



Kassenzahnärztliche Vereinigung  
Thüringen

**tz**b****

**THÜRINGER  
ZAHNÄRZTE  
BLATT 6**

10. Jahrgang  
Juni  
2000





**Gastkommentar**

S. 4



**Leserbrief**

S. 5

**LZKTh**

- Vorstellung Kreisstellenvorsitzende S. 5
- Zahnärztetag S. 6
- Auswertung Dental-Explorer S. 7

**Impressum**

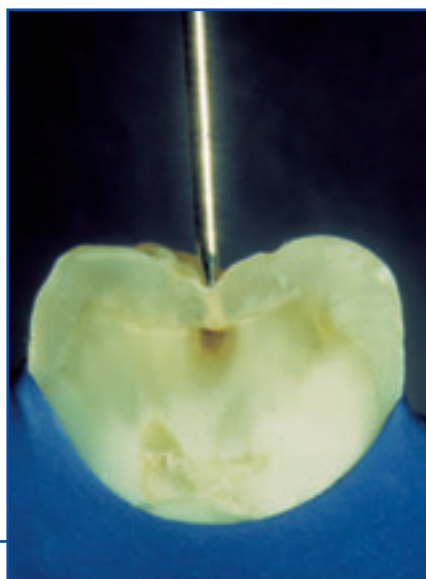
S. 6

**Versorgungswerk**

- Berufsunfähigkeit S. 8

**Wir gratulieren**

S. 8



**KZVTh**

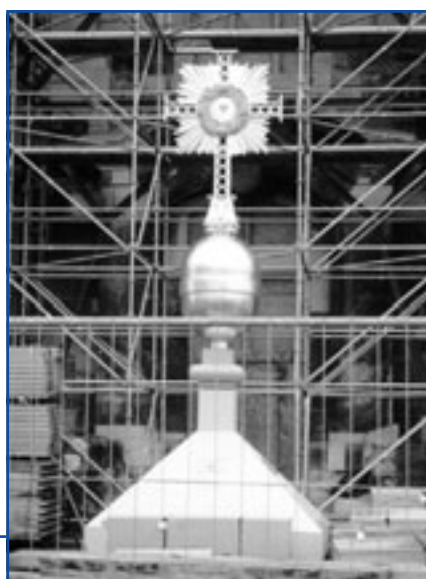
- Vertreterversammlung S. 11
- Anträge und deren Beschlussfassung S. 11
- Ausschreibungen S. 16

**Thüringer Zahnärztetag**

- Anmeldung zum Weiterbildungs- und Erholungswochenende S. 17

**Fortbildung**

- Betreuung des Kariesrisiko-Patienten S. 20
- Implantologie-Beurteilung S. 30



**Seniorenfahrt**

S. 34

**Sachwortverzeichnis**

zum Heraustrennen S. 35

**Recht**

Amalgam und kein Ende – eine Entscheidung zur Aufklärungspflicht über Risiken bei Amalgamfüllungen S. 39

**Nachrichten**

Bericht Kommission FSU Jena „Kinderklinik Yussuf Ibrahim“ S. 42  
 Mundgesundheits in der Bundeswehr S. 46

**Praxisservice**

Produktinformationen S. 49

**Kleinanzeigen**

S. 51

In der Woche vom **10. bis 14. Juli 2000**

zieht die Geschäftsstelle der Landes Zahnärztekammer Thüringen in das neue Gebäude **Am Barbarosahof 16, 99092 Erfurt**, um.

Bitte beachten Sie, dass in dieser Zeit die Verwaltung nur stark eingeschränkt erreichbar ist.



## Nur eine starke Wirtschaft schafft Arbeit in allen Bereichen

von Franz Schuster, Thüringer Minister für Wirtschaft, Arbeit und Infrastruktur

Eine grundlegende Aufgabe der Politik ist es zu erreichen, dass möglichst viele Menschen einen Arbeitsplatz finden und ihr Leben mit einem gesicherten Einkommen gestalten können. Von diesem Ziel sind wir im gegenwärtigen Deutschland, vor allem aber in den Neuen Ländern im Osten, noch entfernt. Die Arbeitsmarktpolitik hat daher in Thüringen eine hohe Bedeutung: Die Personengruppe, die durch ihre Instrumente erfasst wird, ist groß, und die eingesetzten Mittel sind sehr hoch.

Unsere Auffassung ist es, die Arbeitsmarktpolitik als Ergänzung der Wirtschaftspolitik zu sehen; aus dieser Erwägung heraus wurde bei der Regierungsneubildung im Oktober vorigen Jahres die Arbeitsmarktpolitik unter dem Dach des Wirtschaftsministeriums zusammengeführt, dessen Bezeichnung seitdem „Thüringer Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Infrastruktur“ lautet. Denn es gilt der Satz: Die beste Arbeitsmarktpolitik ist eine Politik, die auf ein Entstehen von immer mehr Arbeitsplätzen auf dem ersten Arbeitsmarkt ausgerichtet ist!

In Thüringen sind wir auf diesem Weg in den vergangenen Jahren ein gutes Stück vorangekommen. Allein seit 1990 sind im Rahmen der Förderung der Gemeinschaftsaufgabe zur „Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur“, bezogen auf die eingesetzten Zuschussmittel pro Kopf der Bevölkerung und im Vergleich zu anderen neuen Ländern, die meisten Arbeitsplätze entstanden!

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung stellt in seinem jüngsten Gutachten fest, dass für das Jahr 2000 in den neuen Ländern eine konjunkturelle Belebung zu erwarten ist, von der allerdings spürbare Beschäftigungsimpulse noch nicht ausgehen. In diesem Zusammenhang werden die notwendigen strukturellen Reformen in der Wirtschaftspolitik auf Bundesebene angemahnt. Das ist ein Bereich, in dem die Bundesregierung in der Bringschuld ist. Auch die Landesregierung wird diese Reformen weiterhin einfordern. Die begonnene Konsolidierung der öffentlichen Finanzen muss konsequent fortgesetzt werden; eine Steuerreform, die den Einzelnen deutlich entlastet, muss endlich verabschiedet werden, um ein solides wirtschaftliches Wachstum in West und Ost zu realisieren, das sich positiv auf die Beschäftigungssituation auswirkt.

In Thüringen jedenfalls werden wir auch in Zukunft unsere Politik so gestalten, dass ein hohes Wachstum mit einem daraus resultierenden Beschäftigungseffekt die Folge ist. Erstes Ziel bleibt dabei, die Wettbewerbsfähigkeit des Standortes Thüringen weiter zu verbessern, denn günstige Rahmenbedingungen für die Wirtschaft bieten die beste Gewähr dafür, dass Arbeitsplätze erhalten bleiben und neue geschaffen werden.

Trotz wirtschaftspolitischer Erfolge auf Landesebene dürfen wir allerdings keineswegs die Augen vor der nach wie vor schwierigen Ausgangslage verschließen:

Ende April waren rund 199 000 Personen arbeitslos gemeldet, das entspricht einer Quote von 15,7 Prozent, und knapp 71 000 Personen in Arbeitsbeschaffungs- und Strukturanpassungsmaßnahmen (ABM und SAM) beschäftigt oder befanden sich in einer geförderten beruflichen Weiterbildung. Diese Zahlen können jedoch nicht allein stehen: Die Zahl der Arbeitslosen liegt heute – das ist bedauerlich – um fast 12 600 über dem Stand des Vorjahresmonats. Die Zahl der Teilnehmer an Maßnahmen wie ABM und SAM ist aber gegenüber dem Vorjahresmonat, also dem April 1999, um über 32 000 zurückgegangen! Das bedeutet: In Industrie und Gewerbe haben wir trotz schwieriger bundespolitischer Rahmenbedingungen ein erhebliches Beschäftigungswachstum erreicht.

Leider hat dieses Beschäftigungswachstum bisher noch nicht ausgereicht, um freigesetzte Arbeitnehmer und den Zugang von Arbeitslosen aus beendeten Maßnahmen voll zu kompensieren. Dabei wirkt sich vor allem die Anpassungskrise einer Branche, nämlich der Bauwirtschaft, konträr aus. Trotzdem weist Thüringen die niedrigste Arbeitslosenquote in den neuen Bundesländern auf: 15,7 Prozent, bei einem Durchschnitt von 17,8 Prozent in den neuen Bundesländern. Um das außerordentlich schwierige Arbeitsmarktproblem realistisch einschätzen zu können, muss die Arbeitslosenstatistik aber auch genau analysiert werden: Beispielsweise sind von den in Thüringen



arbeitslos gemeldeten Personen knapp ein Drittel nur weniger als drei Monate arbeitslos.

Dass die Arbeitslosenquote in Thüringen relativ gering ist, liegt in erster Linie an der dynamischen Wirtschaftsentwicklung. Maßgeblich bleibt, dass in der Thüringer Industrie neue, stabile Beschäftigungsverhältnisse entstehen. Allein in den von der Monatsstatistik erfassten Thüringer Industriebetrieben fanden in den vergangenen beiden Jahren jeweils etwa 8000 Personen einen neuen Arbeitsplatz. Ende letzten Jahres waren knapp 130 000 Personen dort beschäftigt. Damit sind aus diesem Bereich der Wirtschaft auch positive Entwicklungsimpulse insbesondere für den Sektor der Dienstleistungen zu erwarten. Ich denke, wir können diese Entwicklung mit „realistischem Optimismus“ betrachten.

Weniger befriedigend bleibt jedoch die Entwicklung bei den Gesundheitsdienstberufen, die zum Vorjahresmonat ein Mehr von etwas über 312 Arbeitslosen, das sind 10 Prozent, hinnehmen mussten. Hier schlagen zweifellos die umstrittenen, teilweise am falschen Punkt ansetzenden Bemühungen um eine Reform des Gesundheitswesens zu Buche. Der Thüringer Ministerpräsident, Dr. Bernhard Vogel, hat für die Landesregierung eine klare Position vorgetragen: „Ja zu sinnvollen, maßvollen Reformen, die die Eigenverantwortung der Versicherten für die Erhaltung ihrer Gesundheit fördern und stützen. Nein zu einer Reform, die Ärzte und Patienten in einem unzulässigen Maße gängelt.“

Wenn der Eigenverantwortung – das ist ein Prozess, dem wir uns nicht werden entziehen können – wieder ein höherer Stellenwert zugeordnet wird, spielt wiederum die Verbesserung der wirtschaftlichen Gesamtlage eine zentrale Rolle. Im Wirtschaftsressort lässt sich beispielsweise erkennen, das mag hier als Indiz gelten, dass die Inanspruchnahme der medizinischen Leistungen der Thüringer Kurorte nach einem Einbruch im Jahre 1997 wieder kräftig steigt, allein im vergangenen Jahr mit einer Zunahme von fast 17 Prozent.



## Leserbrief

Sehr geehrter Herr Kollege Wolf, über Ihren Artikel im tzb 3/2000, in dem Sie an die Gründung des UDZ erinnern, habe ich mich sehr gefreut. Ich habe das Datum in der Hektik des Alltags gar nicht entsprechend gewürdigt. So war mir Ihr Artikel ein guter Anstoß, diese Zeit noch einmal gedanklich Revue passieren zu lassen. Ich empfinde wie Sie diese Ära als unwiederbringlich.

Ihrem Eingangszitat habe ich eins von Kästner entgegensetzen:

### In memoria memoriae

Erinnerung ist eine mysteriöse Macht und bildet Menschen um.  
Wer das vergisst, was gut war, wird böse.  
Wer das vergisst, was gut war, wird dumm.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen alles Gute und verbleibe mit kollegialen Grüßen  
Ihr Dr. Peter Kind

LZKTh



## Die Kreisstellen- vorsitzenden stellen sich vor:

*Peter Senf ist Kreisstellenvorsitzender der Kreisstelle Bad Langensalza der LZKTh*

Peter Senf wurde am 7. Juni 1961 in Weimar geboren, ist verheiratet und hat zwei Töchter.

Hobbies : Skilaufen und Radfahren

Studium:

1983 – 1988 in Leipzig und Erfurt

Beruf. Tätigkeit:

1988 – 1990 Poliklinik  
in Bad Langensalza

seit 1991 Zahnarzt in eigener  
Niederlassung

seit 1998 Kreisstellenvorsitzender  
Bad Langensalza

seit 1998 Mitarbeit im Prüfungs-  
ausschuß der KZV

Standespolitische Zielsetzung:

- als Mittler zwischen LZÄK und den Mitgliedern der Kreisstelle versuchen, die Festlegungen, Beschlüsse und geschaffenen Tatsachen zu erklären und transparent zu machen, was oft genug nicht einfach ist
- mit Kollegen an unregelmäßig stattfindenden Stammtischen Erfahrungs- und Gedankenaustausch zu betreiben und so ein Stück Kollegialität zu erhalten
- persönlich ein gutes Zahnarzt-Patienten-Verhältnis zu gestalten



## Glückliche Gewinnerin ...

... unserer Leserumfrage aus tzb Heft 4/2000 ist **Konstanze Murawski** aus Königsee.

Sie hat die Teilnahme an einem Fortbildungskurs der LZKTh ihrer Wahl gewonnen und freute sich riesig darüber, als die Redaktion ihr dazu gratulierte.

**Impressum****THÜRINGER ZAHNÄRZTEBLATT**

Offizielles Mitteilungsblatt der Landes Zahnärztekammer Thüringen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen

**Herausgeber:**

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

**Gesamtherstellung:**

Verlag und Werbeagentur Kleine Arche, Holbeinstraße 73, 99096 Erfurt, Telefon 0361/7467480, Fax 0361/7467485, eMail tzmagazin@aol.com

**Redaktion:**

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

**Anschrift der Redaktion:**

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

**eMail-Adressen**

**von LZKTh und KZVTh:**  
LZKTh@t-online.de  
edv@kzvth.ef.uunet.de

**Satz und Layout:**

Verlag und Werbeagentur Kleine Arche

**Druck und Buchbinderei:**

Gutenberg Druckerei GmbH Weimar

**Anzeigenannahme und -verwaltung:**

Verlag und Werbeagentur Kleine Arche, z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste vom 1.1.2000

**Anzeigenleitung:**

Wolfgang Klaus

**Titelbild:**

Messe Erfurt AG

## 5. Thüringer Zahnärztetag

**Für das Seminarpaket I am Montag, dem 2. Oktober 2000 werden noch Anmeldungen entgegengenommen:**

### Funktionsdiagnostik und -therapie – Intensivkurs

Praxisgerechte Dokumentation der klinischen Funktionsdiagnostik, erweitert um orthopädische und psychologische Befundbögen im Hinblick auf eine interdisziplinäre Zusammenarbeit

**Referenten:**

OA Dr. M. Oliver Ahlers, Hamburg, Prof. Dr. Holger A. Jakstat, Leipzig

**Thematik:**

Grundlagen, Durchführung und Auswertung der klinischen Funktionsanalyse; Dokumentation der Anamneseerhebung und der klinischen Befunde gemäß GOZ 800 auf Basis der vereinfachten Hamburger Befundbögen, Integration funktionsanalytischer und diagnostischer Leistungen in das Praxis-konzept.

**Inhalt:**

Anatomie und Physiologie der Kaufunktion („Crashkurs“), Entstehung von Funktionsstörungen und deren Gruppierung, Erkennung von Warnsignalen für latente Funktionsstörungen, Befunderhebung mit Formblatt als Organisationshilfe, effiziente und systematische Untersuchungstechnik für die klinische Funktionsanalyse, Screening-Untersuchungen für den Zahnarzt zur Erkennung von orthopädischen oder psychosomatischen Cofaktoren einer Funktionsstörung

Einbindung von Funktionsdiagnostik und -therapie in ein integriertes Praxiskonzept.



OA Dr. M. Oliver Ahlers



Prof. Dr. Holger A. Jakstat

**Kursziel:**

Die Teilnehmer lernen in diesem Kurs...

- \* die Entstehung verschiedener Formen der Funktionsstörungen zu verstehen
- \* die Indikation für funktionsdiagnostische Maßnahmen individuell zu beurteilen
- \* die erhobenen Befunde übersichtlich, nachvollziehbar und effizient zu dokumentieren
- \* Screening-Untersuchungen auf dem Gebiet der Orthopädie und Psychosomatik in den Untersuchungsgang zu integrieren
- \* die Untersuchungsergebnisse zu verstehen und auszuwerten
- \* im individuellen Fall zu beurteilen, welche Fachärzte und andere Berufsgruppen die zahnärztliche Therapie unterstützen sollten
- \* qualifiziert zu entscheiden, welche instrumentellen Analysetechniken zur Bestätigung der Initialdiagnose indiziert sind
- \* diese Zusammenarbeit erfolgreich und effizient zu organisieren
- \* die Leistungen in die zahnärztliche Praxisorganisation und Liquidation korrekt und überzeugend einzubinden.

### Folgende Veranstaltungen zum 5. Thüringer Zahnärztetag sind bereits ausgebucht:

**Seminar A für Zahnarzhelferinnen**  
am 29.9.2000

**Seminarpaket II für Zahnärzte**  
am 2.10.2000

# Zwischenauswertung Software-Test Dental Explorer

Nachdem im tzb 1/2000 das Programm Dental Explorer als ein möglicher Weg zur besseren Kommunikation mit Ihren Patienten (Stichwort Chairside Communication) vorgestellt wurde, konnten wir Ihnen dank der Unterstützung des Quintessenz-Verlages einen ausgedehnten Software-Test des Programms unter Praxisbedingungen anbieten.

Die Resonanz auf dieses Angebot war sehr gut. 25 Interessenten meldeten sich, um das Programm intensiv zu testen. Einzige „Teilnahmebedingung“ war, uns die gewonnenen Erfahrungen mitzuteilen. Gut die Hälfte der Auswertungen sind mittlerweile bei uns eingegangen. Nachfolgend möchten wir Ihnen eine erste Auswertung vorlegen. Besonders gefreut hat es uns, dass die überwiegende Mehrzahl der Teilnehmer es befürworten, dass die Landeszahnärztekammer z.B. Software-Tests als Service-Leistung anbietet. Wir werden auf dieser Strecke weiter tätig sein.

An jedes Software-Programm wird der zukünftige Nutzer natürlich ganz persönliche Erwartungen stellen. Werden diese nicht erfüllt, wird das Programm nicht eingesetzt. Schlimm ist es, wenn es bereits gekauft wurde.

