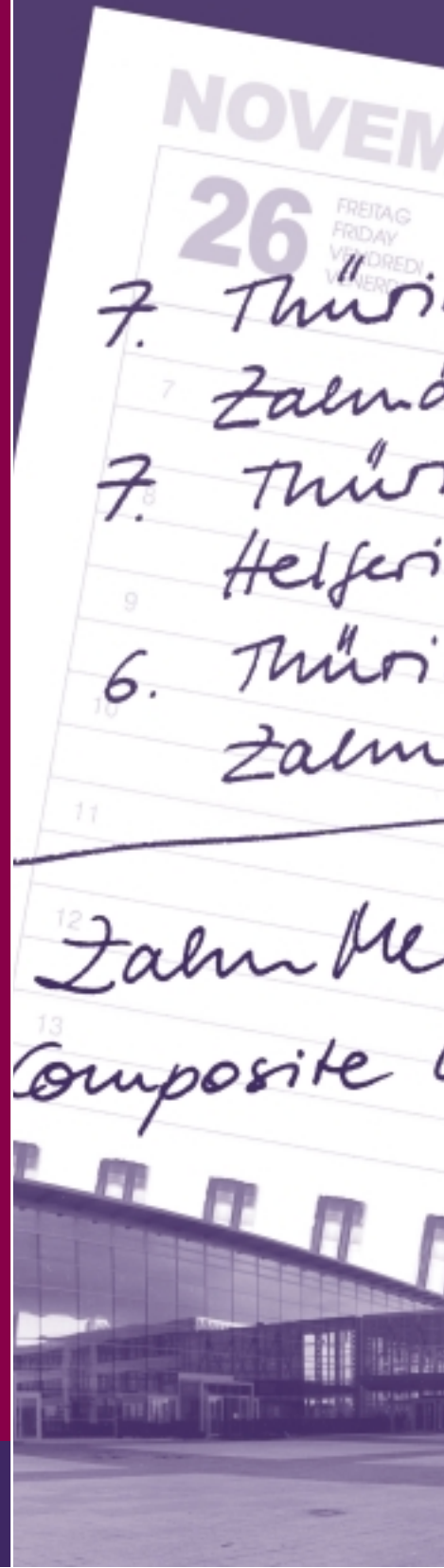


## Craniomandibuläre Funktionsstörung in der täglichen Praxis

*Lesen Sie ab S. 23*



Systemkompatible Presskeramik

# Cergo

Das Vollkeramik-Angebot im GoldenGate System für Veneers, Inlays, Onlays und Kronen



Für minimalinvasive Vollkeramik-Indikationen hat sich Presskeramik seit über einem Jahrzehnt bewährt. Cergo®, die Vollkeramik-Komponente im GoldenGate System, überzeugt durch die leicht polierbare Oberfläche, naturidentisches Abrasionsverhalten und ästhetische Perfektion. Ihr Praxis-Angebot ohne zusätzliche Investition: Rp. Cergo



## *Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,*



Sie und Ihre Mitarbeiter sind herzlich zum 7. Thüringer Zahnärzte- und Helferinnentag und 6. Thüringer Zahntechnikertag nach Erfurt eingeladen. Alle zwei Jahre ist dies der Höhepunkt der Fortbildung der Thüringer Zahnärzte und Zahnärzthelferinnen.

Die wissenschaftlichen Schwerpunkte der Zahnärztetage waren immer auch Anstoß und Ausgangspunkt für weitere Fortbildungsaktivitäten, schon lange bevor es die Diskussion um Zwangsfortbildung und Punktesysteme gab. Nachdem der letzte Zahnärztetag vor zwei Jahren die Implantologie als Schwerpunkt hatte, entwickelte sich ein wahrer Run auf das Implantologie-Curriculum der Landeszahnärztekammer. Wir hoffen wiederum Ihr Interesse an weiteren – dann meist praktischen – Fortbildungskursen mit Referenten des Zahnärztetages zu wecken.

Am 26. und 27. November wird die „Zahn-Medizin zwischen Composite und Keramik“ der Schwerpunkt des wissenschaftlichen Programms sein. Beide Materialien bestimmen zunehmend den Alltag in unseren Zahnarztpraxen. Die Composite haben das Amalgam, bei manchen Indikationen das Goldinlay oder die klassische Krone von ihren früheren Spitzenplätzen verdrängt. Die Vertreter der Industrie versuchen uns in einem harten Verdrängungswettbewerb die Materialien zu verkaufen. Die Praxen werden überhäuft mit neuen Produkten und Informationen zu Compositen und Bondmaterialien, oft ohne die wissenschaftlich abgesicherten Begleitinformationen. So schön die Composite auf den ersten Blick

aussehen, gibt es doch weiter viele Probleme bei ihrer klinischen Anwendung: Schrumpfung, Hypersensibilitäten, Allergien... Dies gilt natürlich ebenso für die Keramiken, die meist adhäsiv befestigt werden müssen.

Unser Anliegen bei der Auswahl der Themen ist es, Ihnen, den praktizierenden Zahnärzten, den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in einem bestimmten Bereich der Zahnmedizin komprimiert und trotzdem möglichst umfassend aufzuzeigen. Der besondere Schwerpunkt liegt dabei immer auch auf der medizinischen Seite unseres Fachgebietes. Deshalb werden sich unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Bernd Klaißer (Würzburg) am Freitag, dem 26. November, drei Grundsatzreferate mit den Compositen, den Adhäsivsystemen und den Dentalkeramiken befassen. Nach Entspannung und Anregung beim abendlichen Zahnärzteball stehen am zweiten Tag des Hauptprogramms die klinischen Aspekte im Mittelpunkt.

Zum 7. Thüringer Helferinnentag werden die Composite und die Adhäsivsysteme ebenfalls Schwerpunkt sein, denn unsere Mitarbeiterinnen sind es in erster Linie, die sich im „Adhäsivdschungel“ zurechtfinden müssen. Zudem gibt es Informationen über die zu erwartenden Veränderungen der Zahnersatz-Abrechnung im Jahr 2005. Für das traditionelle allgemeinmedizinische Thema konnten wir den Nikotinexperten Prof. Dr. Knut-Olaf Hausteil gewinnen. Er leitet in Erfurt das „Fritz-Lickint-Institut für Nikotinforschung und Raucherentwöhnung“ und wird über die Aus-

wirkungen des Rauchens auf die eigene und die Gesundheit der Patienten sprechen. Ein hochaktuelles Thema, auch für Nichtraucher!

Mit insgesamt 12 Workshops und Kursen wurden die Möglichkeiten der individuellen Fortbildung für Zahnärzte, Zahntechniker, ZMF und Zahnmedizinische Fachangestellte deutlich ausgeweitet. Der 6. Thüringer Zahntechnikertag befasst sich entsprechend dem Tagungsthema mit den Compositen und Keramiken im Dentallabor.

Die parallel stattfindende DentaAusstellung und das Ambiente der Messe bieten Gelegenheit zum kollegialen Gedankenaustausch oder zum Seminargruppentreffen unserer ZMF- und ZMV-Klassen.

Mit der Teilnahme am 7. Thüringer Zahnärztetag erwerben Sie natürlich Fortbildungspunkte entsprechend der Bewertung der BZÄK/DGZMK: 4 Punkte für die Kurse 1 bis 8 und 9 Punkte für das gesamte Hauptprogramm.

Bitte denken Sie daran: der Frühbucherrabatt gilt nur bis zum 31. August!

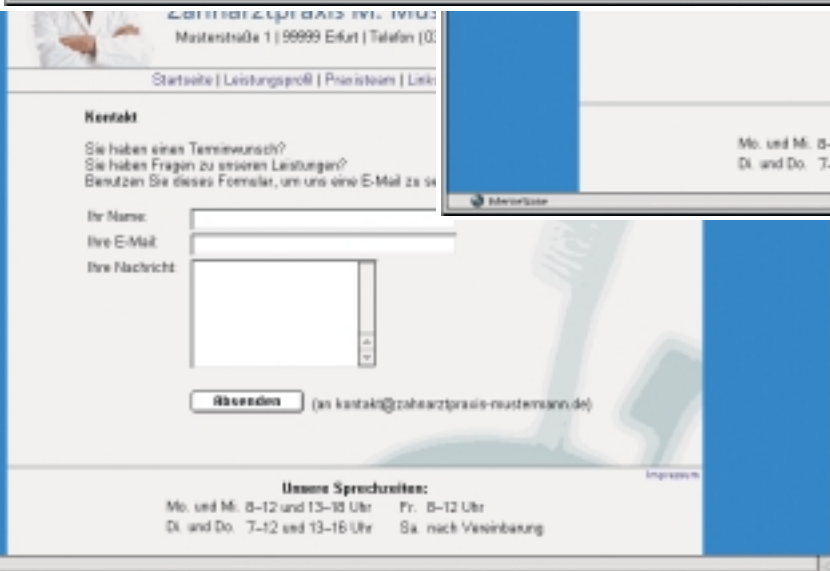
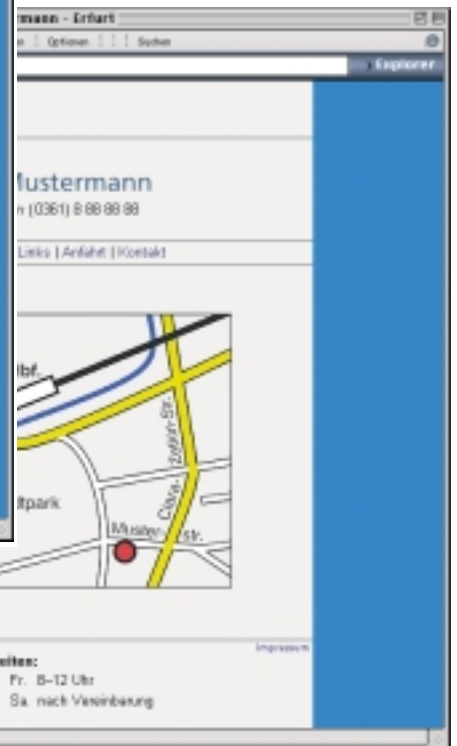
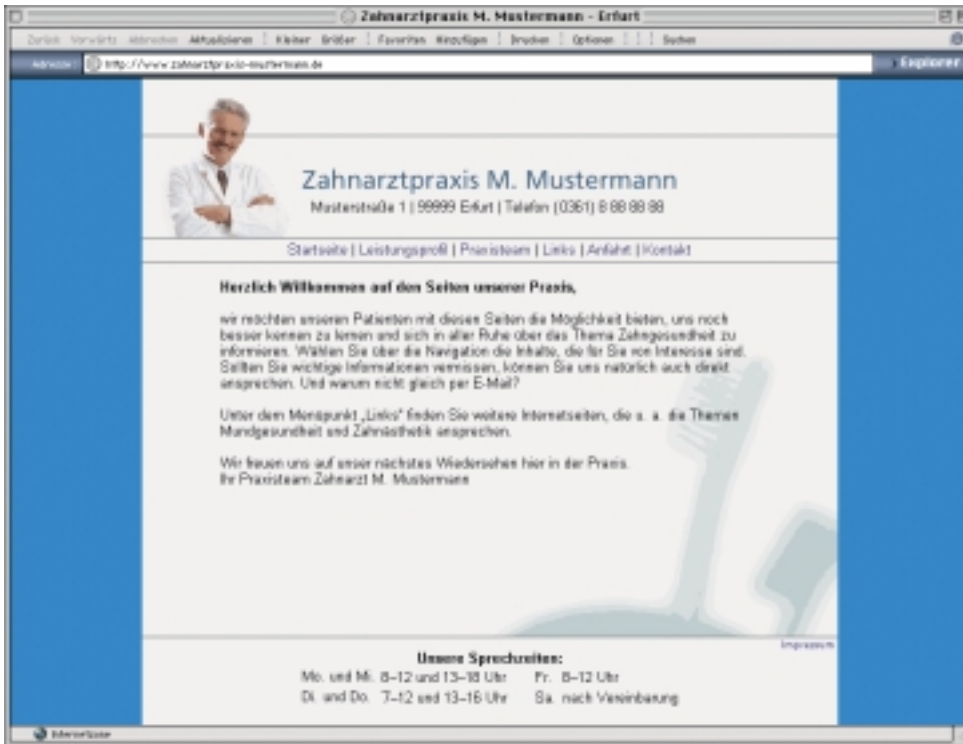
Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

*Ihr Dr. Robert Eckstein  
Helferinnenreferent der Landes-  
zahnärztekammer Thüringen*

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

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

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



Hier ein Beispielangebot:

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

Fragen Sie uns doch einfach!

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

# Thüringer Zahnärzte Blatt

## Impressum

Offizielles Mitteilungsblatt der Landes Zahnärztekammer Thüringen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen

### Herausgeber:

Landes Zahnärztekammer Thüringen und Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

### Redaktion:

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

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

Katrin Zeiß

### Anschrift der Redaktion:

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

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

### Anzeigenannahme

#### und -verwaltung:

Werbeagentur und Verlag Kleine Arche, Holbeinstr. 73, 99096 Erfurt, Tel.: 03 61/7 46 74 -80, Fax: -85, E-Mail: tzb@kleinearche.de, Internet: www.kleinearche.de

z.Z. gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 5 vom 1.1.2002

### Anzeigenleitung:

Wolfgang Klaus

Anzeigen und Prospekte stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar.

### Gesamtherstellung/Satz/Layout:

Werbeagentur und Verlag Kleine Arche

### Druck und Buchbinderei:

Druckhaus Gera GmbH

### Titelbild: Verlag Kleine Arche

Einzelheftpreis: 3,50 €  
Versandkosten: 1,00 €  
Jahresabo: 49,50 € inkl. Mwst.

### Juli/August-Ausgabe 2004:

Redaktionsschluss: 16. 7. 2004  
Anzeigenschluss: 30.7.2004

Editorial	3
<b>KZV</b>	
Zulässige Mehrkostenvereinbarungen	6
Ausschreibungen	12
KZV-Wahlvorbereitungen laufen auf Hochtouren	12
Dr. Fritz Ziegler verstorben	13
Nachruf	13
<b>LZKTh</b>	
Behandlungspflicht und Notfalldienst	13
Vakante LAGJ-Sitze bleiben bei Zahnärzten	14
Neue Ansprechpartnerin in LZK Thüringen	14
Ausbildungsplatzabgabe und Zahnärzte	15
Hinweise für Patenzahnärzte	15
<b>Veranstaltungen</b>	
Freiberufler im größeren EU-Binnenmarkt	16
Landtagsbewerber unter der Lupe	16
<b>Verbände</b>	
FVDZ Thüringen mit neuem Landeschef	17
Schmiedel Präsident der Berliner Zahnärzte	17
Thüringer Kieferorthopäden im Bundestag	18
Wirbel um GKV-Ausstieg in Niedersachsen	18
<b>Aktion</b>	20
<b>Meinung</b>	20
<b>Fortbildung</b>	
Craniomandibuläre Funktionsstörung in der täglichen Praxis	23
<b>Universität</b>	
Parodontologie im Mittelpunkt	26
Überweisungswissen Implantologie	30
<b>Wissenschaft</b>	
Plädoyer für Reform des Studiums	36
Neue Geschäftsstelle der DGZMK	36
Förderpreis der Apollonia-Stiftung	37
Forschungspreis für Testmethode	37
Biffar neuer Präsident der Prothetik-Gesellschaft	37
Dreidimensionale Vorhersage	37
Krebs: Patienten sollen selbst entscheiden	38
Infektionsjahrbuch 2003 erschienen	38
<b>Gesundheitspolitik</b>	39
<b>Kleinanzeigen</b>	44
<b>Freizeit</b>	50



# Zulässige Mehrkostenvereinbarungen

## Gesetzliche und vertragliche Vorgaben für den Vertragszahnarzt

Den folgenden Beitrag hat Herr Dr. Wolfgang Esser, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KZV Nordrhein, freundlicherweise der KZV Thüringen für das „Thüringer Zahnärzteblatt“ zur Verfügung gestellt, wofür sich die KZV Thüringen recht herzlich bedankt. Die im Text beschriebenen Regelungen der KZV Nordrhein gelten im Wesentlichen auch für den KZV-Bereich Thüringen. Der Autor setzt sich in seinem Beitrag umfassend und sehr übersichtlich mit der Anwendung der Mehrkostenregelungen auseinander und weist auf die Tücken bei der Anwendung in den Praxen hin. Der Vorstand der KZV Thüringen möchte allen Thüringer Zahnärztinnen und Zahnärzte diesen Beitrag als Lektüre empfehlen. Details zur Umsetzung der Mehrkostenregelungen in Thüringen sind den Mitgliederrundschreiben der KZV Thüringen zu entnehmen.

### Von Dr. Wolfgang Esser

Immer wieder bereitet die Frage der Mehrkostenfähigkeit von Leistungen Schwierigkeiten in der Praxis. Neben der Frage der prinzipiellen Mehrkostenfähigkeit von Leistungen spielt dabei auch die Abgrenzung zu außervertraglichen Leistungen oder – unzulässigen – Zuzahlungen eine Rolle. In der Standespresse werden zum Teil kontroverse Auffassungen vertreten, die teilweise allein vom durchaus nachvollziehbaren politischen Willen geprägt sind, tatsächlich aber nicht auf gesetzlichen oder vertraglichen Grundlagen basieren und somit nicht justizierbar sind oder schlimmstenfalls zulassungsrechtliche Konsequenzen haben können.

Wir müssen uns darüber klar sein, dass alle Leistungen, die mehrkostenfähig gestaltet werden, Leistungen innerhalb dieses GKV-Systems sind. Sie sind also einzementiert in die bestehenden Sachleistungsstrukturen im GKV-Bereich mit allen dazugehörigen vertraglichen Restriktionen und Verpflichtungen. Eine denkbare Ausweitung von Mehrkostenregelungen nähme zwar einerseits den Druck aus dem System hinsichtlich des bisherigen Ausschlusses von zahnmedizinischem Fortschritt, zwingt aber andererseits bisherige Privatleistungen unter

das Joch des SGB V mit der Folge, dass für die Grundleistungen z. B. die Degressionsregelung, die Budgetierung und auch der Honorarverteilungsmaßstab Anwendung finden. Außerdem ergibt sich folgerichtig, dass jede Ausweitung von Mehrkostenregelungen uns von unserem innerzahnärztlich konsentiertem Ziel der befundorientierten Festzuschüsse entfernen kann.

Die standespolitische Diskussion möchte ich an dieser Stelle nicht vertiefen. Ich werde aber aus genau diesen Gründen im weiteren Verlauf der Abhandlung sehr genau darauf hinweisen, wo die Grenze zwischen mehrkostenfähigen und nicht in das GKV-System einbezogenen außervertraglichen Leistungen liegt. Insofern möchte ich mich auf die vertragsrechtlichen Aspekte beschränken, obwohl die Diskussion um die Mehrkostenfähigkeit von Leistungen auch aus gutem Grund eine politische ist.

Nachfolgend soll der derzeit gültige gesetzliche und vertragliche Regelungsrahmen für Mehrkostenvereinbarungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung wiedergegeben werden. Die Darstellung beruht auf der aktuellen Gesetzes- und Vertragslage im April 2004.

### Gesetzliche Grundlagen

Zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz ist Bestandteil des Sachleistungsanspruches für gesetzlich Krankenversicherte.

Eine grundlegende Legaldefinition nimmt § 28 Abs. 2 SGB V vor. Danach umfasst die zahnärztliche Behandlung die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Zugleich werden die grundsätzlichen Leistungsausschlüsse im Hinblick auf den Sachleistungsanspruch vorgenommen. Es besteht kein Anspruch auf Austausch intakter plastischer Füllungen, auf Erwachsenenkieferorthopädie, auf Leistungen der Funktionsanalyse und Funktionstherapie sowie auf im-

plantologische Leistungen – mit Ausnahme der vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen festgelegten Ausnahmeindikationen.

Ergänzende Regelungen finden sich für die Bereiche der Füllungstherapie in § 28 Abs. 2 SGB V, der kieferorthopädischen Behandlung in § 29 SGB V, der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen in § 30 SGB V sowie in § 87a SGB V, der die Abrechnungsgrundlage für Mehrkosten bei Füllungen und Zahnersatz/Zahnkronen auf der Basis der GOZ regelt.

Abschließend ist auf die Regelung des § 135 SGB V hinzuweisen. Hierin wird klargestellt, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nur dann in der vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden dürfen und somit nur dann Bestandteil des Sachleistungsanspruches gesetzlich Krankenversicherter sind, wenn der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in den Richtlinien entsprechende Empfehlungen abgegeben hat. Auf die ergänzende gemeinsame Erklärung vom 11. März 1999 (so genannte „Frankfurter Erklärung“), die eine Abrechnungsmöglichkeit für noch nicht anerkannte NUB-Leistungen (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) vorsieht, wird später noch eingegangen.

### Gesetzlich ausgegrenzte Leistungen

Wichtig ist, dass es sich bei den Behandlungen bzw. Leistungen, welche der Gesetzgeber vom Sachleistungsanspruch des Versicherten ausgegrenzt hat, per definitionem nicht um „mehrkostenfähige Leistungen“ handelt.

Bei dem Austausch intakter plastischer Füllungen, bei gnathologischen Leistungen, bei der Versorgung mit Implantaten und/oder Suprakonstruktionen, die nicht unter den Ausnahmekatalog des §28 SGB V fallen, sowie bei der Erwachsenenkieferorthopädie handelt es sich nicht um Leistungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung. Hier ist für eine Mehrkostenvereinbarung kein Raum, da die gesamte Behandlung eine Leis-

**Patientenerklärung nach § 8 Absatz 3  
Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte**

Name/Anschrift des Patienten: \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass ich als sozialversicherter Patient das Recht habe, unter Vorlage einer gültigen Krankenversicherungskarte nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenkassen behandelt zu werden und Anspruch auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung habe. Darüber hinausgehende Leistungen gehören nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

Mein Zahnarzt / meine Zahnärztin hat mich über die ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Therapieformen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung informiert.

Ich wünsche eine Versorgung

mit Komposite-Füllungen nach der Adhäsiv- und Mehrschichttechnik

mit Goldinlayfüllungen (Goldinlays)

mit Keramikinlayfüllungen (Keramikinlays)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

gemäß beiliegendem Heil- und Kostenplan vom: \_\_\_\_\_  
als Privatpatient.

Ich weiß, dass die Kosten dieser Behandlung unter Zugrundelegung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnet werden und verpflichte mich, diese selbst zu tragen. Ich bin darüber unterrichtet, dass die Krankenkassen zu den Kosten dieser Privatbehandlung keinen Zuschuss leisten.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Versicherten/Zahlungspflichtigen \_\_\_\_\_

KZNR/120001-06/02

**Patientenerklärung nach § 4 Abs. 5b  
Bundesmantelvertrag-Zahnärzte**

Name/Anschrift des Patienten: \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass ich als sozialversicherter Patient das Recht habe, unter Vorlage einer gültigen Krankenversicherungskarte nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenkassen behandelt zu werden und Anspruch auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung habe. Darüber hinausgehende Leistungen gehören nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

Mein Zahnarzt / meine Zahnärztin hat mich über die ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Therapieformen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung informiert.

Ich wünsche eine Versorgung

mit Komposite-Füllungen nach der Adhäsiv- und Mehrschichttechnik

mit Goldinlayfüllungen (Goldinlays)

mit Keramikinlayfüllungen (Keramikinlays)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

gemäß beiliegendem Heil- und Kostenplan vom: \_\_\_\_\_  
als Privatpatient.

Ich weiß, dass die Kosten dieser Behandlung unter Zugrundelegung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnet werden und verpflichte mich, diese selbst zu tragen. Ich bin darüber unterrichtet, dass die Krankenkassen zu den Kosten dieser Privatbehandlung keinen Zuschuss leisten.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Versicherten/Zahlungspflichtigen \_\_\_\_\_

KZNR/120001-06/02

tung darstellt, die außerhalb des GKV-Systems erbracht wird. Insoweit handelt es sich nicht um sogenannte „Vertragsleistungen“. Der Vertragszahnarzt ist nicht gezwungen, mit dem Patienten entsprechende Vergütungsvereinbarungen zu treffen. Das Behandlungsverhältnis stellt sich als privater Behandlungsvertrag, nämlich als Dienstvertrag im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuches, dar. Die Leistungserbringung und der Vergütungsanspruch des Zahnarztes richten sich ausschließlich nach Maßgabe der Gebührenordnung für Zahnärzte.

Um sich nicht dem – unberechtigten – Vorwurf auszusetzen, eine Zuzahlung zu Vertragsleistungen verlangt zu haben, empfiehlt es sich, eine entsprechende Aufklärung des Patienten zu dokumentieren. Dies mag auch durch eine deklaratorische Vereinbarung des Inhalts erfolgen, dass der Patient bestätigt, darüber aufgeklärt worden zu sein, dass die von ihm gewünschten und durchzuführenden Maßnahmen nicht als vertragszahnärztliche Leistung erbracht und abgerechnet werden können und seine Krankenkasse sich an diesen Kosten nicht beteiligen darf. Eine solche Information sollte mit genügendem zeitlichen Abstand vor der Erbringung der vom Patienten gewünschten Leistung erfolgen; ich rate dazu, aus Gründen der Nachweisbarkeit hierfür die Schriftform zu wählen und die erfolgte Aufklärung sowie den Wunsch des Patienten durch dessen Unterschrift bestätigen zu lassen (siehe nebenstehende Abbildungen).

## Mehrkostenvereinbarungen kraft Gesetzes

Grundsätzlich gibt es nur zwei Möglichkeiten der Berechnung von Mehrkosten, nämlich die Füllungstherapie und die Versorgung mit Zahnkronen bzw. Zahnersatz.

Füllungstherapie: Im Bereich der konservierend-chirurgischen Versorgung kennen wir die Möglichkeit von Mehrkostenvereinbarungen erst seit 1996. Durch das 8. SGB V-Änderungsgesetz hat der Gesetzgeber die bis dahin unbefriedigende Situation abgeschafft, dass bei der Wahl aufwändiger Füllungen durch den Patienten dessen Sachleistungsanspruch grundsätzlich entfiel.

Aus der Gesetzessystematik ergibt sich trotz der missverständlichen Formulierung in § 28 Abs. 2 Satz 3 SGB V, wonach „von den Kas-

sen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung abzurechnen ist“, dass die Kosten der Füllung „fiktiv“ als Sachleistung über die KZV in Ansatz zu bringen sind. Mehrkosten der tatsächlich erbrachten Leistungen sind nach einer vor der Behandlung getroffenen schriftlichen Vereinbarung im Verhältnis Zahnarzt und Patient abzurechnen. Auf bundesmantelvertraglicher Ebene haben die Vertragspartner, nämlich die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und Spitzenverbände der Krankenkassen, diese nunmehr seit sechs Jahren geltende gesetzliche Regelung bisher noch nicht zum Anlass genommen, beispielsweise das Muster einer Mehrkostenvereinbarung vertraglich vorzugeben.

Nach Auffassung der KZV Nordrhein sind die Begleitleistungen, die alleine zur Erbringung der aufwändigeren Füllung notwendigerweise erbracht werden, ebenfalls privat mit dem Patienten abzurechnen, während alle anderen Begleitleistungen über die KVK abzurechnen sind (z. B. Kofferdam bei dentin-adhäsiver Kompositfüllung).

Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen: § 30 SGB V in der Fassung des GRG 2000 definiert nach allgemeiner Auffassung auch die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen als Bestandteil des Sachleistungsanspruches des Versicherten. Dessen ungeachtet sieht § 30 Abs. 3 SGB V wie seine zahlreichen Vorgängerregelungen die Möglichkeit vor, Mehrkostenvereinbarungen über aufwändige Versorgungsformen zu treffen, ohne dass der Patient den zugrunde liegenden Sachleistungsanspruch verliert.

Für konservierend-chirurgische Begleitleistungen und Röntgenleistungen bleibt der Sachleistungsanspruch unabhängig von der Wahl der Versorgungsform unberührt. Diese Frage war u. a. Gegenstand des Verfahrens zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem Bundesministerium für Gesundheit im Jahre 1998. Die Gesetzesnovellierung durch das 2. GKV-NOG hatte die KZBV zu der Auffassung geführt, dass bei außervertraglichen Versorgungsformen auch diese Begleitleistungen unter Zugrundelegung der GOZ privat zu liquidieren seien.

Dieser Rechtsauffassung hat das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen (LSG NRW) in seinem Beschluss vom 29. Juli 1998 (L 11 B 32/98 KA) die Auffassung entgegengesetzt, dass der Gesetzeswortlaut eindeutig sei. Konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit

Zahnersatz erbracht würden, seien Sachleistungen. Aufgrund fehlerhafter Differenzierung im Gesetz komme es allein darauf an, dass grundsätzlich eine Vertragsleistung erbracht werde, wonach dann die Begleitleistungen das Schicksal dieser „Hauptleistung“ teilen und notwendigerweise als Sachleistung zu erbringen und abzurechnen wären. Allein wenn die Hauptleistung, also die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen, den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung völlig verlasse, sei Raum für die Liquidation der Begleitleistungen nach Maßgabe der GOZ.

Trotz der Änderung der gesetzlichen Konzeption bei Versorgung mit Zahnersatz sind diese Aussagen des LSG NRW auf die Rechtslage nach § 30 Abs. 3 SGB V in der derzeit gültigen Fassung zu übertragen. Auf Bundesmantelvertragsebene haben die Vertragspartner seit 1986, soweit ersichtlich, keine Anpassung ihrer Regelungen mehr vorgenommen. Für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sind entsprechende Vereinbarungen auf Grundlage des ehemaligen § 182c Abs. 5 RVO Bestandteil der Bundesmantelverträge. In diesen verlangen die Bundesmantelvertragspartner, dass dem Heil- und Kostenplan eine schriftliche Vereinbarung zwischen Vertragszahnarzt und Versicherten beizufügen ist und unter Verwendung der bekannten Muster die zu erwartenden Mehrkosten ausgewiesen werden.

Auch wenn die bundesmantelvertraglichen Regelungen schlicht überholt sind, entspricht die Konzeption des Gesetzgebers in § 30 Abs. 1, 3 und 4 SGB V diesem Vorgehen. § 30 Abs. 4 Satz 1 verlangt, dass der Vertragszahnarzt einen kostenfreien, die gesamte Behandlung nach den Absätzen 1 (Sachleistung/Vertragsleistung) und Abs. 3 (Mehrkostenbereich) umfassenden Heil- und Kostenplan erstellt, der Krankenkasse vorlegt und von der Krankenkasse insgesamt zu prüfen und dann – hinsichtlich des in den Vertragsbereich fallenden Teils – zu genehmigen ist.

Mehrkostenfähig können nur Leistungen sein, die im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht werden. Mehrkostenfähig können damit nur Leistungen sein, die einer BEMA-Leistung vergleichbar sind und – von Ausnahmen, auf die später noch eingegangen wird, einmal abgesehen – eine anerkannte Methode darstellen.

Vertragsleistungen dürfen nicht davon abhängig gemacht werden, ob der Versicherte Zusatzleistungen oder Mehrleistungen wählt. Der Versicherte muss die freie Entscheidung haben.

