenten beim „DentSim“ an einem verkabelten „Computer-Gebiß“ beispielsweise die Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß sie Füllungen legen oder Kronen anbringen können. Die 2,8-Megaby-



te-Software simuliert zunächst ein Zahnproblem sowie eine „Krankengeschichte“ des fiktiven Patienten und gibt die Aufgabenstellung vor. Das Programm registriert mögliche Fehler, die der Student am Patienten-Dummy macht und meldet außerdem die Behandlungsfortschritte. Abweichungen zum Beispiel beim „Bohren“ können via 3D-Darstellung am Bildschirm erkannt und beliebig oft analysiert werden. Am Ende bewertet das Programm das Behandlungsergebnis.

Parallel zur praktischen Ausbildung wird der Student bei DentSim zusätzlich über ein interaktives Lernpro-

gramm ausgebildet. Ein einzelner Dozent kann daher mit der gleichen Intensität mehr Studenten betreuen als bisher. Von seinem Platz aus hat er die Möglichkeit, sich in jeden Übungsterminal einzuschalten. Für Prof. Ott ist außerdem wichtig: „Die Ergebnisse eines Benutzers lassen sich objektiv nachprüfen, einzelne Arbeitsschritte können solange wiederholt werden, bis eine Aufgabe optimal erfüllt ist.“

Weitere Informationen – auch zu einem geplanten Symposium – können per E-Mail angefordert werden:

otk@uni-muenster.de.

Kleinanzeigen

Thüringen

Existenzsichere **Zahnarztpraxis** in Kreistadt, 58.000 Ew., 25 km westlich von Erfurt, mit Zulassung, 3 BHZ, praxiseigenes Labor, EDV, bis Jahresende 1998 **abzugeben**.
Zuschriften unter Chiffre **tzb 075** an TYPE-DTP, Müllerstraße 9, 99510 Apolda.

Freundl., zuverläss. u. engagiert. **Ausb.assistenten/in** ab 01.08.98 für Praxis in Weimar **gesucht** (bevorzugt Teilzeit).
Zuschriften unter Chiffre **tzb 078** an TYPE-DTP, Müllerstraße 9, 99510 Apolda.

Nordthüringen

Erfolgreich auf Prophylaxe u. private Selbstzahlerleistungen ausgerichtete **ZA-Praxis** (2 BHZ, 110 qm) in Kreisstadt (50 km von Erfurt) aus persönlichen Gründen ab sofort **abzugeben**.

Ansprechpartner Herr Böhme, Telefon 0551/70 70 20, UFC Göttingen

Ferienwohnung auf Rügen

Vermieten exklusive Ferienwohnung (70 qm) für 2 bis 5 Personen im Ostseebad Baabe/Rügen.

Dres. Beate & Michael Gurle, Zahnärzte.

Anfragen und Info: Tel. und Fax 03 83 03/8 66 14, ab 19 Uhr.

Jetzt aus der Applikationspistole:

Das Polyglas Solitaire für Seitenzahnfüllungen

Das lichthärtende zahnfarbene Seitenzahnfüllungsmaterial Solitaire von Heraeus Kulzer ist jetzt auch in der handlichen Pre-Loaded-Tube (PLT) für die Direktapplikation erhältlich. Die PLT dient der Einmalapplikation und ist mit den gängigen Applikationssystemen kompatibel. Es stehen die Farben A10, A20, A30, B20, B30 und I zur Verfügung.

Mit der PLT wird der Polyglas-Werkstoff direkt in die Kavität eingebracht. Der Zahnarzt verarbeitet das Material – wie bei der klassischen Amalgam-Technik – mit Standardinstrumenten: Amalgamstopfer, Metallmatrize und Holzkeil.

Der Füllungswerkstoff Solitaire ist stopfbar, standfest und klebfrei, so daß er sich zügig und präzise verarbeiten läßt. Als alternative Darreichungsform steht die Drei-Gramm-Patrone zur Wahl: die Verarbeitung erfolgt in gleicher Weise.

Als zahnfarbendes BISGMA-freies Material stellt der Füllungswerkstoff Soli-



taire für Patienten eine ästhetische und bioverträgliche Alternative zu Amalgam dar. Die Polyglas-Matrix-technologie verleiht dem Werkstoff zäh-elastische Eigenschaften. Dies macht die Füllung kaubelastbar und schont gleichzeitig den Antagonisten. Der Kariesneubildung wirkt die Abgabe von Fluoridionen entgegen.

