



Kassenzahnärztliche Vereinigung
Thüringen

THÜRINGER ZAHNÄRZTE BLATT 9

9. Jahrgang
September
1999



Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr verehrter Herr Kollege,



mit den zurückliegenden Wahlen hat die Thüringer Zahnärzteschaft für die dritte Legislaturperiode der Landeszahnärztekammer die Entscheidung für die neue Kammerversammlung und den Vorstand mit der berechtigten Erwartung getroffen, in den nächsten vier Jahren mit der Wahrnehmung ihrer beruflichen Belange und Interessen nachhaltig und würdig vertreten zu werden. Es soll hier keine umfassende Bewertung der Wahlen erfolgen. Aber diese haben uns verdeutlicht, daß die Interessenvielfalt in der Kollegenschaft Thüringens zunimmt, diese demokratisch formuliert wird und deshalb bei der Wahl der entsprechenden Gremien der Kammer Berücksichtigung finden muß.

Selbstverständlich macht es ein wenig stolz, im Ergebnis einer demokratischen Entscheidung in Zusammenarbeit mit einem bewährten Vorstand eine solche Aufgabe übertragen zu bekommen. Gleichwohl übersehe ich aber auch nicht die Schwierigkeiten für die zahnärztliche Standespolitik angesichts des beabsichtigten grundlegenden Systemwechsels des deutschen Gesundheitswesens durch den Gesetzentwurf der rot-grünen Bundesregierung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

Interessenvertretung bedeutet aus meiner Sicht vor allem Sicherung der Freiberuflichkeit, zu der wir uns mit vielen Ängsten und Sorgen, einer nahezu erdrückenden Fülle von Herausforderungen und nunmehr dem Stolz auf vieles Erreichte durchgerungen haben. Wir haben erfahren, daß unser zahnärztlicher Beruf seiner Natur nach ein freier Beruf ist, der als Dienst an der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Allgemeinheit nur in Diagnose- und Therapiefreiheit ausgeübt werden kann. Und diese Freiheit verdient es, in Zukunft verteidigt zu werden. Selbstver-

ständig wissen wir, daß wir unter den gegebenen Umständen mit der gesetzlichen Krankenversicherung Verträge eingehen müssen. Diese sollten aber immer Rechte und Pflichten für beide Seiten enthalten. Anscheinend hat aber das BMG das Angebot der Beratung und Mitwirkung von KZBV und BZÄK nicht aufgegriffen. Da offenbar nicht beabsichtigt ist, im parlamentarischen Verfahren die Realitäten zur Kenntnis zu nehmen, sehen wir uns gezwungen, die Öffentlichkeit mit allen uns rechtlich zustehenden Mitteln über den Schaden für Patienten und Praxen zu informieren und klarzustellen, wer die Verantwortung für die Entwicklung der zahnmedizinischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland übernehmen muß.

Interessenvertretung bedeutet weiterhin, daß die Kammer Ihnen Angebote unterbreitet, auch in Zukunft in den Praxen moderne, wissenschaftlich begründete Zahnheilkunde auszuüben. Die Förderung zahnärztlicher Fort- und Weiterbildung gewinnt unter den sich wandelnden politischen Bedingungen aus meiner Sicht zunehmend an Bedeutung, und zwar für die Zahnärzte und ihre Helferinnen zugleich. Gilt es doch, neben den Vertragsleistungen den Fortschritt einer sich beeindruckend entwickelnden Zahnheilkunde in unsere Praxen zu integrieren. Gegenwärtig geht der zweite Zyklus „Initiativkreis Umfassende Zahnerhaltung“ seinem erfolgreichen Ende entgegen. Diese Kurse wurden bisher von 220 Kolleginnen und Kollegen besucht und das vorhandene Interesse läßt einen dritten Zyklus erwarten. Einen weiteren Schwerpunkt sehen wir im Aufbau unserer Fortbildungseinrichtung, die Ihnen in der zweiten Hälfte des kommenden Jahres bessere Bedingungen einer praxisorientierten Fortbildung bieten wird.

Interessenvertretung sehe ich auch gegeben, wenn es um zusätzliche Beratung unserer Patienten geht. Bekanntlich haben wir mit der Einrichtung der Patientenberatungsstelle bei der Zahnärztekammer gute Erfahrungen gesammelt. Die ausgewiesene Frequentierung bezeugt das immer noch zunehmende Interesse der Patienten an dieser Form einer fachlich orientierten, neutralen und objektiven Beratungsstelle im Zusammenhang mit dem gut ausgebauten Gutachterwesen und der Möglichkeit der Streitschlichtung bei der Zahnärztekammer. Über die bisherige gute Zusammenarbeit mit der KZV und den Krankenkassen sind wir für ein weiteres gemeinsames Wirken bereit und bieten eine entsprechende Erweiterung unserer Patientenberatungsstelle an. Allerdings unter der Voraussetzung, daß die zahnmedizinische Kernkompetenz bei der Kammer bleibt!

Es würde den Rahmen eines Editorials sprengen, umfassend auf unsere weiteren Absichten einzugehen. Selbstverständlich werden die Referate Berufsausübung, Öffentlichkeitsarbeit und GOZ sich in bewährter Weise ihren Aufgaben widmen und auf Ihre Fragen neue Antworten zu finden haben.

Erlauben Sie mir abschließend den Hinweis, daß Sie selbst gefordert sind, Ihre Interessen unmittelbar in die Kammerarbeit mit einzubringen. Vor dem Hintergrund der Wahlbeteiligung zur Kammerwahl möchte ich durchaus an Sie appellieren, in den zu bildenden Ausschüssen der Kammer aktiv mitzuarbeiten.

Ihr
Dr. Lothar Bergholz



Editorial

Dr. Lothar Bergholz über den Sinn der Kammerarbeit s. 3

Gastkommentar

Eine Gesundheitsreform muß den Namen Reform verdienen s. 6

Impressum

s. 8

Fortbildung

Kieferorthopädie heute – Einblicke und Aussagen – s. 9

Prophylaxe ein Leben lang s. 11

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft
für Prothetik und Werkstoffkunde s. 12

Informationsveranstaltung des Berufsverbandes
Deutscher Kieferorthopäden mit Assistenten
der Jenaer Hochschule s. 13

Dissertationen s. 14

LZKTh

Vorstellung des neuen Vorstandes s. 16

Aquarelle in der LZKTh s. 20

LAGJTh e. V.

Auftaktveranstaltung zum Tag der Zahngesundheit 1999 s. 21

Helferinnen

Zeugnisübergabe ZMF s. 22

Versorgungswerk

s. 23

KZVTh

Ausschreibungen s. 28

Waltraud Hikisch in den Ruhestand verabschiedet s. 28

Nachgefragt

Ergiebiger Informationsaustausch trotz kontroverser Standpunkte s. 30

Recht

Rechtsfragen des Zahnarzt-Patienten-Verhältnisses (Teil I)	s. 34
Der Versicherungsmarkt ist für Kunden schwierig	s. 36
Urteil	s. 36

Forum

Politik

11. CDU-Parteitag in Gera	s. 37
Neue Antworten müssen gefunden werden	s. 37

Service

Nachrichten	s. 39
Veranstaltungen	s. 43
Praxisservice	s. 44



Wir gratulieren!!

zum 79. Geburtstag am 3.9.	Herrn SR Helmut Böhm Blumenstraße 95, 99092 Erfurt
zum 78. Geburtstag am 4.9.	Frau Dr. med. dent. Isolde Schädel-Höpfner Steubenstraße 27, 99423 Weimar
zum 72. Geburtstag am 9.9.	Herrn MR Dr. med. dent. Klaus Dietrich Gagerstraße 4, 82433 Bad Kohlgrub
zum 77. Geburtstag am 13.9.	Frau SR Erika Liese Auerbachstraße 38, 07549 Gera-Lusan
zum 60. Geburtstag am 14.9.	Frau SR Dr. med. dent. Emmi Friehe Bahnhofstraße 2, 98574 Schmalkalden
zum 60. Geburtstag am 14.9.	Frau SR Dr. med. dent. Christiane Hinke Pfarrgasse 9/11//Lessinghof, 99867 Gotha
zum 79. Geburtstag am 15.9.	Herrn SR Dr. med. dent. Dieter Treppschuh Humboldtstraße 9, 99867 Gotha
zum 75. Geburtstag am 20.9.	Herrn Dr. Günther Espenhayn Hohe Straße 11a, 07607 Eisenberg
zum 93. Geburtstag am 24.9.	Herrn SR Franz Czech Heidestraße 1, 07937 Langenwolschendorf
zum 72. Geburtstag am 24.9.	Herrn SR Dr. Helmut Schubert Regerstraße 6, 98617 Meiningen
zum 73. Geburtstag am 25.9.	Herrn Gerhard Oelzner Saalfelder Straße 105, 98739 Lichte
zum 60. Geburtstag am 30.9.	Herrn Dr. med. dent. Dieter Müller Altstadtstraße 30, 99817 Eisenach

Eine Gesundheitsreform muß den Namen Reform verdienen!

Eine Begriff, den ich nicht leichtfertig verwende. Es ist von enormer Bedeutung für eine jede Gesellschaft, wie für diejenigen gesorgt wird, die erkranken. Eine Weichenstellung „zwischen Tür und Angel“ ist deshalb unverantwortlich. Derzeit verunsichern die Pläne der Bundesregierung zur Gesundheitsreform Ärzte und Patienten gleichermaßen.

Eine Reform muß die Zukunft mit all ihren demographischen und sozialen Unwägbarkeiten im Auge haben, und sie muß ausgereift sein. Zwischen den Extremen der reinen „Privatangelegenheit“ einerseits und der von der Gemeinschaft aller Bürger bereitgestellten „Maximalversorgung“ andererseits gibt es ein breites Spektrum von Möglichkeiten. Welche davon gewählt wird, ist nicht nur eine Frage der Praktikabilität, sondern auch der Wertvorstellungen und des Menschenbildes.

Eines ist dabei klar: Ein Gesundheitssystem, das medizinische Versorgung ohne Rücksicht auf die Kosten bereitstellt, kann auf Dauer nicht mehr funktionieren. Je besser die medizinische Versorgung wird, desto teurer werden die Behandlungen, die letztlich erforderlich sind. Je mehr Krankheiten - erfreulicherweise - geheilt werden können, je mehr Menschen gottlob älter werden, desto mehr Menschen kommen in eine Lebenssituation, in der sehr schwerwiegende und kostenintensive Eingriffe erforderlich sind.

Damit am Ende dieser Entwicklung nicht eine „Staatsmedizin“ steht, die Gesundheitsleistungen rationiert und gewissermaßen zuweist, werden wir an Formen von angemessener Selbstbeteiligung und Kostensenkung nicht vorbeikommen. Eine Rationierung im Gesundheitswesen würde dazu führen, daß sich ein zweites rein privates Gesundheitssystem etabliert, das sich nur wenige Wohlhabende leisten könnten. Verlierer wären nicht nur die sozial Schwachen.

Die Reformvorhaben der Bundesregierung gehen, sofern überhaupt eine klare Linie erkennbar ist, in die falsche Richtung. Globalbudgets werden unabhängig von den medizinischen Notwendig-

keiten festgelegt. Das ist „Medizin nach Kassenlage“, die auf willkürliche Kürzungen hinausläuft. Die Reduzierung des Volumens für zahnärztliche Leistungen um fünf Prozent ist ein bezeichnendes Beispiel, und eine plausible Begründung dafür bleibt die Bundesregierung schuldig. Besonders in einem Bereich wie der Zahnmedizin, in der die Prophylaxe eine entscheidende Rolle spielt, haben kurzfristige Einsparungen auf lange Sicht fatale Folgen.

Globalbudgets sind ungeeignet, zur Kostensenkung beizutragen. Wer Geld global zugeteilt bekommt, gibt es auch aus, das ist eine alte Erfahrung der Verwaltung. Innovationen dagegen werden gebremst, denn sie sind zunächst einmal teurer, auch wenn sie langfristig Geld sparen. Da sie nicht ins Budget passen, unterbleiben sie ganz. Langfristig werden damit sinnvolle Kostensenkungsmöglichkeiten versäumt.

Die globale Budgetierung im Gesundheitswesen befördert eine Zweiklassenmedizin. Es darf nicht dazu kommen, daß man das Einkommen eines Menschen an den Zähnen erkennen kann. Es ist daher irreführend, wenn die Gesundheitsreform unter dem Etikett der sozialen Ausgewogenheit firmiert; Gleichmacherei führt auch hier dazu, daß alle scheinbar gleich sind, aber manche in der Praxis eben gleicher.

Mit der vermehrten Zuständigkeit für Ausgaben werden die Krankenkassen zu großen Verwaltungsapparaten aufgebläht. Sie sind gezwungen, eine Fülle von Daten über jeden Patienten zu sammeln, was gerade im sensiblen Gesundheitsbereich - oft begründet oder unbegründet - manchen beunruhigt. Den Kassen wird darüber hinaus eine Qualitätskontrolle der Ärzte abverlangt; eine kaum lösbare Aufgabe. Mit zusätzlichem bürokratischen Aufwand kann man jedenfalls keine Kosten senken. Doch auch die geplante Einführung hauptamtlicher Funktionäre der Kassenzahnärztlichen Vereinigung gegen den Willen der Mitglieder und zusätzlicher ärzteunabhängiger Beratungsinstitutionen zeigt überdeutlich, wohin der Weg geht.



Eine solche Politik wird der Leistung der Thüringer Zahnärztinnen und Zahnärzte und aller ihrer Mitarbeiter nicht gerecht. Sie haben gerade in den jungen Ländern, auch hier in Thüringen, einen schwierigen Weg hinter sich. Viele haben ihre eigene Praxis aufgebaut und müssen sich um die Finanzierung sorgen. Sie haben den Schritt in die Selbständigkeit bewußt und mutig getan und sehen sich nun erneut einer Gängelung gegenüber.

Dabei könnten über ein sozial verträgliches, vernünftiges System von Selbstbeteiligung der Patienten Kriterien für die Verteilung der Ausgaben aufgestellt werden und eine Qualitätskontrolle stattfinden. Sie würde wesentlich besser funktionieren als Bürokratismus und Gängelei.

Trotz teilweise recht markiger Rhetorik spiegelt die Einführung dieser Art von Budgetierung die Angst der Bundesregierung vor einer Reform wider, die den Namen verdient hätte. Vor den Wahlen im September letzten Jahres hatte die alte Bundesregierung entsprechende Reformen eingeleitet. Sie basierten darauf, daß Patienten mündig genug sind, sich den Arzt ihrer Wahl auszusuchen. Warum eine solche Reform zurückdrehen?

Wir brauchen eine Gesundheitsreform, die den Prinzipien der Solidarität und der Subsidiarität wieder in die nötige Balance bringt, die Eigenverantwortung und Wahlfreiheit der Menschen stärkt. Um eine solche Reform geht es uns. Sie ist eine der vordringlichsten Aufgaben der Politik in der nächsten Zeit.

Dr. Bernhard Vogel

Erfurt, den 24. August 1999

Kieferorthopädie heute

- Einblicke und Aussagen -

H. Graf

Dem vielfach ausgesprochenen Wunsch von Zahnärzten, sich mit der Kieferorthopädie – sei es aus eigenem Interesse oder aber zur Information ihrer Patienten – näher zu befassen, soll entsprechend das Fachgebiet vorgestellt werden. Es ist nicht Anliegen der Veröffentlichungen, Rezepte oder Anleitungen zum „Handeln“ zu geben. Mit der heutigen Ausgabe des „tzb“ beginnend und in loser Folge fortgesetzt, werden folgende Schwerpunkte abgehandelt.

1. Entwicklung der Kieferorthopädie
2. Zielstellung kieferorthopädischer Maßnahmen
3. Kieferorthopädische Befunderhebung
4. Kieferorthopädische Therapie

Ausgehend von der Zielstellung einer progressiv ausgerichteten Kieferorthopädie, nämlich dem „individuellen funktionellen und ästhetischen Optimum“ wird abgeleitet, daß Behandlungsmaßnahmen Prävention gegen Karies und Parodontopathien darstellen. Darüber hinaus sollen funktionelle Störungen (Dys- und Parafunktionen) beseitigt werden, um Behinderungen und/oder Erkrankungen des Kiefergelenkes zu begegnen. Neben der ästhetischen Komponente (die für die Eltern oder selbst erwachsene Patienten die Hauptmotivation zur Aufnahme einer kieferorthopädischen Behandlung darstellt) muß es dem Kieferorthopäden darum gehen, solche morphologischen Verhältnisse im oro-facialen System zu schaffen, die ein „lebenslanges“ ungestörtes Funktionieren des Gebisses gewährleisten.

1. Entwicklung des Fachgebietes Kieferorthopädie

Die Kieferorthopädie ist zwar - im Vergleich zur Zahnerhaltung, Zahnersatzkunde oder gar Chirurgie - ein junges Fachgebiet, heute jedoch in Wissenschaft und Praxis eine der vier Säulen der Zahnmedizin. Neue Gebiete, wie präventive Zahnmedizin, Bißphysiologie und Gnathologie, sind Bestandteil der einzelnen etablierten Fächer.

Erste Beschreibungen von Unregelmäßigkeiten der Zahnstellung finden sich bei HIPPOKRATES (400 v.Z.), erste Hinweise auf Behandlungsmöglichkeiten bei GALEN (129 - 199 u. Z.).

1728 gibt FAUCHARD seine erste größere Abhandlung der Zahnheilkunde heraus, in der auch Apparaturen zur orthodontischen Mechanik beschrieben werden. ANGLE (1855 - 1930) hat um die Jahrhundertwende ein ordnendes Prinzip (3 Klasseneinteilung: Neutral-,

Distal-, Mesialbiß) kreiert, das noch heute bedingt Gültigkeit hat. Von ihm gibt es auch erste Ansätze für eine kephalometrische Diagnostik. SIMON, KORKHAUS, SCHWARZ haben diese weiterentwickelt. Sie sind Vorläufer der heutigen Fernröntgenanalysen, die von BROADBENT in den USA 1930/31 und etwa gleichzeitig von HOFRATH in Deutschland entwickelt wurden.

ANGLE kreierte auch erste festsitzende Behandlungsapparaturen (Expansionsbögen). Diese wurden vielfach variiert (z. B. von MERSHON Lingualbogen). Festsitzende Band-Bogen-Apparaturen in zahlreichen Variationen entstanden, so daß erfolgreiche, effektive Behandlungen, allerdings sehr kostenintensiv nun möglich waren.

1929 empfiehlt NORD abnehmbare Plattengeräte. Diese werden später von SCHWARZ und BRÜCKL vervollkommenet und heute noch angewandt.

Mitte der 20er Jahre schufen HÄUPL und ANDRESEN die Grundlagen der funktionellen Behandlung von Zahnstellungs- und Bißlageanomalien. Die Funktionskieferorthopädie war entstanden, d. h., die Funktion war als wesentliche Kraft für Knochenumbau erkannt und wurde nun als Behandlungsprinzip genutzt. Statt bisheriger mechanischer Kräfte der festsitzenden Apparaturen und Plattengeräte wurde jetzt die Aktivierung muskulärer Kräfte betrieben.

Zahlreiche Variationen und Modifikationen (Gebißformer nach BIMLER, Bionator nach BALTERS, EOA nach KLAMMT) entstanden. Ein Wendepunkt der Funktionskieferorthopädie ist mit FRÄNKEL zu sehen, der den Mundvorhof als apparative Basis benutzt und ganz neue Ideen zur funktionellen Therapie erarbeitet.

Heute existieren aktive (abnehmbare und festsitzende) sowie funktionskieferorthopädische Behandlungsmethoden nebeneinander, und es gibt eindeutige Indikationsstellungen. Die Anwendung wird ergänzt durch unterstützende Extraktionen.

2. Zielstellung heutiger kieferorthopädischer Maßnahmen

Es geht dem Kieferorthopäden heute darum, Abwegigkeiten der Zahnstellung (Zahnstellungsanomalien) oder der Bißlage (Verhältnis des UK zum OK = Dysgnathien oder Anomalien der Bißlage) rechtzeitig zu erkennen, zu verhindern = Prophylaxe und/oder zu behandeln (korrigieren, regulieren = Therapie).

In den letzten Jahrzehnten haben sich die Ansichten über und die Meinung in der Kieferorthopädie grundlegend geändert. Bedingt sind diese Änderungen durch die Abkehr von einer rein ästhetischen Betrachtungsweise der Zahnstellungs- und Bißlageanomalien.

Früher waren kieferorthopädische Behandlungen gleichzusetzen mit Luxusbehandlungen besonders privilegierter Kreise, durchgeführt von einigen wenigen Spezialisten mit dem Ziel, durch Geraderichten der Zähne eine Verbesserung des Aussehens zu erreichen.

Heute hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, daß die Bedeutung der Dysgnathien in einem viel weiteren Rahmen zu sehen ist. Nicht mehr der biometrisch richtige Zahnbogen mit 32 Zähnen, wie ihn ANGLE forderte, sondern die Funktion steht im Mittelpunkt von Prophylaxe und Therapie.

Die Zielstellung der Kieferorthopädie umfaßt heute:

1. Herstellung der Gesamtfunktion des Kausystems
2. Die Beseitigung von kariesfördernden Retentionsnischen
3. Das Ausschließen von fehlerhaften Bißverhältnissen mit Gefährdung des Zahnhalteapparates und der Kiefergelenke
4. Die Verhinderung von Kauschwierigkeiten, Sprach- und Atemstörungen
5. Verbesserung der Ästhetik.

Die kieferorthopädische Versorgung stellt in der Gegenwart ein sozialmedizinisches Problem 1. Ranges dar. Natürlich ist die Zahl der Patienten, die behandelt werden „müssen“, auch abhängig von der Zahl geeigneter Behandler und auch vom Behandlungsbegehren.

Zielvorstellungen der kieferorthopädischen Therapie orientierten und orientieren sich an der als „ideal empfundenen natürlichen menschlichen Gebißsituation“. Die Schwierigkeiten, dieses Ziel aber klar und nach eindeutigen Gesichtspunkten zu formulieren, beginnen bereits bei der Fragestellung: Was ist eine solche ideale Gebißsituation, wie ist sie zu definieren, welche Kriterien sind zu berücksichtigen? Zur Beschreibung eines normalen Gebisses wird in der Zahnmedizin der Begriff *Eugnathie* gebraucht. Dieses Wort ist dem Griechischen entlehnt, „eu“ steht für gut, fehlerfrei, wohlgeformt, „gnathos“ für Kiefer.

Für HÄUPL (1957) ist Eugnathie das Ziel, das bei jeder kieferorthopädischen Behandlung anzustreben ist. Dabei unterscheidet er die funktionelle von der morphologischen Eugnathie; letztere ist bei ihm an das Vorhandensein aller 32 permanenten Zähne gebunden. Er sagt:

„Das Wesentliche der Eugnathie liegt darin, daß der Zahnbogen wohl geformt ist, die Zähne nach Art des Regelgebisses okkludieren, ferner, daß bei den Artikulationsbewegungen möglichst allseitiger Schleifkontakt besteht und daß sich die Gewebe des Kausystems in funktioneller Anpassung befinden.“ Zur Eugnathie gehört nach HÄUPL weiterhin: „... ein schönes und gefälliges Aussehen des

Gesichtsausdruckes unter Wahrung der individuellen Eigenart.“

A N D R E S E N formulierte 1931 als Ziel der kieferorthopädischen Behandlung das „individuelle, funktionelle und ästhetische Optimum“.

