

tzb****

**THÜRINGER
ZAHNÄRZTE
BLATT 2**

10. Jahrgang
Februar
2000





*Das
Leben
genießen ...*

und heute noch Steuern sparen!

Wer die öffentliche Diskussion um die gesetzliche Rente in Deutschland verfolgt, ist zu Recht besorgt. Zu lange schon verschwiegen die Politiker, daß private Vorsorge nicht mehr finanzierbar ist.

Das Angebot an privaten Vorsorgemöglichkeiten ist breit.

Kaum eines ist so profitabel wie der Clerical Medical Rentenplan.



Der CLERICAL MEDICAL Rentenplan

Mit dem Clerical Medical Rentenplan schließen Sie nach heutiger Gesetzgebung noch einen steuerfreien Sparplan ab, der durch hohe Auszahlungen Ihren Lebensstandard sichert und die Versorgungslücke schließt, die sich aus der Differenz Ihres Einkommens und der gesetzlichen Altersversorgung ergibt.

Hohe Rendite und Flexibilität inklusive

Der Clerical Medical Rentenplan ist eine hochrentable britische Kapitalanlage – natürlich in Deutschland zugelassen.

Mit diesem Sparplan sichern Sie sich hohe Gewinnanteile ohne ein Wechselkursrisiko einzugehen.

Lassen Sie sich überzeugen!

R. & R. Daume Finanzdienstleistungen GmbH

Neuwerkstraße 1 · 99084 Erfurt · Telefon: (0361) 6 43 87 84 · Fax 6 43 87 00

Alle Jahre wieder...

Es ist schon fast eine Tradition, dass wir anlässlich unseres Neujahrsempfangs der Zahnärzte ein neues Kostendämpfungs-gesetz der Bundesregierung bewerten müs-sen. Nachdem wir das Seehofer-Gesetz 1998 noch begrüßen konnten, fielen die Worte im letzten Jahr sehr hart aus. Zu unserem diesjährigen Neujahrsempfang, der am 19. Januar stattfand, war im Zusammen-hang mit der Gesundheitsgesetzge-bung nichts Gutes zu vernehmen: Zu viele Fragen sind offengeblieben, zu viele Erwar-tungen wurden enttäuscht. Doch das ver-wundert nicht, schließlich wurde dieses Gesetz, genau wie das Solidaritätsstär-kungsgesetz, nicht mit, sondern gegen die Betroffenen erarbeitet und in Kraft gesetzt.

Trotzdem muss man beachten, dass vieles, was ursprünglich geplant war, nicht durch-gesetzt werden konnte, einfach weil der berechtigte Protest der Betroffenen eine Umsetzung nicht möglich werden ließ. Somit blieb von der gepriesenen rich-tungsweisenden Reform nur ein Fragment übrig, welches im Grunde mehr Fragen eröffnet, als beantwortet.

Das Grundproblem der GKV wurde zwar von Ärzten und Krankenkassen unisono auf der Einnahmenseite gesehen - der Gesetz-geber jedoch, unfähig, dieses politisch zu lösen - hatte keine andere Idee, als die Dienstleister im Gesundheitswesen erneut abzustrafen.

Außer unseren Berufspolitikern weiß fast jeder Bürger, dass 10 bis 15 % jährliches Wachstum im Gesundheitssektor nicht mit 1 bis 2 % Grundlohnsummenzuwachs zu finanzieren sind. Oder wissen auch sie es

und haben Angst, ihren Wählern die Wahr-heit zu sagen?

Leichter ist es, uns, die wir einen Eid geschworen haben, in einer sich ständig verschärfenden Weise auszubeuten.

Leider trifft für Deutschland zu, dass nöti-ge Umstrukturierungen in vielen Bereichen nicht von den notwendigen Rahmenbedin-gungen in der Politik begleitet wurden. Statt dessen übt sich die Bürokratie in der Besitzstandwahrung. Andere Länder machen es uns schon lange vor, wie Arbeitslosigkeit und damit auch das Ein-nahmendilemma der gesetzlichen Kran-kenversicherung erfolgreich bekämpft werden. Die GKV ist hierzulande keine Ver-sicherung mehr, sondern ein Beitragserhe-bungs- und -verteilungssystem. Das Ver-sicherungsrisiko tragen die Ärzte über das Budget.

Es gibt Auswege: Die Thüringer Zahnärzte haben Herrn Minister Pietzsch vor Weih-nachten erste konzeptionelle Gedanken einer modernen Weiterentwicklung des Solidarsystems überreicht. Die Diskussion, was die Solidargemeinschaft noch tragen muss und tragen kann, ist allerdings ange-sichts der Probleme längst überfällig.

In diesem Jahr müssen wir leider mit dem Gesetz leben, was für eine Körperschaft Öffentlichen Rechts bedeutet, es nach bestem Wissen und Gewissen umzusetzen, eingedenk selbst der Tatsache, dass sich manche Paragraphen gegenseitig aufhe-ben, was die Arbeit nicht gerade erleich-tert. Umsetzen heißt für mich, in der Selbstverwaltung alle anstehenden Proble-me zu lösen, zumindest den Versuch ist es wert.



Wie unterschiedlich die Rechtsauffassung zwischen Zahnärzten und Krankenkassen hinsichtlich des Gesetzestextes ist, ver-deutlicht sich bereits an allen Veröffentli- chungen der ersten zweieinhalb Kalender- wochen.

Fest steht aber auch, dass es nicht mehr nur Krankenkassen gibt, die quasi zahlungs- unfähig sind. Die Anzahl der Kollegen, die ihre Praxen aus Insolvenzgründen schließen müssen, ist mir schon viel zu hoch. Es ist nicht einfach, eine dem freien Markt unterliegende Ausgabenseite mit staatlich reglementierten Einnahmen einer Zahnarztpraxis zu vereinbaren. Wir wissen auch, dass der Gesamtanteil der zahnärzt- lichen Kosten in der gesetzlichen Kranken- versicherung nur unwesentlich höher als die eigenen Verwaltungsausgaben der Krankenkassen sind. Ich appelliere an alle Krankenkassen, das Einsparpotential dort zu suchen, wo in den letzten Jahren eine Kostenexplosion stattgefunden hat und nicht eine Strafexpedition auf den zahnärztlichen Berufsstand zu beginnen.

Bei aller Kompromissbereitschaft werden wir unseren Patienten die Qualitätsarbeit, die ihnen zusteht, nicht vorenthalten. Wir Zahnärzte werden uns unserer Verantwor- tung bewusst sein.

Ihr Dr. Karl-Friedrich Rommel



Editorial

Dr. Rommel zum Thema „Die Politik wälzt Verantwortung auf die Zahnärzte ab“ S.3

Berufspolitik

Vorbereitungen zum Zahnärzte-Tag laufen auf Hochtouren S.6

Jahresempfang der Thüringer Zahnärzte S.7

Leserbrief

S.9

Impressum

S.9

LZKTh

GKV-Gesundheitsreform 2000:
Änderungen bei Privatpatienten mit Standardtarif S.10

GOZ-Beschlusskatalog S.10

Berufsbezeichnung „Fachzahnarzt“
verkürzt nicht zulässig S.12

Laudatio

Prof. Gisela Klinger S.15

KZVTh

Die Umsatzsteuer als Verkehrssteuer
für Praxislaborinhaber S.16

Fortbildung

4. Basler Werkstoffkunde-Symposium S.20

Bewährte und neue Methoden in der Endodontie S.27

Dissertationen S.28

PAR-Beratungskommission (Fortsetzung) S.30

Zahnärzthelferinnen

Zeugnisübergabe ZMF S.31

Recht

Die zahnärztliche Dokumentationspflicht S.32

Versorgungswerk

Neue Beitragssätze S.37

Nachrichten

Senioren-Weihnachtsfeier S.38

Buchbesprechungen

S.40

Praxisservice

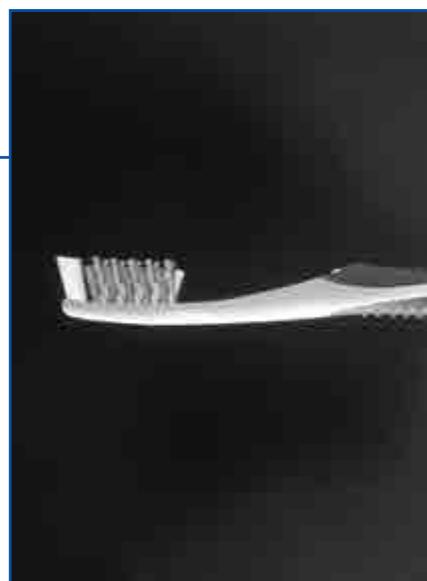
S.42

Veranstaltungen

S.44

Kleinanzeigen

S.46



Vorbereitungen laufen auf Hochtouren

Der Thüringer Zahnärztetag findet in diesem Jahr zum fünften Mal statt, wobei er traditionell von dem Helferinnentag und einer entsprechend großen Dentalausstellung begleitet wird. Neu wird in diesem Jahr sein, dass wir gemeinsam mit der Zahntechnikerinnung diese Veranstaltung gleichermaßen für die Zahntechniker als 4. Thüringer Zahntechnikertag mitgestalten. Diese Überlegungen haben große Resonanz sowohl bei den Zahnärzten als auch bei den Zahn Technikern ausgelöst, zumal der Effekt für die Kongressbesucher außerordentlich positiv ist. Alle Veranstaltungen können nach eigener Wahl besucht werden und stellen ein breit gefächertes Angebot dar.

Als wissenschaftliche Leiter haben sich erfreulicherweise Herr Prof. Dr. Meyer, Greifswald, und Herr PD Dr. Küpper, Jena, zur Verfügung gestellt, eine Garantie dafür, dass diese Veranstaltung auf hohem wissenschaftlichem Niveau angelegt ist.

Unsere große Überschrift „ZahnMEDIZIN 2000“ resultiert einmal aus der Integration der genannten Fachtage, und zum Zweiten haben wir dieses Thema gewählt, weil es von eminenter Bedeutung ist, die Fortschritte der medizinischen Wissenschaft für das Fachgebiet Zahnheilkunde deutlich herauszuarbeiten und den umgekehrten Zusammenhang ebenfalls zu dokumentieren.

In Thüringen wird der Zahnärztetag aller zwei Jahre durchgeführt, so dass wir die Möglichkeit haben, diesen Höhepunkt umfassend vorzubereiten. Dies widerspiegelt sich auch in der Palette der Dentalausstellung, die einen guten Überblick über das aktuelle Angebot gibt und Entwicklungstendenzen aufzeigt. Mit dem Setzen eines Themenschwerpunktes für die Dentalausstellung werden wir auch hier neue Wege beschreiten. Wir hoffen, dass das Thema „Angewandte Informatik für Praxis und Labor“ Ihnen interessante Einblicke in die Möglichkeiten des Einsatzes neuer Kommunikationstechniken bieten wird.

Traditionell nehmen auch die Zahnärztinnen am gesamten Kongress teil, wobei für sie speziell ein hervorragendes Programm angeboten wird. Darüber hinaus steht ihnen die Teilnahme am gesamten wissenschaftlichen Kongress offen. Am

Freitag, dem ersten Kongresstag, werden in der Zeit von 15.00 bis 17.00 Uhr drei verschiedene Seminare speziell für die Helferinnen angeboten, die erfahrungsgemäß einen regen Zuspruch erhalten, so dass rechtzeitige Buchung zu empfehlen ist.

Der erste Konferenztage wird für alle Zahnärzte, Helferinnen, Zahn Techniker, Aussteller und Gäste gekrönt durch die Festveranstaltung mit den Grußworten

Der zweite Veranstaltungstag am 30.9. steht für die Zahnärzte wiederum ganz im Zeichen der medizinischen Integration. Für die Helferinnen und Zahn Techniker gibt es jeweils ein separates anspruchsvolles Angebot. Das wissenschaftliche Programm der Zahn Techniker wird durch die DGÄZ unterstützt, deren Mitglieder ebenfalls als Gäste in Erfurt erwartet werden. Besonderes Highlight ist der Vortrag von Herrn Prof. Tanaka (USA).

Nach Abschluss des wissenschaftlichen Programms soll für Sie der diesjährige Zahnärztetag noch lange nicht zu Ende sein, denn Sie haben die Möglichkeit, unser Rahmenprogramm zu besuchen. Für Gäste, die von etwas weit her anreisen, haben wir unter dem Motto „Erfurt ist eine Reise wert“ für Samstag und Sonntag Stadtbesichtigungen von Erfurt und Weimar sowie ein reichhaltiges Rahmenprogramm vorgesehen. Am Montag, dem 2. Oktober, bieten wir dann in der neu eröffneten Geschäftsstelle der Landes Zahnärztekammer Thüringen und dem neuen Fortbildungszentrum zwei interessante Seminarkomplexe an, so dass man unter Einschluss des Feiertags am 3. Oktober einen Kurzurlaub mit entsprechender wissenschaftlicher Bereicherung gestalten kann. In dieser Zeit findet gleichzeitig der „Thüringertag“ in Erfurt statt - ein Anlass mehr, das überaus reichhaltige kulturelle Angebot des gesamten Thüringer Landes kennenzulernen.

Der 5. Thüringer Zahnärztetag und Helferinnentag, der 4. Thüringer Zahn Techniker tag sowie die umfassende Dentalausstellung finden in den Räumen der Erfurter Messehalle einen würdigen Rahmen, wobei ausreichend Parkmöglichkeiten vorhanden sind und auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln eine gute Verbindung gegeben ist. Buchen Sie also rechtzeitig, zumal ein Frühbucherrabatt die ohnehin günstigen Konditionen noch verbessert. Es eröffnet sich die einmalige Chance, die historisch wertvolle Stadt Erfurt, natürlich auch Weimar, in aller Ruhe kennen zu lernen und sich über die dramatische Entwicklung der Nach-Wende-Zeit ein eigenes Urteil bilden zu können.

Dr. Joachim Richter
Fortbildungsreferent



des Schirmherrn und des Oberbürgermeisters der Stadt Erfurt sowie durch den Festvortrag des namhaften Kommunikationswissenschaftlers Dr. Zapke-Schauer, Zürich. Unmittelbar daran schließt sich eine Get-together-Party mit Freibier, Imbiss und Musik an. Dabei haben Sie die Möglichkeit, den Besuch der Dentalausstellung für Informationen und kollegiale Gespräche zu nutzen, denn die Party wird unkonventionell auf dem Ausstellungsgelände stattfinden.

Neujahrsempfang der Thüringer Zahnärzte



Dr. Bergholz, Präsident der LZKTh begrüßte die Gäste und sparte in seiner Rede nicht mit Kritik an der Gesundheitspolitik



LAGJTh-Vorsitzender Dr. Wolfgang Hebenstreit (links) nutzte den Empfang zur Überreichung der Ehrennadel der LAGJTh an Kammer-Ehrenpräsident Dr. Jürgen Junge

(red.) Zu ihrem traditionellen Neujahrsempfang hatten die beiden Körperschaften der Thüringer Zahnärzte am 19. Januar eingeladen. Zahlreiche Gäste, darunter Vertreter der Hochschule, aus Politik und Wirtschaft, der Kammern, Krankenkassen und Verbände, fanden sich im Sorat Hotel Erfurt ein, um in festlichem Rahmen Informationen und Meinungen auszutauschen. Dr. Frank-Michael Pietzsch, der in den letzten Jahren am Empfang als Präsident des Thüringer Landtages teilgenommen hatte, wurde diesmal in seiner neuen Funktion als Minister für Soziales, Familie und Gesundheit herzlich als Ehrengast begrüßt.

In ihren Grußworten ließ es sich keiner der Redner nehmen, auf das Thema einzugehen, das unter den Zuhörern am meisten diskutiert wurde: die Gesundheitspolitik und ihre Folgen.

In seiner Begrüßungsrede verwies der Präsident der Landes Zahnärztekammer Thüringen, Dr. Lothar Bergholz, auf die großen Risiken, welche die gesundheitspolitische Weichenstellung den Zahnärzten aufbürdet. „Selbst wenn aus der Gesundheitsreform 2000 nur ein Rumpfgesetz übrig geblieben ist, sind weiter Budgetelemente vorhanden, handelt es sich um totale Planwirtschaft, Überreglementierung und bürokratische Kontrolle“ kritisierte Bergholz. Er warnte davor, die Prinzipien der zahnärztlichen Berufsführung, die Wahrung der Freiberuflichkeit und der freien Arztwahl aufzugeben, hätten sie doch maßgeblich zum national und international anerkannt hohen Standard der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland geführt. Als zukunftsfähiges Konzept im Bereich Zahnheilkunde beschrieb der Präsident die klare Definition von Vertrags- und Wahlleistungen, die versicherungstechnische Leistungsbegrenzung und den Vorrang der Prävention vor Reparatur und Kostenerstattung auf der Basis differenzierter Festzuschüsse. Es gelte, die Grenzen einer solidarisch finanzierten Krankenversicherung zu markieren und dem Grundsatz „Subsidiarität vor Solidarität“ zu folgen. Großen Raum nahm in der Rede von Dr. Bergholz der Bericht über zukunftsfähige Konzepte der Zahnärzteschaft ein, die dem Wandel der Inhalte der Zahnheilkunde Rechnung tragen. Als wesentliche Punkte kennzeichnete er dabei die Erarbeitung von Leitlinien als Beitrag zur Qualitätssicherung, die Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahnheilkunde und die Neustrukturierung der einzelnen Leistungsbereiche.



Der Einladung zum Neujahrsempfang gefolgt waren Vertreter aus Politik und Wirtschaft, der Hochschule, von Kammern und Verbänden



Herzlich begrüßte Gäste: Professoren verschiedener Fachbereiche der Zahnmedizin der FSU Jena.

Dr. Karl-Friedrich Rommel, Vorsitzender der KZV, fand wie gewohnt knappe, dafür umso prägnantere Worte. In seiner Beschreibung der gesundheitspolitischen Situation in Deutschland überwog die harte Kritik am Gesetzgeber. Als ein Fragment, das von einer viel gepriesenen Reform übrig geblieben sei, bezeichnete er die Gesundheitsreform. Er warf der Politik Unfähigkeit vor, das Grundproblem der GKV, welches von Ärzten und Krankenkassen übereinstimmend auf der Einnahmenseite gesehen würde, politisch zu lösen. Gesundheitspolitiker, so Rommel, „ignorieren die Tatsache, dass 10 bis 15 % jährliches Wachstum im Gesundheitssektor nicht mit 1 bis 2 % Grundlohnsommenzuwachs zu finanzieren sind“. Er wurde noch deutlicher: „Oder wissen sie es doch und haben Angst, ihren Wählern die Wahrheit zu sagen.“ Es sei an der Zeit, das gesamte Solidarsystem zu überdenken und die Diskussion, was die Solidargemeinschaft noch tragen könne, zu beginnen. Dr. Rommel vertrat die Auffassung, es reiche nicht, Kritik zu üben und verwies auf erste konzeptionelle Gedanken einer modernen Weiterentwicklung des Solidarsystems, welche die Thüringer Zahnärzte dem Gesundheitsministerium vorgelegt haben.

Auch Dr. Frank-Michael Pietzsch, Minister für Soziales, Familie und Gesundheit, verhehlte in seiner Rede nicht seine Unzufriedenheit mit der Gesundheitsreform: „Ich halte die ursprünglich geplante Gesundheitsreform der Bundesregierung als ordnungspolitisch und gesundheitspolitisch verfehlt. Das Beste wäre es, wenn die Regierung sich ausreichend Zeit für einen völlig neuen Anlauf nehmen und sich

- ähnlich wie damals in Lahnstein - mit wirklich allen Beteiligten vorher zusammensetzen würde. Das Ergebnis wäre dann eine echte Strukturreform im Gesundheitswesen, die ihren Namen auch verdient.“ Seine Kritik der vorliegenden Reform fiel verheerend aus: Sie schränke Patientenrechte ein, mache die Nutzung des medizinischen Fortschritts von der Kassenlage abhängig, provoziere einen Qualitätsverlust im Gesundheitswesen und schränke den Leistungsanspruch des Patienten ein. Pietzsch wies auf die Gefahren der Gesundheitsreform hin, die den meisten zahnärztlichen Zuhörern aus DDR-

Zeiten noch hinlänglich bekannt sind: Rationierung, die zwangsläufig zu Mangelversorgung führe. Dabei erlaubte sich der Minister eine bissig-humorvolle Charakterisierung des Jahres 2000. Er ordnete es als so genanntes „mittleres Jahr“ ein: zwar schlechter als das vergangene, jedoch immer noch besser als das bevorstehende. Als der Beifall des Auditoriums verklungen war, ging es ernsthaft weiter. Dr. Pietzsch versicherte, als zuständiger Minister auch weiterhin gegen den drohenden Systemwechsel in Richtung Rationierung, Bürokratisierung, Kassenstaat und Zweiklassenmedizin Front zu machen. *red*



Der studentische Nachwuchs - Vertreter der Fachschaft der FSU Jena - nutzt die Gelegenheit, um mit dem Sozialminister ins Gespräch zu kommen

Impressum

THÜRINGER ZAHNÄRZTEBLATT

Offizielles Mitteilungsblatt
der Landeszahnärztekammer Thüringen
und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung
Thüringen

Herausgeber:

Landeszahnärztekammer
Thüringen (verantwortl. für PZD) und Kas-
senzahnärztliche 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 Meinl

Anschrift der Redaktion:

Landeszahnärztekammer 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.uonet.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

Titelbild:

H.-G. Schröder, Erfurt

Gedächtnisschwund

Bei dem vor einigen Tagen im ARD-Fernsehen gezeigten Politmagazin „Kontraste“ spielte dieses „Unwort“ eine zentrale Rolle. Dabei ging es natürlich, wie in diesen Tagen bei allen Medien, um die Vergesslichkeit der Politiker in den Parteien-Spenden-Amigo-Vetternwirtschafts-Skandalchen und darum, wie nur scheinbarweise zugegeben wird, was nicht mehr abstreitbar ist.

Bei einem weiteren Beitrag ging es um die Besoldung der Beamtenschaft Ost und West - speziell natürlich Berlin - und dabei auch vor allem darum, wo sich der Arbeitsstandort befindet und woher wohnsitzbezogen der/die Beamte/Beamtin stammt.

Aha, dachte ich, typisch, das interessiert unsere Journaille wieder ganz besonders. Hier wird der Unterschied zwischen 86,5 % Westgehalt bei gleicher Arbeit wahrgenommen und als diskriminierend empfunden.

Es wurde dann aber hoch interessant, als Innenminister Otto Schilly (SPD) dazu befragt wurde. Er erklärte, dass dabei überhaupt nicht an eine Änderung zu denken sei, „denn dann kämen ja wohl als Nächstes die Potsdamer mit dem Argument, dass sie ganz nah an Berlin wohnten und dann die Dessauer, die genauso ein Recht darauf hätten, dies zu verlangen.“

Erstaunlich für mich dann der Schluss des Beitrages. 1997 hatte Schilly im Bundestag auf Berufung des Gleichheitsgrundsatzes der Verfassung die Beamtenbesoldungsangleichung gefordert. Da saß er aber „nur“ auf der Oppositionsbank.

Heute lese ich nun in der „Super Illu“ ein Interview mit Ministerpräsident Stolpe: „Jetzt reicht’s! Der Westlohn muss her!“ Die Frage der

Journalisten, ob nicht jetzt die Forderung nach Lohnangleichung den Osten noch weiter ins Hintertreffen bringen könnte, wird von Stolpe ganz weit zurückgewiesen. „Statt allgemeiner Appelle brauchen wir sehr konkrete Lösungen für den Einzelfall“, so Stolpe.