Die überwiegende Mehrzahl, nämlich genau 86 %, konnte konstatieren, dass die gestellten Anforderungen bzw. die Erwartungshaltung erfüllt wurde. Allerdings war die Zustimmung nicht kritiklos. In einigen Fällen wurde der relativ hohe Zeitauf-

wand beim Umgang mit dem Programm kritisch angemerkt. In einem Fall war es genau dieser Punkt, dass das Programm die Erwartungshaltung nicht erfüllte.

Weitere Kritikpunkte waren:

- \* Die notwendige doppelte Datenerfassung. Hier wird die einfache Anbindung bzw. Einbindung in das Verwaltungsprogramm gewünscht.

- \* Die Ergebnisse sehen „zu schön und zu perfekt“ aus.

Neben der eigenen Erwartungshaltung ist es natürlich auch wichtig, dass die Patienten das System annehmen. Die beste Chairside Communication läuft ins Leere, wenn der Patient nicht will. Abb. 2 zeigt, wie die Patienten auf das Programm reagiert haben.

In keinem Fall reagierten die Patienten ablehnend auf die computergestützte Beratung. Jedoch sollte der Punkt „positiv überrascht“ als Reaktion auf das Programm nicht überbewertet werden. Noch ist es nicht alltäglich, dass Beratungen, gleich welcher Art, mit Unterstützung des Computers durchgeführt werden.

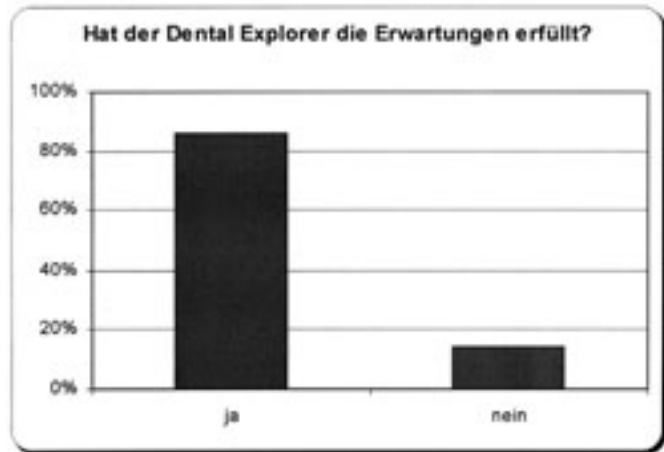


Abb. 1 Wurde die Erwartungshaltung der Tester von dem Programm erfüllt?

Vorerst abschließend möchten wir zeigen, ob die Tester in dem Programm eine Bereicherung für ihre Praxis sehen. Das vorläufige Ergebnis können Sie der Abb. 3 entnehmen.

Das Ergebnis ist eindeutig: mehr als 90 % sehen im Einsatz des Programms eine Bereicherung für die Praxis.

Ohne dem abschließenden Ergebnis vorgehen zu wollen, kann bereits jetzt konstatiert werden, dass mit dem Dental Explorer ein Programm entwickelt wurde, das seinen Platz in der täglichen Arbeit in der Praxis finden wird.

Dr. O. Brodersen

– Beachten Sie bitte auch S. 42! –

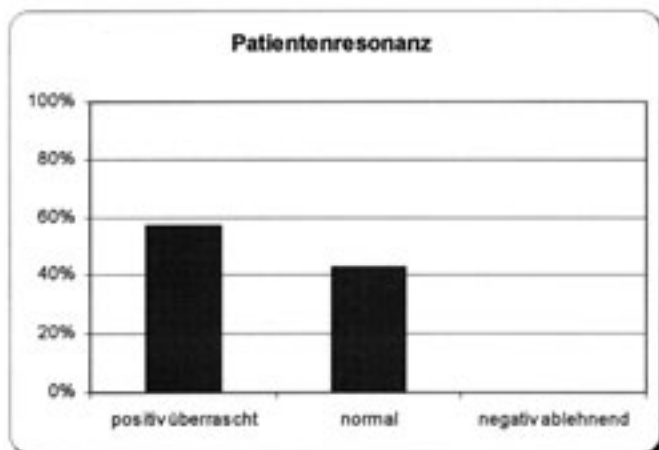


Abb. 2 Reaktion der Patienten auf die Beratung mit dem Programm



Abb. 3 Würde der Dental Explorer eine Bereicherung für die Praxis darstellen?

# Berufsunfähigkeit – Ansprüche und Leistungsumfang

## Begriff:

Berufsunfähig im Sinne der Satzung des Versorgungswerkes der Landeszahnärztekammer Thüringen ist, wer aufgrund eines körperlichen Gebrechens oder wegen einer Schädigung der körperlichen oder geistigen Kräfte zur Ausübung des zahnärztlichen Berufes nicht in der Lage ist.

## Ansprüche:

Ruhegeld bei vorübergehender Berufsunfähigkeit

- \* Berufsunfähigkeit ist erkennbar nur von vorübergehender Natur und hat länger als 26 Wochen gedauert
- \* Gewährung von Beginn der 27. Woche bis zum Ende des Monats, in dem die berufliche Tätigkeit wieder aufgenommen wird, längstens auf die Dauer von 4 Jahren
- \* Antrag ist beim Versorgungswerk bis zum Ende der 40. Kalenderwoche eingegangen, bei späterem Antrags- eingang kann das Ruhegeld erst ab dem Tag der Antragstellung gewährt werden

- \* der Bezug des Ruhegeldes erfordert nicht die Aufgabe der beruflichen Tätigkeit.

Ruhegeld bei dauernder Berufsunfähigkeit

- \* Gewährung von Beginn der dauernden Berufsunfähigkeit
- \* Antrag ist bis zum Ende der 40. Woche beim Versorgungswerk eingegangen, ansonsten ist der Tag der Antrag- stellung maßgebend
- \* Gewährung ist frühestens ab Beginn des Monats möglich, der auf die Abmel- dung der beruflichen Tätigkeit folgt
- \* der Bezug von Ruhegeld erfordert zwingend die Aufgabe der gesamten beruflichen Tätigkeit, d.h. die gesamte zahnärztliche Tätigkeit muss bei der LZKTh abgemeldet sein

erhöhtes Ruhegeld bei vorzeitiger Berufs- unfähigkeit

- \* Berufsunfähigkeit vor Vollendung des 60. Lebensjahres
- \* Anspruch, soweit ein Mitglied in der Zeit seiner Mitgliedschaft im Versor- gungswerk und vor Eintritt der Berufs- unfähigkeit Beiträge an das Versor- gungswerk geleistet hat

- \* Den fiktiven Jahresanspruch im Fall des Eintritts des Versorgungsfalles entnehmen Sie bitte dem Kontoauszug, der regelmäßig Ende des II. Quartals versandt wird.

## Weitere Voraussetzungen/ Besonderheiten:

- der Antragsteller führt die zur Feststel- lung der Berufsunfähigkeit notwendigen Nachweise
- vom Versorgungswerk erbetene Nach- weise sind sowohl bei Antragstellung als auch während der Dauer des Bezuges von Ruhegeld vorzulegen
- die Ansprüche auf Bezug von Ruhegel- dern erlöschen nicht mit dem Verlust der Approbation
- der Anspruch auf Ruhegeld bei Berufsunfähigkeit erlischt, wenn die körperlichen Gebrechen oder Schwächen durch Selbstverstümmelung eingetreten sind

P. Ahnert

## Wir gratulieren!

zum 78. Geburtstag  
**Herrn MR Dr. Werner Heß**, am 24.6.  
Krankenhausstraße 11, 98693 Ilmenau

zum 74. Geburtstag  
**Herrn Werner Jopke**, am 22.6.  
Bahnhofstraße 28, 98528 Rauenstein

zum 72. Geburtstag  
**Herrn Prof. Dr. med. habil. Detlef Eismann**  
am 8.6., Am Kiesberge 20, 99195 Nöda

zum 71. Geburtstag  
**Herrn SR Heinz Schöps**, am 29.6.  
Sundremdaer Straße 37, 07407 Remda

zum 70. Geburtstag  
**Herrn MR Dr. med. dent. Herbert Klinzing**  
am 5.6., Klosterstraße 20, 99831 Creuzburg

zum 70. Geburtstag  
**Herrn OMR Dr. med. dent.  
Konrad Mämpel**, am 24.6.  
Am Rosenhügel 14, 07586 Bad Köstritz

zum 65. Geburtstag  
**Herrn Dr. med. György Batka**, am 14.6.  
Magdeburger Allee 118, 99086 Erfurt

zum 65. Geburtstag  
**Frau Dr. med. dent. Barbara Strumpf**  
am 15.6., Schillbachstraße 46, 07743 Jena

zum 65. Geburtstag  
**Frau Rosmarie Erdtmann**, am 22.6.  
Am Wandervogel 74, 98617 Meiningen

zum 65. Geburtstag  
**Frau Hannelore Kaufmann**, am 26.6.  
Große Allee 5, 07407 Rudolstadt

zum 60. Geburtstag  
**Herrn MUDr./Univ. Palacky Michael Vlcek**  
am 11.6., Eduard-Rosenthal-Straße 38,  
99423 Weimar

zum 60. Geburtstag  
**Frau Dr. med. Brigitte Schiwiek**, am 15.6.  
Hauptstraße 6, 99334 Elxleben

zum 60. Geburtstag  
**Frau Dr. med. dent. Heidi Dietze**, am 18.6.  
Dr.-Wilhelm-Külz-Straße 4, 99867 Gotha

zum 60. Geburtstag  
**Herrn Dr. med. dent. Gerhard Rohner**  
am 25.6., Straße der Einheit 34a,  
37318 Uder

zum 60. Geburtstag  
**Frau Dr. med. dent. Karin Möllmer**  
am 26.6., Schleizer Straße 1,  
07368 Remptendorf



Nachträglich gratulieren wir herzlich **Herrn Prof. Dr. Knut Merte**, Direktor der Poliklinik für Konservierende Zahn- heilkunde und Parodontologie der Univer- sität Leipzig, zu seinem 60. Geburtstag, den er am 19. Mai begangen hat.







## Vertreterversammlung tagte in Gera



*Der Bericht von Dr. Karl-Friedrich Rommel, KZV-Vorsitzender, wurde von der Mehrzahl der Delegierten sehr positiv bewertet.*

Die Vertreterversammlung der KZV Thüringen fand am 20. Mai 2000 im Dorint Hotel in Gera statt. Nach dem Bericht des Vorsitzenden, Dr. Karl-Friedrich Rommel, stellte der stellvertretende Vorsitzende, Dipl.-Stom. Klaus-Dieter Panzner, das neue Konzept der Öffentlichkeitsarbeit der KZBV vor. Zu beiden Vorträgen wurde lebhaft und überwiegend zustimmend diskutiert. Die positive Beurteilung der Arbeit des KZV-Vorstandes durch die Vertreterversammlung ließ sich deutlich am Abstimmungsverhalten ablesen: Alle 13 Anträge des Vorstandes wurden angenommen.

Der Antrag des Präsidiums der Vertreterversammlung wurde zunächst überwiegend emotional diskutiert. Die Delegierten wurden sich jedoch schnell einig, diesen Antrag zur Beurteilung und Wieder-



*Der KZV-Vorstand stellte sich den Fragen der Delegierten.*

vorlage in der Herbst-VV an die Ausschüsse zu verweisen. Deutlich zeigte sich ebenfalls, dass weitere Anträge, welche darauf gerichtet waren, die derzeitigen Kompetenzen des Vorstandes auf enge Vorgaben zu beschränken, nicht auf die Zustimmung der Vertreterversammlung stießen.

*Dr. Karl-Heinz Müller, Rudolstadt*

## Standespolitischer Abend zur VV der KZV Thüringen

Durch das Präsidium der Vertreterversammlung der KZV waren alle Mitglieder der VV und die Kreisstellenvorsitzenden der KZV zu einem Standespolitischen Abend nach Gera eingeladen worden.

Der Vorsitzende der VV, Dr. Rolf Gäbler, betonte in seiner Begrüßung, wie wichtig ein solches Zusammentreffen in einer lockeren Atmosphäre sei, und dass das Stattfinden der VV in Gera auf mehrfache Nachfrage von Delegierten der Vertreterversammlung, besonders aus dem Ost-

thüringer Raum, das Präsidium bewegt hätte, einen Anfang zu machen.

Mehrere Kollegen meldeten sich anschließend zu Wort und sprachen Themen der Öffentlichkeitsarbeit, des HVMs und den Umgang der einzelnen standespolitischen Organisationen untereinander an.

Der Abend dauerte lange, für manch einen wurde es ein standespolitischer Morgen, alle Teilnehmenden waren sich einig, dass so etwas wichtig für die zahnärztliche Kommunikation ist.

Aus meiner persönlichen Sicht muss ich sagen, dass es schade war, keine Kollegen aus dem Geraer Raum an diesem Abend begrüßen zu können. Es ist sicherlich wichtig, dass das Präsidium in seiner nächsten Einladung auf die Öffentlichkeit solcher Veranstaltungen noch einmal gesondert hinweist, obwohl jede Kollegin/jeder Kollege die Satzung der KZV kennen sollte, denn dies steht im § 6, Pkt. 7.

*Dr. Karl-Heinz Müller, Rudolstadt*

## Anträge an die Vertreterversammlung und deren Beschlussfassungen

### Antrag Nr. 1

**Antragsteller:** Vorstand der KZV Thüringen

**Betreff:** Öffentlichkeitsarbeit – Vorstellung der Aktion „Kampagne 2000“

#### **Wortlaut des Antrages:**

Die KZV Thüringen beteiligt sich an der Aktion „Kampagne 2000“, welche federführend durch die KZBV organisiert wird, in Höhe von DM 80.000,00. Soweit damit überplanmäßige Ausgaben verbunden sind, werden diese genehmigt.

#### **Begründung:**

Die KZVs und die KZBV wollen in diesem Jahr wieder eine Kampagne über die Folgen der Reformpolitik der Bundesregierung durchführen. Dafür hat der verantwortliche Redaktionsbeirat der KZBV die Agentur „Westag“ mit der Erstellung eines Konzeptes beauftragt. Insgesamt fallen erhebliche Kosten an, die nur zum Teil in den Haushalt der KZBV eingestellt sind. Aus diesem Grund hat sich der Vorstand der KZBV an die KZVs gewandt, ob diese bereit sind, sich

an der Kampagne 2000 in Höhe von DM 100,00 je Zahnarzt zu beteiligen.

Der Vorstand der KZV Thüringen schlägt der Vertreterversammlung vor, die Aktion mit einem Beitrag von DM 80.000,00 zu unterstützen. Diese Summe entspricht in etwa der Größenordnung, mit welcher sich die Thüringer Zahnärzte auch im Jahr 1999 an der Öffentlichkeitsarbeit der KZBV beteiligt haben.

**Der Antrag wurde angenommen.**

**Antrag****Antragsteller:** Dr. Volker Oehler, Erfurt**Betreff:** Bericht des Vorsitzenden**Wortlaut des Antrages:**

Die Vertreterversammlung beschließt für das Jahr 2000 keine Maßnahmen, die in den Bereichen PAR-Therapie, Kiefergelenkerkrankungen und Schienentherapie, die die im kassenzahnärztlichen Bereich gegebenen Therapiemöglichkeiten, z. B. durch Vorbegutachtungen, einschränken.

**Begründung:**

Leider sind zur Zeit die erforderlichen Therapiemaßnahmen in den oben genannten Bereichen durch die unselige Budgetierung eingeschränkt. Deshalb wurden in verschiedenen KZV-Bereichen Deutschlands bereits Kontingentierungsmaßnahmen eingeführt.

Solche Maßnahmen schränken die Therapiemöglichkeiten weiter ein, sind kostenintensiv und gehen damit zu Lasten des vorhandenen Budgets.

Neben stichpunktartigen Kontrollen sollten dazu vorrangig vertragsgerechte Maßnahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung und der Überprüfungen auffälliger Abrechnungsmuster stehen.

**Der Antrag wurde angenommen.****Antrag****Antragsteller:** Dr. Martina Radam, Erfurt**Betreff:** Erhalt der Praxislabore**Wortlaut des Antrages:**

Die VV der KZVTh wehrt sich ausdrücklich gegen die vom Verband der Deutschen Zahntechniker-Innungen initiierte Kampagne gegen die zahnärztlichen Praxislabore, mit der de facto die Auflösung der zahnärztlichen Praxislabore betrieben werden soll.

Die VV fordert vielmehr den uneingeschränkten Erhalt der Praxislabore und die Aufrechterhaltung einer den betriebswirtschaftlichen Erfordernissen angemessenen Vergütung der zahntechnischen Leistungen, die in diesen Laboren erbracht werden.

**Begründung:**

Praxislabore gehören in der Zahnheilkunde als fester Bestandteil zur Behandlung und sie haben stets zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Patienten beigetragen.

Eine Beschränkung der Praxislabore auf Reparaturen würde wohl Kostenerstatter als auch die Zahnärzte in eine erhebliche Abhängigkeit von den gewerblichen Laboren bringen. Die gewerblichen Labore betreiben „Rosinenpickerei“, indem sie die unlukrativen Arbeiten den Zahnärzten überlassen wollen und für sich selber in Anspruch nehmen, ausschließlich die lukrativen und hochwertigen Arbeiten machen zu dürfen.

Der Meisterbrief ermächtigt zur Führung eines gewerblichen Labors und zur Ausbildung von Lehrlingen. Ist jedoch nicht alleinig gültiger Nachweis für qualitativ hochwertige zahntechnische Arbeit.

Die Abschaffung der Praxislabore führt zu einem Kostensprung im Gesundheitswesen.

Die unterschiedlichen Gewährleistungszeiträume von Praxen und Laboratorien lassen die Last der ZE-Behandlung allein in den Zahnarztpraxen. Qualität muss aber von beiden Partnern geliefert werden.

**Der Antrag wurde angenommen.****Antrag****Antragsteller:** DM Johannes Wolf, Eisenberg**Betreff:** Zur Verhandlung des Vorstandes der KZV Thüringen mit den Krankenkassen**Wortlaut des Antrages:**

Nach dem Scheitern der Vertragshandlungen mit den Ersatzkassen im Ostverbund und dem Schiedsamtsergebnis der AOK fordert die Vertreterversammlung den Vorstand auf, nur Verträge in Thüringen zu akzeptieren, die die Grundlohnsummenentwicklung in Deutschland von 1,43 % und eine deutliche Steigerung des Punktwertes im Vergleich zum Vorjahr vorsieht. Damit soll das Schiedsamtsergebnis im AOK-Bereich vor dem Sozialgericht beklagt werden.