Eine Mehrleistung liegt dann nicht vor, wenn bei der Erbringung der im BEMA beschriebenen Leistung besondere Instrumente oder Verfahren eingesetzt werden. Das klassische Beispiel der Verwendung einer Lupenbrille sei hier angefügt. Hier ist auch die zusätzliche private Berechnung im Rahmen einer vertragszahnärztlichen Versorgung nicht zulässig, da die Anwendung von zahnärztlichen Instrumenten verfahrensunabhängig in den jeweiligen Leistungssätzen enthalten ist. Dies ergibt sich auch aus Ziffer 3 der Allgemeinen Bestimmungen zum BEMA. Diese Auffassung stützt sich weiter auf Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes, das in diesem Zusammenhang entschieden hat, dass ein Vertragszahnarzt nicht berechtigt ist, von Versicherten Zuzahlungen zu verlangen für tatsächliche oder behauptete qualitative Unterschiede bei einer bestimmten ärztlichen Behandlungsweise, die in seiner Praxis verfügbar ist, die von ihm fachlich beherrscht wird sowie erbracht werden darf und für die im Bewertungsmaßstab eine Gebührennummer enthalten ist, und die daher zum Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung zählt. Dies gilt auch, wenn er besonders aufwändige Geräte einsetzt, denn der Bewertungsmaßstab stellt nicht darauf ab, mit welchen Geräten bestimmte Leistungen erbracht worden sind. Letzteres ergibt sich expressis verbis aus dem Urteil des Bundessozialgerichtes vom 14.03.2001, Aktenzeichen B 6 KA 77/00.

Große Brücken zum Ersatz von mehr als drei Zähnen pro Kieferhälfte oder mehr als vier Zähnen pro Kiefer hingegen können nach Auffassung des Vorstandes der KZV Nordrhein mehrkostenfähig gestaltet werden. Auch mehrere kleine Brücken werden in diesem Zusammenhang nicht zu beanstanden sein, wenn jede Brücke für sich den Richtlinien entspricht.

Vestibulär verblendete Verblendkronen gehören nach der neugefassten Ziffer 23 der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen im Oberkiefer bis Zahn 5, im Unterkiefer nur bis einschließlich Zahn 4 in den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung. Im Bereich der Zähne 1 bis 3 umfasst die vestibuläre Verblendung auch die Schneidekanten. Neu ist mithin, dass bei Verblendungen innerhalb der Verblendgrenzen nun zwischen vestibulärer und vollverblender Krone unterschieden wird. Seit dem 1. Januar 2004 gehören nur noch vestibulär (bei den Zähnen 1–3 einschließlich der Schneidekante) verblendete Kronen zum Sachleistungskatalog.



Richtlinie Ziffer 24 normiert nunmehr ausdrücklich, dass für Verblendkronen, die über die zahnbezogenen Verblendgrenzen nach Nummer 23 hinausgehen sowie für keramisch vollverblendete Kronen und Vollkeramik-kronen Nummer 6 der Richtlinien gilt und zwar sowohl innerhalb als auch außerhalb der Verblendgrenzen. Dies bedeutet, dass Mehrkostenfähigkeit gegeben ist. Der Versicherte hat in diesen Fällen also die Mehrkosten der zusätzlichen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen selbst zu tragen. Nach den neuen Richtlinien können somit Mehrkosten anfallen, wenn innerhalb der Verblendgrenzen mehr als nur vestibulär – bei den Zähnen 1 bis 3 über die Schneidekante hinaus – verblendet wird. Dies war bislang nicht der Fall. Bis zum 31. Dezember 2003 waren Verblendungen innerhalb der Verblendgrenzen stets ohne Mehrkosten im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung zu erbringen. Es wurde in diesem Bereich nicht zwischen vestibulärer und vollverblendeter Krone differenziert.

Eine weitere sich durch die neuen Richtlinien ergebende Änderung soll besonders hervor-gehoben werden: Bislang galt, dass außerhalb der Verblendgrenzen nur dann Mehrkosten berechnet werden konnten, wenn es sich um vollverblendete, nicht allein um buccal verblendete Kronen gehandelt hat. Diese Beschränkung ist entfallen. Auch die nur buccal verblendete Krone außerhalb der Verblendgrenzen ist nunmehr mehrkostenfähig.

Die bisherige Ausnahme für die Verblendung der unteren Fünfer ist seit dem 1. Januar 2004 ebenfalls entfallen. Die vom Bundesausschuss in einer Protokollnotiz vorgesehene Begrenzung, bei der Verblendung an den unteren Fünfern neben den Material- und Laborkosten kein zusätzliches Honorar ansetzen zu können, wurde aufgehoben. Jede Verblendung der unteren Fünfer ist also uneingeschränkt mehrkostenfähig.

Unverändert bleibt es bei der bisherigen Regelung, dass im Rahmen der Verblendgrenzen grundsätzlich nicht zwischen Kunststoff- oder Keramikverblendungen unterschieden wird, da beide Verblendarten zum Sachleistungskatalog gehören. Die vormalige Beschränkung auf Kunststoffverblendungen aufgrund des 2. NOG war bereits mit der Neufassung des § 30 SGB V durch das GKV-SolG mit Wirkung zum 1. Januar 1999 entfallen.

Unverändert bleibt weiterhin die Möglichkeit bestehen, sowohl innerhalb als auch außerhalb der Verblendgrenzen Mehrkosten zu ver-

einbaren, wenn es sich um Verblendungen aus dem Bereich der NUB-Leistungen handelt.

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden: An dieser Stelle soll auf die bereits erwähnte gemeinsame Erklärung vom 11. März 1999 hingewiesen werden (so genannte „Frankfurter Erklärung“). Vom Grundsatz her gilt, dass mehrkostenfähig nur die Leistungen sind, die einer BEMA-Leistung vergleichbar sind und eine anerkannte Methode darstellen. Dies setzt bei neuen Leistungen die Anerkennung des Ausschusses für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung voraus. Diese Grundsätze erweitert die Gemeinsame Erklärung nun insoweit, als übergangsweise auch Leistungen, die noch nicht vom Bundesausschuss anerkannt sind, als mehrkostenfähige Leistungen eingeordnet werden können. Mehrkostenfähig sind danach u. a. Galvano- und Folienkronen, Dicor-, Empress-, Hi-Ceram- und Cerec-Celay-Kronen.

Vergütung (§ 87 a SGB V): Der weitere Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes gegenüber dem Versicherten wurde bis Ende 2003 vom Grundsatz her auf das 2,3-Fache des Gebührensatzes der GOZ begrenzt. Bei lichthärtenden Compositefüllungen in Schicht- oder Ätztechnik im Seitenzahnbereich war höchstens das 3,5-fache des Gebührensatzes der GOZ berechnungsfähig.

Von diesen Beschränkungen konnte nach Ansicht der KZV Nordrhein und der Zahnärztekammer Nordrhein jedoch unter Berücksichtigung von § 2 GOZ abgewichen und ein höherer Steigerungsfaktor berechnet werden, wenn mit dem Patienten vor Behandlungsbeginn eine entsprechende schriftliche Vereinbarung gemäß § 2 Absatz 1 und 2 GOZ getroffen worden ist.

§ 87 a (4) SGB V: Diese bis Ende 2003 geltende Honorarbegrenzung auf das 2,3-fache bzw. 3,5-fache der GOZ müsste nach hiesiger Auffassung nunmehr entfallen, da der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen seinen Auftrag nach § 92 Abs. 1 a und der Bewertungsausschuss seinen Auftrag nach § 87 2 d (2) erfüllt hat.

Der dem Bewertungsausschuss durch § 87 Abs. 2 d erteilte Auftrag bestand insbesondere darin, die Leistungen entsprechend einer ursachengerechten, zahnschonenden und präventionsorientierten Versorgung in und zwischen den Leistungsbereichen für Zahnerhaltung, Prävention, Zahnersatz und Kie-

ferorthopädie neu zu bewerten. Nach dem Inkrafttreten des neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und der neuen Richtlinien ist die auflösende Bedingung des § 87 a Abs. 5 SGB V erfüllt worden, so dass die Bindung des Steigerungsfaktors vom Gesetzgebers aufgehoben werden müsste.

Solange dies jedoch noch nicht offiziell geschehen ist, sollte der behandelnde Zahnarzt, um in diesem Bereich Rechtssicherheit zu haben, bis zur endgültigen Klärung auch weiterhin das alte Verfahren beibehalten und zur Vereinbarung eines höheren Steigerungsfaktors vor Behandlungsbeginn eine entsprechende schriftliche Vereinbarung gemäß § 2 Absatz 1 und 2 GOZ mit dem Patienten treffen.

---

## Zuzahlungsverbot

---

Mit den bisherigen Ausführungen sind über den Bereich der Mehrkosten hinaus zwei weitere Themenkreise angesprochen worden, nämlich der Bereich der außervertraglichen Leistungen und der Bereich der Zuzahlungen. In der Praxis sollte deutlich zwischen diesen drei Bereichen unterschieden werden. Im Vertragszahnarztrecht ist an mehreren Stellen ausdrücklich das Zuzahlungsverbot verankert, insbesondere in § 8 Abs. 2 Zahnarzt-Ersatzkassen-Vertrag. Ein Verstoß gegen dieses Zuzahlungsverbot kann leicht als gröblicher Verstoß gegen vertragszahnärztliche Pflichten ausgelegt werden. Die Konsequenzen können über den Bereich von Regressen, die die Krankenkassen fordern, schnell auch in den Bereich des Disziplinarrechtes gehen und selbst zulassungsrechtliche Konsequenzen werden – zumindest im Wiederholungsfall – von den Krankenkassen regelmäßig gefordert. Deshalb in aller Deutlichkeit noch einmal: Zuzahlungen dürfen von dem Versicherten nicht gefordert werden. Im Rahmen der hier aufgezeigten Möglichkeiten können Mehrkosten in Ansatz gebracht werden. Sofern Leistungen erbracht werden, die nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehören, können diese mit dem Versicherten frei vereinbart werden.

An dieser Stelle muss deutlich auf dieses Zuzahlungsverbot hingewiesen und davor gewarnt werden, als Mehrkostenvereinbarungen getarnte Umgehungen des Zuzahlungsverbotes zu praktizieren. Die Konsequenzen könnten sehr weitreichend sein.

Sowohl der Vorstand der KZV Nordrhein als

auch der Vorstand der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung sind mit diesem Zuzahlungsverbot keinesfalls einverstanden. Es hindert den Vertragszahnarzt daran, nicht ausreichend vergütete Leistungen, insbesondere auch innovative zahnmedizinische Leistungen, in der Praxis GKV-Versicherten zugute kommen zu lassen. Bei der Überarbeitung des Zahnarzt-Ersatzkassen-Vertrages auf Bundesebene ist deshalb größter Wert darauf gelegt worden, dass dieses Zuzahlungsverbot aufgehoben oder zumindest aufgeweicht wird. Die Ersatzkassen waren hier unverständlicherweise auch nicht zu dem kleinsten Entgegenkommen bereit. Der Vorstand der KZBV hat diese Thematik deshalb in ein zurzeit anstehendes Verfahren vor dem Bundesschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung eingebracht.

## Kieferorthopädie

Auch die kieferorthopädische Behandlung ist nach der aktuellen gesetzlichen Konzeption Sachleistung. Wie bei der Versorgung mit Zahnersatz in § 30 Abs. 2 ist auch bei der kieferorthopädischen Behandlung in § 29 Abs. 2 SGB V vorgesehen, dass die Versicherten einen Anteil an den Kosten zu tragen haben. Im Unterschied zur Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen ist es ein vorläufiger Anteil, der nach erfolgreichem Abschluss der Behandlung zurückgezahlt wird.

Nach übereinstimmender Auffassung wird die rechtliche Natur des Sachleistungsanspruches bei der Kieferorthopädie durch die vorläufige Kostenbeteiligung ebenso wenig berührt wie bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen durch die 50- bzw. 40-prozentige Kostenbeteiligung.

Gesetzliche Regelungen für Mehrkostenvereinbarungen im Bereich der kieferorthopädischen Versorgung bestehen nicht. Konsequenterweise hat der Gesetzgeber in § 87 a SGB V auch nur auf aufwändige Füllungsverordnungen und die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen Bezug genommen. Ebenso fehlen vertragliche Regelungen auf Ebene der Bundesmantelvertragspartner.

Gelegentlich wird der Versuch unternommen, die Zulässigkeit von Mehrkostenvereinbarungen in der Kieferorthopädie aus der Gesetzesbegründung zum Gesundheitsreformgesetz (GRG) von 1989 herzuleiten. Dort heißt es: „Wünscht ein Versicherter eine aufwendigere

kieferorthopädische Behandlung als notwendig, hat er die Mehrkosten selbst zu tragen. Diese das Notwendige übersteigenden Kosten können nach GOZ abgerechnet werden.“ Diese Überlegung ist jedoch nie in ein Gesetz eingeflossen, so dass festzuhalten bleibt, dass es für Mehrkostenberechnungen in der Kieferorthopädie keine unmittelbare rechtliche Grundlage gibt. Diese Auffassung hat der Vorstand der KZV Nordrhein auch ausdrücklich in seiner Sitzung am 19. Februar 2003 bestätigt. Ungeachtet dieser klaren Vorgaben wird in einigen Ländern mit den Krankenkassen über Mehrkostenvereinbarungen im Bereich der Kieferorthopädie verhandelt. Ob dieser Weg zweckmäßig und sinnvoll erscheint, wäre vom Berufsverband der Kieferorthopäden zu beurteilen.

Auch im Bereich Kieferorthopädie ist streng auf die Abgrenzung zum Bereich der möglicherweise zulässigen Liquidation einer außervertraglichen Leistung zu achten. Als konkrete Beispiele dienen das glasfiberverstärkte Bracket oder auch die in Einzelfällen verwendeten bunten Brackets. Bei diesen Leistungen handelt es sich um außervertragliche Leistungen, nicht um Mehrleistungen. Gleiches gilt für die Versiegelung der Labialflächen bei festsitzender Apparatur, für die professionelle Zahnreinigung und für die funktionsanalytischen Leistungen. Auch aufwendige Geräte, die die Bequemlichkeit für die Patienten erhöhen, sind als außervertragliche Leistungen einzustufen.

Diese Leistungen haben in der Kassenplanung nichts zu suchen! Sie sind aus der Kassenplanung herauszunehmen und über eine Zusatzvereinbarung mit dem Versicherten auf der Grundlage der GOZ zu regeln. Ob die Kassen dann hierfür die Kosten übernehmen – was in Einzelfällen geschieht – ist eine Frage, die der Versicherte mit seiner Kasse selbst zu klären hat.

Der Zahnarzt ist nur dann auf der sicheren Seite, wenn er von vorn herein offen legt, dass er solche Leistungen erbringen will. Dies bedeutet, dass bei der Beantragung des Zuschusses die schriftliche Vereinbarung mit dem Versicherten vorgelegt werden muss und dass diese Leistungen nicht im Kassenplan enthalten sind. Der Vorstand der KZV Nordrhein hat beschlossen, eine solche Verfahrensweise zu akzeptieren. Doch gilt auch hier der Grundsatz: Der Versicherte muss sich für diese Leistungen frei entscheiden können. Keinesfalls darf die kieferorthopädische Versorgung von der Entscheidung des Versi-

cherten abhängig gemacht werden. Ein solches Abhängigmachen würde sicherlich einen gröblichen Verstoß gegen vertragszahnärztliche Pflichten darstellen. In der Praxis ist dies leider des Öfteren vorgekommen und der KZV-Vorstand hatte sich hiermit disziplinarisch zu befassen.

Zwischenergebnis: Gesetzliche Regelungen normieren grundsätzlich den Bereich der Vertragsleistungen bei der vertragsärztlichen Versorgung. Explizite Leistungsausschlüsse finden sich für die Füllungstherapie (Austausch inaktiver Füllungen), gnathologische und implantologische Leistungen (letztere inklusive Suprakonstruktion) und die Erwachsenenkieferorthopädie. Im Bereich der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen wird der Bereich der Vertragsleistungen ebenfalls gesetzlich eingegrenzt.

Mehrkostenvereinbarungen kennt das Gesetz explizit im Bereich der Füllungstherapie sowie der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen. Für andere Bereiche (insbesondere Kieferorthopädie, aber auch Individualprophylaxe – jenseits des Kreises der Anspruchsberechtigten nach § 26 SGB V – oder auch der Behandlung von Parodontopathien) kennt sie das Gesetz nicht.

Auf der Ebene der Bundesmantelverträge befinden sich die Vertragspartner auf dem historischen Stand von 1986 und haben dementsprechend ausdrückliche Vereinbarungen nur für den Bereich der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen normiert.

## Grenzziehung durch die Rechtsprechung

Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts im vertragszahnärztlichen wie vertragsärztlichen und leistungsrechtlichen Bereich hat sich in der Vergangenheit zum einen mit der Zuordnung einzelner Leistungen zum Sachleistungsanspruch zu befassen gehabt.

Der erste Senat des Bundessozialgerichts hat beispielsweise bei der leistungsrechtlichen Abgrenzung für Implantate und Suprakonstruktionen darauf abgestellt, dass maßgeblich ist, ob ein einheitlicher Behandlungsvorgang vorliegt, der sich hinsichtlich der Leistungsbewilligung nicht aufspalten lasse. Ist dieses zu bejahen, kommt es maßgeblich darauf an, ob dieser einheitliche Behandlungsvorgang („Hauptleistung“) der vertragszahnärztlichen

Versorgung zuzuordnen ist. Muss auch dieses bejaht werden, besteht kaum Raum für Mehrkostenvereinbarungen hinsichtlich solcher Leistungen, die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) definiert sind.

Insbesondere mit mehreren Entscheidungen vom 14. März 2001 hat der 6. Senat des Bundessozialgerichts sich im vertragsärztlichen Bereich mit der Zulässigkeit von Zuzahlungen zu Vertragsleistungen zu befassen gehabt. Die Rechtsprechung ist als sehr restriktiv zu bezeichnen. So hat das Bundessozialgericht mit einer Entscheidung (B 6 KA 36/00 R) ausgeführt: „Da die Krankenkassen die Leistungen, die den Versicherten zustehen, in Form von Dienst- und Sachleistungen der Leistungserbringer (Anmerkung: Vertragszahnärzte) zur Verfügung stellen, widersprechen Zahlungen der Versicherten an die Leistungserbringer (auch, soweit sie darauf verwiesen werden, sich diese wiederum von ihrer Krankenkasse erstatten zu lassen) – außerhalb der im SGB V geregelten Ausnahmen – dem gesetzlich vorgegebenen Naturalleistungssystem.“

In dieser Entscheidung macht das Bundessozialgericht klar, dass grundsätzlich sämtliche Leistungen, welche Bestandteil des Sachleistungsanspruchs nach Maßgabe des Sozialgesetzbuchs V oder der Bewertungsmaßstäbe sind, als vertrags(zahn)ärztliche Leistungen zu erbringen sind. In diesem Bereich gibt es kein von der Leistungspflicht abgenommenes „Randgebiet“. In diesem Zusammenhang getroffene oder auch nur vorgeschlagene Mehrkostenvereinbarungen stellen sich als unzulässige Zuzahlung zu Vertragsleistungen bzw. deren Verlangen dar und sind ein Verstoß gegen vertrags(zahn)ärztliche Pflichten.

In einer weiteren Entscheidung vom 14. März 2001 (B 6 KA 67/00 R) stellt das Bundessozialgericht nochmals klar, dass es ein Grundsatz des GKV-Systems sei, dass ein grundsätzliches Verbot von Zuzahlungen besteht und Ausnahmen nur in wenigen Fällen vorgesehen sind, „so etwa für Teilbereiche der zahnärztlichen Versorgung, beim Erhalt verordneter Arzneimittel oder Heilmitteln wie Massagen, Bäder und Krankengymnastik“. Diese restriktive Rechtsprechung gilt es zu reflektieren, wenn man sich Gedanken darüber macht, wo aufgrund der gesetzlichen Verordnungsklauseln Raum für Mehrkostenvereinbarungen ist.

Wichtig ist, sich vor Augen zu halten, dass die Rechtsprechung bis zum heutigen Tage an der

Grundaussage festhält, dass maßgeblich das Schicksal der „Hauptleistung“ ist. Wird diese als Vertragsleistung zu definieren sein, gilt es umso sensibler abzugrenzen, wo Raum für eine zusätzliche Leistung, die nicht Bestandteil des Leistungskataloges ist und dementsprechend einen zusätzlichen Honoraranspruch (Mehrkostenvereinbarung) begründet.

Ergänzend ist hierbei zu berücksichtigen, dass die gesamte Rechtsprechung zum privatärztlichen Gebührenbereich nicht herangezogen werden kann. Im Unterschied zum BEMA sieht die GOZ bekanntermaßen Analogberechnungen ausdrücklich als zulässig an. Analogien sind im Rahmen der vertrags(zahn)ärztlichen Gebührenordnungen unzulässig. Auch wenn neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, apparative Vorgänge oder Materialien aufgrund der Weiterentwicklung der Zahnheilkunde Eingang in die Versorgung finden, ist Grundlage der Abrechnung ausschließlich der BEMA in seiner jeweiligen Fassung.

Insoweit gilt es auch Vorsicht walten zu lassen, wenn neue Herstellungsverfahren Bestandteil der Zahnheilkunde werden, diese aber noch nicht von den Zahnärzten und Krankenkassen gemäß § 135 Abs. 1 SGB V in den vertragszahnärztlichen Leistungskatalog übernommen worden sind. Hat der über eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode noch keine Empfehlung abgegeben, kann diese nicht Bestandteil einer vertragszahnärztlichen Leistung sein. Wo eine solche vertragszahnärztliche Leistung („Hauptleistung“) ausscheidet, fehlt es notwendigerweise an den begrifflichen Voraussetzungen einer Mehrkostenvereinbarung.

Aus den letzten Jahren ist hierzu auf die gemeinsame Erklärung der KZBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 11. März 1999 hinzuweisen. Diese hatten sich darauf verständigt, dass für eine Übergangszeit auch Kronen und Brücken, die nach neuen Verfahren hergestellt werden und für die der Bundesausschuss (noch) keine Empfehlung abgegeben hat, dessen ungeachtet gegenüber GKV-Versicherten erbracht werden können. Die BEMA-Vergütungen sollen als Vertragsleistung über die KZVen abgerechnet werden, etwaige Mehrkosten seien nach § 30 Abs. 3 SGB V vom Versicherten zu tragen. Diese Vorgehensweise ist sicherlich problematisch, im Sinne der Gesetzes- und Vertragssystematik indessen nicht stringent.

Da nach der vorstehend dargelegten Recht-

sprechung des Bundessozialgerichts darauf hingewiesen werden muss, dass beispielsweise vom Vertragszahnarzt behauptete qualitative Unterschiede gerade nicht zu einer Mehrkostenvereinbarung berechtigen, ist es sicherlich zu einer präzisen Abgrenzung wenig hilfreich, wenn derartige unscharfe Übergangsregelungen aus – nachvollziehbaren – pragmatischen Gründen getroffen werden.

Besteht für eine bestimmte Leistung eine Leistungsbeschreibung im Rahmen des Bewertungsmaßstabes und gehört diese somit zur vertragszahnärztlichen Versorgung, berechtigen (behauptete oder auch tatsächlich bestehende) qualitative Unterschiede nach Auffassung des BSG (so ein Beschluss ebenfalls vom 14. März 2001, B 6 KA 77/00 B) gerade nicht dazu, hier eine „Zuzahlung“ zu verlangen; damit wären auch Mehrkostenvereinbarungen aufgrund der gesetzlichen Öffnungsklauseln im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung ausgeschlossen.

---

## Zusammenfassung

---

Mehrkostenvereinbarungen sind begrifflich nur dann möglich, wenn eine Behandlung innerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung (Hauptleistung = GKV-Leistung) erfolgt. Gesetzliche Öffnungsklauseln für Mehrkostenvereinbarungen finden sich in § 28 SGB V für die Füllungstherapie und in § 30 Abs. 3 SGB V für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen. Soweit bei der kieferorthopädischen Behandlung der Versicherte eine aufwändigere Versorgung als notwendig wählt, wird vereinzelt – auch von Krankenkassen – unter Bezug auf die Gesetzeshistorie die Auffassung vertreten, dass auch hier die Vereinbarung einer Mehrkostenvereinbarung zulässig sei. Es wird jedoch nochmals darauf hingewiesen, dass § 29 SGB V eine solche Mehrkostenregelung, wie in § 28 Abs. 2 Satz 2 SGB V bei Zahnfüllungen oder in § 30 Absatz 3 Satz 2 SGB V für Zahnersatz bestimmt, nicht enthält. Erfolgt die Behandlung im Rahmen des GKV-Kataloges als „Sachleistung“, kann außerhalb der gesetzlich und vertraglich definierten Leistungsgrenzen (Verblendgrenzen gemäß § 30 Abs. 1 SGB V) eine Mehrkostenvereinbarung getroffen werden.

Vereinbarungen mit dem Patienten sind auch außerhalb der in den Bundesmantelverträgen vorgesehenen (alten) Muster 1 bis 3 möglich. Der Gesetzgeber verlangt die Schriftform

heute – vermutlich aufgrund eines Versehens – explizit nur noch für die Mehrkostenvereinbarung bei Zahnfüllungen (§ 28 Abs. 2 Satz 4 SGB V). Dieses Schriftformerfordernis ist in § 30 Abs. 3 SGB V bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen nicht aufgenommen worden. Hier wird man jedoch wieder auf die Vertragslage rekurrieren müssen, wonach eine schriftliche Vereinbarung vor Behandlungsbeginn erforderlich ist (vgl. § 4 Abs. 5 lit. b BMV-Z bzw. § 8 Abs. 3 EKV-Z).

Leistungen, die vom Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen noch nicht in den Leistungskatalog aufgenommen worden sind, sind bei puristischer Betrachtungsweise einer Mehrkostenvereinbarung nicht zugänglich. Analoge Bewertungen und Abrechnungen sind im vertragszahnärztlichen Gebührenrecht vertragswidrig.

Alein qualitative Unterschiede einer Leistung, für die es grundsätzlich eine BEMA-Position gibt, berechtigen streng genommen nicht

zum Abschluss von Mehrkostenvereinbarungen. In diesem Fall ist die ausdrückliche Empfehlung zu geben, Vereinbarungen nach § 4 (5) b BMV-Z bzw. § 8 (3) Ersatzkassenvertrag zu treffen und dem Versicherten zur Vorlage bei der Krankenkasse zu überreichen, damit dieser nicht erstens Gefahr läuft, seines Sachleistungsanspruches verlustig zu werden und zweitens der Vertragszahnarzt sich nicht dem Vorwurf aussetzt, unzulässigerweise Zuzahlungen verlangt zu haben.

## Ausschreibungen

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

### Oberweißbach

ausgeschrieben.

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

### Jena

ausgeschrieben.

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

### Nordhausen

ausgeschrieben.

Bewerbungen und Anträge an den Zulassungsausschuss müssen zur ordnungsgemäßen Bearbeitung spätestens drei Wochen vor dem Sitzungstermin vollständig in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen, Theo-Neubauer-Straße 14, 99085 Erfurt, vorliegen. Die nächste Sitzung ist auf den **1. September 2004** terminiert.

*Helmholtz, Geschäftsstelle  
Zulassungsausschuss*

# KZV-Wahlvorbereitungen laufen auf Hochtouren

## Im August werden die Wahlunterlagen verschickt

**Erfurt (nz).** Es herrscht Wahlzeit für die Thüringer Zahnärzte: Die auch für den Berufsstand bedeutsamen Landtagswahlen sind gelaufen, in Kürze dürfen sie erneut ihre Stimme abgeben, dann aber in eigener Sache – für die neue KZV-Vertreterversammlung. Die Wahlvorbereitungen sind längst in vollem Gange. Bis zum 24. Mai lag die Liste der wahlberechtigten Zahnärzte in der KZV-Geschäftsstelle in Erfurt zur Einsichtnahme

aus. Inzwischen sind bereits die Wahlvorschläge eingegangen, die der Wahlausschuss derzeit prüft.

Wer für die auf 30 Sitze verkleinerte Vertreterversammlung kandidiert, erfahren die Wahlberechtigten ab 16. August. Dann werden die Wahlunterlagen nebst Wahlvorschlägen verschickt. Vom 23. August bis zum 8. September ist dann Briefwahlzeit.



*Prüfender Blick ins Wählerverzeichnis*

*Foto: Müller*

## Wir trauern um

Herrn Zahnarzt  
**OMR Dr. med. dent. Fritz Ziegler**  
 aus Gera

\* 2. Februar 1932  
 † 12. Mai 2004

**Landes Zahnärztekammer Thüringen**  
**Kassen Zahnärztliche Vereinigung Thüringen**

## Nachruf

Mit Bestürzung haben wir vom Ableben unseres hochgeschätzten und sehr geachteten Kollegen **OMR Dr. Fritz Ziegler** erfahren.

Mit ihm verlieren wir einen fachlich kompetenten, stark engagierten, stets geradlinigen und aufrichtigen Kollegen, der viele Generationen Geraer Zahnärzte in ihrem beruflichen Werdegang prägte.

Wir werden ihn immer in ehrenvoller Erinnerung behalten und sprechen der Familie unser tief empfundenes Mitgefühl aus.

*KZV-Kreisstelle Gera*

# Dr. Fritz Ziegler verstorben

## Zahnärzte verlieren engagierten Kollegen

Am 12. Mai verstarb im Alter von 72 Jahren OMR Dr. med. dent. Fritz Ziegler aus Gera. Mit ihm verliert die KZV Thüringen einen Mitstreiter, der sich als aktiver Standespolitiker jahrelang für die Interessen der Thüringer Zahnärzte eingesetzt hat.

Geboren am 2. Februar 1932 in Warnemünde, hat OMR Dr. Fritz Ziegler seine zahnmedizinische Ausbildung an der Universität in Rostock erhalten. Nach seinem Studium und der Promotion wirkte er viele Jahre in Gera. Er war Leiter der Stomatologischen Abteilung an der Poliklinik Süd in Gera. Außerdem leitete er die Fachzahnarzt-Prüfungskommission des damaligen Bezirkes Gera. Nach der Wende prägte er die neuen zahnärztlichen Strukturen in Thüringen wesentlich mit.

Unvergessen bleibt sein Wirken in den Anfangsjahren der zahnärztlichen Selbstverwaltung in Thüringen, deren Geschicke er als Mitglied der Vertreterversammlung von Dezember 1994 bis Ende 1995 mit bestimm-

te. Von Juni 1991 bis Februar 1995 gehörte er dem Vorstand der KZV an. Darüber hinaus war OMR Dr. Ziegler in verschiedenen Ausschüssen tätig, unter anderem als Mitglied des Landes Ausschusses. Bis zu seinem Tod war er im Zulassungsausschuss aktiv.

Vertreterversammlung und Vorstand der KZV Thüringen trauern um einen ihrer Wegbereiter und werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

*Dr. Karl-Friedrich Rommel,  
 Vorstandsvorsitzender der  
 KZV Thüringen*

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

# Behandlungspflicht und Notfalldienst

## Approbation verpflichtet zur zahnmedizinischen Hilfeleistung

Jeder Zahnarzt, der eine gültige Approbation besitzt, ist zur zahnmedizinischen Hilfeleistung verpflichtet. Im Falle des Versagens dieser Hilfeleistung hat der Gesetzgeber das Recht, die Approbation abzuerkennen bzw. ruhen zu lassen. Auch im Falle des Ruhens einer Approbation darf der Betroffene den zahnärztlichen Beruf weder in einer eigenen Praxis, einer Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft oder einer poliklinikähnlichen Einrichtung ausüben.

Die Behandlungspflicht besteht auch gegenüber Patienten, die erklären, dass sie HIV-positiv sind. Offenbaren sich Patienten, so ist dies ein Vertrauensbeweis für den Zahnarzt und auch ein Beweis der Ehrlichkeit gegenüber dem potenziellen zahnärztlichen Behandler. Denn dieser kann sich dann auch entsprechend gegen eine mögliche Infektionsgefahr während einer zahnärztlichen Behandlung schützen. Unter Einhaltung aller Kautelen der Infektionsvorsorge und der Richtlinien der DGZMK in diesen Fällen ist ein solches Risiko ausgeschlossen. Wir Zahnärzte sollten froh sein, dass Patienten sich offenbaren und ihrer Auf-

klärungspflicht wirklich nachkommen.