Und dies ist wieder nur diese berühmt berüchtigte eine Seite der Medaille, denn die andere Seite für uns Zahnärzte sieht dann so aus:

Durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 erfolgt ein Eingriff in das private Gebührenrecht, indem in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ein zusätzlicher § 5 a unter dem Titel „Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung“ eingeführt wird. Er hat folgenden Wortlaut:

„Für Leistungen, die in einem brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Abs. 2 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, dürfen Gebühren nur bis zum 1,7fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 2 berechnet werden.“

Ich denke, jede Kollegin und jeder Kollege weiß, wo der 1,7fache GOZ-Gebührensatz gegenüber der gesetzlichen Krankenkassenhonorierung liegt. Auch hier glaube ich einfach, dass nur das „Un“wort benutzt und zitiert werden kann.

Auf keinen Fall sollten wir gleich zur „Peitsche“ greifen und wieder mit bösen Karikaturen in unserer Fachpresse den Politikern drohen, denn das haben schon unsere Vorfahren gewusst, Zucker ist mehr wert, denn er hat (geistigen) Nährwert.

In diesem Sinn, und nichts für ungut.

Dr. Karl-Heinz Müller, Rudolstadt

zum Titelbild

Krämerbrücke

(Foto: H.-G. Schröder, Erfurt)

Eines der Wahrzeichen von Erfurt ist die Krämerbrücke, die längste durchgehend mit Häusern bebaute und bewohnte Brücke Europas. Das heutige Bauwerk hat verschiedene Vorgänger.

Um bei Hochwasser den Fluss überqueren zu können, wurde neben der Furt mehrmals eine hölzerne Fußgängerbrücke, im Jahre 1325 eine Brücke aus Stein errichtet, auf der von Anfang an die Händler ihre Krambuden aufschlugen. Nach einem Stadtbrand 1472 wurde sie durch Pfeilervorlagen und hölzerne Sprengwerke auf ihre heutige Breite von 18 Metern erweitert. Die Brücke überspannt mit mehreren

starken Sandsteinbögen die beiden Flusarme auf 120 m Länge, so dass ursprünglich 62 schmale, inzwischen auf 32 zusammengefasste Häuser darauf Platz gefunden haben. Ost- und Westende der Brücke wurden durch Brückenkopf-Kirchen abgeschlossen, von denen nur noch die östliche Ägidienkirche existiert, während die westliche Benediktikirche im vorigen Jahrhundert abgebrochen wurde.

Über die Lutherstiege gelangt man auf die Krämerbrücke und kann sehen, was die Händler heute anbieten. Einst waren es nur Luxusartikel wie Gewürze und Arzneien, Färbemittel, Edelmetalle, Seide und Papier. Eine Vielzahl von Hauszeichen lassen die phantasievollen Namen der Gebäude erkennen. Bei einem Besuch im Brückenmuseum kann man einen Eindruck vom Inneren der Häuser gewinnen.



GKV-Gesundheitsreform 2000: Änderungen bei Privatpatienten mit Standardtarif

Trotz heftiger Proteste und energischen Widerstandes hat die Regierungskoalition den zustimmungsfreien Teil der GKV-Gesundheitsreform 2000 verabschiedet. Das Gesetz trat zum 1. Januar 2000 in Kraft. Über die Details wurden Sie bereits kurz mit dem Rundschreiben 1/2000 der KZV informiert.

Bedeutsam für den privat Zahnärztlichen Bereich sind vor allem die Änderungen, die sich für die Leistungserbringung bei privatversicherten Patienten ergeben, die den sogenannten Standardtarif gewählt haben. Die Entscheidung für die Wahl des Standardtarifes kann der Privatversicherte beim Eintritt in das Rentenalter treffen, wobei seine Versicherung diese Möglichkeit vorsehen muss.

Der sich aus dem Standardtarif ergebende Leistungsanspruch ist in § 257 Abs. 2 Satz 1 SGB V geregelt. Danach haben Standardtarifversicherte nur Anspruch auf Leistungen, die der Art nach den Leistungen des SGB V entsprechen, d. h., der privatversicherte Patient mit Standardtarif ist vom Leistungsanspruch her gesehen dem GKV-Versicherten gleichgestellt.

Werden vom Zahnarzt bei einem Privatpatienten mit Standardtarif Leistungen im genannten Umfang erbracht, so begrenzt der durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 neu in die GOZ eingefügte § 5a den GOZ-Satz auf den Faktor 1,7. Diese Begrenzung gilt nur für solche Behandlungen, die den Umfang der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht überschreiten. Zudem muss der

Patient den Zahnarzt vor der Behandlung darüber informiert haben, dass er einen Standardtarif gewählt und somit nur einen eingeschränkten Leistungsanspruch hat. Wünscht der Patient eine über die vertragszahnärztliche Versorgung hinausgehende Versorgung, gilt die Begrenzung auf den 1,7fachen GOZ-Satz ohnehin nicht. Der Patient nimmt dann Leistungen nach GOZ mit dem normalen Gebührenrahmen vom einfachen bis zum 3,5fachen in Anspruch.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass die beschriebenen Einschränkungen beim GOZ-Satz derzeit nur für privatversicherte Rentner zutreffen, die den Standardtarif gemäß § 257 Abs. 2 Satz 1 SGB V gewählt haben.

Dr. G. Brodersen

GOZ- Beschlusskatalog

An dieser Stelle folgt die Fortsetzung des GOZ-Beschlusskataloges aus Heft 1/2000.

Geb.-Nr. 226 GOZ

Hülse

Das Wiedereingliedern einer provisorischen Hülse löst erneut die Geb.-Nr. 226 GOZ aus, allerdings ohne Materialkosten.

Geb.-Nrn. 227/228 GOZ

Provisorien, Herstellung

Die Herstellung von provisorischen Kronen aus Kunststoff kann als zahntechnische Leistung (§ 9 GOZ) zusätzlich zum Zahnarzt Honorar berechnet werden.

Geb.-Nrn. 227/228/512/514 GOZ

Provisorische Kronen, Wiedereingliederung im Notdienst/Vertretung

Die zahnärztliche Leistung für die Wiedereingliederung einer provisorischen Krone durch einen anderen Behandler im Notdienst/Vertretung löst nach entsprechender Aufklärung eine Gebühr nach Geb.-Nrn. 227 / 228 / 512 / 514 GOZ aus, ansonsten wäre sie kostenfrei vom behandelnden Zahnarzt zu erbringen.

Geb.-Nr. 229 GOZ

Provisorien, „fest“ zementiert und Langzeitprovisorien

Die Entfernung eines notwendigerweise fest zementierten Provisoriums wird nach der Geb.-Nr. 229 GOZ berechnet.

Geb.-Nr. 239 GOZ

Trepanation, wiederholte Berechenbarkeit

Das Wiedereröffnen eines bereits trepanierten und/oder provisorisch verschlossenen Zahnes ist keine Trepanation im Sinne einer Zugangstrepanation.

Wird jedoch ein mit definitivem Material verschlossener Zahn erneut eröffnet, kann die Geb.-Nr. 239 GOZ erneut berechnet werden.

Geb.-Nr. 241 GOZ

Wurzelkanalaufbereitung, wiederholte Berechenbarkeit

Die wiederholte Berechnung der Geb.-Nr. 241 GOZ ist in Ausnahmefällen notwendig, wenn die endgültige Wurzelkanalaufbereitung aus medizinischen Gründen nicht in einer Sitzung möglich ist.

Eine nicht medizinisch notwendige Aufteilung der Wurzelkanalaufbereitung auf mehrere Sitzungen (beispielsweise aus Zeitgründen) rechtfertigt nicht die mehrfache Berechnung der Geb.-Nr. 241 GOZ.

Geb.-Nrn. 329/330/331 GOZ

Abgrenzung zwischen Kontrolle und Nachbehandlung

Die Geb.-Nrn. 329 / 330 / 331 GOZ sind nur als selbständige Leistungen und nicht nebeneinander für das gleiche Operationsgebiet berechnungsfähig. Sie sind als selbständige Leistung in verschiedenen Operationsgebieten auch nebeneinander berechenbar. Das Entfernen von Fäden ist Bestandteil der Leistung nach Geb.-Nr. 330 GOZ (selbständige Leistung). Das alleinige Entfernen von Fäden löst nur die Geb.-Nr. 2007 GOÄ aus (ohne die Geb.-Nr. 330 GOZ).

Die Geb.-Nr. 2006 GOÄ kann neben der Geb.-Nr. 2007 GOÄ berechnet werden, da hier der Zusatz „als selbständige Leistung“ fehlt.

Geb.-Nrn. 405/406 GOZ

Entfernung supragingivaler Beläge

Nach Entfernung harter und weicher Beläge (Geb.-Nr. 405 GOZ) kann die Geb.-Nr. 406 GOZ nur in getrennter Sitzung berechnet werden.

Neuablagerungen von harten und weichen Belägen lösen erneut die Geb.-Nr. 405 GOZ aus.

Geb.-Nr. 408 GOZ

Elektrochirurgische Maßnahmen

Der Einsatz elektrochirurgischer Maßnahmen am Parodontium in Verbindung mit prothetischen oder konservierenden Maßnahmen ist nach Geb.-Nr. 408 GOZ berechnungsfähig.

Geb.-Nr. 415 GOZ**Verbandswechsel**

Der Bandswechsel nach operativen Maßnahmen nach den Geb.-Nrn. 408 - 414 GOZ ist in einer separaten Sitzung als selbständige Leistung nach der Geb.-Nr. 200 GOÄ zusätzlich neben der Geb.-Nr. 415 GOZ für die Nachbehandlung berechenbar.

Die Materialkosten für den Verband sind zusätzlich als Ersatz von Auslagen nach § 3 GOZ in Verbindung mit § 10 GOÄ berechenbar.

Geb.-Nr. 507 GOZ**Nebeneinanderberechnung von Geb.-Nrn. 507 und 520 / 521 GOZ**

Bei der Modellgussprothese kann neben der Geb.-Nr. 521 GOZ je Spanne bzw. Freieinde die Geb.-Nr. 507 GOZ berechnet werden. Die Geb.-Nr. 521 GOZ beschreibt nur einen Teil der bei einer Modellgussprothese durchgeführten zahnärztlichen Leistung, nämlich die Anfertigung des Grundgerüsts. Nach dem in der amtl. Begründung der Bundesregierung zur GOZ (Bundratsdrucksache Nr. 276/87) erklärten Willen des Verordnungsgebers sind Prothesen nicht mehr nach der Zahl der zu ersetzenden Zähne zu berechnen, sondern nach der Zahl der zu überbrückenden Spannen.

Die Geb.-Nr. 507 GOZ weist keinerlei Ausschlussbestimmungen oder einschränkende Bestimmungen zur Berechnungsfähigkeit auf.

Für die Berechnung von „Spannen“, also auch bei Prothesen, gibt es im Gebührenverzeichnis die Geb.-Nr. 507 GOZ.

Dieser Beschluss gilt entsprechend für die Nebeneinanderberechnung der Geb.-Nrn. 507 und 520 GOZ.

Geb.-Nr. 507 GOZ**Nebeneinanderberechnung der GOZ Geb.-Nrn. 507 neben 526**

Die Geb.-Nr. 507 GOZ kann bei prothetischen Leistungen dann zusätzlich zur Geb.-Nr. 526 GOZ berechnet werden, wenn ein neuer Prothesen-Sattel geplant und an die bestehende Prothese angefügt wurde.

Wird hingegen lediglich ein bestehender Sattel um weitere Zähne erweitert, kann hierfür die Geb.-Nr. 507 GOZ nicht berechnet werden.

Geb.-Nr. 508 GOZ**Befestigung von Suprakonstruktionen auf Implantaten**

Bei Einzelkronen/Brückenpfeilern, die auf Einzelzahnimplantaten verschraubt sind, ist die Geb.-Nr. 508 für diese Verschraubung nicht berechnungsfähig.

Bei Pfeilerkronen auf Implantaten für abnehmbare Brücken oder Prothesen sind zusätzliche Verbindungselemente (Verschraubung, Riegel o. ä.) nach Geb.-Nr. 508 GOZ in Verbindung mit den Geb.-Nrn. 500/501 GOZ berechnungsfähig.

Geb.-Nr. 509 GOZ**Wiederherstellung der Funktion eines Verbindungselementes**

Die Geb.-Nr. 509 GOZ bezieht sich auf das Aktivieren eines Verbindungselements oder auf den Austausch eines Verschleißteils.

Die Geb.-Nrn. 525 und 526 GOZ können dann neben der Geb.-Nr. 509 GOZ gesondert berechnet werden, wenn weitere notwendige Maßnahmen erforderlich wurden.

Geb.-Nrn. 509 / 510 GOZ**Erneuerung von Sekundärteilen bei Verbindungselementen**

Die Erneuerung des Sekundärteils einer Teleskopkrone löst die Geb.-Nr. 510 GOZ aus. Ist diese Teleskopkrone gleichzeitig ein Verbindungselement, fällt hierbei zusätzlich die Geb.-Nr. 509 GOZ an.

Bei der Erneuerung von Geschiebe-Sekundärteilen nach Geb.-Nr. 508 GOZ kann zusätzlich bei notwendigen Reparaturmaßnahmen an der Prothese die Geb.-Nr. 525 bzw. 526 GOZ angesetzt werden.

Geb.-Nr. 511 GOZ**Wiedereingliederung einer wiederhergestellten Brücke**

Wird eine Brücke wiederhergestellt, fällt für die Wiedereingliederung nach Wiederherstellung einmal die Geb.-Nr. 511 GOZ an. Die erhöhte Schwierigkeit beim Wiedereingliedern großer Brücken kann bei der Bemessung des Steigerungssatzes herangezogen werden. Sind mit den Pfeilerkronen weitere Kronen (die also keine lückenbegrenzenden Pfeilerkronen sind) verbunden, so kann die Wiedereingliederung dieser Kronen zusätzlich nach Geb.-Nr. 231 GOZ je Krone berechnet werden.

Die Wiederherstellungen selbst sind zusätzlich, wenn Brückenanker oder damit verbundene Kronen repariert werden müssen (z. B. nach Aufschlitzen) bzw. wenn Verblendungen an beliebiger Stelle der Brücke repariert wurden, nach Geb.-Nr. 232 GOZ zu berechnen.

Geb.-Nrn. 512 / 513 / 514 GOZ**Provisorische Brücke, Wiedereingliederung im Notdienst/Vertretung**

Die zahnärztliche Leistung für die Wiedereingliederung einer provisorischen Brücke durch einen anderen Behandler im Notdienst/Vertretung löst nach entsprechender Aufklärung eine Gebühr nach Geb.-Nrn. 512 / 513 / 514 GOZ aus, ansonsten wäre sie kostenfrei vom behandelnden Zahnarzt zu erbringen.

Geb.-Nrn. 512 / 513 / 514 GOZ**Provisorien, Herstellung**

Die Herstellung von provisorischen Brücken kann als zahntechnische Leistung zusätzlich zum Zahnarztthonorar berechnet werden.

Geb.-Nr. 517 GOZ**Abformmethode**

Der individualisierte konfektionierte Löffel ist nach Geb.-Nr. 517 GOZ zu berechnen, wenn mit diesem Löffel eine individuelle Kieferabformung durchgeführt wird. Die alleinige Abformmethode z. B. Hydrokolloid berechtigt nicht zur Berechnung der Geb.-Nr. 517 GOZ.

Geb.-Nrn. 520 / 521 GOZ**Prothesenerneuerung/Rebasierung**

Wird eine Modellgussprothese bei Wiederverwendung der alten Metallbasis einschließlich komplizierter Halte- und Stützvorrichtung ansonsten vollständig erneuert, kann die Geb.-Nr. 521 GOZ und je Prothesensattel die Geb.-Nr. 507 GOZ berechnet werden.

Bei Wiederverwendung der alten Metallbasis einschließlich komplizierter Halte- und Stützvorrichtung sowie der vorhandenen ersetzten Zähne (Rebasierung), kann die Geb.-Nr. 520 GOZ und je Prothesensattel die Geb.-Nr. 507 GOZ berechnet werden.

Geb.-Nr. 525 GOZ**Aktivieren von Klammern**

Das alleinige Aktivieren einer gegossenen oder gebogenen Klammer löst die Geb.-Nr. 525 GOZ aus.

Geb.-Nrn. 525 / 526 GOZ**Wiederherstellungsmaßnahmen von Prothesen**

Sind für die Wiederherstellung der Funktion einer Prothese mehrere selbständige Arbeitsschritte oder Einzelschritte notwendig, können die Geb.-Nrn. 525 bzw. 526 GOZ je notwendigem Einzelschritt berechnet werden.

Geb.-Nr. 600 GOZ**Fotografien**

Fotografien zur Diagnostik sind auch in anderen Bereichen der Zahnheilkunde berechenbar. Fotografien zur Dokumentation auf Verlangen des Patienten sind nach § 1 Abs. 2, S. 2 GOZ berechenbar.

Geb.-Nr. 619 GOZ**Mundhygiene, Beratung und Demonstration**

Die Geb.-Nr. 619 GOZ ist nicht nur in kieferorthopädischen Behandlungsfällen berechenbar.

Geb.-Nrn. 708 / 709 GOZ**Langzeitprovisorium**

Der Zusatz zu den Geb.-Nrn. 708 / 709 GOZ

„Die Leistungen nach den Nummern 708 und 709 GOZ sind nicht im zeitlichen Zusammenhang mit der Herstellung von endgültigem Zahnersatz berechnungsfähig.“

bezieht sich nicht auf die Versorgung mit Langzeitprovisoren/provisorischen Brücken, die beispielsweise nach chirurgisch/ parodontalchirurgischen Eingriffen notwendig werden z. B. zur Abheilung von Extraktionswunden.

Geb.-Nrn. 800 - 810 GOZ**FAL / FTL - allgemein**

Aus gebührenrechtlicher Sicht (§ 1 Abs. 2 S. 1 GOZ) ist der Zahnarzt berechtigt, die Geb.-Nrn. 801 GOZ ff. zu berechnen, ohne den nicht notwendigen Plan nach Geb.-Nr. 800 GOZ zu erstellen.

Geb.-Nrn. 75 / 80 GOÄ**Anfragen von Patienten oder kostenerstattender Stellen**

Die Berechnung der Geb.-Nr. 75 oder 80 GOÄ ist für die Erläuterung einer Rechnung nicht möglich.

Auch die auf Verlangen des Zahlungspflichtigen nach § 10 Abs. 3 GOZ näher zu erläuternde Begründung ist nicht nach den Geb.-Nrn. 75 bzw. 80 GOÄ berechnungsfähig.

Das Verlangen einer kostenerstattenden Stelle, die gesamte Liquidation oder Teile in Frage zu stellen und durch den Zahnarzt erläutern zu lassen, kann nicht nach den Gebührenordnungen GOZ/GOÄ sondern nach den Bestimmungen des BGB in Rechnung gestellt werden. Die kostenerstattende Stelle sollte über die entstehenden Kosten vorab informiert werden.

Geb.-Nrn. 2002 - 2005 GOÄ**Wundversorgung**

Die primäre Wundversorgung ist integraler Bestandteil der operativen Leistung und kann daher nicht zusätzlich über die Geb.-Nrn. 2002 bis 2005 GOÄ berechnet werden.

Geb.-Nr. 2007 GOÄ**Abgrenzung zwischen Kontrolle und Nachbehandlung**

Die Geb.-Nrn. 329 / 330 / 331 GOZ sind nur als selbständige Leistungen und nicht nebeneinander für das gleiche Operationsgebiet berechnungsfähig. Sie sind als selbständige Leistung in verschiedenen Operationsgebieten auch nebeneinander berechenbar. Das Entfernen von Fäden ist Bestandteil der Leistung nach Geb.-Nr. 330 GOZ (selbständige Leistung).

Das alleinige Entfernen von Fäden löst nur die Geb.-Nr. 2007 GOÄ aus (ohne die Geb.-Nr. 330 GOZ).

Die Geb.-Nr. 2006 GOÄ kann neben der Geb.-Nr. 2007 GOÄ berechnet werden, da hier der Zusatz „als selbständige Leistung“ fehlt.

Geb.-Nrn. 2009 / 2010 GOÄ**Entfernung eines Zahnteils**

Ist ein Zahn frakturiert und muss ein Teil dieses Zahnes entfernt werden, so kann diese Leistung als Entfernung eines Fremdkörpers nach Geb.-Nrn. 2009 / 2010 GOÄ berechnet werden.

Geb.-Nr. 5000 GOÄ**Längenbestimmung eines Wurzelkanals**

Die elektrometrische Längenbestimmung ist nach Geb.-Nr. 240 GOZ zu berechnen. Die Längenbestimmung eines Wurzelkanals mittels Nadelmessaufnahme ist nach Geb.-Nr. 5000 GOÄ zu berechnen. Hierunter fällt auch die Aufnahme mittels Radiovisiografie.

Berufsbezeichnung „Fachzahnarzt“ verkürzt nicht zulässig*Hinweis auf Verhängung von Ordnungsgeldern*

Die ersten Bußgeldverfahren werden gegen Kollegen eröffnet, die noch immer die Berufsbezeichnung „Fachzahnarzt“ in dieser verkürzten Form führen.

Wie aus diversen Veröffentlichungen (u.a. im tzb 2/96) bekannt sein dürfte, ist die Führung der Berufsbezeichnung „Fachzahnarzt“ in dieser verkürzten Form nicht zulässig.

Dennoch erreichen die Kammer immer wieder Briefe von Kammermitgliedern, die diese Berufsbezeichnung auf Stempeln, Kopfbögen und Briefumschlägen so führen.

Gemäß Artikel 37 des Einigungsvertrages und § 17 Absatz 4 der Berufsordnung für Thüringer Zahnärzte dürfen Zahnärzte die Berufsbezeichnungen und Titel, die vor der Vereinigung Deutschlands erworben wurden, in dieser Form weiterführen. Diese Regelung beinhaltet jedoch auch, dass bei Titeln und Berufsbezeichnungen usw. - wenn rechtlich nicht anders geregelt - die Bezeichnung so lauten muß, wie sie auf der gültigen Urkunde festgelegt ist. Das bedeutet, dass die vollständige Berufsbezeichnung

- Fachzahnarzt für Allgemeine Stomatologie oder
- Fachzahnarzt für Kinderstomatologie oder
- Fachzahnarzt für Kieferorthopädie zu führen ist.

(Der ehemals erworbene „Fachzahnarzt für Kieferchirurgie“ wurde per Gesetz aufgehoben.)

Ankündigung: Mit Beschluss des Vorstandes vom 19. Januar 2000 werden ab sofort weitere Zuwiderhandlungen ohne Vorankündigung mit einem Ordnungsgeld in Höhe von 250 DM geahndet.

Elke Magerod, Referat Recht und Sonderaufgaben



Frau Prof. Dr. med. dent. habil. Gisela Klinger

begeht am 19. Februar
2000 ihren 60. Geburtstag

Sie wuchs als Kind einer Zahnarztfamilie in Greiz auf, besuchte dort die Grund- und Oberschule. Frühzeitig geprägt durch die väterliche Zahnarztpraxis stand es für sie nach dem Abitur fest, dass der Zahnarztberuf ihr Traumberuf war.

Nach dem Studium der Zahnmedizin von 1958 bis 1963 an der Friedrich-Schiller-Universität Jena begann sie ihre berufliche Laufbahn an der damaligen chirurgisch-konservierenden Abteilung der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Jena.