Solitaire, Polyglas: eingetragene Warenzeichen

Heraeus Kulzer GmbH & Co. KG, Bereich Praxis, 41538 Dormagen, Tel.: 02133/51-8559, Fax: 02133/51-4953

Neu:

Erste 3-Phasen-Zahnseide mit Aminfluorid

Bei festsitzenden Zahnsparungen oder Brücken sind manche Stellen nur schwer zu reinigen. Speisereste bleiben zurück und bilden einen idealen Nährboden für die kariesverursachenden Plaquebakterien. Die Wybert elmex Forschung hat aus diesem Grund eine neue Zahnseide mit drei Phasen und schmelzhärtendem Aminfluorid auf den Markt gebracht: elmex multi-floss.

So werden in einem Faden drei Einzel-funktionen und damit drei Anforderungen an eine moderne Zahnseide vereint. Der Anfang besteht aus versteiftem Faden, der das Einfädeln erleichtert. Daran schließt ein weicher,

flauschiger Mittelteil an, der bei Anspannung des Fadens sein Volumen reduziert und so auch in engen Zwischenräumen sanft reinigen kann. Die dritte Phase besteht aus normaler (un-gewachster) Zahnseide, mit der auch an weniger kritischen Stellen gereinigt werden kann.

Jeder Faden ist mit Aminfluorid ge-tränkt und ermöglicht so einen effektiven Kariesschutz auch an mit der Zahnbürste schwer zugänglichen Stellen wie dem Zahnzwischenraum.

elmex multi-floss ist in Apotheken und Drogerien erhältlich. Eine Pak-kung mit 100 Fäden kostet DM 9,90 (unverbindliche Preisempfehlung).

Wybert GmbH,
Bernener Weg 7, 79539 Lörrach



Nachfolgend können Sie wieder die Zusammenfassungen einiger interessanter Artikel aus der Zeitschrift „Journal of Clinical Periodontology“, Volume 25, Number 2, 1998, lesen.

Die klinische und mikrobiologische Wirkung der nicht-chirurgischen Parodontaltherapie bei Rauchern und Nichtrauchern

28 Patienten, 13 Raucher und 15 Nichtraucher, mit unbehandelter fortgeschrittener Parodontalerkrankung bekamen eine Reihe von Mundhygieneinstruktionen und wurden mittels nicht-chirurgischer Parodontaltherapie behandelt. Die klinischen Ausgangswerte unterschieden sich zwischen den Gruppen nicht signifikant. 6 Monate nach der Therapie lagen die Blutungswerte für das vollständige Gebiß bei 36,5 % für die Raucher und 22,7 % für die Nichtraucher ($p < 0.05$). Die Sondierungstiefe war bei den Rauchern um 1,9 mm und bei den Nichtrauchern um 2,5 mm reduziert. Dieser Unterschied war statistisch signifikant ($p < 0.05$). Im Vergleich zu den Ausgangswerten war der Anteil an *P. gingivalis* und *P. intermedia/nigrescens* in beiden Gruppen reduziert. Jedoch zeigte *A. actinomycetemcomitans* nach 6 Monaten einen leichten Anstieg der Mittelwerte. Dies wurde insbesondere bei Rauchern festgestellt, bei denen *A. actinomycetemcomitans* schwieriger zu entfernen war. Die Schlußfolgerung ist, daß die mikrobiologische Reaktion, die in dieser Studie gefunden wurde, konform mit der klinischen Entwicklung geht und nur gering von den Rauchgewohnheiten beeinflusst wird.

Gingivarezessionen und ihre Assoziation mit Zahnstein an Patienten ohne orale Prophylaxe