Nach HOTZ ist funktionelles Optimum: „... das im Einzelfall anzustrebende Resultat der Behandlung, das ohne Rezidivgefahr, ohne Schädigung des Gebisses, in einer Zeit und mit Mitteln erreicht werden kann, die für den Patienten erträglich sind.“

SCHREMS und SCHREMS-ADAM formulieren 1976: „Funktionelles Optimum liegt dann vor, wenn das Stomatognathe System sich in einem harmonischen Zustand befindet. Der Zustand jedes einzelnen Gliedes dieser Funktionskette ist dabei so ausgerichtet, daß eine optimale Funktion des Gesamtsystems gewährleistet ist. Funktionelles Optimum ist nur bei störungsfreier Okklusion möglich, diese ist wesentliche Voraussetzung für die harmonische Funktion des stomatognathen Systems.“

Um ein „funktionelles Optimum“ zu erreichen, müssen solche morphologischen Verhältnisse geschaffen werden (Zahnstellung/Bißlage), die Störungen der Funktion ausschließen, oder anders ausgedrückt:

Kieferorthopädische Therapie muß die Morphologie, die Gestalt des Kauorgans, so verändern, daß bessere Voraussetzungen für ein optimales Funktionieren gegeben sind. Dabei ist an folgende Funktionen zu denken: Kaufunktion, Schluckfunktion, Atemfunktion, Sprechfunktion und ästhetische Funktion. Besondere Bedeutung hat heute die „Funktionsanalyse“, die den genannten Aspekten übergeordnet sein muß (siehe 3.4).

Die genannte ästhetische Funktion des Gebisses liegt in seiner Ausdruckswirkung bei sozialen Interaktionen. Was die Kaufunktion betrifft, darf sich die Zielsetzung nicht darin erschöpfen, eine ausreichende Nahrungszerkleinerung sicherzustellen. Die damit verbundenen Bewegungsabläufe und die dabei auftretenden Belastungen müssen vielmehr so geartet sein, daß sich das Kauorgan nicht vorzeitig selbst zerstört, d. h., Parodontien und Kiefergelenke dürfen nicht durch Fehlbelastungen geschädigt werden. Neben der Sicherung und Optimierung der genannten Funktionen ist also als weitere Forderung die Schonung der Gewebe zu nennen. Schließlich muß auch die Forderung nach Stabilität des Erreichten bei der Festlegung des Behandlungsziels berücksichtigt werden (siehe Forderungen von HOTZ „... ohne Rezidivgefahr...“)

Das individuelle Behandlungsziel wird sich nach unserer Auffassung nicht allein an der Idealvorstellung des maximal Erreichbaren orientieren dürfen. Da auch die kieferorthopädische Therapie Gefahren mit sich bringt und von schädlichen Nebenwirkungen begleitet sein kann, gilt es, in jedem Einzelfall

abzuwägen, wo nach dem Leitsatz des „nihil nocere“ das individuelle Behandlungsziel anzusetzen ist. So wird man besonders in der Erwachsenenbehandlung oft nach einem vernünftigen Kompromiß suchen oder in einem besonders gelagerten Fall auch einmal von der Behandlung ganz Abstand nehmen müssen. In jedem Fall muß die Behandlung mehr nützen als schaden. Sie muß unter Berücksichtigung der Lebenssituation des Patienten zumutbar sein. Der notwendige Aufwand muß in einem vernünftigen Verhältnis zur erreichbaren Verbesserung der Gesundheit des Patienten stehen, wie es die vertraglichen Vereinbarungen mit den Krankenkassen vorschreiben. Kieferorthopädische Therapie kann also nicht Selbstzweck sein, sie muß sich vollziehen im Dienste der physischen und psychischen Gesundheit der Patienten. Dem eingehenden Beratungsgespräch kommt in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung zu.

Anschrift des Autors:

Univ.-Prof. Dr. med. dent. habil. Heinz Graf
Klinikum der
Friedrich-Schiller-Universität Jena
Zentrum für ZMKH
Direktor der Poliklinik für Kieferorthopädie
Bachstraße 18
07743 Jena

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:
Verlag und Werbeagentur Kleine Arche,
Magdeburger Allee 107, 99086 Erfurt,
Telefon 0361/7467480, Fax 0361/7467485

Redaktion:
Gottfried Wolf
(v. i. S. d. P. für Beiträge der LZKTh),
Dr. Karl-Friedrich Rommel
(v. i. S. d. P. für Beiträge der KZVTh),
Christina Hentschel (Pressestelle),
Christiana Meinel (Redakteurin)

Anschrift der Redaktion:
Landes Zahnärztekammer Thüringen,
Mittelhäuser Straße 76–79, 99089 Erfurt,
Telefon 0361/7432–0, 0361/7432–113
eMail LZKTh@t-online.de

eMail-Adressen von Kammer und KZVTh:
LZKTh@t-online.de
edv@kzvth.ef.uunet.de

Satz und Layout:
Verlag und Werbeagentur Kleine Arche

Druck und Buchbinderei:
Gutenberg Druckerei GmbH Weimar

Anzeigenannahme und -verwaltung:
Verlag und Werbeagentur Kleine Arche,
z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste vom 1.7.1999

Anzeigenleitung: Wolfgang Klaus

Prophylaxe ein Leben lang

Ein Konzept zur zahnärztlichen Versorgung im Alter

Im Jahr 1995 stellte die Bundeszahnärztekammer das zahnärztliche Konzept „Prophylaxe ein Leben lang“ der Öffentlichkeit vor. Dieses Konzept ist die bis heute einzige kompakte Zusammenfassung der zahnmedizinischen Grundlagen und Handlungsmaximen auf dem Gebiet der zahnärztlichen Prävention für alle Altersstufen.

Weiter entwickelt aus diesem Konzept wurden im letzten Jahr Grundlagen für die zahnärztliche Versorgung alter und auch pflegebedürftiger Patienten. In eingehenden Gesprächen und Beratungen mit Organisationen der karitativen Altenpflege, dem Kuratorium deutsche Altenhilfe sowie leitenden Mitarbeitern aus dem Pflegebereich entwickelte eine Arbeitsgruppe die vielfach gesonderten Bedingungen der zahnärztlichen Behandlung alter Menschen.

Ungeachtet der individuell unterschiedlichen Ausprägung des Alterns findet man bei alten Menschen gehäuft bestimmte Erkrankungen, die bei der Auswahl und Gestaltung von Behandlungs- und Prophylaxemaßnahmen berücksichtigt werden müssen. In dieser Altersstufe kann es nicht allein darum gehen, die klassischen Methoden der Oralprophylaxe anzuwenden. Der Erhalt der Mundgesundheit ist im Alter von zahlreichen pathologischen Einflußgrößen abhängig.

Sinnvollerweise ist dabei zu unterscheiden zwischen Erscheinungen, die primär die Mundhöhle betreffen und dort mit altersspezifischer Häufung auftreten und systemischen Erkrankungen, die ohne eine unmittelbare orale Manifestation die zahnärztliche Entscheidungsfindung beeinflussen. Die aus zahnärztlicher Sicht primären Erkrankungen sind zum Beispiel neben der meistens weniger ausgeprägten Karies im Bereich der Zahnkronen die Wurzelkaries. Bedeutsamer als die Karies sind im Senium aber die Erkrankungen des Zahnhalteapparates. Die Lokalisation der parodontalen Erkrankungen betrifft in diesem Lebensabschnitt zumeist das gesamte Restgebiss. Wenn sich auch die völlige Zahnlosigkeit auf immer spätere Lebensjahre verschiebt, so spielt weiterhin der Zahnverlust noch immer eine entscheidende Rolle. Hierdurch bedingt sind dann natürlich zu beachten: Kiefergelenksdysfunktionen und prothesenbedingte Schleimhautläsionen. Die Reduktion des Speichelflusses ist nach heutigem Erkenntnisstand kein physiologisches Merkmal des Alterns, sondern häufig durch zu geringe Flüssigkeitsaufnahme oder Nebenwirkungen von Medikamenten bedingt.

Von seiten der systemischen Erkrankungen alter Patienten verdienen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen der Atemwege, Erkrankungen des Blutes, endokrine Erkrankungen und nicht zuletzt ernährungsbedingte Probleme (Hypovitaminosen) unsere besondere Aufmerksamkeit.

Ein Problem ist, daß der alte Mensch sich mit Krankheitssymptomen eher zufrieden gibt, da er sie dem Alter zurechnet und quasi als selbstverständlich und unabänderlich betrachtet. Aufgrund dessen ist er häufig weniger gut motivierbar, prophylaktisch aktiv zu werden. Leider entwickeln auch viele ältere Menschen infolge der physiologisch bedingten Reduktion der Sensibilität eine größere Toleranz gegenüber Schmerzen und Beschwerden. So wird z. B. häufig eine objektiv mangelhaft zu bewertende Prothese subjektiv noch als zufriedenstellend beurteilt.

In der Bundesrepublik Deutschland leben derzeit etwa 400.000 Menschen in Alten- oder Pflegeheimen. Ihre zahnärztliche Versorgung ist in weiten Teilen unzureichend. Die Idee, eine zahnärztliche Versorgung im Alter nicht dem Zufall zu überlassen, sondern möglichst flächendeckend zu organisieren, verbunden mit dem Appell an die Kollegenschaft, sich dieses Themas stärker als bisher anzunehmen, wurde geboren aus der Überlegung, daß die Versorgung des alten, häufig immobil Menschen zu Hause oder im Heim in jedem Fall gewährleistet sein sollte.

Das Problem liegt dabei nicht bei jenem älteren Menschen, der imstande ist, die Zahnarztpraxis aufzusuchen und zudem über ein ausreichendes Mundgesundheitsbewußtsein verfügt. Die Rede ist von demjenigen, der nicht imstande ist, auf uns zuzugehen, also in die Praxis zu kommen – wobei hier die unterschiedlichsten Gründe vorliegen können: von der körperlichen Immobilität über das fehlende Bewußtsein für die Bedeutung eines gesunden Gebisses bis hin zu einer generell mangelnden Urteilsfähigkeit.

Die oben angeführte Arbeitsgruppe zur „Zahnärztlichen Versorgung im Alter“ hat sich zum Ziel gesetzt herauszufinden, welche Möglichkeiten der Versorgung alter Menschen überhaupt gegeben sind. Das heißt, wir informierten uns über den derzeitigen Stand der Versorgung der Altenpflege und auch über die rechtlichen Aspekte und organisatorischen Möglichkeiten, die bei der Umsetzung unseres Konzeptes zu berücksichtigen sind.

Der derzeitige Stand der Versorgung läßt sich wie folgt skizzieren: Ein Teil der Bewohner steht nach wie vor im Kontakt zum jeweiligen Hauszahnarzt. Dieser kommt ins Heim und versorgt, soweit als möglich, die Patienten vor Ort. Bei umfangreicheren Behandlungen ist der Transport des Patienten in die Praxis meistens möglich, soweit im Heim kein Behandlungsplatz vorhanden ist.

Ein großer Teil der Heimbewohner jedoch lebt fern seines ehemaligen Zuhauses, d. h., der Kontakt zum Hauszahnarzt ist abgebrochen. Einen neuen Kontakt zu einem Zahnarzt im näheren Bereich müßte der Heimbewohner oder gegebenenfalls sein Betreuer selbst herstellen. Das erfordert jedoch Eigeninitiative, die diese häufig durch Krankheit belasteten Menschen in den meisten Fällen nicht aufbringen. Häufig sind ihnen etwaige Defizite im Bereich der Mundgesundheit nicht einmal bewußt, oder sie hegen gar Vorbehalte gegen eine Versorgung.

Das Pflegepersonal könnte den alten Menschen oder seinen Betreuer veranlassen, zu einem Zahnarzt vor Ort Kontakt aufzunehmen. Leider ist es aber um das Bewußtsein für die Bedeutung der Mundhygiene und der zahnmedizinischen Prophylaxe bei den Vertretern der Pflegeberufe nicht immer gut bestellt. Nur maximal 10 Prozent des Lerninhaltes betreffen bisher Fragen der zahnmedizinischen Versorgung. Fortbildung zu diesem Thema gibt es für Pflegeberufe bislang nicht. Außerdem hat eine Pflegekraft derart vielfältige Aufgaben zu bewältigen, daß anderes meistens Priorität hat und der Zustand von Gebiß und Zähnen wenig Beachtung findet.

Eine andere Möglichkeit, die in verschiedenen Bundesländern angedacht wurde, ist die Benennung von Patenschaftszahnärzten, die Reihenuntersuchungen durchführen und so die Behandlungsnotwendigkeit der Heimpatienten ermitteln. Aber auch dieses Modell läßt sich in der Praxis nicht verwirklichen. Unsere Alten sind erwachsene, mündige Bürger, die ein Recht auf selbstbestimmtes Leben haben. Weder die Heimleitung noch das Pflegepersonal noch der Zahnarzt können den alten Menschen zwingen, sich einer Untersuchung oder Behandlung zu unterziehen. Der alte Mensch oder sein Betreuer muß den Zahnarzt anfordern. Auch die Heimleitung hat keine Entscheidungskompetenz, wenn es um die Frage der zahnärztlichen Versorgung geht, und sie ist deshalb auch nicht der geeignete Ansprechpartner für den Zahnarzt. Umgekehrt sollte aber in allen Heimen die Anschrift eines Zahnarztes vorliegen.

Ein Konzept zur zahnärztlichen Versorgung im Alter muß also an mehreren Punkten ansetzen:

Wir müssen bei den Pflegeberufen eine Akzeptanz für das Thema herstellen.

Fortbildungen müssen von den Fortbildungskademien der Kammern organisiert werden. Die Bundeszahnärztekammer – der Arbeitskreis „Zahnärztliche Versorgung im Alter“ – wird Empfehlungen an die Kammern erarbeiten.

Den Pflegeberufen muß ein Leitfaden zur Verfügung stehen, und Informationsmaterial muß vorbereitet werden.

Seitens der Zahnärzteschaft muß dafür Sorge getragen werden, daß die Kammern flächendeckend Listen im Sinne des Tätigkeitsschwerpunktes Alteszahnheilkunde führen.

Ein Leitfaden eigens für Zahnärzte muß erstellt werden.

Es muß für die Heime in jeder Kreisstelle ein Ansprechpartner zur Verfügung stehen, der bei Bedarf zahnärztliche Hilfe organisiert.

Ein weiterer Punkt, den es zu erarbeiten gilt, ist es, erst einmal die Akzeptanz der Kollegenschaft herzustellen, solange die Bema und die GOZ Haus- und Heimbefuche nicht angemessen berücksichtigen. Die Kollegen, die ohne zu zögern zur Zeit diese Behandlungen vornehmen, handeln aus purem Idealismus. Aber schließlich und endlich arbeiten wir in einem Beruf, dessen Aufgabe es ist, Menschen zu helfen.

Die Anforderungen an den Kollegen sind darüber hinaus vielfältiger Natur. Er muß vorbereitet sein auf den Umgang mit einem Patienten, der psychische Veränderungen aufweist oder schwer überwindbare Ängste zeigt. Er muß das nötige Einfühlungsvermögen mitbringen, Geduld haben und imstande sein, zum Patienten ein besonderes Vertrauensverhältnis aufzubauen. Psychologisches Geschick, geschulte Fragetechnik und Kenntnis über die psychosoziale Situation des alten Menschen sind unabdingbar.

Zum Abschluß ein Zitat aus einer schweizerischen Arbeit zu eben diesem Thema: „Ein kranker Mensch soll keinesfalls zusätzlich mit unnötigen Beschwerden an seinem Kauorgan belastet werden. Er soll nicht mit Zahnschäden büßen müssen, weil er die durch seine Krankheit für ihn nebensächlich gewordene Pflege seiner Zähne vernachlässigt. Gewisse Grundleiden können die Disposition zu vermehrtem Auftreten von Zahnschäden enorm erhöhen.“

(Literaturhinweis: IDZ „Prophylaxe ein Leben lang“, 2. Auflage, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1998)

Dr. Jürgen Junge



48. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Prothetik und Werkstoffkunde

Die Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde führte ihre 48. Jahrestagung vom 26. bis 29. Mai 1999 in Würzburg durch. Die vier(!) tägige Veranstaltung bot fast schon ein Übermaß an Referaten, Vorträgen, Postern und Workshops an. Selbst eine Dentalausstellung fehlte nicht in den Räumen der ehrwürdigen Festung Marienberg.

Während der erste Konferenztag eher die Kliniker unter sich vereinte (Arbeitskreis Kiefer- und Gesichtsprothetik), nahmen am Donnerstag, Freitag und Samstag eine große Zahl von niedergelassenen Kollegen die Möglichkeit wahr, sich über den aktuellen Stand der Forschung im Bereich der zahnärztlichen Prothetik zu informieren. Verschiedene Forschungsgruppen von allen wichtigen zahnärztlichen Ausbildungstätten Deutschlands berichteten in zehnmündigen Vorträgen über Anliegen, Methoden und Ergebnisse ihrer Studien und stellten sich den konstruktiven, wenn auch teilweise kritischen Diskussionen der Kollegen.

Aus Thüringer Sicht sei erwähnt, daß auch Forschungsgruppen der Uni Jena/Erfurt viel beachtete Beiträge lieferten.

Dr. R. Göbel (Jena) untersuchte verschiedene, u.a. selbstentwickelte Metall-Kunststoff-Verbundverfahren und fand, daß sowohl die klassischen Silikatisierungsverfahren als auch neue Primersysteme (bspw. Targis-Link, Metall-Primer) zuverlässig und klinisch sicher anwendbar sind.

Dr. B. Melle, Prof. E. Lenz, G. Raser und H.-Chr. Sorge (Erfurt) untersuchten das Ceromer Targis (nicht das Gesamtsystem Targis-Vectris) auf seine Eignung für Frontzahnkronen. Sie bewerteten, daß Kronenrestorationen aus diesem Material insbesondere im Randspaltverhalten günstiger als Hybrid-, Empress- und Hi-Ceramkronen abschneiden.

Dr. Luthardt et. al. (Uni Jena und Fraunhofer Institut Jena) analysierten die Fehlerquellen bei der Modellherstellung und stuften im Ergebnis die Modellmaterialien auf Epoxid-Basis als ungeeignet ein. Gipse vom Typ IV zeigten ein deutlich besseres Volumenverhalten.

Dr. A. Rzanny und Prof. D. Welker, Jena, nahmen eine werkstoffkundliche Standortbestimmung zahnfarbener Füllungswerkstoffe vor. Glasionomerelemente bleiben hinsichtlich Belastung, Ästhetik und Dauerhaftigkeit problembehaftet. Man empfiehlt für dauerhafte Lösungen moderne Feinpartikel-

Hybrid- Komposits. Ormocere sind Komposits auf Diacrylatbasis gleichwertig, aber nicht überlegen. Langzeitstudien fehlen leider nach wie vor.

PD Dr. M. Schmidt et al. suchten nach einer für den Mundraum typischen Methode zur Testung auf Materialunverträglichkeit. Ein von ihnen vorgestellter Sulkustest scheint für die Austestung fraglicher Materialien im direkten Schleimhautkontakt geeignet zu sein.

Von standespolitischer Relevanz waren unter anderem der Hauptvortrag von Prof. Marxkors am dritten Konferenztag. Er äußerte angesichts des Themas „Ursachen, Auswirkungen und Behebung von Mißerfolgen“ sein Unverständnis darüber, daß moderne Behandlungsmethoden von der Erstattungspflicht verschiedener Kostenträger ausgeschlossen sind.

Die Entscheidung für den Einsatz von Metallen/Metall-Legierungen zur Herstellung zahnärztlicher Gußobjekte wurde von Prof. Marxkors auf nur 6 verschiedene Legierungstypen reduziert. Der Zahnarzt muß sich entscheiden zwischen hochgoldhaltigen Legierungen jeweils für Guß- und Aufbrennverfahren und dabei ggf. noch differenzieren nach palladiumhaltig/- frei. Desweiteren stehen NEM-Legierungen für beide Verfahren zur Verfügung. Vom Einsatz sogenannter Goldreduzierter Legierungen wurde abgeraten. Die Zusammensetzung „seiner“ Legierungen sollte der Zahnarzt im Detail kennen.

Prof. M. Walter, Dresden, präsentierte eine Studie zum prothetischen Behandlungsbedarf in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. Von einem rückläufigen Bedarf in der zahnärztlichen Prothetik könne nicht ausgegangen werden. 81 % aller Untersuchten der Population haben prothetischen Behandlungsbedarf. Der subjektive Bedarf ist wesentlich niedriger als der objektive normative Bedarf. Der normative Bedarf steigt mit zunehmendem Alter. Nachdenklich stimmte die Methode der Untersuchung: ein Expertengremium legte die „Planungsleitlinien“ für die prothetische Therapie fest. Die einfachsten Behandlungsfälle wurden sogenannten Projektmitarbeitern zugeordnet, schwierigere Fälle bestimmten Zirkeln, bestehend aus Projektmitarbeitern und einem Projektleiter, und die Fälle der dritten Schwierigkeitsebene einem Expertengremium! Den standespolitisch interessierten Praktiker befällt Unwohlsein bei dem Gedanken, daß hiervon die Hierarchie zukünftiger Leistungserbringung abgeleitet werden könnte...

Thorsten Radam

Informationsveranstaltung des Berufsverbandes Deutscher Kieferorthopäden (BDK) mit Assistenten der Jenaer Universität

Am 13. Juli 1999 fand erstmals ein Treffen von Assistenten der Poliklinik für Kieferorthopädie des Zentrums für ZMK der Friedrich-Schiller-Universität Jena und dem Landesvorsitzenden des BDK, Dr. Jürgen Hering, sowie dem Jenaer BDK-Obmann, Dr. Thomas Haffner, statt. Damit wurde ein von beiden Seiten lang gehegter Wunsch nach einem Informationsaustausch realisiert. Anlaß der Veranstaltung, die von seiten der Universität

vom Oberarzt der Poliklinik, Dr. Stefan Kopp, begleitet wurde, waren die gesundheits- und berufspolitischen Veränderungen, die vor dem Hintergrund der Gesundheitsreform 2000 zu erwarten sind. Die von den beiden Vertretern des BDK schlaglichtartig vorgetragenen Neuregelungen durch die künftige Gesetzgebung, die bekanntermaßen nicht nur Einfluß auf eine qualitätsorientierte fachzahnärztliche Tätigkeit haben, sondern auch in entscheidendem Maße drastische Einschnitte der freiberuflichen Existenz mit sich bringen, stießen auf reges Interesse. Hierbei mußte vor allem dem Umstand Rechnung getragen werden, daß ein Teil der anwesenden Assistenten kurz vor der Fachzahnarztprüfung und damit vor der Niederlassung in eigener Praxis steht - die damit verbundenen Risiken und Wagnisse wurden jedem Kollegen bewußt. In der regen Diskussion wurde von seiten der Assistenten insbesondere Bedenken ob der Verfassungsmäßigkeit der Einschränkung im Berufsrecht sowie der Möglichkeit einer qualitätsorientierten

Tätigkeit geäußert. Die fehlende Planungssicherheit in der Praxisgründungsphase, auch vor dem Hintergrund drohender Einkaufsmodelle der Krankenkassen, ist speziell für jüngere Kollegen ein sehr ernst zu nehmender Aspekt. Gerade hier wurde vom Landesvorsitzenden auf die wachsende Bedeutung eines starken und einigen Berufsstandes hingewiesen, der für die potentiellen neuen Mitglieder eine starke Interessenvertretung darstellen würde. Darüber hinaus wurden Maßnahmen zur Risikominimierung (z. B. Investitionsvolumina) ebenso diskutiert wie Möglichkeiten der Qualitätssicherung trotz Globalbudget. Beide Seiten einigten sich darauf, diesen Informationsaustausch, der sich ja bereits auf dem Fundament einer traditionell guten Zusammenarbeit zwischen BDK und FSU in Thüringen gründet, auch in Zukunft in regelmäßigen Abständen einer ja ständig wechselnden Assistentenschaft anzubieten.