Der Anerkennung als Fachzahnarzt für „Allgemeine Stomatologie“, Promotion und Ernennung zur Oberärztin (1978) folgte im Jahr 1981 die Graduierung zum Dr. sc. med. (heute Dr. med. dent. habil.) mit dem Thema: „Klinische und tierexperimentelle Untersuchungen zur Wirkung von weiblichen Sexualhormonen im Bereich der Mundhöhle“.

Weiterhin bestimmen die Schwerpunkte Ätiologie und Epidemiologie oraler Erkrankungen, Medikamentenentwicklung, Speichelzusammensetzung/Spurenelemente ihr Forschungsprofil.

Ihre wissenschaftliche Arbeit wird durch zahlreiche Publikationen und Vorträge sowie die erfolgreiche, mit großem Einsatz betriebene Betreuung von 24 Diplomanden und 34 Doktoranden dokumentiert.

Ein Höhepunkt war die 1983 erfolgte Auszeichnung mit dem Rosenthalpreis der Gesellschaft für Stomatologie der DDR für die Forschungsarbeit „Hormonelle Beeinflussung von Speichel, Mundschleimhaut und Gingiva“.

Bereits im Jahr 1985 folgte die Ernennung zum Hochschuldozenten für das Fach Parodontologie. 1991 wurde Frau Prof. Klinger

zum Universitätsprofessor (C 3) für das gleiche Fachgebiet berufen.

Vielen Thüringer Zahnärzten ist Frau Klinger durch ihre Zugehörigkeit zur Fachkommission „Allgemeine Stomatologie“ des früheren Bezirkes Gera bekannt. In dieser Funktion oblag ihr der Schwerpunkt Parodontologie bei der Fachzahnarztprüfung.

Als Leiterin der AG Parodontologie im Bezirk Gera hat sie gemeinsam mit Frau Dr. Falk (Gera) einen wichtigen Beitrag zur regionalen Verbreitung neuester Kenntnisse dieses Fachgebietes geleistet.

In der Zeit der Wende im Osten Deutschlands gehörte sie zu den Aktivposten in der Aktionsgemeinschaft zur demokratischen Erneuerung der Hochschule, speziell des Klinikums. Nach dem Beitritt der Gesellschaft für Parodontologie der DDR zur Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGP) gehörte sie bis 1992 als kooperiertes Mitglied deren Vorstand an.

Frau Prof. Klinger bewältigt neben ihrem unermüdlichen Engagement in der Lehre und dem großen Pensum an wissenschaftlicher Arbeit eine sehr umfangreiche Behandlungstätigkeit. Über die Grenzen Thüringens hinaus ist sie als stets kollegiale Beraterin in fachlichen Problemen der Parodontologie bekannt. Ihre Ernennung zum Spezialisten für Parodontologie der DGP im Jahr 1999 unterstreicht diese Feststellungen.

Die Hochschullehrerin Gisela Klinger motiviert durch ihre Vorbildwirkung Studenten und Mitarbeiter, die ihr zu ihrem 60. Geburtstag Dank für ihre Arbeit sagen und Gesundheit, weiterhin erfolgreiche berufliche Tätigkeit und Freude mit ihrer Familie wünschen.

Prof. Dr. E. Glockmann, Jena

zum 88. Geburtstag
Herrn SR Wilhelm Sondern
am 10.2., Straße des 8. März 48c,
98544 Zella Mehlis

zum 87. Geburtstag
Herrn SR Dr. med. dent. Heinz Häußner
am 27.2., Bertolt-Brecht-Straße 7,
07745 Jena

zum 80. Geburtstag
Herrn Hans-Joachim Schreiber
am 23.2., Geraer Straße 16,
07639 Bad Klosterlausnitz

zum 76. Geburtstag
Frau MR Dr. med. dent. Eleonore Ittershagen
am 29.2., Badeweg 8c,
99947 Bad Langensalza

zum 73. Geburtstag
**Frau Dr. med. dent.
Renate Schiller-Illeczko**
am 5.2., Gustav-Freytag-Straße 55,
99096 Erfurt

zum 73. Geburtstag
Frau Dr. Ruth Günther
am 10.2., Emma-Heintz-Straße 2a

zum 71. Geburtstag
Herrn OMR Dr. med. dent. Bruno Haak
am 10.2., Fliederweg 1a, 98529 Suhl

zum 65. Geburtstag
Frau Eva Pilling
am 2.2., Am Hange 9, 99428 Gaberndorf

zum 60. Geburtstag
Frau Dr. med. dent. Jutta Hartfuss
am 3.2., Ziegelrain 18, 98574 Schmalkalden

zum 60. Geburtstag
Herrn Dr. med. dent. Franz Roller
am 11.2., Gartenstraße 5,
98593 Kleinschmalkalden

zum 60. Geburtstag
Herrn Dr. med. Hans-Günter Fischer
am 18.2., Neustädter Straße 30,
98667 Schönbrunn

zum 60. Geburtstag
**Frau Prof. Dr. med. dent. habil.
Gisela Klinger**
am 19.2., Kieserstraße 9, 07749 Jena

zum 60. Geburtstag
Frau Eva Lehmann
am 19.2., Webichtallee 16, 99425 Weimar

zum 60. Geburtstag
Frau Ingrid Noeller
am 22.2., Rigaer Straße 7/24, 99091 Erfurt

zum 60. Geburtstag
Frau Dr. med. dent. Uta Winkler
am 23.2., Neugasse 1, 07743 Jena

zum 60. Geburtstag
Herrn Dr. med. dent. Kurt Kühnlenz
am 24.2., Neugasse 1, 07743 Jena

Das tzb hat die Thüringer Zahnärzteschaft gebeten, Erfahrungen aus dem Praxisalltag für die Kollegen zu berichten. Der folgende Beitrag wurde von Dr. Volker Oehler aus Erfurt verfasst.

Die Umsatzsteuer als Verkehrssteuer für Praxislaborinhaber

Das Umsatzsteuergesetz verlangt, dass bestimmte Lieferungen und sonstige Leistungen, die ein Unternehmer im Inland gegen Entgelt erbringt, zu versteuern sind. Dies erfolgt dadurch, daß der Unternehmer nach einer gesetzlich vorgegebenen Bewertung diese Steuern an das Finanzamt abführt. Von der Umsatzsteuerschuld kann der Unternehmer die ihm in Rechnung gestellte Umsatzsteuer (die sog. Vorsteuer) abziehen. Da diese Aussagen auch auf Zahnärzte zutreffen, die ein Praxiseigenlabor betreiben, ist es wichtig, die Gesamtproblematik aus Sicht einer Zahnarztpraxis einmal zu durchleuchten.

Leider gibt es für diesen Vorgang keine offiziell bestätigten Vorgehensmuster und darüber hinaus differieren die Auffassungen dazu sowohl von Bundesland zu Bundesland als auch bei den Steuerberatern und natürlich auch bei den Finanzämtern.

Im nachfolgenden möchte der Autor als selbst niedergelassener Zahnarzt die Vorgehensweise erläutern und anhand seiner Erfahrungen darstellen, welche Konsequenzen sich für das Betreiben eines Zahnarztlabors ergeben. Gleichzeitig muß aber auch darauf aufmerksam gemacht werden, daß aufgrund der Vielschichtigkeit die nachfolgenden Ausführungen keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

In der Ausübung der Zahnheilkunde sind Umsätze des Zahnarztes grundsätzlich steuerfrei. Ausgenommen hiervon sind:

Leistungen des Zahnarztlabors bei der Herstellung bzw. Wiederherstellung von Zahnprothesen und die in diesem Zusammenhang verwendeten Materialien (z. B. Edelmetall, Prothesenzähne usw.),

Modelle, individuelle Löffel, Funktionslöffel usw.

Diese im Zahnarztlabor erbrachten Leistungen sind mit einem Mehrwertsteuerprozentsatz von 7 % MwST umsatzsteuerpflichtig.

Alle nachfolgenden Ausführungen treffen natürlich nicht auf solche Praxen zu, bei

denen im Eigenlabor durch den Zahnarzt ausschließlich zahntechnische Leistungen erbracht werden, die nicht der Umsatzsteuerpflicht unterliegen. Vereinfacht gilt hierzu: Mehrwertsteuerpflicht besteht nur dann, wenn es sich um eine Lieferung im engeren Sinne handelt, d. h. die hergestellten Stücke müssen in das Eigentum des Patienten übergehen (z. B. bei Zahnersatz). Apparate, Schienen und Aufbißbehelfe, die nur Mittel zu einem therapeutischen Zweck sind und aus diesem Grunde im Eigentum des Zahnarztes verbleiben, sind umsatzsteuerfrei. Dies trifft zu auf alle verwendete Apparate in der kieferorthopädischen Behandlung und bei allen Leistungen, die labortechnisch (Eigenlabor) im Zusammenhang mit PAR-Behandlungen und Kieferbruch/Kiefergelenkserkrankungen erbracht werden. Demzufolge kann für im Eigenlabor hergestellte kieferorthopädische Apparaturen, Schienen und Aufbißbehelfe weder Mehrwertsteuer erhoben, noch Umsatzsteuer an das Finanzamt abgeführt werden.

§ 19 Umsatzsteuergesetz regelt die Besteuerung von „kleinen Unternehmen“. Dort ist festgelegt, daß die für Umsätze geschuldete Umsatzsteuer von Unternehmern nicht erhoben werden, wenn der Umsatz bzgl. der darauf entfallenden Steuer im vorangegangenen Kalenderjahr 32.500,— DM nicht überstiegen hat und im laufenden Kalenderjahr 100.000,— DM voraussichtlich nicht übersteigen wird.

Dies bedeutet, dass, wenn Sie im Praxiseigenlabor umsatzsteuerpflichtige Leistungen oder Umsätze in o. g. Umfang erbringen, Sie Umsatzsteuer erheben und abführen müssen. Liegen die umsatzsteuerpflichtigen Umsätze unter diesen Beträgen, dann braucht keine Umsatzsteuer erhoben werden, es sei denn, man optiert beim zuständigen Finanzamt eine Erhebung dieser Steuer. Es ist jedoch zu beachten, dass ab dem Moment, wo auf einer Patientenrechnung Umsatzsteuer ausgewiesen wird, auch Umsatzsteuerpflicht entsteht. Damit wird Umsatzsteuer an das Finanzamt abgeführt und man kann die sog. Vorsteuer abziehen.

Zum besseren Verständnis:

Kaufen wir für unser Eigenlabor Materialien, z. B. Keramikmassen für 1.000,—DM netto, so fallen hier bei einem Steuersatz von 16% 160,— DM Vorsteuer an, die wir vom Finanzamt zurückfordern.

Die Umsatzsteuer

Die Umsatzsteuer ist steuerrechtlich eine Verkehrssteuer. Für den Betreiber eines Praxislabors ist die in Rechnung gestellte Umsatzsteuer Betriebseinnahme (Gewinnermittlung gem. § 4 Abs. 3 Einkommenssteuergesetz - EStG) und die von anderen Unternehmern in Rechnung gestellte Vorsteuer Betriebsausgabe.

Im Grunde ist die Umsatzsteuer (Ust.) eine einfach zu berechnende Steuer, jedoch durch die gesetzlichen Bestimmungen im Umsatzsteuergesetz, in den Umsatzsteuerrichtlinien, den Umsatzsteuerdurchführungsverordnungen und zahlreichen Verwaltungserlassen eine recht komplexe und komplizierte Steuer, länderspezifische Einzelregelungen verwirren zusätzlich.

Auch für versierte Steuerberater ergibt sich häufig für die Umsatzsteuervoranmeldung von Praxislabors ein nicht einfach zu lösendes Problem.

Man sollte vor Gründung eines Praxislabors immer erst eine Abstimmung mit dem Steuerberater vornehmen bzw. man sollte sich mit erfahrenen Praxislaborbetreibern konsultieren.

Die Zahnarztpraxis mit Praxislabor

Die im Praxislabor erbrachten Leistungen sind in umsatzsteuerpflichtige und nicht umsatzsteuerpflichtige zu trennen.

Auf der Eigenlaborrechnung werden die umsatzsteuerpflichtigen Umsätze mit dem Steuersatz von 7 % ausgewiesen. Nicht umsatzsteuerpflichtig sind, wie schon erwähnt, alle zahntechnischen Leistungen, die im Zusammenhang mit Kfo- und PA-Behandlungen stehen und Schienungsmaßnahmen.

Zu den steuerfreien Umsätzen gehören weiter abzurechnende tatsächliche Kosten und Materialpauschalen für Abformmaterial zur Herstellung von Abdrücken, Bissregistrate, Hülsen zum Schutz beschliffener Zähne, Materialien bei direkten Unterfütterungen, Versandkosten usw.

Eigenlaborbelege und Rechnungen aus dem eigenen Praxislabor sind nicht zu verwechseln.

Da es in der Vergangenheit schon größere Probleme gegeben hat, ist der Hinweis auf die Tatsache sehr wichtig, dass keinesfalls ein Finanzbeamter in Unkenntnis der Sachlage behaupten kann, dass mit Betreibung des Praxislabors die gesamte zahnärztliche Tätigkeit umsatzsteuerpflichtig wäre.

Die Umsatzsteuervoranmeldung

Die Umsatzsteuer wird in der Regel monatlich unter Abzug der verauslagten Vorsteuerbeträge als Zahllast (d. h. sofort zu bezahlen) mittels einer Umsatzsteuervoranmeldung an das Finanzamt abgeführt.

Bei einer Vorjahresumsatzsteuer von nicht mehr als 12.000,— DM kann die Umsatzsteuervoranmeldung vierteljährlich abgegeben werden (unter 1.000,— DM jährlich).

Im Regelfall wird für ein Praxislabor eine vierteljährliche Voranmeldung, auch wenn das Praxislabor neu gegründet wurde, zutreffen.

Empfehlenswert ist ein Antrag auf stillschweigende Dauerfristverlängerung (§ 46 UstDV), weil ohne diese die Anmeldung bis zum 15. des folgenden Monats nach dem Abrechnungszeitraum abgegeben werden muß. Buchungstechnisch ist es auch praktisch unmöglich, innerhalb von 14 Tagen die Umsatzsteuervoranmeldung zu erstellen, so dass eine Verlängerung (bis zum 15. des Folgemonates) unumgänglich ist.

Im zweiten Betriebsjahr des Praxislabors ist zu beachten, dass laut UstDV die Fristverlängerung nur möglich ist, wenn mit der ersten Voranmeldung des Jahres 1/11 der Vorauszahlungssumme des Vorjahres an das Finanzamt entrichtet wird.

Nach Ablauf des Geschäftsjahres muß, in der Regel bis zum 31.5. des folgenden Kalenderjahres, eine Umsatzsteuererklärung, in der die Ansätze der Voranmeldung entweder bestätigt oder korrigiert sind, abgegeben werden.

Die Vorsteuer

Bei allen Eingangsrechnungen, die ausschließlich das Praxislabor betreffen, gleichgültig ob Wareneinkauf oder Anschaffung von Anlage- und Verbrauchsgütern, wird die Umsatzsteuer auf der jeweiligen Rechnung gesondert ausgewiesen. Diese bezahlten Umsatzsteuerbeträge werden vom Finanzamt als Vorsteuer zurückerstattet.

Die Ermittlung der Vorsteuer ist dann relativ einfach, wenn z. B. bei räumlicher Trennung des Eigenlabors von der Praxis alle Buchungsvorgänge der Praxis und des Labors eindeutig zuzuordnen sind. Wenn dies jedoch aus verschiedenen Gründen nicht möglich ist (keine absolute räumliche Trennung, kein separater Elektrozähler, keine separate Heizmöglichkeit und -abrechnung usw.) muss eine Vermischung der umsatzsteuerbefreiten und der umsatzsteuerpflichtigen Tätigkeit unbedingt vermieden werden, weil sonst die Gefahr besteht, dass die gesamte Tätigkeit des Zahnarztes umsatzsteuerpflichtig wird. Das bedeutet, dass für das Praxislabor die Differenz aus der erhaltenen Umsatzsteuer und der bezahlten Vorsteuer an das Finanzamt abzuführen ist.

In der ersten Phase nach Praxislaborgründung wird im Regelfall ein Vorsteuerüberhang entstehen, der vom Finanzamt erstattet wird. Leider dauern bekanntermaßen Erstattungsverfahren des Finanzamtes sehr lange, jedoch sind Zahlungen sofort fällig. Es empfiehlt sich deshalb im Bedarfsfalle einen rechtzeitigen Antrag auf Verrechnungsstundung zu stellen, daß heißt eine Verrechnung mit der Umsatzsteuerzahllast des Folgezeitraumes zu beantragen, wenn für diesen Zahlungen fällig sind.

Der Autor wählte folgende Vorgehensweise zur Erstellung der Umsatzsteuervoranmeldung:

In diesem Zusammenhang sei auf verschiedene, inzwischen sehr ausgereifte kommerzielle Buchhaltungsprogramme hingewiesen. So ist es dem Freien Verband gelungen, in Zusammenarbeit mit der Firma Lexware, ausgezeichnete Programme, auch mit speziellen zahnärztlichen Kontenrahmen, anzubieten.

Bei der Kontierung sind alle Rechnungen, die ausschließlich das Eigenlabor betreffen, mit dem jeweiligen Umsatzsteuerbetrag zu erfassen.

Beispiel:

Kauf von Edelmetall

Nettobetrag auf das Sachkonto
– Edelmetalle

Die MwSt. auf das Sachkonto
– anrechenbare Vorsteuer 16%

Die Kontierung und Buchung für den jeweiligen Abrechnungszeitraum einschließlich der umsatzsteuerpflichtigen und nicht umsatzsteuerpflichtigen Laborleistungen wird durchgeführt.

Die Zahntechnikerträge des jeweiligen Abrechnungszeitraumes (Quartal) sind als Bruttobeträge zu buchen.

Es werden addiert:
der Saldo Patienteneinnahmen zu umgebuchten umsatzsteuerpflichtigen Laboreinnahmen. Danach erfolgt der Ausdruck aller Konten und der Summen- und Saldenliste.

In der Summen- und Saldenliste erscheinen bei den Erlöskonten die Einnahmen.

Es werden addiert:
Einnahmen Patientenanteil, Einnahmen KZV; Einnahmen Privatpatienten, sonstige Einnahmen und Einnahmen Eigenlabor ohne Ust.

Dem gegenüber stehen die umsatzsteuerpflichtigen Einnahmen des Eigenlabors.

Die einfache Formel:
Ust.pfl. Laborleistungen x 100 :
Einnahmen Praxis
ergibt die für die nachfolgenden Splittingbuchungen erforderliche Prozentzahl.

Beispiel:
Einnahmen Praxis:
100.000,— DM

Mwst.pfl. Laborleistungen:
20.000,— DM

Ergibt 20 %.

Nunmehr sind alle Konten zu ermitteln, auf die Beträge gebucht wurden, die sowohl die Praxis, als auch das Labor betreffen (zu splittende Konten).

Diese Konten (z. B. Miete, Gas, Strom, Wasser, Reinigung, laufende KFZ-Betriebskosten usw.) werden für die Splittingbuchungen vorbereitet.

Beispiel:

Konto	Brutto	Netto	Mwst.	gesplitteter Betrag
4210	7.622,43	6.571,06	1.051,37	210,27

Wie kommt man zu diesem Betrag?

Hilfsformeln zur Splittung erleichtern das Verständnis.

Bruttosumme : 116 x 100 = Nettosumme

Brutto minus Netto = Umsatzsteuer

Ust.betrag x Prozentsatz : 100 = gesplittete Summe

In unserem Beispiel: 1.051,37 x 20,00 : 100 = 210,27

Für die Ermittlung der Vorsteuer kann natürlich auch mit dem Programm „Excel“ gearbeitet werden.

Beispiel:

	D	E
Ausgaben		Verhältnis Labor/Praxis
8 Ausgaben - Miete	7.622,43	20 %
9 z.B. Büroausgaben	-	20 %

Die Vorsteuer Miete ergibt sich aus:
 Vorsteuer = D8 x 13,793 % x E8
 (Plus Formel D9 usw.)

In unserem Beispiel:
 7.622,43 x 13,793 % x 20 % = 210,27

Somit können mit der Tabellenkalkulation alle zu splittenden Vorgänge elegant bearbeitet werden.

Weiter zu unserem Beispiel:

Damit ist zu buchen: 210,27 DM

Soll des Vorsteuerkonto

Haben des Kostenkonto (Miete)

Nach Abschluß aller Splittungsbuchungen erscheint auf dem Sachkonto:

„Anrechenbare Vorsteuer“ die Summe der Splittungsbuchungen und die Summe der bereits vorher gebuchten Vorsteuerbeträge, die ausschließlich das Labor betrafen.

Nun kann (muß) das Formular „Umsatzsteuervoranmeldung“ ausgefüllt werden.

Zusammenfassung

Inhaber von Praxislabors, die Umsatzsteuer ausweisen, unterliegen der Umsatzsteuervoranmeldung und erhalten vom Finanzamt die bezahlte Vorsteuer zurückerstattet.

In der Buchhaltung ist strikt zu trennen zwischen Ausgaben ausschließlich für die

Praxis, Ausgaben ausschließlich für das Praxislabor und gemischten Ausgaben (sowohl für die Praxis als auch für das Labor).

Letztere können erst nach Vorliegen der im entsprechenden Zeitraum ermittelten Betriebsergebnisse durch sogenannte Splittungsbuchungen ermittelt werden.

Es muß darauf hingewiesen werden, dass die vorliegende Darstellung als kollegiale Hilfestellung zu werten ist. Sie erhebt sowohl aufgrund ihrer Kompliziertheit als auch bedingt durch das vollständige Fehlen eindeutiger, bestätigter Verfahrensweisen keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit.

Anzeige

Ärzte können sich einiges leisten. Nur keinen Arbeitsausfall.

Sie führen eine gutgehende Praxis und Ihr Erfolg ist ganz wesentlich von Ihrem persönlichen Arbeitseinsatz und Ihrer Präsenz abhängig. Gerade darum ist es wichtig, daß Sie im Fall von Krankheit oder Unfall finanziell abgesichert sind. Am besten mit der AXA Colonia Praxis-Ausfallversicherung. Denn sie sorgt dafür, daß Sie nicht auf den laufenden Betriebskosten sitzen bleiben. Ich informiere Sie gern ausführlich. Rufen Sie einfach an.

Hauptvertretung
Yvonne Staudinger
 Nonnenrain 66
 99096 Erfurt
 Telefon: 03 61/3 74 66-0
 Telefax: 03 61/3 74 66-30
 Funktel.: 0172/7 67 30 36



Ihr Speziallabor für Keramik, Kombinationstechnik und Kieferorthopädie



wir sorgen für ein natürliches Lächeln

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

- ästhetische Keramik
- Empress 2
- Frästechnik
- Teleskoptechnik
- Implantat - Technik
- Kieferorthopädie
- Galvano - Technik

AVANTGARDE
 Dentaltechnik GmbH & Co KG
Zahntechnischer Meisterbetrieb

Fortbildungsthemen im tzb zum Heraustrennen und Sammeln

4. Basler Werkstoffkunde-Symposium

Bewährte und neue Methoden in der Endodontie

Dissertationen

1999 im Monat Dezember wurden die folgenden Dissertationsarbeiten zur Erlangung des akademischen Grades Doctor medicinae dentariae dem Rat der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena vorgelegt und erfolgreich verteidigt.