Diese Veröffentlichung beschreibt die Prävalenz und Schwere von Gingivarezessionen bei tansanischen Erwachsenen im Alter zwischen 20 und 64 Jahren. Zusätzlich wurde versucht, die Verbindung zwischen dem Grad der Gingivarezession und dem Vorhandensein sowie der Menge des Zahnsteins zu untersuchen. In der Gruppe der 20- bis 34-Jährigen gab es bei ≥ 23 % auf den bukkalen Flächen Rezessionen, bei ≥ 25 % auf den lingualen Flächen und bei ≥ 13 % auf den approximalen Flächen. Diese Prozentsätze stiegen auf ≥ 64 %, ≥ 52 % bzw. ≥ 48 % in der Gruppe der 45- bis 64-Jährigen. In der Gruppe der 20 bis 34-Jährigen waren die lingualen Flächen der Oberkieferschneidezähne und Eckzähne, gefolgt von den bukkalen Flächen dieser Zähne, die Stellen, die am meisten von Gingivarezessionen betroffen waren. Mit steigendem Alter wurden alle Stellen stärker betroffen. Insbesondere die bukkalen und lingualen Flächen der ersten Oberkiefermolaren. Die lingualen Flächen der Unterkieferschneidezähne zeigten in der Gruppe der 20- bis 34-Jährigen 1,3 mm, in der Gruppe der 35- bis 44-Jährigen 2,4 mm und in der Gruppe der 45- bis 64-Jährigen 3,2 mm durchschnittliche Rezession. In den drei Altersgruppen waren die meisten Korrelationskoeffizienten zwischen Gingivarezession und Zahnstein an bestimmten Zahnflächen statistisch signifikant. In der jüngsten Altersgruppe (20 – 34 Jahre) fand man den höchsten Korrelationskoeffizienten (0,50 – 0,67) für die lingualen Flächen der Unterkieferschneidezähne, Eckzähne und ersten Prämolaren sowie die bukkalen

Flächen der Unterkieferschneidezähne. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse kommt man zur Arbeitshypothese, daß in einer jüngeren Population, die keine orale Prophylaxe bekommt, der längere Zeit bestehende Zahnstein eine wichtige Ursache für den Beginn von Rezessionen an Flächen, die verstärkt zu Rezessionen neigen, ist.

Die Verteilung und Übertragung von *Actinobacillus actinomycetemcomitans* in Familien mit lokalisierter juveniler Parodontitis

Die Prävalenz und Verteilung von *A. actinomycetemcomitans* in Familien, wo wenigstens ein Familienmitglied (Proband) an lokalisierter juveniler Parodontitis leidet, untersucht. Fünfundzwanzig Probanden mit lokalisierter juveniler Parodontitis (LJP) und deren 78 enge Familienmitglieder wurden hinsichtlich des Vorkommens von *A. actinomycetemcomitans* gescreent. Innerhalb dieser 25 Familien gab es 10, bei denen wenigstens ein zusätzliches Familienmitglied oralen *A. actinomycetemcomitans* aufwies. Von jedem der Probanden und ihren Familienmitgliedern wurde die bakterielle DNA der subgingivalen *A. actinomycetemcomitans* amplifiziert und mittels der Polymerase-Kettenreaktion (PDR), unter Verwendung eines einzigen Primers, der *A. actinomycetemcomitans*-Stämme unterscheiden kann, charakterisiert. Die PCR-Produkte eines jeden Stammes wurden mittels Elektrophorese auf einem 1%-Submarin-Agarose-Gel welches Ethidium-Bromid enthält, aufgetrennt und mit UV-Lichttransillumination visualisiert. Die Studien zeigten, daß 41,2 % der Eltern und 58 % der Geschwister dieser LJP-Population das Bakterium aufwiesen. Der Vergleich der durch PCR generierten Amplitypen zeigte, daß es eine breite Verteilung der Amplitypen auf die Probanden und deren nächste Verwandte gab. In dieser besonderen Population wurden keine klaren Übertragungswege beobachtet.

Mikrobielle Komplexe in der subgingivalen Plaque

Es wurde seit einiger Zeit erkannt, daß bakterielle Spezies in der subgingivalen Plaque in Komplexen existieren. Der Zweck der vorliegenden Untersuchung war es, die Definition solcher Gemeinschaften unter Verwendung der Daten einer großen

Freundliche, engagierte und gewissenh. Zahnarzhelferin
in Ausbildung (19 Jahre) sucht Arbeitsplatz ab Mitte
Juli 1998 im Raum Erfurt, Fahrerlaubnis und
PC-Kenntnisse vorhanden.