Wenn Patienten nicht von sich aus auf ihre HIV-Infektion hinweisen, wird ein Infektionsrisiko zu einer Lawine. Es ist in einem solchen Fall kaum wahrscheinlich, den Infektionsweg eines Mitglieds des Behandler Teams in der Folge ursächlich zu verfolgen. Leichter ist es hingegen, eine weitere Übertragung auf nachfolgende Patienten der Praxis nachzuvollziehen.

Die Ablehnung einer Behandlung eines HIV-Patienten (oder von Patienten mit ähnlichen Erkrankungen) ist inhuman, unethisch, unkollegial und unärztlich. Die ersten drei Situationen muss man mit dem Gewissen ausmachen, im vierten Fall hat der Staatsanwalt das Wort.

Rechtlich und moralisch ähnlich sieht es mit der Notfalldienstvertretung aus. Diese ist in der grünen Vertragsmappe geregelt. Trotzdem gibt es immer wieder unnötige unterschiedliche Auffassungen in der Frage der Auslegung. Nach § 2 der Notfallvertretungsdienstordnung ist jeder Zahnarzt verpflichtet, auch außerhalb

der Sprechstunde Hilfe zu gewähren. Dies gilt auch für die Fälle, in denen der Zahnarzt keine reguläre Sprechstunde führt.

Weiterhin erläutert die Notfallvertretungsdienstordnung, dass der Zahnarzt hinsichtlich der Notfall- und Schmerzversorgung grundsätzlich selbst verantwortlich ist. Der am Wochenende zum Notfallvertretungsdienst eingeteilte Kollege sollte von Freitag, 18 Uhr, bis Montag, 8 Uhr, telefonisch erreichbar sein. Ebenfalls im § 2 ist der Notfallvertretungsdienst an sprechstundfreien Nachmittagen geregelt.

Es ist eine Selbstverständlichkeit, dass der Patient den Notfalldienst-Behandlungsverlauf als Dokument erhält. Dies gehört zur Dokumentationspflicht.

*DS Klaus-Dieter Panzner,  
 Vorstand KZVTh*

*Dr. med. dent. Gottfried Wolf,  
 Vizepräsident LZKTh*

# Vakante LAGJ-Sitze bleiben bei Zahnärzten

## Vorstand der Landeszahnärztekammer Thüringen tagte

**Erfurt** (gw). Die Thüringer Zahnärzte sind auch weiterhin fachlich und personell in der gewohnten Stärke in der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege vertreten. Darüber informierte der Präsident der Landeszahnärztekammer, Dr. Lothar Bergholz, den Kammervorstand auf dessen jüngster Sitzung. Hintergrund ist der angekündigte Austritt der KZV aus der LAGJ zum Jahresende. Sowohl in der Vertreterversammlung als auch im Vorstand der LAGJ werden die Zahnärzte in der bisherigen Anzahl vertreten sein. Die Landeszahnärztekammer wird die Sitze übernehmen, die durch den Austritt der KZV vakant sind. Verbunden ist dies aber auch mit finanziellen Konsequenzen: Die Kammer muss aus ihrem Etat ab 2005 den Beitrag im Verwaltungshaushalt der LAGJ decken, den die KZV bisher beisteuerte.

Der folgende Punkt im Präsidentenbericht war die Verhandlung zum Führen eines Tätigkeitsschwerpunktes, der von der LZKTh nicht zugelassen ist.

Die April-Vorstandssitzung der Bundeszahnärztekammer in Berlin war ein weiterer Schwerpunkt. Diskutiert wurden unter anderem die Reaktionen der Länderzahnärzte-

kammern auf das „Schwarzbuch Gesundheitsreform“ des Bundesgesundheitsministeriums sowie die Aktivitäten der Zeitschrift „Öko-Test“. Weitere Diskussionspunkte waren der Stand der Verhandlungen zu den Festzuschüssen aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen und der KZBV, außerdem die Ursachen für die Verzögerungen bei der Neufassung der Approbationsordnung für Zahnärzte.

Der Kammervorstand wurde weiterhin informiert über ein Gespräch des Präsidenten Dr. Bergholz, des Vizepräsidenten Dr. Gottfried Wolf und des Fortbildungsreferenten Dr. Guido Wucherpfennig mit den Vorsitzenden der KZV Dr. Karl-Friedrich Rommel und Klaus-Dieter Panzner sowie dem KZV-Vorstandsmitglied Dr. Volker Oehler, das sich auf die Umsetzung der Pflichtfortbildung nach § 95 d SGB V in Thüringen bezog. Außerdem ging es in der Runde um die Vorstellungen der KZV-Vorsitzenden zur anstehenden Wahl der Vertreterversammlung. Es folgte weiterhin ein ausführlicher Bericht zum 12. Medienstammtisch Thüringen des DJV-Landesverbandes (tzb 5/2004) und eine Terminankündigung: Die kombinierte Koordinierungskonferenz der Referen-

ten für Alters-/Behindertenzahnheilkunde und der Referenten für Präventive Zahnheilkunde wird am 17. September in Jena veranstaltet.

Die Kammer-Hauptgeschäftsführerin Sabine Wechsung gab anschließend Informationen zum Stand der Sanierungsarbeiten, mit denen Baumängel im Haus der LZKTh beseitigt werden sowie zum Beginn der Bauarbeiten des Pflegezentrums Ende des Jahres im Nachbarbereich. Es folgten Darlegungen zu den Weiterentwicklungen der EDV-Programme der Röntgenstelle und der Kursprogramme, dem derzeitigen Vorbereitungsstand des Thüringer Zahnärztetages und der Dentalausstellung. Weitere Themen waren die Kostensatzung und Honorarordnung der LZKTh, die Neugestaltung der Vertragsmappe, online-Buchung der Buchhaltung, die Aktionstage im Haus für die auszubildenden Zahnarzthelferinnen im Haus der LZKTh. Besprochen wurde auch die Tagung der Kammerversammlung am 23. Juni, in der es unter anderem um die Richtlinie zur strukturierten Fortbildung geht. Ebenso mussten wieder Anträge von Kolleginnen und Kollegen auf Emäßigung der Kammerbeiträge bearbeitet werden.

## Neue Ansprechpartnerin in LZK Thüringen

Seit 1. April ist Antje Kresse (Foto) neue Ansprechpartnerin zu Anfragen in den Gebieten Recht und zahnärztliche Berufsausübung der Landeszahnärztekammer Thüringen. Die 27-jährige Diplom-Verwaltungsökonomin übernimmt die Vertretung für Elke Magerod, die sich bis zum Frühjahr 2006 im Erziehungsurlaub befindet. Antje Kresse absolvierte ihr Studium an der Fachhochschule Harz in Halberstadt und vertiefte ihre theoretischen Kenntnisse in zahlreichen Praktika im In- und Ausland.

**Foto: LZKTh**



# Ausbildungsplatzabgabe und Zahnärzte

## Konsequenzen der neuen Regelung für Praxen und Körperschaften

Von Sabine Wechsung

Der Bundestag hat mit dem so genannten Berufsausbildungssicherungsgesetz den Weg zur Erhebung der umstrittenen Ausbildungsplatzabgabe freigemacht. Hauptgrund für diesen Schritt ist die seit dem Jahr 2000 regelmäßig sinkende Anzahl von Ausbildungsplätzen: Die Zahl betrieblicher Ausbildungsplätze in Ausbildungsberufen nach dem Berufsbildungsgesetz und der Handwerksordnung hat sich jeweils zum Stichtag 30. September bundesweit von 564 379 im Jahr 2000 auf 515 347 im Jahr 2002 reduziert. Dies entspricht einer Verringerung um rund 8,7 Prozent in nur drei Jahren. Der Anteil der betrieblichen Ausbildungsplätze an der Gesamtzahl der abgeschlossenen Ausbildungsverträge in diesem Bereich sank im selben Zeitraum von 90,8 Prozent auf 90,1 Prozent, dementsprechend stieg die Zahl der staatlich finanzierten Plätze von 9,2 Prozent im Jahr 2000 auf 9,9 Prozent im Jahr 2002.

Im Jahr 2003 verstärkte sich dieser Negativtrend auf dem Ausbildungsmarkt. Von den zum 30. September abgeschlossenen 560 086 Ausbildungsverträgen entfielen 60 369 auf öffentlich finanzierte Programme. Nur noch 499 717 Ausbildungsplätze wurden seitens der Wirtschaft bis zu diesem Zeitpunkt besetzt. Mittlerweile bilden von den fast 2,1 Millionen Betrieben nur noch rund 23 Prozent aus.

### Für Betriebe mit zehn Beschäftigten

Die meisten Thüringer Zahnarztpraxen dürften von der Regelung indes überhaupt nicht betroffen sein. Denn laut Gesetz wird die Ausbildungsplatzabgabe nur von Unternehmen mit mehr als zehn Mitarbeitern erhoben, wenn sie nicht oder nicht ausreichend ausbilden, um den Fachkräftenachwuchs zu sichern. Dabei ist eine Ausbildungsquote von 7 Prozent der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten vorgeschrieben. Zu den Unternehmen, die von dem Gesetz erfasst werden, gehören auch zahnärztliche Körperschaften.

Die Höhe der von einem Arbeitgeber zu entrichtenden Berufsausbildungssicherungs-

abgabe ist damit abhängig von der Anzahl der bei ihm im Bezugsjahr durchschnittlich sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, der erforderlichen Anzahl zusätzlicher Ausbildungsplätze und einem Gesamtausgleichsfaktor. Sie bemisst sich nach der Anzahl der bei dem jeweiligen Arbeitgeber im Bezugsjahr durchschnittlich sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, die mit einem Pro-Kopf-Abgabebetrag multipliziert wird. Dieser Pro-Kopf-Abgabebetrag setzt sich zusammen aus: dem Anteil zur Finanzierung der Förderung der Bereitstellung zusätzlicher Ausbildungsplätze voraussichtlich in Höhe von 0,225 Cent für jeden erforderlichen zusätzlichen Ausbildungsplatz und dem Anteil zur Finanzierung der Förderung durch Leistungsausgleich in Höhe von 0,0648543 Cent für jeden im Gesamtausgleichsfaktor enthaltenen Platz.

Für jeden bei einem Arbeitgeber im Bezugsjahr durchschnittlich beschäftigten Auszubildenden wird der Pro-Kopf-Abgabebetrag für 14 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Abzug gebracht. Die genaue Höhe des Pro-Kopf-Abgabebetrages ist dem Bundesgesetzblatt zu entnehmen.

### Zahnärzte bilden überdurchschnittlich aus

Die Erhebung der Umlage erfolgt nur dann, wenn ein reales Defizit an Ausbildungsplätzen vorhanden ist. Dieses wird ermittelt aus der Differenz zwischen der um einen Zuschlag von 15 Prozent erhöhten Anzahl der am Stichtag 30. September 2004 bundesweit gemeldeten noch nicht vermittelten Bewerber und der Anzahl der am Stichtag bundesweit gemeldeten unbesetzten Stellen. Die Umlageverwendung erfolgt zugunsten von Unternehmen, die über ihren Bedarf ausbilden und damit vorrangig zugunsten von Klein- und Kleinstunternehmen, zu denen auch Zahnarztpraxen zählen.

Die Thüringer Zahnärzte weisen zurzeit eine Ausbildungsquote von 28 Prozent, also weit über den 21 Prozent der Gesamtwirtschaft, aus. Die Landes Zahnärztekammer bildet permanent seit 1997 mit Erfolg Bürokauffrauen aus. Mit dem Vorhandensein einer stän-

dig besetzten Ausbildungsstelle würde die LZKTh auch nach den zu erwartenden Auflagen ihrer gesetzlichen Ausbildungspflicht nachkommen und die geforderte Ausbildungsquote erfüllen. Offen sind momentan jedoch noch die tatsächlichen Verfahren für die Berechnung der Pro-Kopf-Pauschale. Sollten sich daraus – jeweils bezogen auf ein Jahr – höhere Auflagen ergeben, so würde die Kammer auch in diesem Fall ihrer höheren Ausbildungspflicht nachkommen.

### Hinweise für Patenzahnärzte

**Erfurt (Iagith).** Zum Ende des Schuljahres 2003/2004 erinnert die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege in Thüringen die Patenschaftszahnärzte an wichtige Termine.

Die Patenschaftsverträge für das Schuljahr 2004/2005 sind am Ende des Schuljahres 2003/2004 bzw. spätestens in der ersten Ferienwoche abzugeben. Dabei müssen auch die Nachweise und A1-Bögen abgegeben werden. Zu spät eingereichte Verträge können aus haushaltstechnischen Gründen nicht berücksichtigt werden.

Der Abschluss eines Patenschaftsvertrages kann nur erfolgen bei Erfüllung gemäß dem Aktionsraster sowie korrekten und vollständigen Angaben im Nachweis. Zur Erfüllung sind vier theoretische, vier praktische Putzaktionen und vier Ernährungsberatungen notwendig. Begleitende Maßnahmen sollten durchgeführt werden, die Aktionen aber sind nicht limitiert.

Der Arbeitskreisvorsitzende entscheidet, ob Nachweise dem Aktionsraster entsprechend erfüllt wurden.

Für das Schuljahr 2003/2004 gelten Patenschaftsverträge als erfüllt, wenn 75 Prozent der in der Einrichtung gemeldeten 3- bis 6-jährigen Kinder bei jeder Aktion erreicht wurden. Auch bei Kindern unter 3 Jahre sollen die entsprechenden Maßnahmen erfolgen.

# Freiberufler im größeren EU-Binnenmarkt

## Tag der Freien Berufe 2004 diskutierte Chancen und Risiken

**Berlin** (khm). Vor mehreren hundert Teilnehmern fand kürzlich in der Berliner Urania der „Tag der Freien Berufe 2004“ statt. Unter dem Motto „Freiberuflichkeit im neuen Europa“ diskutierten Ärzte, Apotheker, Anwälte, Steuerberater, Ingenieure und andere Freiberufler ihre Zukunftsaussichten in der erweiterten Union.

„Es ist gut, wenn Grenzen fallen zwischen Ländern und Gesellschaften, aber deshalb darf bewährte Qualität nicht fallen“, erklärte der Präsident des Bundesverbandes der Freien Berufe (BfB), Dr. Ulrich Oesingmann. Er kritisierte damit Initiativen der EU-Kommission, die den Wegfall bewährter deutscher Berufsregeln zum Ziel haben.

„Berufsregeln und Gebührenordnungen der Freiberufler sind die Grundlage ihrer besonderen Leistungsbereitschaft: von flächendeckender Versorgung sowie Nacht- und Feiertagsbereitschaften, von Pflichtverteidigung und beständiger Fortbildung. Davon profitieren die Bürger“, so Dr. Oesingmann.

Als Gastredner entwickelten der Parlamentarische Staatssekretär im Bundesjustizministerium, Alfred Hartenbach, der stellvertretende Vorsitzende der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Wolfgang Schäuble, sowie EU-Binnenmarkt-Experte Dr. Alexander Schaub ihre Vorstellungen von Freiberuflichkeit im neuen Europa. Schäuble betonte dabei, er könne sich nicht vorstellen, dass speziell

Heilberufler Sorgen haben müssten, dass Patienten in großem Ausmaß in osteuropäische Staaten zur Behandlung gehen. „Wenn ich Vertrauen zu meinem behandelnden Zahnarzt habe, weiß ich mich bei ihm gut aufgehoben, zumal Nachbesserungen oder Akutsituationen immer bei meinem Doktor um die Ecke unkompliziert behoben werden“, so der Redner.



*Tag der freien Berufe in Berlin: BfB-Präsident Dr. Ulrich Oesingmann (am Rednerpult) warnte vor Benachteiligung der deutschen Freiberufler durch die EU. Foto: Müller*

# Landtagsbewerber unter der Lupe

## LfB-Diskussionsrunde mit Parteien in Erfurt

**Erfurt** (khm). Auf Einladung des Landesverbandes Freie Berufe (LfB) Thüringen waren am 12. Mai Vertreter Thüringer Parteien in Erfurt zusammengekommen, um in einem Gespräch im Vorfeld der Landtagswahl über die Chancen von freien Berufen in Thüringen zu sprechen. Dr. Andreas Braunsdorf, der neue LfB-Präsident, gab der Politik eine Reihe von

Forderungen der Freiberufler mit. Unter anderem betrifft dies die Novellierung der Honorarordnungen, insbesondere auch hinsichtlich des Nachwuchsproblems bei den heilkundlichen Berufen in Thüringen, die Chancengleichheit beim Zugang zu den Universitäten, die Abschaffung staatlicher Reglementierung der universitären Bildung und die Würdigung

und den gesetzlichen Schutz eigenverantwortlicher Absicherung von Lebensrisiken bei den Freien Berufen über deren Versorgungswerke.

Unisono betonten alle Parteienvertreter, dass Reformen unbedingt notwendig seien. Der FDP-Vertreter Peter Casper sprach vom Abbau der Bürokratie. Frank Krätschmar, Vorsitzender des SPD-Wirtschaftsforums, will Subventionen überprüfen, der PDS-Landtagsabgeordnete Werner Buse sah eine „Reformbejahung nur erreichbar in einer Diskussion mit der Bevölkerung“ und glaubt nicht an die Verringerung der Arbeitslosigkeit durch einen Wirtschaftsaufschwung. Matthias Schlegel, Wirtschaftsexperte der Grünen, sprach sich für Reformen aus, weil sonst Freiberufler in ihrer Entwicklung und Existenzgründung gefährdet seien.

Auf die Frage aus dem Auditorium, wie konkret denn Reformen aussehen sollten, kamen aus Sicht der Freiberufler jedoch keine zufrieden stellenden Antworten.



*Teilnehmer an der Diskussionsrunde der Thüringer Freiberufler: Matthias Schlegel (Grüne), Thomas Kretschmer (CDU), Frank Krätschmar (SPD), LfB-Präsident Dr. Andreas Braunsdorf, Peter Casper (FDP), Werner Buse (PDS – v.l.n.r.). Foto: Müller*



# FVDZ Thüringen mit neuem Landeschef

## Johannes Wolf (Eisenberg) zum Vorsitzenden gewählt

Von Dr. Karl-Heinz Müller

Auf der jüngsten Landesversammlung des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte in Erfurt stand unter anderem die Neuwahl des FVDZ-Landesvorstandes an. Der bisherige Vorsitzende, Dr. Gustav Hofmann aus Erfurt, war aus gesundheitlichen Gründen zurück getreten, so dass sein Stellvertreter Johannes Wolf (Eisenberg) die amtierenden Geschäfte übernommen hatte. Wolf wurde auch mit übergroßer Mehrheit gegenüber dem Herausforderer und Mitglied des FVDZ-Bundesvorstandes, Peter Luthardt (Stadtlim), zum neuen Vorsitzenden gewählt.

Der neue Vorsitzende konnte mit seiner Rede vor den anwesenden Mitgliedern punkten. Er betonte immer wieder, dass er von der Drei-Säulen-Theorie der zahnärztlichen Organisationen (KZV, Kammer, FVDZ) nicht abweichen wolle. Das dies vor allem im Bundesvorstand nicht nur positiv gesehen wird, ließ er in einer chronologischen Abfolge der Ereignisse Revue passieren.

Der neue Stellvertreter Wolfs wurde Dr. Hubert Engel (Eisenach). Zum neuen Landesvorstand gehören weiterhin Kerstin Blaschke (Schmalalden), Klaus-Dieter Panzner (Weimar), Dr. Guido Wucherpfennig (Erfurt), Dr. Peter Bracke (Gräfenthal) und Dr. Frank Wuchold (Erfurt).

In der Diskussion und den Anträgen verur-



**Der neue Landesvorstand des FVDZ: Vorsitzender Johannes Wolf, Stellvertreter Dr. Hubert Engel, Klaus-Dieter Panzner, Dr. Frank Wuchold, Kerstin Blaschke, Dr. Peter Bracke, Dr. Guido Wucherpfennig (v.l.n.r.). – Landesversammlung des FVDZ (Bild oben)**

Fotos: Müller

teilte die FVDZ-Landesversammlung die Einschränkungen für die Zahnärzte durch das GKV-Modernisierungsgesetz. Die Verschlechterung der beruflichen und wirtschaftlichen Situation in den deutschen Zahnarztpraxen erfordert nach Auffassung der Verbandsmitglieder eine offensive standespolitische

Arbeit des Freien Verbandes in den Körperschaften. Angenommen wurde ein Antrag von Dr. Karl-Friedrich Rommel, dass der Bundesvorstand des FVDZ keine Maßnahmen gegen die von Kieferorthopäden in Baden-Württemberg vereinbarte Mehrkostenregelung unternehmen sollte.

# Schmiedel Präsident der Berliner Zahnärzte

## Kammerversammlung wählte nach Bolstorff-Rücktritt Nachfolger

**Berlin** (tzb). Die Berliner Zahnärzte haben einen neuen Präsidenten. Auf der Delegiertenversammlung der Berliner Zahnärztekammer wurde der 55-jährige Dr. Wolfgang Schmiedel mit großer Mehrheit an die Spitze gewählt. Die Neuwahl war nötig geworden, da der bisherige Präsident, Dr. Christian Bolstorff, Ende Februar des Jahres von seinen Ämtern zurückgetreten war (das tzb berichtete).

Dr. Schmiedel hatte bei seiner Kandidatur die Unterstützung des gesamten Vorstandes der Zahnärztekammer Berlin, mit dem er nach erfolgreicher Wahl „ohne Veränderungen in der

personellen Zusammensetzung weiter arbeiten“ wolle, wie er bekundete. Zu den Zielen, denen sich der neue Präsident der über 4800 Berliner Zahnärzte in der ersten Phase seiner vierjährigen Amtszeit vorrangig widmen will, gehört unter anderen die Verbesserung der zuletzt angespannten Zusammenarbeit mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlins (KZV), zudem sollen der Dienstleistungscharakter und das Serviceangebot der Zahnärztekammer noch weiter verbessert und auch deutlich ausgebaut werden. Zu den Dingen, die er entschieden unterstützen und vorantreiben werde, gehöre auch die Verteidigung

der Freiberuflichkeit der Zahnärzte, erklärte der neue Präsident.

Dr. Wolfgang Schmiedel wurde 1949 in Berlin geboren, besuchte hier auch das Gymnasium, approbierte 1975 im Fach Zahnheilkunde und wurde nach seiner Weiterbildung 1978 Fachzahnarzt für Kieferorthopädie. Seit 1997 war er Vorsitzender der Vertreterversammlung der KZV – eine Aufgabe, die er nun nach Wahl zum Präsidenten der Zahnärztekammer satzungsgemäß an andere Kollegen abgegeben hat. Dr. Schmiedel ist verheiratet und hat fünf Kinder.

# Thüringer Kieferorthopäden im Bundestag

## Gespräch mit Unionspolitiker Andreas Storm zur Situation der Praxen

**Berlin** (hov). Kürzlich hatten Vertreter der Thüringer Kieferorthopäden Gelegenheit zu einem informellen Gespräch mit dem Bundestagsabgeordneten Andreas Storm (CDU). Dazu waren Hans-Otto Vonderlind, KfO-Referent der KZV Thüringen, KfO-Obergutachter Dr. Hilmar Reinhardt und Dr. Frank Fietze vom Landesvorstand des Berufsverbandes Deutscher Kieferorthopäden nach Berlin gereist. Storm ist Vorsitzender der Arbeitsgruppe „Gesundheit und soziale Sicherung“ der Unionsfraktion.

Im Mittelpunkt der Unterredung standen die Probleme, die das GKV-Modernisierungsgesetz für die Zahnmedizin im Allgemeinen und für die Kieferorthopädie im Besonderen bringt. Auf die Frage, warum die Angleichung der Vergütung von Ost und West bis zum Jahr 2006 nur für Ärzte und nicht für Zahnärzte gelten soll, antwortete der CDU-Politiker ausweichend. Aus seiner Sicht scheint diese Frage für einen Teil der zahnärztlichen Kollegen – selbst aus den neuen Bundesländern – keine Rolle zu spielen. Demnach sieht die Politik hier offenkundig keinen unmittelbaren Handlungsbedarf. Er wurde daraufhin informiert, dass sich der Thüringer KfO-Referent und andere Thüringer Zahnärzte wegen der offensichtlichen Ungleichbehandlung bereits an den Petitions-

ausschuss des Deutschen Bundestages gewandt haben.

Eindringlich wurden die Konsequenzen der BE-MA-Novelle, der Degressionsregelungen und Budgetierung für die wirtschaftliche Situation der Praxen sowie für die Versorgung der Patienten dargestellt. Die Thüringer Kieferorthopäden erläuterten, wie beispielsweise die rigiden Einschränkungen diagnostischer Leistungen zu großen Unsicherheiten in der Therapie führen. Storm führte seinerseits – nicht zu Unrecht – aus, dass ein Großteil der im Gesetz stehenden Regelungen auf den Zuarbeiten der Zahnärzte bzw. der zahnärztlichen Selbstverwaltungen und Verbände beruhe. Also liegt im Umkehrschluss aus seiner Sicht ein erheblicher

Teil der Schuld bei den Zahnärzten selbst, deren Vertreter nicht immer glücklich agiert hätten.

Ein weiteres Gesprächsthema war die Gesundheitspolitik im Jahr 2006 im Falle eines Regierungswechsels, eventuell (aus Sicht vieler Zahnärzte im ungünstigen Fall) mit einem Gesundheitsminister namens Horst Seehofer. Storm erläuterte die Position der CDU, die auf ein Prämiensystem zur Beherrschung der desaströsen finanziellen Situation des Gesundheitswesens setzt. Der Begriff „Kopfprämie“ wurde aufgegeben. Gespannt solle die Entwicklung des ausgegliederten Zahnersatzes verfolgt werden, welche durchaus Pilotfunktion für die gesamte Zahnmedizin haben könnte.



*Dr. Hilmar Reinhardt, Hans-Otto Vonderlind (v. l.) und Dr. Frank Fietze (r.) trugen dem CDU-Bundestagsabgeordneten Andreas Storm (2. v. r.) die Sorgen der Kieferorthopäden vor.*

*Foto: Vonderlind*

# Wirbel um GKV-Ausstieg in Niedersachsen

## KZBV äußert Verständnis für umstrittene Aktion von Kieferorthopäden

**Berlin** (tzb/kzbv). Im Streit um die demonstrative Rückgabe der Kassenzulassung durch Kieferorthopäden in Niedersachsen hat die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) zu einer Versachlichung der Diskussion aufgerufen. Der Kollektivvorwurf führender Gesundheitspolitiker, dass sich Kieferorthopäden rechtswidrig verhielten und Kinder als Patienten für ihre beruflichen Interessen in Geiselnahme nähmen, gehe entschieden zu weit, erklärte der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz. Niemand könne gezwungen werden, im Sachleistungssystem zu arbeiten. In Niedersachsen hatten in den letzten Wochen 40 Kieferorthopäden aus Protest gegen die Honorareinschnitte durch den neuen BEMA die Zulassung zurück gegeben und erklärt, sie würden gesetzlich krankver-

sicherte Patienten zwar behandeln – aber nur noch auf Privatrechnung. Die Aktion hat bundesweit für Wirbel gesorgt. Sie ist auch unter Zahnärzten umstritten.

Fedderwitz äußerte „ein gewisses Verständnis“ für die niedersächsischen Kieferorthopäden. Die Berufsgruppe habe in den letzten Jahren massive Strukturveränderungen hinnehmen müssen, so dass der Schritt zur Rückgabe der Kassenzulassung aus Sicht der KZBV legitim sei. Die Reaktion habe keine negativen Auswirkungen für die Patienten in laufenden Behandlungen, weil auch jeder Kieferorthopäde ohne Kassenzulassung analog zum bisherigen Kassensatz abrechne. Nach Lesart des KZBV-Chefs entstehen den Patienten dadurch angeblich „praktisch keine Mehr-

kosten“. Die Kassen dürften per Gesetz ohnehin lediglich die Behandlungen und Kosten übernehmen, die ausreichend und zweckmäßig seien, meinte Fedderwitz. Damit seien aber oft nicht die Wünsche der Patienten abzudecken.

Der Vorschlag, Kieferorthopäden aus den osteuropäischen EU-Staaten bei vermeintlichen Versorgungslücken einzusetzen, sei unsinnig. Vor allem aber sei er gesellschaftspolitisch sehr bedenklich: „Es kann nicht angehen, dass Regierungspolitiker einer Berufsgruppe, die ihre legitimen Interessen vertritt, einfach damit drohen, sie durch ausländische Arbeitskräfte zu ersetzen.“ Das CDU-geführte niedersächsische Gesundheitsministerium hatte gedroht, Kieferspezialisten aus Osteuropa anzuwerben.

## Unsere Berater sind fast überall



Bei der Beantwortung der Frage nach dem Wo und Wann wir Sie in Ihrer Praxis besuchen, haben wir uns nie Grenzen gesetzt. So war es von Anfang an unser Ziel, jede Zahnarztpraxis mit unseren Komet-Fachberatern in Deutschland zu erreichen und gleichzeitig sicher zu stellen, dass die bestellten Produkte innerhalb von drei Werktagen bei Ihnen eintreffen. Unsere Komet-Fachberater sind in den Praxen die anerkannten Partner der Zahnärztin und des Zahnarztes. Hierfür stehen die

intensiven Produktschulungen und die konstanten Fortbildungen in allen Fragen des optimierten Einsatzes unserer Instrumente.

Mit ihrer Kompetenz sind seit jeher die Komet-Fachberater der Grundstein unseres Erfolges und wir arbeiten ständig daran, diesen Vorteil weiter auszubauen. Unbeirrt suchen wir nach Lösungen und Wegen, an die Sie heute vielleicht noch nicht denken. Sprechen Sie mit uns – gleich wo Sie sind.

Informationen zu Ihrem Berater finden Sie im Internet unter der „Rubrik Partner“ oder rufen Sie uns an.

# Leuchtende Zähne als Anregung zum Putzen

## Infobus der Initiative Kiefergesundheit in Rudolstädter Grundschule

**Rudolstadt** (khm). Kürzlich machte der Informationsbus „Krockymobil“ der Initiative Kiefergesundheit in der Grundschule „Anton Sommer“ in Rudolstadt Station. Das „Krockymobil“ kam auf Einladung der Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege des Gesundheitsamtes Saalfeld-Rudolstadt.

Die Zahnärztin Christiane Bischoff vom Gesundheitsamt, die Kieferorthopädin Annette Gohla und der Zahnarzt Dr. Peter Pangert erklärten Schülerinnen, Schülern und Lehrern die Bedeutung gerader und gesunder Zähne. Nach einer theoretischen Demonstration verursachter Zahnfehlstellungen erfolgte die praktische Unterweisung in der richtigen Putztechnik. Angefärbte Plaque mit fluoreszierender Lebensmittelfarbe, die dann anschließend

mit ultravioletttem Licht in der „Discobox“ sichtbar gemacht wurde, erwies sich als Renner

bei den Kindern und trug zu besonders intensivem Putzen bei.



*Bus mit Biss – das „Krockymobil“ auf Station in Rudolstadt.*

*Foto: Müller*

## Der Thüringer Weg ist ein erfreulicher

Es ist doch erfreulich, wenn man beim Aufschlagen der standespolitischen Pressepublikationen feststellen kann, dass unter den deutschen Zahnärzten wieder einmal Einigkeit herrscht. Dieses Empfinden war mir in letzter Zeit rar geworden.

Wie komme ich zu solch einer Feststellung? In einer Presseinformation warnt der Freie Verband Deutscher Zahnärzte davor: „Zusatzversicherungspakete mit Zusatzkomponenten übereilt abzuschließen, bevor endgültige Markttransparenz besteht“, so der Bundesvorsitzende Dr. Beckmann. Im Leitartikel der „zm“ von Dr. Fedderwitz heißt das so: „Herr Kaiser kommt! Vielleicht kennen Sie ihn ja schon, den Versicherungsvertreter, der Ihnen in Ihrer Praxis das Konzept seiner Zusatzversicherungen für die zahnärztliche Behandlung Ihrer Patienten ausführlich darlegen will.“ Die Bundeszahnärztekammer muss gerade gegen das so genannte „Schwarzbuch“ und Artikel der Zeitschrift „Ökotest“ ankämpfen.