Zahngesundheit sowie Häufigkeit und Qualität der Fissurenversiegelung bei 8- und 14-jährigen

Vorgelegt von Jan Kühnisch

Invasion oraler Plattenepithelkarzinomzellen in vitro. Vorstellung und Charakterisierung eines Invasionsmodells unter besonderer Berücksich- tigung von Laminin-5

Vorgelegt von Annett Köneker

Bericht aus der Arbeit der PAR-Beratungskommission

Fortsetzung aus Heft 1/2000

4. Basler Werkstoffkunde-Symposium



Prof. Dieter Welker, Jena; unter den Zuhörern: der wissenschaftliche Leiter Prof. Jakob Wirz, Basel

Die wissenschaftliche und technische Entwicklung ist auch in der dentalen Technologie und Werkstoffkunde in den vergangenen Jahren schnell vorangeschritten. Neue Verfahren und Materialien werden dem Markt angeboten, noch bevor die Neuerungen der letzten Jahre Langzeituntersuchungen hätten standhalten können. Auch zeichnet sich die zunehmende Bedeutung der Werkstoffkunde in der Zahnmedizin ab. So gehen nach neuesten Untersuchungen 29 % der Brüche und 47 % der Schäden restaurativer Therapiemittel auf eine unsachgemäße Werkstoffwahl zurück. Des Weiteren sind 71 % der o. g. Schäden auf Konstruktions- und Verarbeitungsfehler zurückzuführen.

Um eine Bewertung und Übersicht über die Vielzahl vorhandener Möglichkeiten zu geben, hatten sich in diesem Jahr wieder hochkarätige Referenten aus Forschung und Klinik unter wissenschaftlicher Leitung von Herrn Professor Wirz zum mittlerweile 4. Basler Werkstoffkunde-Symposium am 3. und 4. Dezember 1999 zusammengefunden.

Der Freitag Vormittag begann mit theoretischen und experimentellen Themen:

Dr. Dr. J. Fischer/Bern sprach über „**CE-Kennzeichnung für Dentale Werkstoffe - Bürokratie oder Fortschritt?**“: Die CE-Kennzeichnung ist einerseits eine sinnvolle Neuerung, anderenfalls entbindet sie den Anwender (Zahnarzt oder Zahntechniker) nicht seiner Verantwortung und Sorgfaltspflicht. Aufgrund des Medizin-

produktegesetzes müssen Medizinprodukte (so auch dentale Werkstoffe) ein Konformitätsverfahren durchlaufen. Ziel ist nicht die Qualitätseinstufung, sondern die Sicherung der kontinuierlichen Qualität. Der Anwender muss selber verantwortlich in Bezug auf Verarbeitung, Indikation und mögliche Risiken damit umgehen.

Im Anschluss informierte **Dr. P. Weigl/Frankfurt** über den derzeitigen Stand der „**CAD/CAM-Technologie**“: Grundlage ist die computergestützte Informationsaufnahme vom Modell (extraoral; optisch oder taktill) oder Zahnstumpf (intraoral; optisch), deren Verarbeitung und die maschinelle Anfertigung von Zahnersatz. Bisher wurden die CAD/CAM-Technologien in der Industrie nur für Massenproduktionen eingesetzt, Zahnersatz bedarf aber individueller Anfertigung. Der Widerspruch liegt in einer entweder kosten- oder zeitintensiven individuellen Herstellung oder dem Verzicht auf präzise und individuelle Gestaltung bei annehmbaren Kosten und Zeitaufwand. Die maschinelle Anfertigung von Gerüstkonstruktionen zur individuellen Weiterverarbeitung ist derzeit akzeptabel. Voll maschinell hergestellte Konstruktionen bedürfen aber noch einer Weiterentwicklung. Anschließend folgten unterschiedliche Ausführungen bezüglich **keramischer Materialien**: **Prof. Dr. J. Geis-Gerstorfer/Tübingen** führte an, dass die in den ISO-Normen für die Bruch- und Dauerfestigkeit angegebenen Untersuchungen für den kli-

nischen Bedarf nicht ausreichend seien. Er modifizierte den biaxialen Test, indem er die Materialalterung einbrachte. Nach Alterung war ein Abfall der Biegefestigkeit bei InCeram Alumina auf weniger als ein Drittel und bei reinem Zirkonoxid auf die Hälfte zu verzeichnen. Des Weiteren untersuchte er das unterkritische Risswachstum und Verhalten von Mikrorissen bei dynamischer Beanspruchung. Auch hier verhielt sich Zirkonoxid im Verhältnis zu InCeram Alumina günstiger. Im Ergebnis ist Zirkonoxid infolge höherer Bruchfestigkeiten als stabiler einzuschätzen, kann aber zum derzeitigen Zeitpunkt nur durch die CAD/CAM-Technologie bearbeitet werden.

Prof. Dr. H. Kappert/Freiburg untersuchte in zahlreichen Studien die Bruchfestigkeit von dreigliedrigen vollkeramischen Seitenzahnbrücken im Dreipunktbiegeversuch unter Berücksichtigung der Stumpfbeweglichkeit. Die Bruchfestigkeit herkömmlich durch Pressen hergestellter Empress 2-Brücken und verblendeter InCeram Alumina-Brücken liegt dabei im gleichen Bereich. Wesentlich ist aber der Querschnitt des Brückengliedes von mindestens 4x4 mm. In weiteren Untersuchungen wurden vollkeramische Brücken mit verblendeten Galvanobrücken verglichen. Es zeigte sich eine deutliche Überlegenheit der Galvanobrücken und Zirkonoxidkonstruktionen gegenüber denen aus InCeram Zirkonia und Empress 2. Zu den möglichen Ursachen von Misserfolgen gab Prof. Kappert Folgendes an: Überschreitung der Indikation vollkeramischer Seitenzahnbrücken mit mehr als 3 Gliedern, grobes Beschleifen (wenn ein Einschleifen der Okklusion in größerem Umfang nötig sei, dann müsse man danach noch einen Glanzbrand durchführen lassen) und Unterschreitung des Mindestquerschnittes des Zwischengliedes von 4x4 mm.

Von **Prof. Dr. K. Ludwig/Kiel** wurden dreigliedrige Frontzahnbrücken untersucht. Die Festigkeit der Materialien an sich ist im Vergleich zur anatomischen Gestaltung bei der Presstechnik gleich, während bei der Hartkern-Technologie (InCeram) unterschiedliche Werte zu ersehen waren. Jedoch seien alle gemessenen Werte durchaus akzeptabel, da sie über den in der Literatur angegebenen Belastungswerten des Frontzahnbereiches (180N) liegen.

Im Vortrag von **Prof. R. Biffar/Greifswald** wurde auf die zahntechnischen Probleme der Verarbeitung keramischer Massen eingegangen. Faktoren wie Transluzenz und

Transparenz sowie Fluoreszenz spielen bei der ästhetischen Gestaltung keramischer Arbeiten eine große Rolle. Um diese möglichst naturgemäß zu erzielen, müssen Parameter wie Vorwärmtemperatur, Temperaturanstiegsrate, Unterdruck und Haltezeit sehr genau eingestellt und auch eingehalten werden. Besonders niedrigschmelzende Keramikmassen reagieren empfindlich gegenüber Temperaturdifferenzen von wenigen Grad.

Im letzten Vortrag zum Themenkomplex „keramische Materialien“ wurde von **Dr. S. Siervo/Mailand** ein zusammenfassendes Statement zur klinischen Anwendung dieser Materialien gegeben. Die Zunahme des ästhetischen Bewusstseins in der Bevölkerung macht keramische Materialien in der Zahnmedizin unentbehrlich. Ausgezeichnete Ästhetik, Biokompatibilität und gute Dauerfestigkeit begründen die Indikation vor allem im Frontzahngebiet nicht auf metallunterstützte Restaurationen verzichtet werden. Hoher Substanzabtrag bei Präparation, problematische Verarbeitung und schwierige Befestigungstechniken zählen zu den negativen Punkten bezüglich des Einsatzes vollkeramischer Arbeiten.

Prof. Dr. B. Klaißer/Würzburg referierte über das Thema: „**Minimalinvasive Restaurationstherapie**“. Mit der Entwicklung der adhäsiven Befestigungstechnologie ergaben sich neue Möglichkeiten in der restaurativen Therapie. Nicht mehr die Black'schen Regeln bestimmen die Ausdehnung der Präparation, sondern allein die Ausdehnung des Defektes. Somit können selbst Schmelzüberhänge ohne Dentinkern für die Füllungstherapie belassen werden. Ein Problem dabei besteht in der Polymerisationsschrumpfung, welche sich bei großräumigen Defekten in Form von Spannungen und letztendlich Schmelzrisse bemerkbar macht. Eine klinische Lösung besteht darin, den Boden der Kavität nach Anwendung des Adhäsivs mit einem Liner zu bestreichen (mittelfließendes Composite), während der Kavitätenrand unbedingt unberührt bleiben muss. Bei der Aushärtung und Schrumpfung des Füllungsmaterials könnten sich Spannungen durch das Abheben des Füllungswerkstoffes vom Liner lösen, wobei der dichte Abschluss zur Oberfläche und zur Zahnschubstanz gewährt bleibt.

Aus der Sicht des Klinikers präsentierte Prof. **Dr. K. Lehmann/Marburg** seinen Standpunkt zu „**Doppelkronen aus NEM-Legierungen**“. Er wies besonders auf die Bedeutung der Biokompatibilität hin und betonte, dass möglichst auf Fugstellen (insbesondere Lötungen) bei der abneh-

baren Teilprothetik verzichtet werden sollte. Mundbeständigkeit, gute mechanische Eigenschaften und präzise Vergießbarkeit machen Kobaltbasis-Legierungen für ihn zum Werkstoff der Wahl für gegossene Teilprothesengerüste, dies auch in Verbindung mit Doppelkronen.

Einen mehr materialkundlich gehaltenen Vortrag hielt im Anschluss **Prof. Dr. E. Lenz/Jena, Erfurt, indem er auf „Probleme der Titan-Technologie - Materialwissenschaftliche Hintergründe und aktuelle Lösungen“** einging. Noch immer ist die Verwendung von Titan bei zahnmedizinischen Restaurationen etwas umstritten, vor allem wegen seiner problembehafteten zahntechnischen Ver- und Bearbeitung. Ein Kritikpunkt ist die Ausbildung aufgehärteter Randschichten (c-case) beim Titanguss. Diese können mit neu entwickelten Mikrostrahlverfahren so bearbeitet werden, dass ein ausreichender Materialabtrag bei geringer Störung der Oberflächenstruktur resultiert. Eine anschließende Verdichtung der Oberfläche kann mit Strahlkugeln erfolgen. Des Weiteren muss beim Laser-Fügen beachtet werden, dass sich keine Restmengen von Sauerstoff in der Laserkammer befinden. Erste Laserschüsse können an einem Probestück getestet werden; sollte es nicht zu Verfärbungen der Schweißnaht kommen, kann weitergearbeitet werden. Das Problem der Keramikverblendung liegt in der Oxidanreicherung an der Grenzfläche Titan/Keramik und der dadurch beeinträchtigten Trennfestigkeit des Verbundes. Durch neue Bonder kann der Sauerstoffeinfluss verringert werden. Die Laboriumstechnologie des Titans hat heute einen Stand erreicht, die einen breiten klinischen Einsatz dieses Werkstoffes ermöglicht.

Den abschließenden Vortrag des 1. Tages hielt der Gastgeber **Prof. Dr. J. Wirz/Basel** zum Thema: „**Metallinduzierte Osseodesintegration**“. Anhand von 64 Misserfolgen mit Implantaten konnten bei 50 % eindeutig Metallionen aus der Suprakonstruktion mikroanalytisch nachgewiesen werden. Ebenfalls wurden Exzitate gesunder Schleimhaut und solche aus der Umgebung korrodierter Konstruktionen vergleichend untersucht. Im Ergebnis waren die Metallionenkonzentrationen im letztgenannten Fall deutlich höher. Nicht nur Legierungen mit erhöhtem Nichtedelmetallgehalt, sondern auch vorhandene Spalträume zwischen Implantat und Suprakonstruktion und vor allem Haftoxide können diese Korrosionsvorgänge induzieren. Klinisch spricht Prof. Wirz von einer metallinduzierten Gingivitis. Seiner Meinung nach sind Gingividen in solchen Problembereichen

primär metall- also korrosionsinduziert. Die mikrobielle Komponente ist sekundär. Demnach steht der Einsatz biokompatibler Materialien möglichst in der Ein-Stoff-Versorgung im Vordergrund.

Am zweiten Vortragstag machte **Prof. Dr. A. Lussi/Bern** den Auftakt mit einem Vortrag zu dem Thema: „Materialien zur Wurzelfüllung“. Einleitend betonte er die Notwendigkeit einer präzisen Wurzelfüllung und gab folgende, aus 8000 untersuchten Zähnen zusammengestellte Übersicht zu deren Qualitäten an:

37 % der Füllungen waren gut

48 % waren röntgenologisch undicht

35 % zu kurz gefüllt
(>2mm vor dem Apex)

50 % schlossen am Apex ab

13 % der Wurzelkanäle waren überfüllt

Von den derzeit auf dem Markt erhältlichen Wurzelfüllmaterialien sind jene auf Harzbasis zu empfehlen. Umstritten sind diejenigen auf Eugenolbasis (aufgrund ihrer zytotoxischen Komponente) und Glasionomerzemente (kurze Abbindezeit). Zum Abschluss stelle er eine in der Entwicklung befindliche Methode zur Wurzelfüllung vor: mittels Vakuumpumpe (bei dichtem Randabschluss an der Kavität) wird im Wurzelkanal ein schwacher Unterdruck erzeugt, der dafür sorgt, dass bei Öffnung eines Ventils dieser Pumpe das Wurzelfüllmaterial in den Kanal gesogen wird. Es erfolgt eine dichte Füllung bis in die Seitenkanäle hinein.

Frau Prof. Dr. A. Wichelhaus/Basel sprach über „**NiTi- und NiTi-Stahllegierungen in der Kieferorthopädie**“. Für die Aktivierungs- und Bewegungsmöglichkeit der Zähne spielen in der Kieferorthopädie Drahtmaterialien eine entscheidende Rolle. Herkömmlich verwendete Legierungen (wie z. B. Stahl oder Cobalt-Chrom-Legierungen) weisen einen hohen E-Modul und damit eine hohe Kraftübertragung auf. Dagegen haben neuere NiTi-Drahtmaterialien einen niedrigeren E-Modul, wodurch definierte kleine Kräfte resultieren. Diese bringen neue Möglichkeiten und verbesserte Therapiestrategien vor allem in der Erwachsenenbehandlung und der Versorgung von Spalt- bzw. kieferorthopädisch-chirurgischen Patienten. Bei temperaturabhängigen Memory-Legierungen besteht die Möglichkeit der Nutzung von intermittierenden Kräften. Die Aktivierung erfolgt in der Mundhöhle durch die dort auftretenden Temperaturen. Die Behandlungsdauer verkürzt sich und die Nachaktivierung entfällt.

PD Dr. Th. Pioch/Heidelberg berichtete über „**Materialtestung mit Alternativmethoden**“. In das Gebiet der Naturheilverfahren drängen zunehmend Verfechter so genannter „alternativer“ bzw. „unkonventioneller“ Diagnose- und/oder Heilverfahren. Bei einigen - so zum Beispiel die Bioresonanztherapie oder Elektroakupunktur nach Voll (EAV) - basieren die theoretischen Grundlagen auf Denkmodellen und Theorien, die aus wissenschaftlicher Sicht nicht nachvollziehbar sind. Es konnte bisher kein Nachweis eines reproduzierbaren Behandlungserfolges dokumentiert werden. In Einzelfällen kann es dadurch zu stark invasiven Eingriffen bei Patienten mit erheblichem Zahnverlust kommen. So führt Herr Pioch den Fall einer Patientin an, deren klinische Diagnose im Nachhinein mit dem Burning-Mouth-Syndrom beschrieben wurde. Infolge verschiedener Diagnostiken, wie EAV und Bioresonanz, welche die Ursache der Beschwerden in verschiedenen Zähnen bzw. restaurativen Materialien fanden, wurden alle Zähne im Oberkiefer extrahiert, im Unterkiefer resultierte ein anteriores Restgebiss. Die Symptome aber waren noch immer vorhanden.

Einen weiteren Beitrag aus materialkundlicher Sicht lieferte **Prof. Dr. D. Welker/Jena** zum Thema „**Provisorien oder Interimsversorgung bei Kronen und Brückenersatz - Indikation, Werkstoffe, biologische Aspekte, Methoden**“. Es folgte ein ausführlicher Überblick über die Einteilungskriterien der Kunststoffe mit dem Hinweis, dass der Begriff „provisorisch“ eigentlich nicht mit der zu fordernden Qualität mithalten könne, da er subjektiv den Eindruck minderer Güte vermitteln würde. Bei den werkstoffkundlichen Untersuchungen haben biologische Aspekte einen besonderen Stellenwert. Vor allem Toxizität, Allergenität und Reaktionswärme gehören zu den messbaren Kriterien für die biologische Tauglichkeit. 15 Produkte des aktuellen Marktes wurden miteinander verglichen. Diacrylat-Kompositen sind die brauchbarste Gruppe temporärer Kunststoffe. Produkte mit hoher Polymerisationstemperatur gefährden das Pulpa-Dentin-System. Zur Frage von Lacken gab Prof. Welker an, dass diese für eine Verbesserung der Oberflächenstruktur und -eigenschaften bei Dimethacrylaten verwendet werden sollten.

Über „**Verblendkomposites: Klassifizierung, Leistung - Bewertung**“ sprach **PD Dr. R. Janda/Bad Vilbel**. Die aktu-

ellen Entwicklungen brachten auch für die Verblendkomposite Verbesserungen hinsichtlich der Ästhetik, Abriebfestigkeit, wirksamer Metall/Kunststoff-Verbundsysteme, sowie physikalischer und chemischer Eigenschaften. Auch die Biokompatibilität ist mit gut zu bewerten. Jedoch erreichen diese Werte nicht die Lebensdauer und Ästhetik keramischer Materialien. Daher wurde deutlich auf die Indikation für den herausnehmbaren Zahnersatz hingewiesen.

Im Anschluss hielt **OA Dr. M. Hoppe/Berlin** seinen Vortrag zu „**Löten, Plasmaschweißen, Lasern - eine werkstoffkundliche Wertung**“. Einleitend betonte er, dass das Löten aufgrund Korrosionsanfälligkeit und geringerer Festigkeit nicht mehr bei klinischen Arbeiten angewendet werden soll. Andere Methoden sind hinsichtlich ihrer Biokompatibilität akzeptabel, jedoch steht die Frage nach Erfüllung der Festigkeitswerte (350 Mpa nach DIN). Daher wurden Proben unterschiedlicher Ausgangszustände (gegossen, gelötet, plasmageschweißt und lasergeschweißt) und verschiedener Materialien (Gold-, Co-Basis-, Ni-Basislegierungen und Titan) auf deren Zugfestigkeit hin untersucht. Nur in der Lasertechnologie wurden Materialkombinationen geprüft: Co-Basis und Au-Legierung; Ni-Basislegierung und Titan.

Die Ergebnisse:

- Fügen durch Löten erzielt bei Au-Legierungen nicht die geforderten Festigkeiten
- lasergeschweißte Fügungen o. g. Materialkombinationen lagen unter den geforderten 350 Mpa
- Plasmaschweißen ist für Co-Basis-Legierungen und Titan anwendbar
- beste Werte sind durch Laserschweißen erzielbar; bei Titan hat die Fügung eine höhere Festigkeit als der Guss

Weitere Informationen gab **Prof. Dr. Dr. H. Spiekermann/Aachen** zum Thema „**Die Verwendung von Keramik-Abutments in der enossalen Implantologie, klinische und werkstoffkundliche Aspekte**“. Bei der Versorgung mit implantatgetragenen Zahnersatz im Frontzahnbereich steht nicht nur die Forderung nach Biokompatibilität, sondern vor allem hinsichtlich der Ästhetik. Daher werden dort Keramik-Abutments empfohlen. In der klinischen Erprobung lagen Abutments aus Yttrium-stabilisiertem

Zirkonoxid in der Bruchfestigkeit etwa doppelt so hoch als solche aus Aluminiumoxid. Weitere Vorteile sind die individuelle Beschleifbarkeit, Biokompatibilität, Aufbrennbarkeit und im Gegensatz zu Metall das Fehlen von negativen Farbeinflüssen.

Eine Übersicht über die „**Entwicklung und klinische Anwendung konisch-magnetischer Implantatinserts**“ gab danach **Prof. Dr. K. Jäger/Basel**. Die Verwendung magnetverankerter Zahnersatzes kann mittlerweile auf eine Erfahrung von 10 Jahren zurückblicken. Im Laufe der Zeit entwickelten sich aus planen, korrosions- und verschleißanfälligen Magneten (1987) solche mit verschweißtem, sphärischem Deckel für mehr Korrosionsstabilität und bessere Prothesendynamik (1992). Ein weiterer Fortschritt ist in dieser Entwicklung zu verzeichnen: durch konische Titanmagnetics (Steco) wird eine bessere körperliche Fassung und somit auch verbesserte Retention, das leichtere Auswechseln am Implantat und vor allem eine weniger verschleißanfällige Konstruktion erreicht. In vitro Untersuchungen ergaben eine bessere Fixierung der Prothese ohne Überlastung des Implantats.

Zum Abschluss sprach **PD Dr. W. Lückert/Bonn** über „**Das ‚Better in Practice‘ - Konzept**“. Im Wesentlichen wurde betont, dass bei der Versorgung des implantatgetragenen Zahnersatzes mit Doppelkronen und galvanoplastisch hergestellten Sekundärkronen eine Rationalisierung und Optimierung des klinischen Vorgehens infolge vereinfachten Einklebens der Kronen in das Tertiärgerüst erfolgen kann.

In seinen abschließenden Worten bedankte sich Professor Wirz bei allen Referenten und Beteiligten. Auch in diesen zwei Tagen konnte wieder die Bedeutung der Materialwissenschaft für alle Bereiche der Zahnmedizin verdeutlicht werden. Ebenso betonte er die wachsenden Anforderungen dieser Wissenschaft, welche wohl nur mit Begeisterung und Engagement zu bewältigen seien.

Auch aus Sicht des Zuhörers ergab dieses Symposium einen großen Erkenntnisgewinn und man darf sicher gespannt sein auf das 5. Basler Werkstoffkunde-Symposium im Dezember 2001.

Ulrike Lenz, Jena

Verein zur Förderung von Lehre und Forschung
in der Zahnmedizin am Klinikum der FSU Jena e. V.

Bewährte und neue Methoden in der Endodontie

Am 4. Dezember 1999 fand in Jena das 8. Zahnmedizinische Symposium des Vereins zur Förderung von Lehre und Forschung in der Zahnmedizin am Klinikum der FSU Jena zum Thema „Bewährte und neue Methoden in der Endodontie“ statt. Der Einladung waren 140 Mitglieder des Vereins bzw. Gäste gefolgt.

Im Einführungsvortrag „Pathohistologische Grundlagen endodontischer Erkrankungen und Therapie“ demonstrierte **Prof. Beetke** (Rostock) die pathohistologische Entwicklung von der Karies bis zur Parodontitis apicalis. Anhand hervorragenden Bildmaterials wurde auf das feingewebliche Bild der biologisch vollwertigen und der erkrankten Pulpa eingegangen. Dabei zeigte sich, dass es bei irreversibler Karies bereits früh zu Entzündungsreaktionen der Pulpa kommt. Gleichzeitig konnte aber auch dargestellt werden, zu welchen Reparations- und Regenerationsleistungen nach entsprechender Therapie (C.-profunda-Therapie, direkte Überkappung, Vitalamputation) die Pulpa in der Lage ist. Der abschließende Teil der Ausführungen befasste sich mit der Pathomorphologie fortschreitender Erkrankungen der Pulpa sowie akuter und chronischer Formen der Parodontitis apicalis.