**Begründung:**

Die Umsetzung des HVM in 1999 hat gezeigt, dass wir durch ein Nichtausschöpfen des Budgets die katastrophale Gesundheitspolitik von Rot-Grün nicht ad absurdum führen können, sondern im Gegenteil beweisen, dass Budgets unter diesen machbar und durchsetzbar sind. Das haben die Thüringer Zahnärztinnen und Zahnärzte nicht verdient.

Die Schere zwischen Ost- und Westpunkt看wert vergrößert sich weiter. Man betrach-

te nur die Abschlüsse in Bayern und Nordrhein. Die gesetzlich vorgegebene Grenze der Grundlohnsummensteigerung muss mindestens ausgeschöpft werden.

**Der Antrag wurde abgelehnt.****Antrag****Antragsteller:** Dr. Martina Radam, Erfurt**Betreff:** Verhandlungsstrategie des Vorstandes der KZV bezüglich der Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen**Wortlaut des Antrages:**

Die Vertreterversammlung fordert den Vorstand der KZV auf, künftig in den Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen eine Verhandlungsstrategie umzusetzen, welche die Interessen aller Fachgruppen berücksichtigt.

Die Schere zwischen kieferorthopädischen Leistungen und Zahnersatzleistungen darf nicht größer werden.

Der Vorstand der KZV Thüringen wird beauftragt, den Schiedsspruch für das Jahr 2000 bezüglich der Festsetzung der vertragszahnärztlichen Leistungen mit der AOK Thüringen möglichst vor dem Sozialgericht zu beklagen.

**Begründung:**

Der Schiedsspruch führt zu einer erheblichen Abwertung von kieferorthopädischen Leistungen und trägt dazu bei, dass die Schere zwischen kieferorthopädischen Leistungen und Zahnersatzleistungen immer größer wird.

Dieser Schiedsspruch berücksichtigt weder die Entwicklung der betriebswirtschaftlichen Kosten noch wird die Grundlohnsummenentwicklung von 1,43 % in die Vergütung in vollem Umfang einbezogen.

Die Punktwerte im Bereich KFO liegen derzeit auf dem Niveau von 1995 und im Bereich Zahnersatz entsprechen sie den Werten von 1997.

Dies bedeutet keinen Erfolg, sondern eine Absenkung der Vergütung, da die Entwicklungen der Jahre 1998, 1999 und 2000 unberücksichtigt bleiben.

Eine Angleichung der Punktwerte im Bezug auf die Ost-West-Angleichung der Honorare bleibt weiterhin unerreichbar.

**Der Antrag wurde abgelehnt.**



## Antrag

**Antragsteller:** Dr. Jens-Holger Pohl, Jena

**Betreff:** Gestaltung der Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen

### Wortlaut des Antrages:

Der Vorstand der KZV Thüringen wird von der Vertreterversammlung beauftragt, bei den Vertragsverhandlungen mit allen Krankenkassen die Einzelleistungsvergütung als Grundlage zu verwenden. Eine Verhandlung auf der Basis von Kopfpauschalen wird abgelehnt.

### Begründung:

Die Verwendung von Kopfpauschalen berücksichtigt nicht die für den jeweiligen Patienten erbrachte individuelle Leistung. Weiterhin kann eine Kopfpauschale nicht gewährleisten, dass eine qualitätsorientierte und dem neuesten Wissensstand entsprechende Therapie wirtschaftlich erbracht werden kann. Kopfpauschalen sind deshalb ebenso wie die Budgetierung von Leistungen denkbar ungeeignet, eine für den Patienten individuell optimale und qualitätsgerechte Leistung zu erreichen.

**Der Antrag wurde abgelehnt.**

## Antrag Nr. 2

**Antragsteller:** Vorstand der KZV Thüringen

**Betreff:** Verwaltungskostenbeitrag

### Wortlaut des Antrages:

Der Vorstand beantragt, dass für Handabrechner (Einreichung von Abrechnungsscheinen kons./chir. Leistungen) je eingereichtem Erfassungsschein ein Beitrag von DM 0,50 als zusätzlicher Verwaltungskostenbeitrag erhoben wird.

### Begründung:

Bisher war es Wille des Vorstandes und der Vertreterversammlung der KZV Thüringen, per Erfassungsbelegen abrechnenden Zahnarztpraxen nicht zusätzliche Kosten aufzuerlegen.

Eine aktuelle Übersicht der kons./chir. Abrechnung IV. Quartal 1999 belegt nun, dass im KZV-Bereich Thüringen insgesamt noch 175 Zahnarztpraxen ohne Diskette abrechnen. Davon besitzen 131 Praxen keine EDV. 44 Praxen dagegen reichen bei der KZV Thüringen Belege ein, die mittels EDV gedruckt sind. Das bedeutet, von den 76.122 eingereichten Fällen sind 20.327 Abrechnungsscheine, die mittels EDV bedruckt wurden. Der Vorstand der KZV

Thüringen hat sich mehrfach schriftlich bemüht, die Zahnarztpraxen zu bewegen, Disketten zur Abrechnung einzureichen.

Insgesamt fallen bei der manuellen Bearbeitung der Erfassungsscheine alleine zusätzliche Lohnkosten von DM 0,20 pro Fall an. Inklusive zusätzlicher weiterer Kosten für Technik, Wartung usw. muss von einem zusätzlichen Aufwand je eingereichtem Erfassungsschein von insgesamt etwa DM 0,50 ausgegangen werden. Der Vorstand beantragt nun, diese Praxen ab KCH-Abrechnung II. Quartal 2000 in dieser Größenordnung zu belasten.

**Der Antrag wurde angenommen.**

## Antrag Nr. 3

**Antragsteller:** Vorstand der KZV Thüringen

**Betreff:** Umsetzung des HVM

**Kassenbereich:** BKK TEAG 1999

**Leistungsbereich:** KFO

### Wortlaut des Antrages:

Der im Vertragsbereich mit der BKK Thüringer Energieversorgung zur Auszahlung gebrachte Punktwert für 1999 erbrachte Leistungen des Teiles 3 BEMA bleibt unverändert.

### Begründung:

Die Gesamtvergütung wurde durch Schiedspruch aufgrund einer Kopfpauschale für die Teile 1, 2 und 4 BEMA zum einen und für die Teile 3 und 5 BEMA zum anderen bestimmt. Nach Abschluss des Abrechnungsjahres 1999 ist eine Überschreitung in dem Teilbudget gemäß Anlage 1 Abschnitt B Nr. 4 lit. c) HVM festzustellen. Insgesamt wurde jedoch die vom Schiedsamt festgesetzte Kopfpauschale aufgrund des Leistungseinbruchs bei Zahnersatz nicht erreicht. Infolge dessen sind Rückzahlungen an die Kasse nicht vorzunehmen.

Da trotz des durch Schiedsamt festgesetzten pauschalisierten Vergütungssystems an der Einzelleistungsvergütung festgehalten werden soll, wird eine Absenkung nicht für notwendig erachtet.

**Der Antrag wurde angenommen.**

## Antrag Nr. 4

**Antragsteller:** Vorstand der KZV Thüringen

**Betreff:** Umsetzung des HVM

**Kassenbereich:** BKK MEM 1999

**Leistungsbereich:** KFO

### Wortlaut des Antrages:

Der im Vertragsbereich mit der BKK Maschinenfabrik & Eisengießerei Meuselwitz GmbH zur Auszahlung gebrachte Punktwert für 1999 erbrachte Leistungen des Teiles 3 BEMA bleibt unverändert.

### Begründung:

Die Gesamtvergütung wurde durch Schiedspruch aufgrund einer Kopfpauschale für die Teile 1, 2 und 4 BEMA zum einen und für die Teile 3 und 5 BEMA zum anderen bestimmt. Nach Abschluss des Abrechnungsjahres 1999 ist eine Überschreitung in dem Teilbudget gemäß Anlage 1 Abschnitt B Nr. 4 lit. c) HVM (kieferorthopädische Leistungen) festzustellen. Insgesamt wurde jedoch die vom Schiedsamt festgesetzte Kopfpauschale aufgrund des Leistungseinbruchs bei Zahnersatz nicht erreicht. Infolge dessen sind Rückzahlungen an die Kasse nicht vorzunehmen.

Da trotz des durch Schiedsamt festgesetzten pauschalisierten Vergütungssystems an der Einzelleistungsvergütung festgehalten werden soll, wird eine Absenkung nicht für notwendig erachtet.

**Der Antrag wurde angenommen.**

## Antrag Nr. 5

**Antragsteller:** Vorstand der KZV Thüringen

**Betreff:** Umsetzung des HVM

**Kassenbereich:** BKK TEAG 1999

**Leistungsbereich:** ZE

### Wortlaut des Antrages:

Soweit bei der BKK Thüringer Energieversorgung Unterschreibungsbeträge nicht zur Stützung des Punktwertes für Leistungen des Teiles 3 BEMA benötigt werden, sind diese dem Teilbudget gemäß Anlage 1 Abschnitt B Nr. 4 lit. a) HVM zuzuführen.

### Begründung:

Die Gesamtvergütung wurde durch Schiedspruch aufgrund einer Kopfpauschale für die Teile 1, 2 und 4 BEMA zum einen und für die Teile 3 und 5 BEMA zum anderen bestimmt. Nach Abschluss des Abrechnungsjahres 1999 ist eine Überschreitung in dem Teilbudget gemäß Anlage 1 Abschnitt B Nr. 4 lit. c) HVM festzustellen. Insgesamt wurde jedoch die vom Schiedsamt festgesetzte Kopfpauschale aufgrund des Leistungseinbruchs bei

Zahnersatz nicht erreicht. Infolge dessen sind Nachzahlungen durch die Kasse vorzunehmen.

Da trotz des durch Schiedsamt festgesetzten pauschalisierten Vergütungssystems an der Einzelleistungsvergütung festgehalten werden soll, wird eine Absenkung des kieferorthopädischen Punktwertes nicht vorgenommen. Die dafür benötigten Beträge zehren die Nachzahlung für Zahnersatz jedoch nicht auf.

Es sollen die damit weiterhin einer Verteilung zur Verfügung stehenden Gelder dem Teilbudget gemäß Anlage 1 Abschnitt B Nr. 4 lit. a) HVM zugeführt werden, da dort unter Beachtung der Punktwertabsenkung im 2. Halbjahr 1999 eine angemessene Einzelleistungsvergütung angestrebt werden soll.

**Der Antrag wurde angenommen.**

## Antrag Nr. 6

**Antragsteller:** Vorstand der KZV Thüringen

**Betreff:** Umsetzung des HVM

**Kassenbereich:** BKK MEM 1999

**Leistungsbereich:** ZE

### **Wortlaut des Antrages:**

Soweit bei der BKK Maschinenfabrik & Eisengießerei Meuselwitz GmbH Unterschreibungsbeträge nicht zur Stützung des Punktwertes für Leistungen des Teiles 3 BEMA (KFO) benötigt werden, sind diese dem Teilbudget gemäß Anlage 1 Abschnitt B Nr. 4 lit. a) HVM zuzuführen.

### **Begründung:**

Die Gesamtvergütung wurde durch Schiedsspruch aufgrund einer Kopfpauschale für die Teile 1, 2 und 4 BEMA zum einen und für die Teile 3 und 5 BEMA zum anderen bestimmt. Nach Abschluss des Abrechnungsjahres 1999 ist eine Überschreitung in dem Teilbudget gemäß Anlage 1 Abschnitt B Nr. 4 lit. c) (kieferorthopädische Leistungen) festzustellen. Insgesamt wurde jedoch die vom Schiedsamt festgesetzte Kopfpauschale aufgrund des Leistungseinbruches bei Zahnersatz nicht erreicht. Infolge dessen sind Nachzahlungen durch die Kasse vorzunehmen.

Da trotz des durch Schiedsamt festgesetzten pauschalisierten Vergütungssystems an der Einzelleistungsvergütung festgehalten werden soll, wird eine Absenkung des kieferorthopädischen Punktwertes nicht vorgenommen. Die dafür benötigten Beträge zehren die Nachzahlung für Zahn-

ersatz jedoch nicht auf.

Es sollen die damit weiterhin einer Verteilung zur Verfügung stehenden Gelder dem Teilbudget gemäß Anlage 1 Abschnitt B Nr. 4 lit. a) HVM zugeführt werden, da dort unter Beachtung der Punktwertabsenkung im 2. Halbjahr 1999 eine angemessene Einzelleistungsvergütung angestrebt werden soll.

**Der Antrag wurde angenommen.**

## Antrag Nr. 7

**Antragsteller:** Vorstand der KZV Thüringen

**Betreff:** Umsetzung des HVM

**Kassenbereich:** BKK TEAG 1999

**Leistungsbereich:** KCH, PAR, KB

### **Wortlaut des Antrages:**

Zahlungen der BKK Thüringer Energieversorgung aufgrund Unterschreitung von Kopfpauschalen werden dem Teilbudget gemäß Anlage 1 Abschnitt B Nr. 4 lit. a) HVM zugeführt. Es wird für Leistungen des Teilbudgets gemäß Anlage 1 Abschnitt B Nr. 4 lit. a) HVM ein jahreseinheitlicher Vergütungspunkt看wert entsprechend dem Verhältnis der abgerechneten Gesamtpunktmenge dieser Krankenkasse zum zur Verfügung stehenden Gesamtvergütungsvolumen gebildet. Dieser Vergütungspunkt看wert ist dann Grundlage der endgültigen Abrechnung.

### **Begründung:**

Gemäß Honorarverteilungsmaßstab soll der Vergütungspunkt看wert mit dem Vertragspunkt看wert im gesamten Leistungsjahr den gleichen Betrag haben. Ist die Gesamtvergütung nicht unter Zugrundelegung eines Punktwertes bestimmt, ist der Vergütungspunkt看wert festzulegen.

Das Schiedsamt hat die Gesamtvergütung als Kopfpauschale bestimmt. Um Überschreitungen der höchstens zulässigen Gesamtvergütung im Teilbudget gemäß Anlage 1 Abschnitt B Nr. 4 lit. a) HVM zu verhindern, hat der Vorstand den Punkt看wert im 2. Halbjahr 1999 auf DM 1,10 festgesetzt. Da im 1. Halbjahr 1999 ein Punkt看wert von DM 1,402 galt, ist nunmehr ein jahreseinheitlicher Punkt看wert zu bestimmen. Soweit aus dem Teilbudget gemäß Anlage 1 Abschnitt B Nr. 4 lit. b) HVM Nichtausschöpfungsbeträge zur Verfügung stehen, sind diese ebenfalls einzubeziehen.

**Der Antrag wurde angenommen.**

## Antrag Nr. 8

**Antragsteller:** Vorstand der KZV Thüringen

**Betreff:** Umsetzung des HVM

**Kassenbereich:** BKK MEM 1999

**Leistungsbereich:** KCH, PAR, KB

### **Wortlaut des Antrages:**

Zahlungen der BKK Maschinenfabrik & Eisengießerei Meuselwitz GmbH aufgrund Unterschreitung von Kopfpauschalen werden dem Teilbudget gemäß Anlage 1 Abschnitt B Nr. 4 lit. a) HVM zugeführt. Es wird für Leistungen des Teilbudgets gemäß Anlage 1 Abschnitt B Nr. 4 lit. a) HVM ein jahreseinheitlicher Vergütungspunkt看wert entsprechend dem Verhältnis der abgerechneten Gesamtpunktmenge dieser Krankenkasse zum zur Verfügung stehenden Gesamtvergütungsvolumen gebildet. Dieser Vergütungspunkt看wert ist dann Grundlage der endgültigen Abrechnung.

### **Begründung:**

Gemäß Honorarverteilungsmaßstab soll der Vergütungspunkt看wert mit dem Vertragspunkt看wert im gesamten Leistungsjahr den gleichen Betrag haben. Ist die Gesamtvergütung nicht unter Zugrundelegung eines Punktwertes bestimmt, ist der Vergütungspunkt看wert festzulegen.

Das Schiedsamt hat die Gesamtvergütung als Kopfpauschale bestimmt. Um Überschreitungen der höchstens zulässigen Gesamtvergütung im Teilbudget gemäß Anlage 1 Abschnitt B Nr. 4 lit. a) HVM zu verhindern, hat der Vorstand den Punkt看wert im 2. Halbjahr 1999 auf DM 1,10 festgesetzt. Da im 1. Halbjahr 1999 ein Punkt看wert von DM 1,402 galt, ist nunmehr ein jahreseinheitlicher Punkt看wert zu bestimmen. Soweit aus dem Teilbudget gemäß Anlage 1 Abschnitt B Nr. 4 lit. b) HVM Nichtausschöpfungsbeträge zur Verfügung stehen, sind diese ebenfalls einzubeziehen.

**Der Antrag wurde angenommen.**

## Antrag Nr. 9

**Antragsteller:** Vorstand der KZV Thüringen

**Betreff:** Umsetzung des HVM

**Kassenbereich:** VdAK/AEV 1999

**Leistungsbereich:** KCH, PAR, KB

### **Wortlaut des Antrages:**

Die von den Ersatzkassen für den Vertragszeitraum 1999 gezahlten Nachzah-

lungsbeträge werden als Pauschalbetrag an die in diesem Zeitraum an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnarztpraxen unter Berücksichtigung des Umsatzanteiles, welcher sich aus dem Verhältnis der praxisindividuellen Gesamtpunktmenge dieses Kassenbereiches des Gebührentarifes A BEMA der Praxis, bezogen auf die vergleichbare Gesamtpunktmenge, welche durch die KZV Thüringen zur Abrechnung gebracht wurde, verteilt.

#### **Begründung:**

Die KZVs der neuen Bundesländer, ohne Berlin, hatten für den Vertragszeitraum des Jahres 1999 mit den Ersatzkassen (VdAK/AEV) gemeinsam und einheitlich Vergütungsverträge abgeschlossen, die einen Punktwert beinhalteten. Darüber hinaus wurde vereinbart, dass, sofern Über- bzw. Unterschreitungen der Obergrenze festgestellt werden, ein entsprechender Ausgleich zu erfolgen hat.