Vielleicht ist doch noch ein wenig von den drei Säulen des Berufsstandes übrig geblieben? Jedenfalls forderte dies der neue Landesvorsitzende des Thüringer Landesverbandes des FVDZ, Johannes Wolf, in seinem Edi-

torial mit der Überschrift „Unser Weg in Thüringen“. Und ich finde, er hat Recht.

Wie schwierig die wirtschaftliche Situation in diesem Lande ist, können wir täglich lesen, in unserer Praxis selbst erfahren, bei Gesprächen hören und im Fernsehen sehen. Der Quartalsbericht IV/2003 der KZBV sagt aus, dass im Osten der Einnahmeüberschuss je Praxisinhaber in 2001 im Median von 79 980 € gegenüber 2002 um 0,9% rückläufig ist.

Deshalb kann unser standespolitisches Bestreben nur darin bestehen, wie in Weimar die Mehrheit der Vertreter in der letzten Vertreterversammlung der KZV Thüringen zum Ausdruck gebracht haben, aktiv und mit unserem zahnärztlichen Sachverstand zu versuchen, Möglichkeiten der Berufsausübung (Mehrkostenvereinbarung bei ZE; private Vereinbarung bei der Füllungstherapie, in der Endodontie) weiterhin aufrecht zu erhalten.

Was die Verweigerungshaltung der bayrischen KZV den Kollegen eingebracht hat, kann man in allen Pressemitteilungen lesen. Für den Protest der dortigen Zahnärzte gegen das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) haben Journalisten Verständnis, nicht aber dafür, dass eigene wirtschaftliche Interessen auf

dem Rücken der Patienten ausgetragen werden. Vielleicht sollten unsere westlichen (vor allem bayrischen) Kolleginnen und Kollegen doch gelegentlich in Richtung Osten schauen, nicht nur, ob „die Bohrer heißlaufen“, sondern wie mit der Politik umgegangen wird.

Der Thüringer Minister für Familie, Soziales und Gesundheit, Dr. Klaus Zeh, hat in einem Interview der „Ostthüringer Zeitung“ bestätigt, dass die Aussagen des „Schwarzbuches“ so pauschal nicht zutreffen. Er dankte allen Thüringer Ärzten und Zahnärzten für ihre Arbeit bei der Umsetzung des leidigen GMG.

Es drängt sich mir der Satz „Vom Osten lernen, heißt siegen lernen“ unweigerlich auf.

*Dr. Karl-Heinz Müller,  
Rudolstadt*

### *Craniomandibuläre Funktions- störung in der täglichen Praxis*

*Von Dr. Gregor Slavicek*

Dieser Artikel befasst sich mit der Frage, auf welche Weise der allgemein tätige Zahnarzt Patienten mit craniomandibulären Funktionsstörungen in seiner Praxis am besten handhabt und behandelt. Dabei soll auch auf die Problematik eingegangen werden, wie mit dem Risiko umgegangen werden soll, diese Patientengruppe zu behandeln, da die Erfolgsaussichten umso geringer sind, je mehr psychische Überlagerungen bzw. psychische Ursachen zu finden sind. Weiter dient der Artikel dazu, das Augenmerk des Praktikers auf jene Patientengruppe zu richten, die noch keine subjektiven Beschwerden im Sinne einer craniomandibulären Funktionsstörung aufweist, daher auch meist nicht einsichtig gegenüber zusätzlich notwendigen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen, jedoch objektiv bereits deutliche Zeichen der funktionellen Problematik zeigt und leider häufig während oder nach der zahnärztlich prothetischen Behandlung das Vollbild einer Funktionsstörung entwickelt.

Die Funktionsstörung des craniomandibulären Systems wird heute allgemein als multikausal und mit einer breiten Palette von Ausdrucksmöglichkeiten (Symptomen) angesehen. Daraus resultiert auch die vielschichtige und manchmal verwirrende Vielfalt an erstens diagnostischen und zweitens therapeutischen Maßnahmen, die in der Literatur angegeben werden. Es ist nicht Aufgabe dieses Artikels, die unterschiedlichen Methoden zu bewerten und zu kommentieren, ebenso wenig geht es darum, eine bestimmte Methodik für die Praxis vorzustellen. Vielmehr soll dieser Artikel dazu dienen, dem Praktiker in der täglichen Arbeit zu unterstützen im Erkennen möglicher funktioneller Problempatienten, bevor umfangreiche zahnärztliche Maßnahmen gesetzt wurden.

Craniomandibuläre Funktionsstörungen sind vielschichtig in den Ursachen und den Krankheitszeichen. Für den Praktiker in seiner täglichen Arbeit ist es im Umgang mit dieser Patientengruppe am wichtigsten zu erkennen, welche Probleme zu erwarten sind. Der diagnostische und therapeutische Aufwand muss den Erfordernissen entsprechend angepasst werden. Nur – welcher Aufwand ist gerechtfertigt?

Zunächst ist daher die Frage zu stellen, welche Patientenkategorien in diesem Zusammenhang zu erwarten sind. Hier sollten drei Gruppen unterschieden und besprochen werden: Neben der Gruppe mit eindeutigen funktionellen Problemen, die dem Patienten bekannt sind und aufgrund der langen Leidensgeschichte und der psychischen Komponente jeder chronischen Erkrankung oftmals in den Mittelpunkt seines/ihrer Interessen rücken, finden sich sehr häufig Patienten mit latenten Problemen, die durch Kompensationsmechanismen verborgen werden und dem Patienten gar nicht bewusst sind. Darüber hinaus ist als dritte Gruppe jene zu nennen, die ohne funktionelle Probleme in die Praxis kommt und diese auch wiederum nach den entsprechenden Behandlungen ohne Funktionsstörung verlassen sollte.

---

#### **Patientengruppe 1: Der funktionsgestörte Patient**

---

Hier ist klar zu unterscheiden zwischen der akuten und der chronischen Funktionsstörung. Während der Patient mit akuten funktionellen Problemen meist gut zu diagnostizieren

---

#### **Korrespondenzanschrift:**

---

Dr. Gregor Slavicek  
Dubai, P.O. Box 57385  
slavicek@emirates.net.ae

Patientengruppe	Anmerkung
1 Patienten mit funktionellen Störungen des craniomandibulären Systems	Das Augenmerk richtet sich auf gezielte Diagnostik, um die meist vielschichtige und nicht immer rein zahnärztliche Problematik abzuklären und anschließend mit einer effizienten und sicheren Therapie, oftmals im interdisziplinären Team, den Patienten zu helfen.
2 Patienten mit latenten funktionellen Problemen, die durch Kompensationsmechanismen kaschiert werden	Das Risiko ist abzuschätzen, ob während der Behandlung eine Verschlechterung der Gesamtsituation zu erwarten ist. Es ist abzuwägen, welche Maßnahmen noch vertretbar sind. Weiter sollte der behandelnde Zahnarzt in der Lage sein, eventuelle Komplikationen (hier auch im Sinne einer craniomandibulären Funktionsstörung) zu beherrschen.
3 Patienten ohne funktionelle Probleme	Es sind erstens Maßnahmen zu treffen, diesen Zustand zu erhalten und zweites ist alles daran zu setzen, durch zahnärztliche Handlungen keine Provokation funktioneller Problematiken auszulösen. Da es sich hierbei häufig um Kinder und Jugendliche handelt, so sind in diesem Zusammenhang besonders die prophylaktisch orientierte Zahnheilkunde und die Kieferorthopädie gefordert.

und rasch auf die therapeutischen Maßnahmen anspricht, so ist die Problematik des chronisch funktionsgestörten Patienten weitreichender. Hauptprobleme sind einerseits die Vielfalt des Symptomenkomplexes, andererseits die multiplen Ursachen, die zu finden sind. Nicht zu vergessen die psychische Beteiligung (die aber bei jedem chronischen Beschwerdebild eine Rolle spielt und nicht craniomandibulär spezifisch angesehen werden darf!). Entscheidend sind daher in der zahnärztlichen Praxis einerseits das Erkennen und andererseits die Entscheidung, was zu tun ist.

Der Patient mit akuten funktionellen Problemen muss eindeutig diagnostiziert werden. Die Diagnostik muss indiziert sein. Ein häufiges Problem in diesem Zusammenhang ist eine akute, schmerzhafte Gelenkblockade. Nach klinischer Funktionsanalyse ist oberstes Ziel den Schmerz zu beseitigen, da jede weitere Diagnostik durch die Grundproblematik meist verhindert wird. Physikalische Methoden, Medikamente, Relaxationsschiene sind unter anderem geeignete Mittel. Nach dem Abklingen der akuten Symptome ist jedoch eine sorgfältige umfassende klinische und instrumentelle Funktionsanalyse durchzuführen, die Ursache(n) herauszuarbeiten und eine funktionsorientierte Therapie einzuleiten. Falls dies nicht geschieht, so ist mit Rezidiven zu rech-

nen und diese Rezidive führen schlussendlich zur Chronifizierung.

Ganz anders ist die Situation des chronisch funktionsgestörten Patienten. Zuallererst muss über diagnostische Unterlagen die Problematik möglichst klar dargestellt werden. Es führt kein Weg an einer exakten klinischen und instrumentellen Analyse vorbei. In keinem Fall sollte ohne Diagnosestellung eine Therapie eingeleitet werden, auch wenn der Patient mit erheblichem Leidensdruck im Behandlungsstuhl sitzt und darum bittet. Der chronische Schmerz ist – im Gegensatz zum akuten – kein Grund zur akuten (Panik-)Aktion. Das bedeutet nicht, dass der Patient auf die Warteliste gesetzt wird oder einen Termin in weiter Ferne bekommen sollte. Diese Patienten erfordern Zeit, diese Zeit muss man sich nehmen. Falls der betroffene Patient dies nicht einsieht, so ist es besser, jemand anderes übernimmt die Therapie. Diese Patienten neigen dazu, das Kommando übernehmen zu wollen. Das kann nur zufällig gutgehen. Oft wird vom Patienten ein langer Leidensweg präsentiert und aufgrund der Vorgeschichte bereits eine vorgefertigte Meinung angeboten, wie das Problem zu lösen ist.

Grundvoraussetzung für den therapeutischen Erfolg sind folgende Faktoren: genügend Zeit

einzuplanen für die Untersuchungen (es empfiehlt sich ein starres Schema einzuhalten), alle Unterlagen genau zu analysieren und einen gezielten Behandlungsplan aufzustellen. Dieser Behandlungsplan beinhaltet neben dem Therapieschema auch ein klares zeitliches Vorgehen und eine Checkliste für die notwendigen Zwischenanalysen. Dem Patienten ist dieser Behandlungsplan zu erklären. Der Patient hat diesem Behandlungsplan zuzustimmen. Der Behandler hat den Behandlungsplan einzuhalten, es sei den, während einer Zwischenanalyse ist eine Änderung indiziert. Dieses Vorgehen garantiert nicht den Erfolg (dies wäre zu schön und zu einfach), es hat jedoch zweierlei Vorteile: Erstens hat man als Behandler einen Fahrplan, an den man sich halten kann (und sollte), zweitens merkt man bald, worauf man sich einlässt. Es ist legitim zu diesem Zeitpunkt die Behandlung abzulehnen.

## Patientengruppe 2: Patienten mit latenten funktionellen Problemen

Dies ist die wahrscheinlich risikoreichste Gruppe – sowohl aus Sicht des betroffenen Patienten als auch des Behandlers. Diese Patienten haben zunächst wenig oder gar keine Einsicht in die Problematik. Ihr Hauptanliegen ist ein zahnärztliches; zusätzlicher diagnostischer und therapeutischer Aufwand wird, da mit zeitlichem und finanziellem Aufwand verbunden, meist abgelehnt. Aber auch für den behandelnden Zahnarzt ist es oft schwierig zu entscheiden, welche Maßnahmen sinnvoll sind – oder anders formuliert, wann umfangreichere zahnärztliche Maßnahmen aufgrund einer latenten funktionellen Problematik kontraindiziert sind ohne vorherige Abklärung und eine entsprechende funktionelle Initialtherapie.

Selbstverständlich wirft das die Frage auf, was sind umfangreiche zahnärztliche Maßnahmen? Eine Standardsituation in der zahnärztlichen Prothetik ist die Versorgung eines Lückengebisses, das Ersetzen eines Zahnes im Seitenzahnbereich mit Hilfe einer drei- oder vierstelligen Brücke gehört zu den Routinearbeiten. Man soll sich jedoch vor Augen halten, dass beim Präparieren der gesamte Stützzone einer Seite die Hälfte der Okklusion zunächst weggenommen wird, um später verändert wieder eingegliedert zu werden. Eine Brücken-

versorgung in diesem Ausmaß kann daher bereits eine umfangreiche Maßnahme darstellen, die mit Sicherheit Einfluss auf das gesamte System hat.

**Adaptation:** Zustand der funktionellen Anpassung an geändertes äußeres Environment (ein ständiger biologischer Vorgang, nach jeder Veränderung im Kieferbereich notwendig und zu erwarten)

**Kompensation:** Zustand, bei dem die Mangelleistung eines Teiles des Systems durch Mehrleistung eines anderen Teiles ausgeglichen wird, wobei die Symptome meist dem Betroffenen noch nicht bewusst sind (Beispiel: okklusale Störungen mit Zwangsbiss, gezielte Unterkieferbewegungen durch ein Mehr an Muskelkoordination)

**Dekompensation:** Das Überschreiten der Kompensationsfähigkeit, die Symptome sind subjektiv für den Betroffenen bemerkbar

Wie lässt sich nun eine latente Funktionsstörung erkennen und das Risiko eines Behandlungsmisserfolges abschätzen? Es ist wichtig, den Aufwand der Gesamtsituation anzupassen. Zunächst sollte anamnestisch und klinisch die Situation abgeklärt werden. Im Gespräch empfiehlt sich vor allem den Patienten zu folgenden Punkten ausführlich zu befragen: Bestehen Schmerzen im Kopf-, Nacken- oder Halsbereich? Sind Zähne besonders empfindlich und das trotz wiederholter Maßnahmen wie Desensitizer und Fluoridbehandlungen rezidivierend? Leidet der Patient an morgendlicher Muskelverkrampfung im Gesichtsbereich? Knirscht oder presst der Patient? Zu diesem Zeitpunkt kann es hilfreich sein, eines der üblichen Formblätter der klinischen Funktionsanalyse in der Praxis zu haben, der Aufwand ist gering, die Dokumentation, die dadurch geschaffen wird, hervorragend.

Viele dieser Fragen wird der Patient zunächst verneinen, da der Zusammenhang zwischen seinem Hauptanliegen – zahnärztliche Behandlung – und diesen Fragen ihm nicht klar ist beziehungsweise die Symptome noch gar nicht wahrgenommen oder als normal empfunden wurden. Es empfiehlt sich, während eines der folgenden Termine nochmals kurz diese Fragen aufzuwerfen. Oftmals ist es jedoch der Patient selbst, der nun über diese Probleme zu berichten beginnt.

Neben dem Gespräch/der Anamnese ist eine klinische extra- und intraorale Inspektion und

Untersuchung angezeigt. Dies kann durchaus im Rahmen der üblichen zahnärztlichen Untersuchung erfolgen und stellt somit keinen wesentlichen Mehraufwand dar. Auf folgende Zeichen ist besonders zu achten:

- Abrasionen der Zähne
- Frakturen und Absplitterungen and Zähnen und Füllungen
- Zahnlockerungen ohne wesentliche Zeichen einer entzündlichen Parodontalerkrankung
- Zahnhalsdefekte, die nicht nur auf ein falsches Putzmuster zurückzuführen sind
- Impressionen an Wangen, Zunge und Lippen
- Gingivarezessionen
- Lückengebiss mit gekippten und elongierten Zähnen

Darüber hinaus sollte nun mit wenigen Handgriffen eine kurze manuelle Untersuchung stattfinden. Es empfiehlt sich, einige Muskelpunkte zu palpieren, die als deutliche Indikatoren für muskuläre Überlastungen zu werten sind. Im Seitenvergleich rechts und links kann auch der Patient den Unterschied fühlen und angeben. Der Temporalismuskel an der Schläfe, der Masseter am Jochbogen beziehungsweise am Unterkieferwinkel und der Kopfwender im Bereich des Processus mastoideus sind einfach extraoral zu tasten. Retromandibuläre Druckpunkte sind hingegen etwas zu unspezifisch.

Intraoral ist sehr einfach der Mundboden zugänglich, die bimanuelle Palpationstechnik zeigt rasch auf, ob eine Muskelverhärtung, ein Schmerz während der Palpation oder ein Größenunterschied zwischen linker und rechter Seite besteht. Der Musculus pterygoideus medialis am inneren Unterkieferwinkel und der Temporalis am Processus muscularis sind zwei weitere Punkte, die rasch Auskunft geben. Das Kiefergelenk sollte von lateral im leicht geöffneten Zustand und von dorsal im weit geöffneten Zustand abgetastet werden. Knackphänomene können einfach während der Bewegung des Unterkiefers getastet werden.

Das Ausmaß einer bestehenden Dysgnathie ist kein verlässlicher Parameter als Indikator für eine Funktionsstörung. Es ist keinesfalls die Regel: Dysgnathie = Dysfunktion, Eugnathie = Eufunktion. Distalbiss, Progenie, offener Biss, Kreuzbiss, Zwangsbiss, verschachtelte Okklusion aufgrund gekippter Zähne und Kombinationen können sehr wohl ohne jegliche funktionelle Problematik bestehen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass eine prothetisch-

zahnärztliche Maßnahme einfach einzuschätzen ist. Vielmehr gilt es, diesen stabilen dysgnathen Zustand nicht zu destabilisieren, was sicherlich in vielen Fällen nicht einfach ist. Des Weiteren ist zu überlegen, ob der funktionelle Zustand des beschwerdefreien dysgnathen Patienten auch auf Dauer stabil bleiben wird oder in Sinne eines prophylaktischen Denkens Maßnahmen zu ergreifen wären. Alter und Ausgangszustand des Patienten sind dabei sicherlich zu berücksichtigen, eine umfangreiche Diagnostik vor jeder zahnärztlichen Maßnahme ist indiziert.

---

### Patientengruppe 3: Patienten ohne funktionelle Probleme

---

Diese Patientengruppe ist einerseits die angenehmste Gruppe, da man sich auf die zahnärztliche Problematik konzentrieren kann, ohne zusätzliche Faktoren berücksichtigen zu müssen. Andererseits ist es oft schwierig, ein Gleichgewicht durch die gesetzten Maßnahmen nicht zu stören und zu destabilisieren. In diesem Zusammenhang sollte man als Zahnarzt durchaus in Details und kleinen Einheiten denken. Eine einzelne Füllung ist es im Allgemeinen nicht, die eine Funktionsstörung auslöst. Die Gestaltung der Molarenfüllung ohne entsprechendes Relief, die Versiegelung der Fissuren mit geringfügiger Veränderungen der Bisshöhe/-lage, die Extraktion von Milchzähnen ohne Platzhalter – in Summe können alle Faktoren zusammen die Basis der Funktionsstörung darstellen.

Viele Kinder und Jugendliche sind noch ohne funktionelle Probleme, es sei jedoch betont, dass funktionelle Störungen und Probleme sehr wohl auch in dieser Altersgruppe zu finden und keinesfalls zu vernachlässigen sind. Unter diesem Aspekt ist auch der Kieferorthopäde gefordert. Die Aufgabe ist sicherlich nicht einfach. Es gilt, in einem sich rasch ändernden System Maßnahmen zu setzen, um die Basis für den eufunktionellen Zustand später zu schaffen. Und das zu einem Zeitpunkt, wo das Kauorgan die Funktion „Stress“ durchaus wahrzunehmen hat. Knirschen und Pressen sind erlaubte Funktionen, auch bei Kind und Jugendlichen. Auch in diesem Alter ist man mit psychischen Problematiken konfrontiert, die verarbeitet werden müssen: die eigenen Grenzen kennenlernen, Ärger mit Ge-

schwistern und Freunden, nicht einsichtige Eltern, Liebe und darauf folgende Enttäuschungen, Stress in Schul- und am Arbeitsplatz, in der Lehre. Aus dieser Sicht kann abgeleitet werden, dass das Wachstum und die Entwicklung engmaschig kontrolliert, zum geeigneten Zeitpunkt die gezielten Maßnahmen getroffen werden müssen und auch zeitweilig unterstützend eingegriffen werden sollte. Engmaschige Kontrolle aus funktioneller Sicht beginnt im Milchgebiss: Situationen wie Kreuzbiss im Seitenzahnbereich, verkehrter Überbiss im Frontzahnbereich oder Deckbiss sollten bereits therapiert werden, da eine funktionelle Adaptation stattfinden und das Wachstum verändert wird. Einfache abnehmbare Geräte sind hier einzusetzen, die Kinder arbeiten meist hervorragend mit, was die Zeitspanne dieser Behandlungsphase kurz hält. Im Wechselgebiss ist auf die entsprechende Kieferentwicklung zu achten, auf unerwünschte Zahnwanderungen/-kippen aufgrund frühzeitigem Milchzahnverlustes mit Platzhalter und/oder Retainer bis zum Durchbruch des bleibenden Zahnes zu reagieren. In diesem Entwicklungsabschnitt kann sehr viel getan werden, um später Platzmangel und damit fragwürdige Premolarextraktionsentscheidungen zu vermeiden. Hier gilt es, die kausale Kette von Anfang an zu durchbrechen: Milchzahnkaries aufgrund mangelnder Prophylaxe, Zahnwanderungen aufgrund Milchzahnextraktionen, Platzmangel mit retinierten Zähnen, Kieferorthopädie mit/ohne Premolarextraktion. Zeitweilig unterstützend eingreifen bedeutet, wie beim Erwachsenen, dass die stressverarbeitende Funktion des Kauorgans akzeptiert wird, die Zähne und der Zahnhalteapparat durch einen Aufbissbehelf geschützt werden. Dies kann bereits im Milchgebiss notwendig sein, wenn die Abrasionen zu rasch fortschreiten. Diese Schienen sind jedoch nach kurzer Zeit zu adaptieren, um das Wachstum des Kiefers nicht zu hemmen.

ungen zu vermeiden. Hier gilt es, die kausale Kette von Anfang an zu durchbrechen: Milchzahnkaries aufgrund mangelnder Prophylaxe, Zahnwanderungen aufgrund Milchzahnextraktionen, Platzmangel mit retinierten Zähnen, Kieferorthopädie mit/ohne Premolarextraktion. Zeitweilig unterstützend eingreifen bedeutet, wie beim Erwachsenen, dass die stressverarbeitende Funktion des Kauorgans akzeptiert wird, die Zähne und der Zahnhalteapparat durch einen Aufbissbehelf geschützt werden. Dies kann bereits im Milchgebiss notwendig sein, wenn die Abrasionen zu rasch fortschreiten. Diese Schienen sind jedoch nach kurzer Zeit zu adaptieren, um das Wachstum des Kiefers nicht zu hemmen.

### Zusammenfassung:

In der Praxis ist man auf dreierlei Arten mit craniomandibulären Funktionsstörungen konfrontiert. Das Risiko besteht, eine der häufigen latenten Funktionsstörungen zu übersehen, die während oder nach der zahnärztlichen Behandlung zum Problempatienten werden.

Ein einfache Anamnese im Verlauf des ärztlichen Gesprächs und eine gezielte klinische Untersuchung können helfen, diese Patienten zu erkennen und das Risiko durch geeignete diagnostische Maßnahmen (klinische und instrumentelle Funktionsanalyse) und daraus abgeleitete therapeutische Konsequenzen auszuschalten beziehungsweise zu minimieren. Der funktionsgestörte Patient, der unter einer chronischen Erkrankung mit mehr oder weniger psychischer Beteiligung leidet, erfordert den Einsatz des auf diesem Gebiet besonders Geschulten unter Einbeziehung eines gesamten Teams. Bei Patienten ohne Funktionsstörungen ist darauf zu achten, dass die stabile Situation erhalten bleibt, wobei auf die jeweilige Wachstumsphase sowie auf die individuelle persönliche Situation einzugehen ist. Der funktionsgestörte Patient, gleich welcher Art, ist ein Patient, der in der zahnärztlichen Praxis behandelt werden sollte und nicht per se bereits die Spezialambulanz oder die klinische Abteilung benötigt. Der Zahnarzt, der sich zutraut, diese Patient zu betreuen, muss jedoch die nötige Ausbildung haben. Es sollte kein „Versuch“ unternommen werden. Psychisch alterierte Patienten (Koryphäenkiller) sind das Resultat.

# Parodontologie im Mittelpunkt

## Fördervereinstagung an Universität Jena

Von Dr. Gottfried Wolf

111 Jahre nach dem Beginn der Ausbildung von Zahnärzten an der Universität Jena veranstaltete der Verein zur Förderung und Forschung in der Zahnmedizin am Klinikum der FSU Jena e. V. am 15. Mai seine traditionelle Frühjahrstagung. Unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Gisela Klinger beschäftigten sich die Teilnehmer mit neuen Erkenntnissen aus Forschung und Praxis in der Parodontologie.

Die wissenschaftliche Vortragsreihe begann Prof. Dr. Thomas Hoffmann von der TU Dresden mit der Fragestellung „Wie viel Parodontologie braucht die zahnärztliche Praxis?“ Die Epidemiologie parodontaler Erkrankungen erfordert für die Praxis die deskriptive Betrachtung der Parodontopathien sowie den Zahnverlust. Diese Erhebungen sind in den DMSF III-Studien dargestellt. Die analytische Aussage fixiert die Identifikation der Risikofaktoren.

Die Ausübung des Faches Parodontologie in der Praxis ist vor allem abhängig vom Ausbildungsstand des Zahnarztes. Dieser ist in Deutschland heterogen und auch abhängig von der Standortfrage. Es gibt kaum eigenständige Bereiche für das Fachgebiet an den Hochschulen. Damit erfolgt eine viel zu geringe Ausbildung.

Weiterhin spielen für das Praxisprofil Parodontologie solche Faktoren eine Rolle wie Fort- und Weiterbildung, Praxisprofile per se bzw. Tätigkeitsschwerpunkte und die Neigungen des einzelnen Zahnarztes.

### 20 Millionen Fälle von Parodontitis

In Deutschland werden 20 Millionen Parodontitisfälle geschätzt. Demgegenüber stehen aber nur etwa 700 000 therapierte Fälle. Man würde also 30 Jahre benötigen, um das The-

rapiedefizit abzubauen. Diese Tatsache erfordert die Frühidentifikation juveniler oder chronischer Parodontopathien der Erwachsenenpopulation. Dies wird im Wesentlichen schon erreicht durch die Anwendung des PSI. Durch Prophylaxe können Parodontalerkrankungen im jugendlichen Alter weitestgehend vermieden werden. Parodontalerkrankungen der Erwachsenen können im Anfangs- und auch im fortgeschrittenen Stadium mit einfachen mechanischen Behandlungen beherrscht werden. Wobei auch hier die Vorsorge durch Prophylaxe wie auch die Nachsorge eine wesentliche Rolle spielen.

Es folgten in kurzer Übersicht die einzelnen Schritte der PA-Diagnostik und -Therapie sowie die Darstellung des PSI. Der PSI sollte mit dem Patienten ausgewertet und dann die Therapieplanung durchgesprochen werden. Ätiologie und Pathogenese der Parodontitis



Fortsetzung auf Seite 28



# SCHÖNE ZÄHNE SIND GEFRAGT

## *Fachdental Leipzig informiert über Wahlleistungen, Prophylaxe, Ästhetik und Implantologie*

Die Amerikaner, so belegen Studien, schauen ihrem Gegenüber zuerst auf die Zähne und dann in die Augen. Ganz so weit ist es bei uns zwar noch nicht, doch wirkt auch hierzulande ein Lächeln nur dann so richtig sympathisch, wenn es ein gepflegtes, gesundes Gebiss enthüllt. In Umfragen rangieren schöne Zähne in der Attraktivitätsskala weit vorne vor anderen Äußerlichkeiten wie vollen Haaren oder schlanker Figur. Kein Wunder, dass die Deutschen bereit sind, für die Mund-ästhetik in die Tasche zu greifen. Nach einer Emnid-Studie sind insgesamt 49 Prozent der Bundesbürger bereit, mehr Geld für das gute Aussehen ihrer Zähne auszugeben. Eine Chance, die Zahnärzte, Praxismitarbeiter und Labors gerade in Zeiten der Gesundheitsreform nutzen sollten. Auf der Fachdental in Leipzig, der größten Dentalmesse Ostdeutschlands, ist am 24. und 25. September 2004 eine Vielzahl neuer Produkte und Dienstleistungen für die Zahn-ästhetik zu sehen. In einem Wahlleistungsforum, das sich an Ärzte, Labors und Helferinnen wendet, werden ebenfalls Themen der Ästhetik angesprochen, außerdem geht es um Implantologie und Prophylaxe.

Für Zahnärzte ergeben sich gerade im Bereich der Zahnästhetik gute Chancen. Denn oft sind die Patienten noch gar nicht darüber informiert, welche Möglichkeiten es heutzutage gibt. Generell gilt: Information über Zahnbehandlung mit dem Ziel der Verschönerung ist aus Sicht der meisten Patienten eine Bringeschuld des Dentisten. Diese Erwartung sollte vom gesamten Praxisteam erfüllt werden.

Während Kronen und Brücken den meisten Menschen ein Begriff sind, ist beispielsweise das Bleichen oder auch „Bleaching“ erst in letzter Zeit verstärkt ins Bewusstsein der Öffentlichkeit gedrungen – seit mehrere Firmen für Zahnbleichmittel werben. Hier sollten die Dentisten deutlich machen, welche Risi-

ken mit diesen frei verkäuflichen Produkten verbunden sind, die ohne Kontrolle durch den Zahnarzt angewendet werden. Vielen Menschen ist nicht bewusst, dass eine Überdosierung Zahnfleischreizungen oder eine erhöhte Empfindlichkeit der Zahnhäule verursachen kann. Auch die bei manchen Produkten mitgelieferten Kunststoffschienen, in die das Bleichmittel eingefüllt wird, sind oft nicht passgenau. Anders das „Home-Bleaching“, das vom Zahnarzt angeboten wird und für das erst einmal eine passgenaue Kunststoffschiene für das Gebiss angefertigt wird. Zudem empfehlen Zahnärzte ihren Patienten oft zunächst eine professionelle Zahnreinigung, statt gleich zum Bleichmittel zu greifen. Denn diese ist nicht nur deutlich schonender und auch für die Prophylaxe sinnvoll, sondern man kann damit auch vielfach erstaunliche Ergebnisse erreichen.

Weitere Schwerpunktthemen der Fachdental Leipzig sind unter anderem Werkstoffe für zahnärztliche und zahntechnische Zwecke, modernste Dentalinstrumente wie Laser und interorale Diagnosekameras, Zähne und Verblendteile sowie restaurative, prothetische und kieferorthopädische Hilfsmittel, Prävention und Prophylaxe, Ausrüstung für Praxis und Labor, EDV Hard- und Software, Fachliteratur und Pharmazeutika für Hygienezwecke. Die Fachmesse wird von den Dental-Depots in der Region Sachsen, Sachsen-Anhalt Süd und Thüringen Ost bereits zum 15. Mal veranstaltet. Die Depots bieten den Messebesuchern nicht nur praktische Marketing-Tipps, sondern wollen auch in einer Rückenschule zeigen, wie man die Körperhaltung bei der Arbeit verbessern und so Rückenschmerzen vermeiden kann. Eine Modenschau rundet das Programm in unterhaltsamer Weise ab. Die Messe hat am Freitag, den 24.9.2004 von 13.00 bis 19.00 Uhr geöffnet, am Samstag, den 25.9.2004 von 9.00 bis 14.00 Uhr. Wie in den Vorjahren werden um die 200 Aussteller erwartet.