Die dargestellte Diskrepanz zwischen histologischem Bild und klinischer Diagnose aufgreifend, erläuterte **Frau Prof. Hoyer** (Jena/Erfurt) die modernen Grundsätze der Befunderhebung und Diagnostik endodontischer Erkrankungen. In den Mittelpunkt ihres Vortrages „Therapieorientierte Diagnostik in der Endodontie - Möglichkeiten und Grenzen“ stellte sie Prinzipien einer therapieorientierten Diagnostik.

Es wurde klar herausgearbeitet, warum eine exakte pathomorphologische Diagnostik der Pulpa und des apikalen Parodonts weder klinisch möglich noch notwendig ist.

Wichtige Hinweise für die klinisch orientierte Einteilung in die Klassen: Klinisch symptomlose Pulpa, reversible Pulpitis, irreversible Pulpitis und Nekrose/Gangrän gibt die Schmerz-anamnese. Die klinischen Schwierigkeiten bei der Differenzierung von reversibler und irreversibler Pulpitis verlangen ein sensibles, exspektatives Vorgehen.

Sensibilitätsprüfungen (thermisch und/oder elektrisch) und Röntgenbefund spielen neben Anamnese und Lokalbefunden nach wie vor eine entscheidende Rolle bei der Diagnostik und Therapieorientierung der akuten und chronischen Entzündung der Pulpa und des apikalen Parodonts.

Über bewährte und neue Methoden der Therapie bei irreversibler Pulpitis und Nekrose/Gangrän/Parodontitis apicalis informierte der Beitrag „Endodontische Therapie - Bewährtes und Neues“ von Prof. Glockmann (Jena).

Moderne Methoden der Wurzelkanaufbereitung haben die Vermeidung von Veränderungen der Kanal-morphologie (zipping, elbow) und der Überinstrumentation zum Ziel.

Eine sinnvolle Kombination manueller und maschineller Aufbereitung mit Längenmessung (Röntgenmessaufnahme, elektronische Längenmessung) wird empfohlen. Vorsicht ist bei Anwendung starrer rotierender Aufbereitungsinstrumente geboten (Abkrümmungen der Wurzelkanäle).

Einen Fortschritt stellen Geräte für die maschinelle Aufbereitung mit Drehmomentbegrenzung (z. B. TriAuto ZX/Morita) dar.

Für die antiseptische Kanalbehandlung sind Natriumhypochlorit (1,5 %), Wasserstoffperoxid mit Natriumbikarbonatzusatz (4 : 1, 4 %ig) oder auch Chlorhexidin (0,2 %) geeignet. Sie ist zur Reinigung (smear layer-Beseitigung) sinnvoll durch mit Ultraschall betriebene Instrumente zu ergänzen.



Desinfizierende Zwischeneinlagen sollten heute mit Calciumhydroxid-Präparaten (Calxyl, Gangrän/merz) bei ausgewählten Indikationen (nicht stehende Blutungen nach Vitalexstirpation, ausge dehnte Parodontitis apicalis) durchgeführt und auf ChKM-Einlagen verzichtet werden.

Unverändert stellt die laterale Kondensation mit Guttaperchastiften und Sealern (z. B. AH Plus/De Trey) die Methode der definitiven Wurzelkanalfüllung dar.

Die Lokalanästhesie mit vasokonstriktorfreien Anästhetika und deren Bedarf für Risikopatienten war Gegenstand des Vortrages „Lokalanästhesie unter besonderer Beachtung von Articain und ohne vasokonstriktive Zusätze“ von **PD Dr. Dr. Rahn** (Frankfurt/Main).

Prof. Berthold (Bern) schloss mit Vorstellung der „Retrograden Wurzelkanalfüllung mit KaVo-Sonic-Retrospitzen“ die Reihe interessanter und praxisrelevanter Vorträge zur endodontischen Therapie ab. Seine Ausführungen gaben eine Übersicht über Indikationen zur Wurzelspitzenresektion und einen Einblick in die Entwicklung einer speziellen Methode der retrograden Wurzelkanalfüllung. Die verwendeten sonoabrasiven Präparierinstrumente stellen einen zu beachtenden Fortschritt für die relativ schwierige Kanalaufbereitung dar. Aufschlussreiche Bilder trugen zur Vermittlung des Vorgehens und zur Erfolgsdarstellung wesentlich bei.

Die Veranstalter danken den Firmen Hoechst Marion Roussel, Vereinigte Dentalwerke und Kerr für die Beteiligung an einer kleinen Ausstellung mit Demonstration ihrer etablierten und neuen Präparate und Instrumente sowie die damit erwiesene Unterstützung der Veranstaltung.

Prof. Dr. I. Hoyer, Erfurt

Prof. Dr. E. Glockmann, Jena

Zahngesundheit sowie Häufigkeit und Qualität der Fissurenver- siegelung bei 8- und 14-jährigen

Vorgelegt von Jan Kühnisch

Ziel der vorliegenden epidemiologischen Studie war es, die Zahngesundheit in Beziehung zur Häufigkeit und Qualität der Fissurenversiegelung bei 8- (n = 450) und 14-jährigen Schülern (n = 363) im gruppenprophylaktisch gut betreuten westfälischen Ennepe-Ruhr-Kreis zu analysieren.

Die 8-jährigen besaßen durchschnittlich 11,8 Milch- und 11,3 bleibende Zähne. 79,1 % aller Schüler wiesen ein kariesfreies bleibendes Gebiss auf; 32,1 % hatten ein kariesfreies Wechselgebiss. Ein Kariesbefall von 2,9 dft/7,6 dfs wurde im Milch- und von 0,5 DMFT/0,7 DMFS im permanenten Gebiss registriert.

Bei den 14-jährigen betrug die mittlere Anzahl bleibender Zähne 27,3. Ein kariesfreies Gebiss lag bei 37,7 % der Jugendlichen vor. Der Kariesbefall betrug 2,6 DMFT/4,3 DMFS. Gymnasiasten wiesen etwa die Hälfte des Kariesbefalls von Realschülern und nahezu ein Viertel der Gebisszerstörung von Hauptschülern auf.

Ausländische Grund- und 14-jährige Hauptschüler wurden als Kariesrisiko-Gruppen charakterisiert.

Etwa 10 % aller 8- und 30 % aller 14-jährigen vereinten 80 % des Gesamtkariesbefalls auf sich. Der Kariesbefall des bleibenden Gebisses konzentrierte sich bei den 8-jährigen zu 96 % auf die ersten Molaren und bei den 14-jährigen zu etwa 74 % auf die ersten und zweiten Molaren. Etwa vier Fünftel aller kariös betroffenen Zahnflächen entfielen in beiden Altersgruppen auf die Fissuren und Grübchen. Der Kariesbefall des Milchgebisses, initial kariöse Läsionen der Fissuren/Grübchen und der Glattflächen korrelierten mit dem Kariesbefall des bleibenden Gebisses.

Während 19,8 % aller Kinder nach den DAJ-Kriterien mit einem erhöhten Kariesrisiko eingestuft wurden, betrug dieser Anteil 47,8 %, wenn der Schieber zur Kariesrisiko-Bestimmung verwandt wurde. Der Vergleich beider Methoden zeigte eine übereinstimmende Kariesrisiko-Prognose für 68 % aller Kinder. Beim Vergleich des Schiebers zur Kariesrisiko-Bestimmung und der Dentoprog-Methode wurden für 94 % der Kinder konkordante Befunde registriert. Der Schieber zur Kariesrisiko-Bestimmung und die Dentoprog-Methode werden im Gegensatz zu den DAJ-Kriterien einer präventiven Vorge-

hensweise gerecht, da als Prädiktoren einer Kariesrisiko-Prognose Kariesvorstufen erfasst werden.

Etwa 30 % der 8- und 14-jährigen hatten mindestens eine FV. Allerdings war nur etwa jeder vierte erste Molar bei den 8-jährigen und jeder sechste erste und/oder zweite Molar bei den 14-jährigen versiegelt. Die Prävalenz der Grübchenversiegelung war gering. Die vorliegende Verbreitung der Fissuren- und Grübchenversiegelung ist bei Berücksichtigung des hohen Anteils von Kariesrisiko-Patienten als nicht ausreichend einzuschätzen.

48,9 % bzw. 36,4 % der FV waren bei den 8- bzw. 14-jährigen vollständig intakt. Die Versiegelerretention war an Molaren des Unterkiefers höher als an denjenigen des Oberkiefers. Bei etwa einem Viertel der FV wurde ein Materialüberschuss registriert und bei etwa zwei Dritteln war gleichzeitig ein partieller Verlust festzustellen. Lediglich an zwei versiegelten Zähnen wurde zugleich eine kariöse Läsion diagnostiziert.

Die FV ist bei allen Molaren von Kariesrisiko-Patienten sowie bei verfärbten Fissuren/Grübchen von Nichtrisiko-Patienten indiziert.

Invasion oraler Plattenepithelkarzinomzellen in vitro. Vorstellung und Charakterisierung eines Invasionsmodells unter besonderer Berücksichtigung von Laminin-5*

Vorgelegt von Annett Könneker

Die morphologischen Merkmale der tiefen Invasionszone sind entscheidend für die Prognose des oralen Plattenepithelkarzinoms und Teil moderner Gradingssysteme. In der Invasionszone müssen daher zellbiologische Vorgänge stattfinden, die entscheidend für das maligne Verhalten des Tumors sind.

Das Ziel der Untersuchung besteht darin, durch die Nachbildung der Invasionszone im Modell Wechselwirkungen ihrer wichtigsten Komponenten - Tumorzellen, bindegewebiges Stroma und Basalmembran - zu erkennen, um Hinweise auf Mechanismen zur Realisierung des malignen Potentials des Tumors zu erhalten.

Weil die Invasion ein räumlich strukturierter Prozess ist, musste ein dreidimensionales Modell entwickelt werden, das aus einem Tumorzellkompartiment und davon getrennt angeordnetem Stromäquivalent aufgebaut ist. Das künstliche Stroma besteht zum einen aus Kollagen-Typ I-Gel ohne eingebettete Fibroblasten und zum anderen aus Kollagen-Typ I-Gel mit inkorporierten Myofibroblasten aus der nodulären Palmarfibromatose zur Simulation der Tumorstroma-Fibroblasten. Die Rolle der Basalmembran als drittes Element der Invasionszone wurde durch die Anwendung monoklonaler Antikörper gegen die Laminin-5-Ketten (3 (BM165) und (2 (GB3) sowie Kollagen Typ IV (CIV22) untersucht.

Die etablierte Plattenepithelkarzinom-Zelllinie ist für das Invasionsmodell geeignet, weil charakteristische Basalmembrandefekte und Verteilungsmuster von Laminin und Kollagen Typ IV im Ursprungstumor vorhanden sind; in der Zellkultur waren typische Zyokeratine und die Fähigkeit zur Synthese der Basalmembranbestandteile nachweisbar. Die Fibroblasten aus der nodulären Palmarfibromatose sind zur Simulation der Tumorstroma-Fibroblasten im Invasionsmodell geeignet, weil sie den typischen Myofibroblastenphänotyp ausprägen.

Die Charakterisierung des Gelmodells wurde zuerst ohne, dann mit Fibroblasten vorgenommen. Der invasive Phänotyp der neoplastischen Keratinozyten prägte sich ausschließlich bei Kultur auf dem Kollagen-Typ I-Gel mit Fibroblasten aus. Diese Beobachtung lässt sich auf eine wesentliche Beteiligung der Stromazellen an der Karzinomzellinvasion schließen. Das vorgestellte Invasionsmodell eignet sich für die Untersuchung der Wechselbeziehungen zwischen Tumorzellen und Stromazellen, die in weiteren Studien experimentell manipuliert werden können.

Die polarisierte Deposition von Laminin-5 und das angedeutete fokale Vorkommen in der Epithel-Stroma-Junktionszone im Bereich des invasiven Karzi-

nomzellverbandes in vitro weisen - in Zusammenhang mit der Deposition des Moleküls im Stroma der Umgebung invasiver Tumorzellnester in vivo - auf eine Funktion als Matrixleitschiene für migrierende orale Plattenepithelkarzinomzellen hin.

Die Tumorzellen waren im Invasionsmodell nur begrenzt zur Synthese von Kollagen Typ IV fähig, weshalb keine Basalmembran formiert wurde. Die Laminin-5-Ketten (3 und 2) wurden zwar exprimiert, aber nicht sezerniert. Das ist ein negativer Aspekt des Invasionsmodells, weil die Invasionszone des oralen Plattenepithelkarzinoms nicht exakt nachgebildet wird und der Umbau der Basalmembran im Rahmen der Invasion nicht untersucht werden kann. Die Verteilungsmuster der Laminin-5-Ketten im Tumorzellverband ermöglichen dennoch Rückschlüsse auf eine Bedeutung des Matrixmoleküls in der Invasionszone des oralen Plattenepithelkarzinoms.

Die Erkenntnisse aus dem in-vitro-Invasionsmodell bieten auch Ansatzpunkte für die Entwicklung experimenteller Tumorthapien - beispielsweise für eine Beeinflussung der Interaktionen zwischen Karzinomzellen und Tumorstromazellen, eine Hemmung der Laminin-5-Synthese oder der Bindung oraler Plattenepithelkarzinomzellen an das Matrixprotein.

* Laminin-5 ist ein adhäsives Glykoprotein der Basalmembran, das wahrscheinlich Zell-zu-Zell-Kontakt vermittelt.
Aus: Roche, Lexikon der Medizin, 4. Auflage 1998.

Bericht aus der Arbeit der PAR-Beratungskommission der KZVTh (Teil 2)

Fortsetzung aus Heft 1 und Schluss

von Dr. med. Volker Oehler,
Dipl.-Med. Inge Welcker
und Dr. med. Jens Dietrich

Die systematische PAR-Behandlung

Die korrekte Anwendung der „Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontopathien“ setzt die Durchführung der systematischen Behandlung mit chirurgischen Techniken voraus. Unabhängig von der Vielfalt möglicher Therapievarianten werden unter den Bedingungen der Kassenpraxis in erster Linie Lappen-Operationen (Wirtschaftlichkeitsgebot) und subgingivale Curettagen (bei geringen Taschentiefen) zur Anwendung kommen. Entscheidend ist, dass die Kriterien Curettage, subgingivale Konkremententfernung und Wurzelglättung erfüllt werden. Weiterführende Operationsmethoden und Verfahren sind nur als Privatleistung durchführbar und abrechenbar.

Die Behandlung akuter Krankheitsfälle ist in Notfällen unter der jeweiligen Bema-Position über Krankenschein abzurechnen, sie können daher bei der systematischen Behandlung nicht auftreten.

Anästhesien sind nach den Bema-Richtlinien, d. h. im Oberkiefer aller 2 Zähne „I“ und im Unterkiefer jeweils „LI“ abzurechnen. Zur Anwendung von intraligamentären Anästhesien bei PAR-Behandlungen ist auf die Aussage des Vorstandes im Vorstandsprotokoll vom 9./1995 vom 21.08.1995 zu verweisen.

Der Vorstand der KZV Thüringen hält die Abrechnung der Geb.-Nr. 40 als intraligamentäre Anästhesie im Zusammenhang mit der PAR-Behandlung für nicht möglich. Er ist der Meinung, dass bei der intraligamentären Injektion parodontale irreversible Schäden nicht ausgeschlossen werden können, so dass diese bei zahnerhaltenden oder prothetischen Interventionen nicht indiziert sind.

Dagegen ist diese Form der Lokalanästhesie bei der Entfernung von Zähnen, insbesondere bei Risikopatienten, sicher und effektiv sowie ohne Einschränkung anstelle von anderen Anästhesietechniken anwendbar.

Datenfolge

Wie bereits oben erwähnt, ist die Beantragung (Befunderhebung) erst zwei bis drei Wochen nach Abschluss der Vorbehandlung indiziert. Das Ausstellungsdatum des PA-Status ist zwingend das Datum der Befunderhebung. Erst nach dem Kostenübernahmedatum kann eine Behandlung (P 200) durchgeführt werden. Eine gleichzeitige Behandlung von Ober- und Unterkiefer stellt eine absolute Ausnahme dar. Das Abschlussdatum ist frühestens das letzte Nachbehandlungsdatum. Das Abrechnungsdatum ist also in jedem Fall das chronologisch jüngste Datum.

Zusätzliche Hinweise

Die Parodontitis marginalis ist im Regelfall eine Erkrankung des höheren Lebensalters, während die sehr problematischen Fälle der juvenilen Parodontitis eher selten auftreten. Zu Epidemiologie und zu potentiellen Risikofaktoren wird unter anderem auf die aktuelle Veröffentlichung von Th. Hoffmann, K. Werneburg und B. Wiedemann in DFZ 11/99, Seite 54, hingewiesen.

Gute Mitarbeit des Patienten und eine erfolgreiche Therapie mit anschließendem Recall sollen nach den Richtlinien für einen dauerhaften (langfristigen) Therapieerfolg sorgen.

Sogenannte Rezidivbehandlungen können daher nach den Richtlinien nur in Ausnahmefällen und in der Regel am Ende eines doch größeren Zeitraumes durchgeführt (beantragt) werden. Die seltene „kassenärztlich“ zu begründende Notwendigkeit einer Wiederholungsbehandlung ergibt sich unter anderem daraus, dass eine ausreichende Mitarbeit des Patienten sowohl für die Genehmigung als auch für den dauerhaften Erfolg zwingend vorgeschrieben ist. Wiederholungsbehandlungen in kurzen Zeitabständen - nicht zu verwechseln mit einem Recallsystem - deuten auf mangelnde Mundhygiene oder eine misslungene, nicht den Richtlinien entsprechende Parodontaltherapie hin.

Vom heutigen Wissensstand ausgehend sollte der Einsatz von Zahnfleischverbänden kritisch beurteilt werden. Die Heilung nach operativen Eingriffen wird durch Zahnfleischverbände mehr beeinträchtigt als ein Nutzen zu erwarten ist.

Ebenso kritisch ist der Einsatz von Mundduschen zu bewerten, da es einerseits keine den Richtlinien entsprechende Munddusche auf dem Markt gibt, andererseits ist der therapeutische Wert wissenschaftlich umstritten.

Unter gewissen Umständen ist im Rahmen der Parodontaltherapie der Einsatz von Schienungsmaßnahmen erforderlich.

In diesem Zusammenhang sollte besonders vom unkritischen Einsatz von Miniplastschienen abgeraten werden. Obwohl in vielen Weiterbildungsveranstaltungen und Artikeln Schienungsmaßnahmen dargestellt werden, ist im Rahmen der systematischen PAR-Behandlung die Indikation eher selten gegeben. Durch Miniplastschienen mit oder ohne adjustierter Oberfläche wird im Regelfall kein therapeutischer Effekt erzielt; somit ist eine Wirtschaftlichkeit auch nicht gegeben.

Eine Aufgabenteilung bei einer systematischen PAR-Behandlung dergestalt, dass der Vertragszahnarzt die Vorbehandlung, Planung und Nachbehandlung übernimmt und ein Arzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie bzw. ein auf PAR-Behandlungen spezialisierter Zahnarzt die eigentliche Operation (P 200) ausführt, ist grundsätzlich nicht möglich. Die Erbringung der Leistung nach der Bema-Nr. P 200 ist eine parodontal-chirurgische Maßnahme. Sie beinhaltet neben der Entfernung subgingivaler Konkreme die Wurzelglättung sowie die Entfernung infizierten parodontalen Weichgewebes (Curettage, Gingivektomie, Lappenoperation, offene Curettage etc.) und geht damit weit über die allgemeine Entfernung weicher und harter Beläge hinaus.

Abschließend möchten wir noch darauf hinweisen, dass die prothetische Therapie erst nach ausreichender Kontrolle, Abheilung der parodontaltherapeutischen Maßnahmen und damit nach Abschluss der PAR-Behandlung eingeleitet werden kann.

Notendurchschnitt von 1,6 spricht für sich ...

... Zahnmedizinische Fachhelferinnen erhielten ihre Zeugnisse

Der 12. Januar 2000 war für 25 junge Damen ein bedeutendes Ereignis: Sie erhielten nach erfolgreichem Abschluss zur Zahnmedizinischen Fachhelferin ihre Zeugnisse. Dies sei, so Helferinnenreferent Dr. Robert Eckstein, auch Grund zur Freude für die Referenten und den Prüfungsausschuss der Landes-zahnärztekammer Thüringen.

25 Teilnehmerinnen aus ganz Thüringen hatten am 25. September 1998 diese berufsbe-gleitende Aufstiegsfortbildung begonnen, deren ca. 800 Stunden umfassendes Pro-gramm hohe Anforderungen an alle stellte. Wie immer fand die Realisierung der 6 Bau-

steine umfassenden Fortbildung an der Fried- rich-Schiller-Universität in Jena und ihrem Bereich Erfurt statt. Nach Ausscheiden von Stud. Dir. a. D. Paul Gerhard konnten für den Baustein VI Verwaltung/Abrechnung zwei neue Referenten gewonnen werden: Sabine Schnabel, Sozialpädagogin aus Egstedt, und Dr. Olaf Wünsch aus Kahla, Vorstandsmit- glied der LZKTh.

Die Prüfungsergebnisse konnten sich sehen lassen: Es wurde ein Notendurchschnitt von 1,6 erreicht. Dr. Robert Eckstein und Maria Schimschal vom Helferinnenreferat konnten 13 Zeugnisse mit der Note 1, 10 Zeugnisse mit

der Note 2 und zwei Zeugnisse mit der Note 3 überreichen.

Mit diesem Tag sei aber das Lernen und die Weiterbildung gewiss nicht beendet, so Dr. Eckstein, da sich die Zahnheilkunde, und besonders die Hauptarbeitsgebiete der ZMF, die Prophylaxe und die Parodontologie, rasant entwickelten. Eine gute Gelegenheit hierfür sei der in Verbindung mit dem 5. Thüringer Zahnärztetag stattfindende 5. Thüringer Helferinnentag im September in Erfurt, zu dem er alle Teilnehmerinnen herzlich einlud. *red.*



Das Hotel „Niko- lai“ in Erfurt bot einen würdigen Rahmen zur Zeug- nisübergabe

Erstmalig nah- men Referenten und Mitglieder des Prüfungsausschusses ZMF teil: (Von links nach rechts) Dr. Guido Wucherpfen- nig, Dr. Ralf Kulick und Dr. Christiana Diez



Zum Abschluss das beliebte Gruppenbild auf der Terrasse



Die Beste: Verena Viel aus Mühlhausen erreichte einen Notendurchschnitt von 1,0

Dr. Robert Eckstein wünschte den frischgebackenen ZMF viel Spaß bei der eigenständigen Arbeit am Patienten und beim verantwortungsvollen Mitgestalten der Prophylaxe in der Praxis



Rechtsfragen des Zahnarzt–Patienten–Verhältnisses

(Teil VI)

Die zahnärztliche Dokumentationspflicht

Stud. jur. Alexander Walter

(Lehrstuhl Prof. Dr. iur. Andreas Spickhoff, FSU Jena)

Seit langer Zeit dokumentieren Mediziner Anamnese, Diagnose und Therapie. Doch während dies früher auch nach der Rechtsprechung seinen Zweck nur darin hatte, als interne Gedächtnisstütze zu dienen sowie eine gute Behandlung zusammenwirkender oder nacheinander behandelnder Ärzte zu gewährleisten, ist es heute allgemeine Meinung in Rechtsprechung und Literatur, dass die Ärzte zur Dokumentation ihrer Tätigkeit verpflichtet sind. Diese Pflicht jedes Arztes, über die in Ausübung seines Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen, ergibt sich als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag - aber auch aus dem Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. So bezeichnete der Bundesgerichtshof in seiner hierzu grundlegenden Entscheidung aus dem Jahre 1978 die Dokumentationspflicht als notwendige Grundlage für die Sicherheit des Patienten in der Behandlung.