Dr. Thomas Haffner, Jena

Dissertationen

Im Monat Juni wurden die folgenden beiden Dissertationsarbeiten - deren Summaries wir veröffentlichen - zur Erlangung des akademischen Grades Doctor medicinae dentariae dem Rat der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena vorgelegt und erfolgreich verteidigt.

Spätergebnisse nach Neurorrhaphie komplett durchtrennter Nerven an der oberen Extremität

Vorgelegt von Jörg Mühlau

Die vorliegende Arbeit befaßt sich mit den Spätergebnissen nach Nervennaht durchtrennter peripherer Nerven an den oberen Extremitäten, unter Berücksichtigung des klinisch-funktionellen Ergebnisses und elektromyographischer/elektro-neurographischer Parameter mindestens 4 Jahre nach erfolgter Nervennaht.

Als Schwerpunkt wurden 33 Patienten mit 40 kompletten Durchtrennungen des Nervus medianus und/oder Nervus ulnaris nachuntersucht. Dabei wurden das Schema nach Hightet, das Millesi-Schema und der SW-Test verwendet und mit deren Hilfe das Ergebnis durch den Untersuchenden beurteilt. Aufgabe der elektromyographischen und elektro-neurographischen Untersuchung war es, zusätzlich Informationen zu den klinisch erhobenen Befunden über die Qualität der sensiblen und motorischen Reinnervation zu liefern. Außerdem schätzten sich die Patienten in einem vorher zugeschickten Fragebogen selbst ein.

Insgesamt entsprachen die Ergebnisse nach Operation am durchtrennten Nerven den im Schrifttum gemachten Aussagen. Die Schwierigkeit des Vergleiches unseres inhomogenen Krankengutes wurde kritisch gewertet. Da es sich um ein relativ kleines Krankengut handelt, sind die erzielten Ergebnisse nur von begrenzter Aussagekraft.

Es gab keinen Patienten, der mit einem Operationsergebnis von weniger als 50 %, die im Millesi-Schema erreicht wurden, zufrieden gewesen wäre. Der Anteil der zufriedenen Patienten war bei der Primärversorgung höher.

Das Patientenalter hatte, möglicherweise durch die geringe Fallzahl, nur wenig Einfluß auf das Ergebnis, dennoch ist eine Abhängigkeit erkennbar.

Die mit primärer End-zu-End-Naht versorgten Patienten wiesen im Gesamtvergleich

bessere Ergebnisse als die sekundär versorgten Patienten auf. Sie hatten trotz ähnlicher Altersstruktur im SW-Test deutlich bessere Ergebnisse und wiesen alle ausnahmslos eine $2\text{-PD} < 20$ mm auf. Die Ergebnisse des Auflesetests und der Kraftprüfung waren besser. Bei der Gelenkbeweglichkeit war dies nicht offensichtlich.

Die von Millesi angegebenen Parameter der Sensibilität korrelieren mit den Werten des SW-Tests. Jedoch ist ein Rückschluß von der einen Sensibilitätsprüfung auf die Werte der anderen Sensibilitätsprüfung nur bedingt möglich, da die Werte im Einzelfall erheblich voneinander abweichen können, wie die unterschiedlichen Plazierungen der einzelnen Fingerbeeren zeigen.

Der Vergleich der Regeneration von N. med. und N. uln. zeigt sowohl bei primärer als auch bei sekundärer Versorgung beim N. med. eine etwas bessere Resensibilisierung. Die besseren Ergebnisse des N. uln. beim Auflesetest sind durch die intakten Fingerbeeren des 1. bis 3. Fingers erklärbar.

Sowohl beim N. med. als auch beim N. uln. sind die Ergebnisse der Wiedererlangung der Sensibilität in ihrer Güte so geordnet, daß bei primärer Versorgung bessere Ergebnisse als bei sekundärer End-zu-End-Naht gefunden wurden und die sekundär mittels Transplantat versorgten Patienten am schlechtesten abschnitten.

Insgesamt bestanden nur geringe trophische Veränderungen. Wenige Patienten klagten über diese Veränderungen.

Die durchgeführten EMG/ENG-Untersuchungen erbrachten wertvolle zusätzliche Informationen über die sensible Reinnervation. Die antidrom gemessenen Potentiale der sensiblen Neurographie waren nur ableitbar beim Vorliegen einer $2\text{-PD} < 20$ mm oder beim SW-Test bei Werten von $2,83 - 4,17$. Dieser Zusammenhang ist möglicherweise bei unkooperativen Patienten bei der Begutachtung von Nutzen.

Den bekannten Faktoren, die das Ergebnis einer Nervennaht beeinflussen, kann nicht widersprochen werden. Für ausgewählte Faktoren, wie Zeitpunkt der Naht und Unfallalter des Patienten konnte die Bestätigung erbracht werden. Somit kann in diesem



Zusammenhang nur darauf hingewiesen werden, den Zeitraum zwischen Unfall und Operation gering zu halten. Zur Nachuntersuchung ist das Schema nach Millesi gegenüber dem Schema nach Hightet das genauere Untersuchungsverfahren. Unter Einbeziehung des apparativen und des großen zeitlichen Aufwandes ist es kein sehr praktikables Verfahren und konnte sich wahrscheinlich deshalb nicht allgemein durchsetzen. Im Vergleich mit anderen Bewertungssystemen zeigte sich, daß subtile Unterschiede zwischen einzelnen Ergebnissen besser herausgearbeitet werden können.

Die vorliegende Studie unterstreicht einmal mehr die Forderung nach einer einheitlichen, möglichst exakten Aufarbeitung der operativen Ergebnisse nach Rekonstruktion peripherer Nerven.

In-vitro-Phagozytose der Sulkusgranulozyten unter Hormoneinfluß

Vorgelegt von Sabine Glänzer

Das Hauptziel dieser Arbeit bestand darin, den Einfluß von synthetischen Sexualsteroiden auf die Phagozytosekapazität der PMNL als wichtigen Faktor der unspezifischen zellulären Resistenz zu untersuchen.

Das dabei zur Anwendung gekommene In-vitro-Testverfahren ermöglichte die mikroskopische Differenzierung von vitalen und devitalen Granulozyten sowie von phagozytierten und extrazellulären Hefezellen und damit die Beurteilung der Phagozytosefähigkeit der Sulkus-PMNL.

In die Untersuchungen waren 39 Patienten mit verschiedenen Verlaufsformen der Parodontitis marginalis (AP, RPP und JP/PJP) und 18 gesunde Kontrollpersonen einbezogen. Die PMNL wurden durch Spülung des gingivalen Sulkus gewonnen und eine gepoolte Probe gebildet. In den Voruntersuchungen erfolgten zunächst Zellzahl- und Vitalitätsbestimmungen. Die Anzahl der Sulkuszellen war bei allen Parodontitispatienten im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant erhöht,

die meisten Zellen wurden bei den Patienten mit RPP gezählt. Bei der Sulkuszellvitalität wurden die größten Einschränkungen bei den Patienten mit JP/PJP und RPP festgestellt. Zur Bestimmung der Phagozytosekapazität wurden jeweils 100 Sulkus-PMNL hinsichtlich ihrer Fähigkeit, *Candida albicans* zu phagozytieren bzw. zu adhären, untersucht. So ergab sich die prozentuale Einschätzung der Phagozytosekapazität der Sulkus-PMNL für die verschiedenen Parodontitisformen.

Eine erheblich reduzierte Phagozytosekapazität im Vergleich zur Kontrollgruppe und auch zu den Patienten mit AP wurde bei den PMNL der Patienten mit RPP und JP/PJP ermittelt. Damit sind diese beiden Patientengruppen durch eine verminderte lokale Abwehrleistung ihrer Sulkusgranulozyten charakterisiert.

Die Phagozytosekapazität hat sich als entscheidender diagnostischer Parameter erwiesen, um zwischen den verschiedenen Parodontitisformen differenzieren zu können, wogegen sich andere getestete Parameter (Zellzahl, Vitalität) bzw. auch die klinischen Parameter (PI, SBI, Taschentiefe) für eine solche Differenzierung nicht eignen. Der Phagozytosefunktionstest ermöglicht somit eine frühzeitige Erkennung progressiv verlaufender Parodontitiden und eine Optimierung der Parodontitistherapie durch rechtzeitige Einleitung adäquater Maßnahmen.

Die durch die Phagozytosebestimmung der Sulkus-PMNL ermittelten Ergebnisse verdeutlichen die Validität der angewandten Methode (geringe Streuung aller Parameter) und bestätigen die mit gleicher Methodik erarbeiteten Untersuchungsergebnisse anderer Autoren.

Im folgenden wurde der Einfluß von 17(-Estradiol und Dienogest auf die Phagozytosefähigkeit der Sulkus-PMNL dieser Parodontitispatienten bzw. Kontrollprobanden getestet. Dazu wurden einem zweiten Phagozytoseansatz entweder 17(-Estradiol oder Dienogest – jeweils in einer bestimmten Konzentration – zugesetzt. Die unter Hormoneinfluß ermittelten Phagozytosekapazitäten der PMNL wurden mit den vorher (ohne Hormoneinfluß) ermittelten Werte verglichen.

Die Ergebnisse dieser In-vitro-Studie demonstrieren, daß die Phagozytosefunktion der sulkulären PMNL dem direkten Einfluß von 17(-Estradiol unterliegt. Dieses synthetische Östrogen führte bei den PMNL der Parodontitispatienten – je nach Konzentration in unterschiedlichem Ausmaß – zu einer Stimulation der Phagozytose opsonierter *Candida albicans* Dienogest induzierte dagegen trotz hoher Dosierung keine signifikanten Veränderungen der Phagozytosekapazitäten. Sofern sich die In-vitro ermittelten Ergebnisse auf In-vivo-Prozesse übertragen lassen, dürfte also eine verminderte Phagozytose-

leistung der Sulkus-PMNL bei der Entstehung einer hormonell bedingten Gingivitis als Kausalfaktor nicht in Frage kommen.

Um festzustellen, ob sich die Einnahme oraler hormonaler Kontrazeptiva (OC) auch auf die Phagozytosekapazität der Sulkus-PMNL auswirkt, wurden an 5 Frauen, die moderne, niedrigdosierte OC verabreicht bekamen und im Vergleich dazu an 5 Frauen, die keine OC einnahmen (alle mit gesundem Parodontalzustand), im Verlauf eines Menstruationszyklus jeweils am 4., 14. und 24. Zyklustag Phagozytoseuntersuchungen durchgeführt. Trotz Applikation der Prüfpräparate „MP 200L“ und „MP 2000“ wurden ähnliche Werte registriert wie bei den Frauen, die keine hormonale Kontrazeption betrieben: am 14. Zyklustag waren jeweils die meisten PMNL in der Sulkusflüssigkeit vorhanden und die Phagozytosekapazität war am geringsten.

Die Ergebnisse belegen, daß sich die unter OC-Einnahme festgestellten Veränderungen der Prüfparameter ausschließlich im Normwertbereich bewegten und den physiologischen Schwankungen in einem hormonell nicht stimulierten Zyklus gleichzusetzen sind.

Daraus ist zu schlußfolgern, daß die ermittelten Änderungen von Zellzahl und Phagozytosekapazität der Sulkusgranulozyten nicht aus der Einnahme der OC resultieren, sondern wahrscheinlich vielmehr aus den zyklisch ablaufenden Konzentrationsänderungen und komplexen Reaktionen und Interaktionen der endogenen Hormone.

Bei den Phagozytoseuntersuchungen im 2 bis 3tägigen Abstand während eines Menstruationszyklus wurden zwei Zeitpunkte der größten Phagozytoseleistung ermittelt: der erste während der folliculären Phase um den 9. – 11. Zyklustag und der zweite während der Lutealphase um den 23. Zyklustag. Das sind die zwei Zeitpunkte, wo im Plasma bekanntlich erhöhte Östrogenspiegel existieren. Dagegen sank die Phagozytosekapazität kurz nach der Ovulation (steigender Abfall des Plasmaöstrogenspiegels).

Die Ergebnisse lassen darauf schließen, daß die Schwankungen der endogenen Hormonspiegel während des Menstruationszyklus Veränderungen in der Stärke der zellulären Immunreaktionen bewirken. Jedoch sind dies erste Ergebnisse zum Zusammenhang von Sulkuszellphagozytose und natürlichen sowie synthetischen Sexualsteroiden, aus denen sich noch keine unmittelbaren klinischen Schlußfolgerungen ableiten lassen. Deshalb bedürfen die gewonnenen Erkenntnisse noch weiterer Untersuchungen zur Klärung und definitiven Einordnung.

Durch gezielte Phagozytoseuntersuchungen an 14 Parodontitispatienten konnte die parodontalchirurgische Therapie als weitere

positive Einflußgröße auf das zelluläre Abwehrgeschehen im Gingivasulkus nachgewiesen werden. Nach Abschluß der aktiven Parodontalbehandlung kam es zu einer deutlichen (signifikanten) Besserung sowohl der klinischen Parameter (PI, SBI, Taschentiefe) als auch der Laborwerte (Zellzahl, Vitalität, Phagozytosekapazität). Die signifikant erhöhte Phagozytosekapazität der Sulkus-PMNL nach der Parodontaltherapie läßt darauf schließen, daß die schwächere Phagozytoseleistung vor der Behandlung reversibel ist und wesentlich lokal durch die PMNL-schädigenden Produkte der parodontalpathogenen Bakterien im Gingivasulkus verursacht wird.

Daß die Dysfunktion der PMNL aus parodontalen Läsionen sehr wahrscheinlich ein lokalisiertes Phänomen ist, bestätigten abschließende Untersuchungen an Patienten mit lokalisierter progressiver Parodontitis marginalis. Denn hierbei wurde eine signifikant beeinträchtigte Phagozytosekapazität der PMNL aus erkrankten Parodontalbereichen im Vergleich zu den PMNL aus gesunden Parodontalbereichen ermittelt.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit die Rolle der Sexualhormone, besonders der Östrogene, bei der Modifikation der PMNL-Aktivität bestärken. Da sich Endokriniem, Immunsystem und Zentralnervensystem in sehr engem Zusammenhang und wechselseitiger Beeinflussung befinden, ist dieses Ergebnis nicht überraschend.

Ovulationshemmer haben in den heute üblichen niedrigen Dosierungen jedoch keinen Einfluß auf die Phagozytosefähigkeit der für die Immunabwehr der parodontalen Infektion wichtigen Sulkus-PMNL.

Im Hinblick auf eine weitverbreitete Östrogenverabreichung muß die klinische Wirkung von Östrogenen sowie das Ausmaß aller immunendokrino-logischen Wechselwirkungen im biphasischen Zyklus mit adäquaten Methoden untersucht und dabei sowohl die humorale als auch die zelluläre Seite der immunologischen Reaktivität genau kontrolliert werden.

Weitere Studien mit In-vivo-Tests der zellulären Immunität, der Bestimmung der verschiedenen Ig-Fractionen, des Komplementsystems und der zirkulierenden Immunkomplexe sind notwendig, um sich ein klares Bild über die durch Sexualhormone induzierten Beeinflussungen des Immunsystems machen zu können.

In diesem Bemühen soll die vorliegende Studie als Beitrag verstanden werden.

Der neue Kammervorstand stellt sich vor



Dr. Lothar Bergholz,
Eisenach
Präsident

Kurzvita:

Geboren 1942
1961 – 1966 Studium der Zahnmedizin
1966 – 1971 Fachzahnarzt Ausbildung Allgemeine Stomatologie
1980 Promotion
1991 Niederlassung in Eisenach

Weitere Tätigkeiten:

Seit 1991 Mitglied im FVDZ
Mitglied aller Kammerversammlungen
Mitglied der Gleichwertigkeitskommission der LZKTh
Stellvertreter des Kreisstellenvorsitzenden der Kammer Kreis Eisenach
1991 – 1995 Gutachter im Bereich ZE der KZVTh
1995 – 1999 Vorstandsmitglied der LZKTh
Referent für die Patientenberatungsstelle
Mitglied im Gutachterausschuß
Wahl zum Präsidenten der LZKTh

An die Spitze der zahnärztlichen Berufsvertretung in Thüringen gewählt worden zu sein, bedeutet für mich, in Zusammenarbeit mit dem bewährten Vorstand und unserer neu gewählten Kollegin in erster Linie die von der Kollegenschaft bestätigte kompetente Sacharbeit gemeinsam fortzusetzen. In einer gesundheitspolitisch zunehmend schwierigen Zeit ist von besonderer Bedeutung, daß die Interessen und Belange der Kolleginnen und Kollegen in Thüringen im Zusammenwirken aller zahnärztlicher Organisationen in unserem Bundesland und darüber hinaus auf Bundesebene wahrgenommen werden. Dieser gewiß komplizierten Aufgabe wird mein besonderes Engagement gewidmet sein. Darüber hinaus gilt es, das Dienstleistungsangebot der Kammer auszubauen. Dies betrifft die zu besetzenden Ausschüsse ebenso wie Überlegungen, die Effizienz unserer Verwaltung zu verbessern. Ansätze dazu sehe ich mit dem Umzug in unser neues Kammerdomizil im nächsten Jahr. Dabei wird der Aufbau unserer eigenen Fortbildungseinrichtung eine reizvolle Aufgabe werden. Gilt es doch, mit dem Einsatz gemeinsam von uns allen erarbeiteter Mittel ein Angebot für die Zukunft zu schaffen, das moderner Fortbildung ebenso gerecht wird wie Prinzipien der Sparsamkeit. Die mit der Patientenberatungsstelle in den letzten Jahren gemachten guten Erfahrungen sollten uns ermutigen, unsere zahnmedizinische Fachkompetenz verstärkt in entsprechende Angebote für die Öffentlichkeit und die Gesundheitspolitik einzubringen.



Dr. Andreas Wagner,
Erfurt

Vizepräsident
in dritter Legislaturperiode

Kurzvita:

Geboren 1954, verheiratet, 3 Kinder
1960 – 1968 Polytechnische Oberschule in Erfurt
1968 – 1972 Erweiterte Oberschule in Erfurt, Abitur
1972 – 1974 Grundwehrdienst
1974 – 1979 Studium der Zahnmedizin an der Karl-Marx-Universität Leipzig und an der Medizinischen Akademie Erfurt
Approbation als Zahnarzt
Beginn der beruflichen Tätigkeit als Assistent in der Poliklinik für Prothetische Stomatologie der MAE
Promotion zum Dr. med. auf dem Gebiet der prothetischen Stomatologie
Fachzahnarztanerkennung
1984 – 1990 weitere Tätigkeit als Zahnarzt und Lehrassistent an der MAE
Ernennung zum Oberarzt
Beginn der Tätigkeit in eigener Praxis
Seit 1989 Vorstandsmitglied der Mitteldeutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zu Erfurt e. V.
Seit 1990 Vorstandsmitglied des Landesverbandes Thüringen des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte e. V.
Seit 1991 ehrenamtliche Tätigkeit als Vizepräsident der Landeszahnärztekammer Thüringen

Mein Hauptanliegen besteht in der Koordination der Arbeit der einzelnen Referate des Vorstandes mit dem Ziel, die Zahnärzte Thüringens in der qualitätsbewußten Ausübung einer leistungsfähigen und modernen Zahnmedizin zu unterstützen. Die Berufsvertretung fördert die Zahnärzteschaft beim Erreichen und Halten hoher Standards. Daraus ergibt sich die Orientierung auf eine innovative Fortbildungseinrichtung sowohl für Zahnärzte als auch für Mitarbeiterinnen sowie eine effiziente Verwaltung. Kompetenz bestimmt unser Handeln in der Öffentlichkeit, die zunehmend – z. B. in der Patientenberatung – überzeugt werden kann, die Zahnärzte als Partner des Patienten anzuerkennen. Dabei bestimmt das Motto „agieren statt reagieren“ zunehmend unser Handeln. Die schlagkräftige Öffentlichkeitsarbeit einer leistungsfähigen Pressestelle und professionelle PR-Arbeit stehen deshalb im Mittelpunkt und dienen unserem gemeinsamen Ziel: die positiven Seiten unserer Arbeit einer breiten Öffentlichkeit auf allen Ebenen zu vermitteln.



Dr. Gisela Brodersen,
Erfurt

Referentin für Gebührenordnungen
in zweiter Legislaturperiode

Kurzvita:

Geboren 1951, verheiratet, zwei Kinder
1970 Abitur
1971 – 1976 Studium der Zahnmedizin an der IMF Bukarest
1976 – 1980 Assistentin in der Abteilung Prothetik
der Medizinischen Akademie Erfurt
1980 – 1991 Fachzahnärztin an der Poliklinik Süd Erfurt
1984 Promotion
seit 1991 Niederlassung in eigener Praxis
seit 1995 Vorstandsmitglied der Landes Zahnärztekammer
Thüringen und Referentin für Gebührenordnungen

Basierend auf den Erfahrungen der vorangegangenen Legislaturperiode ergeben sich neue Ziele und Aufgabenstellungen. Dies wird auch dadurch signalisiert, daß die Bezeichnung des Referates globaler gefaßt wurde. Statt GOZ-Referat wurde die Bezeichnung Referat Gebührenordnungen gewählt. Damit wird deutlicher, daß alle Probleme der privaten zahnärztlichen Planung und Liquidation bearbeitet werden.

Fundierte Kenntnisse der Rechtsgrundlagen sind Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Arbeit für die Thüringer Kolleginnen und Kollegen. Die ständige Weiterbildung, nicht nur der Referentin, sondern auch der Mitarbeiterin der Verwaltung, hat deshalb einen hohen Stellenwert. Von Bedeutung ist gerade unter diesem Gesichtspunkt die Mitarbeit in der GOZ-Arbeitsgruppe Mitte zur Koordinierung von Standpunkten zu den Gebührenordnungen und die sich daraus ergebenden einheitlichen GOZ/GOÄ-Beschlüsse für die Länderkammern. Mit den Arbeitsgruppen Nord und Süd wird ein enger Kontakt gehalten. Dadurch ist auch gesichert, daß die Standpunkte der LZKTh in die Meinungsfindung der BZÄK Einzug finden.

Bedeutsam für die tägliche Arbeit in den Praxen und für das so wichtige Arzt-Patientenverhältnis ist das Verhalten der Erstattungs-/Beihilfestellen. Es wäre illusorisch davon auszugehen, daß es den Zahnärzten gelingen wird, mit den Erstattungs-/Beihilfestellen in allen Punkten zu einem Konsens zu gelangen. Ein wichtiges Ziel wird es innerhalb der nächsten vier Jahre sein, das Gespräch mit diesen Stellen zu führen. Es sollen Angebote unterbreitet werden, die der fachlichen Beratung dienen sollen, um dadurch unnötige Streitpunkte aus dem Weg zu räumen. Dazu gehört auch, daß die Standpunkte und Auffassungen der Zahnärzte immer wieder erläuternd dargestellt werden. Wichtig wird allerdings auch sein, die Punkte zu erkennen, bei denen aufgrund der Gesetzeslage nur sehr enge bzw. keine Auslegungsspielräume existieren. Dies wird dann den Kolleginnen und Kollegen mitgeteilt, um unnötige Auseinandersetzungen mit den Patienten zu vermeiden.

Nicht nur aus diesem Grund wird es regelmäßige Veröffentlichungen im tzb geben. Geplant ist deshalb eine Kolumne zu Abrechnungsfragen, Standpunkte zu den Gebührenordnungen und Erläuterungen aktueller Urteile. Bei entsprechendem Interesse könnte auch ein regelmäßiger Versand von News über eMail erfolgen. Die im Referat sich ansam-

melnden Erfahrungen werden auch über Fortbildungsveranstaltungen im Rahmen des Referates Fort- und Weiterbildung weitergegeben werden.