Dabei ist vertraglich bestimmt, dass die Ersatzkassen bei über die neuen Bundesländer summierten Unterschreitungen dieser Obergrenzen Nachzahlungen vornehmen. Soweit hierbei ein Ausgleichsverfahren der beteiligten KZVs vereinbart wurde, kommt dies in 1999 nicht zur Anwendung, da der vereinbarte Punktwert in allen Ländern gesichert ist.

Mithin ist nunmehr aufgrund der infolge einer Unterschreitung erhaltenen Nachzahlung die Verteilung gemäß HVM vorzunehmen.

Da der Vertrags- und der Vergütungspunktwert im gesamten Jahr gleich waren, kann eine punktwertunabhängige Verteilung erfolgen.

Als Bemessungsgrundlage für die Anteile in diesem Kassen- und Leistungsbereich bietet sich der Gebührentarif A an, da solche Leistungen unabhängig von der jeweiligen Spezialisierung in allen Praxen anfallen.

**Der Antrag wurde angenommen.**

### **Antrag Nr. 10**

**Antragsteller:** Vorstand der KZV Thüringen

**Betreff:** Umsetzung des HVM

**Kassenbereich:** IKK 1999

**Leistungsbereich:** KCH, PAR, KB

**Wortlaut des Antrages:**

Soweit unter Zugrundelegung eines

Punktwertes von DM 1,38 im Teilbudget gemäß Anlage 1 Abschnitt B Nr. 4 lit. a) HVM des Vertragsbereiches IKK Thüringen Unterschreitungen durch die Krankenkassen zur Auszahlung kommen, werden diese als Pauschalbetrag an die in diesem Zeitraum an der vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten teilnehmenden Zahnarztpraxen unter Berücksichtigung des Umsatzanteiles, welcher sich aus dem Verhältnis der praxisindividuellen Gesamtpunktmenge dieses Kassenbereiches des Teiles 1 BEMA der Praxis, bezogen auf die vergleichbare Gesamtpunktmenge, welche durch die KZV Thüringen zur Abrechnung gebracht wurde, verteilt.

#### **Begründung:**

Gemäß Honorarverteilungsmaßstab soll der Vergütungspunktwert mit dem Vertragspunktwert im gesamten Leistungsjahr den gleichen Betrag haben. Das Schiedsamt hat die Gesamtvergütung als Kopfpauschale bestimmt. Des Weiteren hat das Schiedsamt einen Arbeitspunktwert, welcher im Sinne des HVM den Vertragspunktwert darstellt, in Höhe von DM 1,38 für Leistungen des Teilbudgets gemäß Anlage 1 Abschnitt B Nr. 4 lit. a) HVM festgesetzt.

Die mit diesem Punktwert zur Abrechnung gelangten Leistungen haben das zur Verfügung stehende Volumen der Gesamtvergütung nicht verbraucht, so dass Nachzahlungen durch die IKK zu erwarten sind.

Da der Vertragspunktwert im gesamten Jahr dem Vergütungspunktwert entspricht, kann eine punktwertunabhängige Verteilung erfolgen. Leistungen des Teilbudgets gemäß Anlage 1 Abschnitt B Nr. 4 lit. a) HVM wurden von allen Praxen, unabhängig der ggf. bestehenden Spezialisierung, zur Abrechnung gebracht, so dass eine anteilige Teilhabe aller ermöglicht wird.

**Der Antrag wurde angenommen.**

### **Antrag Nr. 11**

**Antragsteller:** Vorstand der KZV Thüringen

**Betreff:** Umsetzung des HVM

**Kassenbereich:** AOK Thüringen 1999

**Leistungsbereich:** KFO

**Wortlaut des Antrages:**

Der im Vertragsbereich mit der AOK Thüringen zur Auszahlung gebrachte

Punktwert für Leistungen des Teiles 3 BEMA bleibt unverändert.

#### **Begründung:**

Gemäß der Vergütungsvereinbarung der KZV Thüringen und der AOK Thüringen ergibt sich die Gesamtvergütung als Ergebnis einer plafonierten Einzelleistungsvergütung. Dies bedeutet, dass die Leistungen nach den Gebührentarifen aufgrund eines vertraglich vereinbarten Punktwertes zur Abrechnung gebracht werden. Da insgesamt aber die Gesamtvergütung in der Höhe begrenzt ist, kommt es bei Leistungssteigerungen zu einer Überschreitung dieser Begrenzung.

Die Teilbudgets gemäß Anlage 1 Abschnitt B Nr. 4 lit. b) und c) HVM wurden im Vergütungsvertrag zu dem sog. Topf 2 zusammengefasst. Dies bedeutet, dass Überschreitungen mit der Krankenkasse nur dann ausgeglichen werden, wenn insgesamt das begrenzte Volumen des Topfes 2 überschritten wurde.

Nach Abschluss des Abrechnungsjahres 1999 ist eine Überschreitung des Teilbudgets gemäß Anlage 1 Abschnitt B Nr. 4 lit. c) (kieferorthopädische Leistungen) festzustellen. Insgesamt wurde aber eine Überschreitung des Topfes 2 aufgrund des Leistungseinbruchs bei Zahnersatz nicht erreicht. Infolge dessen sind Rückzahlungen an die Krankenkasse nicht vorzunehmen.

Da trotz des auf Ebene des Vergütungsvertrages geltenden pauschalisierten Vergütungssystems im Rahmen der Honorarverteilung an der Einzelleistungsvergütung festgehalten werden soll, wird eine Absenkung nicht für notwendig erachtet.

**Der Antrag wurde angenommen.**

### **Antrag Nr. 12**

**Antragsteller:** Vorstand der KZV Thüringen

**Betreff:** Umsetzung des HVM

**Kassenbereich:** AOK Thüringen 1999

**Leistungsbereich:** KCH, PAR, KB

**Wortlaut des Antrages:**

Der in den Leistungsbereichen, Teile 1, 2 und 4 BEMA, zu zahlende Vergütungspunktwert bei der AOK Thüringen des Jahres 1999 entspricht dem um den festgestellten Überschreitungsprozentsatz des Teilbudgets gemäß Anlage 1 Abschnitt B Nr. 4 lit. a) HVM zu vermindernden Vertragspunktwert.

**Begründung:**

Gemäß der Vergütungsvereinbarung der KZV Thüringen und der AOK Thüringen ergibt sich die Gesamtvergütung als Ergebnis einer plafonierten Einzelleistungsvergütung. Dies bedeutet, dass die Leistungen nach den Gebührentarifen aufgrund eines vertraglich vereinbarten Punktwertes zur Abrechnung gebracht werden. Da insgesamt aber die Gesamtvergütung in der Höhe begrenzt ist, kommt es bei Leistungssteigerungen zu einer Überschreitung dieser Begrenzung. Dies ist im Jahre 1999 im Teilbudget gemäß Anlage 1 Abschnitt B Nr. 4 lit. a) HVM bei der AOK Thüringen eingetreten. Gemäß Anlage 1 Abschnitt B Nr. 8 Satz 1 HVM ist in diesen Fällen der Vertragspunktwert um den festgestellten Überschreitungsprozentsatz zu verringern. Da sich die Überschreitung auf alle drei Leistungsbereiche bezieht, werden alle Punktwerte gleich behandelt. Die notwendig werdenden Berichtigungen sind vorzunehmen.

**Der Antrag wurde angenommen.**

**Antrag Nr. 13**

**Antragsteller:** Vorstand der KZV Thüringen

**Betreff:** Umsetzung des HVM

**Kassenbereich:** Bundesknappschaft 1999

**Leistungsbereich:** KCH, PAR, KB

**Wortlaut des Antrages:**

Der in den Leistungsbereichen, Teile 1, 2 und 4 BEMA, zu zahlende Vergütungspunktwert im Vertragsbereich mit der Bundesknappschaft des Jahres 1999 entspricht dem um den festgestellten Überschreitungsprozentsatz des Teilbudgets gemäß Anlage 1 Abschnitt B Nr. 4 lit. a) HVM zu verminderten Vertragspunktwert.

**Begründung:**

Gemäß der Vergütungsvereinbarung der KZV Thüringen und der Bundesknappschaft ergibt sich die Gesamtvergütung als Ergebnis einer plafonierten Einzelleistungsvergütung. Dies bedeutet, dass die Leistungen nach den Gebührentarifen aufgrund eines vertraglich vereinbarten

Punktwertes zur Abrechnung gebracht werden. Da insgesamt aber die Gesamtvergütung in der Höhe begrenzt ist, kommt es bei Leistungssteigerungen zu einer Überschreitung dieser Begrenzung. Dies ist im Jahre 1999 im Teilbudget gemäß Anlage 1 Abschnitt B Nr. 4 lit. a) HVM bei der Bundesknappschaft eingetreten. Gemäß Anlage 1 Abschnitt B Nr. 8 Satz 1 HVM ist in diesen Fällen der Vertragspunktwert um den festgestellten Überschreitungsprozentsatz zu verringern. Die notwendig werdenden Berichtigungen sind über alle Leistungsbereiche dieses Teilbudgets vorzunehmen.

**Der Antrag wurde angenommen.**

**Ausschreibung**

Gemäß § 103 Abs. 4 SGB V wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Schmalkalden-Meiningen ab **1. August 2000** ein Vertragszahnarztsitz in

**Schmalkalden**

ausgeschrieben.

Bewerbungen zur Übernahme dieser Praxis sind schriftlich bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses unter folgender Anschrift einzureichen:

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

**Ausschreibung**

Gemäß § 103 Abs. 4 SGB V wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Saalfeld-Rudolstadt ab **7. September 2000** ein Vertragszahnarztsitz in

**Saalfeld**

ausgeschrieben.

Bewerbungen zur Übernahme dieser Praxis sind schriftlich bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses unter folgender Anschrift einzureichen:

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

**Ögram Kurstermine 2000**

Monat	Ort	Tag	Datum	Uhrzeit	Veranstalter
September	<input type="checkbox"/> Düsseldorf	Mittwoch	20.09.	14:00	Ögram
	<input type="checkbox"/> Hamburg	Samstag	23.09.	09:00	Zahnärztekammer
Oktober	<input type="checkbox"/> Erfurt	Mittwoch	18.10.	14:00	Ögram
November	<input type="checkbox"/> Stuttgart	Mittwoch	29.11.	14:00	Ögram
	<input type="checkbox"/>	Ich bitte um Zusendung der Termine 1. Halbjahr 2001			
<b>Referent:</b>	Gunnar Philipp, 900A Kilkenny, Denton, Texas 76205 (in Deutscher Sprache)				
<b>Seminardauer:</b>	8 Stunden				
<b>Gebühren:</b>	Zahnärztinnen / Zahnärzte	* DM 390,- / EUR		199,40 zzgl. MwSt.	
	OP-Helferinnen	* DM 155,- / EUR		79,25 zzgl. MwSt.	
	Anwender & Wiederholer	* DM 155,- / EUR		79,25 zzgl. MwSt.	

\* nicht für die Kurstermine der Kammern, des Freien Verbandes und der VAZ



# Weiterbildungs- und Erholungswochenende in Thüringen

## zum 5. Thüringer Zahnärztetag

**30.9.2000**

### **Erfurt-Tag**

ab 10.00 Uhr

**Stadtführung** durch den mittelalterlichen Stadtkern

18.30 Uhr



### **Bach-Abend**

Besuch der Bach-Ausstellung  
in der Predigerkirche  
mit anschließendem Orgelkonzert

**Oktoberfest**  
auf dem Domplatz



**1.10.2000**

### **Weimar-Tag**

ab 10.00 Uhr



### **Stadtführung**

zu den bekanntesten Sehenswürdigkeiten

**Oktoberfest**  
auf dem Domplatz



**2.10.2000**

### **Arnstadt-Tag**

ab 10.00 Uhr

**Stadtrundgang** durch die älteste Stadt Thüringens  
Besuch des **Puppenmuseums** oder einer  
**Glasbläserwerkstatt**

**„Die lange Nacht der Erfurter Museen  
und Ausstellungen“**

**Rockkonzerte** in der Messehalle  
und auf dem Petersberg

**Orgelkonzerte** in Erfurter Kirchen



*Auf Wunsch können Karten für das Theater oder die Kleinkunstbühne „Dasdie“  
reserviert werden. Weitere Informationen zu Preisen erhalten Sie  
von Frau Büttner, LZKTh, Tel. 0361/7432110, eMail: SBüttner-LZKTh@t-online.de*



# Anmeldung zum Weiterbildungs- und Erholungswochenende



Landes Zahnärztekammer Thüringen  
Frau Büttner  
Mittelhäuser Straße 76 – 79  
99089 Erfurt

Absender bzw. Praxisstempel

**30.9.2000 Erfurt-Tag**

Personenzahl

**30.9.2000 Bach-Abend**

Personenzahl

**1.10.2000 Weimar-Tag**

Personenzahl

**2.10.2000 Arnstadt Tag**

Personenzahl

**Wird ein Theaterbesuch gewünscht?**

Datum

Personenzahl



**bietet eine Vielzahl kultureller Veranstaltungen in Erfurt**



# **Fortbildungsthemen im tzb zum Heraustrennen und Sammeln**

## **Betreuung des Kariesrisiko-Patienten**

**Teil 1:**

**Kariesdiagnostik als Voraussetzung  
einer sicheren Kariesrisiko-Einschätzung**

Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena  
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde/ Bereich Erfurt  
Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde

## Betreuung des Kariesrisiko-Patienten

### Teil 1: Kariesdiagnostik als Voraussetzung einer sicheren Kariesrisiko-Einschätzung

R. Heinrich-Weltzien, J. Kühnisch und L. Stößer

#### Einleitung

Der in der Bundesrepublik Deutschland nachgewiesene Kariesrückgang bei Kindern und Jugendlichen wird im wesentlichen auf die breite Verfügbarkeit fluoridhaltiger Zahnpasten, eine verbesserte Mundhygiene und auf verstärkt greifende gruppen- und individualprophylaktische Betreuungsmaßnahmen zurückgeführt (Künzel 1997; Pieper 1998). In Begleitung dieser als „caries decline“ beschriebenen epidemiologischen Entwicklung zeichnet sich auch eine deutliche Veränderung des kariösen Befallsmusters ab. So konzentrieren sich insgesamt 70 bis 80 % aller kariösen und gefüllten Zahnflächen auf lediglich 20 bis 30 % der Kinder bzw. Jugendlichen, die somit als besonders kariesgefährdet eingestuft werden müssen (Heinrich-Weltzien et al. 1997). Darüber hinaus sind im Milch- und im bleibenden Gebiss die Molaren und deren Fissuren/Grübchen die am häufigsten kariös erkrankten Zähne und Zahnflächen. In Abhängigkeit vom Alter der untersuchten Population entfallen zwischen 60 und 85 % des Gesamtkariesbefalls auf die kariesanfälligen Fissuren und Grübchen (Kühnisch 1998).

Weiterhin hat sich das klinische Erscheinungsbild und Verhalten der kariösen Läsionen derart verändert,

dass insbesondere die Detektion und Diagnostik der Okklusalkaries wesentlich schwieriger wurde. Die Kariesprogression vollzieht sich dabei zunehmend unter einer klinisch intakt erscheinenden Schmelzschicht; große Dentinläsionen werden durch den gesund wirkenden Zahnschmelz unter Umständen sogar vollständig maskiert. Da sich diese Kariesform einer visuellen Befundung entzieht, sich aber im Röntgenbild durch eine deutlich umschriebene Radioluzenz im Dentin auszeichnet, wurde im angelsächsischen Schrifttum der Begriff „hidden caries“ – versteckte Karies – für diese Kariesform geprägt (Weerheijm et al. 1992).

Bereits Anfang der 80er Jahre machten praktisch tätige Zahnärzte in England auf das Problem versteckter kariöser Läsionen aufmerksam, deren Vorkommen heute nicht mehr zu unterschätzen ist. Epidemiologische Studien, die bei der röntgenografischen Befundung okklusale und approximale Radioluzenzen berücksichtigten, fanden an bis zu 50 % (!) aller bleibenden Molaren versteckte kariöse Läsionen (Weerheijm et al. 1992). Da die „hidden caries“ bevorzugt bei Patienten mit guter Mundhygiene und klinisch gesund erscheinendem Gebiss vorkommt und sich der traditionellen, visuell-taktilen Inspek-

tion mit Sonde und Spiegel entzieht, ist die Anpassung der gegenwärtig praktizierten Kariesdiagnostik an das veränderte kariöse Befallsmuster dringend erforderlich.

Die Unterlassung einer sicheren Kariesdiagnostik im Bereich der Fissuren/Grübchen sowie Approximalflächen kann aus der Sicht des Patienten keinesfalls akzeptiert werden, da der Verzicht mit einer hohen Anzahl falsch negativer Befunde, also nicht erkannter kariöser Läsionen an den verschiedenen Kariesprädispositionsstellen, einhergeht.

Darüber hinaus beeinflusst die differenzialdiagnostische Abgrenzung einer aktiven von einer inaktiven Läsion neben der Entscheidung über eine präventive oder restaurative Behandlung auch die Kariesrisiko-Prognose für den Patienten. Die fundierte Kariesdiagnostik, einschließlich der Erfassung von Kariesvorstufen, ist daher eine *conditio sine qua non* für die sichere Kariesrisiko-Vorhersage am Patienten.

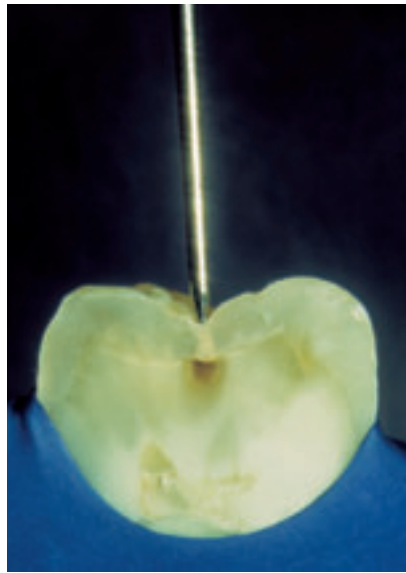
#### Klinik und Diagnostik der Fissurenkaries

Während durch präventive Maßnahmen der Kariesbefall der Glattflächen nahezu vollständig vermeidbar ist,



weisen Fissuren und Grübchen ein deutlich höheres Erkrankungsrisiko auf. So lässt sich im Bereich der Fissuren bereits durch 3.000 koloniebildende Einheiten Mutans Streptokokken je ml Speichel eine Karies initiieren; für die Auslösung einer Glattflächenkaries ist dagegen die Keimzahlhöhe von 43.000 koloniebildenden Einheiten je ml Speichel erforderlich (Anderson et al. 1993). Als besonders kritische Altersphase für das Fortschreiten der Fissurenkaries am ersten bleibenden Molaren wird die Zeit zwischen dem 7. und 9. Lebensjahr angesehen (Vehkalahti et al. 1991). Der frühzeitigen Diagnostik sowie Prävention und Therapie der Fissurenkaries kommt somit eine herausragende Bedeutung in der täglichen Arbeit des Zahnarztes zu.