### Live in Leipzig!

Internet und Intranet – schön und gut! Doch nichts geht über den persönlichen Informationsaustausch vor Ort.

Der ostdeutsche Dentalhandel und die Dentalindustrie laden Zahnärzte und Zahntechniker, Praxis- und Laborteams ein, sich beim Leipziger Dentaltreff 2004 über die Neu- und Weiterentwicklungen von Produkten und Systemen zu informieren, zu vergleichen, zu testen.

Nutzen Sie die Chance attraktiver Angebote! Profitieren Sie vom persönlichen Dialog mit Kollegen, Veranstaltungspartnern und Ausstellern über zukunftsweisende

Behandlungs- und Leistungskonzepte für einen veränderten Gesundheitsmarkt.

Partnerschaften entscheiden über den Erfolg eines modernen Unternehmens. Veranstalter und Aussteller laden

Sie zur dentalen Partnerschaft ein.

# FACH DENTAL LEIPZIG 2004



Die Fachmesse für Zahnarztpraxen und Dentallabors

**Leipziger Messe**  
**24.-25. September 2004**

Öffnungszeiten: Freitag 13 – 19 h | Samstag 9 – 14 h  
Veranstalter: Die Dentaldepots in der Region Sachsen, Sachsen-Anhalt Süd, Thüringen Ost



**Prof. Dr. Gisela Klinger bei ihrem Vortrag**  
Fotos (2): Wolf

mit Darstellung des Biofilm und seine Auswirkungen (determiniert durch Verhalten der Antikörper, PMNL, Antigene, LPS, Virulenzfaktoren, Cytokinen und Prostanoiden sowie Metallokinasen) sind die Grundlagen der Therapieentscheidung, natürlich mit deren Kenntnissen und einer ausreichend guten Differentialdiagnostik. Diese Kenntnisse müssen das Rüstzeug eines Zahnarztes in einer allgemein zahnärztlichen Praxis sein. Selbst wenn man keine eigenen Therapiefähigkeiten besitzt, dann ist eine Überweisung zwecks Therapie erforderlich. Ein Therapieerfolg setzt gleichermaßen Kenntnisse zu allgemeinen Erkrankungen sowie verordneten Medikamenteneinnahmen des Patienten voraus.

Ein Risiko wird determiniert durch den bakteriellen bzw. viralen Angriff, wobei natürlich sowohl umweltbedingte als auch erworbene Risikofaktoren eine genauso große Rolle spielen können wie genetische Risikofaktoren. Genpolymorphismen wirken auf die Wirtsorganismen und deren optimale Immunabwehr und beeinträchtigen die allgemeine körperliche Reaktionslage.

Mit der Quintessenz eines Therapie- bzw. parodontalen Betreuungsschemas beendete Professor Hoffmann seinen Vortrag.

Vorgehensweise:

- PSI (Beratung!; Fragestellung: Therapie ja oder nein)
- Therapie ja – dann mechanische Infektionsbekämpfung I in Form von professioneller Zahnreinigung
- Evaluation spezieller diagnostischer Fragen.

- mechanische Infektionsbekämpfung II (FDS)
- Reevaluation
- weiterführende korrektive regenerative Therapie
- Therapieerfolgsbehandlung
- individuelle risikoorientierte Nachsorge

---

## Fachliche Zeitreise

---

Prof. Dr. Gisela Klinger begann den Einstieg in ihren Vortrag „35 Jahre Parodontologie an der FSU Jena“ mit der Darstellung der Heiligen Apollonia aus einer Kirche in Burgund sowie einem geschichtlichen Rückblick auf die moderne Parodontologie unter Loe (1965) und die Zahnheilkunde an der Jenaer Klinik seit Kriegsende unter den Professoren Streuer, Henkel, Heiner und Lange. Ab 1969 (also vor 35 Jahren) wurden regelmäßige Parodontologie-Vorlesungen gehalten. Bis 1996 war dies ein eigenes Prüfungsfach und ist seitdem zu 25 Prozent Inhalt der konservierenden Zahnheilkunde.

Die ersten Parodontopathie-Forschungen begannen mit exfoliativcytologischen Untersuchungen. Als 1965 das erste orale Kontrazeptivum der Firma Jenapharm zugelassen wurde und auf den Markt kam, fanden parallel dazu Untersuchungen der Mundschleimhaut vor und während der Einnahme sowie vergleichend während einer Schwangerschaft statt. Weitere Arbeiten beschäftigten sich mit der Wirkung von Sexualhormonen auf die orale Schleimhaut, Speicheluntersuchungen, Einfluss von Examenstress auf den Cortisolgehalt des Speichels, Phagozytosekapazität der Sulkusgranulozyten bei Rauchern sowie CPITN bei Rauchern. Ebenfalls wurden immunologische Fragestellungen, wie etwa die Zusammenhänge zwischen Mikroorganismen und immunologischer Abwehr (Frauen leiden häufiger an aggressiver Parodontitis), Therapieverlaufsstudien zu Lappen-Op versus Kürrettage mit Hand versus Ultraschall, Untersuchungen zu Speichelveränderungen bei Parodontitis erforscht.

Abschließend erhob Frau Professor Klinger die Frage, ob die Parodontologie in der Zukunft angesichts der Fortschritte der Implantologie noch ein relevantes Fach sei. Diese Frage wird wohl zum Jubiläum „125 Jahre Zahnmedizin an der FSU Jena“ beantwortet sein. Ihre fachliche Zeitreise beendete Professor Klinger mit Dankesworten an die Mitarbeiter, die bei 40 Promotionen, zwei Habilitationen und unzähligen Diplomarbeiten betreuend mitwirk-



**PD Dr. Wilfried Reinhardt, Vorsitzender des Fördervereins, begrüßte die Teilnehmer an der Frühjahrstagung.**

ten. Fast elegisch beschloss sie den Vortrag mit den Worten: „Der Baum Parodontologie trägt Früchte, auch wenn er nicht auf eigenem Grundstück steht.“

---

## Therapieformen im Vergleich

---

Der „Vergleich verschiedener Parodontitis-therapieformen“ wurde von Dr. Arndt Güntsch (Jena) angestellt. Einleitend veranschaulichte er, dass die Fälle der chronischen Parodontopathien 90 Prozent aller parodontalen Erkrankungen ausmachen. Dabei spielen Risikofaktoren wie Rauchen und Diabetes Mellitus eine große Rolle und beeinträchtigen nachhaltig das Therapieziel.

Geschlossenes versus offenes Vorgehen: Bei flachen und mittleren parodontalen Taschen ist der Attachmentgewinn größer bei geschlossenem Vorgehen. Bei tiefen Taschen ist der Attachmentgewinn mit offenen Verfahren günstiger. Allerdings müssen sowohl das offene als auch das geschlossene Vorgehen unter Beteiligung der Furkationen betrachtet werden. Eine primäre Intervention sollte möglichst immer mit geschlossenen Maßnahmen stattfinden. Wenn bei der Nachkontrolle nach sechs Monaten noch vereinzelt parodontale Resttaschen vorhanden sind, dann ist das offene Vorgehen anzuwenden.

Handinstrumente versus Ultraschall: Die DGP sieht im Therapieerfolg keinen Unterschied zwischen Ultraschall- und Handtechnik. Aller-

dings ist z. B. im Furkationsbereich das Handinstrument zu grob. Ultraschall ist für den Patienten komfortabler und schmerzärmer, für Behandler bietet es körperliche Erleichterung, aber eine Erhöhung der Keimgefahr. Wahrscheinlich ist aber das Ultraschallverfahren (Vector) atraumatischer. Bessere Therapieergebnisse werden durch eine Gesamtbehandlung aller Parodontien in einer Sitzung erreicht. Beim quadrantenweisen Vorgehen zu verschiedenen Zeitpunkten besteht die Gefahr der Translokation von infiziertem Material in nichtinfizierte Taschen.

Eine Antibiotikatherapie sollte laut Empfehlung der DGZMK nur unterstützend durchgeführt werden. Die Jenaer Klinik schwört auf den anschließenden Wundverband. Er adaptiert das Weichgewebe, bietet ihm einen mechanischen und auch den Koagulum Schutz. Abschließend stellte Dr. Güntsch folgenden Therapiefahrplan auf:

- Initialtherapie
- Mundgesamtbehandlung
- sieben Tage Wundverband
- Erhaltungstherapie
- Recall
- UPT
- nach sechs Monaten PA-Status

Welche regenerativen Therapieverfahren sind evidenzbasiert? Dieser Fragestellung ging PD Dr. Anton Sculean (Universität Mainz) nach. Nach der Einführung zur parodontalen Wundheilung mit Regeneration und Reparation erläuterte der Referent verschiedene regenerative Materialien.

Autologe Transplantate: im selben Individuum entnommen, enthalten sie eine große Anzahl lebender Zellen. Sie begünstigen die Neubildung von Zement, Desmodont und Knochen. Es findet also eine Regeneration statt. Man unterscheidet intraorale von extraoralen autologen Transplantaten.

Allogene Transplantate: FDDB gefriergetrockneter Knochen, DFDBA führt zu Neubildung von Knochen, Wurzelzement und Desmodont

Xenogene Transplantate: Sie werden von nicht-humanen Spezies (bovine) gewonnen, z. B. bovine Xenograften (Bio-Oss)

Alloplastische Materialien: Hydroxylapatit führt zu keiner parodontalen Regeneration.

Beta-Trikalzium Phosphat hat keine regenerative Wirkung, ebenso Polymere. Dies trifft auch

zu auf bioaktive Gläser (Perioglass). Sie haben aber eine gute osteokonduktive Wirkung.

Für die gesteuerte Geweberegeneration stellte Sculean die Membranen zur Diskussion. Sowohl Emdogain als auch GTR fördern die parodontale Regeneration. Es folgte die Darstellung von Material und Methoden an Hand von Röntgendokumentationen und klinischen Fotos. Die Regenerative PA-Therapie sollte nur bei strategisch wichtigen Zähnen angewandt werden. Kontraindikationen sind Furkationen Grad III, sowie horizontaler Attachment- und Knochenverlust.

Mit seinem Vortrag „Integration der Parodontologie in der Medizin“ setzte PD Dr. Bernd Sigusch die Tagungsreihe fort. Er stellte fest, dass die Parodontitis Assoziationen zu Herzinfarkt, Arteriosklerose, Erkrankungen des Respirationstraktes und Diabetes Mellitus hat. Nach dem geschichtlichen Überblick ging er zur Darstellung des Fokusproblems durch Zahnerkrankungen in der Beziehung zu Allgemeinerkrankungen über. Es wurde festgestellt, dass Streptokokken schon bei Zähneputzen in die Blutbahn gelangen können.

Nach der Darstellung arteriosklerotischer Gefäßerkrankungen und der atheromatösen Plaque wurden die gemeinsamen Risikofaktoren für Parodontitiden und Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Rauchen, Diabetes und Hyperlipidämie evaluiert.

Parodontal krankmachende Bakterien, die sich in Gefäßwände einlagern können und bei der infektiösen Endokarditis ursächlich eine Rolle spielen, sind Streptococcus sang., Enterokokken und Staphylokokken. Dies erfordert die zwingend notwendige Endokarditisprophylaxe. Eine bakterielle Wanderung kann aber auch bei der PZR oder intraligamentärer Anästhesie auftreten. Bei Bronchialerkrankungen werden Zusammenhänge zwischen massiver Belagbildung und chronisch obstruktiver Bronchitis gesehen. Diabetes bewirkt am Parodont Knochenabbau und Attachmentverlust und führt zu einer erhöhten Kollagenasebildung.

Im Sinne der rheumatoiden Arthritis wird wieder ein Fokalgeschehen nicht mehr absolut dementiert, wie schon einmal in den 30-er Jahren - vor allem in den USA. Der Fokus ist kein Tabu mehr. Schlussfolgerung: Zahnmedizinische Prophylaxe ist gleich allgemeinmedizinische Prophylaxe. Der Patient muss Zahn-

belag aber auch als solchen erkennen und seine möglichen allgemeinmedizinischen Einflüsse kennen.

Mit den Definitionen der Erkrankungen Arteriosklerose am Beispiel der Coronararterien, der A. carotis (verantwortlich für Schlaganfall, cerebrale Durchblutungsstörungen), periphere Gefäße (untere Extremitäten) begann Herr PD Dr. Wolfgang Lösche von der Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie der FSU seinen Vortrag „Ist die Parodontitis ein Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen?“ Es folgten die Erläuterung der arteriosklerotischen Plaque sowie die Besprechung der Risikofaktoren Übergewicht, Stress, Rauchen sowie chronische Entzündungen. Auch die Spezies Mann ist an sich gefährdeter als Frauen.

In einer Studie zum gleichen Thema wie der Vortrag wurde festgestellt, dass der Zusammenhang von Parodontitis und Schlaganfall als größer zu sehen ist als zur coronaren Herzkrankheit. En Detail sind die Pathomechanismen von Parodontitis und Arteriosklerose sehr ähnlich. Bei der Parodontitis sind die allgemeinen Risikofaktoren vor allem das mangelhafte Gesundheitsbewusstsein (schlechte Mundhygiene, Überernährung, Rauchen) und auch erbliche Veranlagungen (überschießende Abwehrreaktionen bei Entzündung, Stoffwechselstörung). Mikroorganismen führen zu Parodontitis. Ihre Wirkung wird aber auch begünstigt durch Hyperlipidämie und Hyperglykämie. In beiden Fällen beeinflussen diese Pathomechanismen die Entzündungsmediatoren. So postulierte Lösche: „Wenn Sie das Parodont eines Diabetikers sanieren, braucht dieser weniger Insulin!“

Eine Parodontitis kann per se keine Arteriosklerose bewirken, aber die Ausbildung einer Arteriosklerose bzw. eine bestehende negativ beeinflussen. Abschließend wurde gefordert: Der Zahnarzt sollte bei langwieriger Parodontitis nach einer Arteriosklerosediagnostik forschen, im Gegenzug dazu aber eben auch der Hausarzt bei bestehender Arteriosklerose eine etwaige Parodontitis eruieren.

Aus dem Institut für Mikrobiologie der FSU referierten Prof. Dr. Wolfgang Pfister, Frau Dr. T. Sellmann und Frau PD Dr. Sigrun Eick zu „Möglichkeiten und Grenzen der antimikrobiellen Parodontitistherapie“. Prof. Pfister begann mit der Darstellung der adjuvanten Antibiotikatherapie beim Scaling. Ziel

ist das Aufhalten bzw. Eliminieren der pathogenen Keime bei möglichst geringer Veränderung der normalen Flora.

## Grenzen der Antibiotika

Zum gegenwärtigen Stand: Aggressive und schwere Parodontitisformen sollten systemisch durch entsprechende Antibiotikatherapiemaßnahmen begleitet werden. Oft ist eine Rekolonisierung mit parodontalen Bakterien bereits wieder nach sechs Monaten zu beobachten. Häufig beginnt diese bereits ein bis zwei Wochen nach der PA-Therapie. Doxycyclin ist oft unwirksam gegen Anaerobier und unterliegt zunehmend Resistenzen. Deshalb sollte eine Antibiotikatherapie auf folgende Krankheitsbilder beschränkt bleiben: AAP, schwere chronische Parodontitis, Parodontiden, die trotz einer Therapie einen progredienten Attachmentverlust aufweisen, Parodontalabszesse, nekrotisierende ulzeröse Parodontitis, schwere allgemeine Erkrankungen mit zusätzlicher Parodontitis.

Vor der Gabe von Antibiotika ist unbedingt eine Erregerdiagnostik durchzuführen. Die Anti-

biotikagabe sollte nach der mechanischen Zerstörung des Biofilmes erfolgen, also nach Scaling und Rootplaning. Die Vorteile der systemischen antibiotischen Begleittherapie liegen darin, dass alle Taschen erreicht werden. Deshalb ist sie das adjuvante Therapiemittel bei generalisierten Formen der Parodontalerkrankungen. In der Anwendung wurde auf die Therapieempfehlungen der DGP hingewiesen (nachzulesen im Internet).

Die Vorteile der lokalen Anwendung von Antibiotika liegen in ihrer hohen Konzentration am Wirkort und in der geringen Ausbildung von Resistenzen. Mit der Wirkung einzelner Antibiotika führte Frau Dr. T. Sellmann im Vortrag weiter. Das Problem der Mikroorganismen besteht darin, dass sich diese im Parodontium in einem Biofilm befinden. Als antibiotisch wirkende Medikamente wurden Clindamycin, Doxycyclin, Moxifloxacin (sehr gute Wirkung bei allen untersuchten Stämmen) und Metronidazol besprochen. Auch die Referentin bestätigte das lokale Wirkungsspektrum der Antibiotika. So kann ein lokales Antibiotikum einhundertmal konzentrierter wirken als in einer systemischen Darreichung. PD Dr. Sigrun Eick wies an der Darstellung des *S. constellatus* dessen Invasion in die Epithelzellen nach. Ebenso

wurde die Wirkung von Chlorhexidin auf den Biofilm veranschaulicht. Antimikrobielle Peptide (Eiweiße) haben die Aufgabe, bei angeborener Immunität die Bakterien zu zerstören. Sie befinden sich z. B. auf der Zunge. *Porphyromonas Gingivalis* kann Peptide abbauen.

Die Vortragsreihe wurde beschlossen mit den ersten Aussagen zum Thema „Lasergestützte antientzündliche Therapie – aktuelle Trends“ von PD Dr. Bernd Sigusch. Es gelang eine antimikrobielle photodynamische Therapie in vivo und ihr Wirksamkeitsnachweis. Dabei ist die Energiemenge ein wichtiger Einflussfaktor auf die Vitalität der Erreger aber auch der apathogenen Gewebe (z. B. Fibroblasten). So wurden am Tiermodell folgende Veränderungen festgestellt: deutliche Absenkung der Rötung, der Blutung und der Bakterienzahl. Damit erscheint diese Therapie auch für die Anwendung am humanen Gewebe empfehlenswert. Bei der Therapie wird ein Fotosynthesegel eingebürstet, dann folgen die Belichtung der Zahnoberflächen mit vollständiger Reduktion der Gesamtkeimzahlen und einzelner Erregerstämme sowie die Minimierung von Entzündungsparametern. Somit kann diese Therapie zu einem klinisch einsetzbaren Verfahren werden.

# Überweisungswissen Implantologie

## Frühjahrstagung der Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Leipzig

Von Dr. Gottfried Wolf

„Überweisungswissen Implantologie“ – unter diesem Thema veranstaltete die Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Universität Leipzig am 1. Mai ihre diesjährige Frühjahrstagung. Trotz dieses Feiertages war das Interesse für diese Thematik so enorm, dass der ursprünglich ausgeschriebene Tagungshörsaal der Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde des Universitätsklinikums nicht ausreichte und die Veranstalter auf das wesentlich größere neue Auditorium der Chirurgischen Kliniken auswichen. Aber auch hier mussten einige Teilnehmer mit einem Sitzplatz auf den Treppentufen vorlieb nehmen. Ich glaube, dass das so rege Interesse nicht der Anzahl der Fortbildungspunkte geschuldet war, sondern der Veranstaltung, aber auch Verbundenheit zur Leipziger Klinik bewies.

Die Leipziger Frühjahrstagung wurde geleitet und moderiert von den Professoren Dr. Hans-Ludwig Graf (Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie) und Dr. Thomas Reiber (Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde) am Universitätsklinikum Leipzig. Prof. Dr. Hans-Ludwig Graf ist seit November 2003 neuer Vorsitzender der Leipziger Gesellschaft, nachdem die langjährige Vorsitzende, Prof. em. Dr. Dr. Barbara Langanke für diese Funktion nicht mehr zur Verfügung stand. Sie ist jetzt stellvertretende Vorsitzende.

## Prothetisches Gesamtkonzept

Professor Reiber hielt den Einstiegsvortrag über „Die Integration von Implantaten in ein

prothetisches Gesamtkonzept“. Implantate bzw. deren Insertion setzen mindestens einen fehlenden Zahn voraus. „Ein missionarisch mit Herzblut engagierter Implantologe findet allerdings mindestens noch ein Stück Knochen im vollbezahnten Kiefer, um ein Implantat zu setzen“, so der Referent. Zur Akzeptanz von implantatgetragenen Zahnersatz sagt die DMS III-Studie aus, dass die positive Wirkung auf die mastikatorische Funktion durch Implantate am größten ist. In der Planungsphase einer möglichen Implantatversorgung wurde empfohlen, sich nicht nur auf die Aussagen eines Orthopantomogramms zu verlassen. Es muss immer die Gesamtheit der Kieferverhältnisse beachtet werden.

Die Folgen von Zahnverlust sind nicht nur anatomisch im Bereich von Knochen und Kiefergelenken sowie Muskulatur und Weichteilen zu sehen, sondern auch unter der Einschränk-

kung von Funktion (Kaufunktion, Sprache und Ästhetik). Eine Diagnose enthält zusätzlich zum klinischen Befund auch Charakteristika der Person (a) mit psychosozialen Aspekten bzw. psychogener Prothesenunverträglichkeit (b). Sowohl ein Zusammentreffen der Faktoren a+b bzw. aber auch Einzelkomponenten a oder b sind mitunter Kontraindikationen für die Implantatversorgung.

Zuerst erfolgt die prothetische Therapieplanung bei vorliegendem Befund. Genauso wichtig ist aber auch die anschließende differenzierte Planung mit einer entsprechenden Möglichkeitsdarstellung der Versorgung. Dabei ist die Eruiierung möglicher Verankerungsformen – ob nun parodontal gelagert, parodont-implantat gelagert oder implantat-gelagert – sehr wichtig.

Vorteile der Implantation sind die Erhöhung der funktionellen Wertigkeit (Phonetik, Mastikation) und der Strukturhalt, Nachteile die Risiken des operativen Eingriffs, eine mögliche Fremdkörperreaktion, die längere Dauer bis zur definitiven Versorgung und Durststrecke während der provisorischen Versorgung, eine erschwerte Hygiene (Titan; Plaqueaffinität) und natürlich die Kosten.

Richtungsentscheidung für die Zukunft ist aber bei einer implantatgetragenen Versorgung („Wer A sagt muss B sagen!“), dass konsequenterweise die zukünftige Zahnersatztherapie bei weiterem Zahnverlust auch durch Implantate erfolgen muss.

Neben der absoluten Indikation zum Implantat als Zahnersatz bzw. Zahnersatzbasis gibt es weiterhin Indikationen bei Xerostomie, nicht belastbarer Mucosa, weitgehend bezahntem Gegenkiefer, extremer Atrophie, umfangreicher Kieferdefekte, Unverträglichkeit gegenüber Werkstoffen einer konventionellen Zahnersatzversorgung, höchsten Anforderungen an Halt und Lagestabilität der Versorgung (z. B. bei einschlägigem Beruf).

Das prothetische Gesamtkonzept beinhaltet die weitestgehende Wiederherstellung der orofazialen Funktionen mit dauerhafter Funktionstüchtigkeit der Versorgung und Aufrechterhalten des Selbstwertgefühls. Kontraindikationen sind neben prothetischen Indikationsgrenzen auch psychosoziale Aspekte, wie z. B. „viele Prothesen in der Aldi-Tüte“, Knirscher (Masseteraktivitäten u. Abrasionen).

Als forensische Aspekte sind die Pflicht zur Aufklärung über implantatgetragene Differentialtherapien sowie ein schlüssiges Gesamtkonzept und Heil- und Kostenplan zu beachten, um in der letzten Zeit sich häufende Vorwürfe der „Übersorgung“ von Seiten der Kostenträger zu vermeiden.

Zum Thema „Grundsätze der lokalen Implantatplanung“ sprach Prof. Dr. Hans-Ludwig Graf. Implantate müssen sich in ein nachvollziehbares, tragfähiges, fortschreibbares Gesamtkonzept zahnärztlicher Behandlung einordnen. Die Einheitsicherheit eines Implantates nimmt mit zunehmender Länge zu und ist weniger abhängig vom Durchmesser.

Ein prothetisches Gesamtkonzept erfordert folgende Fragestellungen: Welches Konzept überhaupt? Wie viele Implantate sind nötig? Welche Dimensionen sind notwendig? Welche enossalen Räume sind für die Implantatkörper vorhanden? Welche intramukösen Räume stehen für die Mesokonstruktion zur Verfügung? Wie muss das Implantat stehen?

Unter den Gesichtspunkten einer normalen Anatomie sollte die chirurgische Implantat-achse zur prothetischen Achse (Kronenachse) maximal bis zu 200 (250) divergieren dürfen. Es gibt keine axiale Belastung wegen der Divergenz der verschiedenen OK-UK

OK/UK: Die Wandstärke des Implantatbettes sollte bei Standardtechnik mindestens 1 mm betragen.

Zum Problem der fixierten Mucosa wurde gesagt: Je weniger Alveolarknochen vorhanden ist, desto weniger keratinisierte Mucosa steht zur Verfügung. Wo diese ohne Gefährdung schonungspflichtiger Strukturen möglich ist, wird eine 2–3 mm breite Zone fixierter Mucosa erzeugt (ev. freies Schleimhauttransplantat). Eindringliche Randbemerkung: Ein prothetisch nicht versorgbares Implantat ist Körperverletzung, weil es seiner Heilungsaufgabe nicht gerecht wird!

Weiterhin muss bei der Planung beachtet werden, dass der Interokklusalraum ca. 6 mm (Durchmesser Spiegelgriff) betragen sollte. Dann sind nachträglich keine Probleme mit den Abbutments zu befürchten. Alle prothetischen Bauteile, die außerhalb der durch Extraktion und Resorption freigewordenen Räume liegen, sind unakzeptabel (z. B. „Implantat-außenstand“).

Weitere Beachtung verdienen unbedingt die Laterotrusion und die prothetische Lückenbreite. Minimale Lückenbreite über die gesamte Zahnlänge: Implantatdurchmesser + 2 mm! Es soll unbedingt vermieden werden, in eine laufende KfO-Behandlung einzugreifen bzw. hinein zu implantieren. Folgende Maße sind wichtig:

<b>Kraftarm-Lastarm-Verhältnis:</b>	
<b>Mittelgradige Resorption</b>	<b>Hochgradige Resorption</b>
~16 mm	~10 mm
~22	~28
~18	~26
~18	~10
18 – 12 mm Knochenresthöhe ambulant als Standardimplantation Kraftarm : Lastarm = 1 : 1,5	unter 10 mm Knochenresthöhe 14 d stationär mit Auflagerungsosteoplastik/ Secundär. ausgedehnt. Vest. Plastiken Kraftarm : Lastarm = 1 : 1

Formen. Dabei verschafft das OPG nur eine Vermutung der Kieverhältnisse.

Beachtet werden müssen ebenfalls folgende Kardinalmaße:

- UK: 2–3 mm über Canalis Mandibularis
- OK: Eine Annäherung des Implantates an die (entzündungsfreie) Kieferhöhle kann gegen Null gehen.

## **Kooperation von Hauszahnarzt und Chirurg**

Den Vortrag „Zusammenarbeit des Hauszahnarztes mit dem Operateur“ teilten sich die beiden Zahnärzte Dr. Thomas Hermann und Burkhard Johannes Vogl, die – jeder für sich – eine eigene Praxis in Leipzig führen. Die

Planungsphasen beim Hauszahnarzt erfordern nach der Befunderhebung die prothetische Indikationsfrage. Je nach Behandlungsfall sollte abgeklärt werden „Wer macht was?“. Die Beantwortung dieser Fragestellung ist abhängig von der Qualifikation des Hauszahnarztes und auch des verwendeten Implantatsystems.

Zur Information und Erstaufklärung des Patienten gehört, dass er wissen muss, was ihn erwartet (operative Belastung, zeitliche Belastung, finanzielle Belastung).

Zur Überweisung zum Operateur gehören die exakte Überweisung mit Anliegen, aktuelle Befunde, Modellbefund, die Instruktion des Patienten (u. a. Terminvereinbarung, Wegbeschreibung zum Chirurgen).

Zur Planungsphase für den Chirurgen gehören die Patientenvorstellung, die prothetischen Erwartungen von Hauszahnarzt und Patienten, die Sichtung vorhandener Befundungen, weitere Befunde (Mess-OPG mit Kugelschiene). Aufgaben des Chirurgen sind das Aufklärungsgespräch mit dem Patienten, der Abbau von Spannung, das Vorstellen eines Implantats. Die Voraussetzungen für eine Implantatversorgung sind ein gutes Immunsystem, gute Mundhygiene (keine „Zahnbürstenallergie“), kaum (kein) Tabakgenuss vor allem in Einheilungsphase. Anatomisch von Wichtigkeit ist, dass ein genügendes Knochenangebot vorhanden ist (zum Canalis mandibularis bzw. zu den Nebenhöhlen (Darstellung der Knochengrenzen zu Mund u. Kieferhöhle). Ein saniertes Gebiss ist eine Selbstverständlichkeit.

Die Erklärung des Ablaufplanes der Implantation erfolgt anhand der ausgewerteten Befunde.

Wichtig sind auch folgende Fakten wie Einheilzeiten (UK 3 Monate, OK 6 Monate), Freilegung des Implantates, Risiken und Kosten (ca. 800 €/Implantat 2,3-facher Satz, Krone ca. 900 €/Implantat). In der Rücksprache mit dem überweisenden Zahnarzt (Pflicht) sollen auch eventuelle zahnärztliche Rekonstruktionen beachtet werden.

Der Planungsphase beim Hauszahnarzt mit Heil- und Kostenplan schließt sich die Vorbehandlungsphase an (Extraktionen, Interimsersatz, nur in Ausnahmefällen Vorbereitung des Implantatbettes, konservative Rekon-

struktionen) an. Wenn Extraktionen notwendig sind, dann sollte erst nach drei Monaten ein Implantat gesetzt werden.

Implantationsphase beim Chirurgen:

- Implantieren
- medikamentöse Schmerztherapie
- gegebenenfalls Antibiose (beim Knochenaufbau)

Implantationsphase beim Hauszahnarzt:

- Wundkontrolle und Nachversorgung (in Ausnahmefällen)
- Anpassen der Interimsversorgung

Implantationsphase beim Chirurgen:

- Freilegung der Implantate und Einbringen der Sulcusformer
- Einschätzung der Osseointegration (Klopfschall hell, Beweglichkeitstest, Periotest)
- 3 bis 4 Wochen Aushilfszeit bis Abformung, um optimale Gingivakontur zu erreichen
- Abschlussbefund mit Implantatsystem, Länge, Breite, Verlauf der Wundheilung, Einschätzung der Osseointegration

Prothetische Phase beim Hauszahnarzt:

- Freilegung der Implantate und Einbringen der Sulcusformer, Einschätzung der Osseointegration (Klopfschall hell, Beweglichkeitstest, Periotest) sollten nur bedingt beim Hauszahnarzt vorgenommen werden
- definitive prothetische Versorgung mit Auswahl der Mesostrukturen (Abbutments)
- alle prothetisch notwendigen Arbeitsgänge in Folge
- Nachkontrolle
- Recall alle sechs Monate

Zu den „Grundsätzen des chirurgischen Vorgehens“ sprach Dr. med. habil. Wolfram Knöfler. Wegen der Überschneidung zu vorangegangenen Vorträgen soll die Darstellung auf die klinischen Aspekte beschränkt werden.

Schnittführung: crestaler Schnitt auf Kieferkammmitte oder vestibulärer Schnitt im zahnlosen Kiefer, um Vestibulum zu vertiefen, Schleimhaut-Periost-Lappen oder schichtweise Präparation von Schleimhaut und Periost.