Last but not least ist die kurzfristige und fachlich kompetente Bearbeitung aller Probleme der Kolleginnen und Kollegen mit den Gebührenordnungen von großer Bedeutung. Dabei wird es eine enge Zusammenarbeit mit der Patientenberatungsstelle geben. Weitergeführt und angeboten wird selbstverständlich auch die telefonische Beratung zu Fragen der Gebührenordnungen.



Dr. Robert Eckstein,
Meiningen

Referent für Zahnarzthelferinnen
in dritter Legislaturperiode

Kurzvita:

Geboren 1952 in Suhl, verheiratet, drei Kinder
1975 – 1979 Studium der Zahnmedizin in Jena und Erfurt
1981 Promotion in Jena
1991 Niederlassung in eigener Praxis in Meiningen

Es gibt drei große Arbeitsschwerpunkte im Referat Zahnarzthelferinnen in dieser Legislaturperiode:

Zahnarzthelferinnenausbildung

Besonders wichtig ist hier einmal die Berufung und Sitzung des Berufsbildungs- und der Prüfungsausschüsse. Zum anderen wird meine Mitarbeit in der Arbeitsgruppe der Bundeszahnärztekammer „Neuordnung der Ausbildungsverordnung“ auch für Thüringen von Interesse sein. Weitere Aufgaben sind die Organisation der Ausbildung der Zahnarzthelferinnen, die Ausbildungsberatung, der weitere Ausbau der Kontakte zu Berufsschulen und Kultusministerium sowie die Erstellung der Zwischen- und Abschlußprüfungen 2000.

Zahnmedizinische Fachhelferinnen (ZMF)

Inhaltlicher Schwerpunkt ist die Umgestaltung der Fortbildungs- und Fortbildungsprüfungsordnung entsprechend der Musterordnungen der BZÄK. Hierzu wird am 22. September 1999 eine Koordinierungskonferenz in Köln stattfinden.

Die ZMF-Fortbildung wird in drei parallel laufenden Lehrgängen mit anschließender Prüfung durchgeführt. Außerdem planen wir eine Einführungsveranstaltung für ZMF-Ausbilder.

Fortbildung für ZAH und ZMF

Besonderes Augenmerk legen wir auf die Mitarbeit im Fortbildungsausschuß und die Koordinierung der Fortbildung mit dem Fortbildungsreferat. Für ZMF und Berufsschullehrer wird es spezielle Fortbildungsveranstaltungen geben.

Oberste Priorität unserer Referatsarbeit hat die materielle, inhaltliche und personelle Konzeption der Fortbildungseinrichtung der LZKTh in den neuen Räumlichkeiten, in denen Zahnärzte und Zahnarzthelferinnen ab Herbst nächsten Jahres möglichst ideale Bedingungen für ihre berufliche Weiterbildung finden sollen. Selbstverständlich gehört dazu auch die Gestaltung des „Helferinnentages“ zum 5. Thüringer Zahnärztetag, der vom 29. September bis 2. Oktober 2000 stattfinden wird.



Dr. Angelika Krause,
Sömmerda
Referentin
Patientenberatungsstelle

Kurzvita:

Geboren 1951
1970 Abitur
1970 – 1975 Studium der Zahnmedizin
an der Karl-Marx-Universität Leipzig
1975 – 1990 Kreispoliklinik Sömmerda
1986 Promotion
seit 1991 Niederlassung in eigener Praxis

Das Grundanliegen der Landes Zahnärztekammer Thüringen war es, mit der Patientenberatungsstelle eine Einrichtung zur Pflege eines guten Zahnarzt-Patienten-Verhältnisses einerseits und im Interesse der Qualitätssicherung andererseits zu schaffen mit der Zielstellung, ein fachkompetentes, standeseigenes Gremium für die Beratung, Aufklärung und Information der Patienten und der Zahnärzte anzubieten. Für die nächste Zeit ist eine Postkartenaktion geplant. Mit dieser Aktion soll auf die Möglichkeit hingewiesen werden, daß spezielle fachliche Anfragen im Rahmen der Patientenberatung von Zahnärzten beantwortet werden.

Auf der Ratgeberseite der „Thüringer Allgemeine“ ist die Veröffentlichung spezieller zahnmedizinischer Themen geplant, die für Leser interessant sein könnten. Die Patienten und auch die Zahnärzte sollen wissen, daß man sich im Zweifelsfalle an die in der Kammer eingerichtete Patientenberatung bzw. Schlichtungsstelle wenden kann.



Dr. Joachim Richter,
Saalfeld
Referent für Fort- und Weiterbildung
in dritter Legislaturperiode

Kurzvita:

Geboren 1940, verheiratet, 2 Kinder
1961 – 1966 Studium der Zahnmedizin an der FSU Jena
1970 Fachzahnarzt für Allgemeine Stomatologie
ab 1974 Chefarzt der Zahnärztlichen Abteilung
des Agricola-Krankenhauses Saalfeld
Kreiszahnarzt bis 1989
Mitglied und Vorsitzender
der Bezirksfachkommission
Allgemeine Stomatologie
im Bezirk Gera

1990 Neuberufung zum Chefarzt
der Zahnärztlichen Abteilung der Thüringenklinik
„Georgius Agricola“ gGmbH Saalfeld

seit 1990 Vorstandsmitglied der Landes Zahnärztekammer
Thüringen und Referent für Fort- und
Weiterbildung

Seit 1990 wurde in der Fortbildung eine kontinuierliche Aufbauarbeit betrieben. Die statistischen Erhebungen belegen es, daß wir uns erfolgreich gegen jegliche Fortbildungsanbieter durchgesetzt haben. Dies ist zu einem großen Anteil der Tatsache geschuldet, daß unsere Fortbildung unmittelbar auf die Bedürfnisse der Thüringer Kollegen thematisch zugeschnitten ist, daß die Qualität unserer Referenten jedem Vergleich standhält, und daß wir unsere Kurse kostengünstig gestalten können, da die Fortbildung ein Teil der Kammerarbeit ist.

Dennoch hat uns die Zeit bereits überholt. Unsere räumlichen Voraussetzungen sind in erschreckender Weise hinter der notwendigen Entwicklung zurückgeblieben. Die gegebenen unhaltbaren Zustände sollen zum 30.06.2000 durch die Fertigstellung des neuen Fortbildungsinstituts und der Kammer beendet sein, so daß wir ab Herbst nächsten Jahres die Fort- und Weiterbildung für Zahnärzte und Zahnärzthelferinnen in ordentlichen Räumen mit entsprechender technischer Ausrüstung gewährleisten können. Dieses Hauptziel geht parallel mit der Vorbereitung des 5. Thüringer Zahnärztetages, der am 29./30.09.2000 in Erfurt stattfinden und unter der wissenschaftlichen Leitung von Herrn Prof. Dr. G. Meyer stehen wird.

Obwohl unsere Thüringer Zahnärztinnen und Zahnärzte bereits einen hohen Fortbildungsanteil nachweisen können, werden von Seiten der Politik und der Krankenkassen zunehmend Qualitätsstandards gefordert, die wir sicherlich zu einem großen Teil heute bereits erfüllen, jedoch zunehmend verpflichtet sein werden, dieses auch nachzuweisen.

Im Referat Fortbildung müssen demzufolge Gedanken entwickelt werden, wie diese Qualitätszirkel oder anders benannte Arbeitsgruppen zu einer sinnvollen regelmäßigen Fortbildung kommen.

Im Initiativkreis Umfassende Zahnerhaltung (IUZ), dessen 2. Zyklus im September 1999 beendet wird, haben bereits über 200 Thüringer Kollegen eine postgraduale, umfassende und hochqualifizierte Fortbildung erfahren, an der sie freiwillig zwei Jahre lang teilgenommen haben. Wir werden diese Art der Fortbildung weiterführen und den 3. Zyklus im neuen Institut im Herbst 2000 beginnen.

Das Referat Fortbildung erhält wesentliche Impulse durch den Fortbildungsausschuß, der mit erfahrenen Praktikern besetzt ist und sich jederzeit Rat und Unterstützung von unseren Thüringer Hochschuldozenten holen kann.

Das gesamte Fortbildungsangebot erscheint zweimal jährlich im sogenannten „grünen Heft“, jeweils vor den Weihnachts- und den Sommerferien, als Frühjahrs- und Herbstsemester. Die Kurse speziell für die Zahnärzthelferinnen sind in einem extra Heft zusammengestellt.

Ein weiteres Aufgabengebiet dieses Referates besteht in der Betreuung und Koordinierung der Weiterbildung von Zahnärzten zu den Gebietsbezeichnungen Kieferorthopädie und Oralchirurgie. Es wurden kompetente und verantwortungsvoll arbeitende Prüfungskommissionen berufen, die auf eine langjährige exakte Arbeit zurückblicken können.

Ein dritter Aufgabenbereich dieses Referates liegt in der Feststellung und Überprüfung der Gleichwertigkeit des zahnärztlichen Ausbildungsstandes zum Erreichen der Berufserlaubnis bzw. der deutschen Approbation bei Studiengängen, die im Ausland absolviert worden sind. Diesen Verfahrensweg regelt eine Verfahrensordnung. Die Vielschichtigkeit dieser Problematik wird in Zusammenarbeit mit dem Ministerium, unserem Ressort und der Sachverständigenkommission

verantwortungsbewußt bearbeitet, die praktisch und theoretisch feststellt, ob die entsprechenden fachlichen Voraussetzungen gegeben sind.

Auch in der Perspektive wird es darauf ankommen, die Thüringer Zahnärztinnen und Zahnärzte und auch die Zahnärzthelferinnen für eine kontinuierliche Kammerfortbildung zu motivieren und zu gewinnen, da wir der festen Überzeugung sind, daß die steigenden Anforderungen aus dem Kassensbereich und aus der Politik und nicht zuletzt durch den umfassend aufgeklärten Patienten ohne stetige Fortbildung nicht zu bewältigen sind.



Dr. Ingo Schmidt,
Arnstadt

Referent für
Gutachterwesen /Schlichtung
in zweiter Legislaturperiode

Kurzvita:

Geboren	1943 in Gräfenroda Schulzeit mit Abitur beendet Praktikum im Krankenhaus und Studium in Berlin (Humboldt-Universität) Fachzahnarztausbildung in der ehemaligen Bezirkspoliklinik in Schwerin unter Prof. Gerber Leiter des Landambulatoriums Neustadt-Glewe Promotion in Berlin
1977	Übernahme der väterlichen Praxis in Arnstadt als Wagnis unter DDR-Bedingungen, gemeinsam mit Ehefrau und Berufskollegin Dr. Rotraud Schmidt seither dort tätig
1987	2 Kinder, Sohn 33 Jahre, Tochter 23 Jahre von Anfang an standespolitisch tätig
seit 1991	Mitglied der Kammerversammlung, Gründungskammerversammlung als Vorsitzender geleitet
seit 1993	im Vorstand tätig als Referent für Gutachterwesen und Schlichtung
seit 1991	Kreisstellenvorsitzender im Altkreis Arnstadt

Als konkrete Vorhaben in der Legislaturperiode stehen für das Referat Gutachterwesen/Schlichtung einige wesentliche Punkte an, so soll z. B. für eine bessere lokale Verteilung und damit bessere Erreichbarkeit von zahnärztlichen Gutachten in Thüringen gesorgt werden. Kollegen mit spezialisiertem Wissen, z. B. Allergologie, Funktionslehre, Kiefergelenkerkrankungen oder speziellen prothetischen Kenntnissen sollen für eine Gutachtertätigkeit gewonnen werden.

Weiterhin soll ein Modus gefunden werden, um Patienten eine fachlich fundierte Kurzbegutachtung mit geringeren Kosten und wenig Aufwand zu ermöglichen, da die Wünsche nach einer unabhängigen und neutralen Zweitmeinung zunehmen. Für „geplatze“ Schlichtungsverhandlungen soll eine Kostenregelung eingeführt werden.

In gewohnt guter Zusammenarbeit mit der Patientenberatungsstelle und den Erfahrungen der vergangenen Jahre wollen wir weiterhin einfühlsam und kollegial mit den Problemen aus gestörten Arzt-Patienten-Beziehungen umgehen.



Gottfried Wolf,
Suhl

Referent für Öffentlichkeitsarbeit
in dritter Legislaturperiode

Kurzvita:

Geboren	1947 in Sömmerda
1965	Abitur mit Teilabschluß Landwirt, danach Hilfsarbeiter in Buna
1968	Abschluß der Facharbeiter-Ausbildung zum Physiklaboranten
1968 – 1971	Studium der Zahnmedizin an der Universität Rostock, Physikum
1971 – 1973	Studium der Zahnmedizin in Leipzig, Staatsexamen
1978	Fachzahnarzt-Kolloquium, gleichzeitig Ausbildung im Bereich Parodontologie
1979	Gründung des Arbeitskreises Parodontologie im Bezirk Suhl
1990	Mitbegründer des UDJ in Leipzig
1990	Wahl in den Gründungsvorstand der Zahnärztekammer e. V.
1991	Vorstandsmitglied in der LZKTh als Körperschaft öffentlichen Rechts
1991	Gründung des Thüringer Zahnärzteblattes

verheiratet mit der Zahnärztin Dipl.-Med. Barbara Wolf, mit der zusammen er eine Gemeinschaftspraxis in Suhl betreibt, zwei Söhne im Alter von 20 und 23 Jahren

Nach meiner Wiederwahl zum Referenten für Öffentlichkeitsarbeit räume ich der Öffentlichkeitsarbeit nach innen und außen besondere Priorität ein. Mein Anliegen ist es, die Thüringer Zahnärzteschaft schnell, umfassend und sachkundig über alle Problematiken der zahnärztlichen Berufsausübung in fachlicher, gesellschaftlicher und juristischer Beziehung zu informieren.

Dazu gehört auch die Vertiefung der Kontakte zwischen Vorstandsmitgliedern und Zahnärzten in den Kreisstellen.

Nur wenn die Probleme an die Vorstände herangetragen werden, kann sich die Kammer als Partner der Zahnärzte für deren Belange engagieren. Deshalb begrüßt sie jede Anregung von außen als Grundlage einer wirkungsvollen Arbeit.

Ein weiteres Anliegen ist die Repräsentation des Berufsstandes in der Öffentlichkeit auf der Basis des ethischen Anliegens unserer beruflichen Tätigkeit. Es geht darum, entgegen dem derzeit vorherrschenden Bild, das durch wenige „schwarze Schafe“ innerhalb ärztlicher Berufsgruppen geprägt wird, der Öffentlichkeit eine objektive Darstellung unserer Leistungskraft zu vermitteln.

Als bereichernde Ergänzung zum Fortbildungsprogramm bemühe ich mich um den Ausbau der fachlichen Beziehungen zwischen Hochschulen und Zahnärzteschaft, was in der Veröffentlichung von Fachbeiträgen im tzb Niederschlag findet.



Dr. Olaf Wunsch,
Kahla

Referent für Zahnärztliche Berufsausübung in zweiter Legislaturperiode

Kurzvita:

- Geboren 1963 im jetzigen Chemnitz, verheiratet, 2 Kinder (4 und 10 Jahre)
- 1982 Abitur
- 1989 Studium der Stomatologie in Jena und Erfurt
- 1989 Approbation als Zahnarzt
- 1993 Promotion zum Doctor medicinae (Doktorvater MR Prof. Dr. sc. med. D. Eismann)
- 1989 – 1991 verschiedene Assistententätigkeiten in Kahla, Jena und Coburg
- seit 1990 Mitglied im UDZ, später FVDZ
- seit 1991 niedergelassen in eigener Praxis in Kahla
- seit 1994 Mitglied des Landesvorstandes des FVDZ Thüringen
- seit 1995 Mitglied des Vorstandes der LZKTh, Referat Zahnärztliche Berufsausübung
- seit 1995 Mitglied der Vertreterversammlung der KZVTh

Das Referat Zahnärztliche Berufsausübung wird ohne Abstriche seine Arbeit kontinuierlich fortsetzen. Dazu gehört natürlich die aktuelle Information über neue gesetzliche Belange für Sie. Die Kontakte zu den Aufsichtsbehörden werden weiterhin gepflegt, um sinnvolle Umsetzungen von neuen Pflichten zu erreichen. Mein Anliegen ist und bleibt eine geringst mögliche Belastung der Praxen. Daher werde ich immer wieder für Praxishilfen plädieren. Der BuS-Dienst soll als Serviceeinrichtung helfen, er wird nach wie vor nur beratend tätig werden. Das Referat ZäBa soll weiterhin im Sinne einer Servicestelle für die Thüringer Zahnärzte arbeiten und Ihr Ansprechpartner sein.

Innerhalb der BZÄK arbeite ich im Kernausschuß „Zahnärztliche Berufsausübung“ und im Reaktionsausschuß „Handbuch“ mit. Bei der Novellierung der Röntgenverordnung wird Thüringen mit Hilfe der BZÄK versuchen, seine Vorstellungen und Kritikpunkte dem Bundesgesetzgeber vorzutragen, um damit Schaden von der Zahnärzteschaft abzuwenden.

Ich möchte in der neuen Legislaturperiode mit helfen, eine gründliche Satzungsänderung im Interesse der Zahnärzte voranzubringen und andere Verordnungen auf dem Stand der Zeit zu halten.

Mein Motto: Die Landes Zahnärztekammer ist für die Zahnärzte Thüringens da, und nicht umgekehrt.

Wichtige Korrektur zum letzten Rundschreiben!

Im Rundschreiben Nr. 2/99 der LZKTh muß es in der Anlage 1, Seite 1, richtig heißen:

1. Stellvertreter des Vorsitzenden der Kammerversammlung:

Frau Heidemarie Börner
Lessingstraße 2, 07545 Gera
Tel.: 0365/51385

**Aufruf zur Mitfahrt
im Fesselballon über Erfurt**



Am 22. September 1999 startet um 16.30 Uhr im Nordpark der rote Fesselballon mit dem Logo der zahnfreundlichen Süßigkeiten, um über Erfurt zu schweben.

Für DM 320,- suchen wir noch Mitfahrer.

Interessenten melden sich bitte baldmöglichst bei Brigitte Kozlik, Geschäftsführerin der LAGJTh unter Tel. 0361/74 32-114

**Stimmungsvolle Aquarelle
in der Landes Zahnärztekammer**

Am 01. September hat die Meininger Malerin Beate Gemeinhardt in den Räumlichkeiten der Landes Zahnärztekammer Thüringen ihre Ausstellung „Freude an Farben“ eröffnet. In ihren Aquarellen spannt die Künstlerin den Bogen von der wirklichkeitsnahen Naturabbildung über ungewöhnliche Farbabstimmungen bis hin zur experimentellen Verfremdung. Harmonie und Lebensfreude will Beate Gemeinhardt den Betrachtern vermitteln. Dabei greift sie in der Farbauswahl auf Erkenntnisse der Farbpsychologie zurück, was sich in den sanften Blau- und Grüntönen ihrer Bilder bemerkbar macht.

Die Ausstellung kann während der Geschäftszeiten besucht werden. (He)



„Erwacht“ ist der Titel dieses stimmungsvollen Aquarells, das ab September in der Landes Zahnärztekammer zu betrachten ist.



Beate Gemeinhardt beschäftigt sich seit 1994 erfolgreich mit der Aquarellmalerei. Während ihrer Verkaufsausstellung stellt sich die Künstlerin gerne der Diskussion über ihre Bilder.

Tag der Zahngesundheit 1999



Der 25. September 1991 sollte für alle an der Zahngesundheit interessierte Menschen in Deutschland ein besonderer Tag werden:

„Tag der Zahngesundheit“

Ein Aktionskreis, dem rund 30 Organisationen - von den Zahnärzten über die Krankenkassenverbände, dem ÖGD, dem Deutschen Städte- und Landkreistag bis hin zu wissenschaftlichen Gesellschaften - angehören, war und ist der Initiator dieser Veranstaltung, die seitdem einen festen Platz im Terminkalender vieler Bürger, vor allem bei Kindern und Jugendlichen, gefunden hat.

Die Veranstalter und die Zielgruppen - meist sind es eben Kinder und Jugendliche - haben die herausragende Bedeutung dieses Tages für die Verbesserung der Zahngesundheit erkannt und sind sich einig, daß gesunde Zähne wesentlich zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen. Auf Grund der Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse und der zum Teil daraus resultierenden Änderung der Sozialgesetzgebung (§ 21 SGB V) kann man heute mit Stolz sagen, daß die Zahnkaries bei Kindern und Jugendlichen in den letzten 2 Jahrzehnten um 70 % zurückgegangen ist - die gesetzlichen Krankenkassen haben sofort reagiert und eine Einsparung von 10 Mrd. DM für diesen Zeitraum errechnet.

Ohne ein Werturteil abzugeben, kann man doch sagen, daß von der eingangs erwähnten Änderung der Sozialgebung bzgl. § 21 SGB V im Jahre 1989 (zahnärztliche Gruppenprophylaxe) die Gruppe der heute 12-jährigen am meisten profitiert hat. Statistische Erhebungen der DAJ im gesamten Bundesgebiet aus den Jahren 1994/95 und 1997 haben ergeben, daß sich der DMF (T)- Wert (drückt die durchschnittliche Kariesverbreitung innerhalb einer Gruppe von Einzelpersonen aus) in dieser Altersgruppe deutlich verringert hat, in den meisten Bundesländern lagen die Mittelwerte sogar deutlich unter dem neuen WHO-Grenz-

wert für Europa (DMF-T.<2). Thüringen beteiligt sich an dieser Studie, die im Jahr 2000 fortgesetzt wird, liegt mit DMF-T von 1.96 voll im Trend und hat gegenüber den Untersuchungen von 1995 einen Kariesrückgang von 24.6 % zu verzeichnen.

Altenburg weist mit DMF-T 1.84 sogar einen noch besseren Wert auf - ein Blick in alte Unterlagen dokumentiert hier im Schuljahr 1988/89 für die 12-jährigen einen DMF-T von 3.6!

Wir haben in dieser Altersgruppe 50 % weniger Karies als noch vor 10 Jahren. Trotz des Kariesrückganges hat sich die Polarisierung der Karies nicht wesentlich verändert, wie eine weitere Studie vom „Institut der Deutschen Zahnärzte“ (IDZ) unter Beweis stellt: 21.5 % aller Jugendlichen haben 61.2 % aller DMF-Zähne und 7.9 % dieser Gruppe mit 29.6 % fast ein Drittel aller erkrankten Zähne (Gruppe mit erhöhtem Kariesrisiko).

Hier spielen auch soziale Faktoren eine nicht unwesentliche Rolle. Die beabsichtigten Gesetzesänderungen im Sozialgesetzbuch zur zahnärztlichen Gruppenprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen haben diese Situation schon berücksichtigt.

Auch in der bisher konstanten Verbesserung der Gebißgesundheit bei kleineren Kindern ist eine Stagnation eingetreten. Für uns kein Grund, unsere Strategie gegenüber den Zahn- und Munderkrankungen zu ändern: Eine gute Zahn- und Mundhygiene ist unlösbar mit der Prophylaxe der Karies verbunden. Die Gebißreinigung muß mindestens zweimal täglich erfolgen. Das Vorhandensein von Zahnbelag und beginnenden Parodontalschäden können darauf hinweisen, daß die Mundhygiene nicht gewissenhaft genug durchgeführt wird. In Kindertagesstätten und Schulen kann Prophylaxepersonal (Zahnärzte und Helferinnen) gemeinsam mit den Erzieherinnen auf eine Förderung der eigenständigen Gebißpflege hinwirken.