Zugleich ist die Dokumentationspflicht auch als Standespflicht in den jeweiligen Berufsordnungen normiert. Sie ist in den Bundesmantelverträgen für Ärzte und Zahnärzte niedergelegt und in einigen Gesetzen als gesetzliche Pflicht enthalten (z.B. im Sozialgesetzbuch V oder auch in § 28 Abs. 2 Röntgenverordnung).

Festzuhalten bleibt also, dass der Zahnarzt sowohl aufgrund berufsrechtlicher Bestimmungen sowie nach den Regelungen des Krankenversicherungs- und Kassenarztrechts als auch aufgrund der rechtlichen Beziehungen zu seinem Patienten verpflichtet ist, hinreichend seine Behandlungstätigkeit zu dokumentieren.

1. Inhalt und Umfang der Dokumentationspflicht

Was nun in welchem Umfang zu welchem Zeitpunkt und von wem zu dokumentieren

ist, wurde bisher von der Rechtsprechung nicht genau festgelegt und ist auch in den berufsrechtlichen und sonstigen Bestimmungen nur fragmentarisch geregelt. Man geht davon aus, dass sich Umfang und Inhalt der Dokumentationspflicht nach dem Zweck der Aufzeichnung bestimmen und sich nicht etwa in der Niederschrift der für die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen erforderlichen Angaben in der Patientenakte erschöpfen.

Zweck der Dokumentation ist einmal die Therapiesicherung, das heißt die Ermöglichung sachgerechter Behandlung und Weiterbehandlung des Patienten durch den behandelnden Zahnarzt oder eine Vertretung (o.ä.). Zum anderen wird damit bezweckt, dem Bedürfnis des Patienten nach Rechenschaftslegung Genüge zu tun und ihm so die Möglichkeit zu geben, die Tätigkeit des Aufzeichnenden von einem anderen Arzt überprüfen zu lassen. Sie zielt jedoch nicht auf eine Beweissicherung für den Haftungsprozess des Patienten. Deshalb ist eine Dokumentation, die medizinisch nicht erforderlich ist - die also ein nachbehandelnder Zahnarzt nicht zur sicheren Behandlung benötigt, auch nicht aus Rechtsgründen geboten. In die Dokumentation aufzunehmen ist, was ein Fachmann, also regelmäßig ein anderer Zahnarzt, benötigt, um eine Behandlung als angezeigt oder nicht vertretbar einschätzen zu können. Weder defensive Vielschreiberei noch „Mut zur Lücke“ sind geboten, sondern strenge Dokumentation, ausgerichtet auf medizinische Üblichkeit und Notwendigkeit. Selbstverständliche Details und Routinehandlungen sind nur dann anzugeben, wenn anders die Angaben für den Fachmann nicht hinreichend klar sind. Auch können Symbole, Stichworte oder Abkürzungen verwendet werden, deren Sinngehalt eindeutig bestimmbar ist. Dies gilt auch für praxisinterne Kürzel, soweit eine praxiseinheitliche Erläuterungsliste vorliegt, die von allen in der Praxis Aufzeichnenden beherrscht wird.

Grob umrissen bezieht sich die Dokumentationspflicht auf die Angaben zur Person des Patienten, Anamnese, Diagnose und Therapie. Aus der Dokumentation muss hervorgehen, an welchem Patienten wer (auch die Helferin ist zu bestimmten Leistungserbringungen befugt), wann, warum und womit (Material, Medikamente etc.) welche konkrete Leistung erbracht hat.

Kern einer ordnungsgemäßen Dokumentation ist die Aufzeichnung der wichtigsten Untersuchungen und deren Ergebnisse. Die Rechtsprechung vermutet nämlich bei Sachverhaltsaufklärungsschwierigkeiten zu Gunsten des Patienten, dass nicht dokumentierte Maßnahmen vom Arzt auch nicht ergriffen wurden. Zwischenfälle bei der Behandlung und die darauf folgende Reaktion sind ebenso anzugeben wie der Wechsel der Person des Behandelnden bzw. Operateurs. Um eine Nachprüfbarkeit der Behandlung sicherzustellen, sind schließlich die Befunde sowie die gestellte Diagnose aufzuzeichnen. Dies sollte genau erfolgen. Auch sollten Verdachtsdiagnosen - wenn sie aufgeführt werden - unbedingt als solche gekennzeichnet werden und Angaben des Patienten in indirekter Rede festgehalten werden, um spätere Verwirrungen zu vermeiden. Wichtig für den Zahnarzt ist es auch, ärztliche Hinweise und Anweisungen an die Funktions- und Behandlungspflege sowie die Anweisung, einen Facharzt aufzusuchen oder zu einer Nachuntersuchung zu kommen, zu dokumentieren. Bei Operationen und schwierigen Behandlungen ist ferner der Verlauf festzuhalten. Aus der Pflicht zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs ergibt sich nach der Rechtsprechung auch, dass Sachen und Körperteile, die prozessrechtlich erheblich sein können, aufbewahrt werden, so zum Beispiel abgebrochene medizinische Instrumente, extrahierte Zähne nach Eingriffen mit Komplikationen oder Fotografien. Schließlich sind durchgeführte und angeordnete Therapiemaßnahmen inklusive eventuell verordneter Arzneimittel vollständig aufzuzeichnen. Von besonders großer Bedeutung für den Arzt ist es, die Patientenaufklärung (möglichst eingehend) zu dokumentieren. Dies begründet sich darin, dass eine mangelhafte Aufklärung die erfolversprechendste Angriffsfläche für Schadensersatzklagen von Patienten darstellt. Schließlich nützt die ausführlichste Aufklärung nichts, wenn man sie nicht beweisen kann.

Das folgende Schema soll noch einmal die wichtigsten Dokumentationspflichten zusammenfassen. Es kann aufgrund der Vielschichtigkeit der Dokumentationspflicht zwar keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, aber versuchen, als Anhaltspunkt zu dienen. Auch muss nicht jeder der hier aufgeführten Punkte bei

jeder Behandlung dokumentiert werden. Vielmehr ist die Dokumentation darauf zu beschränken, was zur Sicherheit des Patienten bei seiner Behandlung von Nöten ist. So genügt es bspw. bei einer komplikationslos verlaufenen Extraktion eines Zahnes, den bloßen Umstand der Extraktion zu dokumentieren.

zungen und Streichungen sind möglichst zu vermeiden und falls doch notwendig, mit Datum zu versehen. Werden von Originalnotizen - was zulässig ist - Reinschriften angefertigt, so sollten die Originalnotizen, auch wenn sie noch so dürftig sind, nicht vernichtet werden. Ihr Beweiswert könnte vor Gericht entscheidend sein.

Allgemein	diagnostische Maßnahmen	Therapie und Verlauf	Aufklärung
<ul style="list-style-type: none"> • Personalien • Zeitpunkt der Behandlung • Notfall • Weigerung des Patienten zur Mitarbeit • atypische Verhaltensweisen des Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> • aktuelle Anamnese • Eigenanamnese • vom Patienten verwendete Fachausdrücke • technische Aufzeichnungen (z.B. Röntgenaufnahme) • Hinweise an das eigene Personal • Diagnose mit Grad der Sicherheit • Differentialdiagnose 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlungsmaßnahmen • Maßnahmen durch Helferin • Verlauf der Behandlung • Kontroll- und Nachbehandlungen • Überweisung mit Grund • Abbruch der Behandlung auf Wunsch des Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitpunkt • Umfang • Befinden und Reaktion des Patienten • Einwilligung des Patienten • Verweigerung der Einwilligung

Quelle: Teichmann, Die Haftung des Arztes

2. Zeitpunkt der Aufzeichnung und Person des Aufzeichnenden

Genauere zeitliche Vorgaben hinsichtlich der Erfüllung der Dokumentationspflicht hat die Rechtsprechung bisher nicht aufgestellt. Grundsätzlich hat die Dokumentation zwar nicht unbedingt sofort, aber doch in unmittelbarem Zusammenhang mit der Behandlung oder dem Eingriff zu erfolgen. Teilweise wird auch vertreten, sie sollte spätestens mit dem Ende des einzelnen Behandlungsabschnittes oder mit dem Ende bzw. Abbruch der gesamten Behandlung erfolgt sein. In jedem Fall muss sie durchgeführt sein, bevor keine zuverlässige Erinnerung mehr an den einzelnen Behandlungsvorgang besteht. Deswegen sollte in Praxen mit Massenbetrieb sowie bei umfangreichen und komplizierten Eingriffen eine möglichst zeitnahe Dokumentation erfolgen. Eine Wochen oder gar Monate später erfolgende Dokumentation kann in einem Haftungsprozess dieselben Folgen (dazu gleich) haben, wie eine lückenhafte oder unterlassene Dokumentation. Nachträgliche Ergän-

Grundsätzlich hat der behandelnde Zahnarzt, also derjenige, der auch die Verantwortung für die Behandlung trägt, die Dokumentation zu veranlassen. Er muss sie aber nicht zwingend selbst durchführen, sondern kann diese Aufgabe vielmehr auch auf seine Helferin übertragen.

3. Aufbewahrungspflichten

In einigen rechtlichen Vorschriften (z.B. Bundesmantelvertrag für Zahnärzte oder § 28 Abs. 4 Röntgenverordnung) sind verschiedene Mindestaufbewahrungszeiten normiert. Diese reichen von 3 bis zu 30 Jahren. Da jedoch eine Haftung wegen Vertragsverletzung erst nach 30 Jahren verjährt, empfiehlt es sich, sämtliche Aufzeichnungen auch so lange aufzubewahren. Dies gilt auch im Fall der Aufgabe der Praxis. Eine vorzeitige Aktenvernichtung bringt ggf. für den Haftungsprozess Beweisnachteile.

4. Rechtsfolgen einer Verletzung der Dokumentationspflicht

Die Folgen der Dokumentationspflichtverletzung ergeben sich sowohl aus dem Ständerecht (welches hier außer Acht gelassen werden soll) als auch aus dem Vertrags- und Prozessrecht. Ein selbständiger Schadensersatzanspruch (wie beispielsweise bei der Aufklärungspflichtverletzung) wegen Dokumentationsversäumnissen wird regelmäßig nicht bestehen, da der Patient in den seltensten Fällen eine Vermögenseinbuße erlitten hat, wenn Aufzeichnungen nicht in der gehörigen Art gemacht worden sind.

Allerdings hat eine fehlende oder mangelhafte Dokumentation beweisrechtliche Konsequenzen. Diese reichen von der Erleichterung der Beweisführung für den Patienten bis zur Umkehr der Beweislast zum Nachteil des Arztes. Bei Nichtdokumentation einer dokumentationspflichtigen Behandlungsmaßnahme vermuten die Gerichte nämlich ihr Unterbleiben. Allerdings kann der Arzt diesen Vorwurf, die Maßnahme sei unterblieben, im Prozess selbst durch eine entsprechende Beweisführung entkräften. Auch muss der Patient für das Bestehen eines Ersatzanspruches stets darlegen, dass das Unterlassen der ärztlichen Maßnahme als Schadensursache ernsthaft in Betracht zu ziehen ist. Gelingt ihm dies nicht, kann er einen Anspruch nicht allein aus dem Dokumentationsmangel ableiten. Ist das so anzunehmende Unterlassen der zahnärztlichen Behandlungsmaßnahme als grober Behandlungsfehler zu werten oder stellt er sich als ein Verstoß gegen eine spezifische Pflicht des Arztes zur Befundsicherung dar, kann das Dokumentationsversäumnis im Haftungsprozess bis zur Beweislastumkehr führen. Dies bedeutet, dass nunmehr der Arzt das Nichtvorliegen eines solchen Pflichtverstoßes nachzuweisen hat. Gleiches gilt im Grunde für ein nicht dokumentiertes Aufklärungsgespräch; auch dieses kann später noch vor Gericht durch Zeugenaussagen nachgewiesen werden, wobei zu bemerken ist, dass der Nachweis durch eine korrekt durchgeführte Dokumentation der sicherere ist.

Ferner können Dokumentationsverstöße eine Haftung für eine erneute Diagnosebehandlung begründen, wenn diese bei sorgfältiger Dokumentation vermieden worden wäre; dies gilt selbst dann, wenn die erneute Untersuchung lege artis erfolgt ist. Auch kann eine zahnärztliche Haftung dadurch begründet sein, dass die lückenhafte Dokumentation falsche Therapien

oder eine Übertherapie (dann meist durch einen Zweitbehandler) verursacht hat. Eine Haftung kann sich auch aus einer zu frühzeitigen Vernichtung ärztlicher Unterlagen ergeben (z. B. im Fall einer Praxisaufgabe), wenn es zu den vorgenannten negativen Folgen kommt.

Folgende Beispiele aus der Rechtsprechung seien hier aufgeführt (übernommen von Deutsch, MedR 1998, S. 207):

OLG Karlsruhe, VersR 1989, 852: Es geht um den Verlust der vier unteren Schneidezähne. Über die Behandlungsmethode herrscht Streit. Die vorgeschlagene Verblockung der damals noch vorhandenen sechs Unterkieferzähne und deren Überkronung wäre möglicherweise besser gewesen als ihre Einbeziehung in den Zahnersatz. Da die Dokumentation über den parodontalen Zustand nicht vorhanden war, geht das Gericht davon aus, dass dieser Zustand nicht erhoben wurde. Darin liegt ein Fehler.

OLG Köln, MDR 1994, 994: Die Achsneigung und Tiefe von zahnärztlichen Implantaten war röntgenologisch nicht kontrolliert worden. Das Gericht lastet den Dokumentationsfehler dem Zahnarzt beweislich an.

5. Das Einsichtsrecht des Patienten

Es ist heute allgemein anerkannt, dass der ärztlichen Dokumentationspflicht auf Patientenseite als vertragliche Nebenpflicht das Recht auf Einsicht in die Krankenunterlagen entspricht. Längst überholt sind Ansichten, wonach die Arbeitsunterlagen im Eigentum des Arztes stünden und deshalb ihm vorbehalten seien.

Das Recht auf Einsicht in die Behandlungsunterlagen bedarf nicht der Darlegung eines besonderen schutzwürdigen Interesses. Es erstreckt sich grundsätzlich auf alle ärztlichen Aufzeichnungen. Jedoch darf der Arzt sog. heikle Daten (persönliche Eindrücke, erste Verdachtsdiagnosen oder Bemerkungen zu einem querulatorischen Verhalten des Patienten in der Behandlung) zurückhalten. In seltenen Fällen können auch therapeutische Rücksichten dem Einsichtsrecht entgegenstehen, insbesondere bei psychiatrischen oder psychotherapeutischen Befunden - was aber in der Zahnarztpraxis wohl äußerst unwahrscheinlich ist. Im Rahmen seines Einsichtsrechts ist der Patient befugt, sich von den (Original-) Unterlagen nach Einsichtnahme Kopien auf eigene Kosten anzufertigen. Die Einsichtnahme hat grundsätzlich in der Praxis des Arztes zu erfolgen. Der Patient hat keinen

Anspruch darauf, dass ihm die Akten zwecks Ablichtung ausgehändigt werden. Allerdings hat der Patient, um weitere Strahlenbelastungen zu vermeiden, nach abgeschlossener Behandlung einen Anspruch auf Herausgabe von Röntgenaufnahmen, wenn er den behandelnden Arzt wechselt. Soweit es möglich ist, sollte der Zahnarzt jedoch die Röntgenbilder nicht dem Patienten, sondern vielmehr dem weiterbehandelnden Zahnarzt zu treuen Händen übergeben und diesem eine Frist zur Rückgabe setzen. In jedem Fall sollte sich der Zahnarzt die Herausgabe quittieren lassen. Eine weitere Möglichkeit - die dem Zahnarzt auch gänzlich vor einem Verlust der Röntgenaufnahme bewahren kann - ist die, auf Kosten des Patienten Kopien der Röntgenaufnahme zu machen und ihm diese auszuhändigen.

Vertraglich ist das Einsichtsrecht des Patienten nicht abdingbar. Allerdings kann der Patient auf die Ausübung seines Rechtes verzichten, wobei der Arzt nicht befugt ist, die Behandlung des Patienten von einem solchen Verzicht abhängig zu machen. Bei Nichtgewährung des Einsichtsrechts kann ein Schadensersatzanspruch zu Gunsten des Patienten entstehen, wenn er infolgedessen Nachteile bei der Verfolgung von Vermögensinteressen erleidet (Erhebung unbegründeter Haftungsklagen).

Nach dem Tod des Patienten entscheidet über die Freigabe der Dokumentation sein nachwirkendes Persönlichkeitsrecht. Ein Geheimhaltungsinteresse des verstorbenen Patienten an diesen Aufzeichnungen ist grundsätzlich beachtlich. Ist ein solches Geheimhaltungsinteresse jedoch - wovon im Zweifel auszugehen ist - nicht vorhanden, so steht den nächsten Angehörigen ein Einsichtsrecht in die Behandlungsunterlagen des verstorbenen Patienten zu. Dieses eigene Recht muss allerdings gegen die Interessen des Arztes an fortwirkender Verschwiegenheit abgewogen werden. Den Erben, soweit sie nicht schon zu den nächsten Angehörigen zählen, ist ein solches Einsichtsrecht nur zuzubilligen, soweit sie ein vermögensrechtliches Interesse nachweisen können (beispielsweise die Ermittlung der Testierfähigkeit des Patienten).

6. Exkurs zur EDV-Dokumentation

Wenn es auch von der Rechtsprechung noch nicht grundsätzlich entschieden wurde, so wird in der juristischen Fachliteratur - soweit sie sich überhaupt der EDV-Dokumentation widmet - überwiegend anerkannt, dass die ärztliche Dokumentation auf EDV, bildgebende Verfahren und virtu-

elle Aufzeichnungen gestützt werden kann. Gerade bei Zahnbehandlungen, bei denen wiederkehrende Diagnosen und Behandlungen eine erhebliche Rolle spielen, ist der Einsatz moderner Datenverarbeitung, besonders angezeigt und wohl nach bisheriger Beurteilung auch zulässig. Jedoch muss die digitale Dokumentation nach den Grundsätzen der Ordnungsmäßigkeit erfolgen. Zentrale Anforderung ist der Schutz vor dem Zugriff Unbefugter, um Fälschungssicherheit zu erreichen, und die Indexierung der Dokumente, um den Zugriff für Befugte sicherzustellen. Im Arzthaftungsprozess ist das digitale medizinische Dokument wohl als Objekt des Augenscheins anzusehen, welches der freien richterlichen Beweiswürdigung unterliegt. (Der Beweis durch den Augenschein ist ein im Zivilprozess zulässiges Beweismittel, welches nicht so „sicher“ ist wie der durch eine Urkunde, beispielsweise ein handgeschriebenes Schriftstück.) Die Dokumentation digitaler Dokumente nach den Grundsätzen der Ordnungsgemäßheit liefert dem Richter ein Indiz für die Fälschungssicherheit. Das digitale Dokument erreicht damit eine Beweisqualität, die dem Urkundsbeweis nahekommmt. Um die Glaubwürdigkeit noch zu erhöhen, sollte man Programme benutzen, die gewährleisten, dass nachträgliche Löschungen oder Korrekturen erkennbar sind, mithin die Datei, in die der Text geschrieben worden ist, die Änderung aus sich heraus deutlich macht.

Nicht zuletzt mangels ausreichender Klärung wichtiger Rechtsfragen zur EDV-Dokumentation durch die Gerichte bleibt zu raten, zumindest nicht vollständig zugunsten der „elektronischen“ auf die „herkömmliche Dokumentation“ zu verzichten, wobei sich die Rechtsprechung der Digitalisierung bei ordnungsgemäßer Anwendung wohl kaum in den Weg stellen wird.

7. Fazit

Zahnärzte sollten die Dokumentationspflicht nicht als mühselige Pflicht, sondern vielmehr als Hilfe ansehen, eine gute und sichere Behandlung zu ermöglichen sowie eventuelle Schadensersatzansprüche von Patienten abzuwehren. Dies ist zumeist nur mit einer verständlichen und hinreichend ausführlichen Dokumentation möglich. Eine solche sollte in einer ordnungsgemäß geführten Zahnarztpraxis - anders als in der Notfallaufnahme in manchem Krankenhaus - kein unüberwindbares Hindernis darstellen, sondern ohne größere Mühen erreichbar sein.

Neue Beitragssätze zum Versorgungswerk ab 01.01.2000

Angestellte Mitglieder

	monatlich	jährlich
Beitragsbemessungsgrenze	7.100,00 DM	85.200,00 DM
Beitragssatz	19,30%	19,30%
Höchstpflichtbeitrag (AV-max.) gem. § 15 Abs. 3 Buchst. a	1.370,30 DM	16.443,60 DM
Mindestbeitrag gem. § 14 Abs. 2	275,00 DM	3.300,00 DM
Höchstbeitrag gem. § 14 Abs. 1 i.V.m. § 19 Abs. 1 (1,3 facher AV-max)	1.781,42 DM	21.377,00 DM

Niedergelassene Mitglieder

	monatlich	pro Quartal =Zahlbetrag	jährlich
Beitragsbemessungsgrenze	7.100,00 DM		85.200,00 DM
Beitragssatz	17%	17%	17%
Regelbeitrag gem. § 15 Abs. 2 Buchst. a	1.207,00 DM	3.621,00 DM	14.484,00 DM
3/4 Regelbeitrag gem. § 15 Abs. 2 Buchst. b	906,00 DM	2.715,75 DM	10.863,00 DM
1/2 Regelbeitrag gem. § 15 Abs. 2 Buchst. b	604,00 DM	1.811,00 DM	7.242,00 DM
Mindestbeitrag gem. § 14 Abs. 2	275,00 DM	825,00 DM	3.300,00 DM
Höchstbeitrag gem. § 14 Abs. 1 i.V.m. § 19 Abs. 1 (1,3 facher AV-max.)	1.781,42 DM	5.344,26 DM	21.377,00 DM Zahlbetrag = 21.377,00 DM

Die individuell geltenden Beiträge für 2000 werden in den persönlichen Beitragsbescheiden im Januar 2000 dargestellt.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern unter **Tel.: 0361/7432 - 201 bis - 203** zur Verfügung.