Knochenpräparation langsam bei 1000 U/min mit Innenkühlung der Bohrer; dabei sind die Knochenpäne in Filtern zu sammeln um sie

am Implantat wieder zu verwenden; Augmentation, Folientechnik, Guided Bone Regeneration, Bonesplitting bei z. B. einem Frontzahnimplantat, um Alveolarfortsatzbogen wieder herzustellen. Augmentation mit Lokalisation der Knochenentnahme (z. B. Kinn, Alveolarfortsatz), Sinuslift.

Wundverschluss mit Einzelknopfnah und Nachsorge. Zur Implantatfreilegung sind Laser bzw. Elektrochirurgie nicht geeignet, da der Mukosaverlust erheblich ist.

Dr. med. habil. Michael Fröhlich aus Dresden hielt einen didaktisch und fachlich-praktisch sehr eindrucksvollen Vortrag zur prä- und postimplantären Chirurgie. Im Gegensatz zu seinem Vorredner Knöfler, dem es nicht gelungen war, rhetorisch den Sprung vom „universitären Olymp“ zum kollegialen Gespräch zu vollziehen, verstand es Fröhlich, dem praktischen Zahnarzt ohne Überheblichkeit spüren zu lassen, dass ein in diesem Fach spezialisierter Kollege den interessierten Kolleginnen und Kollegen sein Wissen vermittelt.

Optimale Voraussetzungen für ein Implantat sind gut erhaltene knöchernen und gingivale Strukturen. Hier ist natürlich der Idealfall das Sofortimplantat ohne chirurgische Schnitte. Als allgemeine Anforderung an eine optimale Schnittführung gilt, dass diese möglichst minimalinvasiv sein sollten. Es gilt nicht die Annahme: „Große Operateure gleich große Schnitte“.

Zur Problematik der präimplantären Chirurgie ergibt sich oft eine notwendige zweizeitige Durchführung, wenn bei der avisierten Implantat-OP für das Implantatbett nicht genügend Knochenmaterial vorhanden ist, um das Implantat einzeitig sofort setzen zu können.

Erweiterte Behandlungsmöglichkeiten bei geringem Knochenangebot:

- Knochenkonditionierung (Verdichtung) – vor allem im Oberkiefer wichtig
- Membrantechniken/Augmentation + Membrantechnik (Goldstandard ist autologes Knochenimplantat) resorbierbare Membranen, da keine zweite Operation notwendig
- Knochenspan-/stücktransplantation (Der Referent selber verwendet bevorzugt Knochen aus dem Kieferwinkelbereich und befestigt diesen mit Osteosyntheseschrauben.)
- Sinusbodenelevation mit Augmentation

- Distractionsosteogenese
- Membrantechniken + Augmentation
- + Membrantechniken + Knochentransplantation

Für die postimplantäre Chirurgie forderte Fröhlich ebenfalls, bei der Implantatfreilegung auf die Laseranwendung zu verzichten.

## Diskussion um Implatmaterial

Die Diskussion nach diesem Vortragsblock war sehr rege. So forderte Prof. Dr. Dr. Alexander Hemprich, Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie des Leipziger Universitätsklinikums, plastische Verfahren im Volumen nicht zu sehr auszudehnen. Ebenfalls riet er von der Entnahme aus dem Kinnbereich ab. Bessere Entnahmestellen seien der innere Kieferwinkel und der Retromolarbereich. In der Diskussion zu Knochenersatzmaterialien postulierte Dr. Fröhlich zu Recht: „Die Industrie will uns immer Dinge verkaufen, die besser sein sollen als die Natur! Etwas Besseres als die Natur gibt es nicht. Wir können froh sein, wenn wir sie in der Medizin fast erreichen.“ Zur Frage des Titans als Implantatmaterial antwortete Prof. Graf: „Derzeit ist Titan ein biologisches Material. Erst in Jahrzehnten werden wir wissen, wie sich die parenchymatösen Gewebe zu dem Titan verhalten werden.“

Die Frage nach weiteren Knochenersatzmaterialien beantwortete Dr. Knöfler recht heftig: „Kein keramisches Granulat wird resorbiert.“ Dies sei eine Lüge der Industrie.

Nach einer angemessenen Mittagspause mit Besuch der Dentalausstellung wurde das wissenschaftliche Programm weitergeführt mit dem Vortrag „Konzepte der prothetischen Suprakonstruktion“ von Prof. Dr. Nikolaus Behneke (Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Universität Mainz). In der Entscheidungsfindung zur Therapie spielen folgende Faktoren eine Rolle:

- Zahn- + Implantatgetragen
- rein Implantatgetragen
- Brücken- oder Einzelzahnrestauration
- verschraubt oder zementiert

Einzelzahnrestaurationen haben eine geringfügig bessere Prognose als Brückenkonstruktionen. Zum Gesichtspunkt der verschraubten

Suprakonstruktion eruierte Professor Behneke Vor- und Nachteile. Vorteile: Präzisionspassung (genormte Passteile), Korrekturmöglichkeit (herausnehmbar und korrigierbar z. B. beim Abplatzen von Keramik), Kontrolle, professionelle Reinigung, besseres Komplikationsmanagement. Nachteile: technischer Mehraufwand (auch teurer!), höherer Platzbedarf der Verschraubungen, Lockerungen von Verschraubungen, Spalräume (Mikroorganismen!).

Indikationen sind komplexe Restaurationen, tiefe Implantatinsertion (Ästhetik), ein eingeschraubtes vertikales Platzangebot (stabiler), mittelfristiger Interventionsbedarf, pflegeintensive Suprakonstruktion, zahn- und implantatgetragene Versorgungen.

Bei zahn- und Implantatgetragenen Insertionen sah der Referent die Vorteile in der Belastungsverteilung auch auf natürliche Zähne, die Reduktion der Anzahl der Implantate und die Ankopplung an physiologische parodontale Strukturen. Die Nachteile ergeben sich aus der Präparation natürlicher Zähne, dem Auftreten höherer Biegemomente, größeren Spannweiten, der Notwendigkeit einer Mobilitätsadaptation sowie dem hohen konstruktiven und ökonomischen Aufwand. In diesem Zusammenhang wurden auch Verbundbrücken erwähnt, wobei die Anwendung von Verbundkonstruktionen durchaus lege artis sein kann.

Nach der stichpunktartigen Darstellung der einzelnen Arbeitsabläufe sowohl von Planung, Chirurgie, Suprakonstruktion und Nachsorge wurden rein implantatgetragene Konstruktionen besprochen. Deren Vorteile liegen in der Reduktion der Spannweite der Gesamtkonstruktion und darin, dass keine natürlichen Zähne präpariert werden müssen. Die Nachteile sind in der Anwendung einer größeren Implantatanzahl zu sehen, wie auch darin, dass es keine taktile Erfassung von Kräften wie auf das natürliche Parodont gibt. Dynamische Okklusionskontakte im Seitenzahnbereich sollten vermieden und die Führung möglichst über natürliche Zähne wie Front- oder Eckzähne gestaltet werden.

Bei den zementierten Implantaten ergeben sich folgende Vorteile: einfacheres Verfahren, Okklusalfäche frei gestaltbar, geringer Platzbedarf, Spannungsreduktionen (Zementspalt). Die Nachteile sind zu sehen in der Entfernung von Zementresten, Passgenauigkeit, einge-

schränktem Implantatzugang (Kontrolle, professionelle Reinigung, schwieriges Komplikationsmanagement und Reparatur). Die Indikationen für zementierte Implantatrekonstruktionen sieht Behneke in der Versorgung mit Einzelkronen und kurzspannigen Brücken.

Das letzte Verhandlungsthema „Recall und Periimplantitis“ wurde von PD Dr. Reiner Mengel (Universität Marburg) gehalten. Die möglichen Ursachen für eine Periimplantitis wurden sowohl funktionell, biologisch, iatrogen als auch rein mechanisch gesehen. Bei den biologischen Ursachen gibt es zwei Verlustfaktoren: Erstens wird die Osseointegration nicht erreicht; es kommt zum frühen Verlust. Zweitens wird die Osseointegration nicht beibehalten; es kommt zum späteren Verlust. Eine Überlastung sowohl durch axiale als auch durch laterale Kräfte führt meist zu einem späteren Verlust. Die Periimplantitis betrachtete Dr. Mengel zuerst unter dem Aspekt der Mucositis, die am natürlichen Zahn der Gingivitis entspricht. Es können sich Bakterienreservoirs ausbilden sowohl an den Abutments als auch an den natürlichen Nachbarzähnen mit parodontaler Taschenbildung. Empfohlen wird das vorsichtige Reinigen mit Gummikelchen und Pasten, das Reinigen des Zungenrückens und subgingivales Scaling – an den Implantaten mit Kunststoffscalern! – in einer Sitzung.

Die eigentliche Periimplantitis ist irreversibel inflammatorisch mit Knochenverlust. Eine Oberflächenreinigung in den tiefen „Implantat-Taschen“ ist nicht möglich. Hier ist die Antibiotikatherapie angezeigt.

Die Resonanz der Teilnehmer auf die Themenauswahl war meines Erachtens sehr positiv und es ist mit Spannung die diesjährige Herbsttagung am 6. November zu einem völlig anderen Thema zu erwarten. Das lautet dann „Allgemeine und besondere Berufsrisiken für das Praxisteam“.

*Mitarbeit an diesem Beitrag:  
Ursula Jung, Bad Berka*

# Plädoyer für Reform des Studiums

## DGZMK hält derzeitige Zahnärzte-Ausbildung für verbesserungsbedürftig

**Düsseldorf** (dgzmk). Nur eine grundlegende Reform der akademischen Ausbildung sowie die Verbesserung der Rahmenbedingungen an den Hochschulen kann nach Auffassung des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), Prof. Dr. Heiner Weber, das dem Fachgebiet angemessene hohe wissenschaftliche Niveau in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Deutschland wiederherstellen und die praktische studentische Ausbildung auf das dringend notwendige Niveau zurückführen. Während einer Podiumsdiskussion anlässlich der Neueröffnung der DGZMK-Geschäftsstelle in Düsseldorf forderte der Präsident der wissenschaftlichen Dachorganisation der deutschen Zahnärzte außerdem ein Umdenken in der Gesundheitspolitik, damit gesetzlich Krankenversicherte weiter in den Genuss der Früchte des wissenschaftlichen Fortschritts gelangen könnten. Weber: „Für diese Ziele müssen wir die Zahnmedizin stärker als Teil der Medizin herausarbeiten und in der Öffentlichkeit unsere Aufklärungsarbeit intensivieren.“ Die Politik sei gefordert, die bestehenden Reglementierungen und Restriktionen durch ein System zu ersetzen, das den Patienten freie Behandlungswahl ohne Verlust der Krankenkassen-Zuschüsse ermögliche.

Gemeinsam mit dem Präsidenten der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, erklärte Weber, dass beide Organisationen ihre Zusammenarbeit zur Durchsetzung dieser gemeinsamen Ziele künftig weiter intensivieren wollen. So werde mit Hochdruck an einer dringend benötigten neuen Approbationsordnung für Zahnärzte sowie einer gemeinsamen Informationsstrategie für die Patienten gearbeitet. Sichtbarer Ausdruck für die Stärkung der Kooperation wird im Juli die Einrichtung einer DGZMK-Stabsstelle in den Räumen der BZÄK in Berlin sein.

Weber machte die Mängel in der bestehenden Approbationsordnung an einem Beispiel deutlich: „In der vorklinischen Ausbildung lernen Studenten immer noch als erstes, wie man Prothesen, Kronen oder Brücken anfertigt. Sie sollten als erstes lernen, wie man diese verhindert.“ Seine Kritik an den wissenschaftlichen Rahmenbedingungen der Zahn-, Mund-

und Kieferheilkunde bezog er auf die drei Säulen Forschung, Lehre und Fortbildung sowie Krankenversorgung. So verschlechterten sinkende öffentliche Budgets die ohnehin unzureichende personelle, apparative und räumliche Ausstattung an den Hochschulen und gehe wegen der bestehenden Kapazitätsverordnungen die Lehre immer mehr zu Lasten der Forschung. Darüber hinaus fehle in der Öffentlichkeit die Erkenntnis, „dass ein Gesundheitssystem als Bestandteil des sozialen Sicherungssystems dynamisch ist, abhängig von fachlichen Entwicklungen einerseits und gesellschafts-/wirtschaftspolitischen andererseits“. Weber forderte, den Zwang bei der fachlichen Fortbildung durch wirtschaftliche Anreize zu ersetzen. Schließlich trage Fortbildung zur Verbesserung der Patientenbetreuung bei, sei aber nur mit erheblichem finanziellen Aufwand und persönlichem Verzicht machbar.

Eine Lanze für das gemeinsame Konzept einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde brach BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp. Er bemängelte, dass „Reparatur weiter im Mittelpunkt des Bewertungsmaßstabes und der Honorierung“ stehe, präventive Ansätze noch außerordentlich gering vertreten seien. Auch er forderte – unter Hinweis auf die zunehmende Überalterung der Gesellschaft – sozialpolitisches Umdenken: „Das Umlagesystem Krankenversicherung kann auf Dauer nicht mehr funktionieren. Auch heute ist es nur noch unter Einbau zahlreicher Restriktionen lebensfähig.“ Für den Bereich der Zahn-, Mund und Kieferbehandlung halte die Zahnärzteschaft mit ihrem Konzept der diagnoseabhängigen Festzuschüsse eine Alternative vor, die gerechter für die Patienten und dauerhaft finanzierbar sei. Dieses Konzept könne auf Basis der Kostenersatzung mit fairem Selbstbehalt und Härtefallregelung relativ leicht umgesetzt werden. Weitkamp forderte ein Umdenken in fachlicher wie gesundheitspolitischer Sicht und unterstrich ebenfalls die künftig noch engere Zusammenarbeit mit der DGZMK: „Es ist gut, dass die Wissenschaft sich aus ihrem Elfenbeinturm heraus bewegt und die Berufspolitik aus ihrer eindimensionalen Betrachtungsweise gelöst hat und wir jetzt ‚Seit‘ an ‚Seit‘ vorgehen.“

Neben einer Verstärkung der gemeinsamen Aufklärungsarbeit soll der seit 2003 gemeinsam veranstaltete Deutsche Zahnärztetag die Anliegen und das Ansehen der Zahnärzteschaft in Deutschland verbessern helfen.

### Neue Geschäftsstelle der DGZMK

**Düsseldorf** (dgzmk). Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) hat in Düsseldorf ihre neue Geschäftsstelle eröffnet. Die neuen und größeren Räumlichkeiten sollen helfen, die Arbeitsbedingungen in der Geschäftsstelle zu verbessern. DGZMK-Präsident Prof. Dr. Heiner Weber konnte gemeinsam mit dem gewählten Präsidenten Prof. Dr. Georg Meyer (Greifswald) zur Eröffnung Repräsentanten einzelner Fachgesellschaften in der DGZMK und der Dental-Industrie sowie den Gesundheits-Dezernenten der Stadt Düsseldorf, Wilfried Kruse, begrüßen. Der Präsident der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, übermittelte die besten Wünsche und gratulierte zum Bezug der neuen Räume. Er sprach sich dabei für den weiteren Ausbau der engen Zusammenarbeit zwischen DGZMK und BZÄK aus.

#### Kontakt:

DZMK-Geschäftsstelle  
Liesegangstr. 17 a, 40211 Düsseldorf  
☎ 02 11/61 01 98-0  
Fax 02 11/61 01 98-11  
Internet: www.dgzmk.de



## Förderpreis der Apollonia-Stiftung

**Münster** (tzb). Zum dritten Mal vergibt in diesem Jahr die „Apollonia zu Münster – Stiftung der Zahnärzte in Westfalen-Lippe“ einen Förderpreis für journalistische und/oder wissenschaftliche Leistungen. Durch den Preis will die Stiftung die präventionsorientierte Zahnheilkunde fördern und die Zahnheilkunde als präventives ärztliches Handeln im Ansehen der Bevölkerung verankern. Der Preis ist mit 10000 Euro dotiert. Der Preis kann sowohl für wissenschaftliche Leistungen auf diesem Gebiet als auch für journalistische Publikationen erlangt werden.

Die „Apollonia zu Münster – Stiftung der Zahnärzte in Westfalen-Lippe“ wurde im Jahr 2000 von der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe ins Leben gerufen. Erster Apollonia-Preisträger im Jahr 2002 war Prof. Dr. Renggli, Nijmegen, einer der Pioniere und Nestor der präventionsorientierten Zahnmedizin. Im vergangenen Jahr wurde der Fernsehmoderator und Wissenschaftsjournalist Ranga Yogeshwar ausgezeichnet.

**Bewerbungen:** „Apollonia zu Münster – Stiftung der Zahnärzte in Westfalen-Lippe“ Auf der Horst 29, 48147 Münster

**Einsendeschluss:** 1. August 2004

**Auskünfte:** ☎ 02 51/50 75 02

## Forschungspreis für Testmethode

**Würzburg** (idw). Für seine Forschungen zu Wirksamkeitsprüfungen bei oralen Antiseptika hat der Mediziner Frank-Albert Pitten von der Universität Würzburg den Ignaz-Philipp-Semmelweis-Forschungspreis 2004 der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene erhalten. Pitten entwickelte ein Modell, mit dem die Wirksamkeit desinfizierender Mundwässer geprüft werden kann. Dies ermöglicht es, auch die Wirksamkeit von Antiseptika gegen Bakterien zu ermitteln, die in so genannten Biofilmen wachsen. Mit herkömmlichen Versuchen war dies bislang nicht möglich. Der Preis ist mit 15 000 Euro dotiert. Pitten, Jahrgang 1965, leitet am Würzburger Universitätsinstitut für Hygiene und Mikrobiologie den Bereich „Hygiene und Umweltmedizin“.

# Biffar neuer Präsident der Prothetik-Gesellschaft

## Wahl auf Jahrestagung in Kiel

**Greifswald** (idw). Auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde in Kiel vom 13. bis zum 16. Mai wurde Prof. Dr. Reiner



**Prof. Dr. Reiner Biffar** Foto: LZKTh

Biffar von der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde der Universität Greifswald für eine zweijährige Amtszeit zum Präsidenten der Fachgesellschaft gewählt. Die Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde beschäftigt sich mit allen Fragen zu Nutzen, Risiken und Einsatzmöglichkeiten von Zahnersatz, dem Einsatz von Materialien in der Mundhöhle und der klinischen Bewährung.

Die Thematik der Tagung reichte vom Gesundheitsnutzen von Zahnersatz über die klinische Bewährung verschiedener Zahnersatzformen bis zum risikogerechten Einsatz von Therapiemitteln. Neben der Förderung der Wissenschaft zeigt sich die Gesellschaft verantwortlich für die Übertragung der wissenschaftlichen Ergebnisse in die praktische Tätigkeit.

# Dreidimensionale Vorhersage

## Jahrestagung von Kieferchirurgen und DGI

**Bad Homburg** (tzb/dgi). Mit den ästhetischen Aspekten in Kieferchirurgie und Implantologie beschäftigte sich die gemeinsame Jahrestagung von Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Implantologie (DGI) in Bad Homburg. An der Fachtagung unter dem Motto „Ästhetik – Maßstab kieferchirurgischer Eingriffe“ nahmen rund 1000 Zahnärzte und Ärzte teil.

Auf dem Kongress stellte ein Team von Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen um PD Dr. Dr. Emeka Nkenke und Professor Friedrich W. Neukam (Universität Erlangen) ein Verfahren vor, womit das wahrscheinliche Operationsergebnis bei Eingriffen im Gesicht besser vorhergesagt werden kann, was Patienten häufige erneute Operationen ersparen kann. Dabei werden die Gesichter von Patienten vor und ein Jahr nach einem Eingriff dreidimensional erfasst. „Wir gehen nicht von der knöchernen Unterlage, sondern von der Oberfläche der Weichgewebe aus, denn diese ist für den ästhetischen Gesamteindruck entscheidend“, erklärte Neukam. „Das Prinzip der drei-

dimensionalen Vorhersage der Gesichtsoberfläche soll zukünftig auf einem Vergleich des Patientengesichts mit ähnlichen Fällen aus einer Datenbank beruhen“, erläutert Nkenke die Strategie. „Ausgehend von einer größeren Datenbasis – in unserem Fall von vielen Patienten mit ähnlichen Fehlstellungen – können wir vergleichbare Fälle herausuchen und das wahrscheinliche Ergebnis vorhersagen.“ Inzwischen befinden sich in den Computern der Erlanger MKG-Spezialisten die Daten von 70 Patienten mit Kieferfehlstellungen – und es kommen jeden Monat zwei bis drei neue Fälle hinzu.

Die Methodik lässt sich nach Angaben der Erlanger Wissenschaftler auch für andere Fragestellungen in modifizierter Form einsetzen. Sie könne zum Beispiel im Operationssaal angewendet werden, wenn es darum geht, die Position eines durch einen Unfall oder eine angeborene oder erworbene Fehlbildung verlagerten Augapfel über einen Symmetrievergleich mit hoher Präzision der gesunden Gegenseite anzupassen.

# Krebs: Patienten sollen selbst entscheiden

## Aufschlussreiche Jenaer Studie über Arzt-Patienten-Verhältnis

**Jena** (fsu). Jeder dritte Arzt in Thüringen, der Krebspatienten behandelt, würde die Entscheidung über die Therapie am liebsten dem Patienten selbst überlassen. Das zeigte eine von Medizinerinnen und Sozialwissenschaftlerinnen der Universität Jena am Universitätsklinikum Jena durchgeführte Patientenbefragung im Rahmen des interdisziplinären Projektes „Patienten als Partner – Tumorpatienten und ihr Mitwirken bei medizinischen Entscheidungen“. Jeder zweite Thüringer Tumorpatient möchte nach derselben Studie bei der Behandlung seiner Erkrankung mitentscheiden. In die Studie flossen Daten von 272 Patienten ein.

Dabei sprachen sich 51 Prozent der befragten schwerkranken Tumorpatienten dafür aus, nach gründlicher Information über alle Möglichkeiten gemeinsam mit ihrem Arzt die Entscheidung über den weiteren Therapieverlauf zu fällen. Lediglich 17 Prozent wollten selbst die Entscheidung über ihre weitere Behandlung treffen. „Darin zeigt sich, dass mehr Mitbestimmung für Patienten nicht automatisch heißt, dass diese allein entscheiden wollen“, erklärt Dr. Birgitt van Oorschot, Leiterin des Jenaer Projektes, zu den Ergebnissen. Viel-

mehr sei es wichtig, ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Patienten und Arzt aufzubauen, und den Betroffenen ausreichend Informationen über die Chancen und Risiken möglicher Therapien zu vermitteln. „Immerhin ein Drittel der Befragten möchte die Letztentscheidung dann aber doch dem Fachmann, also dem Arzt, überlassen“, so Dr. van Oorschot. Als ein Fazit der Befragung möchte Dr. van Oorschot dabei eines festhalten: Für die Thüringer Krebspatienten bedeutet partnerschaftliche Entscheidungsfindung nicht vordergründig, dass sie die Entscheidungen selbst treffen, sondern die Beteiligung durch Gespräche und eine offene und ehrliche Kommunikation mit einem verlässlichen und zugänglichen Arzt.

Dass dies von den Ärzten nicht immer so gesehen wird, zeigt die parallel zur Patientenumfrage durchgeführte Befragung von Hausärzten zum selben Thema. Zwar sprachen sich auch hier mehr als die Hälfte der Befragten (57 Prozent) für eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit den Patienten aus. Doch nur elf Prozent der befragten Mediziner waren der Meinung, dass der Arzt die Entscheidung über

die Therapie zu treffen hat. 27 Prozent wollten die schwerwiegende Entscheidung den schwerkranken Patienten überlassen.

Der Studie zufolge gehen Ärzte oft davon aus, dass die Patienten zwar viel über die Erkrankung wissen, aber deutlich schlechter über die Prognose, also ihre Überlebenschancen, informiert sind. Statt hier jedoch Verantwortung wahrzunehmen, delegieren die Mediziner diese an die – damit überforderten – Patienten. Das führt die Jenaer Forscher zu der Erkenntnis: Nicht die Patienten müssen als kompetenter Partner im Gesundheitswesen fit gemacht werden, sondern die Ärzte. Diese müssten mehr lernen, auf den Patienten zuzugehen.

Das Jenaer Projekt gehört zu den bundesweit zehn Projekten mit dem Schwerpunkt „Patienten als Partner“, die seit 2001 vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (BMGS) gefördert werden. Ziel der Projekte ist, Möglichkeiten der Umsetzung einer „partizipativen Entscheidungsfindung“ zu erforschen, um langfristig den Medizinbetrieb patientenfreundlicher zu gestalten.

# Infektionsjahrbuch 2003 erschienen

## Krankheitsausbrüche in Deutschland von Robert-Koch-Institut aufgelistet

**Marburg** (tzb/rki). Das Robert-Koch-Institut (RKI) hat das Infektionsepidemiologische Jahrbuch für 2003 herausgegeben. Das Jahrbuch wurde auf der wissenschaftlichen Tagung des Berufsverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Anfang Mai in Marburg erstmals präsentiert. Das RKI hat als zentrale Einrichtung des Bundes im Bereich der Öffentlichen Gesundheit unter anderem die Verantwortung, die übermittelten Daten meldepflichtiger Erkrankungen zu sammeln und auszuwerten. „Die schnelle Veröffentlichung dieser Auswertungen ist eine wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung und Beurteilung gesundheitspolitischer Präventionskonzepte und für effektive Bekämpfungsmaßnahmen zum Schutz der Bevölkerung“, betont Reinhard Kurth, Präsident des Robert-Koch-Instituts.

Das Jahrbuch enthält auf 160 Seiten neben

Kapiteln zur Grundlage und zur Qualität der Meldedaten Informationen über Vorkommen und Verbreitung von 55 meldepflichtigen Erkrankungen im Jahr 2003. Erstmals gibt es eine Zusammenfassung, die wesentliche infektionsepidemiologische Ereignisse des Vorjahres hervorhebt. Dazu zählen etwa der SARS-Ausbruch in Asien, der auch Deutschland betraf, die massive Influenzawelle des Winters 2002/2003 und der weltweit größte dokumentierte Q-Fieber-Ausbruch.

Durch die vom Robert Koch-Institut entwickelte elektronische Ausbruchserfassung, die im internationalen Vergleich eine der modernsten sein dürfte, können nun auch Angaben zu Ausbrüchen systematisch ausgewertet werden. Insgesamt war die Zahl der übermittelten Krankheitsausbrüche auch im Jahr 2003 hoch (6629 Ausbrüche mit fünf oder mehr Fällen). Neben Norovirus, Salmonella,

Rotavirus und Campylobacter gehörte im Jahr 2003 auch das Influenzavirus zu den fünf häufigsten Verursachern von Infektionskrankheiten. Im Jahr zuvor waren über 7200 solcher Häufungen übermittelt worden.

Neu ist der Internet-basierte Zugang zu den wöchentlich aktualisierten Meldedaten (Surv-Stat@RKI), der Experten differenzierte, individuelle Abfragen über alle seit 2001 übermittelten Fälle erlaubt.

Die Qualität der Überwachung meldepflichtiger Krankheiten ist unmittelbares Ergebnis einer intensiven Zusammenarbeit mit und zwischen den Gesundheitsämtern und Landeseinrichtungen, den Laboratorien sowie den Krankenhäusern und Arztpraxen. Das Jahrbuch ist als pdf-File über die RKI-Homepage abrufbar.

**Internet:** [www.rki.de/GESUND/GESUND.HTM](http://www.rki.de/GESUND/GESUND.HTM)

# Deutsche Europameister bei Zahnbehandlungskosten

## Internationale Studie zu Gesundheitskosten

**Berlin** (tzb). Bei den Ausgaben für die zahnärztliche Versorgung sowie für Arzneimittel ist Deutschland Spitzenreiter. Die Zahnbehandlung kostet in Deutschland nahezu doppelt so viel wie im europäischen Durchschnitt, die Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel in der Bundesrepublik sind die höchsten unter den europäischen Ländern neben Frankreich und Luxemburg. Das geht aus einer jetzt veröffentlichten Studie „Zuzahlungen im internationalen Vergleich“ hervor, die das Bundesgesundheitsministerium zu Beginn des Jahres 2003 in Auftrag gegeben hatte. Dagegen liegen die Ausgaben für stationäre Krankenhausleistungen knapp unter dem europäischen Durchschnitt. Das Ministerium wollte mit der Studie die Informationsgrundlagen im Vorfeld der Gesundheitsreform zusätzlich durch Vergleiche der internationalen Gesundheitssysteme untermauern.

Die Studie ergab, dass Deutsche, Belgier und Japaner nahezu doppelt so häufig einen Arzt konsultieren wie Niederländer, Franzosen, Österreicher, Schweden, Dänen oder Schweizer. Allerdings werden unterschiedliche Jahre verglichen. So wurden für die Deutschen 9,1 Arztbesuche im Jahr 1998 angegeben, für die Schweden 2,9, bezogen auf 1999.

Die höchsten Belastungen durch Zuzahlungen tragen Patienten in der Schweiz. Bezogen auf die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege und sonstige Leistungen) liegt der Anteil der Zuzahlungen bei den Eidgenossen bei 13,9 Prozent. Auf den nächsten Plätzen rangieren Frankreich (9 Prozent) und Dänemark (8,4 Prozent). In Deutschland betrug der Zuzahlungsanteil vor Inkrafttreten der Gesundheitsreform 5,2 Prozent. Die bis dahin geringe Zuzahlungsbelastung sei eine Folge der Zuzahlungsbefreiung ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen sowie der geringen Zuzahlung im Krankenhaus. Den Autoren der Studie zufolge rangiert Deutschland in puncto Pro-Kopf-Zuzahlungen auch nach der Gesundheitsreform im europäischen Mittelfeld. Der Anteil der Zuzahlungen an der Finanzierung der Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) steigt durch die Reformmaßnahmen voraussichtlich auf 7,2 Prozent.

Einkommensabhängige Überforderungsklauseln existieren in Belgien, Deutschland, Schweden und Japan. Untersuchungen zeigen, dass sich außerordentlich hohe Inanspruchnahmen von Gesundheitsleistungen meist auf wenige Versicherte beschränken, so dass eine Befreiung von Spitzenbelastungen der Patienten sowohl in sozialer Hinsicht greift als auch auf die Gesamtkosten Auswirkungen hat.

# Schulden bei den Kassen

## KKH fordert Nachbesserungen im Reformgesetz

**Hannover** (ots). Die Kaufmännische Krankenkasse (KKH) kritisiert die Aufschiebung der Schuldentilgung der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) durch die Gesundheitsreform. „Bereits im Gesetzgebungsverfahren hatten wir davor gewarnt, den Abbau der Schulden auf die lange Bank zu schieben“, so KKH-Vorstandsvorsitzender Ingo Kailuweit. Die durch die Gesundheitsreform ermöglichte Streckung des Schuldenabbaus auf vier Jahre führe angesichts von derzeit rund 10 Milliarden Euro Gesamtschulden der GKV zu Kreditkosten in den nächsten Jahren von deutlich mehr als 1 Milliarde Euro.

„Diese Zinslast kann nur durch eine schnelle-

re Entschuldung spürbar verringert werden“, so der KKH-Chef. „Die Reform muss in diesem Punkt dringend nachgebessert werden, denn die Beitragseinnahmen der Kassen müssen zur Finanzierung von Leistungen und nicht für Zinszahlungen an Banken eingesetzt werden.“

Die KKH, die viertgrößte Ersatzkasse mit knapp 2 Millionen Versicherten, hat nach eigenen Angaben keine Schulden und konnte deshalb ihren Beitragssatz bereits im Januar um 0,4 Prozentpunkte auf 14,4 Prozent senken. Angesichts der Einsparungen durch die Gesundheitsreform hat sie eine weitere Beitragssenkung spätestens zum Jahreswechsel angekündigt.