Während die zahnärztliche Sonde, der Spiegel und eine ausreichende Lichtquelle das klassische Instrumentarium zur Kariesdiagnostik seit Gründung des zahnärztlichen Berufsstandes darstellten, wurde mit dem veränderten klinischen Erscheinungsbild kariöser Läsionen der Wert der zahnärztlichen Sonde bei der traditionellen, visuell-taktilen Kariesdiagnostik in Frage gestellt. So zeigten verschiedene Untersuchungen, dass die Sondierung keinen diagnostischen Informations-



*Abb. 1: Querschnitt eines Zahnes mit einer etwa 2 mm in das Dentin reichenden Karies; die begrenzte Aussagekraft der taktilen Kariesdiagnostik mit der zahnärztlichen Sonde im Bereich der Fissur wird durch deren Positionierung verdeutlicht.*

gewinn erbringt, wohl aber zu einer Zerstörung remineralisierbarer, initial kariöser Läsionen und zu einem möglichen Transfer von Mikroorganismen von einer Fissur zur anderen führen kann (Lussi 1991, Yassin 1995). Die Abbildung 1 demonstriert sehr deutlich die geringe Aussagekraft der



*Abb. 2: Visuelle Kariesdiagnostik mit zahnärztlichem Spiegel und Multifunktions-spritze zur Trockenlegung des zu befundenen Zahnes.*

zahnärztlichen Sonde für die Diagnostik einer versteckten Fissurenkaries. Während die demineralisierte Schmelzoberfläche sondierbar ist, kann die darunterliegende Dentinläsion keinesfalls erreicht werden. Insofern wird der Gebrauch der zahnärztlichen Sonde zur Kariesdiagnostik äußerst kritisch als nicht mehr akzeptables Vorgehen angesehen (Penning et al. 1992). Dagegen gilt die visuelle Inspektion der sauberen Zahnoberfläche unter Zuhilfenahme einer Lupenbrille und Lufttrocknung des Zahnes als klinisches Verfahren der Wahl (Abb. 2). Obwohl ein solches Vorgehen die Genauigkeit der visuellen Kariesdiagnostik erhöht, darf nicht übersehen werden, dass in der Regel nur 10 bis 20 % aller Dentinläsionen richtig erkannt werden (Lussi et al. 1995). Die Nutzung ergänzender kariesdiagnostischer Verfahren ist somit unerlässlich.

Das klinische Erscheinungsbild der Okklusalkaries ist sehr vielfältig. Der Definition der versteckten Karies entsprechen klinisch gesund erscheinende Okklusalfächen, die in einem zufällig angefertigten Röntgenbild eine umschriebene Radioluzenz im Dentin aufweisen. Okklusalfächen, die kreidige Entkalkungen und/oder braune Verfärbungen erkennen lassen, sind als initial kariös verändert zu charakterisieren. Je dunkler das Fissurenmuster verfärbt ist (Abb. 3), um so höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass der kariöse Demineralisationsprozess bereits bis in das Dentin vorgedrungen ist (Marthaler et al. 1990). Tiefe und enge Fissuren zeigen darüber hinaus eine deutlich höhere Kariesgefährdung, da sie bei der konventionellen Zahnreinigung mit der Zahnbürste nur unzureichend zugänglich sind und professionelle wie auch häusliche Fluoridierungsmaßnahmen keinen langfristigen Schutz darstellen (Fennis et al. 1998; Pearce et al. 1999). Nachgewiesenermaßen kann der okklusalen Karies nur mit der Fissurenversiegelung wirksam vorgebeugt werden (Ripa 1993).

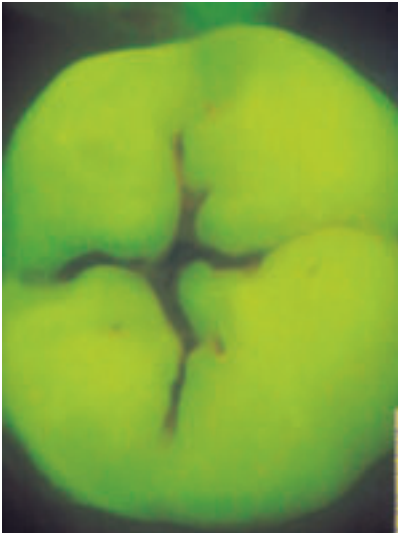


Abb. 3: Okklusalfläche eines unteren Molaren mit stark verfärbter Fissur im Fluoreszenzlicht.

Da die klinische Inspektion gerade bei der gesund erscheinenden Okklusalfläche keinerlei diagnostische Sicherheit bietet, wird die röntgenografische Untersuchung als ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel zur Detektion okklusaler Dentinläsionen empfohlen. Obwohl mit der Bissflügel-Aufnahme initiale Schmelzläsionen in der Fissur nur sehr schwer oder gar nicht diagnostiziert werden können, ist der trainierte und geübte Kliniker jedoch in der Lage, okklusale Radioluzenzen im Dentin mit einer hohen Sicherheit zu erkennen (Espelid et al. 1994; Ketly und Holt 1993). Die Diagnosesicherheit kann darüber hinaus durch eine vergleichende Bewertung der klinischen und röntgenografischen Befunde deutlich verbessert werden (Nytun et al. 1992). Inwieweit das digitale Röntgen die Diagnosesicherheit weiter steigern kann, bleibt abzuwarten. Allerdings bietet die Möglichkeit, Helligkeits- und Kontraständerungen vornehmen zu können, Vorteile bei der Bildauswertung.

Da sich fissurale Initialläsionen in der Regel auch der röntgenografischen Frühdiagnostik mit Bissflügel-Aufnahmen entziehen, setzten sich kariologische Forschungsgruppen verstärkt mit dem Problem einer verbesserten okklusalen Kariesdiagnostik auseinander.

Neben der elektrischen Widerstandsmessung erwiesen sich laser- und lichtinduzierte Fluoreszenzverfahren als zukunftsweisende Methoden zur Detektion der versteckten Okklusalkaries. Nach umfassenden In-vitro-Untersuchungen und einer grundsätzlichen Prüfung in klinisch kontrollierten Studien stehen gegenwärtig erste Geräte zur elektrischen Widerstandsmessung (Vanguard Electronic Caries Detector, Massachusetts Manufacturing Corp., USA; Caries Meter L, G-C International Corp., Belgien; Electronic Caries Monitor, Lode Diagnostics, Niederlande) und zur Laserfluoreszenzmessung (DIAGNOdent, KaVo, Deutschland) für den Einsatz in der zahnärztlichen Praxis zur Verfügung.

Geräte zur elektrischen Widerstandsmessung besitzen eine gute Aussagekraft, allerdings verhinderte bislang der hohe Anschaffungspreis (~10 bis 12 TDM) den breiten Einsatz in der zahnärztlichen Praxis. Das 1998 auf dem Markt eingeführte, kostengünstigere Laserfluoreszenzgerät DIAGNOdent (~3,5 TDM) stellt nach den In-vitro- und In-vivo-Untersuchungen der vergangenen zwei Jahre eine zukunftssträchtige Ergänzung zur klinischen Befunderhebung, röntgenografischen Okklusalkaries-Diagnostik und Verlaufskontrolle kariöser Läsionen dar (Abb. 4). Das praktische Vorgehen erfordert nach einer notwendigen Kalibrierung des Gerätes die Reinigung und Trocknung der Zahnober-



Abb. 4: Laserfluoreszenz-Gerät (DIAGNOdent, KaVo) zur Kariesdiagnostik im Bereich okklusaler Fissuren.

fläche sowie Bestimmung der Zahnkonstante. Im Anschluss daran wird mit der Lasersonde das zu untersuchende Fissurenmuster abgetastet, wobei jeweils der aktuelle und höchste Messwert auf der Anzeige erscheint. Das Gerät quantifiziert den Fluoreszenzanstieg bei vorliegenden kariösen Läsionen auf einer Skala zwischen 0 und 99; Werte kleiner als 15 sprechen dabei für eine gesunde und Werte größer als 30 für eine bis in das Dentin reichende kariöse Läsion (Lussi et al. 1999a). Im Bereich von 16 bis 29 werden Initialläsionen detektiert. Untersuchungen von Lussi et al. (1999b) zeigten eine hohe Diagnosegenauigkeit des Gerätes und bewerteten die laseroptische Kariesdiagnostik als ein viel versprechendes Verfahren.

Da Bissflügel-Aufnahmen, die dem trainierten Zahnarzt einen hohen Informationsgewinn zum Vorliegen versteckter okklusaler Läsionen liefern, in der Regel erst nach dem 12./13. Lebensjahr angefertigt werden, ist die laseroptische Diagnostik gerade bei jüngeren Patienten und an Zähnen mit einem unklaren Röntgenbefund ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel, das in der klinischen Praxis stärker genutzt werden sollte.

## Klinik und Diagnostik der Approximalkaries

Während der Fissurenkaries durch die frühzeitige Versiegelung präventiv vorgebeugt werden kann, geht das Auftreten kariöser Läsionen an den Approximalfächchen in der Regel mit einer mangelhaften Interdentalhygiene und unzureichenden professionellen bzw. häuslichen Applikation fluoridhaltiger Präparate einher. Die proximale Initialläsion wird anfangs wie jede Initialkaries als kreidige Verfärbung („white spot“) visuell erkennbar. Während aktive „white spots“ eine deutliche Progressionstendenz aufweisen, sind braun verfärbte Areale („brown spots“) Zeichen der Stagnation der Kariesvorstufen.

Da eine visuelle Befundung bzw. differenzialdiagnostische Inspektion approximaler Schmelz- bzw. Dentinläsionen nur zur Zeit des Zahnwechsels oder nach Erweiterung des Interdentalraumes mit kieferorthopädischen Separiergummis direkt möglich ist und eine Dentinkaries erst im Spätstadium als gräuliche Transluzenz sichtbar wird, bedarf es auch für die Approximalkaries-Diagnostik ergänzender Verfahren. Der Nutzen der Bissflügel-Aufnahme zur Frühdiagnostik ist dabei unbestritten.

Die Einteilung approximaler Radioluzenzen wird nach Marthaler und Germann (1970) in D1- bis D4-Läsionen vorgenommen. Eine D1- bzw. D2-Läsion erreicht dabei die äußere bzw. innere Hälfte des Zahnschmelzes; D3-Läsionen haben die Schmelz-Dentingrenze bereits durchbrochen und D4-Läsionen sind bis zur pulpennahen Dentinhälfte fortgeschritten (Abb. 5).

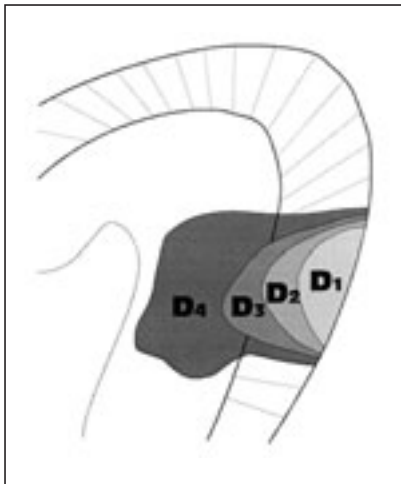


Abb. 5: Auswertungsschema zur Beurteilung approximaler Läsionen in Bissflügel-Aufnahmen nach Marthaler und Germann (1970).

Im Röntgenbild diagnostizierte Läsionen des D2-Stadiums sind in der Regel klinisch bereits bis in das Dentin vorgedrungen. Dennoch wird eine röntgenografische Verlaufskontrolle im Abstand von 6 bis 12 Monaten für diese D2-Läsionen empfohlen, da bei einer Dentinkaries ein progredienter Verlauf als für schmelzbegrenzte Läsionen nachgewiesen wurde (Meja-

re et al. 1999). Für die longitudinale Verlaufskontrolle ist allerdings eine gewissenhafte Befunddokumentation unerlässlich.

Mit der Faseroptischen Transillumination (FOTI) als einem weiteren Verfahren zur Detektion von Approximalläsionen, können nur fortgeschrittene D3/4-Stadien mit einer hohen Diagnosesicherheit erfasst werden; eine Differenzierung in D1- und D2-Läsionen ist nicht möglich. Andere Verfahren, wie die visuelle Inspektion nach Erweiterung der betreffenden Interdentalräume mit kieferorthopädischen Separiergummis, sind aufwendig oder wie die Laserfluoreszenzmessung technisch noch nicht realisiert. Insofern wird die Anfertigung von Bissflügel-Aufnahmen nach wie vor als Standardverfahren zur Approximalkaries-Diagnostik empfohlen.

In der zahnärztlichen Praxis sollten Bissflügel-Aufnahmen grundsätzlich bei 13- bis 14jährigen angefertigt werden, da in dieser Altersgruppe das permanente Gebiss vollständig ausgebildet ist und bevorzugt versteckte Approximalläsionen aufgefunden werden (Vehkalahti et al. 1991). Mit zunehmendem Alter wird die routinemäßige Röntgenkontrolle im Abstand von ein-

bis drei Jahren in Abhängigkeit vom individuellen Kariesrisiko als ausreichend betrachtet.

## Klinik und Diagnostik der Glattflächenkaries

Aktive, initial kariöse Läsionen der oralen und vestibulären Glattflächen sind auf Grund ihrer Lokalisation und des kongruenten Verlaufes nahe dem Sulcus gingivae mit dem Vorhandensein von Plaque assoziiert und imponieren klinisch als kreidig weiße Entkalkungen. Oberflächendefekte an „white spots“ charakterisieren einen progredienten Verlauf, sind nicht mehr remineralisierbar und bedürfen der Restauration. Im Vergleich zu Approximalläsionen ist die visuelle Befundung gut möglich.

Um klinisch eine Progression, Stagnation oder Remission und damit auch Aussagen über die individuelle Erkrankungstendenz quantifizieren und dokumentieren zu können, wurde die Quantitative Laserfluoreszenz (QLF) entwickelt. Das vorerst nur für den wissenschaftlichen Einsatz entwickelte Gerät funktioniert auf dem Prinzip einer intraoralen CCD-Kamera, mit

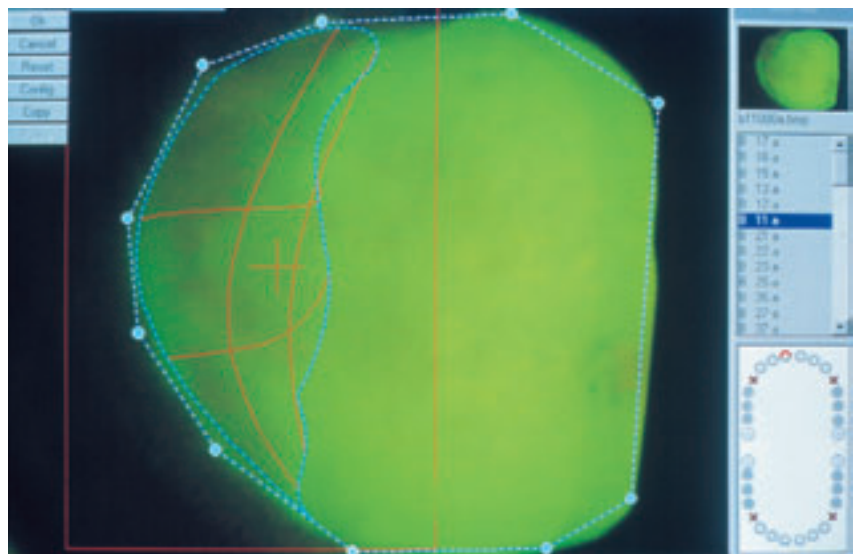


Abb. 6: Aufnahme einer vestibulären Zahnfläche mit der Quantitativen Laserfluoreszenz (QLF) und Darstellung der initial kariösen Läsion. Die Läsionsausdehnung und der Mineralverlust können mit dem dazugehörigen Computerprogramm berechnet werden.















effektiv mit einer Versiegelung vor einer Progression geschützt werden können, ist bei einer fraglichen Schmelz- bzw. Dentinkaries ein exspektatives Vorgehen sinnvoll. Dabei wird der Ausgangsbefund dokumentiert (intraorales Foto, DIAGNOdent-Wert, Röntgenbefund) und nach etwa drei Monaten überprüft. Lässt sich keine Progressionstendenz nachweisen, so kann das Fissurenrelief mit einer Versiegelung geschützt werden. Ist jedoch eine Ausdehnung initial kariöser Areale und/oder eine Erhöhung der DIAGNOdent-Werte zu verzeichnen, erfolgt die therapeutische Fissurenversiegelung mit Entfernung der kariös veränderten Zahnhartsubstanz. Bei dem Vorliegen einer Dentinkaries ist die traditionelle Kariesexkavation unumgänglich; die Kavitätenpräparation sollte dabei stets unter minimal invasiven Kautelen vorgenommen werden.

Bei approximalen Initialläsionen (D1/2-Stadium) sollte grundsätzlich präventiven Bemühungen neben der langfristigen Verlaufskontrolle Priorität eingeräumt werden. Bei D3/4-Läsionen ist die Füllungstherapie indiziert, jedoch sind besonders diese Kavitäten substanzschonend zu präparieren, um den Verlust gesunder Zahnhartsubstanz so gering als möglich zu halten (Abb. 8). Dabei hat sich der Einsatz sonoabrasiver Instrumente bewährt.

Das Vorliegen aktiver kariöser Läsionen in Fissuren/Grübchen als auch an den Glattflächen der Zähne ist generell mit einem erhöhten Kariesrisiko verbunden. Bei diesen Patienten hat sich die Präventivbetreuung in Form einer vierteljährlichen professionellen Zahnreinigung und Fluoridapplikation, altersgerechter Mundhygieneunterweisungen, Beratung über häusliche Fluoridierungsmaßnahmen und zahn-schädigende Ernährungsgewohnheiten als krankheitsbegrenzend erwiesen.