Versorgungswerk der
Landeszahnärztekammer Thüringen



Die Kreisstellenvorsitzenden stellen sich vor:

Dr. Matthias Klauke

Vorsitzender der Kreisstelle Apolda

- geboren am 04.09.1954 in Forst/Lausitz,
- verheiratet, 1 Tochter,
- Abitur 1973,
- 1976 - 1981 Studium der Zahnmedizin an der WPU Rostock
- 1981 - 1987 Ausbildungsassistent
- 1985 Promotion an der FSU Jena
- 1987 Fachzahnarzt
- Tätigkeit in eigener Niederlassung seit 1990
- Hobbys: Reisen, Garten, Tennis

Standespolitische Ziele:

1. Trotz berufspolitischer Auseinandersetzungen - Wahrung der Patienteninteressen
2. Vertretung der beruflichen Interessen der Apoldaer Zahnärzte bei der Landes-zahnärztekammer
3. Eintreten für eine „Gesunde Zahnmedizin“ ohne staatliche Reglementierungen sowie einen sofortigen Punktwertangleich an das Level unserer Kollegen in den alten Bundesländern

Seniorenweihnachtsfeier 1999 in der Landeszahnärztekammer Thüringen



Dr. Däumer, einleitende Worte zu seiner Gemäldeausstellung

Traditionsgemäß fand im vergangenen Dezember die Seniorenweihnachtsfeier für alle interessierten Thüringer Zahnärzteseniorinnen und -senioren in Anwesenheit vom Vizepräsidenten der LZKTh, Dr. Wagner, und der Seniorenbeauftragten, Frau Börner, statt. Das Interesse der Senioren war groß, sich kurz vor Jahresende noch einmal zu einem gemütlichen Beisammensein zu treffen, zu unterhalten und lebhaft zu diskutieren. Bei Kaffee, Tee und Weihnachtsgebäck kam keine Langeweile auf.

Als besondere Überraschung gab es einen kleinen Querschnitt aus dem Schaffen des Hobby-malers Dr. Däumer aus Eisenach zu sehen. Bereits im Dezember 1995 veranstaltete Dr. Däumer eine kleine Vernissage im Holiday-Inn in Eisenach mit beachtlichem Zuspruch. Aus Fachkreisen wurde sein Schaffen wie folgt rezensiert: „Der Zauber der wahrhaft „Naiven“

ist in der Dokumentation auch des Ehrachten, Traumhaften, ihrer reichen Vorstellungswelt begründet.“ Seit vielen Jahren widmet sich Dr. Däumer seiner Leidenschaft, der Sonntagsmalerei. In verschiedenen Maltechniken präsentierte er bekannte Motive seiner Eisenacher Heimatstadt und eindrucksvolle Stilleben. Die ausgestellten Gemälde sorgten für regen Gesprächsstoff. Dr. Däumer wollte mit der Präsentation seines Hobbies alle Seniorinnen und Senioren auffordern, sich weiterhin bzw. wieder mit einem Hobby zu beschäftigen und dieses eventuell zur nächsten Weihnachtsfeier zu präsentieren.

Die 2-Tagesfahrt führt in diesem Jahr bereits Ende März nach Dresden und wird von einem Besuch in der Semperoper gekrönt.

S. Büttner

Stark steigende Kosten im US-Gesundheitswesen Amerikaner bevorzugen teure Arzneimittel

Handelsblatt

Die Gesundheitskosten in den USA explodieren: Rund 1.100 Mrd. \$ wandten die Amerikaner 1998 für ihre Gesundheit auf. Pro Kopf der Bevölkerung summieren sich die Kosten auf 4094 \$. Im Jahr zuvor war es es erst 3912 \$. Diese Zahlen gehen aus dem jetzt veröffentlichten Jahresbericht 1998 der Health Care Financing Administration hervor.

Nach dem Bericht führten steigende Kosten für verschreibungspflichtige Arzneimittel und Krankenversicherungen zu einer Zunahme der gesamten Gesundheitsrechnung um 5,6 %. Das war deutlich mehr als der Anstieg von 1997, ist 4,7 % und wurde in den vergangenen Jahren

nur noch von der Explosion im Jahr 1993 übertroffen: Damals kletterte die Gesundheitsrechnung in den USA sogar um 8,7 %.

Für rezeptpflichtige Arzneimittel mussten 15,4 % mehr gezahlt werden: 90,6 Mrd. \$ wandten private und staatliche Versicherungen für die Verschreibungen der Ärzte auf. Die Krankenversicherungsprämien erhöhten sich 1998 um 8,2 % und damit deutlich stärker als in den Jahren 1995 bis 1997 mit einem durchschnittlichen Anstieg von gut 3 %. Und die Zahlungen des Staates für Medicaid, die Krankenversicherung für sozial Schwache, kletterten um 6,6 % gegenüber 4,6 % im Jahr zuvor. Nur die Kosten von Medicare, die Versicherung für die Alten, stiegen mit 2,5 % geringer als 1997 mit 6 %.

Hier wirkten sich Kostensenkungsmaßnahmen ebenso aus wie die entschlossene Bekämpfung von Betrügereien und Verschwendung.

Seit 1993 haben sich die Gesundheitskosten in den USA ständig erhöht. Maßgeblich dafür sind nach dem Bericht der Health Care Financing Administration neue und effizientere Medikamente, die immer schneller auf den Markt kommen. Denn die US-Arzneimittelkontrollbehörde FDA hat ihre Prüfungsprozesse beschleunigt. Zudem wird das Interesse für verschreibungspflichtige Arzneimittel auch durch die TV-Werbung geweckt: Die Patienten werden animiert, ihren Arzt um das neueste Medikament auf Rezept zu bitten.

„Patientenschutz in Deutschland“

Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände positionierte sich

Am 7. Dezember 1999 führte die Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände e. V. (AgV) ein Zukunfts-Forum „Patientenschutz in Deutschland“ durch, an dem auch Bundesgesundheitsministerin Fischer und der Vorsitzende des Sachverständigenrates, Prof. Schwartz, teilnahmen.

Die Veranstaltung diene ersichtlich der Positionierung der AgV im Wettbewerb um die Meinungsführerschaft um den Vertretungsanspruch für die Patienten und bei der Verteilung der im Gesetzentwurf vorgesehenen Mittel für Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung sowie der Förderung von Selbsthilfegruppen.

Ministerin Andrea Fischer machte deutlich, dass das BMG seine Aktivitäten auf dem Gebiet des Patientenschutzes in der Arbeitsgruppe zur Fortentwicklung von Patientenrechten konzentriert sieht. Die Kritik an der Bundeszahnärzter-

kammer, die unabgestimmt den Entwurf einer Charta der Patientenrechte vorgelegt hatte, richtete sich weniger gegen den Inhalt als gegen die Eigenmächtigkeit des Vorgehens.

Die Vorgabe des Entwurfs des § 65 b SGB V nach Neutralität und Unabhängigkeit sei ebenso problematisch wie die der demokratischen Legitimation. Sinnvoll erscheine, so Fischer, der Ansatz, gemeinsame Projekte mit allen Beteiligten zu etablieren, um auf diese Weise die gegenseitige Kontrolle zu gewährleisten.

Prof. Schwartz bezeichnete in seinem Einführungreferat „Patienten- und Konsumentensouveränität: Ein neues Leitbild?!“ den Patienten als Sonderfall des Verbrauchers, dessen Nachfrage nach Informationen aus dem Gesundheitswesen enorm sei. In der Diskussion dazu wurde die bessere Information des Patienten zur Stärkung seiner Eigenverantwortung gerade im Hin-

blick auf die differenzierten Versorgungsalternativen im zahnärztlichen Bereich begrüßt. Die bestehenden gut funktionierenden Patientenberatungsstellen bei den Zahnärztekammern spielen dabei eine wichtige Rolle und erübrigen den Aufbau neuer kostspieliger Organisationen.

Fazit der Veranstaltung war, dass der Patientenschutz von der Politik als eines der wichtigsten gesundheitspolitischen Themen der kommenden Jahre angesehen wird. Verschiedenste Gruppen von Patienten- und Verbraucherverbänden und Selbsthilfegruppen werden sich im Wettbewerb um die in Aussicht gestellten Mittel zu positionieren versuchen. Hier müssen die Kammern ihre gute Position stärken, diese auch nach außen dokumentieren und sich aktiv an den Diskussionen beteiligen.

BZÄK

Patienten fordern freie Arztwahl und Leistungstransparenz

Nürnberg (ots)

Großes Interesse an Gesundheitsthemen

Gesundheitsthemen haben bei der Bevölkerung einen hohen Stellenwert. Dies ergab eine repräsentative Umfrage von DeutschlandMed. Dafür wurden deutschlandweit

über 2500 face-to-face-Befragungen durchgeführt. Bei fast allen Themenkreisen schätzen die Befragten den Wunsch nach Informationen als wichtig bis sehr wichtig ein, während der subjektiv empfundene Informationsgrad - „Wie gut fühle ich mich informiert?“ - deutlich schlechter abschneidet.

Arbeitsstress erhöht Unfallrisiko im Winter

Verkehrsexperten rechnen in diesem Winter wieder mit einer hohen Zahl von Verkehrsunfällen. Doch nicht nur schlechte Straßenverhältnisse sind der Grund. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) weist darauf hin, dass vor allem im Berufsverkehr menschliches Fehlverhalten infolge von Arbeitsstress eine häufige Unfallursache ist. Bei Schnee und Glätte wirkt sich das Fehlverhalten nur folgenreicher aus.

7500 Unfälle auf dem Weg zwischen Wohnung und Arbeitsplatz wurden allein der BGW im letzten Winter (Januar bis März 1999) gemeldet. Zum Vergleich: Im Frühling (April bis Juni) waren es weniger als 4500. Über 80 % aller Verkehrsunfälle werden

durch zu hohe Geschwindigkeit, riskante Überholmanöver u. ä. verursacht. Weniger als 20 % geschehen wegen schlechter Straßenverhältnisse oder aufgrund von Fahrzeugmängeln. Untersuchungen der BGW haben ergeben, dass falsches Verhalten im Berufsverkehr häufig eine Folge von Arbeitsstress oder Zeitdruck ist. Vor allem Ärger über den Chef oder über Kollegen führt zu Aggressivität im Verkehr. Bei einer Befragung in rund 1000 Arztpraxen gaben 75 % der Beschäftigten, die schon einmal einen Unfall auf dem Arbeitsweg verursacht haben, als Grund mangelnde Konzentration, Zeitdruck oder Stress an.

BGW-Presseinfo

Zündstoff - Leistungstransparenz und freie Arztwahl

(ots)

70 Prozent der Deutschen möchte wissen, was ihr Arzt mit der Krankenkasse abrechnet. Der Bürger möchte als mündiger Patient behandelt werden. Dies bedeutet jedoch kein Misstrauensvotum gegen den Arzt. Denn gleichzeitig macht die Studie deutlich: der „Wert einer vertrauensvollen und partnerschaftlichen Kooperation mit dem Arzt“ wird als sehr wichtig (Wichtigkeit 1,6 bei einer Skala von 1 (gut) bis 6 (schlecht) eingestuft. Noch deutlicher fiel die Antwort zu einem ebenso heiß diskutierten Thema aus: „Würden Sie generell auf Ihre freie Arztwahl verzichten, wenn sie damit Ihren Krankenkassenbeitrag senken könnten?“ Diese Frage beantworteten 76 Prozent aller Befragten mit einem klaren Nein.



Lieblingsthemen und Informationsdefizite der Deutschen

Prävention und Arzneimittelverwendung liegen den Bürgern besonders am Herzen. Ratschläge zu gesunder Ernährung, Lebensführung und Gesundheitsförderung sind gefragt (Wichtigkeit der Information 1,8 bis 2,2). Darüber hinaus besteht hoher Informationsbedarf bei Arzneimitteln. Offensichtlich werden sie als notwendig akzeptiert, aber nicht ohne Aufklärung geschluckt. Mehr als 54 Prozent der Befragten lesen grundsätzlich immer den Beipackzettel, mehr als 32 Prozent zumindest bei bislang unbekanntem Arzneien. Die größten Informationsdefizite ergaben sich im Bereich Untersuchungsmethoden und Diagnoseverfahren, ebenso so dramatisch die Defizite bei den Leistungen der Krankenkassen. Mit knapp 3,67 ist der Informationsstand dürftig. Auch die Frage: „Gesundheitspolitik und Reformdiskussionen sind für mich nachvollziehbar“, wurde überwiegend mit wenig zutreffend beantwortet.

Nürnberg (ots)

Dissertationspreis 2000 des Kuratoriums perfekter Zahnersatz

Zum achten Mal schreibt das Kuratorium perfekter Zahnersatz seinen mit 3000,- DM dotierten Dissertationspreis aus. Mit diesem Preis soll jährlich die beste zahnmedizinische Dissertation ausgezeichnet werden, die einen Bezug zur Zahntechnik hat.

Als Voraussetzung für die Teilnahme an diesem Wettbewerb gilt, dass die Dissertation im Jahr 1999 von einer Hochschule angenommen wurde. Aus jeder Abteilung einer Klinik/eines Zentrums kann dabei nur eine Arbeit eingereicht werden. Bis zur Einsendefrist am 31. Mai 2000 müssen vier gedruckte Exemplare der Dissertation bei der Pressestelle des Kuratoriums eingegangen sein. Interessenten von Universitäten, die keine gedruckten Exemplare verlangen, müssen vier anerkannte Belegexemplare vorlegen.

Ein Preisrichterkollegium, das sich aus Mitgliedern des Wissenschaftlichen Bei-

rats des Kuratoriums zusammensetzt, bewertet die eingereichten Arbeiten. Diese Jury behält sich vor, den Preis unter mehreren Bewerbern zu teilen oder auch auf die Vergabe des Preises zu verzichten. Einsprüche gegen die Entscheidung der Jury sind ausgeschlossen.

Der Dissertationspreis wird traditionell bei der Herbst-Pressekonferenz des Kuratoriums feierlich überreicht. Dabei wird dem Preisträger oder der Preisträgerin die Möglichkeit gegeben, die Ergebnisse der Arbeit in einem Kurzvortrag vorzustellen.

Anschrift für die Einsendungen:
Kuratorium perfekter Zahnersatz
Pressestelle
Dr. Karin Uphoff
Schuhmarkt 4
35037 Marburg
Tel.: 06421/29 31 25

Aus der Fachpresse

Nachfolgend die Zusammenfassungen einiger interessanter Artikel aus der Zeitschrift „Journal of Clinical Periodontology“ Volume 26, Number 12, 1999.

Die Wirkung einer multiplen antikonvulsiven Therapie auf die Ausprägung der durch Phenytoin ausgelösten Gingivahyperplasie

In einer Gruppe von 36 erwachsenen Epileptikern wurde der potentielle Effekt der Ko-Medikation von Phenobarbiton, Primidon und Carbamazepin auf die Plasma- und Speichelkonzentration von 5-(4-Hydroxyphenyl)-5-Phenylhydantoin (4-HPPH), dem Hauptmetaboliten von Phenytoin beim Menschen, und die Inzidenz der durch Phenytoin ausgelösten Gingivahyperplasie untersucht. Verglichen mit den Patienten, denen allein Phenytoin verschrieben wurde, gab es bei den Patienten, die Phenytoin mit entweder Phenobarbiton, Primidon oder Carbamazepin verschrieben bekamen, keine signifikanten Unterschiede in der Plasma- und Speichelkonzentration von 4-HPPH oder Phenytoin. Des Weiteren waren das Ausmaß und die Inzidenz der Gingivahyperplasie in beiden Gruppen ähnlich. Die Ergebnisse lassen annehmen, dass die chronische Medikation mit anderen antikonvulsiven Medikamenten,

die den Phenytoin-Metabolismus induzieren, weder die Plasma- und Speicheltiter von 4-HPPH noch den Grad der Gingivahyperplasie bei erwachsenen Epileptikern mit Phenytoinbehandlung beeinflusst.

Ungewöhnliche periphere odontogene Tumoren bei der Differentialdiagnose von Gingivaschwellungen

Die Differentialdiagnose von Gingivaläsionen schließt verschiedene Befunde und Ursachen ein. Periphere odontogene Tumoren können Gingivaschwellungen initiieren und sie müssen, obwohl sie selten sind, in die Differentialdiagnose einbezogen werden. Der Zweck dieses Artikels ist es, drei verschiedene Fälle von peripheren odontogenen Tumoren zu beschreiben und die Differentialdiagnose von Gingivaschwellungen zu diskutieren. Die histologische Untersuchung ist zwingend notwendig, wenn die lokalisierten Gingivaschwellungen chirurgisch entfernt werden.

Mikroflora der Zunge, Zähne und neu gesetzter Implantate vor und nach der Implantation

Ziele: Diese Untersuchung suchte nach intraoralen Quellen von Spezies, die Zahnimplantate besiedeln.

Material und Methode: Vor und nach der erfolgreichen Osseointegration wurden von Implantaten, Zähnen und von der Zunge von 10 zahnlosen und 11 teilbezahnten Patienten Plaqueproben entnommen. Die Proben wurden unter Verwendung eines DANN-Gen-Sondentests mit Schachbrett-Design hinsichtlich von 42 subgingivalen Spezies untersucht.

Ergebnisse: Die Mikroorganismen zeigten bei Implantaten und Zähnen ähnliche Prävalenzen und mittlere Titer (103 bis 104). Die Titer der Proben von der Zunge waren höher, als die von Zähnen und Implantaten, obwohl die Prävalenz ähnlich war. Dies lässt annehmen, dass die Proben von der Zunge größer waren. Zwischen der Mikroflora der Zunge von zahnlosen und

teilbezahnten Patienten wurden keine signifikanten Unterschiede beobachtet. Die meisten Spezies, die Implantate besiedeln, wurden vor der Implantation auf der Zunge beobachtet. Bei einzelnen zahnlosen Patienten wurden bei *Capnocytophaga ochracea* und *Campylobacter rectus* positive Assoziationen zwischen Zungen- und Implantatproben beobachtet. Bei einzelnen teilbezahnten Patienten waren bei *Fusobacterium nucleatum susp. vicentii* zwischen Zungen- und Implantatproben positive Assoziationen vorhanden, sowie bei *Treponema denticola* von Implantat- und Zahnproben, die während des gleichen Termins entnommen wurden.

Schlussfolgerung: Diese zeigte, dass die Zunge zusätzlich zu den Zähnen eine Quelle für Spezies, die Zahnimplantate besiedeln, sein kann.

Histologische Beobachtungen der bilateralen maxillären Sinusboden-Elevation 6 und 12 Monate nach der Transplantation mit osteogenem Protein-1 Trägertransplantat

Ziele: Der Zweck dieser Fallstudie war es, das Gewebe, das sich im maxillären Sinus gebildet hat, 6 und 12 Monate nach einer Transplantation mit rekombinantem humanem osteogenem Protein-1 (OP-1), welches mit einem Kollagenträger bovinem Ursprungs verbunden ist, zu analysieren.

Patient und Methoden: Eine 49 Jahre alte Frau, die zur beidseitigen Sinusbodenelevation überwiesen wurde, wurde mit dem OP-1-Träger transplantiert. Nach 6 Monaten wurde eine Biopsie aus einer der transplantierten Regionen entnommen. Nach 12 Monaten, während der Implantatsetzung, wurden 5 Biopsien von der transplantierten Region und aus dem maxillären Wirtsknochen entnommen. Die Biopsien wurden ohne Entkalkung für die histologische Untersuchung aufbereitet.

Ergebnisse: Biopsien, die nach 6 Monaten entnommen wurden, enthielten neu gebildeten Knochen, fibröses Gewebe und Reste des Trägers. Nach 12 Monaten jedoch fehlte der Knochen in allen Biopsien aus dem Transplantatbereich, während die Partikel des Kollagenträgers noch reichlich vorhanden waren. Im Transplantatbereich wurden zwischen den Resten des Kollagenträgers Entzündungszellen beobachtet.

Schlussfolgerung: Diese Studie zeigt, dass der Beginn einer Knochenneubildung, der nach 6 Monaten beobachtet wurde, sich nicht fortsetzte. Zwölf Monate nach der Transplantation war in den Biopsien kein

Knochen vorhanden, während der Kollagenträger zurückblieb. Das Fehlen der mechanischen Belastung, als Ergebnis einer von 6 auf 12 Monate verzögerten Implantatsetzung, könnte die Resorption des neuen Knochens, der 6 Monate nach der Transplantation vorhanden war, verursacht haben.

Kombinierte systemische und lokale Therapie der Parodontalerkrankung bei Papillon-Lefevre-Syndrom. Ein Bericht über vier Fälle.

Vier Patienten, zwei Geschwisterpaare, die an Papillon-Lefevre-Syndrom litten, wurden parodontal behandelt. Nach der Extraktion der hoffnungslosen Zähne bekamen die Kinder ein Scaling sowie eine adjuvante systemische Antibiotikagabe (Mitronidazol und Amoxicillin für 7 bis 10 Tage). Zusätzlich führten sie eine supragingivale Spülung mit einer Munddusche und 0,06 % Chlorhexidin-Digluconat einmal pro Tag durch. Bei zwei Geschwistern wurde der subgingivale *A. actinomycetemcomitans* unter die Nachweisgrenze reduziert, die Sondierungstiefe war auf 4 mm oder weniger vermindert, und die Plaque- und Blutungsindizes waren niedrig. Eine andere weibliche Patientin zeigte auch klinische Verbesserungen des subgingivalen *A. actinomycetemcomitans* sowie *B. forsythus* bis zur Nachuntersuchung 9 Monate später, während ihre Schwester weiteren Attachmentverlust über den Zeitraum von vier Jahren aufwies. Die vorliegenden Fallvorstellungen zeigen, dass bei einigen Patienten, die an Papillon-Lefevre-Syndrom leiden, die Parodontalerkrankung mittels (i) Mundhygieneinstruktion, (ii) Extraktion stark befallener Zähne, (iii) Scaling, (iv) systemische Antibiotika, und (v) langjährigen Gebrauch einer antimikrobiellen Munddusche gestoppt werden kann.

Veränderungen des parodontalen Gewebes nach Behandlung von parodontalen Taschen mit vertikalem Knochenabbau durch Emdogain. (Eine Reihe von Fallberichten)

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, die Vorhersagbarkeit des klinischen Attachmentgewinns und der Reduktion der Sondierungstiefe nach der Behandlung von Taschen mit vertikalem Knochenabbau durch Emdogain zu messen.

Material und Methode: Es wurden 108 Parodontitispatienten (Durchschnittsalter 55,8 Jahre), die im Laufe der Zeit behandelt

wurden, in die Studie eingeschlossen. Jeder Patient wies wenigstens eine approximale Knochentasche auf, die an Hand der Einschlusskriterien als Teststelle identifiziert werden konnte. Die Kriterien waren: (i) Sondierungstiefe von 5 mm, (ii) klinischer Attachmentverlust von 6 mm und (iii) ein röntgenologischer Nachweis eines approximalen Knochenabbaus mit einer infraalveolären Komponente von 3 mm. Eine Gesamtzahl von 145 Defekten erfüllten die Einschlusskriterien. Alle Patienten erhielten eine konservative Parodontalbehandlung. Dies beinhaltete die subgingivale Instrumentierung aller Regionen des Gebisses mit Ausnahme der Testregionen. Wenigstens sechs Monate nach der Beendigung dieser Behandlung wurde eine Ausgangsuntersuchung zur Charakterisierung der Testregionen durchgeführt. Darauffolgend wurde die rekonstruktive Therapie durchgeführt. Es wurde ein Mukoperiostlappen gebildet, und die Wurzeloberfläche wurde gescaled und geglättet. Es wurde keine Osteoplastik durchgeführt. Ein Gel aus 24 % EDTA wurde auf die exponierten Wurzeln aufgetragen und für 2 Minuten belassen. Ein Gel mit Schmelzmatrixproteinen wurde auf der Wurzeloberfläche und in den benachbarten Defekt appliziert. Der Lappen wurde reponiert und mit Nähten fixiert. Die Teststellen wurden 12 Monate nach der rekonstruktiven Therapie nachuntersucht.