## Berufsgenossenschaft: Arbeitsunfälle meist kurz vor Mittag

**Erfurt** (bgw). Der späte Vormittag ist in den zur Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) gehörenden Unternehmen die anfälligste Zeit für Arbeitsunfälle. Knapp 6500 Arbeits- und beruflich bedingte Wegeunfälle verzeichnet die BGW in der Zeit zwischen elf und zwölf Uhr. „Damit hat der späte Vormittag den frühen Morgen abgelöst, der bisher in den Unfallstatistiken führte“, sagte Hartmut Genz, Betriebssoziologe der BGW. Die Zeit zwischen sieben und acht Uhr bleibt aber weiterhin ein kritischer Zeitpunkt aus Sicht der Unfallversicherer, was mit dem morgendlichen Berufsverkehr zusammenhängt.

Der Rekord am späten Vormittag kann nach Ansicht der BGW verschiedene Gründe haben: Um diese Zeit ist eine maximale Zahl von Berufstätigen bei der Arbeit – sowohl die, die früh begonnen haben und bald Schluss machen, als auch jene, die erst später, etwa gegen neun Uhr, anfangen. Auch viele Teilzeitbeschäftigte, die nur vormittags arbeiten, sind jetzt am Arbeitsplatz. Um elf Uhr sind außerdem viele Menschen schon mehrere Stunden bei der Arbeit und erste Ermüdungserscheinungen stellen sich ein. BGW-Experte Hartmut Genz: „Kurzpausen sind sehr wichtig für die Regeneration der Arbeitskraft. Besser als bis mittags durchzuarbeiten und dann eine lange Pause zu machen, ist es, zwischendurch etwa in stündlichem Rhythmus die Arbeit kurz zu unterbrechen. Schon wenige Minuten Abstand von der Arbeit helfen, dass man sich ihr danach wieder mit neuer Kraft widmen kann.“

Wer viel sitzt, sollte zwischendurch aufstehen und sich bewegen, empfiehlt die BGW zur Unfallvermeidung. Wer dagegen stehen und herumlaufen muss, sollte sich eine kurze Sitzpause gönnen. Kurze Lockerungsübungen wie Schulterkreisen, Armeschwingen oder Strecken verhindern Verspannungen. Bei hoher mentaler oder körperlicher Anstrengung helfe es auch, die Augen zu schließen und kurz abzuschalten. Dagegen sei eine Zigarettenpause das Gegenteil von Erholung und auch ein Toilettengang ersetze die Kurzpause nicht. Die BGW ist zweitgrößter gesetzlicher Unfallversicherer und auch für die Heilberufler zuständig.

# 48 000 Vorschulkinder zur Zahnvorsorge

## Gesundheitsbericht des Thüringer Sozialministeriums

**Erfurt** (nz). Rund 48 000 Vorschulkinder in Thüringen haben im Schuljahr 2001/2002 an den Vorsorgeuntersuchungen der jugendzahnärztlichen Dienste teilgenommen. Das geht aus dem Bericht „Gesundheit in Thüringen“ hervor, den das Thüringer Sozialministerium jetzt vorgelegt hat. Damit wurden 72 Prozent der Kinder des Einschuljahrgangs erfasst. Bei den zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen für Grundschulkinder wurden im gleichen Jahr rund 53 700 Erst- bis Viertklässler erfasst – 89,7 Prozent aller Grundschüler. Die Vorsorgeuntersuchung für die 5. bis 10. Klassen nahmen rund 106 000 Schüler in Anspruch, das sind lediglich 58,7 Prozent der Schüler dieser Altersgruppe.

Die Zahl der an den Vorsorgeuntersuchungen teilnehmenden Vorschulkinder bewegt sich seit 1997 zwischen 71 und 73 Prozent. Bei den Grundschulern sind es konstant um die 90 Prozent. Eine Abwärtstendenz ist bei den 5. bis 10. Klassen zu verzeichnen. In dieser Altersgruppe wurden im Schuljahr 1997/98 noch 60, 2 Prozent der Schüler untersucht.

An den Putzaktionen im Rahmen der Gruppenprophylaxe beteiligten sich im Jahr 2002 dem Bericht zufolge 61 Prozent der Grundschüler (1998: 55 Prozent), von Maßnahmen zur lokalen Fluoridierung wurden knapp 54 Prozent der Erst- bis Viertklässler erfasst (1998: 29 Prozent).

# Weniger Betten, höhere Kosten

## Thüringer Zahlen zu stationärer Behandlung vorgelegt

**Erfurt** (nz). Trotz immer weniger Klinikbetten und kürzerer Liegezeiten der Patienten erhöhen sich die Ausgaben der Krankenkassen in Thüringen für die Krankenhausbehandlung weiter. Allein bei der AOK Thüringen stiegen die Ausgaben für die stationäre Behandlung in den letzten sechs Jahren um 20 Prozent. Im vergangenen Jahr seien die Ausgaben je Krankheitsfall auf 3160 Euro gestiegen, teilte die Krankenkasse mit. 1998 lagen die Fallkosten bei 3031 Euro. Krankenhausleistungen nahmen über 40 Prozent des gesamten AOK-Haushalts in Anspruch. Die Zahl der Klinikbetten sank im gleichen Zeitraum von über 18 000 auf unter 17 000.

Im Jahr 2002 verbrachte ein Patient in Thüringen im Schnitt 9,3 Tage in der Klinik, 1998 wurden Patienten 10,6 Tage im Jahr stationär behandelt. Die gegenläufige Kostenentwicklung ist aus Sicht des AOK-Verwaltungsratsvorsitzenden Frank Spieth Ausdruck eines Strukturproblems. Thüringen verfüge derzeit über mindestens 1000 Klinikbetten zuviel. Überangebot und Konkurrenz untereinander veranlasse die Häuser, sich mit teurer Medizintechnik auszustatten und diese dann auch auszulasten. Die AOK gibt jährlich rund 850 Millionen Euro für die Krankenhausbehandlung aus.

Die AOK verlangte eine bedarfsgerechte Neuordnung der Kliniklandschaft. Dazu gehörten Zentren mit einer bestimmten Spezialisierung, etwa in der Krebsbehandlung oder der Augenheilkunde, ebenso wie regional erreichbare Häuser zur Grundversorgung der Patienten. Die Zahl der Klinikbetten solle in den nächsten Jahren auf deutlich unter 15 500 sinken. Nicht mehr benötigte Häuser könnten in Pflegeeinrichtungen umgewandelt werden.

Die 46 Thüringer Kliniken behandeln jährlich über eine halbe Million Patienten. Um die Krankenhauskosten zu verringern, wurde 2003 mit der Einführung eines neuen Vergütungssystems begonnen. Demnach richtet sich die Bezahlung der Kliniken nicht mehr nach der Liegezeit der Patienten, sondern einheitlich nach der Diagnose. Tatsächliche Einsparungseffekte seien jedoch erst mittelfristig zu erwarten, sagte AOK-Krankenhausexperte Hermann Fox.

Nach Angaben des Statistischen Landesamtes waren 64 Prozent der Krankenhauskosten im Jahr 2002 Personalausgaben. Mehr als 982 Millionen Euro wurden für das ärztliche und nichtärztliche Personal ausgegeben – eine Steigerung um 3,7 Prozent im Vergleich zum vorangegangenen Jahr. Der Sachkostenanteil lag bei 35 Prozent, davon wiederum entfiel die Hälfte auf den medizinischen Bedarf.

## KV Thüringen erstmals mit Qualitätsbericht

**Weimar** (nz). Die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen hat erstmals einen Qualitätsbericht zur ambulanten medizinischen Versorgung im Freistaat vorgelegt. Darin wird beurteilt, wie die 3200 niedergelassenen Ärzte im Freistaat fachlichen Anforderungen unter anderem beim Röntgen, bei der Krebsvorsorge oder in der Diabetiker-Betreuung gerecht werden. Der Bericht gibt außerdem Auskunft über die Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei ambulanten Operationen sowie in der Methadon-Substitution drogenabhängiger Patienten.

Aus dem Bericht geht unter anderem hervor, dass Thüringer Ärzte im vergangenen Jahr in fast 76 000 Fällen Röntgenuntersuchungen zur Brustkrebserkennung vorgenommen haben. 70 Mediziner haben eine spezielle Qualifikation zur Mammographie erworben, teilte die KV bei der Vorstellung des Qualitätsberichtes mit. Mammographien zur Brustkrebserkennung werden demnach von 28 radiologischen und sechs frauenärztlichen Praxen sowie von vier dazu ermächtigten Krankenhäusern angeboten. Ihre fachliche Eignung müssen die Mediziner durch regelmäßige Prüfungen und Qualitätskontrollen der Röntgenaufnahmen und Befunde nachweisen. 98 Prozent der Prüfungen seien im vergangenen Jahr im ersten Anlauf bestanden worden, teilte die KV mit.

Dem Bericht zufolge setzen 1042 Hausarzt- und 37 Spezialpraxen in Thüringen das im Frühjahr 2003 gestartete Behandlungsprogramm für Diabetiker um. Sie behandeln knapp 48 000 Diabetes-Typ II-Patienten. Das Programm definiert die Standards für deren qualitätsgesicherte medizinische Behandlung. Zugleich verpflichtet es die beteiligten Mediziner, sich kontinuierlich fortzubilden. Nach KV-Angaben haben sich im vergangenen Jahr knapp 1200 Ärzte für das Programm schulen lassen.

Nach dem zu Jahresbeginn in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz sind die Kassenärztlichen Vereinigungen nunmehr verpflichtet, jährlich einen Qualitätsbericht vorzulegen.

# Neue Ärzte-Kooperationen künftig möglich

## Deutscher Ärztetag beschließt neue Musterberufsordnung

**Bremen** (ots). Ärzte können künftig leichter untereinander und mit anderen Fachberufen kooperieren. Auch dürfen sie über ihren Praxissitz hinaus an weiteren Stellen tätig sein. Entsprechende Änderungen der (Muster-) Berufsordnung hat der 107. Deutsche Ärztetag in Bremen beschlossen. Nach den bislang geltenden Bestimmungen in der Berufsordnung der Ärzte durfte jeder Arzt nur einer einzigen Berufsausübungsgemeinschaft angehören. Diese Beschränkungen werden nunmehr aufgehoben. In Zukunft haben Ärzte die Möglichkeit, in verschiedenen Kooperationsformen ärztlich tätig zu sein, beispielsweise in Teilgemeinschaftspraxen und Teilpartnerschaften. Auch die Bildung überörtlicher Gemeinschaftspraxen ist damit zulässig.

Mit der Novellierung der MBO soll dem durch das GKV-Modernisierungsgesetz initiierten Vertragswettbewerb unter verschiedenen Versorgungsformen Rechnung getragen werden. „Kooperative Berufsausübung schafft nicht nur gleiche Wettbewerbschancen mit anderen Versorgertypen, wie dem Medizinischen Versorgungszentrum, kooperative Berufsausübung

kann auch zu Entlastungen der Kolleginnen und Kollegen führen, weil zum Beispiel Arbeitszeiten sinnvoller eingeteilt werden können und so eine Verbesserung der Patientenversorgung durch höhere Erreichbarkeit, aber auch durch Nutzung von Synergieeffekten der regelhaften Zusammenarbeit verschiedener Fachgebiete erreicht werden kann“, erklärte Prof. Dr. Ingo Flenker, Vorsitzender der Berufsordnungsgremien der Bundesärztekammer und Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Auch die Möglichkeiten zur Anstellung von Ärzten werden ausgeweitet. Voraussetzung ist, dass der niedergelassene Arzt seine Praxis persönlich leitet und dem angestellten Praxisarzt eine angemessene Vergütung sowie angemessene Zeit für Fortbildungen gewährt. „Es stimmt, dass mit der vorgelegten Novellierung das tradierte Berufsbild des in Einzelpraxis tätigen Arztes aufgegeben wird. Damit wird aber nicht die Freiberuflichkeit aufgegeben“, betonte Flenker.

Die Musterberufsordnung sieht außerdem er-

weiterte Kooperationsformen mit anderen Leistungserbringern vor, beispielsweise Angehörigen anderer akademischer Heilberufe im Gesundheitswesen, Naturwissenschaftlern oder Mitarbeitern sozialpädagogischer Berufe. Im Hinblick auf den neuen Versorgungstypus der Medizinischen Versorgungszentren wurde eine Regelung in die Berufsordnung aufgenommen, die Ärzten die Gründung einer eigenen Gesellschaftsform, der so genannten Ärztegesellschaft, ermöglicht. Für diese Neuregelung des Berufsrechts müssen allerdings noch Bestimmungen in den Heilberufsgesetzen der Länder geändert werden.

„Das Berufsrecht wurde unter der Prämisse weiterentwickelt, dass unabhängig von der gewählten Kooperationsform das Schutzniveau im Arzt-Patienten-Verhältnis gleichartig sei und der Besonderheit dieses Verhältnisses Rechnung getragen werden muss“, sagte Flenker. Zudem sei auch bei kooperativer Leistungserbringung der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung zu beachten. Bei allen Formen der ärztlichen Kooperation soll die freie Arztwahl gewährleistet bleiben.

# Ulla Schmidt hat Kassenärzte wieder lieb

## Humanmedizinischer Teil des umstrittenen „Schwarzbuchs“ gelöscht

**Berlin** (bmg). Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) und der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Manfred Richter-Reichhelm, haben einer Pressemitteilung des Ministeriums zufolge eine positive Bilanz der bisherigen Arbeit der Selbstverwaltung bei der Umsetzung der Gesundheitsreform gezogen. Die Bundesministerin würdigte in einem Gespräch mit dem KBV-Vorsitzenden sowie dem Hauptgeschäftsführer Dr. Andreas Köhler die enorme Kraftanstrengung der ärztlichen Selbstverwaltung. Sie erklärte: „Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat schnell praktikable und patientenfreundliche Regelungen mit den Kassen gefunden. Dies hat die Akzeptanz der Gesundheitsreform in der Bevölkerung ver-

bessert, was sich zum Beispiel in der guten Zahlungsmoral bei der Praxisgebühr zeigt.“ Gerade dieses neue Instrument der Selbstbeteiligung stelle auch für Ärztinnen und Ärzte einen zusätzlichen Aufwand dar. Die übergroße Mehrheit der Vertragsärzte habe die Vorgaben des Gesetzgebers und der Selbstverwaltung „vorbildlich“ in die Praxis umgesetzt, lobte Schmidt.

An dieser positiven Bilanz ändere auch die Tatsache nichts, dass es insbesondere zu Beginn des Jahres Fälle gegeben habe, bei denen die Absichten des Gesetzes teilweise nicht richtig erkannt oder bewusst boykottiert wurden. Die Bundessozialministerin bekräftigte, dass die Veröffentlichung des Schwarzbuches zur

Gesundheitsreform lediglich der Dokumentation einzelner Fälle von gesetzeswidrigem Verhalten gedient habe. „Damit ist aber keinesfalls ein pauschaler Vorwurf an Ärztinnen und Ärzte oder deren Organisationen verknüpft“, betonte sie. Im Bereich der Humanmedizin seien Fehler rasch abgestellt worden.

Dr. Richter-Reichhelm stellte klar, dass sich die KBV auch weiterhin dem bewährten System der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen verpflichtet sehe, in dem es den beteiligten Organisationen zukommt, gesetzliche Vorgaben umzusetzen und mit Leben zu erfüllen. Als Ergebnis des Gesprächs wird der humanmedizinische Teil des Schwarzbuchs gelöscht, teilte das Ministerium mit.

# Kein „Zahntourismus“ nach Osteuropa

## KZBV warnt Patienten vor Nachteilen bei Auslandsbehandlung

**Berlin** (kzbv). Anlässlich der EU-Osterweiterung hat die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung Patienten ausdrücklich vor einem unüberlegten Zahntourismus in die neuen Mitgliedsländer gewarnt. „Wir raten den Versicherten, sich ausgiebig und genau zu informieren, bevor sie sich für Zahnbehandlungen in den neuen osteuropäischen Mitgliedsländern entscheiden“, sagte der KZBV-Vorsitzende, Dr. Jürgen Fedderwitz. Bei umfangreichen und aufwändigen Therapien mit Zahnersatz und insbesondere mit Implantaten sei der Kostenvorteil in diesen Ländern auf den ersten Blick deutlich und darum sehr verlockend. „Aber gerade bei diesen Behandlungen ist eine intensive Nachsorge notwendig. Und sollten Nachbehandlungen notwendig sein, die der Behandler über einen festgelegten Zeitraum kostenfrei zu erbringen hat, so werden die hiesigen Zahnärzte diese Nachbesserungen an ‚Auslandsversorgungen‘ in der Regel sicher nicht zum Nulltarif erbringen. So ist der Preisvorteil ganz schnell wieder dahin“, warn-

te Fedderwitz. Ergänzend fügte er hinzu: „Der Patient in Deutschland hat klar definierte und einklagbare Ansprüche. Diese Rechtssicherheit hat er im Ausland sicher so nicht.“

Grund zu dieser Warnung geben laut KZBV auch die Ergebnisse einer aktuell vorliegenden Studie des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz. Dieser hatte 60 Patienten mit im Ausland vorgenommener zahnprothetischer Versorgung begutachtet. Lediglich 23 Prozent der Patienten hatten demnach einen hinsichtlich Planung und Qualität zufrieden stellenden Zahnersatz erhalten. Bei fast allen (97 Prozent) der begutachteten Einzelkronen war nach Prüfung der Gutachter die Notwendigkeit der Anfertigung zumindest fraglich. Brückenversorgungen wiesen in mehr als 50 Prozent der Fälle erhebliche Mängel auf. Der Kostenvorteil, den die Patienten sich vor Beginn der Behandlung errechnet hatten, entwickelte sich in vielen Fällen zum Kostennachteil.

Grundsätzlich haben deutsche Versicherte die Möglichkeit, Zahnärzte in den osteuropäischen Staaten aufzusuchen, die nun zur EU gehören, um sich hier gegen Rechnung behandeln zu lassen.

Zu Hause erstattet die Krankenkasse die Kosten – allerdings nur für die Behandlungen, die auch hier erstattet werden und nur bis zu der Höhe, die auch im Inland übernommen wird.

Dr. Fedderwitz: „Zahnersatz ist etwas anderes als ein Autoersatzteil. Das Vertrauensverhältnis, das der Patient zu seinem Zahnarzt aufbaut, ist eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche und für den Patienten zufrieden stellende Zahnbehandlung. Wir raten unseren Patienten deshalb, sich auch weiterhin kontinuierlich von ihrem Zahnarzt in der Nähe behandeln zu lassen. Damit steht zahnmedizinisch kompetente Hilfe auch kurzfristig in Notsituationen zur Verfügung.“

## Einige Zweifel am KZBV-Kurs

### Kontroverse Debatte auf Frühjahrstagung von DAZ und VDZM

**Frankfurt** (daz/vdzm). Auf der gemeinsamen Frühjahrstagung des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde (DAZ) und der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin e. V. (VDZM) in Frankfurt am Main ist es zu einer kontroversen Diskussion zwischen Vertretern der beiden Vereinigungen und dem Vorsitzenden der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Jürgen Fedderwitz, gekommen. Das geht aus einer gemeinsamen Pressemitteilung von DAZ und VDZM hervor. Demzufolge nahmen die Teilnehmer zwar die Absicht des KZBV-Chefs positiv auf, trotz aller Kritik an der jüngsten Gesetzgebung auch weiterhin an der Gestaltung der Zahnheilkunde innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verantwortlich mitzuarbeiten. Kontrovers diskutiert wurden allerdings die Ziele, die dabei zu verfolgen seien.

Fedderwitz habe die Ansicht vertreten, die „Limitierungen des Sachleistungssystems“ böten den Zahnärzten keine Perspektive, sie sollten sich daher „nicht mehr von Sozial-

romantik leiten lassen“. Niedergelassene Zahnärzte aus den Reihen der Veranstaltungsteilnehmer hielten kritisch dagegen. Die Einwände entzündeten sich insbesondere an der Äußerung des KZBV-Vorsitzenden, die Ausgliederung von zahnärztlichen Leistungen aus der solidarischen Finanzierung biete sich gerade wegen des „hohen Verhaltensrisikos“ auf Seiten der Versicherten und der Vermeidbarkeit von Zahnkrankheiten durch gesundheitsbewusstes Verhalten an. Diese Darstellung – so die Gegenargumente aus dem Publikum – sei nur als einseitige Schuldzuweisung geeignet und werde den vielfachen sozialen, wirtschaftlichen und auch individuell-genetischen Ursachen der Zahn- und Zahnfleischerkrankungen nicht gerecht. Im Verständnis von DAZ und VDZM sind Zahnkrankheiten Krankheiten. Sie sollten wie andere Erkrankungen des Organismus unabhängig vom Einkommen medizinisch behandelt werden. Gerade angesichts hoher und zunehmender Arbeitslosigkeit und wirtschaftlicher Schwäche sei die solidarische Leistungsver-

sicherung für viele Menschen wichtiger denn je, so die Veranstaltungsteilnehmer.

Die meisten Diskutanten mochten Fedderwitz nicht folgen, der die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen tendenziell für „unnötig“ erklärte, zumal es in Europa „ohnehin nichts Vergleichbares gebe“. Fedderwitz erklärte sich als Mitglied des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte ausdrücklich in Übereinstimmung mit dessen Zielsetzung, fast alle Behandlungsleistungen für über 18-Jährige aus der GKV auszugrenzen. Die Teilnehmer der Frankfurter Veranstaltung äußerten deutliche Zweifel daran, ob er damit wirklich die Meinung der großen Mehrheit der Zahnärzte seines Verbandes wie auch der gesamten Zahnärzteschaft wiedergebe.

VDZM und DAZ setzen sich aus sozialen wie auch aus ökonomischen Erwägungen heraus dafür ein, eine ordentliche Absicherung der zahnmedizinischen Versorgung für die Patienten zu erhalten.

# Wir gratulieren!

zum 92. Geburtstag am 29.06.

**Herrn SR Dr. Rudolf Nündel**  
in Erfurt

zum 82. Geburtstag am 24.06.

**Herrn MR Dr. Werner Heß**  
in Ilmenau

zum 78. Geburtstag am 22.06.

**Herrn Werner Jopke**  
in Rauenstein

zum 76. Geburtstag am 08.06.

**Herrn Prof. Dr. med. habil. Delef Eismann**  
in Nöda

zum 75. Geburtstag am 29.06.

**Herrn SR Heinz Schöps**  
in Rudolstadt

zum 74. Geburtstag am 24.06.

**Herrn OMR Dr. med. dent. Konrad Mämpel**  
in Bad Köstritz

zum 71. Geburtstag am 26.06.

**Herrn MR Anton Müller**  
in Neuhaus a. Rwg.

zum 70. Geburtstag am 03.06.

**Herrn Klaus Röhner**  
in Neustadt

zum 70. Geburtstag am 17.06.

**Herrn Dr. med. dent. Peter Schumann**  
in Weimar

zum 70. Geburtstag am 30.06.

**Frau SR Dr. med. dent. Ulla Meisgeier**  
in Schleiz

zum 69. Geburtstag am 22.06.

**Frau Rosmarie Erdtmann**  
in Meiningen

zum 69. Geburtstag am 14.06.

**Herrn Dr. med. György Batka**  
in Erfurt

zum 69. Geburtstag am 26.06.

**Frau Hannelore Kaufmann**  
in Rudolstadt

zum 69. Geburtstag am 15.06.

**Frau Dr. med. dent. Barbara Strumpf**  
in Jena

zum 68. Geburtstag am 11.06.

**Herrn Dr. med. dent. Peter Geupel**  
in Gera

zum 68. Geburtstag am 09.06.

**Frau SR Helga König**  
in Erfurt

zum 67. Geburtstag am 01.06.

**Herrn Dr. med. dent. Christian Schneider**  
in Stützerbach

zum 66. Geburtstag am 04.06.

**Frau Notburga Neudert**  
in Ilmenau

zum 66. Geburtstag am 24.06.

**Frau Margot Kretzschmar**  
in Ilfeld

zum 66. Geburtstag am 20.06.

**Frau Thea Schmidt**  
in Jena

zum 66. Geburtstag am 04.06.

**Frau Dr. med. Rose-Marie Weidlich**  
in Leipzig

zum 65. Geburtstag am 01.06.

**Frau SR Helga Schmidt**  
in Ohrdruf

zum 65. Geburtstag am 29.06.

**Frau Dr. med. dent. Marielies Krippendorf**  
in Erfurt

zum 65. Geburtstag am 18.06.

**Frau Helga Meisel**  
in Meiningen

zum 60. Geburtstag am 07.06.

**Frau Ulrike Guyenot**  
in Apolda

zum 60. Geburtstag am 29.06.

**Herrn Swen Kirchhoff**  
in Meiningen

zum 60. Geburtstag am 09.06.

**Frau Dr. med. dent. Ursula Nitsche**  
in Schmöln

zum 60. Geburtstag am 06.06.

**Herrn Dr. med. Bernd Triemer**  
in Bad Berka

zum 60. Geburtstag am 25.06.

**Frau Dr. med. Antje Seidel**  
in Weimar

zum 60. Geburtstag am 26.06.

**Frau Ursel Grobitzsch**  
in Ponitz

zum 60. Geburtstag am 18.06.

**Frau Dr. med. dent. Monika Lorbeer**  
in Jena

zum 60. Geburtstag am 18.06.

**Frau Angela Kalinke**  
in Gera

**Sichere KFO-Stelle**

Für unsere seit über dreißig Jahren bestehende kieferorthopädische Abteilung innerhalb einer großen zahnärztlich-oralchirurgischen Gemeinschaftspraxis und innerhalb einer Klinik für zahnärztliche Implantologie (ZKI) (Labor angeschlossen) suchen wir eine kieferorthopädisch tätige Kollegin (Berufserfahrung erwünscht). Die jetzige Leiterin der KFO geht nach über dreißig Jahren in den Ruhestand.

Besonders geeignet ist diese Stelle auch für eine/n Kollegen/in mit Kind/ern, da eine vollkommen selbstständige Zeit- und Arbeitseinteilung gewährleistet ist. Über die Form der Zusammenarbeit kann gesprochen werden, da wir für alle Modelle offen sind. Wir sind allerdings ausschließlich an einer langen Mitarbeit interessiert.

Unsere Praxis liegt in nördlicher S-Bahn-Nähe von Stuttgart (20 Minuten bis Stadtmitte). Über Ihr Interesse würden wir uns freuen.

**Sie erreichen uns über:**

**E-Mail: drs.zweigart.buss.stolz@t-online.de  
oder info@zki-implantatlinik.de**

**Tel.: (0 71 42) 93 60-0 (auch nach 18 Uhr)**

**Fax: (0 71 42) 93 60-25**

**Praxisabgabe**

Moderne Zahnarztpraxis im Raum Flensburg (Schleswig-Holstein) kurzfristig abzugeben. Jeweils 30 min zur Nord- oder Ostsee.

**Chiffre: 121**

**Praxisabgabe in Greifswald**

Sehr umsatzstarke Zahnarztpraxis (als Einzel- oder Doppelpraxis mögl.) zu Anfang 2005 abzugeben.

**Kontakt: Löwer & Partner Berlin**

**Tel.: (030) 27 87 59 75**

**Antworten auf Chiffre-Anzeigen**

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

**Senden Sie Ihre Zuschrift an:**

**Werbeagentur und Verlag**

**Kleine Arche**

**Holbeinstraße 73**

**99096 Erfurt**

**Kleinanzeigen-Auftrag**

<b>tzb</b>	<b>Auftraggeber:</b>	<b>Ausgabe(n):</b> _____ (Monat/Jahr)
	Name, Vorname _____	<b>Rubrik:</b> _____ mm-Preis
Straße, Hausnr. _____	<input type="checkbox"/> Stellenangebote 1,20 EUR	<input type="checkbox"/> Stellengesuche 0,80 EUR
PLZ, Ort _____	<input type="checkbox"/> Praxisübernahme 1,20 EUR	<input type="checkbox"/> Praxisabgabe 1,20 EUR
Telefon/Fax _____	<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft 1,20 EUR	<input type="checkbox"/> Vertretung 1,20 EUR
<b>Ich beauftrage Sie hiermit, folgenden Anzeigentext im tzb zu veröffentlichen:</b>		<input type="checkbox"/> Verkäufe 1,20 EUR
_____	_____	<input type="checkbox"/> Kaufgesuche 1,20 EUR
_____	_____	<input type="checkbox"/> Kursankündigungen 1,20 EUR
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sonstiges 1,20 EUR
_____	_____	<input type="checkbox"/> gewerblich 1,40 EUR
_____	_____	<b>Chiffre:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	Chiffregebühr 6,50 EUR; Ausland 10,50 EUR
_____	_____	<b>Alle Preise zzgl. gesetzl. MwSt. gelten für zweispaltige Anzeigen (87 mm breit) je mm Höhe. Mindesthöhe 20 mm)</b>
<b>Einzugsermächtigung:</b> Den Rechnungsbetrag buchen Sie bitte von meinem Konto ab:	<b>Unterschrift nicht vergessen und abschicken/faxen an:</b> Werbeagentur und Verlag Kleine Arche Holbeinstraße 73, 99096 Erfurt Tel. (0361) 7 46 74 80 <b>Fax (0361) 7 46 74 85</b>	<b>Zuschriften auf Chiffre-Anzeigen werden gesammelt per Post an die Auftraggeber weitergeleitet.</b>
Konto-Nr. _____ BLZ _____		Datum _____
Bank _____		Unterschrift _____



# DIE BETRIEBSPRÜFUNG KOMMT – WAS TUN?

*Die Finanzbehörde prüft zur Zeit verstärkt Zahnarztpraxen. Denn zusätzlich eingestellte Betriebsprüfer verkürzen die Prüfungsfrequenz und eine neue Prüfungsanordnung hat die Kompetenz der Finanzbehörde deutlich erweitert. Womit muss ein Zahnarzt rechnen und wie sollte er sich verhalten?*

*Eine Betriebsprüfung muss schriftlich angeordnet werden. Und diese schriftliche Anordnung muss die Rechtsgrundlagen für die Außenprüfung, die zu prüfenden Steuerarten sowie den Prüfungszeitraum enthalten. Möglich ist zudem, dass in der Anordnung auch schon bereits der Prüfungstermin und der Ort der Prüfung genannt werden.*

*Die schriftliche Anordnung mit diesen wichtigen Informationen sollte schnellstmöglich dem Steuerberater übermittelt werden. Denn diesem bleiben in der Regel nur ca. zwei Wochen, alle Unterlagen für die bevorstehende Betriebsprüfung vorzubereiten. Zwar kann der Zahnarzt eine Terminverlegung beantragen, jedoch akzeptiert das Finanzamt nur wichtige Gründe, wie zum Beispiel ein bereits gebuchter Urlaub oder Krankheit des Zahnarztes oder seines Steuerberaters.*

*Die Zeit bis zu dem Prüfungstermin sollte der Zahnarzt nutzen und intensiv mit seinem Steuerberater zusammen arbeiten. Denn je früher und vollständiger die Belege und notwendige Informationen dem Steuerberater vorliegen, umso besser kann dieser die Betriebsprüfung vorbereiten.*

*Die Betriebsprüfung dient der Ermittlung der steuerlichen Verhältnisse des Zahnarztes. Dabei können eine oder mehrere Steuerarten, ein oder mehrere Zeiträume geprüft werden, aber auch nur bestimmte Sachverhalte. Die Finanzbehörde bestimmt also den Prüfungsumfang. Üblicherweise werden drei Jahre geprüft, es müssen aber keine zusammenhängenden Jahre mehr sein. Der Prüfer darf sich also auch drei Jahre „herauspicken“.*

*Die neue Betriebsprüfungsanordnung legt sogenannte Pflichtprüfungsorte fest. Das Finanzamt ist deshalb gehalten die Betriebsprüfung möglichst in der Zahnarztpraxis durchzuführen. Ist das nicht machbar, soll in den Wohnräumen des Zahnarztes geprüft werden. Kann weder das eine noch*

*das andere realisiert werden, ist im Finanzamt zu prüfen. Nur in besonderen Fällen ist noch eine Prüfung in den Geschäftsräumen des Steuerberaters möglich. Aber ganz gleich wo die Betriebsprüfung stattfindet, eine Praxisbesichtigung wird zwischenzeitlich in jedem Fall durchgeführt.*

*Zu Beginn der Prüfung empfiehlt es sich, ein einleitendes Gespräch zwischen Steuerpflichtigem, Prüfer und Berater zu führen. Hierbei sollen Einzelheiten über den Ablauf der Prüfung besprochen und abgestimmt werden. An dieses Gespräch sollte sich zunächst die Betriebsbesichtigung anschließen. Für die Prüfung selbst müssen die notwendigen Unterlagen für den gesamten Prüfungszeitraum geordnet und vollständig vorliegen.*

*Nach der Betriebsprüfung steht eine Schlussbesprechung an, bei der die strittigen Sachverhalte erörtert werden. Die Besprechungspunkte und der Termin werden dem Zahnarzt angemessene Zeit vorher bekannt gegeben, damit eine Vorbereitung auf die Schlussbesprechung möglich ist. Üblicherweise nehmen an der Besprechung der Zahnarzt und sein Steuerberater teil. Die Finanzbehörde wird durch den Betriebsprüfer sowie dessen Sachgebietsleiter vertreten.*

*Über das Ergebnis der Betriebsprüfung ergeht ein schriftlicher Bericht, der allen Beteiligten ein vollständiges und klares Bild über die Prüfung vermitteln soll. Wurde in der Schlussbesprechung bei strittigen Sachverhalten eine Einigung erzielt, ist dies im Bericht zu vermerken. Ebenso ist festzuhalten, wenn über gewisse Punkte keine Einigung erreicht werden konnte.*

*Aufgrund der Feststellungen im Prüfbericht ergehen dann an den Zahnarzt geänderte Steuerbescheide. Gegen diese Steuerbescheide kann der Zahnarzt dann Einspruch einlegen, wenn er und sein Steuerberater mit der Finanzbehörde bei strittigen Punkten keine Einigung erzielen konnte.*

**Evelyn Schmalenbach**  
**Steuerberater/vereidigter Buchprüfer**  
**ADVITAX Steuerberatungsgesellschaft mbH Jena**



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

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

Zur Verstärkung unseres Team suchen wir ab sofort eine/n:

## Verwaltungshelfer/in als Sachbearbeiter/in in Teilzeit

Sie finden bei uns eine abwechslungsreiche Tätigkeit und angenehme Arbeitsbedingungen. Tatkräftige Unterstützung bei Ihrer beruflichen Weiterbildung und gute Vertragsbedingungen sind bei uns selbstverständlich. Haben Sie Mut und bewerben Sie sich!