Auf die Rolle des Zuckers im Kariesgeschehen haben Zahnärzte und Ernährungswissenschaftler in der Vergangenheit immer wieder hingewiesen. Trotzdem erscheint es mir wichtig, auf eine Erscheinungsform der kindlichen Karies hinzuweisen, deren Bedeutung unterschätzt wurde, weil sie in den neuen Ländern kaum auftrat. Die Rede ist von der sogenannten Saugflaschenkaries, die in einem Alter entsteht, in der noch kein Zahnarztbesuch stattfindet.

Sie ist oftmals die Folge vom Gebrauch einer Saugflasche mit süßem Inhalt, sowohl tagsüber als auch nachts. Dabei nimmt das betroffene Kind nahezu 24 Stunden pro Tag Süßes zu sich. Betroffen sind dann meist die Frontzähne der Kinder. Auch hierüber müssen wir Eltern und Erzieher informieren. Neben der Mundhygiene und der Einschränkung des Zuckerkonsums ist die Anwendung von Fluoriden eine Hauptkomponente der Kariesprophylaxe. Es ist eine unbestrittene Tatsache, daß die Erfolge in der Kariesprophylaxe auf eine breite Verfügbarkeit von Fluoriden zurückzuführen sind. Dabei kommt dem Einsatz über den Magen-Darm-Trakt (Tabletten, Fluor-Salz) die gleiche Bedeutung zu wie der lokalen Anwendung in Form von Zahnpasten, Lacken, Gelen oder Lösungen. Auch die Kombination beider Methoden (Fluoridergänzung) ist möglich, wobei man über eine mögliche Überdosierung (hohe natürliche Fluoridkonzentration im TW) sich mit dem zuständigen Gesundheitsamt oder seinem Zahnarzt beraten sollte. In unseren Regionen ist dies allerdings nahezu ausgeschlossen.

Letztendlich stellt der regelmäßige Besuch beim Zahnarzt eine wichtige Etappe der Prävention der Karies dar, denn er wird Ihnen sagen: Lebenslange Prophylaxe ersetzt lebenslange Behandlung! Ich bin wieder am Ausgangspunkt meiner Betrachtungen - Tag der Zahngesundheit 1999! Er steht in diesem Jahr unter dem Motto: „50 Jahre DAJ“, wobei DAJ Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege bedeutet und die Organisation in Deutschland darstellt, die sich seit fünf Jahrzehnten unter wechselnden Bedingungen und Namen erfolgreich um die Gebißgesundheit der Kinder und Jugendlichen verdient gemacht hat, seit der Gesundheitsstrukturreform 1989 die Grundsätze der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen verabschiedet hat und unter deren Dach die Landesarbeitsgemeinschaften Jugendzahnpflege zusammenwirken. Die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen e. V. hat sich sofort nach ihrer Gründung am 1.6.1992 der DAJ angeschlossen, besteht aus den Körperschaften der Zahnärzte Thüringens, den Landesverbänden der Krankenkassen, dem Land Thüringen - vertreten durch das Ministerium für Soziales und Gesundheit - und dem Thüringischen Landkreistag und setzt schrittweise über die regionalen Arbeitskreise die zahnärztliche Gruppenprophylaxe flächendeckend durch.

Höhepunkt und, ich denke auch, Würdigung der bisherigen Arbeit unserer Landesarbeitsgemeinschaft ist die Vergabe der bundesweiten Eröffnungsveranstaltung zum Tag der Zahngesundheit am 22. September nach Erfurt, an der auch Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer teilnehmen wird. Die Veranstaltung ist verbunden mit dem 3. Thüringer Jugendzahnpflegetag, der ebenfalls in der Landeshauptstadt stattfinden wird und den Erfurter Kindern bei Spiel und Spaß in zahlreichen Aktionen rund um das Motto „Gesund beginnt im Mund“ Wissen zur Zahngesundheit vermitteln wird. Auch in den Arbeitskreisen und damit im ganzen Freistaat werden Aktivitäten zur Zahngesundheit an der Tagesordnung sein.

Dr. Wolfgang Hebenstreit
Vorsitzender Landesarbeitsgemeinschaft
Jugendzahnpflege Thüringen e. V.

Warnhinweis

Aufgrund behördlicher Untersuchungen wurde festgestellt, daß Gutta-Percha-Stifte der Firma MICRO-MEGA AG Deutschland, die bis 1982 in Verkehr gebracht worden sind, Cadmium über der zugelassenen Höchstgrenze von 10 ppm enthalten. Die angenommene Haltbarkeit dieser Gutta-Percha-Stifte von 5 + 1 Jahren ist 1998 abgelaufen. Noch in zahnärztlichen Praxen befindliche Restbestände dieser Gutta-Percha-Stifte entsprechen nicht mehr dem derzeitigen Stand der Technik und dürfen gemäß Richtlinie über Medizinprodukte 93/42/EWG nicht mehr verwendet werden.

Die Packungen der Produkte sind wie folgt gekennzeichnet:

Packungsgröße 8 x 5 cm, 1,5 cm dick; enthalten 6 Vierkantröhrchen mit farbigem Deckel

Aufschrift: MM Gutta Percha Points

Alte Anschrift: Micro-Mega AG, Haingasse 6, 6380 Bad Homburg

Aufkleber weiß mit Farbbalken oben und unten - türkis

Packung ist rundum mit blauem Klebeband versiegelt

Restbestände des beschriebenen Produktes können an die Firma MICRO-MEGA AG Deutschland, Obere Zeil 6 - 8, 61440 Oberursel/Taunus, zurückgesandt werden - im Austausch gegen neue Produkte.

Ausdauer und Fleiß haben sich gelohnt . . .

... Zahnmedizinische Fachhelferinnen erhielten ihre Zeugnisse

Am 14. Juli 1999 kamen 24 ausgebildete Zahnmedizinische Fachhelferinnen (ZMF) zur Zeugnisübergabe nach Erfurt ins Hotel „Nikolai“. Auch Dr. Robert Eckstein und Maria Schimschal vom Helferinnenreferat konnten sich über das hervorragende Ergeb-



24 frischgebackene ZMF warteten gespannt auf ihre Zeugnisse



Schafften ebenfalls einen hervorragenden Einser-Abschluß: von links nach rechts: Anja Löffelholz aus Heiligenstadt, Claudia Möbius aus Königsee, Elvira Schulze aus Weimar....

nis freuen. Sie konnten acht Zeugnisse mit der Note 1 und 16 mit der Note 2 überreichen.

Anlaß für Dr. Eckstein, den frischgebackenen ZMF im Namen des Vorstandes der Landes-zahnärztekammer Thüringen für die Arbeit und natürlich auch den privaten Bereich alles Gute zu wünschen und gleichzeitig zu künftigen Fortbildungsveranstaltungen einzuladen. Ch. Meinl



War die beste: Sandra Fuchs aus Gera machte ihren Abschluß mit einem Durchschnitt von 1,0.



Katja Günnel aus Gera, Cornelia Heinisch aus Ilmenau, Sylke Klemm aus Elgersburg und, leider nicht im Bild, Cornelia Binner aus Ilmenau



An sie stellte die berufsbegleitende Aufstiegsfortbildung besonders hohe Anforderungen: Christiane Henkel aus Arnstadt (zweite von rechts) bekam während dieser Zeit ein Baby und konnte die Weiterbildung trotzdem erfolgreich beenden.



Zum Schluß stellten sich alle ZMF noch einmal für ein letztes Erinnerungsbild auf die Terasse.

VZTh - Aktuell

1999

THÜRINGEN
VERSORGUNGSWERK

*Versorgungswerk der
Landes Zahnärztekammer Thüringen*

*Mittelhäuser Str. 76 - 79
99089 Erfurt*

*Tel.: 0361/ 74 32 - 201
Fax: 0361/ 74 32 - 250*

Die Verwaltungsorgane

(Stand 05.07.1999)

1. Vorstand der Landeszahnärztekammer Thüringen

Dr. Lothar Bergholz, Eisenach

- *Präsident* -

Dr. Andreas Wagner, Erfurt

- *Vizepräsident* -

Dr. Joachim Richter, Saalfeld

Dr. Angelika Krause, Sömmerda

Dr. Gisela Brodersen, Erfurt

Dr. Ingo Schmidt, Arnstadt

Dipl.-Stomat. Gottfried Wolf, Suhl

Dr. Robert Eckstein, Meiningen

Dr. Olaf Wünsch, Kahla

2. Verwaltungsrat des VZTh

Dr. Reinhard Friedrichs, Waltershausen

- *Vorsitzender* -

Dipl.-Stomat. Christian Herbst, Eisenach

- *stellvertretender Vorsitzender* -

Beisitzer:

Dr. Karl-Heinz Wittkowski, Heiligenstadt

Heidmarie Börner, Gera

Dr. Ingeborg Ose, Eisenberg

stellv. Beisitzer:

Dr. Christl Lucas, Jena

1. Geschäftsführung:

Ass. jur., Dipl.-Betriebsw.

Jürgen W. F. Kohlschmidt

- *Hauptgeschäftsführer der LZKTh* -

Dipl.-Verwaltungsw. Ralf Wohltmann

- *Geschäftsführer VZTh* -

Vorwort

Sehr verehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

in mehr oder minder großen Abständen besonders vor und nach Bundestagswahlen wird die Frage nach Sicherheit und Zukunft der Rentenversicherungssysteme geschürt. In diesem Zusammenhang aber auch allgemein weckt das auf Kapitaldeckung beruhende attraktive Rentenniveau der berufständischen Versorgungswerke Begehrlichkeiten aus dem politischen Raum. Neuerdings mehren sich allerdings wieder die positiven Stimmen aus allen etablierten Parteien.

Die Hoffnung erwächst aber nicht so sehr aus der Wertigkeit der Worte der Politiker, sondern vielmehr aus der Tatsache, daß zunehmend Modelle in der gesetzlichen Rentenversicherung sowie der Beamtenversorgung primär und ergänzend diskutiert werden, die ebenfalls eine Kapitaldeckung vorsehen.

Die Kapitaldeckung beruht auf dem langfristigen Kapitalaufbau, da vom Beginn der Beitragszahlung bis zum Leistungsbeginn in der Regel bis zu 40 Jahre vergehen. Basis dieses Kapitalaufbaus ist neben dem kontinuierlichen Mittelzufluß durch Beiträge der Zins- und Zinseszins der Vermögensanlagen.

Die Rentabilität jeder einzelnen Anlage muß nachhaltig gegeben sein, damit das Gesamtvermögen jenen Wertzuwachs erreicht, der für eine Beitragsverrentung als volldynamische Anwartschaft unter Berücksichtigung der Mitgliederentwicklung und statistischen Lebenserwartungen notwendig ist.

Für die Sicherheit unserer Vermögensanlagen ist neben der Anwendung der Kriterien des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) die gezielte Streuung der Vermögensanlagen notwendig. Neben der Vermögensanlage in festverzinslichen Wertpapieren wurde daher der Aktienbestand als Sachwertanlage durch Beteiligung an zwei Spezialfonds sowie Auflegung eines eigenen Spezialfonds ausgebaut, was ein professionelles Management gewährleistet. Die nach dem VAG maximal mögliche Investitionsquote in Aktien von 30% des Vermögens ist zu berücksichtigen.

Unter Berücksichtigung geplanten Immobilienengagement des VZTh (siehe Schlußartikel) sind die Vermögensanlagen des VZTh durch Sachwertanteil und den vorhandenen Streuungsgrad der Gesamtanlagen ausgewogen im Hinblick auf die Eventualitäten des Marktes.

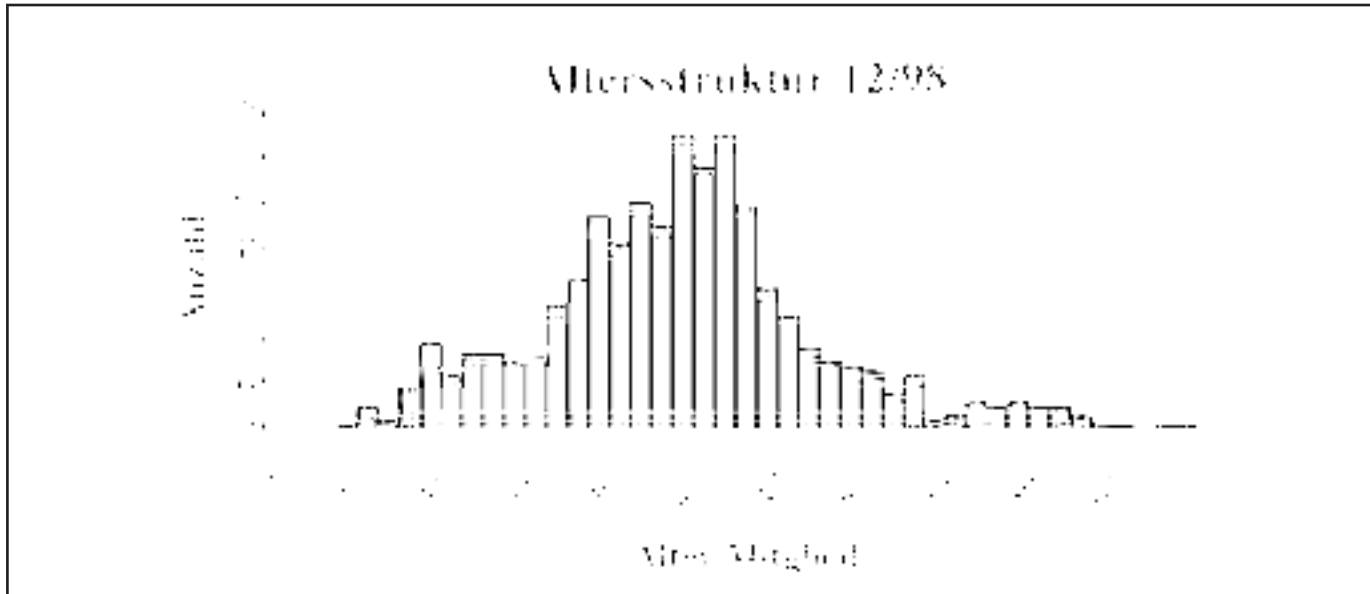
Ihr Dr. Reinhard Friedrichs
Vorsitzender des Verwaltungsrates

Der Mitgliederbestand

1. Die Altersstruktur

Das nebenstehende Diagramm verdeutlicht die Altersstruktur der Mitglieder des VZTh. Es ist klar erkennbar, daß sich die Mehrzahl

der Mitglieder derzeit in einem Alter zwischen 37 und 44 Jahren befindet. Neben den bereits eingewiesenen und zu erwartenden Ruhegeldzahlungen steht ein stärkerer Anstieg der Altersruhegelder erst in ca. 10 bis 15 Jahren an.



2. Entwicklung des Mitgliederbestandes

Die Zahl der aktiven Mitglieder im VZTh hat sich gegenüber dem Vorjahr um 31 Mitglieder erhöht. Dies liegt im wesentlichen daran, daß bei Praxisabgabe der älteren Kollegen, die zumeist nicht Mitglied im VZTh sind, ein neues Mitglied die Praxis übernimmt.

Aktive Mitglieder

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Männer	687	709	727	740	743	748	768
Frauen	969	1010	1011	1009	1014	1028	1039
Gesamt	1656	1719	1738	1749	1757	1776	1807

Rentner (Das erste Ruhegeld wurde zum 01.01.1994 eingewiesen.)

Gesamt im Jahr	1994	1995	1996	1997	1998
Altersruhegelder	2	4	5	7	11
Witwen-/Witwergelder	0	1	3	3	4
Waisengelder	0	2	6	7	9
BU-Ruhegelder auf Zeit	0	0	1	1	0
BU-Ruhegelder auf Dauer	0	0	0	2	1

Die Entwicklung des „Rentnerbestandes“ bewegt sich im Rahmen des statistischen Ansatzes der versicherungsmathematischen Rechnung.

Vermögensanlagen

1. Die wichtigsten Daten

Bei den Investmentanteilen handelt es sich um Anteile an Wertpapier-Spezialfonds, die zu 90 % in deutschen und internationalen Aktien investiert sind.

Im laufenden Kalenderjahr 1999 wurde darüber hinaus ein Immobilien-Spezialfonds für die Immobilienanlage in Deutschland und Europa gemeinsam mit 10 weiteren Versorgungswerken gegründet, da sich eine rentierliche Direktinvestition in Thüringen bislang nicht abzeichnet.

Des Weiteren wurde zur Streuung des Vermögens neben den bestehenden gemeinsamen Fonds mit der Hessischen Zahnärzteversorgung im Januar 1999 ein eigener Wertpapier-Spezialfonds beim Bankhaus Oppenheim aufgelegt.

2. Der Überblick

Bei der Vermögensanlage ist neben der Sicherheit und Streuung des Vermögens auch der Vermögensrücklauf durch Streuung der Laufzeiten bei festverzinslichen Wertpapieren zu beachten, damit die kontinuierliche Wiederanlage und später auch die Liquidität des VZTh bei höheren Rentenzahlungen jederzeit gewährleistet ist

Die Investition in festverzinsliche Wertpapiere wurde in den letzten zwei Jahren aufgrund des Zinsniveaus nur verhalten vorgenommen. Da sich das Zinsniveau aus heutiger Sicht jedoch wieder anlegerfreundlich entwickelt, wird die Vermögensanlage in diesem Bereich wieder intensiviert.

	1995	1996	1997	1998
Vermögensanlagen (TDM)	64.616	90.396	121.198	149.327
Davon:				
Wertpapiere	34.332	49.366	51.049	53.822
Namenspapiere, Schuldscheindarlehen	27.989	38.688	51.689	58.689
Investmentanteile	795	2.342	18.460	31.816
Termingelder	1.500	0	0	5.000
Vermögensertrag (TDM)	3.711	5.276	7.946	9.489
Effektivverzinsung der Kapitalanlagen	6,98%	6,79%	7,46%	6,98%
Verwaltungskostensatz	2,40 %	2,54 %	2,31 %	2,41 %
Beiträge gesamt (TDM)	20.945	22.662	24.069	23.927
Davon:				
Pflichtbeiträge	20.445	21.940	23.429	23.101
Freiwillige Beiträge	352	425	264	444
Überleitungen	148	333	357	382

(Die Daten bis 1994 entnehmen Sie bitte den vorherigen Ausgaben)

Das Immobilien - Engagement des VZTh

Im Vergleich zu anderen Versorgungswerken und auch zur privaten Versicherungswirtschaft fällt beim VZTh auf, daß bislang kein Immobilienbestand vorhanden ist. Im Rahmen der Streuung des Vermögens des VZTh ist es jedoch unerlässlich, auch einen gewissen Immobilienbestand mitzuführen. Auch das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) stellt hier Anforderungen.

Von der Verwaltung wurden im Kalenderjahr 1998 zahlreiche Immobilien geprüft und einer ersten Renditeberechnung unterzogen. Daraufhin haben wir im Verwaltungsrat mehrere Objekte in Erfurt und Weimar begutachten und bewerten lassen. Unter Beachtung des Vermö-

gens des VZTh und der Restriktionen des VAG, nach denen max. 5% des Vermögens in eine Einzelimmobilie investiert werden darf, hat sich schnell gezeigt, daß sich eine angemessene Rendite mit einem vertretbaren Verwaltungs- und damit Kostenaufwand nur schwerlich erzielen läßt.

Aus diesem Grunde haben wir die Initiative zur Gründung eines Immobilien-Spezialfonds für berufständische Versorgungswerke gestartet. Von den berufständischen Versorgungswerken konnten insgesamt elf Versorgungswerke aus dem Bereich der Heilberufe für eine Teilnahme gewonnen werden.

Das Immobilien-Engagement mit diesem Fonds soll mit Schwerpunkt in Deutschland starten. Eine Investition in Europa und im Einzelfall auch darüber hinaus ist vereinbart. Durch diese

Lösung haben wir die Immobilienfrage weitgehend an ein erfahrenes Management übergeben, die im Rahmen der Anlageausschüßsitzungen das Handeln mit den Investoren abstimmt. Durch den Fonds wird ein Markt in einer Größe und damit Streuung abgedeckt, wie wir ihn vor Ort in Thüringen nicht abbilden könnten.

Durch die Streuung des Engagements entsprechend der wirtschaftlichen Entwicklung der einzelnen Märkte Europas und darüber hinaus ist dauerhaft eine höhere Rendite gegenüber einer örtlich begrenzten Investition bei gleichzeitig niedrigerem Risiko zu erwarten.

Christian Herbst
stellv. Vorsitzender des Verwaltungsrates

Ausschreibungen

Gemäß § 103 Abs. 4 und 5 des V. Buches Sozialgesetzbuch wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Kyffhäuserkreis **ab 3. Juni 1999** ein Vertragszahnarztsitz in

Bad Frankenhausen

ausgeschrieben.

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

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

Gemäß § 103 Abs. 4 und 5 des V. Buches Sozialgesetzbuch wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Landkreis Nordhausen **ab sofort** ein Vertragszahnarztsitz in

Nordhausen

ausgeschrieben.

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

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

Gemäß § 103 Abs. 4 und 5 des V. Buches Sozialgesetzbuch wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Gotha **ab 16. Dezember 1999** ein Vertragszahnarztsitz in

Günthersleben

ausgeschrieben.

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

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

Gemäß § 103 Abs. 4 und 5 des V. Buches Sozialgesetzbuch wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Saalfeld-Rudolstadt **ab 1. Januar 2000** ein Vertragszahnarztsitz in

Saalfeld

ausgeschrieben.

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

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

Gemäß § 103 Abs. 4 und 5 des V. Buches Sozialgesetzbuch wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Ilmkreis **ab 1. Juli 2000** ein Vertragszahnarztsitz in

Elxleben

ausgeschrieben.

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

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

Waltraud Hikisch in den Ruhestand verabschiedet

Am 10. Mai 1999 wurde Waltraud Hikisch in den wohlverdienten Ruhestand verabschiedet. Sie hat am 28. Mai 1999 ihren 60. Geburtstag gefeiert und ist nun in einen neuen Lebensabschnitt eingetreten. Frau Hikisch ist sicher sehr vielen Zahnärztinnen und Zahnärzten vom Telefon oder auch persönlich bekannt, denn sie sorgte sich unter anderem ganz speziell auch um die Registrierung, Erfassung und Abrechnung der Kosten bei Sitzungen und Dienstreisen sowie Bankabtretungen.



War von der ersten Stunde der KZVTh dabei: Waltraud Hikisch
Foto: KZVTh

Frau Hikisch begann ihre Tätigkeit in der KZV bald nach der Wende am 15. Januar 1991 und gehörte damit zu den Mitarbeiterinnen der ersten Stunden des damaligen KZVTh e. V. in der Löberstraße. Sie war immer eine außerordentlich dynamische Mitarbeiterin, die sich an den „Ruhestand“ erst noch zu gewöhnen haben wird. Sorgfältige und sehr gründliche Arbeitsweise waren kennzeichnend für sie. Keine Ungenauigkeit entging ihrer Aufmerksamkeit bei der Prüfung der Belege und Sachthemen.

Waltraud Hikisch verläßt eine Mannschaft in der Buchhaltung, die, zwar etwas vom übrigen Betrieb des Hauses aus Sicherheitsgründen abgeteilt, sich durch besonderes Vertrauen auszeichnet, denn hier laufen alle finanziellen Dinge der Honorarverwaltung aller Thüringer Zahnarztpraxen zusammen. Dem Datenschutz kommt deshalb gerade in dieser Abteilung eine besondere Bedeutung zu.

Vorstand und Geschäftsführung möchten heute Frau Hikisch auf diesem Wege herzlichen Dank für die jahrelange Treue zur KZV Thüringen ausdrücken und sie herzlich mit vielen guten Wünschen verabschieden und ihr noch viele schöne Jahre im Ruhestand wünschen.
red.