Ergebnisse: Die Nachuntersuchung zeigte, dass eine Behandlung einschließlich der Applikation von Schmelzmatrixproteinen bei parodontalen Taschen mit vertikalem Knochenabbau einen durchschnittlichen Attachmentgewinn von 4,6 mm und eine Reduktion der Sondierungstiefe von 5,2 mm zum Ergebnis hat. 86 % aller behandelten Taschen zeigten einen klinischen Attachmentgewinn von > 2 mm. Eine Tasche wies Attachmentverlust auf. Die röntgenologische Untersuchung ergab, dass die Knochentaschen durchschnittlich um 2,9 mm in der Tiefe reduziert wurden. Die Reduktion der Defektgröße korrespondierte mit einem durchschnittlichen Auffüllen von 69 % des ursprünglichen Defekts. Bei 43 % der Defekte betrug die Knochentaschenauffüllung 80 %.

Schlussfolgerung: Die Gesamtreduktion der Sondierungstiefe, der Attachmentgewinn sowie die Geweberezeption, die sich nach Behandlung mit Emdogain ergibt, ist vergleichbar mit den entsprechenden Ergebnisvariablen nach der GTR-Behandlung.

In vitro-Studie: DEFINITE® zeigt beste Bioverträglichkeit

Das Dental-Ormocer DEFINITE® weist als erstes plastisches Füllungsmaterial schon vor der Lichthärtung ein stabiles Polysiloxan-Netzwerk auf. Dabei sind Methacrylate kovalent an diese Matrix gebunden. Mit anderen Worten: die chemische Struktur verleiht demOrmocer eine besonders hohe Bioverträglichkeit, da praktisch keine freien Monomere eluiert werden können. In einer aktuellen zellbiologischen Untersuchung zeigt DEFINITE® sehr deutliche Unterschiede gegenüber fünf anderen häufig verwendeten Füllungsmaterialien: Als einziges erwies sich das Ormocer - im Rahmen einer in vitro-Studie des Medical College of Georgia - nach 14 Tagen als nicht zytotoxisch.

Die Freisetzung von nicht polymerisierten Methacrylaten gilt als wesentlicher Nachteil von Kompositen und Kompomeren, denn die Restmonomere stehen in der Diskussion, eine gesundheitsgefährdende Wirkung aufzuweisen. Dieses Problem entfällt bei DEFINITE® aufgrund der Ormocer-Matrix mit bereits

„vorpolymerisierten“ Polysiloxan-Netzwerken und fest daran gebundenen Methacrylat-Molekülgruppen

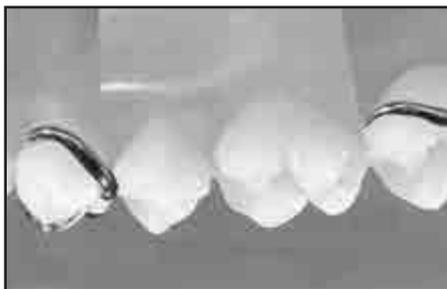
Die gute Bioverträglichkeit wurde DEFINITE® bereits in den Elutionstests von Engewald und Efer (1998) bescheinigt. Vergleichende zellbiologische Untersuchungen von Wataha et al. bestätigen jetzt diese Ergebnisse. Ganz anders bewertet die Arbeitsgruppe fünf gängige Komposite und Kompomere (Z-100, Tetric Ceram, Dyract, Solitaire, Clearfil).

Für die in vitro-Untersuchungen wurden definierte Probenkörper aus den verschiedenen Füllungsmaterialien hergestellt. Unmittelbar nach deren Anfertigung und nach sieben bzw. 14 Tagen Lagerung in künstlichem Speichel bestimmten Wataha et al. die Freisetzung von Substanzen mit der Hochleistungs-Flüssigkeitschromatographie (HPLC). Die Zytotoxizität wurde über die Succinat-Dehydrogenase-Aktivität in Fibroblasten-Zellkulturen überprüft. Sie ist ein Maß für die Vitalität der Zellkultur.

Die aus den DEFINITE®-Probenkörpern eluierten Substanzmengen waren so gering wie bei der Kontrolle aus Teflon. Damit unterschied sich das Ormocer wesentlich von vier der fünf anderen getesteten Materialien, die auch nach sieben Tagen noch erhebliche Mengen an Monomeren freisetzen.

Noch deutlicher zeigte sich die Überlegenheit von DEFINITE® im Zytotoxizitäts-Test: Sämtliche getesteten Komposite und Kompomere erwiesen sich noch nach zwei Wochen als deutlich zytotoxisch und reduzierten die Vitalität der Zellkulturen um rund 80 %, bezogen auf den Teflon-Standard - nicht so DEFINITE®. Die Wirkung der Ormocer-Probenkörper lag nach 14 Tagen hier ebenfalls im Bereich der Kontrollwerte. Die hohe Bioverträglichkeit von DEFINITE® hat somit auch durch diese aktuelle in vitro-Studie eine eindrucksvolle Bestätigung gefunden.

Degussa-Hüls AG, Hanau



Beispiel aus dem Dental-Explorer

Wer möchte neue Software testen?

Neue Medien halten zunehmend Einzug in die Zahnarztpraxis. Um Sie umfassend darüber zu informieren, berichteten wir bereits in mehreren Ausgaben des tzb.

Im Januarheft stellten wir den Dental-Explorer als einen Weg zu besserer Kommunikation mit Ihren Patienten (Chairside Communication) vor.

Es ist uns gelungen, für eine begrenzte Anzahl von Praxen eine Vollversion des Dental-Explorers zum Testen zu erhalten.

Sie können in Ihrer Praxis das Programm für eine anschauliche Patientenberatung nutzen. Dabei steht Ihnen ausreichend Zeit für eine detaillierte Beurteilung zur Verfügung.

Interessenten fordern bitte per Coupon die Software an.

Sobald Ihre Anforderung bei uns eingegangen ist, erhalten Sie von uns einen Nutzungsvertrag für 40 Anwendungen sowie die CD-ROM mit der kompletten Software.

Dazu stellen wir Ihnen eine ausführliche Installations- und Deinstallationsanleitung zur Verfügung. Wer gerne am Test teilnehmen möchte, jedoch Probleme bei der technischen Realisierung sieht, kann selbstverständlich auf unsere Beratung zurückgreifen.

Einzige Bedingung für unser kostenfreies Testangebot: Wir bitten um eine Auswertung und kritische Darstellung der Vor- und Nachteile des Dental-Explorers.

Nachfragen beantwortet Ihnen telefonisch: Dr. Brodersen, Tel.: 0361-7432115.

Ich möchte am Test des Dental-Explorer teilnehmen.

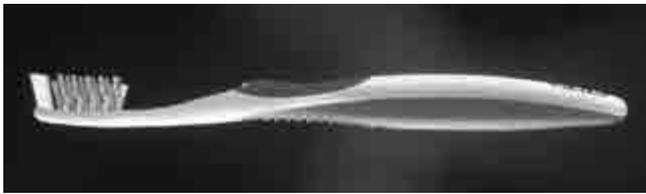
Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Ausfüllen, ausschneiden und senden an:

Landeszahnärztekammer Thüringen
z. H. Dr. Olaf Brodersen
Mittelhäuser Straße 76-79
99089 Erfurt



Neu: CrossAction™ – die beste Handzahnbürste von Oral-B

Eine Neuentwicklung auf dem Sektor der Handzahnbürsten übertrifft deutlich das bislang weltweit erfolgreiche Spitzenmodell von Oral-B, die Advantage®. Etwa 25 % mehr Plaque entfernt die Oral-B CrossAction™, das neueste Produkt des renommierten Herstellers. Im Vergleich zur Advantage® zeigen sich hochsignifikante Unterschiede an allen Zahnflächen, besonders auch approximal und marginal. Der Entwicklung der CrossAction™ gingen umfangreiche Anwenderstudien voraus und für ihre Herstellung wurde ein neues Produktionsverfahren erforderlich.

Manuelle Zahnbürsten sind bewährte Mundpflegegeräte, deren Möglichkeiten und Grenzen bislang klar erkennbar sind. Daher wird die CrossAction™ als neueste Entwicklung von Oral-B sicherlich die Erwartungen vieler Experten übertreffen: sie entfernt nach den Ergebnissen einer klinischen Studie von F. M. Doherty et al. Rund 25 % mehr Plaque als die Advantage®, der bislang leistungsfähigsten Handzahnbürste des Hauses. Diese überraschend große und hochsignifikante ($p = 0,0001$) Differenz wurde nicht nur über alle Zahnflächen ermittelt, sondern auch in den wesentlichen Problemzonen bei der Mundhygiene: marginal und approximal. An der einfach-blinden Cross-Over-Studie haben 75 Probanden teilgenommen.

Entscheidend für die ausgezeichnete Effizienz der CrossAction™ ist die innovative Borstenkonfiguration. Charakteristisch sind dabei die schräg gestellten CrissCross™-Borsten, wobei sich ein Winkel von 16° als optimal erwiesen hat. Die grünen, längeren Filamente dringen tief in die Interdentalräume ein, lockern die Plaque und entfernen sie bei jeder Putzbewegung. Kürzere, weiße CrissCross™-Borsten reinigen gleichzeitig die Zahnoberfläche. Der mit über 730 Borsten außergewöhnlich dicht gebündelte Power-Tip® an der Spitze des Bürstenkopfes erreicht die hinteren Molaren problemlos. Zudem zeigen die bewährten INDICATOR®-Borsten den Zeitpunkt zum Wechseln der Zahnbürste an. Die Stärke der CrossAction™ liegt nicht zuletzt darin, dass sie auch bei nicht-optimaler Putztechnik gute Ergebnisse erbringen kann.

Hinter der Entwicklung der neuen Oral-B-Zahnbürste stand ein 15köpfiges Expertenteam aus Zahnärzten, Naturwissenschaftlern, Ingenieuren und Designern. Zunächst analysierte man das reale Putzverhalten des Anwenders. Ein Ergebnis: Immer noch wird die Zahnbürste überwiegend horizontal geführt. Und: D. Beals et al. unterscheiden zwischen fünf typischen Griffhaltungen, wobei eine eindeutig favorisiert wird. Diese

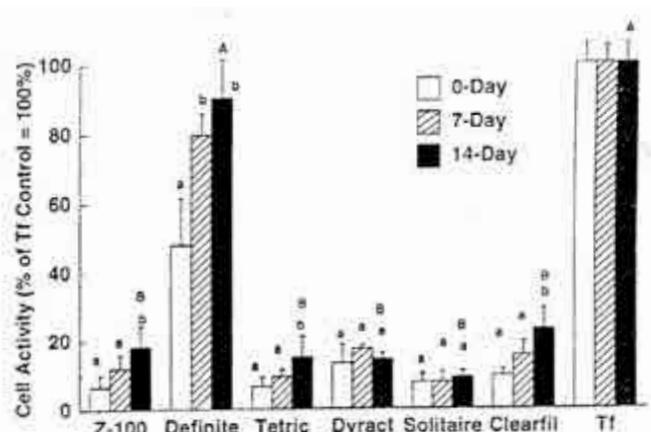
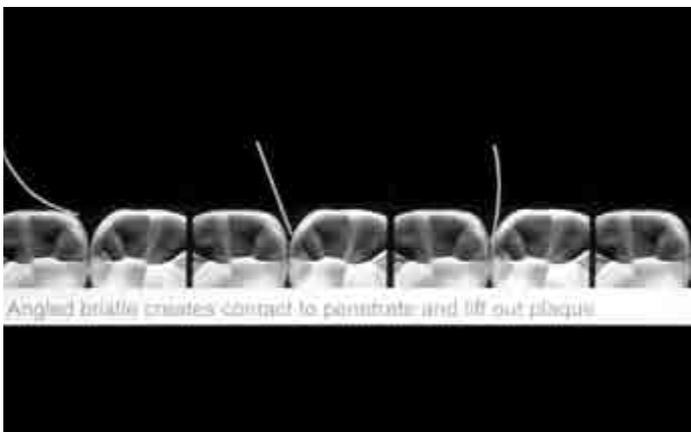
Erkenntnisse führten zu der Gestaltung des besonders ergonomischen Handgriffs der CrossAction™.

Zur Herstellung der CrossAction™ wurde ein neues Produktionsverfahren erforderlich. Dabei werden die Borsten nicht mehr gekrumpft, sondern können frei positioniert werden. Das erlaubt eine optimale Borstentopographie, einen dichteren Besatz des Bürstenkopfes und die Anordnung der CrissCross™-Borsten in dem gewünschten Winkel von 16°.

Die Anwender beurteilen die CrossAction™ sehr positiv: Nach Ansicht von rund 80 % der befragten Testpersonen reinigt sie gründlicher als ihre bisherige Handzahnbürste, reicht tief in die Zahnzwischenräume und hinterlässt ein besonders sauberes Gefühl. Auch 75 % der befragten Zahnärzte geben an, die CrossAction™ selbst zu verwenden.

Die „Premium“-Zahnbürste von Oral-B ist im Handel für 7,99 DM in vier Versionen erhältlich, wahlweise mit weicher oder mittlerer Borstenstärke sowie mit Normal- oder Kurzkopf.

Presseinfo Gillette Gruppe Deutschland, Geschäftsbereich Oral-B





Informationsabend für Zahnärzte

1. Analyse der Praxisrentabilität und -Liquidität
2. Effektiver Rechtsschutz in Haftungsfällen

Am **22.03.2000** um **19.30** Uhr findet in den Räumen des Hotels „Tanne“ in Ilmenau ein Informationsabend statt.

Referenten:
Dipl.-BW Helmut Lehmann, ADVISION Consulting AG
RA Holger Karl, Kanzlei Reinhardt & Frhr. v. Truchseß

Wegen der begrenzten Teilnehmerzahl richten Sie Ihre Anmeldung bitte an:

ADVITAX
Steuerberatungsgesellschaft mbH
Niederlassung Ilmenau
Straße des Friedens 2 • 98693 Ilmenau
Tel.: (03677) 84 65 15 • Fax: (03677) 84 10 86



Mitglied der
European Tax & Law
www.etl.de

Workshop „Botulinumtoxin in der Dermatologie“

18. März 2000

Veranstaltungsort: Friedrich-Schiller-Universität Jena
Klinik für Dermatologie und Allergologie - Hörsaal
Erfurter Straße 35, 07740 Jena

Organisation

Prof. Dr. med. Uwe Wollina
(Wissenschaftliche Leitung)

Frau H. Konrad
(Tagungssekretär)

E-Mail: konrad@derma.uni-jena.de
Fax: 03641/937437

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

16. und 17. Juni 2000 in Helsinki

*Thema: Psychologie und Ergonomie
in der Zahnheilkunde*

Tagungssprachen: Englisch, Deutsch, Französisch

Information und Anmeldung

Dr. Nicolas Haasser

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

It's Time! AIDA-

Sonderreise mit der AIDA, vom 4.8. -
11.8.2000, inkl. Transfer ab/bis Thüringen nach
Frankfurt und Flug nach Palma de Mallorca,
Route: Korsika – Neapel – Sizilien – Malta –
Menorca, in Doppelkabine
p. P. ab

DM **2.575,-**

Kinderfestpreis DM 700,-

7 Tage Badeverlängerung auf Mallorca mög-

Kreuzen Sie auf und entdecken Sie



Reisebüro
Schäfer
Lufthansa
City Center

Bahnhofstraße 38
99084 Erfurt
Tel. (03 61) 55 53 00
Fax (03 61) 5 55 30 99

www.kommreisen.de

... komm reisen!

Thüringer Zahnärztelauf in Neuauflage



Zusammen mit dem 29. Eisenberger Mühltauf findet der 4. Thüringer Zahnärztelauf am Samstag, dem 18. März 2000 statt. Start ist um 14.00 Uhr an der Froschmühle.

Meldungen bitte bis 13.3. an den Kreissportbund „Holzlandkreis“, PSF 145, 07607 Eisenberg oder Tel.: 036691/42208

oder an DM Johannes Wolf, Friedrich-Ebert-Straße 23, 07607 Eisenberg, Tel.: 036691/42370, Fax: 036691/52925.

Nachmeldungen sind bis zum 18.3., 12.00 Uhr ohne Gebühr möglich.

3. Internationaler Dental Kongress

30. April bis 2. Mai 2000 in Jerusalem

*„Verhütung und Behandlungskonzepte
in der Zahnheilkunde für das 3. Millennium“*

unter Mitarbeit der Fakultät für Zahnmedizin
der Hebrew Universität Hadassa

es werden Vorträge auf allen Gebieten der Zahn-
heilkunde mit Referenten aus den U.S.A., aus Frankreich,
Schweden, Deutschland und Israel gehalten.

Weitere Informationen

OA Dr. Dirk C. van Gogswaardt

FSU Jena, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
und Werkstoffkunde

An der Alten Post 4

07743 Jena

Tel.: 03641/934 481, Fax: 03641/934 472

Web site „D.V.I.“:

www.interdent.co.il/clinics/dvi/dvi.html



D.V.I. – Dental Volunteers for Israel

Ein zahnmedizinisches Projekt feiert sein 20-jähriges Bestehen

D.V.I. unterhält die einzige unabhängige Zahnklinik in Israel. Sie kümmert sich um die Bedürfnisse armer Kinder im Alter von 5 bis 18 Jahren, deren Eltern die Kosten für eine zahnärztliche Behandlung nicht aufbringen können. D.V.I. unterhält ein modernes, auf dem neuesten Stand bestehendes zahnärztliches Behandlungszentrum, in dem erfahrene ausländische Zahnärzte aus 13 Ländern der westlichen Welt, 2500 in den letzten 20 Jahren, als Volontär ohne Entgelt für jeweils ein bis vier Wochen arbeiten. Sie schenken ihr Talent den armen Kindern Jerusalems, unabhängig von ihrer Religion oder ihrer kulturellen Zugehörigkeit.

Der Grund dafür war ein Gesetzentwurf als dem Jahre 1980, mit dem letztendlich, angesichts finanzieller Schwierigkeiten, entschieden wurde, den bis dahin bestehenden „Schulzahnärztlichen Dienst“ und dessen Behandlung zu beenden. Ab diesem Zeitpunkt lagen die zahnärztliche Verantwortung und die Kosten

der erforderlichen Zahnbehandlung bei den Eltern. Familien der oberen Sozialschichten begaben sich in privat Zahnärztliche Behandlung. Die Kinder der armen Eltern, egal ob Araber oder Juden, vernachlässigten den Besuch beim Zahnarzt. Gerade deshalb ist die Aufgabe und Arbeit von D.V.I. so wichtig. Sie dient der Gesundheit der Kinder Jerusalems.

Das Geheimnis des Erfolges liegt bei Frau Trudi Birger, der Präsidentin der Organisation, selbst, die vorgenanntes Projekt zu ihrer Lebensaufgabe gemacht hat. Frau Birger, eine Überlebende des Holocaust, die die Bedeutung des Wortes „Leiden“ zu gut kennt, trug immer den Gedanken im Kopf, falls sie den Krieg überleben sollte, sich aus Dankbarkeit persönlich dafür einzusetzen, „Leid“ von jedem Kind abzuwenden. Frau Birger, die Mikrobiologin ist, gründete deshalb die Organisation D.V.I., für die sie seit zwei Dekaden arbeitet. Durch ihre Hilfe bringt sie täglich ein Lächeln in 150 Kin-

dergesichter, die kostenfrei behandelt werden. Als Anerkennung für ihre Verdienste und ihren unaufhörlichen Einsatz für D.V.I. erhielt Trudi Birger den „Ehrenpreis des Gesundheitsministeriums“ des Staates Israel.

Spenden werden jederzeit gern entgegengenommen. Jede Spende für D.V.I. wird direkt dazu verwendet, die Kosten der Ausrüstung, zahnärztlichen Materialvorräte und die Wartung der sechs Behandlungseinheiten zu finanzieren. Die Instandhaltungskosten der Zahnklinik belaufen sich auf monatlich \$ 25000.

Aus Anlass es 20. Geburtstages organisiert die D.V.I. vom 30. April bis 2. Mai 2000 den 3. Internationalen Dental Kongress in Jerusalem. Durch eine Teilnahme können Not und Schmerzen gelindert werden, indem mittellose Eltern beim Erhalt der Zahngesundheit ihrer Kinder Unterstützung erhalten.

Info D.V.I.

Verkaufe Praxisgeräte

KAvo Dentaleinheit mit Dürr Saugmaschine, 2 Sitzstühle (Physio 5005/5006), Amalgamabscheider; Röntgengerät – Trophy –; Dürr-Entwicklerautomat; EMS Zahnsteinentfernungsgerät – Piezon M 220 V – Nr.: 285 204 –; Webeco – Dampf – Klein-Sterilisator – Automat 21; KaVoKlave – Dampfsterilisator – für Sterilisierung von KaVo-Handstücken u. a.; Melag Trockensterilisator – 6 Liter; Heliolux II – Vivadent

Chiffre: tzb 0015

Zahnarzt, 17 J. BE,

Übernimmt Praxisvertretungen/Notdienste thüringenweit

Chiffre: tzb 0016

Prophylaxeorientiertes Praxisteam (Raum Westsachsen)

sucht Entlastungsassistentin für langfristige Zusammenarbeit, vorerst als Teilzeitbeschäftigung.

Chiffre: tzb 0017

Dt. Zahnärztin,

Dr., 26 Jahre, Examen 10/97, allgem.-zahnärztl. BE und KFO, sucht Stelle als angestellte ZÄ mit langfristiger Perspektive **ab 10/2000** im Raum Thüringen, gerne mit der Möglichkeit einer evtl. Sozietät oder Praxisübernahme.

Tel. 0341/3587139

Neueröffnung Dental-Depot in Thüringen!

Dafür suchen wir nachweislich erfolgreiche **kaufmännische Außendienstmitarbeiter** und **qualifizierte Techniker** mit hervorragenden Fachkenntnissen.

Absolute Diskretion ist selbstverständlich.

Bewerbungen bitte an den Verlag unter Chiffre: tzb 0018



weinreiter
WOHNEN

Neurwerkstraße 29 • 99084 Erfurt/Thüringen
Tel. (0361) 6 42 13 79 • Fax (0361) 6 42 13 70

Ihr exklusiver Inneneinrichter

- *Möbeldesign*
- *Textile Raumgestaltung*
- *Dekoration*
- *Modernes Lichtdesign*
- *Accessoires*
- *Innenausbau*

Reparatur-Express-Service ...für Praxis und Labor

Handstücke, Turbinen, Winkelstücke, Micromotore etc. sämtl. Hersteller

LOGO-DENT[®]

Markgrafenstr. 1 • 79268 Bötzingen
Telefon 0 76 63/ 30 94 • Fax 52 02

Sie interessieren sich für eine Praxisübernahme?

Wir vermitteln im Auftrag unserer Kunden mehrere Zahnarztpraxen in Nordhessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen.
Fordern Sie unverbindlich unsere Angebote an.



Deuker + Neubauer Dental
Fichtenweg 6
99198 Erfurt-Kerspleben
Tel. 03 62 03 / 6 17 - 20

Herr Meiselbach

SAAB



Fasten your seat

Im Saab 9-5 Aero werden Sie zum Viel-
flieger.

Am Start: Hochleistungs-Turbo-Triebwerke, die 169 kW (230 PS) kontrolliert auf die Straße bringen. Am Steuer: perfektes Handling, dynamische Fahreigenschaften und ein sportliches Fahrgefühl, das im hochwertig ausgestatteten Cockpit für uneingeschränkten

Saab Zentrum Erfurt
SC Autohandelsgesellschaft mbH
Schlachthofstr. 80, 99085 Erfurt, Telefon 03 61/55
40-470

Ansprechpartner: Herr Bauermeister
Internet: www.saab-Erfurt.de
E-Mail: Verkauf@saab-Erfurt.de