## ADVITAX Steuerberatungsgesellschaft mbH

Ansprechpartnerin: Evelyn Schmalenbach, Steuerberaterin, vereidigte Buchprüferin

Hainstraße 1A · 07745 Jena · phone: (03641) 4 69 15 · fax: (03641) 46 91 79

mail: [advitax-jena@etl.de](mailto:advitax-jena@etl.de) · home: [www.etl.de/advitax-jena](http://www.etl.de/advitax-jena)

Mitglied in der European Tax & Law



# PARTNER-SERVICE

Sehr geehrte Leser,

mit unserer Aktion **PARTNER-SERVICE** wollen wir Ihnen helfen, Kontakte zu Firmen herzustellen, die sich mit Entwicklung, Herstellung und Vertrieb unterschiedlicher Produkte beschäftigen. Bei Interesse senden uns diese Seite ausgefüllt per Fax zurück, damit wir Ihre Anfrage an die Inserenten weiterleiten können.



## Wir arbeiten zusammen mit:

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

Infomaterial



## KOMET-Innovationen

„Keramikveneers.de“ Satz 4388 –  
Substanzschonende und kontrollierte Präparation  
von Keramikveneers nach Dr. Ahlers.

Komposit-Finiererset, Satz 4389 – Perfekte Kompositoberfläche  
mit dem 2-stufigen Finiererset nach Professor Radlanski.

H1SEM – Neuer Rundbohrer für vibrationsarmes Exkavieren bei guter Sicht.

Infomaterial



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

Infomaterial



## Fachdental Leipzig – die Fachmesse für Zahnarztpraxen und Dentallabors am 24. und 25. September 2004

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

Infomaterial



## Wir fertigen für Sie nach individueller Planung.

Infomaterial



## SARA-LED

### neues LED-Ringlichtsystem für digitale Dentalfotografie

Sie werden fasziniert sein, wenn wir Ihnen weitere Einzelheiten (vgl. S. 48)  
und die Preise nennen.

Infomaterial



als Fax an 0361/74674-85

Ihr Name und Ihre Anschrift:



WERBEAGENTUR UND VERLAG  
KLEINE ARCHE

Ansprechpartner: Frau Schweigel · Tel.: 0361/74674-80

---



---



---



---

## GUT GERÜSTET FÜR DIE GERÜST-BEARBEITUNG

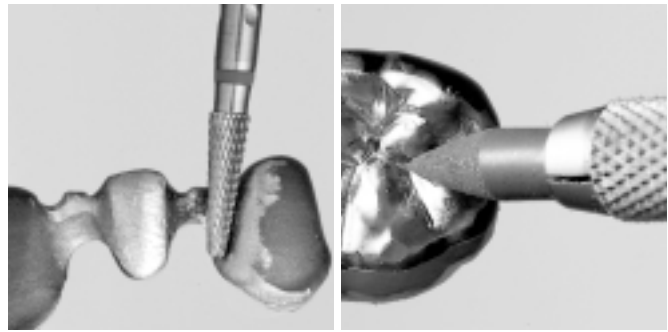
Wer bei der Bearbeitung von Gerüsten in der Kronen- und Brückentechnik optimale Ergebnisse bei kleinstmöglichem Zeitaufwand erreichen möchte, sollte nicht nur das Werkzeug sorgfältig auswählen, sondern unbedingt auch die empfohlene Drehzahl und Anpresskraft beachten.

Speziell bei Gerüsten aus hochgoldhaltigen, -reduzierten und NEM-Legierungen beschert eine falsche Werkzeug- und Drehzahlauswahl lange Bearbeitungszeiten, bis endlich feinere Oberflächen entstehen.

Im Handumdrehen klappt dies dagegen bei Werkzeugen mit der richtigen Schneidengeometrie und die bei niedrigen Drehzahlen von  $25.000 \text{ min}^{-1}$  (hoch-goldhaltige Legierungen) beziehungsweise  $15.000 \text{ min}^{-1}$  (alle anderen Metall-Legierungen) angewandt werden.

- Für die Edelmetallbearbeitung empfiehlt Komet Werkzeuge mit E-, EF-, oder UM-Verzahnung, zum Beispiel den HM-Fräser H138EF
- Für die Bearbeitung von NEM-Legierungen sind Werkzeuge mit FSQ- oder UM-Verzahnung sinnvoll, zum Beispiel der HM-Fräser H138FSQ

Dabei bietet die UM-Verzahnung den Vorteil, das ohne Werkzeugwechsel – je nach Variation der Anpresskraft – mehr Material abgetragen oder die Oberfläche geglättet wird. Ein Stolperstein kann auch die falsche Vorbereitung der zur Verblendung vorgesehenen Flächen sein: Schmutz- oder Strahlgut-Einlagerungen im Metallgerüst führen leicht zu Abplatzungen. Komet empfiehlt deshalb zur definierten Aufräumung von Oberflächen HM-Fräser mit DF-Verzahnung bei einer Drehzahl von  $12.000 \text{ min}^{-1}$  zu verwenden. Deren Schneiden trennen die Späne sauber ab, so dass unreinigte Überlappungen vermieden werden, die zum Beispiel bei der Verwendung keramisch gebundener Schleifer entstehen könnten.



**Der Hartmetallfräser H138EF bringt Edelmetall-Gerüste in Form. (links) Der Hochleistungspolierer 9635 bringt Edelmetall zum Glänzen. (rechts)**

Die meisten Fehler passieren jedoch bei der Politur: Entweder ist die Drehzahl zu hoch, es wurde die falsche Polierstufe oder ein Polierer gewählt, der nicht auf das zu bearbeitende Material abgestimmt ist und auch nach längerer Polierzeit nicht das gewünschte Ergebnis erzielt. Drehzahlen von über  $10.000 \text{ min}^{-1}$  bewirken durch die entstehende Reibung höhere Temperaturen – bis zu Verbrennungen der Polieroberflächen.

**Fazit:** Der Turbogang bringt keine Polierleistung und zudem Standzeitverlust. Zu feine Polierer verrunden das Oberflächenprofil lediglich. Trotz hoher Polierzeiten können so keine Spiegelglanzoberflächen entstehen.

Komet empfiehlt für die Politur von Gerüstmaterialien die Einhaltung der Polierstufen braungrün sowie eine Anwendungsdrehzahl von  $6.000 \text{ min}^{-1}$ .

Anwendungshilfen zur Kronen- und Brückentechnik stellt Komet kostenlos zur Verfügung. Das gilt auch für den Fräser-Kompass, den Polierer-Kompass, und für die umfassenden Produktinformationen über Bürsten und UM-Fräser.

## NEUER KNOCHENFRÄSER FÜR SCHONENDE EINGRIFFE



Der Hartmetall-Knochenfräser H254E von Komet ermöglicht kieferchirurgische Eingriffe auf die sanfte Art. Zu dieser Leistung befähigt ihn eine besondere Kreuzverzahnung und Schneidengeometrie.

Das Spezialgebiet des H254E sind minimalinvasive Präparationen von Knochengewebe und Zahnhartsubstanz: Gewebeschonend präpariert der Knochenfräser Knochen oder Knochendeckel, die nach dem Entfernen retinierter Weisheitszähne oder bei der Wurzelspitzenresektion wieder reponiert werden sollen. Auch zum definitiven Entfernen von umgebendem Knochengewebe eignet sich das Spezialinstrument. Aufgrund seiner effektiven Schneidleistung kann der H254E auch Zahnhartsubstanz, insbesondere Zahnwurzeln, problemlos zerteilen.

**Knochenarbeit: Der H254E präpariert Knochengewebe und Zahnhartsubstanz effektiv und sehr schonend.**

Die besten Ergebnisse werden mit geringer Anpresskraft unter  $2 \text{ N}$  und einer Drehzahl von  $100.000 \text{ min}^{-1}$  erzielt. Wichtig ist, dass das Arbeiten immer unter ausreichender Kühlung erfolgt (mindestens  $50 \text{ ml/min}$ ). Der H254E darf nur im Mikromotor (rotes Winkelstück) und nicht in der Turbine verwendet werden.

Weitere Informationen sind erhältlich bei:

**GEBR. BRASSELER GmbH & Co. KG**

Trophagener Weg 25, 32657 Lemgo

Tel.: + 49 (0) 52 61 701-0

Fax: + 49 (0) 52 61 701-289

[www.kometdental.de](http://www.kometdental.de)

E-Mail: [info@brasseler.de](mailto:info@brasseler.de)

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

## **Betriebliche Altersvorsorge für Mitarbeiter**

Mehr und mehr sind die Rentensituation, die Überalterung der Gesellschaft und leere Staatskassen Themen, über die in den Medien täglich berichtet wird und die uns immer mehr verunsichern. Das Unvermögen des Staates, diese Situation in den Griff zu bekommen, wird immer deutlicher. Welche Möglichkeiten es bereits heute gibt, finanzielle Sicherheit im Alter zu erlangen, wird oft diffus dargestellt und gibt eher Rätsel auf, anstatt aufzuklären.

Obwohl jeder weiß, dass die gesetzlichen Renten gerade den heute 20- bis 40-jährigen eine finanzielle Sicherheit im Alter nicht mehr bieten, geht die Initiative für eine zusätzliche Altersversorgung meist von den Unternehmen aus. Junge Leute denken heute weder an ihre Rente noch an die Möglichkeit einer betrieblichen Altersversorgung und bewusste Arbeitgeber sind deshalb in einer besonderen Verantwortung. Sie können das thematisieren und wir, von der Hamburg-Mannheimer Versicherungs-AG, werden mit Ihnen über die betriebliche Altersvorsorge Ihrer Mitarbeiter reden und wenn Sie es wünschen, diese aus erster Hand im persönlichen Gespräch über alle Möglichkeiten der Absicherung informieren.

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

Die Hamburg-Mannheimer Versicherungs-AG ist ein Lebensversicherer mit einer über 100-jährigen Tradition und hohen Reserven für eine solide Partnerschaft. Unabhängige Ratingagenturen wie „Standard & Poors“ setzten die Hamburg-Mannheimer auf den 1. Platz bei der Bewertung der Finanzkraft von Versicherungsunternehmen in Deutschland. Speziell für die Altersvorsorge ausgebildete Mitarbeiter können mit Ihnen die Möglichkeit auswählen, die gerade für Ihre Praxis effektiv ist. Unsere, vor wenigen Wochen initiierte Aktion, über das "tzb" Zahnärzte anzusprechen hat bisher gezeigt, dass die betriebliche Altersvorsorge in den Praxen auf ein sehr großes Interesse stößt, weil Handlungsbedarf besteht. Aus organisatorischen Gründen können wir deshalb nur etappenweise in jeweils regional begrenzten Gebieten für Sie tätig sein. Unser Mitarbeiter, Herr Stauch, erteilt Ihnen darüber gerne Auskunft.

Ihre Hamburg-Mannheimer Versicherungs-AG.

# „SARA-LED“ – NEUES LED-RINGLICHTSYSTEM FÜR DIGITALE DENTalfOTOGRAFIE

**Nach fast 10 jähriger Erfahrung im Bereich des Vertriebes von diversen Dentalkamerasystemen, haben wir, Fa. Ramezani-Sabet Kamerasysteme Nürnberg, ein Produkt entwickelt, dass die bisher angebotenen LED-Ringlichtsysteme „in den Schatten“ stellt.**



**SARA-LED Ringlight**

Bekanntlich kommt es bei der Dentalfotografie auf das richtige Licht an. Die Ausleuchtung der Mundhöhle wurde in der analogen Fotografie von Ringblitzsystemen übernommen, die jedoch in Kombination mit Digitalkameras entweder nicht oder nur erschwert funktionieren. Eine Dauerlichtquelle mit LED-Technologie ist die Problemlösung bei der Digitalfotografie.

Die Lichtqualität der neuesten Generation von LED-Lämpchen (nahezu Tageslichtqualität) ermöglicht eine äußerst natürliche Farbwiedergabe. Da die Lichtquellen rund um das Objektiv angeordnet sind, ist eine optimale Beleuchtung garantiert. Dauerlicht bringt auch den entscheidenden Vorteil, dass das Licht auch während der Aufnahme zur Fokussierung zur Verfügung steht.



**Hightech-Innenleben der Steuerungseinheit von SARA-LED**

Die bisher auf dem Markt befindlichen LED-Ringlichter, auch die, die wir bisher vertrieben haben, leisteten gute Dienste. In Kombination mit der richtigen Kamera und den nötigen Einstellungen sind die Ergebnisse auch gut präsentierbar.

Nützliche technische Raffinessen, um beispielsweise mit flexiblem Licht auch der Kreativität des Fotografierenden freien Lauf zu geben, haben gefehlt.

Das Handling mit Akku und Ladegerät waren oftmals Anlass für Kritik. Die Möglichkeiten der elektronischen Steuerung und Stabilisierung des Lichtes wurden nicht bzw. nicht voll ausgeschöpft.

Mit dem Einsatz modernster Elektronik ist nun ein neues Hightech-Produkt entstanden, welches den Weg für kreative und zuverlässige Dentalfotografie mit fast jeder Digitalkamera ebnet.

## Die Hauptmerkmale von SARA-LED sind:

- **Mikroprozessorgesteuerte** Stromversorgungseinheit, dadurch sind Bedienungsfehler ausgeschlossen, die Akkus und die LED werden präzise mit dem nötigen Strom versorgt und die Langlebigkeit durch Schonung garantiert. Die Beleuchtungsstärke wird konstant gehalten, auch bei geschwächtem Akku. Überhitzungsschutz durch ständige Temperaturüberwachung.
- **NiMh-Akkus** und integriertes Schnell-Ladegerät. Ca. 90 Min. Dauerbetrieb bei voller Leuchtstärke mit dem Akku. Bei eingestecktem Netzteil zum direkten Netzbetrieb, läuft bei Bedarf der Ladevorgang, d.h. immer Einsatzbereit wie man es bei Notebooks oder Videokameras kennt.

stecktem Netzteil zum direkten Netzbetrieb, läuft bei Bedarf der Ladevorgang, d.h. immer Einsatzbereit wie man es bei Notebooks oder Videokameras kennt.

- **10 stufig dimmbares Licht** – nicht immer ist viel Licht das Richtige. Gerade bei Zahnaufnahmen, z.B. wenn es darauf ankommt die Zahnstruktur wiederzugeben, ist ein etwas gedämmtes Licht nötig.
- **Partiell abschaltbares Licht**, wenn das Objekt nicht direkt von vorne angestrahlt wird, sondern seitlich, wirkt die Aufnahme plastischer. Vier verschiedene Schaltmöglichkeiten erlauben kreative Aufnahmen.
- **36 superhelle LED** – fokussiert auf einen Aufnahmeabstand von ca. 7 bis 25 cm
- **Stabiles Metallgehäuse** mit 2 Zubehörhalterungen. So können optional erhältliches Zubehör, wie Spiegel für Intra-oralaufnahmen oder ein stabilisierender Abstandhalter „Kinnstativ“ angebracht werden. Verwacklungsfreie und reproduzierbare Aufnahmen werden dadurch einfacher ermöglicht.

## Aufrüstung vorhandener Kameras und Digitale Dentalkamera Komplettpakete

Fast jede Digitalkamera kann mit SARA-LED aufgerüstet werden, einzige Voraussetzung ist das Vorhandensein eines Filtergewindes an dem das Ringlicht adaptiert werden muss.

Nach dem Motto „Probieren geht über studieren“ bieten wir jedem Interessenten an, das SARA-LED vor einer Kaufentscheidung praktisch und kostenlos auszuprobieren. Ob die Ergebnisse den Anforderungen entsprechen hängt natürlich auch von der Wahl der Digitalkamera ab.



**Bsp.: Nikon COOLPIX 5700 & Sara-LED**

Wir haben daher einige der gängigsten Digitalkameras auf die speziellen Anforderungen der Dentalfotografie getestet und berichten gerne auf Anfrage über unsere Erfahrung im einzelnen.

Die Kameramodelle, die wir als besonders geeignet halten, können auch als Komplettpaket ausgestattet mit SARA-LED über uns bezogen werden.

Komplettpaket bedeutet bei uns, dass nicht nur alles Nötige an Hard- und Software in einem formschönen Alukoffer geliefert wird, sondern dass auch sämtliche Einstellungen für die Dentalfotografie an den Kameras vorgenommen werden.

Eine fast 24-stündige Erreichbarkeit über unsere Telefon-Hotline in Sachen Dentalfotografie soll dem Anspruch unserer Kundschaft auf guten Service gerecht werden und ist im „Paket“ natürlich auch enthalten.

**Kontakt und weitergehende Information nach Ihrem Rückfax im Partner-Service, S. 46**

# Herzoglicher Fuhrpark in Auerstedt

## Museum im ehemals königlich-preußischen Hauptquartier von 1806

**Auerstedt** (nz). Franzosenkaiser Napoleon scheint so furchtlos doch nicht gewesen zu sein. Als ihm Herzog August von Sachsen-Gotha-Altenburg zu seinem Erfurter Treffen 1808 mit dem russischen Zaren Alexander I. einen Staatswagen entgegenschickte, soll der Korse nicht eingestiegen sein. Die Kutschenfenster hätten ihn an einen Totenkopf erinnert, lautet die Legende. Das prunkvolle Coupé gehört zum „Fuhrpark“ der Herzöge von Sachsen-Weimar-Eisenach, der nach drei Jahren in einem Depot seit kurzem wieder der Öffentlichkeit zugänglich ist. Im Schloss Auerstedt (Kreis Weimarer Land) wurde dafür eigens ein Kutschenmuseum eingerichtet.

Mit der Kutschensammlung lagert die Stiftung Weimarer Klassik und Kunstsammlungen nach Angaben einer Sprecherin erstmals einen Teil ihres Bestandes in ein privates Museum aus. Eingerichtet und finanziert hat es ein Klinikbesitzer aus Bad Sulza. Für das Kutschenmuseum vereinbarten Stiftung und Betreiber Klaus Dieter Böhm einen auf vorerst sechs Jahre befristeten Vertrag.

Nach dieser Vereinbarung leiht die Stiftung die Kutschen nach Auerstedt aus, der Betreiber kommt finanziell für Sicherheitstechnik, Versicherungskosten und Katalog auf. Die wissenschaftlich-restauratorische Betreuung der Kutschen bleibt in den Händen der Stiftung.

Fast 50 Jahre standen die Kutschen in der Orangerie von Schloss Belvedere in Weimar. 2001 mussten sie den Bauarbeiten in der Orangerie weichen, in Weimar selbst fand sich vorerst kein Ersatz. Da bot sich ein Gebäude auf dem Auerstedter Schlossgelände an, das für den neuen Zweck erst einmal saniert werden musste.

Im „Ausweichquartier“ in Auerstedt stehen die Kutschen auf historischem Boden. In der Schlacht zwischen Preußen und den Truppen Napoleons am 14. Oktober 1806 war das Schloss preußisches Hauptquartier. Die 28 000 Franzosen unter Marschall Nicolas Davout brachten dem fast doppelt so starken preußischen Heer eine vernichtende Niederlage bei. Am gleichen Tag schlug auch Napo-

leon bei Jena die preußisch-sächsischen Truppen. An das Ereignis erinnert bereits seit einigen Jahren ein kleines Museum im Schlosshauptgebäude.

Prunkstück des Kutschenmuseums gleich gegenüber ist natürlich die „Napoleonkutsche“, die eine Gothaer Stellmacherei für Herzog August von Sachsen-Gotha-Altenburg 1808 fertigte. Außerdem werden Jagdwagen, Reise- und Hochzeitskutschen sowie eine Sänfte gezeigt. Vorerst noch nicht in Auerstedt zu sehen ist die Hochzeitskutsche der russischen Zarentochter Maria Pawlowna (1786-1859), die 1804 Carl Friedrich von Sachsen-Weimar-Eisenach heiratete. Das Gefährt wurde kürzlich aus dem Depot nach Weimar gebracht, wo es in der geplanten Maria-Pawlowna-Ausstellung gezeigt werden soll.

**Kutschenmuseum Schloss Auerstedt**  
Dienstag – Sonntag: 10 – 16 Uhr

**Internet:** [www.auerworld.de](http://www.auerworld.de)



*Reise-, Jagd- und Hochzeitskutschen der Blaublüter vom Weimarer und Gothaer Hof – zu sehen im neuen Kutschenmuseum im Schloss Auerstedt (Bild rechts). Auch eine Art Fahrrad gehört zu den Ausstellungsstücken (links). Fotos (2): Zeiß*

**IVC Immobilien- & Versicherungs-Center GbR**  
 – Wir sind ein unabhängiges Immobilien- & Versicherungsbüro –

*Unsere Produktpalette umfasst u. a.:*

- Praxisausfallversicherung
- Berufshaftpflichtversicherung
- private Krankenversicherung
- Sachversicherung
- Unfallversicherung
- Rechtsschutzversicherung
- Lebensversicherung
- Betriebliche Altersvorsorge
- Immobilien



*Sie sind Geschäftsführer/in oder mitarbeitender Ehegatte/in? Wissen Sie, dass die Sozialversicherungsträger Ihren Status erst im Leistungsfall prüfen?*

**Wir bieten Ihnen über unsere Partner:**

- Klärung des tatsächlichen sozialversicherungsrechtlichen Status
- Einleitung und Abwicklung einer sozialversicherungsrechtlichen Beurteilung
- Wir unterstützen Sie bei der Rückforderung zu Unrecht geleisteter Beiträge.

**Rufen Sie uns an, wir helfen Ihnen gern.**

Kreuzgasse 3 · 99084 Erfurt  
 Tel. 0361/55 04 81 55 · Fax 0361/6 42 19 91  
 E-Mail: [ivc-erfurt@t-online.de](mailto:ivc-erfurt@t-online.de) · Internet: [www.ivc-erfurt.de](http://www.ivc-erfurt.de)

Anzeige

**DENTAL-LABORE DOHRN AG**

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

**Seminare**

**Dr. med. dent. Wolfram Bücking**  
 „Grundlagen der Frontzahnästhetik“  
 Samstag, den 02. Oktober 2004 in Chemnitz

**Prof. Dr. Wolfgang Freesmeyer**  
 „Totalprothese von A(Abformung) bis Z(Zahnauswahl)“  
 Samstag, den 13. November 2004 in München

Unter Anerkennung und Berücksichtigung der Leitsätze und Empfehlungen der BZÄK zur zahnärztlichen Fortbildung vergibt die Dental-Labore Dohrn AG gem. der Punktebewertung nach BZÄK und DGZMK  
**pro Seminar 7 Fortbildungspunkte.**

Weitere Informationen erhalten Sie unter Telefon (0551) 70 77-23 / -41 oder Fax (0551) 70 77 51.

**DENTAL LABORE DOHRN AG**  
 Zentrale Göttingen  
 Heinrich-Sohnrey-Strasse 12a · 37083 Göttingen  
 Telefon (0551) 70 77 0 · Telefax (0551) 70 77 51  
[www.dental-labore-dohrn.de](http://www.dental-labore-dohrn.de)

Anzeige

**A**

*ten Konzept Satz Gestaltung Layout T  
 rbe Belichtung Schrift Faltblatt Logo  
 tograf Redaktion Zeitschrift Scan Buch  
 Broschüre Internet Bild Plakat  
 fkleber Vertrieb ISDN Postkarte Bet  
 nzept Satz Gestaltung Layout Typogra  
 ichtung Schrift Faltblatt Logo Text Dr  
 daktion Zeitschrift Scan Buch Prospek  
 oschung  
 rtrieb ISDN Postkarte Bet  
 staltung Layout Typografie Idee Farbe Bel  
 tblatt Logo Text Druck Fotografie Redak  
 an Buch Prospekt Flyer Grafik Broschür  
 akat B Broschüre Internet Bild Plakat  
 treuung  
 pografie Idee Farbe Belichtung Schrift  
 xt Druck Fotografie Redaktion Zeitsch  
 ospekt Flyer Grafik Broschüre Intern  
 ratung CTP Aufkleber Vertrieb ISDN Postk  
 ten Konzept Satz Gestaltung Layout T  
 rbe Belichtung Schrift Faltblatt Logo  
 tografie Redaktion Zeitschrift Scan Buch  
 afik Broschüre Internet Bild Plakat  
 fkleber Vertrieb ISDN Postkarte Bet  
 nzept Satz Gestaltung Layout Typogra  
 ichtung Schrift Faltblatt Logo Text Dr*

**Bohren Sie ruhig weiter!**

*... wir kümmern uns inzwischen um den Rest.*

Zum Beispiel:

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

WERBEAGENTUR UND VERLAG KLEINE ARCHE | Tel. 03 61/7 46 74 80  
[www.kleinearche.de](http://www.kleinearche.de)

Anzeige

**FUNKTION UND DESIGN**  
 INNENEINRICHTUNGS GMBH

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

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

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



Anzeige

**Ihr Speziallabor für Keramik, Kombinationstechnik und Kieferorthopädie**

**AVANTGARDE**  
 Dentatechnik GmbH & Co KG  
 Zahn technischer Meisterbetrieb

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

*Wir sorgen für ein natürliches Lächeln*

AVANTGARDE  
 Söhnrestraße 3b, 04347 Leipzig  
[www.avantgarde-dental.de](http://www.avantgarde-dental.de)  
 E-Mail: [Adental@t3net.de](mailto:Adental@t3net.de)  
 Tel. 03 41/6 96 40 -0 - Fax 6 96 40 -10

Anzeige

# ZahnRat

DIE AKTUELLE PATIENTENINFORMATION IHRES ZAHNARZTES

**Fax-Nachbestellung unter (03525) 71 86 10**

## ZahnRat 34

DIE AKTUELLE PATIENTENINFORMATION IHRES ZAHNARZTES

### Vorbeugend zum Zahnarzt

Zahnstärker können nicht nur Krankheiten im Mund heilen, sondern können auch vorbeugend wirken. Wie Sie das tun, erfahren Sie in dieser Ausgabe.

Viele Menschen gehen mit dem Gedanken, dass ein Zahnarztbesuch nur dann notwendig ist, wenn ein Problem im Mund vorliegt. Doch das ist ein Irrglaube. Denn der Zahnarzt hat eine wichtige Aufgabe: Er soll nicht nur Krankheiten im Mund heilen, sondern auch vorbeugend wirken. Wie Sie das tun, erfahren Sie in dieser Ausgabe.



#### Der Stink-Schweiß der Zahnbürste

War der Stink-Schweiß in und nach dem Zähneputzen ein Problem für Sie? Dann ist es Zeit, Ihre Zahnbürste zu wechseln. Denn eine alte Zahnbürste kann Bakterien und Pilze enthalten, die Ihre Zähne schädigen können.

Präventionsteilung der Zahnärzte  
in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen

## ZahnRat 37

DIE AKTUELLE PATIENTENINFORMATION IHRES ZAHNARZTES

### Pressen, knirschen, knacken – Wie der Zahnarzt helfen kann

Wenn Sie beim Essen knirschen oder knacken, kann das ein Zeichen für eine Zahnerkrankung sein. Denn das Knirschen und Knacken kann die Zähne schädigen und zu Schmerzen führen. Wie Sie das Knirschen und Knacken vermeiden können, erfahren Sie in dieser Ausgabe.



Präventionsteilung der Zahnärzte  
in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen

## ZahnRat 38

DIE AKTUELLE PATIENTENINFORMATION IHRES ZAHNARZTES

### Wenn der Zahn aber nun ein Loch hat?



Wenn der Zahn aber nun ein Loch hat? Das ist ein Problem, das viele Menschen kennen. Denn ein Loch im Zahn kann Schmerzen verursachen und die Zähne schädigen. Wie Sie das Loch im Zahn behandeln lassen können, erfahren Sie in dieser Ausgabe.

Wenn der Zahn aber nun ein Loch hat? Das ist ein Problem, das viele Menschen kennen. Denn ein Loch im Zahn kann Schmerzen verursachen und die Zähne schädigen. Wie Sie das Loch im Zahn behandeln lassen können, erfahren Sie in dieser Ausgabe.

Präventionsteilung der Zahnärzte  
in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen

## ZahnRat 39

DIE AKTUELLE PATIENTENINFORMATION IHRES ZAHNARZTES

### Unterschätzte „Beißerchen auf Zeit“



Die Eltern sind stolz auf ihre Kinder. Doch oft unterschätzen sie die Bedeutung der Zahngesundheit für ihr Kind. Denn eine gute Zahngesundheit ist wichtig für das allgemeine Wohlbefinden und die Entwicklung des Kindes. Wie Sie die Zahngesundheit Ihres Kindes fördern können, erfahren Sie in dieser Ausgabe.

Präventionsteilung der Zahnärzte  
in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen

**0,26 € Stk.**  
zzgl. Versandkosten und Mehrwertsteuer

**Einfach ausfüllen und faxen: (03525) 71 86 10**

Ausgabe(n):

- 50 Stk.
- 150 Stk.
- 200 Stk.

Bitte senden Sie mir eine Übersicht bereits erschienener Patientenzeitschriften „ZahnRat“ zu.

Lieferanschrift:

Zahnarztpraxis

Ansprechpartner

Straße

PLZ/Ort

Telefon

Datum

Telefax

Unterschrift