Ergiebiger Informationsaustausch trotz kontroverser Standpunkte

Gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion im Meinungsaustausch mit Thüringer Zahnärzten



Im neuen Verwaltungsgebäude Unter den Linden 50 sollte das Gespräch mit der Gesundheitspolitikerin Gudrun Schaich-Walch, gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion, stattfinden. Gut vorbereitet begaben sich die Thüringer Zahnärzte Dr. Robert Eckstein und Dr. Andreas Wagner in den noch unfertigen Gebäudekomplex und wurden enttäuscht: Die

unmöblierten oder halb eingeräumten, menschenleeren Büros dämpften alle Erwartungen eines kompetenten Gespräches. Als dann jedoch Gudrun Schaich-Walch eher als ihr im Stau steckengebliebener Assistent ins Zimmer stürmte, wuchs die Hoffnung, die Fahrt nicht umsonst gemacht zu haben. Man war sich schnell einig, das Gespräch aus der Baustelle ins benachbar-

te Café Einstein zu verlagern. Um die 2stündige Zeitvorgabe gut zu nutzen, wurde nach kurzer gegenseitiger Vorstellung umgehend die Gesprächsrunde eröffnet. Die Sichtweise der Politikerin auf manche Kritikpunkte an der Gesundheitsreform überraschte, jedoch wird abzuwarten sein, inwiefern sie sich im Gesetzestext wiederfindet.

Dr. Andreas Wagner:

Die Abwertung von Zahnersatz zugunsten der Prophylaxe wird von den Zahnärzten in den neuen Bundesländern als gravierender Fehler angesehen.

Der Behandlungsstand in den alten und neuen Bundesländern ist zwar quantitativ, jedoch nicht qualitativ auf dem gleichen Niveau. Für große Teile der Bevölkerung ist die Versorgung mit ZE daher noch dringend notwendig. Die Absenkung der Bewertung von ZE, die durch das Solidaritätsstärkungsgesetz erfolgte, hat die Zahnärzteschaft in den neuen Ländern stark getroffen.

Gudrun Schaich-Walch:

Die statistischen Erhebungen, die derzeit vorliegen, erlauben keine eindeutige Antwort auf die Frage, von welchem tatsächlichen Versorgungsgrad der Bevölkerung auszugehen ist. Man nimmt an, daß die Nachfrage nach Zahnersatz deshalb so stark zurückging, weil ein hohes Versorgungsniveau gleichermaßen in den alten wie in den neuen Bundesländern erreicht ist.

Dr. Andreas Wagner:

Diese Aussage trifft nur für die quantitative Bewertung des Versorgungsgrades zu. Bei feststehendem Zahnersatz besteht in den neuen Bundesländern nach wie vor großer Nachholbedarf. Dabei sollte man feststehenden Zahnersatz keinesfalls als kosmetisches Problem betrachten, im Gegenteil: herausneh-

barer Zahnersatz führt in der Regel zu keinem langfristigen Therapieerfolg. Eine weitere Schädigung der Zähne und sekundär größerer Zahnverlust sind die Folge.

Gudrun Schaich-Walch:

Innerhalb der SPD wird derzeit die Diskussion um einen neuen Leistungskatalog geführt. Es besteht kein Zweifel daran, daß im Bereich ZE den Kassenpatienten nicht alles technisch Mögliche zur Verfügung gestellt werden kann. Einer Klärung bedarf die Frage: was ist ausreichend, notwendig und wirtschaftlich.

Da das Budget in diesem Bereich ausreicht, erweist sich eine Senkung als unnötig. Ein noch zu erarbeitender Leistungskatalog wird den Leistungsumfang klar definieren. Dieser Leistungskatalog entsteht in Abstimmung mit Zahnärzten und Zahn Technikern.

Ich selbst habe im Diskussionsprozeß den Mehrkostenbereich für private Leistungen öffnen wollen, konnte mich jedoch leider nicht durchsetzen. Gelungen ist es mir, die Begrenzung von 1,7 auf 2,3 „hochzuhandeln“.

Als ein besonderes Problem stellt sich immer wieder der große Bedarf im Bereich der Prävention dar. Prävention und Qualitätssicherung sind wichtige Zukunftstrends der Zahnmedizin. Dabei ist die Flexibilität der Krankenkassen besonders gefragt, die in den neuen Bundesländern andere Wege einschlagen müssen als in den alten Ländern.

Dr. Robert Eckstein:

Für die Stärkung der Prävention gibt es verschiedene Wege, von denen die Individualprophylaxe den effektivsten Bereich darstellt. Wie weit soll die Prophylaxe ausgedehnt werden?

Gudrun Schaich-Walch:

Auch präventive Maßnahmen verbrauchen Ressourcen, die dann nicht mehr für andere Leistungen, wie z. B. kurativ-restaurative zur Verfügung stehen. Dennoch geht die Orientierung eindeutig in Richtung Prävention.

Meiner Vorstellung würde es entsprechen, wenn dieser Bereich vom Gesetz ausgenommen würde, jedoch war dieser Wunsch politisch nicht durchsetzbar. Unter dem Globalbudget wird es haushalterisch sektorale Budgets geben. Deren Größenordnung zu vereinbaren, ist Aufgabe der Selbstverwaltung. Wir können nicht davon ausgehen, daß wir im ZE-Bereich generell sparen. Durch Investitionen in die Prophylaxe verschiebt sich der Behandlungsbedarf lediglich in ein höheres Lebensalter. Geprüft werden muß, welcher Handlungsspielraum den Krankenkassen zur Verfügung steht, um innerhalb der alten und neuen Länder variabel reagieren zu können. Dabei spielt die Situation der GKV in den neuen Bundesländern eine entscheidende Rolle.

Dr. Robert Eckstein:

Die geplante Gesundheitsreform weckt bei der Zahnärzteschaft Befürchtungen hinsicht-

lich einer übergroßen Macht der Krankenkassen. Auf diesem Gebiet halten wir mehr Transparenz für angebracht, z. B. zur Höhe der Verwaltungskosten.

Guðrun Schaich-Walch:

Die Verwaltungskosten der Krankenkassen wurden 1993 gesetzlich auf einen Satz von 3,5 % festgelegt und sind seither stabil geblieben. Daß die Krankenkassen nicht an einer Datentransparenz interessiert sind, erklärt sich daraus, daß sie untereinander im Wettbewerb stehen.

Ich vertrete persönlich die Meinung, daß der Wettbewerb gänzlich aus dem Gesundheitswesen herausgehalten werden sollte und bin froh, daß sich die Wettbewerbssituation deutlich entschärft hat.

Dr. Andreas Wagner:

Das Stichwort „Integrationsversorgung“ läßt besonders die Zahnärzte in den neuen Bundesländern Poliklinikmodelle und daraus resultierende Mangelversorgung befürchten, die sie längst überholt glaubten.

Guðrun Schaich-Walch:

Diese Ängste halte ich für völlig unbegründet. Im Gegenteil: mit Integrationsmodellen ist beabsichtigt, Innovationen zu fördern und das Entstehen von Neuem zu unterstützen. Sehen Sie die Integrationsversorgung als Alternativmodell mit Beitrittsrecht.

Die Praxisnetze, die bisher entstanden sind, haben den Beweis erbracht, daß sie Vorteile für Ärzte und Patienten bieten und über Erwarten gut laufen. Z. B. können die in einem Praxisnetz integrierten Ärzte durch versetzte Praxiszeiten wesentlich längere und damit patientenfreundliche Öffnungszeiten gewährleisten. Wochenend- und Notdienste belasten nicht einen einzelnen Praxisinhaber, weil sie innerhalb des Praxisnetzes aufgeteilt werden.

Erfahrungen zeigen, daß nicht mehr als 50-60 Personen im Netz zusammengeschlossen sein sollten, um ein Optimum an Arbeitsfähigkeit zu erreichen. Außerdem sollte man die Zusammensetzung des Netzes gut bedenken und z. B. auch Apotheken integrieren.

Dr. Robert Eckstein:

Die Ärzte befürchten, die Krankenkassen könnten ihre Machtposition mißbrauchen und mit Einkaufsmodellen „Sonderkonditionen“ verknüpfen, die sich als nachteilig für Ärzte und Patienten erweisen.

Guðrun Schaich-Walch:

Diese Möglichkeit sehe ich nicht. Viele Zahnärzte setzen den Begriff „Integrationsmodell“ mit „Einkaufsmodell“ gleich, obwohl dahinter verschiedene Denkansätze stecken. Das „Einkaufsmodell“ à la Dreßler ist „beerdigt“.

Dr. Andreas Wagner:

Wie stehen Sie zur freien Niederlassung? Läutet das Poliklinikmodell deren Ende ein?

Guðrun Schaich-Walch:

Keinesfalls. Es bleibt weiterhin die freie Entscheidung des Arztes, die Art der Niederlassung zu wählen. Auch die Arzt- und Therapiefreiheit für den Patienten bleiben in jedem Modell Grundlage ärztlicher Tätigkeit.

Ich betrachte die Praxisstruktur keinesfalls als sozialistisches Poliklinikmodell. Sie funktioniert als sinnvoller interdisziplinärer Zusammenschluß von Ärzten, der ein hervorragendes Versorgungsmodell darstellt. Die Einzelpraxis wird sicher nicht die Versorgungsform der Zukunft sein, auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten betrachtet. Ich gehe nicht davon aus, daß mit Praxisnetzen Geld zu sparen ist, allerdings bin ich sicher, daß die Qualität der Versorgung wächst.

Dr. Robert Eckstein:

Qualitätssicherung ist eine weitere Forderung des Gesetzentwurfs, bei der sich die Frage stellt: „Wer kontrolliert die Qualität?“ Standards und Regularien wirken sich destruktiv auf unseren gesamten Berufsstand aus, da wir einen jeden Patienten als Individuum betrachten und entsprechend individuell therapieren.

Guðrun Schaich-Walch:

Qualitätsmanagement ist die klare Aufgabe der Selbstverwaltung. Über die Festlegung von Standards und Therapierichtlinien, durch Qualitätszirkel sowie finanzielle Anreize sollen die Mitglieder zu Qualitätsarbeit aufgefordert und befähigt werden.

Dr. Andreas Wagner:

Sie sprechen von der Selbstverwaltung, obwohl bereits klar ist, daß sie abgeschafft und durch hauptamtliche Funktionäre ersetzt werden soll?

Guðrun Schaich-Walch:

Die neuen Selbstverwaltungen werden möglicherweise in einer Kombination von haupt- und ehrenamtlichen Geschäftsführern bestehen. Über Anzahl, Laufzeit der Verträge und Anteil der Beruflichkeit muß noch verhandelt werden.

Dr. Andreas Wagner:

Sind erst einmal hauptamtliche Vorstände installiert, wird sich die Entwicklung sicher rasch verselbständigen und keine echte Selbstverwaltung mehr möglich sein. Wieso akzeptieren Sie nicht, daß ein basisnaher Zahnarzt mehr in die Selbstverwaltung einbringen kann als ein Verwaltungsfachmann?

Guðrun Schaich-Walch:

Die Forderung nach der Auflösung der KV wurde von der Ärzteschaft an die Politik herangetragen. Bei den Zahnärzten stellt sich dieses Problem derzeit weniger.

Wenn Sie über Ihre Länder Veränderungen bewirken, wird es niemanden geben, der dagegen Widerstand organisiert. Die Länder haben alle Möglichkeiten in der Hand. Derzeit liegt bereits ein Vorschlagsmodell einer Zahnarztgruppe auf dem Tisch, das die Kombination zwischen haupt- und ehrenamtlicher KZV-Verwaltung beinhaltet.

Dr. Andreas Wagner:

Patientenberatung und Patienteninformation sollen verbessert werden. Wir Zahnärzte können mit Zahlen und Fakten belegen, daß die Patientenberatungsstellen der Zahnärztekammer hervorragende Arbeit leisten.

Wieso soll diese Aufgabe den Fachleuten entzogen und Laien, wie der Verbraucherberatung überantwortet werden?

Guðrun Schaich-Walch:

Sie stimmen mir sicherlich zu, wenn ich behaupte, die Kassen allein können die Patienteninteressen nicht vertreten. Ebenso wenig können die Ärzte allein dies tun. Als nahe Schlußfolgerung liegt auf der Hand, eine objektive Institution zu finden, die diese Aufgabe erfüllen kann. Daraus resultiert das Modellprojekt mit den Verbraucherverbänden. Wir werden aufmerksam prüfen, ob ausreichende Kompetenz vorhanden ist, oder ob wir nach neuen Lösungen suchen müssen. Nichts spricht dagegen, daß die Kammern eigene Modelle laufen lassen.

Dr. Andreas Wagner:

Stichwort Datentransparenz: Wenig Zeit ist vergangen, seit die Grünen sich vehement gegen den „gläsernen Patienten“ zur Wehr gesetzt haben. Jetzt befürworten sie eine Datensammlung in bisher nie dagewesenem Ausmaß. Wie können wir uns und unsere Patienten davor schützen?

Guðrun Schaich-Walch:

Diese Datensammlung trägt die SPD nicht mit. Veränderungen im Gesetzentwurf sind vorgesehen.

Dr. Andreas Wagner:

Das Schließen von Niederlassungen, indem sie rückgekauft und stillgelegt werden, betrachten die Zahnärzte als Willkürakt ohnegleichen.

Guðrun Schaich-Walch:

Ich halte es für eine sozial gerechte Lösung, um die verbleibenden Praxisinhaber zu schützen. Die Idee wurde übrigens von der Ärzteschaft eingebracht.

Auch der Anteil der Zahnärzte ist bei gleichbleibenden oder zurückgehenden Bevölkerungszahlen erheblich gestiegen. Ich sehe für die Zahnärzte nur zwei Möglichkeiten: Entweder begnügen Sie sich mit sinkenden Einkommen oder sie akzeptieren die sozial verträgliche Lösung der Praxisstilllegung. Ich betrachte dies als ein Stück Sorgfaltspflicht gegenüber den bestehenden Praxen.

In der Zukunft muß dringend ein Signal für die Berufswahl junger Menschen gesetzt werden. Bereits den Abiturienten muß klargemacht werden, daß er das Risiko eingeht, von seinem Zahnarztberuf möglicherweise nicht leben zu können. Für viele ist eine Umorientierung auf andere Berufe angebracht. red.

Politischer Werdegang von Gudrun Schaich-Walch



1972 Eintritt in die SPD
 1985-1989 Stadtverordnete in Frankfurt/Main und gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion im Römer
 seit 1988 stellv. Bezirksvorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokraten im Gesundheitswesen Hessen-Süd, Mitglied im sozialpolitischen Ausschuß und der Arbeitsgruppe berufliche Bildung des Bezirkes Hessen-Süd

1990 Bundestagsabgeordnete
 1992 Präsidentin der Deutschen Rheumaliga
 1994 Wiederwahl als Bundestagsabgeordnete, Mitglied des Gesundheitsausschusses, stellv. Mitglied des Ausschusses für die Angelegenheiten der EU, stellv. Mitglied des Ausschusses für Bildung, Wissenschaft, Forschung, Technologie und Technikfolgenabschätzung, stellv. drogenpolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion, Mitglied des Gesprächskreises Afrika und der Projektgruppe Gentechnik der SPD-Bundestagsfraktion
 1997 stellv. gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion
 1998 Direktmandat für den Deutschen Bundestag, Gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion

Folgender Zahnarzt ausweis ist verlorengegangen und wird hiermit für **ungültig** erklärt:

Ausweis-Nr. 19148

Name:
 Dipl.-Stomat.
 Doreen Günther

Ort:
 Jena

Rechtsfragen des Zahnarzt-Patienten-Verhältnisses (Teil 1)

**Mandy Schwerin (Wiss. Mitarbeiterin
Lehrstuhl Prof. Dr. jur. A. Spickhoff, FSU Jena)**

Die Einflußnahme des immer komplizierter werdenden Rechts auf die ärztliche Tätigkeit wird zunehmend und nicht ohne Grund beklagt. Das Recht wird immer unübersichtlicher. Es entwickelt immer neue und immer schwerer zu erfüllende Pflichten. Seine Beachtung verlangt infolgedessen einen immer höheren Zeitaufwand. Zudem fällt es dem Nichtjuristen schwer, sich in der gebotenen Aktualität die notwendigen Kenntnisse zu verschaffen. Unkenntnis schützt nach dem bekannten Sprichwort freilich nicht vor Strafe und ebensowenig vor der Arzthaftung oder vor der Konsequenz, vermeintliche Gebührenforderungen nicht realisieren zu können.

Dem Anliegen, über notwendige juristische Basiskenntnisse zu verfügen, soll daher in dieser Zeitschrift in Zukunft verstärkt Rechnung getragen werden. Das wird dadurch geschehen, daß in regelmäßiger Folge und langfristig möglichst flächendeckend Beiträge zu denjenigen Gebieten publiziert werden, die für Ärzte und insbesondere Zahnärzte von Bedeutung sind.

Zu Beginn wird das Zahnarzt-Patienten-Verhältnis erörtert, und zwar gewissermaßen von der Wiege bis zur Bahre: von der Terminabsprache und -einhaltung über den Abschluß des Behandlungsvertrages einschließlich der Probleme, die aus der Behandlung von Kassen- und Privatpatienten folgen können. Weiter wird informiert werden über die erforderliche Patientenaufklärung, mögliche Behandlungsfehler und gebührenrechtliche Fragen bei der Abrechnung.

Weitere Bereiche, etwa im Zusammenhang mit der Einschaltung von Personal (z. B. Haftung für Fehler des Personals) u.a.m. werden folgen.

I. Terminabsprache und -einhaltung

Ein fast alltägliches Problem der praktizierenden (Zahn)ärzte sind Patienten, die zu einem vereinbarten Behandlungstermin unentschuldig nicht erscheinen. Andererseits müssen aber auch Patienten häufig trotz einer Terminabsprache längere Wartezeiten in Kauf nehmen. Infolgedessen stellt sich die Frage, ob den Parteien eines ärztlichen Behandlungsvertrages in solchen Fällen Ansprüche zustehen.

Anspruch des Arztes bei Nichterscheinen des Patienten

Der ärztliche Behandlungsvertrag ist ein Dienstvertrag (worauf in einem der nächstfol-

genden Beiträge noch konkreter einzugehen ist). Die Vergütung richtet sich demzufolge nach den §§ 611, 612 Abs.2 BGB in Verbindung mit der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. der Zahnärztlichen Gebührenordnung (GOZ).

Nach der heute nicht mehr geltenden GOÄ 1965 (Gebührenordnung vom 18.3.1965) hatte ein Arzt, der länger als eine halbe Stunde auf einen Patienten warten mußte, einen Anspruch auf eine zusätzliche „Verweilgebühr“. Dieser Fall des Ausbleibens des Patienten ist in der heute geltenden GOÄ bzw. GOZ nicht mehr geregelt. Ein evtl. Anspruch des Arztes kann sich demnach nur aus dem allgemeinen Vertragsrecht des BGB ergeben.

Nach § 615 S. 1 BGB kann der Dienstverpflichtete die vereinbarte Vergütung auch dann verlangen, wenn der Dienstberechtigte mit der Annahme der Dienste in Verzug gerät. Bei einem ärztlichen Behandlungsvertrag sind der Arzt als Dienstverpflichteter und der Patient als Dienstberechtigter im Sinne dieser Vorschrift anzusehen. Grundgedanke dieser Vorschrift ist, daß der Dienstverpflichtete, d. h. der Arzt, für seinen Lebensunterhalt auf die Vergütung angewiesen ist. Er kann seine Arbeitsleistung, über die er durch das eingegangene Dienstverhältnis disponiert hat, nicht ohne weiteres anderweitig verwerten und nicht ohne Schädigung nachholen. Wären die Voraussetzungen des § 615 S.1 BGB bei Nichterscheinen des Patienten zum Behandlungstermin erfüllt, so könnte der Arzt die übliche Vergütung für die sonst erbrachte Dienstleistung, abzüglich ersparter Aufwendungen und Einkünfte aufgrund anderweitiger Verwendung seiner Dienste, verlangen, ohne sie erbracht zu haben. Die Gerichte behandeln dieses Problem in ihrer Rechtsprechung sehr uneinheitlich:

In einem Fall, der vor dem Landgericht München II am 8.11.1983 [NJW 1984,671] entschieden wurde, begehrte der Kläger, der eine Zahnarztpraxis besaß, vom Beklagten 800 DM, weil dieser zu zwei vereinbarten Terminen nicht erschienen ist. Der Zahnarzt hatte für diesen insgesamt 3 Stunden vorgesehen.

Das Landgericht lehnte einen Anspruch aus §§ 611, 615 S.1 BGB auf die entgangene Vergütung in der beantragten Höhe ab. Als Begründung wurde angeführt, daß die Gebühr grundsätzlich noch nicht dann entstanden ist, wenn der Patient den verabredeten Termin versäumt hat, weil im Zweifel nur davon ausgegangen werden kann, daß durch die Terminabsprache ein zeitgemäßer Behandlungsablauf gesichert werden soll. Der Dienstvertrag bleibt, auch wenn der Patient nicht zum Termin erscheint, als solcher unberührt und der Dienstverpflichtete hat grundsätzlich nach wie vor seine Leistung zu erbringen, will er sich die dafür vorgesehene Vergütung nach der GOZ verdienen. Dem klagenden Zahnarzt wurde in diesem Fall nur eine gewisse Verweilgebühr in Höhe von 75 DM zugestanden, deren Rechtsgrundlage unklar bleibt.

Auch das Amtsgericht München wies am 13.8.1990 [NJW 1990, 2939] in einem ähnlich gelagerten Fall die Klage eines Zahnarztes mit derselben Begründung ab. Im Gegensatz zum o.g. Fall wurde dem Zahnarzt hier auch ein Anspruch auf eine sog. Verweilgebühr abgesprochen, da diese jeglicher gesetzlicher Grundlage entbehrt.

Das Amtsgericht Waldbröl wies am 15.04.1988 [NJW 1989,777] eine Klage auf Zahlung einer Verweilgebühr mit der Begründung ab, daß diese unüblich und der Verkehrssitte widerspreche.

Anders entschied z. B. das Amtsgericht Tiergarten am 13.4.1989 [AZ 3 C 646/88], als dieses einer Zahnärztin den Anspruch auf Ersatz von 700 DM Verdienstaufschlag aus §§ 611, 615 BGB zusprach. Die klagende Zahnärztin hatte mit dem beklagten Patienten einen Termin für die Anfertigung eines Zahnersatzes für den Ober- und Unterkieferbereich vereinbart. Sie hatte dafür den gesamten Vormittag freigehalten. Der Patient erschien zu dem vereinbarten Termin nicht. Während der freigehaltenen Zeit konnte die Zahnärztin keinen anderen Patienten behandeln.

Auch das Amtsgericht Dortmund ging in einem Urteil vom 1.6.1992 [MedR 1992, 348] davon aus, daß der Patient in Annahmeverzug gerät, wenn er nach Vereinbarung eines Behandlungstermins mit genau festgelegter Behandlungszeit zum Termin nicht erscheint. Der Patient hat in diesem Fall grundsätzlich gem. §§ 611, 615 BGB die übliche Vergütung – abzüglich ersparter Aufwendungen und anderweitiger Einnahmen des Arztes – zu entrichten.

Richtig erscheint die Auffassung der Amtsgerichte Dortmund und Tiergarten, wonach ein Zahnarzt, der vergeblich auf einen Patienten wartet, aufgrund §§ 611, 615 BGB die übliche Vergütung verlangen kann.