Rufen Sie an:	Doreen Heinemann
03 62 01	8 51 67

Anzahl von Plaqueproben sowie verschiedener Cluster- und Ordnungstechniken zu versuchen. Bei 185 Personen (Altersdurchschnitt 51 ± 16 Jahre) wurden von der Mesialfläche eines jeden Zahnes mit ($n = 160$) oder ohne Parodontitis ($n = 25$) subgingivale Plaqueproben genommen. Unter Verwendung von Ganz-Genom-DNA-Sonden und der Schachbrett-DNA-DNA-Hybridisierung wurden das Vorkommen und der Anteil von 40 subgingivalen Taxa bei 13261 Plaqueproben bestimmt. Zu jedem Termin wurden an 6 Stellen pro Zahn klinische Messungen durchgeführt. Ähnlichkeiten zwischen Speziespaaren wurden unter Verwendung von Phi-Koeffizienten errechnet und die Speziesclusterung erfolgte unter Verwendung einer ungewichteten Durchschnittsorientierten Sortierung. Mit allen analytischen Methoden wurden 5 Hauptkomplexe beständig beobachtet. Ein Komplex bestand aus der eng verbundenen Gruppe: *Bacteroides forsythus*, *Porphyromonas gingivalis* und *Treponema denticola*. Der zweite Komplex bestand aus einer eng verbundenen Zentralgruppe mit den Subspezies von *Fusobacterium nuclearum/periodonticum*, *Prevotella intermedia*, *Prevotella migrescens* und *Peptostreptococcus micros*. Spezies, die mit dieser Gruppe assoziiert waren, sind folgende: *Eubacterium nodatum*, *Campylobacter rectus*, *Campylobacter showae*, *Streptococcus constellatus* und *Campylobacter gracilis*. Der dritte Komplex bestand aus *Streptococcus sanguis*, *S. oralis*, *S. mitis*, *S. gordonii* und *S. intermedius*. Der vierte Komplex umfaßte die 3 *Capnocytophaga* Spezies, *Campylobacter concisus*, *Eikenella corrodens* und *Actinobacillus actinomycetemcomitans Serotyp a*. Der fünfte Komplex bestand aus *Veillonella parvula* und *Actinomyces odontolyticus*. *A. actinomycetemcomitans Serotyp b*, *Selenomonas noxia* und *Actinomyces naeslundii Genospezies 2 (A. viscosus)* lagen außerhalb der Cluster mit geringer Verbindung zueinander und zu den 5 Hauptkomplexen. Der erste Komplex hatte eine auffallende Verbindung zu den klinischen Parametern der Parodontalerkrankung, insbesondere Taschentiefe und Sondierungsblutung.

Aus der Praxis berichtet:

Neue Studie beweist: Keine Allergie mit puderfreien Latexhandschuhen

Ohne Puder keine Latexallergie! Das ist das Ergebnis einer aktuellen Studie über die gesundheitlichen Risiken von gepuderten Latexhandschuhen für Beschäftigte in Krankenhäusern. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse untermauern die Forderung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) nach Ersatz von gepuderten durch ungepuderte Latexhandschuhe in Praxen und Krankenhäusern.

Vier Partner führten die Untersuchung von September 1996 bis Oktober 1997 gemeinschaftlich durch das Berufsgenossenschaftliche Forschungsinstitut für Arbeitsmedizin (BGFA), die BGW, die Hautklinik der Universität Münster sowie das St. Franziskus-Hospital Münster. Dabei wurden in vier Abteilungen des St. Franziskus-Hospitals gepuderte Latexhandschuhe komplett durch ungepuderte oder latexfreie Handschuhe ersetzt.

Die Ergebnisse:

1. Bereits zwei Tage nach dieser Maßnahme waren keine Latexallergene mehr in der Raumluft vorhanden.
2. Am Ende der Untersuchung traten bei Ärzten und Pflegekräften, die in den betroffenen Abteilungen arbeiteten, keinerlei allergische Symptome auf. Das betraf auch Mitarbeiter, die bereits gegenüber Latex sensibilisiert waren.