Abb. 8: Klinisches Erscheinungsbild einer Dentinläsion und deren Therapie



Okklusalfäche eines unteren ersten Molaren (Zahn 46) mit braun verfärbter okklusaler Fissur und Verdacht einer Dentinkaries im Bereich des tiefsten Punktes der Zentralfissur.



Die Bissflügel-Aufnahme zeigt eine okklusale Radioluzenz an 46.



Die laseroptische Kariesdiagnostik mit dem DIAGNOdent weist mit einem Fluoreszenzwert von 99 eindeutig auf das Vorliegen einer Dentinläsion hin.



Minimal invasive Präparation der Okklusalfäche von 46 mit Darstellung der Dentinkaries im Bereich der Quersfissur.



Füllung der Kavität mit einem stopfbaren und fließfähigen Komposit (Flowable).

**Ausführliches Literaturverzeichnis liegt beim Autor vor.**

**Korrespondenzanschrift:**

Priv.-Doz. Dr.  
Roswitha Heinrich-Weltzien  
Friedrich-Schiller-Universität Jena/  
Bereich Erfurt  
Zentrum für Zahn-, Mund-  
und Kieferheilkunde  
Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde  
Nordhäuser Straße 78, 99089 Erfurt  
eMail: heinrich@zmkh.ef.uni-jena.de



## Neues US-Verfahren verkürzt Implantation von Zahnersatz stark

Berlin (dpa/bb) - Ein neues Verfahren aus den USA kann das Einsetzen von Zahnimplantaten stark verkürzen. Dauerte es bisher acht Wochen, bis Patienten mit neuen Zähnen nach Hause gehen konnten, soll diese Zeit auf einen Tag verkürzt werden, sagten Zahnmediziner und Vertreter von Patientenorganisation am Donnerstag in Berlin. Möglich wird die stark verkürzte Behandlung durch eine Kombination von neuartigen Kiefer-Haltestiften für den Zahn und den Einsatz von Blut-Wachstumsfaktoren zur schnelleren Wundheilung.

Sogenannte Osseotite-Implantationsstifte haben eine speziell aufgeraute Oberfläche, an der Knochenzellen besser haften, erläuterte Richard Lazzara von der Universität von Maryland (USA). Diese Stifte seien seit einigen Jahren in der Anwendung und hätten bereits die Behandlungsdauer für die Implantierung

künstlicher Zähne von drei bis sechs Monaten auf acht Wochen reduziert. Die Kombination mit Thrombozyten-Wachstumszellen, die aus dem Blut des Patienten selbst gewonnen werden, könnten den Heilungsprozess noch einmal enorm beschleunigen, sagte Peter Zeitz, Präsident der Deutschen Zahnhilfe (Düsseldorf).

Dabei werden dem Patienten ambulant etwa zwei Schnapsgläser voll Blut abgenommen und daraus in einer Zentrifuge von der Größe einer Friteuse die Wachstumszellen extrahiert, erläuterte der Amerikaner Robert Marx (Universität von Miami). Dieses Thrombozyten-Konzentrat, auch „plättchenreiches Plasma“ (PRP) genannt, werde über den Implantationsstift und in das Kieferloch für den Stift geträufelt. „Die Heilung der Wunde beginnt gleich auf einem hohen Niveau“, meinte Marx. Die Ergebnisse der Zahnim-

plantation seien gerade bei Patienten mit schlechter Knochenqualität wie Diabetikern und Rauchern oder bei Unfallpatienten besonders gut.

Deutsche Krankenkassen übernehmen nicht die Kosten für die neue Methode, wie Zahnersatz insgesamt nicht bezahlt werde, betonte Zeitz von der Patientenorganisation Deutsche Zahnhilfe. Die Mehrkosten für die Gewinnung der Wachstumsfaktoren-Konzentration wurden mit 1 000 bis 1 500 Mark beziffert.

Nach Angaben des Münchner Zahnarztes Markus Hürzeler sind in Deutschland in den vergangenen 12 Monaten etwa 60 Patienten mit der Kombinationsmethode behandelt worden, davon 20 gänzlich Zahnlose. Der Amerikaner Marx sagte, in den USA bestünde Erfahrung mit etwa 700 Patienten. „Das Thrombozyten-Transfusionsverfahren ist auch für die USA neu“, sagte er.

Diese dpa-Meldung kommentiert Dr. Joachim Hoffmann aus Jena:

### The Show Must Go On

#### Verborgenes unter den Oberflächen - Zum Kampf der Giganten in der Implantologie

Das legitime Ziel des Produzenten ist der Verkauf seines Erzeugnisses.

Um Absatz zukünftig zu sichern und das Produkt von dem des Mitbewerbers abzuheben hat er Interesse an der Entwicklung und Verbesserung seiner Ware.

So kommen sich in der Optimierung der Produkte die Interessen der Hersteller und der Konsumenten entgegen.

Dies führt häufig zu einer Zusammenarbeit beider in der Produktentwicklung.

Im besonderen Maße gilt das für die zahnärztliche Implantologie.

Der Verbraucher, der Mediziner, erklärt seinen Bedarf, benötigt für dessen Umsetzung die Mittel, die ihm durch die Industrie geboten werden. Die Industrie ihrerseits hat Vorteile durch die Vermarktung des neuen oder verbesserten Produktes.

Hier entstehen Interessengemeinschaften zwischen Arzt und Unternehmer.

Hier entstehen aber auch Rivalitäten

zwischen den verschiedenen medizinischen und unternehmerischen Vertretern konkurrierender Produkte. Diese beziehen sich auf der Seite der Industrie vorwiegend auf Absatzanteile, seitens der einbezogenen medizinischen Institute, Hochschulen und Praktiker auf wissenschaftliche Anerkennung.

Eine erbitterte Schlacht um Absatz, selten so transparent und durchschaubar wie hier, wird seit geraumer Zeit zwischen führenden Implantatsystemherstellern geschlagen. Sie erhoffen sich jeweils Vorteile bei der Vermarktung ihrer Implantate, indem sie den Themenkomplex Implantatoberfläche und Geschwindigkeit der Implantateinheilung nutzen, um die Aufmerksamkeit des Arztes auf ihr jeweiliges Produkt zu ziehen und weiter die der Patienten auf jene Ärzte zu lenken, die das entsprechende Implantatsystem anwenden.

In welcher Härte der Konkurrenzkampf ausgefochten wird, zeigt sich u.a. anhand der Öffentlichkeitsarbeit der Firma 3i,

West Palm Beach, USA, im Umfeld der Berliner Fortbildungsveranstaltung „Bioengineering and Innovations in Implant Dentistry 2000“. Ein massives Aufgebot ließ die Medien funktionieren, Hollywoodschlagzeilen produzieren und „...animierte unzählige Patienten die Info-Hotline anzuwählen“, dort „gingen ... täglich 1000 Anrufe ein.“ (Implantologie 2/2000 119-120)

Welcher Weg wird hier gegangen? Soll der weitgehend ahnungslose Patient, begeistert durch verkürzte Informationen zur Sofortbelastung den behandelnden Zahnarzt zu einer Behandlungsmethode drängen, deren Sicherheit ihn aus fachlicher Sicht nicht überzeugt?

Die Offensive der Firma 3i sollte uns veranlassen, uns weiter mit Implantatoberflächen und regenerativen Verfahren in der Implantologie zu beschäftigen, aber auch mit der Frage, welchen Händen und wessen Geist Patientenaufklärung anvertraut werden sollte: denen des Arztes oder denen der Industrie.

#### Zu den biophysikalischen Grundlagen der Implantatoberflächen

Die wissenschaftliche Diskussion um Oberflächen ist nichts Neues.

Wurden in der Pionierphase der wissenschaftlich betriebenen Implantologie zuerst glatte Titanoberflächen genutzt, sind diese heute – bis auf das Branemark-System – vorwiegend durch Implantate rauerer Oberfläche verdrängt.

Titanoxidoberflächen, behandelt durch Hydroxylapatit- und Titanplasmabeschichtung, Sandstrahlung oder Oberflächenätzung, kamen zunehmend zur Anwendung.

Angeraute Titanoberflächen weisen konstant eine prozentual höhere Knochenanlagerung als gedrehte Titanoberflächen auf.

Dass dies durch die bessere Anheftung des Fibrinnetzes an die Titanoberfläche während der initialen Wundheilungsphase begründet wird, ist durch Kirsch und Donath seit 15 Jahren bekannt.

Raue Oberflächen von Titanimplantaten wurden bereits Mitte der siebziger Jahre in Form von Beschichtungen eingesetzt (Schroeder). Mitte der 90er Jahre gerieten die Beschichtungen jedoch zunehmend in Kritik, weil beobachtet wurde, dass es während der Insertion zur Absprengung der TPS-Beschichtung in das umgebende Knochengewebe kommen konnte (Weingart et al.). Esposito (1999) stellte bei TPS beschichteten Implantaten eine hohe Anfälligkeit für infektionsbedingte Implantatmisserfolge fest.

In den letzten zehn Jahren sind verschiedene Verfahren und Oberflächen entwickelt und beschrieben worden. Es ist verallgemeinernd festzustellen, dass summative Oberflächenbeschichtungen an Bedeutung verlieren und abtragende Techniken wie Sandstrahlung ( $\text{TiO}_2$ ,  $\text{Al}_2\text{O}_3$ ) und Säureätzverfahren (verschiedene Säuren und Säuregemische) heute im Vordergrund stehen.

Laserstrukturierte Implantate gelangten nicht zur Praxisreife, weil die Produktion zu aufwendig war und der erwartete Nutzen, wissenschaftlich betrachtet, nicht im angemessenen Verhältnis zu den Produktionskosten zu erwarten war.

Es kann aber der Nutzen der Implantatoberfläche auch kommerziell betrachtet werden:

### Die Implantatoberfläche des 3i Implantates

Die Oberfläche des Implantats, von dem Hersteller 3i „Osseotite“ benannt, wird durch eine thermische Behandlung mit

Salz- und Schwefelsäure erzeugt. Sie fällt also unter die oben genannte Rubrik der geätzten (subtraktiv gewonnenen) Implantatoberflächen.

Die Firma 3i sieht sich mit der Osseotite-Oberfläche gegenüber glatten, wie anderen rauen Implantaten im Vorteil. Dass im Ergebnis von Forschungsarbeiten an der Universität Toronto erhöhter direkter mineralisierter Knochenkontakt im Vergleich zu maschinell bearbeiteten (glatten) Oberflächen gefunden wurde, überrascht vorerst nicht und ist für mittelraue Implantate bekannt und allgemein akzeptiert.

Die Firma Straumann benutzte das Thema Oberfläche und Knochenkontakt am Interface schon länger, um auf die Überlegenheit der mittelrauen Oberflächen gegenüber den glatten Branemark-Implantaten hinzuweisen. Die SLA-Oberfläche der ITI Implantate (Straumann) ist, wie bei Osseotite, ebenfalls subtraktiv erzeugt – allerdings geätzgestrahlt.

Die moderneren Implantatoberflächen haben eine Oberflächenrauigkeit von 0,9 bis 2,5  $\mu\text{m}$ . Etwa in diesem Bereich liegt auch die Rauigkeit des Osseotite-Implantates.

Nun wird damit geworben, dass die neue Oberfläche die Einheilzeit gegenüber anderen Implantaten signifikant herabsetze. Die klinischen Bewertungen dazu fallen je nach Testmethode, Autor und Lagerzugehörigkeit verschieden aus bzw. werden verschieden interpretiert. Einige kurze Beispiele:

Buser et al. (1999) fanden im Tierexperiment für Osseotite ein schlechteres Ergebnis im Vergleich zur SLA-Oberfläche des ITI-Implantates.

Lazzara (1999) dagegen findet bessere Ergebnisse für Osseotite, aber mit anderen Untersuchungsmethoden. Sullivan et al. 1997 empfahlen die Anwendung von 3i Implantaten besonders für Knochen der Dichte D4. Albrektsson und Wennerberg fiel auf, dass in Sullivans Studie jedoch lediglich eine Erfolgsquote für diese Knochenqualität von 63 % erreicht wird.

Fazit: bei den angesprochenen Vor- und Nachteilen der schon sehr guten Prognosen der glatten Implantate ad modum Branemark, den verbesserten beschichteten und optimierten geätz-gestrahlten Oberflächen kann – so sie sich langfristig überhaupt einstellt – „mit neuen Oberflächen nur eine mögliche Verbes-

serung der Langzeitstabilität im Promille-Bereich...“ (Köhler (2000)) erreicht werden. Ausreichende wissenschaftliche Langzeitdokumentationen, wobei gegenwärtig prospektive Fünfjahresergebnisse als Minimalforderung angesehen werden, stehen noch aus.

Die Intensität der neuerlichen Diskussion um Oberflächen hat starke kommerzielle Hintergründe und weniger mit revolutionierenden neuen medizinischen Erkenntnissen zu tun.

### Wissenschaft versus Markt

Bei allem Verständnis für die Unerbittlichkeit des Konkurrenzkampfes in der Dentalindustrie gehören jedoch Parolen zur Osseotite-Oberfläche wie „Neue Oberflächentechnologie und Knochenwachstumsfaktoren erlauben volle Implantatbelastung bereits nach zehn Stunden“ (DZW 13/00) weder in die wissenschaftliche, noch in die populärwissenschaftliche Diskussion. Sie sind geeignet, Patienten und implantologisch weniger sachkundige Kollegen zu täuschen.

Erstens ist die Sofortbelastung von Implantaten nichts Neues. Sie wurde von Ledermann vor mehr als 20 Jahren beschrieben, mit Statistiken belegt und wird seitdem heftig und kontrovers diskutiert. Zweitens erlauben nicht die „neuen Oberflächentechnologien“ die Sofortbelastung und schon gar nicht „volle Implantatbelastung“.

### Sofortbelastung von Implantaten

Die Sofortbelastung ist nach wie vor in erster Linie abhängig von der relativen Unbeweglichkeit des Implantates im Knochen. Die biomechanische Stabilität des Implantates in der Einheilphase ist auch für sofortbelastete Implantate unabdingbare Voraussetzung für eine erfolgreiche Osseointegration.

Kommt es zu einer Relativbewegung zwischen Implantat und Knochen, führt dies zu bindegewebiger Einscheidung und damit zum Implantatverlust. Daran ändern auch Osseotite und PRPs (bzw. PCCS) nichts.

Sofortbelastung ist keine Domäne der 3i Implantate, sie ist, genauso wie mit 3i Implantaten, auch mit anderen Systemen nur in Ausnahmen möglich, wie Berichte von HaTi-, Frialit-, Tiolox- Anwendern,

um nur einige zu nennen, belegen (Leder-  
mann, Hartmann (2000), Wolf (2000)).

Sofortbelastung funktioniert, wenn opti-  
male Voraussetzungen vorgefunden wer-  
den, von denen im oben benannten Bei-  
trag nur zwei Erwähnung finden.

Diese sind:

- optimale Knochenquantität (nicht in  
Verbindung mit Augmentationstech-  
niken zur Defektdeckung)
- optimale Knochendichte
- optimaler Makroverbund, der weniger  
durch Mikrointerlocking (Oberfläche)  
als vielmehr durch Makrointerlocking  
der Implantatform (Zylinder, Schrau-  
be, Gewindegeometrie, Implantat-  
länge (über 14 mm)) gewährleistet wird
- prothetische Behandlungskonzepte  
mit primärer Verblockung zeitnah zur  
Implantation bei herausnehmbarem  
Zahnersatz und fehlendem antago-  
nistischen Kontakt in Zentrik und  
Dynamik bei festsitzendem Zahnersatz
- erfahrener Implantologe (Sofortver-  
sorgungen sind nichts für Anfänger,  
trotz aller Bagatellisierung durch 3i),  
der sicher einzuschätzen vermag,  
wann die lokalen Voraussetzungen  
gegeben sind und mit atraumatischer  
OP-Technik eine perfekte Kongruenz  
zwischen Implantat und Implantat-  
bett sicherstellt
- hohe Bioqualität (bioreaktiv, bioinert,  
biotoleriert) und geeignete Ober-  
fläche des Implantates
- hohe Knochenstoffwechselaktivität,  
die, wie später behandelt wird, auch  
medikamentös und operativ iatrogen  
beeinflusst werden kann
- der kooperative Patient, der zumin-  
dest für den extrem kritisch zu beur-  
teilenden sofortbelasteten festsitzen-  
den Zahnersatz akzeptiert, dass er  
sich „auf einer höchst spekulativen  
Ebene bewegt“ (Hartmann (2000))  
und auch im Fall eines Misserfolges  
Ihr Patient bleibt und nicht der Klient  
des Anwaltes Ihrer Gegenpartei wird.

Wie die Frage der Verantwortlichkeit für  
einen Misserfolg einer Sofortbelastung  
von ihren euphorischen Verfechtern  
beantwortet wird, ist offen.

Im Falle einer rechtlichen Auseinander-  
setzung hilft der Bezug auf die o.g. Quel-  
le dem Behandler sicher relativ wenig.

Bisher gilt in der Regel, dass Einheilzeiten  
von der intra operationem vorgefunde-

nen und dokumentierten Knochenqua-  
lität und der Summenlänge der osseoin-  
tegrierten Implantate abhängen. Misser-  
folge werden eingeteilt in Früh- und  
Spätmissersfolge. Dabei ist der Frühmisser-  
folge der chirurgischen Phase zuzuordnen  
und kann bei der Freilegung meist  
erkannt werden.

Im Falle einer Arbeitsteilung zwischen  
Chirurg und Prothetiker akzeptiert der  
Prothetiker mit der Anfertigung der  
Suprakonstruktion die Implantate als  
osseointegriert und prothetisch versorg-  
bar. Er übernimmt damit die Verantwor-  
tung für Spätmissersfolge der protheti-  
schen Behandlungsphase.

Und wer von beiden ist für einen Misser-  
folge bei Sofortbelastung verantwortlich?  
Besteht Hoffnung, dass der Implantat-  
hersteller die Verantwortung über-  
nimmt?