Die Vorschrift des § 615 BGB ist grundsätzlich auf alle Dienstverhältnisse anwendbar. Voraussetzung für die Anwendung des § 615 BGB ist das Vorliegen eines Annahmeverzuges des Dienstberechtigten, d. h. dem Patienten. Fraglich ist deshalb, ob sich der Patient, der zu einem vereinbarten Termin nicht erscheint, im Annahmeverzug befindet. Dies wäre nur dann der Fall, wenn die Terminabsprache als kalendermäßige Bestimmung der Dienstleistung qualifiziert werden könnte. An diesem Punkt steht und fällt in der Rechtsprechung die Frage des Erfolges der Klage eines Zahnarztes. Das Landgericht und Amtsgericht München gingen in ihren oben erwähnten Urteilsbegründungen davon aus, daß durch die Terminabsprache zwischen Arzt und Patient lediglich ein zeitgemäßer Behandlungsablauf gesichert werden soll. Damit wird die Terminabsprache als unverbindlich qualifiziert. Die Folge davon ist, daß bei Nichterscheinen zum Termin keinerlei Folgen für den Patienten entstehen. Der Arzt bleibt weiterhin zur Erbringung seiner Dienste verpflichtet.

Vereinbart jedoch ein Arzt mit einem Patienten einen nach Tag und Uhrzeit bestimmten Behandlungstermin, so reserviert er sich, je nachdem in welchem Abstand die Bestellung der Patienten erfolgt, einen bestimmten Zeitraum. Er richtet sich zeitlich auf die Behandlung des Patienten ein. Im Gegenzug verschiebt er infolgedessen seine Dienstleistungen gegenüber den anderen Patienten. Schon aus diesem Grund erscheint es nur sachgerecht, die Terminabsprache als verbindlich und damit als kalendermäßig bestimmte Leistung iSd BGB anzusehen. Dieser Linie folgten auch die als Beispiele oben genannten Amtsgerichte Tiegarten und Dortmund in ihren Urteilen.

Danach hätte der Arzt gegen den Patienten, wenn dieser nicht zum vereinbarten Behandlungstermin erscheint, einen um evtl. ersparte Aufwendungen verringerten Vergütungsanspruch aus § 611 in Verbindung mit § 615 BGB. Kann der Arzt allerdings während dieser Zeit einen anderen Patienten behandeln, so entfällt dieser Anspruch gemäß § 615,2 BGB.

Das gleiche gilt auch dann, wenn zwischen Arzt und Patient noch keine vertraglichen Beziehungen bestehen und der Patient einen Termin vereinbart, zu dem er später nicht erscheint. Liegt eine schuldhaftige Fristversäumung vor und hat der Arzt tatsächlich einen Schaden erlitten, so kann er diesen Schaden aus dem Gesichtspunkt der Verletzung vorvertraglicher Sorgfaltspflichten geltend machen.

Fräglich ist, gegen wen der vorgenannte Vergütungsanspruch in einem solchen Fall bei Nichterscheinen eines Kassenpatienten zu richten ist.

Nach den Grundsätzen der kassenärztlichen Versorgung hat ein Kassenarzt keinen Vergütungsanspruch gegen einen Kassenpatienten. Die Vergütung der Kassenärzte und der Leistungsrahmen der kassenärztlichen Versorgung wird durch den zwischen dem Verband der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossenen Gesamtvertrag geregelt. Der Kassenarzt erhält die Vergütung von der Kassenärztlichen Vereinigung. Die kassenärztliche Vereinigung erhält ihre Aufwendungen von der Krankenkasse des Patienten ersetzt.

Im Fall des Bundessozialgerichts vom 18.2.1970 [BSGE 31, 33ff] wurde eine Klage eines Zahnarztes gegen die Kassenärztliche Vereinigung auf Zahlung einer Verweilgebühr für das Ausbleiben von Kassenpatienten gleichwohl mit der Begründung abgewiesen, daß die Versicherungsgemeinschaft nicht für Leistungsstörungen einsteht, die in den persönlichen Verantwortungsbereich des einzelnen Versicherten fallen. Aus diesem Grund wurde eine „zahnärztliche Behandlung“ im Sinne des § 2811 Sozialgesetzbuch V abgelehnt. Daraus folgt, daß einem Kassenarzt im Fall des Nichterscheins eines Kassenpatienten keinerlei Ansprüche gegen die Kassenärztliche Vereinigung zustehen.

Er könnte sich also nur an seinen Patienten wenden. Obwohl der Kassenarzt grundsätzlich keinen Vergütungsanspruch gegen den Kassen-

patienten hat, besteht zwischen diesen Parteien ein privatrechtlicher Dienstvertrag. Dies folgt aus § 76 IV SGB V, wonach die Übernahme der Behandlung eines Kassenpatienten den Arzt zur Sorgfalt nach den Vorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts verpflichtet. Die Krankenkassen übernehmen nur die Kosten einer tatsächlich durchgeführten Behandlung, das Risiko einer Inanspruchnahme wegen Nichterscheins wird dagegen nicht abgedeckt. Demzufolge richtet sich die Regulierung von derartigen Leistungsstörungen nach dem privatrechtlichen Verhältnis zwischen dem Kassenarzt und dem Patienten. Demnach ist in einem derartigen Fall der Kassenpatient dem Privatpatienten gleichzustellen.

Anspruch des Patienten gegen den Arzt bei Nichteinhaltung eines Arzttermins

Interessant für Zahnärzte ist auch die Betrachtung der Frage, ob der Arzt, der eine Bestellpraxis führt, einem Patienten dann schadensersatzpflichtig wird, wenn der Arzt den mit dem Patienten vereinbarten Behandlungstermin nicht einhält.

Als Beispiel soll ein Fall des Amtsgerichtes Burgdorf vom 15.10.1984 [MedR 1985,129] dienen: Der Kläger ist Handelsvertreter. Der Beklagte ist Internist in X. Seinen Patienten gibt er für bestimmte Behandlungszeiten Termine. Am 5.1.1984 erschien der Kläger um 18.30 Uhr. Nach 45 Minuten Wartezeit beschwerte er sich in der Anmeldung des Beklagten. Um 19.45 Uhr wurde dem Kläger ein Behandlungszimmer zugewiesen. Als die Behandlung nach weiteren ca. 10 Minuten nicht begonnen hatte, verließ er die Praxis. Mit der Klage forderte der Kläger Schadensersatz vom Beklagten für die vergeblich aufgewendete Zeit. Er konnte nachweisen, daß er als Handelsvertreter während dieses Zeitraums pro Stunde 70 DM verdient hätte. Der Beklagte beantragte Abweisung, da er die Terminverzögerung wegen Notfallterminen nicht zu vertreten habe.

Ebenso wie der Privatpatient hat auch der Kassenpatient aus dem privatrechtlichen Behandlungsvertrag einen Anspruch auf ärztliche Behandlung. Der Arzt ist Schuldner einer Dienstleistung. Erbringt er diese nicht zu dem kalendermäßig bestimmten Termin, macht er sich wegen Schuldnerverzuges gegenüber dem Patienten als Dienstberechtigten schadensersatzpflichtig. Voraussetzung für diesen Schadensersatzanspruch ist aber ein Verschulden des Arztes. Problematisch ist demnach festzustellen, wann der Arzt eine Terminverzögerung zu vertreten hat bzw. wie er sich evtl. in einem solchen Fall „entschuldigen“ kann.

Nach Ansicht des Amtsgerichtes Burgdorf im vorliegenden Fall stellen geringfügige Verzögerungen des Arztes kein Verschulden dar. Verzögerungen bis zu 30 Minuten könne der Arzt auch bei sorgfältiger Planung nicht vermeiden. Für darüber hinausgehende Verzögerungen ist

der Arzt allerdings verantwortlich, denn es hängt von seiner Organisation der Praxis ab, wie und in welchem Abstand die Termine vergeben werden. Es ist ihm also ein Organisationsverschulden nach 30 Minuten immer zur Last zu legen. Den gerichtlichen Entscheidungen ist zuzustimmen, denn einmal erfordert es die „Waffengleichheit“, Arzt und Patient hinsichtlich der Verzugsfolgen gleichzubehandeln. Andererseits erscheint es keine Überforderung des Arztes, die Patiententermine im Verhältnis ihrer voraussichtlichen Behandlungsdauer zeitlich aufeinander abzustimmen.

Ein Patient hat deshalb gegen einen Arzt, wenn dieser schuldhaft einen Behandlungstermin nicht einhält, einen Schadensersatzanspruch. Das bedeutet im einzelnen, daß der Patient einen evtl. Verdienstausschlag geltend machen kann. Dies ist jedoch nur dann möglich, wenn er konkret nachweisen kann, daß ihm durch die vergeblich aufgewendete Zeit -d.h. abzgl. 30 Minuten Wartezeit- ein Verdienstausschlag in der geltend gemachten Höhe tatsächlich entstanden ist. Kann er diesen Nachweis nicht erbringen, ist seine Klage abzuweisen. Kommt es aufgrund der Verzögerung – wie im Beispielfall – nicht mehr zu einer Behandlung, so kann der Patient unter Umständen neben seinem Verdienstausschlag auch die Fahrtkosten als Schadensersatz verlangen.

Anzumerken ist allerdings, daß der Arzt mangels Verschulden dann nicht in Verzug gerät, wenn es wegen einer Notfallbehandlung, Komplikationen bei der Behandlung eines Patienten oder sonstigen nicht vorhersehbaren Umständen zu einer Verzögerung kommt. Alle Verzögerungen, die ein sorgfältig planender Arzt nicht voraussehen konnte, führen zu einer Entschuldigung; auch wenn die Wartezeit die angegebenen 30 Minuten bei weitem übersteigt.

Aber auch in diesen Fällen von unverschuldeten Verzögerungen kann der Arzt zum Schadensersatz verpflichtet sein. Dies ist dann der Fall, wenn er die nachfolgenden Patienten nicht rechtzeitig über eine absehbare Verzögerung informiert bzw. informieren läßt. Das Unterlassen einer möglichen Information stellt ein Organisationsverschulden dar, für das der Arzt haften muß. Das erklärt sich daraus, daß die Parteien eines Vertrages mit dessen Abschluß neben ihren Hauptpflichten gegenseitige Sorgfaltspflichten übernehmen, die sie verpflichten, die Rechte und Rechtsgüter des anderen Vertragspartners zu achten. Zu diesem Pflichtenkreis gehört neben anderen auch eine Informationspflicht des Patienten wie auch des Arztes, den jeweils anderen über Verzögerungen aufzuklären. Es kann auch dem vielbeschäftigten Arzt zugemutet werden, Patienten zu Hause oder im Wartezimmer durch einen Helfer darüber zu unterrichten, daß unvorhergesehene Umstände eine längere Wartezeit erfordern. Bei Verletzung dieser Aufklärungspflicht seitens des Arztes kann demnach der Patient auch dann seinen Verdienstausschlag und evtl. Fahrtkosten ersetzt verlangen, wenn dieser die Verzögerung nicht verschuldet hatte.

Der Versicherungs- markt ist für Kun- den schwierig

Für Kunden ist die Assekuranz seit jeher ein schwieriger und unübersichtlicher Markt. Das liegt vor allem daran, daß unabhängige Berater fehlen. Fast jeder Kundige wird von den Anbietern der Produkte bezahlt. Meist agiert er als exclusiv an ein Unternehmen gebundener Handelsvertreter. Und hier gilt stets: Wes Brot ich eß, des Lied ich sing.

Natürlich liegt diese Situation auch an dem Verhalten der Kunden selbst. Weil es in Ostdeutschland nicht üblich ist, für eine Versicherungsberatung Geld zu bezahlen, müssen sich die Berater über den Verkauf von Produkten finanzieren. Die Provisionen sieht der Kunde zwar nicht, er zahlt sie natürlich dennoch, da sie in den jeweiligen Beiträgen enthalten sind.

Der Versicherungsmarkt wird immer noch, im Gegensatz zu verschiedenen ausländischen Märkten, von den Einfirmenvertretern dominiert, die - selbständig oder angestellt - exclusiv für ein Unternehmen arbeiten. Somit wird ein Allianz-Vertreter auch keine Police der HUK-Coburg anbieten, selbst wenn diese günstiger ist.

Mehr Auswahl bietet der Mehrfachagent, der für mehrere Unternehmen tätig ist. Viele dieser Mehrfachagenten entscheiden sich in der Praxis aber leider häufig für die Gesellschaft, die ihnen die höchste Provision bietet.

Manche Mitarbeiter von Finanzvertrieben wie OVB, DVAG, Bonnfinanz oder AWD betonen zwar ihre Unabhängigkeit, beraten aber meist nicht so, sondern konzentrieren sich auf provisionsstarke (und damit meist überbeuerte) Produkte. Und sie neigen dazu, dem Kunden zu viele Policen aufzudrängen. Es gilt oft der Spruch: Was auch immer Ihr Problem ist - eine Kapitallebensversicherung ist immer richtig.

Besser steht sich der Kunde bei Versicherungsmaklern, die zwar von Provisionen leben, aber bei Beratungsfehlern haftbar gemacht werden können. Sie verfügen außerdem meist über eine breite Auswahl an Versicherungsgesellschaften, mit denen sie zusammenarbeiten. Gerade für anspruchsvolle, beratungsintensive und kreative Versicherungslösungen ist der Versicherungsmakler die beste Wahl. Die Versicherungsmakler konzentrieren sich jedoch meist auf Gewerbetreibende.

Gute Angebote kann der informierte Kunde auch manchmal bei den Direktversicherern, wie Kosmos, Europa oder Ontos, erhalten. Diese Gesellschaften verzichten auf die Unterhaltung eines eigenen Außendienstes. Sie bieten immer häufiger eine telefonische Beratung an. Allerdings sind sie dem Vernehmen nach im Schadenfall deutlich weniger großzügig und wehren sich angeblich hartnäckig gegen Zahlungen. Diese unangenehme Erfahrung kann der Kunde aber auch bei anderen Billiganbietern machen. Wer bei solchen Versicherern abschließt, sollte es sich gut überlegen - oder gleich eine Rechtsschutzpolice mit abschließen.

Was also tun? Standardprodukte wie Privat-Haftpflicht oder Autopolicen können bei günstigen Direktversicherern abgeschlossen werden. Für komplizierte Produkte bleibt nur, sich selbst zu informieren und intensiv vergleichen, oder einen Versicherungsmakler zu beauftragen.

Heinz-Dieter van den Heuvel,
Sachverständiger
f. d. private Versicherungswesen

Titelbild

Die jetzige Staatskanzlei und Amtssitz des Thüringer Ministerpräsidenten Dr. Bernhard Vogel, das sog. Stadthalterpalais, wurde als Amts- und Wohnsitz des kurmainzischen Stadthalters in Erfurt 1711-1720 nach Plänen von Welsch errichtet. Bauplastik von Gröninger, die Stuckdecken in 3 Räumen und im Festsaal von Castelli. Das Gebäude ist eine lockere Vierflügelanlage, die sich um einen großen Hof gruppiert. Die Hauptfront besteht aus einem ristalitär vorspringenden Mittelteil mit großem Herrenportal und langgestreckten Seitenteilen, von denen der rechte das ehemalige Renaissance-Bürgerhaus „Zum stolzen Knecht“ ist. Sehr imposant ist der halbrunde Erker. Das barocke Ensemble wurde stilistisch sehr schonend an das Renaissancehaus angegliedert. Jahrhunderte gehörte Erfurt bis zu den Wiener Verträgen zum Kurfürstentum Mainz und wurde, da die Mainzer im Rheinbund Napoleon unterstützten, nach dessen Niederlage aber als „Reparation“ zur preußischen Provinz Sachsen verpflichtet. G. Wolf

Tätigkeits- schwerpunkt Naturheilver- fahren unzulässig

Das Führen eines Tätigkeitsschwerpunktes Naturheilverfahren auf Briefkopf, Praxis-schild oder in Praxisanzeigen verstößt gegen das Werbeverbot.

Das Werbeverbot für Zahnärzte ist differenziert von dem der Rechtsanwälte und im konkreten Fall auch von der der Ärzte zu beurteilen.

Das Verwaltungsgericht Mainz hat mit dem - nicht rechtskräftigen - Urteil vom 14.1.1999 Az.: 4 K 1454/97.MZ die Klage eines Zahnarztes gegen seine Kammer auf Feststellung, daß er zum Führen der Bezeichnung Tätigkeitsschwerpunkt, hilfsweise Interessenschwerpunkt Naturheilverfahren auf Briefkopf, Praxis-schild und in Praxisanzeigen berechtigt ist, abgewiesen.

Der Zahnarzt hatte geltend gemacht, hierbei handele es sich um eine aufklärende und leistungsbezogene Veröffentlichung medizinischen Inhalts, die mit der Berufsordnung vereinbar sei. Dem gegenüber hat das Verwaltungsgericht Mainz einen Verstoß gegen das Werbeverbot angenommen. Es bezieht sich auf die bekannte Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, wonach das Führen von Zusätzen als berufswidrig gilt, wenn diese zu Irrtümern führen können und weniger aufklären oder dem Informationsbedürfnis Rechnung tragen, sondern vielmehr die Beeinflussung aus ökonomischen Motiven im Blick haben. In Anbetracht der in der Zahnmedizin möglichen alternativen Behandlungsformen, die zudem in der heutigen Zahnarztpraxis durchaus üblich und verbreitet seien, sei der Gebrauch des Begriffes Naturheilverfahren in der zahnärztlichen Praxis für den Patienten irreführend. Der Begriff Naturheilverfahren sei in der Bevölkerung mit diffusen Erwartungen positiv besetzt, wobei sich aber im Bereich der Zahnheilkunde kein scharf abgrenzbares, wissen-

schaftlich anerkanntes Bild zeichne und sich die Naturheilverfahren oftmals sogar von der zahnärztlichen Wissenschaft bewußt abwendeten.

Unter Hinweis auf die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts bestätigt das Verwaltungsgericht Mainz, daß das strengere Werbeverbot für Ärzte und Zahnärzte aufgrund der geschützten Interessen der Volksgesundheit und des Schutzes vor Beeinflussung und Verunsicherung durch Werbemethoden keine verfassungswidrige Ungleichbehandlung gegenüber Rechtsanwälten darstelle. Eine Differenzierung zu den Ärzten, bei denen das Führen der Angabe Naturheilverfahren als Zusatzqualifikation vorgesehen sei, sei zulässig, denn die Zahnheilkunde biete nicht ausreichend Raum für einen ganzheitlichen Therapieansatz. Schließlich sei ein über die Gebietsbezeichnung hinausgehender Zusatz bei Zahn-ärzten nach dem Heilberufsgesetz Rheinland-Pfalz nicht zulässig.

Info BZÄK

Zukunftsprogramm der CDU Thüringen für die Wahl zum 3. Thüringer Landtag vorgestellt

Am 3. Juli 1999 fand im Kultur- und Kongreßzentrum Gera der 11. Landesparteitag der CDU Thüringen statt. Im Mittelpunkt standen die Reden von CDU-Generalsekretärin Angela Merkel und des Landesvorsitzenden, Ministerpräsident Dr. Bernhard Vogel, sowie die Beratung und Beschlußfassung über das „Zukunftsprogramm der CDU Thüringen für die Wahl zum 3. Thüringer Landtag“.

Die Gesundheitspolitik der rot-grünen Bundesregierung mit der bevorstehenden Gesundheitsreform 2000 steht seit geraumer Zeit im allgemeinen Kreuzfeuer der Kritik. So war diese Thematik konsequenterweise wesentlicher Bestandteil aller Statements.

Angela Merkel merkte an, daß die größte Drohung für den Osten sei, daß Schröder sich den Aufbau Ost zur Chefsache gemacht habe und die Bundesregierung sich an der Lösung von Problemen versuche, die wir in Deutschland sonst nicht hätten.

Dr. Vogel stellte inhaltliche Schwerpunkte der CDU-Gesundheitspolitik dar: „Wir sind gegen eine Rationierung, jeder soll die medizinischen Mittel bekommen, die er braucht!“ Der Grundsatz der freien Arztwahl müsse

unbedingt erhalten bleiben. Die Krankenkassen dürften auf keinen Fall die alleinige Verantwortung tragen, sondern diese müsse bei den Ländern bleiben, um eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung zu garantieren. Er mahnte energisch an, daß die Patienten keine Opfer gesundheitspolitischer Experimente der Bundesregierung werden dürften.

Dr. Horst Popp, Vorstandsmitglied der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen, brachte die Standpunkte aller Beschäftigten im Thüringer Gesundheitswesen zum Ausdruck und legte dar, daß die Bundesregierung ihren Marsch in ein staatliches Gesundheitswesen fortsetze. Dies habe u. a. zur Folge: Einschränkung der freien Arztwahl, Abkopplung der gesetzlich krankenversicherten Bevölkerung vom weiteren medizinischen Fortschritt, Verlust von Arbeitsplätzen, Aufbau eines gigantischen Pools hochsensibler Patienten- und Arztdaten sowie eine nie dagewesene Monopolisierung der Macht der Krankenkassen. Er resümierte, daß die Regierung Rot-Grün aus den politischen Verhältnissen und Mangelerscheinungen der ehemaligen DDR nichts gelernt habe.

Auch Wolfgang Zöllner, gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, machte noch einmal deutlich, daß bei einer Umsetzung der Pläne der Regierungsparteien eine unausweichliche Rationierung von Gesundheitsleistungen droht.

Der parlamentarische Widerstand der CDU auf Landes- und Bundesebene sei ein adäquates Mittel, um das Inkrafttreten der Reform ab 1.1.2000 zu verhindern. red.



CDU-Generalsekretärin Angela Merkel und Thüringens Ministerpräsident Dr. Bernhard Vogel



Dr. Horst Popp sprach für die Beschäftigten im Thüringer Gesundheitswesen

Neue Antworten müssen gefunden werden

Die gesundheitspolitische Landschaft vor der Landtagswahl in Thüringen

Von Lulita Schwenk, Stadt Bad Colberg-Heldburg, Landtagskandidatin der F.D.P.

Das letzte Jahr war durch eine Vielzahl von turbulenten Ereignissen gekennzeichnet, die für die Arbeit in unseren Zahnarztpraxen nicht unbedingt förderlich war.

Nach der Einführung des 2. NOG kam es von seiten der Krankenkassenverbände zu erheblichen Verunsicherungen bei unseren Patienten. Es kam dennoch in unseren Praxen wieder zu dem notwendigen Vertrauensverhältnis, und die Arbeit machte unter dem Gesichtspunkt der Kostenerstattung richtig Freude.

Wir waren in unserer Praxis alle der Meinung, daß diese Reformschritte der richtige Weg sind, und es zu einer Ausweitung in allen anderen Bereichen der Zahnheilkunde kommen sollte. Es ist nicht zuletzt auch für uns Helferinnen schwierig, einen Patienten

von der Notwendigkeit einer Zahnreinigung zu überzeugen, wenn ihm seine Krankenkasse sagt, das bekommt er alles mit Abgabe der Chipkarte.

All diese wichtigen Ansätze von Liberalisierung und Selbstbestimmung im Gesundheitswesen wurden mit dem „Solidaritätsstärkungsgesetz“ der neuen Bundesregierung von einem auf den anderen Tag beendet. Bis dato wußte ich nicht, daß verabschiedete Gesetze, welche sich zudem noch in der Bewährungsprobe befanden, mit Willkür geändert werden können.

Ich weiß, wovon ich spreche, denn als Verwaltungsangestellte in der Praxis meines Mannes werde ich jeden Tag mit den Schwierigkeiten konfrontiert, die ein „Vertragszahnarzt“ so hat. Ich stelle einen erhöhten Verwaltungsaufwand fest, der in keinem Verhältnis zum Betriebsergebnis steht.