„Die Studie beweist, daß der Austausch von gepuderten Latexhand-

schuhen im Gesundheitsbereich ein einfaches und wirkungsvolles Präventionsinstrument ist,“ sagt BGW-Hauptgeschäftsführer Dr. Gerhard Mehrrens. „Angesichts der steigenden Zahlen von Latexallergien empfehlen wir dringend allen Arbeitgebern im Gesundheitsbereich, auf allergieauslösende Billighandschuhe zu verzichten.“

Bei der BGW waren 1996 fast 1.000 Berufskrankheiten angezeigt, die durch Latex verursacht worden sind. 1997 waren es rund 1.200 gemeldete Fälle. Wer gegenüber Latex allergisch reagiert, muß jeglichen Kontakt mit diesem Material vermeiden. Ist die Krankheit weit fortgeschritten, droht die Berufsunfähigkeit. In diesem Fall ist eine Umschulung notwendig – eine Maßnahme, die zusammen mit anderen Rehabilitationsmaßnahmen die Beitragszahler der Berufsgenossenschaft zwischen 150.000 und 240.000 Mark kosten kann.

Aus:
Hamburger Zahnärzteblatt 3/98



Ein außergewöhnlicher Kollege, Mentor und Freund hat uns verlassen.

Dietrich Heimann kehrte im Alter von 18 Jahren verwundet aus dem 2. Weltkrieg in seine sächsische Heimat zurück. Nach einjähriger Tätigkeit als Hilfsarbeiter in einem zahntechnischen Labor beendete er auf dem Staatlichen Gymnasium Chemnitz seine durch den Weltkrieg unterbrochenen Schulbildung mit dem Abitur. Nach mehrmonatigen Arbeitsverhältnissen als Dentistenpraktikant und Dentistenassistent nahm er eine Ausbildung an der Dentistenfachschule Dresden auf, die später als Hochschulstudium der Zahnmedizin in Leipzig weitergeführt und dort auch erfolgreich abgeschlossen wurde. Mitte der fünfziger Jahre begann er seine eigentliche berufliche Tätigkeit als Assistenz Zahnarzt in Erfurt an der Zahnklinik in der Augustinerstr. 38 (damals Städtische Krankenanstalten). Nach anfangs rein zahnärztlicher Tätigkeit wechselte er in die Abteilung Kieferchirurgie dieser Einrichtung.

Neben seiner klinischen Tätigkeit absolvierte er ein Studium der Medizin an der Medizinischen Akademie Er-

Wir trauern um Kollegen

Dr. Dietrich Heimann

**geboren am 14.10.1926
gestorben am 20.04.1998**

furt, das er mit der ärztlichen Approbation abschloß. Diese und die erfolgreiche Promotion zum Dr. med. waren Grundlage für die Anerkennung als Facharzt für Kieferchirurgie.

Die Stetigkeit und Beharrlichkeit, mit denen er sein Studium absolvierte, zeichneten ihn auch in den Folgejahren aus. So blieb er der „Augustinerstrasse“ zunächst als Oberarzt und seit 1983 als Leiter der Kieferchirurgischen Abteilung bis zu ihrer Schließung im Jahre 1992 im Rahmen der Umstrukturierung des Gesundheitswesens nach der Wende treu.

Mit Konsequenz setzte er in dieser Zeit seine hohen beruflichen Ansprüche um und bestimmte dadurch entscheidend das medizinische Profil der Klinik. Unermüdlich war er in der Weiter- und Fortbildung ganzer Zahnärztergenerationen tätig. Mit menschlicher Wärme, Einfühlbarkeit, Kollegialität hat er über Jahrzehnte das Arbeitsklima in der Augustinerstraße wesentlich geprägt.

Sein besonderer Arbeitsstil und sein Wirken über Jahrzehnte hatte großen einfluß auf die Ausstrahlung der Zahnklinik Augustinerstraße, weit über die Stadtgrenzen hinaus.

Die Schließung der kieferchirurgischen Bettenstation im Jahr 1983, die über 20 Jahre sein eigentliches Arbeitsfeld war, hat ihn erschüttert, aber nicht entmutigt. Er entwickelte Konzepte, die seiner Zeit voraus waren und sich inzwischen tausendfach in der Praxis bewährt haben.

Seine zutiefst humanistische Grundeinstellung hat sein fachliches Wirken bestimmt. Geradlinigkeit und immer aufrechte Haltung waren in Zeiten des staatlich reglementierten Gesundheitswesens ein wichtiger Rückhalt für alle Kollegen.

Dies verdeutlicht, daß Kollege Dr. Dietrich Heimann Arzt und Zahnarzt aus Berufung war. Wir gedenken seiner in Achtung und Dankbarkeit. Sein Leben und Wirken sind für uns als nachfolgende Generationen Leitbild.

*Harald Böttcher und Volker Oehler,
Erfurt*