## Knochenwachstumsfaktoren

Können auch die neuen und neuesten  
Implantatoberflächen also keine „Wun-  
der“ bezüglich der Einheilzeiten bewir-  
ken, sind sie in Zukunft doch nicht ganz  
ausgeschlossen. Die segensreichen  
Ergebnisse biotechnologischer Verfahren  
werden die Medizin, die Zahnmedizin,  
und hier zuerst und besonders die  
gewebsregenerativen Verfahren in heute  
noch unabsehbarer Dimension beeinflus-  
sen.

Limitiert werden diese wohl eher durch  
die Ergebnisse der Diskussion über das  
Vertretbare als durch die Grenzen des  
Machbaren in der Medizin. Das Verhält-  
nis von Zweck und Mitteln, Gebrauch  
und Missbrauch biologisch-medizini-  
scher Erkenntnisse wird als Thema immer  
stärker an Bedeutung gewinnen. Die Sor-  
ge, dass – wie in der Physik – zeitweise  
Profit- und Machtinteressen schneller  
einflussreich und entscheidend werden,  
als gesellschaftlich-ethische Meinungen  
reifen und wirksame Grenzen setzen  
können, scheint sehr berechtigt zu sein.

Ein Segen der biotechnologischen Ver-  
fahren für die Implantologie liegt in der  
Erhellung der molekularen Zusammen-  
hänge der Osteogenese. Durch die auf  
diesen Erkenntnissen beruhende Ent-  
wicklung werden tatsächlich augmenta-  
tive Techniken in der Intensität der Kno-  
chenbildung und ihrem zeitlichen Ablauf  
beeinflussbar. Auch die Integration den-  
taler Implantate, die ja auf ossären Rege-  
nerationsprozessen beruht, kann mit  
neuen Techniken und Biomaterialien

zeitlich und in der Qualität der Osseoin-  
tegration verbessert werden – und das  
unabhängig vom verwendeten Implan-  
tatsystem. Die Ziele der rekonstruktiven  
Zahnmedizin sind längst nicht erreicht,  
es sind jedoch in jüngster Vergangenheit  
deutliche Fortschritte erzielt worden.  
Seit den Studienjahren ist uns bekannt,  
dass die knochenbildenden Osteoblas-  
ten sich aus Präosteoblasten und diese  
sich aus pluripotenten mesenchymalen  
Vorläuferzellen differenzieren. Osteoge-  
ne Zellen finden sich als lokale Präoste-  
oblasten im Knochenmark und subpe-  
riostal, können aber auch als induzierba-  
re Osteoblasten mit den Kapillaren in  
den Defekt einwachsen. Um eine ausrei-  
chende Anzahl an Osteoblasten am  
gewünschten Ort der Knochenneubil-  
dung zu gewährleisten, können zusätzli-  
che Zellen über autologe Knochen-  
transplantate zugeführt werden.

Innerhalb eines knöchernen Defektes ist  
die Anzahl der Vorläuferzellen mit  
osteogener Potenz aus Knochenmark  
normalerweise niedrig.

Eine Möglichkeit, deren Konzentration  
im knöchernen Defekt zu erhöhen,  
besteht in der Implantation von BMPs.

Bone morphogenic proteins (BMP) sind  
Proteine, die die Bildung von Präosteob-  
lasten aus pluripotenten ubiquitär vor-  
kommenden Zellen stimulieren können.

Die entstehenden Perspektiven sind  
atemberaubend.

Knochenneubildung kann beispielsweise  
schon heute im Tierversuch ohne die  
zwingende Anwesenheit einer knöcher-  
nen Basis (zum Beispiel in der Muskula-  
tur) durch BMPs induziert werden. Dass  
vor klinischer Anwendung solcher Ver-  
fahren alle Gefährdungen des Patienten  
ausgeschlossen werden müssen, liegt auf  
der Hand und ist der Grund, dass diese  
rekombinant, d.h. gentechnisch-synthet-  
tisch hergestellten Proteine der Praxis  
noch nicht zur Routinebehandlung zur  
Verfügung stehen. BMPs sind derzeit nur  
mit hohem technischen und finanziellen  
Aufwand zu produzieren. Die Diskussion  
um die Mechanismen der Steuerung der  
Zellvermehrung und die Risiken unge-  
steuerten Zellwachstums sind noch nicht  
zu ausreichend sicheren Ergebnissen  
gelangt.

Eine geniale und hohen Erfolg verspre-  
chende Methode ist jedoch uneinge-  
schränkt praxisreif. Sie ist dann wirkungs-  
voll, wenn am Ort der gewünschten  
Knochenneubildung eine ausreichende



Anzahl an Präosteoblasten vorhanden ist (weit eröffnete Markräume, gute Durchblutung) und ermöglicht die deutliche Verbesserung und Beschleunigung der knöchernen Regeneration.

Die Transformation von Präosteoblasten in Osteoblasten wird durch Wachstumsfaktoren (nicht zu verwechseln mit den oben genannten BMPs, die pluripotente Zellen in Präosteoblasten differenzieren) stimuliert. Diese Signalstoffe werden nach Traumata aus dem geschädigten Knochen freigesetzt. Sie kommen aber auch im Blutplasma vor und können aus diesem gewonnen werden.

### Zum Verfahren:

Vor einer zahnärztlichen Implantation bzw. Augmentation wird dem Patienten eigenes Blut abgenommen, mehrfach zentrifugiert und eine Plasmafraktion gewonnen, die wegen ihres hohen Anteils an Plättchen Plasma Rich Platelet (PRP) genannt wird. Dieses PRP besitzt keine Fremdantigenität, ist nichttoxisch und nichtallergen und enthält einen über 300 %ig höheren Anteil an Wachstumsfaktoren als Blut. In die Wunde eingebracht, führt es zu Hämostase und bewirkt, dass der Knochen schneller regeneriert und die Knochenstruktur deutlich dichter wird. Der Reifezuwachs beträgt nach zwei Monaten 2,16 und nach 6 Monaten 1,62. (Marx et al. 1998).

Bisher geht man davon aus, dass die Knochenheilung am Interface Implantat-Implantatbett mit vier bis sechs Wochen etwa der einer optimal gesetzten Minischiene in der Traumatologie entspricht. Zur sicheren Osseointegration, dem direkten strukturellen und funktionellen Verbund zwischen dem organisierten lebenden Knochen und der Oberfläche eines körperfremden alloplastischen Materials, wird im D4 Knochen häufig eine Einheilzeit von über 6 Monaten benötigt.

Diese Zeit lässt sich durch die Anwendung der PRPs sicher deutlich reduzieren, wengleich auch hier noch keine Langzeitergebnisse vorliegen.

Dass es jedoch die „Kombination der PCCS- und Osseotite- Technologie“ ist, die „die Behandlungszeit bei Zahnimplantaten von vier bis sechs Monaten auf einen Tag“ (DZW 13/00 S. 14) verkürzt, ist Prof. Davis nun wirklich kaum zu glauben.

PRPs sind kein UHU- Sekundenkleber. Sie sind eher, um auf einen Vergleich von Marx Bezug zu nehmen, der Dünger, der Knochen schnell und kräftig wachsen lässt.

Zum Abschluss ein Wort an die Praktiker, an die implantologisch tätigen Kolleginnen und Kollegen, die sich für ein oder mehrere Implantatsysteme entschieden haben, damit arbeiten und Erfolge erzielen: Inhalt und Form der PR- Kampagnen der Industrie sollten wir mit fachlichem Interesse, aber offenen Augen verfolgen. Die Langzeitbeurteilungen der Behandlungen mit BMP und PRP können wir mit Spannung erwarten. Vergessen sollten wir nicht, dass uns außer den Marketingansätzen der Industrie in der Implantologie auch noch andere Themen interessieren. Dies sind für mich vor allem Sicherheit der Arbeitsmittel, Möglichkeiten einfacher effizienter Implantatprothetik, Kosten der Implantate und der prothetischen Aufbauteile. Diese sind zumindest für meine Praxis und meine Patienten in den meisten Fällen entscheidender, als die Verkürzung der Einheilzeit.

Jede neu entwickelte und besonders beworbene Implantatoberfläche ist an sich noch kein Anlass, Systeme, mit denen wir ähnlich gute Ergebnisse in der Implantologie erzielen, auszutauschen.

### Literaturauswahl

Albrekson T./ Wennerberg, A.: Die klinische Bedeutung verschiedener Oberflächeneigenschaften enossaler Titanimplantate. *Implantologie* 3 1999

Buser, D.: Titanimplantate mit angerauter Oberfläche. *Implantologie* 3 1999

Gustmann, J.: Mit plättchenreichem Plasma Knochen schneller und sicherer regenerieren. *Implantologie Journal* 1 2000

Hartmann, H.-J.: Pro und Kontra zur Sofortbelasteten Einzelzahnimplantation. *ZWP* 1 2000

Hotz, W.: Verkürzte Einheilzeit durch CBS-Oberfläche beim Tiolox Implantat. *Dentale Implantol* 3 1999

Köhler, S.: Hat die Implantologie ein Zeitproblem? *ZWP* 1 2000

Lazzara, R.: Hat die Beschaffenheit der Oberfläche einen Einfluss auf die Erfolgsaussichten von dentalen Implantaten? *Implantologie* 3 1999

Ledermann, PD.: Über 20jährige Erfahrung mit der sofortigen funktionellen Belastung von Implantatstegen in der Regio interforaminalis. *Z Zahnärztl Implantol* 12 1996

Marx, R.E.: Platelet rich plasma, growth factor enhancement for bone grafts. *Oral. Surg.oral. med. oral. path.* 6 1998

Rupp, F. / Geis-Gerstorfer, J.: Grenzflächen und Grenzonen in der dentalen Implantologie-Phänomenologie und Terminologie. *Implantologie* 1 1998

Sullivan, DY. / Sherwood, RL. / Mai, TN.: Preliminary results of a multicenter study evaluating a chemically enhanced surface for machined commercially pure titanium implants. *J Prosthet Dent* 78 1997

Weingart, D. / Steinemann, S. / Schilli, W. / Strub, JR. / Hellerich, U. / Assenmacher, J. / Simpson, J.: Titanium deposition in regional lymph nodes after insertion of titanium screw implants in the maxillofacial region. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 23 1994

Wolf, S.: Implantatversorgung des atrophierten Unterkiefers *Implantologie. Implantologie Journal* 2/2000

Wir trauern um

## Dr. Paul Schöning

Präsident der Zahnärztekammer Nordrhein,

der am 29. Mai 2000  
im Alter von nur 67 Jahren verstorben ist

Landeszahnärztekammer Thüringen  
Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen



## Seniorenfahrt nach Dresden

Am 30. und 31. März fand die diesjährige Frühjahrsfahrt mit zwei gut besetzten Bussen statt. Sicher gefahren und zu jedem Zeitpunkt gut informiert erreichte die Gruppe aus Erfurt und Jena den Zwingerteich in Dresden am späten Vormittag.

Der zeitlich individuelle Freiraum bis 15.00 Uhr wurde unterschiedlich genutzt. Spaziergänge rund um den Theater- und Schlossplatz vermittelten erste Eindrücke vom Zwinger, der Hofkirche, der Semperoper oder auch dem Terrassenufer mit den Anlegeplätzen der Dresdner Flotte. Andere Anziehungspunkte wie die Prager Straße und der Kulturpalast sind vielen Kollegen als Tagungsort in Erinnerung.

Ein Teil der Teilnehmer folgte der Empfehlung zum Mittagessen und war Gast im Sophienkeller. Historisch in die Zeit von August dem Starken ins 18. Jahrhundert versetzt, war es ein angenehmer Aufenthalt in den gut erhaltenen und ausgedehnten Gewölben des Taschenbergpalais.

Ein starker Programmpunkt war die Besichtigung der Semperoper. Die Führung war durch Sachkompetenz geprägt und gewährte uns Einblicke in die Geschichte, die Architektur und den Innenausbau des Hauses.

Der zweigeschossige, bogenförmige Arkadenbau steht an gleicher Stelle wie die beiden Opernhäuser vorher. Das erste, 1841 von Gottfried Semper als Hoftheater gebaut, brannte 1869 ab. Das zweite, vom selben Baumeister, wurde 1878 eingeweiht und am 13. Februar 1945 total zerstört. Auf den Tag genau 40 Jahre später öffnete die dritte Semperoper ihre Pforten.

Die Außenarchitektur, die künstlerische Gestaltung des Foyers, der Vestibüle und des Zuschauerraumes entsprechen weitgehend dem Original. Veränderungen im Zuschauerraum dienten der Lichtverbesserung. Der Bühnenrakt wurde umfassend modernisiert. Die Ausstattung ist festlich-kostbar und findet ihren Höhepunkt im Zuschauerraum mit seinen vier Rängen.

Danach ging es mit dem Bus zum Hotel, Ankunft gegen 16.45 Uhr. Nach turbulentem Empfang der Zimmerschlüssel folgten Essen und Anlegen der Abendgarderobe. Abfahrt zurück zur Semperoper 18.00 Uhr. Das war knapp. Frau Büttner hat zugesichert, dass die Zeitpläne in Zukunft seniorenfreundlicher werden sollen.

Zur Vorstellung „Rot und Schwarz“, Ballett nach Stendahl.

Das Ballett in drei Akten war sehr beeindruckend. Einfache und einprägsame Bühnendekoration. Hervorzuheben die tänzerische Ausdruckskraft der Solisten und des Corps. Die oft geäußerte Meinung, nicht die Oper oder das Ballett, sondern ihr Haus sei die eigentliche Botschaft, wurde widerlegt. Das Ballett in seiner Tradition ist seinem guten Ruf voll gerecht geworden.

Der zweite Tag begann mit der Stadtführung, die an der Baustelle der Frauenkirche endete.

Ein Teil der Mitreisenden beteiligte sich an der Führung in der Unterkirche der Frauenkirche. Durch Vortrag und Video wurde über den Bauablauf informiert. Wenn das von den Engländern gestiftete Kreuz aufgesetzt sein wird, ist die Endhöhe von 93 Metern erreicht.



Nach kurzer Mittagspause Abfahrt nach Radebeul zum Karl-May-Museum. In der Villa Shatterhand hat der phantasievolle und erfolgreiche Schriftsteller gewohnt und gearbeitet, dem viele von uns ihr erstes spannendes Leseerlebnis verdanken.

Anschließend fuhren wir zum Restaurant Spitzhaus, auf einer Anhöhe gelegen und über 365 Stufen zu erreichen. Die Busse fuhren freundlicherweise über winklige Dorfstraßen zum Ziel. Abschluss mit wunderbarem Panoramablick über Radebeul und das Elbtal. Einen guten Kuchen gab es auch.

Insgesamt eine Fahrt, die in Erinnerung bleiben wird, wenngleich Petrus nicht mit uns im Bunde war. Die Teilnehmer danken allen, die an der Vorbereitung und Durchführung der Fahrt mitgewirkt haben. Insbesondere Frau Büttner für ihren zuvorkommenden und verständnisvollen Umgang mit den Seniorinnen und Senioren.

Dr. Werner Holzheu  
Willi Nolte





# **THÜRINGER ZAHNÄRZTE BLATT**

**9. Jahrgang • 1999 • Sachwortverzeichnis**

Offizielles Mitteilungsblatt der Landes Zahnärztekammer Thüringen  
und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen

**Redaktion:** DS Gottfried Wolf  
Dr. Karl-Friedrich Rommel  
Christina Pöschel  
Christiana Meinl

**Herstellung und Anzeigenleitung:**

TYPE Desktop Publishing, Apolda (Januar bis August 1999)

Verlag und Werbeagentur Kleine Arche, Erfurt (ab September 1999)



## Sachwortverzeichnis

(Nr. des Heftes/Seite)

<b>Aktionstag, Bonner Gesundheitspolitik</b>	1/21	<b>Eckpunkte Gesundheitsreform 2000</b>	4/167
Aktionstag der Zahnärzte der neuen Bundesländer in Berlin	10/11	Ehrung, Prof. Dr. E. Lenz	2/56
Analogberechnung, dentinadhäsiv befestigte Kompositrestaurationen	5/192	-, Prof. Dr. D. Welker	10/15
Andrea Fischer in Weimar	7-8/315	Europäisches Sommersymposium FVDZ	8/319
Arbeitsrecht, Änderungen	6/260	<b>F</b> aserarmierte Brücken, Bewertung	3/107
Aufklärungspflicht, Zahnarzt, Einwilligung des Patienten in Behandlungsmaßnahme	11/38	Finanzierung, Grundsätze	6/270
Ausschüsse der LZKTh	12/16	FVDZ, Landesverband Thüringen, Landesversammlung	6/258
<b>B</b> ehandlungsfehler, Haftung	12/35	<b>G</b> astkommentar, Dr. Pietzsch	5/190, 12/6
Behandlungsvertrag	10/35	-, U. Erzigkeit	6/235
Beihilfe, Ärger	10/12	-, Dr. W.-D. Höpker	7-8/279
Berufsverband Deutscher Kieferorthopäden, Informationsveranstaltung Uni Jena	9/13	-, Dr. B. Vogel	9/6
-, Landesverband Thüringen, Mitgliederversammlung	10/28	-, S. Liebaug	10/6
Betriebskosten, Abzug Reisekosten	6/261	-, Prof. Dr. F. Beske	11/6
Buchbesprechungen	1/25, 2/79, 3/131, 5/229, 6/274, 7-8/331, 19/38, 11/15, 12/45	GEMA	6/243
Budgetierung 1999	3/91	Gesteuerte Geweberegeneration, Parodontitis-Mehrschritttherapie	6/253
<b>D</b> atenträgeraustausch, Zahnersatz	6/249	Gesundheitsreform 2000, Eckpunkte	4/167
Deutsche Gesellschaft für Implantologie, Frühjahrstagung 1999	7-8/311	GOZ-Ratgeber	2/48, 4/150
Deutsche Gesellschaft für Prothetik und Werkstoffkunde, Jahrestagung	9/12	<b>H</b> aftung für Behandlungsfehler	12/35
Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung, Jahrestagung	10/29	Honorarverteilungsmaßstab, KZVTh	4/138
Dissertationen	9/14, 12/22	Hygienefähigkeit magnetverankerter Prothesen, Titan-Gussgerüste	2/66
		<b>IDZ</b> -Studie, Berufsdermatosen, Beanspruchung Wirbelsäule, psychische Stressfaktoren	4/149
		Implantologie, 7jährige Erfahrung in zahnärztlicher Praxis in Thüringen	11/24
		Ingrid Raber, Treffen	5/213
		Internet	4/184, 5/214, 6/262, 7-8/325, 10/45
		IUZ, 2. Fortbildungszyklus	1/11, 5/196
		IUZ-Abschlussball	11/16