Ich stelle eine Entmündigung der Patienten fest, wenn diese bei Reparaturen ihres Zahnersatzes die Krankenkassen vorher um die Bezuschussung bitten müssen.

Die Rückkehr zum Sachleistungsprinzip und die fast vollständige Abschaffung der

Kostenerstattung ist kein gutes Zeichen für einen mündigen Patienten. Diese Wiedereinführung bedeutet eine hohe Belastung für die Solidargemeinschaft, sie ist im höchsten Maße unsozial.

Ein neuer Gesetzentwurf steht uns allen ins Haus „Gesundheitsreform 2000“ heißt diese Offerte.

Wird sie Wirklichkeit, dann bedeutet dies das Aus für die Freiberuflichkeit des Zahnarztes und ein Aus für den medizinischen Fortschritt für breite Bevölkerungsschichten. Mehr Kontrollen, Vorschriften und Entmündigungen der Zahnärzte sind die Endkonsequenz zu vieler Eingriffe durch Dritte.

Budget heißt Mangelverwaltung – vielen noch aus alten Zeiten bekannt und zum Teil wohl verdrängt, denn sonst wäre doch der Aufschrei aller Beteiligten viel größer. Schlimmer noch aber ist es, daß die Zahnärzte von der Politik zu den Mangelverwaltern auf dem Rücken der Patienten bestimmt werden. Gerade die Einführung neuer Leistungen (so positiv es sich auch ansehen mag) in die GKV führt zu einer Verlagerung des Mortalitätsrisikos auf die Zahnärzte.

Mir ist bewußt, daß es in unserem Land zu einer grundlegenden Reform des Krankenversicherungssystems kommen muß. Der neue Gesetzentwurf bringt uns meines Erachtens eine zynische und menschenverachtende Diskussion über eine Kosten-Nutzen-Analyse ein. Warum stellen wir uns nicht dem Problem, die zahnmedizinische Grundversorgung neu zu definieren?

Angesichts der steigenden Lebenserwartung der Bevölkerung und der Weiterentwicklung des medizinischen Fortschritts müssen neue Antworten gefunden werden. Nicht die leistungsfeindliche Budgetierung, sondern eine Beschränkung des Leistungskataloges der Gesetzlichen Krankenversicherung kann die Lösung der anstehenden Probleme sein.

Wir stehen mitten in einem europäischen Einigungsprozeß. Hier kann sich Deutschland nicht verschließen, auch den sozialen Sektor mit einzubinden.

Wir reden in unserer Praxis oft über aktuelle berufspolitische Themen.

Unsere Meinung ist die, daß für unser Land ein freiheitliches Gesundheitswesen ohne übermäßige Bürokratie und ohne Rationierung von Gesundheitsleistungen bei freier Arztwahl und Therapiefreiheit auf Basis folgender Prämissen die Lösung auch für die folgenden Generationen darstellt:

Stärkung der Eigenverantwortung statt kollektiver Rundumversorgung

Wettbewerb statt Einheitskasse

Wahlmöglichkeiten und Patientensouveränität statt Einheitstarife

Verhandlungslösungen der Selbstverwaltung statt staatlicher Reglementierung

Leistungsgerechte Vergütung statt Budgetierung

Kostenerstattung statt Sachleistungsdiktat

Frühzeitige europäische Ausrichtung statt Einigelungstaktik

Kompakt-Seminar mit Prof. Dr. Georg Meyer in Erfurt „Alles Wissenswerte über das klinische Vorgehen bei der Diagnostik und Therapie kaufunktionsgestörter Patienten“

Seit 1972 bietet die Dental-Labore Dohrn AG für ihre Kunden regelmäßig Informations- und Seminarveranstaltungen für Zahnärzte und Helferinnen zu aktuellen Themen rund um die Zahnmedizin an. Darunter sind stets namhafte Referenten aus Zahnärzteschaft und Forschung. An diese Tradition knüpft auch das diesjährige Seminar mit Prof. Dr. Meyer am 06. November 1999 in Erfurt an.

Kaufunktionsstörungen können beim Menschen vielfältige Auswirkungen auf das Allgemeinbefinden hervorrufen, insbesondere multiple Schmerzzustände im Kopf- und Schulterbereich. Weicht die okklusale Gestaltung zahnärztlicher Restauration auch nur geringfügig vom natürlichen Vorbild ab oder kommt es aus anderen Gründen zu Kaufunktionsstörungen, so können hieraus entstehende neuromuskuläre Inkoordinationen zu den unterschiedlichsten Krankheitsbildern führen.

Die vielfältigen Krankheitssymptome, an denen Kaufunktionsstörungen beteiligt sind, lassen sich als Myo- und/oder Arthropatien zusammenfassen.

Prof. Dr. Meyer gibt im Rahmen dieses Seminars gezielt Tipps und Tricks rund um die Diagnostik und Therapie von kaufunktionsgestörten Patienten. Die Schritte der Funktions-Diagnostik werden kurz theoretisch dargestellt und anschließend praktisch demonstriert. Dazu gehören die klinische und manuelle Funktionsanalyse nach Krogh-Poulsen, die klinische Okklusionsanalyse, die instrumentelle Funktionsanalyse der Kiefergelenke bis hin zur instrumentellen Okklusionsanalyse und bildgebende Verfahren.

Darüber hinaus werden verschiedene Verfahren der initialen Therapie in Theorie und Praxis vorgestellt: u. a. die Anleitung zur Selbstbeobachtung und Physiotherapie. Die Möglichkeiten der Funktionstherapie sind außerordentlich umfangreich, jedoch haben sich Therapien mit okklusalen Schienen, vor allem in der initialen Behandlungsphase, als äußerst effektiv und hilfreich erwiesen. Dazu gehören die Behandlung mittels Relaxierschienen (Zentrikschiene, Äquilibrationsschiene u.a.) und die Behandlung mittels Repositionierungsschienen (ähnlich Protrusions-, Dekompressions- oder Distraktionsschiene u.a.).

Ziel dieses Seminars ist nach einer kurzen theoretischen Fundierung der Arbeitsschritte zur Diagnostik und Therapie die jeweiligen Schritte ausführlich praktisch zu demonstrieren: elektronische Axio-graphie, Zentrikregistrat, Einartikulieren, klinische Funktionsanalyse etc. Die Erläuterung der einzelnen Arbeitsschritte wird jeweils begleitet durch entsprechende Tips aus der langjährigen Praxiserfahrung Prof. Dr. Meyers.

Weitere Informationen und Anmeldeformulare erhalten Sie direkt bei der Dental-Labore Dohrn AG im Labor Erfurt unter Telefon 0361/ 566 11 77 oder Fax 0361/ 5 66 11 78.

Forderung nach Verbot von Praxislabors zielt auf marktwidriges Monopol

Anlässlich eines Pressegesprächs des Verbandes Deutscher Zahntechniker-Innungen setzte sich deren Präsident, Lutz Wolf, öffentlich für ein Verbot von Praxislabors ein.

Die Ablehnung der Zahnärzteschaft gegen derartige Positionen verdeutlicht der Präsident der BZÄK, Dr. Franz-Josef Willmes, in einem Schreiben.

Darin weist der Vorstand der BZÄK „den erneuten politischen Vorstoß, die Herstellung von Zahnersatz im praxiseigenen Labor untersagen zu lassen, als unzulässigen Versuch zurück, ein marktwidriges Monopol auf der Angebotsseite zu schaffen. Die Begründung des VDZI, daß

eine Trennung von Zahnarztpraxis und zahn-technischem Labor der Qualitätssicherung diene, belegt eine ausschließlich technokratisch und damit patientenfeindliche Betrachtungsweise einer zahnmedizinisch-prothetischen Versorgung. Die Versorgung von Patienten mit Zahnersatz ist eine unteilbare heilkundliche Leistung, die in die Hand des approbierten Zahnarztes gehört, der im Rahmen seiner wissenschaftlichen Ausbildung auch die technische Anfertigung von Zahnersatz lernt (Prüfungsfach). Das gewerbliche zahntechnische Labor ist dagegen ausschließlich Zulieferer für vom Zahnarzt bestellte Werkstücke, ohne dabei irgendeine Verantwortung für die medizinische Versorgung des Patienten zu übernehmen.

Die Bundesregierung hat zuletzt noch 1995 in der Antwort auf eine parlamentarische Anfrage festgestellt, daß es sowohl bezüglich der Qualität als auch bezüglich der Leistungstransparenz keine Unterschiede zwischen protheti-

schen Arbeiten aus Praxislaboren und gewerblichen Laboren gibt.

Eine Einschränkung der Praxislabore würde deshalb zu keinerlei Qualitätsverbesserungen führen, das Gegenteil wäre vielmehr der Fall: Das zahnärztliche Praxislabor als integraler Bestandteil einer umfassend tätigen Zahnarztpraxis bietet eine wünschenswerte Alternative für die Beschaffung zahntechnischer Leistungen, die als unverzichtbares Korrektiv auf das vom Zahntechnikerhandwerk angebotene Qualitäts- und Preisniveau wirkt. Das Praxislabor bietet nicht zuletzt durch seine sofortige Verfügbarkeit Servicevorteile für den Patienten. Vom Praxislabor gehen immer wieder Innovationen aus, die letztlich auch dem Zahntechniker-Handwerk zugute kommen.“

Dr. Franz-Josef Willmes erbittet von Lutz Wolf Vorschläge, wie dieser den eingetretenen politischen Schaden wieder zu beseitigen gedenkt.

Mitteilung BZÄK

Wrigley Prophylaxe Preis-Verleihung 1999 in Saarbrücken

Risiko Zahnschmelzverlust: Nach sauren Nahrungsmitteln nicht sofort die Zähne putzen, sondern mindestens eine halbe Stunde warten!

Am 4. Juni 1999 wurde der Wrigley Prophylaxe Preis 1999 (Gesamtdotierung DM 8.000) auf dem 13. Jahreskongreß der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) in Saarbrücken verliehen.

Die Themen der diesjährig prämierten Arbeiten dokumentieren deutlich, wie unverzichtbar nach wie vor Aufklärung und Motivation zur Prophylaxe sind, um die Zahngesundheit der Bevölkerung weiter zu verbessern. Dabei geht es nicht nur um die Vermeidung der Volkskrankheit Nr. 1 Karies, die vor allem bei Kindern und Heranwachsenden eine Rolle spielt. Andere zahnmedizinische Probleme - wie z. B. die Zahnschmelzverluste (Zahnschmelzerosionen) nach

dem Genuß saurer Nahrungsmittel sowie die Mundtrockenheit (Xerostomie) - eine Nebenwirkung zahlreicher Medikamente - gewinnen im Erwachsenenalter zunehmend an Bedeutung.

Die strahlenden Gewinner des Wrigley Prophylaxe Preises 1999: (Reihe von links nach rechts) Dr. Michael Schäfer und Angelika Burandt, beide Gesundheitsamt Düsseldorf; Parichereh Shohadai, Universitätszahnklinik Freiburg. (Reihe von links nach rechts) Dr. Christian Hirsch, Universitätszahnklinik Halle; Dr. Thomas Jaeggi, Universitätszahnklinik Freiburg. (Reihe von links nach rechts) Prof. Dr. Adrian Lussi, Universitätszahnklinik Bern; Prof. Dr. Joachim Klimek, Juryvorsitzender, Universitätszahnklinik Giessen, Stefan Klomann, Leiter Wrigley Dental Programs.

Info und Foto: Wrigley Dental Programs



Gemeinsames Krebsregister

Soeben ist das Gemeinsame Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen (GKR) als Informationsbroschüre für Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte herausgekommen.

Diese Broschüre gibt allen Interessierten ein zusammenfassendes Informationsmaterial über Sinn, Aufgaben und Verfahrensfragen der Krebsregistrierung an die Hand, so auch zum Meldeverfahren, zu Meldewegen, Melddaten und zur Vergütung.

Die Broschüre kann abgefordert werden von: Gemeinsames Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und der Freistaaten Sachsen und Thüringen, Registerstelle, Dr. med. Bettina Eisinger, Brodauer Straße 16 - 22, 12621 Berlin, Tel.: 030/5658 1401, Fax: 030/5658 1444.



Neuer Vorsitzender des Verbandes der Deutschen Dental-Industrie e. V. (VDDI) gewählt

Anlässlich der Mitgliederversammlung des VDDI am 16. Juni 1999 in Köln fanden satzungsgemäß die Neuwahlen des Vorstandes und des Beirates statt. Neuer Vorsitzender ist Gerd Schulte. Er löst damit Walter Dürr ab, der turnusgemäß nach zwei Jahren das Amt niederlegt.

Zu stellvertretenden Vorsitzenden wurden Walter Dürr, Karl-Heinz Noack (Hager & Meisinger GmbH) sowie Henry Rauter (VITA-ZAHNFABRIK H. Rauter GmbH & Co. KG) gewählt.

Der VDDI zählt derzeit rund 200 Mitgliedsfirmen, bei denen es sich ausschließlich um Dentalhersteller handelt. Die deutsche Dentalindustrie nimmt weltweit einen führenden Platz ein und erfreut sich durch ihre Innovationskraft und durch die Qualität ihrer Produkte und Leistungen einer hohen internationalen Akzeptanz.

Problemsprechstunde

Kieferorthopädisch-kieferchirurgische Sprechstunde

Der Chefarzt der Klinik für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie/Plastische Operationen Erfurt, Priv.-Doz. Dr. med. Dr. med. dent. Hans Pistner, führt für interessierte Kollegen eine kieferorthopädisch-kieferchirurgische Problemsprechstunde ein. Diese Sprechstunde soll jeweils am ersten Samstag im Monat ab 9.00 Uhr in o. g. Klinik im 7. Stock, Anmeldung Zimmer 707, Nordhäuser Straße

78 in 99089 Erfurt stattfinden. Für den Herbst 1999 sind als Termine der 2.10.1999, 6.11.1999 und der 4.12.1999 vorgesehen.

Niedergelassene Kollegen aus Thüringen können nach telefonischer Anmeldung und Terminvergabe unter der Rufnummer 0361/7 81-2230 beispielsweise Patienten mit Dysgnathien, die zur kieferorthopädisch-kieferchirurgischen Kombinationstherapie vorgesehen sind, an diesen Terminen vorstellen.

Zweckmäßigerweise sollte eine entsprechende radiologische (Orthopantomogramm, Fernröntgen) sowie Modell-Diagno-

stik (Situationsmodelle, eventuell schädelbezügliche Registrierung) vorbereitet sein.

Wünschenswert ist nicht nur die Vorstellung des Patienten mittels eines Briefes, sondern auch die Begleitung durch den niedergelassenen Kollegen, da auf diese Weise eine Absprache und Optimierung der Therapie direkt vorgenommen werden kann.

Neben Dysgnathiepatienten können selbstverständlich auch andere Patienten mit besonderen Problemen vorgestellt werden.

red.



13. Jahrestagung der Europäischen Gesellschaft für Zahnärztliche Ergonomie (EGZE)

Tagungsthema: Ergonomie bei der zahnärztlichen Präparation

Tagungssprachen: Englisch, Deutsch, Französisch

Information und Anmeldung:

EGZE-Tagungsleiter Dr. Nicolas Haasser

3, Grand' rue, F-67620 Soufflenheim, Fax: 0033-3-88 86 66 23



Schauen Sie 'mal rein!

Die neuen Internet-Seiten bieten viele Informationen auf einen Blick.

Kurze Wege führen Sie z.B. zur Veranstaltungsübersicht, so daß Sie sich anhand der wichtigsten Informationen gleich zu einem Thema an einem Ort Ihrer Wahl anmelden können. Den Kommunikationsweg bestimmen Sie, ob nun per Fon, Fax oder e-mail.

Die gleichen Möglichkeiten bietet Ihnen die Börse. Die Assistenten- und Praxisbörse hält aktuelle Angebote und Gesuche bereit, und die schnelle Möglichkeit Ihre eigenen Suche-Biete-Wünsche aufzunehmen.

Kommunizieren Sie bereits regelmäßig per e-mail? Dann wird Ihnen der online-shop sehr entgegenkommen.

Denn die schnelle Bestellung per e-mail findet heutzutage in jeder Branche großen Anklang. Der online-Shop bietet sowohl einen kleinen Auszug aus dem Material-Angebot, als auch die Möglichkeit die Bestellung im Freitext einzugeben.

Sie sollten auf jeden Fall einen Blick in die News werfen, denn neben den interessanten Neuigkeiten hat Ihnen die MULTIDENT weitere Links zu sehenswerten Internetseiten ausgesucht.

Viel Spaß wünschen wir Ihnen bei den laufenden Diskussionen.

Der Besuch lohnt sich! Jederzeit!

3M RelyX ARC

„The Dental Advisor“ lobt neues Befestigungskomposit von 3M

„Äußerst empfehlenswert“: das neue Befestigungskomposit 3M RelyX ARC

Nach Aussage der Zeitschrift „The Dental Advisor“ Volume 16/ 1999, ist das 3M RelyX ARC Befestigungskomposit äußerst empfehlenswert zum Zementieren indirekter Restaurationen.



3M RelyX ARC ist ein dualhärtendes Befestigungskomposit im praktischen 3M Clicker Dispenser zum definitiven Einsetzen von Restaurationen aus Keramik, Metall und Komposit. Zahnärzte, die dieses Material erprobt hatten, beurteilten es als sehr gut bis exzellent. Gründe hierfür sind die einfache Anwendung, die ideale Konsistenz und der einzigartige Clicker Dispenser, der eine sparsame und exakte Dosierung von Basis- und Katalysatorpaste ermöglicht.

Der Zement ist problemlos anzumischen und auf die Restauration oder den Zahn zu applizieren. Auch die in der Einführungsverpackung enthaltene bebilderte Gebrauchsanleitung fand großes Lob, da sie gut verständlich die klinische Vorgehensweise dokumentiert. Das Entfernen der Überschüsse wurde ebenfalls als sehr einfach bewertet, da 3M RelyX ARC drei bis fünf Minuten nach dem Einsetzen eine wachsartige Konsistenz erlangt.

69 % der konsultierten Zahnärzte äußerten gegenüber dem „Dental Advisor“, daß sie 3M RelyX ARC kaufen würden, und immerhin 61 % würden das Produkt weiterempfehlen.

3M Deutschland GmbH

Steri-sleeve, der sterile Schlauchüberzug



Ab sofort bietet ROEKO seinen Schlauchüberzug auch in steriler Ausführung unter der Bezeichnung STERI-SLEEVE an.

STERI-SLEEVE besteht aus einem saugfähigen Papiervlies, welches auf der Innenseite mit einer dünnen Kunststoffolie beschichtet ist, die als Flüssigkeits- und Bakterienbarriere dient.

STERI-SLEEVE sind 100 cm lang und 7,5 cm breit. Jeder Schlauchüberzug ist einzeln steril verpackt. Ein Karton enthält 25 Steri-sleeve plus zwei Befestigungsbänder.

Die Klettbander sind im Autoklav bis zu 134 °C sterilisierbar und sollten vor jeder Anwendung erneut sterilisiert werden.

Roeko GmbH + Co. Dentalerzeugnisse

DEFINITE® wurde Nummer Eins bei plastischen Füll- ungsmaterialien

Seit der Markteinführung von DEFINITE® im Frühjahr 1989 wurden bereits mehr als 4 Millionen Füllungen mit dieser neuen Werkstoffklasse gelegt. Die fortschrittlichen Eigenschaften von DEFINITE® beruhen im wesentlichen auf der Ormocer-eigenen Matrix, einem keramischen Polysiloxan, das schon vor der Lichthärtung ein schrumpfungsfähiges Netzwerk mit kovalent gebundenen Methacrylat-Gruppen enthält. Die Konsequenz: Innerhalb der Nachweisgrenzen werden keine Restmonomere eluiert. Damit wurde ein wesentlicher Nachteil herkömmlicher Kunststoffmaterialien beseitigt und eine außergewöhnliche Bioverträglichkeit erzielt. Spitzenwerte belegt DEFINITE® ebenso bei der Polymerisations-schrumpfung, der Abrasionsresistenz und der Materialfestigkeit. Die hohe Nachfrage beruht zudem auf der ausgezeichneten Ästhetik und einem überzeugenden Preis-Leistungs-Verhältnis.

Weitere Entwicklungen erleichtern dem Zahnarzt die Verarbeitung des Dental-Ormocers: Bereits 1997 wurde das One-Step-Bonding Etch&Prime® 3.0 eingeführt. Bei diesem Adhäsivsystem entfällt die sonst übliche Ätzung des Zahnschmelzes mit einem Phosphorsäure-Gel und damit auch der separate Spül- und Trockenschritt. Zur IDS '99 wurde DEFINITE® 450 auf den Markt gebracht: Die DA-Tips haben 450 mg Inhalt - statt bisher 250 mg - und vereinfachen somit den Arbeitsablauf bei größeren oder mehreren Füllungen in einer Sitzung.

Degussa-Hüls AG

Pfiffige Entwicklung aus den USA:

Flüssiges Gel wird zur stabilen GTR-Barriere

Ein neuer Standard in der „Gesteuerten Geweberegeneration“ kommt aus den USA nach Deutschland. Das halbflüssige Polymer-Gel ATRISORB® Direct (Atrix Laboratories, Fort Collins, CO, USA) ermöglicht eine schnelle und kosteneffektive GTR Behandlung.

Aufgrund ihrer Resorbierbarkeit wird ein Zweiteingriff überflüssig. Der besondere Vorteil von ATRISORB® liegt in der einfachen klinischen Handhabung. Das Gel wird wegen seiner adhäsiven Eigenschaft schnell und einfach am Defekt angebracht. Im Gegensatz zu anderen Barrieren, die Befestigungsfäden zur Fixierung am Zahn benötigen, kann bei ATRISORB® auf eine derartige Befestigung verzichtet werden.

Um ein optimales Ergebnis zu gewährleisten, sollte als Knochenersatzmaterial ausschließlich phasenreines β -Tricalciumphosphat (CERASORB®/curasan® Pharma, Kleinostheim) verwendet werden. ATRISORB® wird mit Hilfe der „situ Technik“ direkt auf das CERASORB® aufgetragen und paßt sich der Defektmorphologie perfekt an. Durch leichtes Besprühen mit sterilem Wasser oder isotonischer Kochsalzlösung verfestigt sich das Gel zu einer stabilen, synthetischen und bioabbaubaren Barriere.

Erst nach einem Zeitraum von 16 bis 20 Wochen setzt der Massenabbau ein, bis dahin behält die Barriere ihre Stabilität. Nach etwa zwölf Monaten ist ATRISORB® vollständig abgebaut. Dies harmoniert optimal mit der sechs bis zwölfmonatigen Resorptionszeit von CERASORB®.

Nähere Informationen sind erhältlich bei: curasan® Pharma GmbH (Lindigstraße 4, 63801 Kleinostheim, 12 06027 / 46 86- 27).



Microdentistry, die neue Dimension in der restaurativen Zahnheilkunde

Auf der IDS in Köln erstmalig vorgestellt, für die Arbeit mit dem Behandlungsmikroskop oder mit der Lupenbrille, das Präparationsset für Microdentistry 4325. Das rotierende Instrumentarium ist in den Instrumentenhälsen schlanker und in den Instrumentenköpfen filigraner gestaltet worden. Die Vorteile sind eine bessere Sicht und Übersicht beim

Präparieren, die minimalinvasive Gestaltung von Kavitäten, der maximale Erhalt gesunder Zahnschubstanz und die präzise Gestaltung von Kavitäten und Präparationsrändern. Damit wird die Arbeitsqualität und das Therapieergebnis entscheidend verbessert.

Gebr. Brasseler GmbH, Lemgo