<b>K</b> ieferorthopädie, Qualitätssicherung	10/27	-, Prof. Dr. Dr. D. Schumann	7-8/298
Kieferorthopädie heute, Einblicke und Aussagen	9/9, 11/22	-, Prof. Dr. D. Welker	7-8/300
Knöllchenübergabe an Bundeskanzler	11/12	Leserbrief	5/224, 6/271, 7-8/328, 10/7, 11/8, 12/8
Kompositfüllungen, Patienteninformationsblatt	2/52	LZKTh, Ausschüsse	12/16
Konstanzprüfung, zahnärztliche Aufnahmetechnik	6/237	-, Kammerversammlung 28.11.98	1/4
Koordinierungskonferenz, Referenten Präventive Zahnheilkunde	12/11	-, -, Anträge	1/6
KZBV-Vertreterversammlung	11/20	-, Kammerversammlung 20.11.99	12/14
KZVTh, außerordentliche Vertreterversammlung	3/83	-, -, Anträge	12/14
-, -, Anträge	3/84	-, Konstituierende Kammerversammlung	7-8/280
-, Ausschreibungen	1/18, 3/96, 4/146, 6/250, 6/259, 7-8/296, 9/28, 11/20, 12/34	-, -, Anträge	7-8/285
-, Behandlungsunterlagen, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung	7-8/294	-, neuer Vorstand	9/16
-, Beschluss Landesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen in Thüringen	7-8/296	-, Wahlergebnis 3. Legislaturperiode	5/187
-, Honorarverteilungsmaßstab	4/138	-, Wahlvorschläge	3/97
-, Planungsblätter, zahnärztliche und kieferorthopädische Versorgung	5/202	-, Weiterbildungsordnung	2/40
-, Versorgungsgradfeststellung 18.12.98	1/18	<b>M</b> agnetverankerte Prothesen, Hygienefähigkeit, Titan-Gussgerüste	2/66
-, Versorgungsgradfeststellung 12.3.99	4/146	MGZMK, wissenschaftlicher Abend	6/257
-, Vertreterversammlung 23.1.99	2/31	<b>N</b> achgefragt, PD Dr. Dr. Hans Pistner	3/106
-, Vertreterversammlung 6.11.99	12/31	-, Katrin Göring-Eckardt	5/204
-, -, Anträge	12/31	-, Iris Glicke	6/251
<b>L</b> AGJTh, Auftaktveranstaltung Tag der Zahngesundheit 1999	9/21	-, Gudrun Schaich-Walch	9/30
-, 3. Thüringer Jugendzahnpflegetag	10/22	Nachruf, Jens Kirchner, Jürgen Langhof, Dr. Kuno Stegner, Thomas Ullrich	11/14
-, Vertreterversammlung 28.10.98	1/13	<b>O</b> ralchirurgie, Ermächtigung Weiterbildung	4/156
Landtag, Tag der offenen Tür	7-8/289	<b>P</b> arodontalchirurgie, rekonstruktive	3/115
Laudatio, Dr. W. Hebenstreit	5/203	Parodontitismehrschritttherapie, gesteuerte Geweberegeneration	6/253
		Patienteninformationsblatt, Kompositfüllungen	2/52



Praxisservice, Produktinformationen	5/225, 6/272, 7-8/329, 9/44, 10/43, 11/44, 12/44	3. Thüringer Jugendzahnpflegetag	10/22
Prophylaxe ein Leben lang	9/11	Titaninlays, Randspalt, Untersuchungen	2/61
Prothesen, magnetverankerte, Hygienefähigkeit, Titan-Gussgerüste	2/66	Tumoren, Mundhöhle, Gesichtsbereich	5/208
Protestaktionen	7-8/317	<b>U</b> niversität Jena, 450 Jahre	1/26
<b>Q</b> ualitätssicherung in der Kieferorthopädie	10/27	Unterschriftenaktion, Gesundheitsreform	7-8/320
<b>R</b> echt, Abzug Reisekosten als Betriebsausgaben	6/261	<b>V</b> ersicherungsmarkt	9/36
-, Änderungen Arbeitsrecht	6/260	Versorgungswerk, aktueller Überblick	9/23
-, Aufklärungspflicht, Zahnarzt, Einwilligung des Patienten in Behandlungsmaßnahme	11/38	-, Müssen Rentner für ihre Rente Steuern zahlen?	11/36
-, Behandlungsvertrag	10/35	-, neue Beitragssätze ab 1.1.99	1/15
-, Haftung für Behandlungsfehler	12/35	-, Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse	5/198
-, Rechnung nicht zustellbar?	7-8/322	-, Scheinselbständige und arbeitnehmerähnliche Selbständige	4/158
-, Zahnarzt-Patienten-Verhältnis	9/34	-, Scheinselbständigkeit und arbeitnehmerähnliche Selbständigkeit, Betriebsprüfungspraxis BfA	10/34
Reisekosten, Abzug, Betriebsausgaben	6/261	<b>W</b> eiterbildungsordnung, LZKTh	2/40
Rekonstruktive Parodontalchirurgie	3/115	Werbeverbot, aktuelle Entscheidung	7-8/324
Röntgengeräte, Erstprüfung, Änderung der Gebühren	3/103	<b>Z</b> ahnärzte im Ausland, Brasilien	5/222
<b>S</b> eniorenfahrt, Berlin	10/30	Zahnarzhelferinnen, Ausbildung ZAH, Sommerprüfung 99	10/23
-, Marburg	12/17	-, Erfahrungen Lehrlingsausbildung	6/245
Sternfahrt, Zahnärzte	5/211	-, 10. Kurs ZMF	11/34
<b>T</b> ag der offenen Tür, Landtag	7-8/289	-, Prüfungstermine 2000	10/25
Tag der Zahngesundheit 1999, Auftaktveranstaltung	9/21	-, Zeugnisübergabe ZMF	2/54, 9/22
-, Meiningen	11/30	Zahnverlust, neue Bundesländer	5/207
-, Saalfeld	11/33	Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Jena, Eröffnung	12/34
Thüringer Bündnis für Gesundheit	6/239		

Aus der aktuellen Rechtsprechung:

## Amalgam und kein Ende – eine Entscheidung zur Aufklärungspflicht über Risiken bei Amalgamfüllungen

Von cand. iur. Irka Fürle (Lehrstuhl Prof. Dr. iur. Andreas Spickhoff, FSU Jena)

Presseenthüllungen und die in den letzten Jahren öffentlich geführte Amalgamdiskussion haben zu einem gesellschaftlichen Wandel des Zahnarzt-Patienten-Verhältnisses geführt. Längst stehen die Patienten einer Behandlung nicht mehr nur kritiklos gegenüber und so häufen sich Haftpflichtprozesse gegen Zahnärzte, bei denen seitens der Patienten insbesondere auch die Frage einer ordnungsgemäßen Aufklärung in den Vordergrund gerückt wird. Dies beruht vorwiegend auf zwei Gründen:

- \* zum einen ist trotz aller Veröffentlichungen die Aufklärungsproblematik nach wie vor ein Stiefkind ärztlicher Überlegungen während der Behandlung,
- \* der zweite Hauptgrund, warum ein sehr großer Prozentsatz, ca. 1/3 aller geführten Arzthaftungsprozesse, sich mit dem Problem der Aufklärung befassen muss, ist derjenige, dass den Arzt in einem Prozess die Verpflichtung trifft, zu beweisen, dass die Aufklärung ordnungsgemäß durchgeführt wurde.

Das Oberlandesgericht Koblenz musste sich aktuell mit der Aufklärungspflicht eines Zahnarztes, der u. a. Amalgamfüllungen gelegt hatte, befassen. Aus gegebenem Anlass sollen daher im Anschluss an die Besprechung des Gerichtsurteils die Grundsätze der Aufklärung speziell bei Füllungstherapien, herausgestellt werden.

### Zum Sachverhalt:

Der Ehemann der Klägerin begab sich von März bis Mai 1994 in die zahnärztliche Behandlung des Beklagten. Hierbei erhielten der Zahn 15 eine Wurzelfüllung und eine Füllung und die Zähne 28 und 36 jeweils Füllungen. Neben dem hauptsächlich aus Zinkoxid bestehenden Wurzelfüllmaterial kam als Füllmasse insbesondere Amalgam zur Anwendung. Während eines Aufenthaltes des Patienten in der neurologischen Abteilung des Krankenhauses im Oktober/November desselben Jahres wurde bei diesem eine amyotrophe Lateralsklerose (ALS) als Verdachtsdiagnose festgestellt. Der Patient verstarb an dieser Krankheit am 6.5.1995. Die Ehefrau des

Patienten nahm den behandelnden Zahnarzt auf Ersatz ihres Unterhaltsschadens in Anspruch. Das Landgericht als erste Instanz hat die Klage abgewiesen. Auch die Berufung der Klägerin vor dem Oberlandesgericht Koblenz hatte keinen Erfolg. Der Zahnarzt wurde nicht verurteilt. (vgl. OLG Koblenz, Urteil v. 2.3.1999 - 3 U 328/97)

### Aus den Entscheidungsgründen des Gerichts:

Das ärztliche Einbringen von Wurzel- und sonstigen Zahnfüllungen stellt einen Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten dar. Jede Behandlung bedarf daher zunächst einer rechtswirksamen Einwilligung. Diese kann der Patient aber nur dann erteilen, wenn er über die Folgen und Risiken entsprechend aufgeklärt wurde. Hat der Arzt den Patienten nicht oder nicht ausreichend aufgeklärt, dann ist die nachfolgende Einwilligung des Patienten unwirksam, die Behandlung rechtswidrig und kann auch dann zu einem Schadensersatzanspruch führen, wenn die Behandlung selbst sachgemäß oder gar indiziert war. Der behandelnde Zahnarzt hätte daher im vorliegenden Fall nur dann gehaftet, wenn er die ihm obliegende Aufklärungspflicht schuldhaft verletzt hat. Wird die Aufklärungspflicht verletzt, ist für eine Haftung weiterhin erforderlich, dass die Aufklärungspflichtverletzung selbst in einem ursächlichen Zusammenhang zum geltend gemachten Schaden steht, d.h. zwischen den Wurzelfüllungen und der beim Patienten diagnostizierten ALS muss zweifelsfrei ein Zusammenhang festgestellt werden. Aufklärungsfehler sind nämlich nur dann relevant, wenn der folgende Schaden durch eine unterbliebene oder mangelhafte Aufklärung ermöglicht wurde. (ausführlich zur Aufklärungspflicht des Zahnarztes vgl. Teil III der Reihe „Rechtsfragen des Zahnarzt-Patienten-Verhältnisses“ in Heft 11/Nov. 1999)

Zentrale Frage des vorliegenden Falles war, in welchem Umfang der behandelnde Zahnarzt den Patienten über mögliche Risiken der Behandlung hätte aufklären

müssen, insbesondere ob der Zahnarzt verpflichtet war, über die Risiken einer Amalgamfüllung, im speziellen das Mortalitätsrisiko, aufzuklären.

Ausreichend ist im allgemeinen dabei eine Aufklärung „im Großen und Ganzen“, d.h. dem Patienten müssen Art, Bedeutung und Folgen des Eingriffs deutlich gemacht werden. Es ist dabei nicht notwendig, in allen Einzelheiten aufzuklären. Da Aufklärung dem Patienten kein medizinisches Entscheidungswissen vermitteln soll, genügt generell eine Aufklärung in seinen Grundzügen. Dem Patienten soll vielmehr lediglich aufgezeigt werden, was der Eingriff, die konkrete medizinische Behandlung für ihn, seine persönliche Situation und seine Lebensführung bedeutet. Risiken müssen nicht exakt und in allen erdenklichen Erscheinungsformen dargestellt werden. Es reicht vielmehr aus, ein allgemeines Bild von der Schwere und Richtung des konkreten Risikospektrums aufzuzeigen. Damit ist auch über mögliche und typischerweise auftretende Schadensfolgen aufzuklären. Dies gilt nur dann nicht, wenn sie nur in entfernt seltenen Fällen auftreten und anzunehmen ist, dass sie bei einem verständigen Patienten für seinen Entschluss, in die Behandlung einzuwilligen, nicht ernsthaft ins Gewicht fallen. Zu beachten ist aber, dass, sobald es um schwerwiegende Risiken geht, wie etwa um die Gefahr der Erblindung oder gar des Todes, auch das extrem seltene, aber wesentypische Auftreten solcher Risiken nicht von der Aufklärung hierüber befreit.

Im konkreten Fall sah es das Gericht in Übereinstimmung mit den zahnmedizinischen Sachverständigen als ausreichende Aufklärung eines Patienten mit kariösen Zahndefekten an, wenn dieser über die Größe der Defekte informiert und auf die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Restauration hingewiesen wird. Bei entsprechender Indikation ist dem Patienten im Seitenzahnbereich ein Füllungsmaterial, z. B. Amalgam, als Versorgung vorzuschlagen. Kostspieligere Alternativen wie Edelmetallinlays oder zahnfarbene plastische Füllungen sollten angesprochen werden, wenn der Zahnarzt eine mögliche

Indikation dafür sieht. Vor jeder Behandlung mit Füllungsmaterialien o. ä. ist grundsätzlich unabhängig von der Verwendung von Amalgam nach möglichen bekannten Allergien zu fragen.

Diesen Anforderungen ist der Zahnarzt gerecht geworden. Er hat mit dem Patienten insbesondere auch über die Möglichkeit gesprochen, Goldfüllungen zu verwenden, die wesentlich teurer sind als Amalgamfüllungen, aber eine längere Lebensdauer hätten. Der Patient, der laut Krankenkarte den Zahnarzt als Kassenpatient konsultiert hat, hat aus finanziellen Gründen die Amalgamfüllung vorgezogen.

Es stellt sich jedoch die Frage, ob der Arzt den Patienten dann nicht auch zusätzlich über die damalige Diskussion und die Bedenken, die zur Toxizität von Amalgam als Füllmasse geäußert wurden, aufklären musste. Eine derart spezielle Aufklärungspflicht setzt voraus, dass das jeweilige Risiko, um das es geht, nach dem medizinischen Erfahrungsstand im Zeitpunkt der Behandlung bekannt ist. Ist ein Risiko bereits bekannt, so ist hierüber selbst dann aufzuklären, wenn die wissenschaftliche Diskussion noch nicht abgeschlossen ist und zu allgemein akzeptierten Ergebnissen geführt hat. Genügend, aber auch erforderlich ist, dass ernsthafte Stimmen in der medizinischen Wissenschaft auf bestimmte, mit einer Behandlung verbundene Gefahren hinweisen, die nicht lediglich als unbeachtliche Außenseitermeinungen abgetan werden können, sondern als gewichtige Warnungen angesehen werden müssen.

Trotz einer weitgreifenden Diskussion um die Risiken der Verwendung von Amalgam als Füllmaterial in zahlreichen Publikationen und wissenschaftlichen Studien sind aber nach dem medizinischen Erkenntnisstand damals wie heute Amalgamfüllungen in der Regel nicht mit gesundheitlichen Gefahren verbunden. Diese Auffassung der Gutachterin des Gerichts, die auch die Zusammensetzung der verwendeten Materialien als völlig unbedenklich gekennzeichnet hat, wird durch die amtliche Stellungnahme der Bundesregierung zu den gesundheitlichen Auswirkungen von Amalgamfüllungen bestätigt. Aus dieser geht hervor, dass Amalgamfüllungen zusätzlich zur Nahrungsaufnahme zwar messbar zur Quecksilber-Ganzkörperbelastung beruflich nicht mit Quecksilber belasteter Personen beitragen, die gefundenen Messwerte aber weit unter den biologischen Arbeitsstoff-Toleranzwerten für metallisches und anorganisches Quecksilber liegen, so dass ein toxikologisches Risiko

nach derzeitigem wissenschaftlichem Erkenntnisstand nicht begründet werden kann. Soweit (seit 1987) empfohlen ist, bei Schwangeren vom Legen und Entfernen von Amalgamfüllungen abzusehen und auch bei Kleinkindern bis zum sechsten Lebensjahr, vornehmlich in den ersten drei Lebensjahren, besonders sorgfältig abzuwägen, ob Füllungen mit Amalgam notwendig sind, wurde dies als reine Vorsichtsmaßnahme gekennzeichnet; einen begründeten Verdacht, dass Amalgamfüllungen bei Kindern und Jugendlichen zu gesundheitlichen Schäden führen, gebe es derzeit nicht (BT-Drucks. 12/4405 S. 22).

Eine Aufklärungspflicht besteht nach der Auffassung des Gerichts auch bei extrem seltenen Behandlungsrisiken aber dann, wenn diese schwerwiegend sind und sogar die - mit dem Auftreten von ALS (amyotrophe Lateralsklerose) verbundene - Gefahr des Todes umfassen.

Die ALS ist eine degenerative Erkrankung des 1. und 2. motorischen Neurons, bei der es zu einem Untergang von motorischen Nervenzellen in der Hirnrinde und im Rückenmark kommt. Die Degeneration der motorischen Zellen in der Hirnrinde und die Zerstörung der Pyramidenbahn führen zu dem klinischen Bild der Spastik, und der Untergang der motorischen Vorderhornzellen im Rückenmark führt zum Bild von Paresen und Muskelatrophien.

Unabdingbar ist aber auch hier, dass dieses Risiko wesentypisch für die Behandlung sein muss oder zumindest ernsthafte Stimmen in der Wissenschaft auf das Risiko hinweisen, die als gewichtige Warnungen angesehen werden müssen. Das Gericht räumte hier zwar zunächst ein, dass die Ursachen der ALS nur teilweise erforscht sind, und sich nicht jeder Zusammenhang zwischen den Auswirkungen der Substanzen des Amalgams, namentlich des Quecksilbers, auf den menschlichen Organismus und dem Aufkommen von ALS im Sinne eines naturwissenschaftlich exakten Nachweises absolut sicher ausschließen lässt. Daraus dürfe nun aber nicht gefolgert werden, dass der Zahnarzt verpflichtet gewesen wäre, den Patienten über die Risiken des Amalgams, insbesondere das Mortalitätsrisiko, ordnungsgemäß aufzuklären mit der Folge, dass sich dieser dann nicht für Amalgamfüllungen entschieden hätte und nicht verstorben wäre.

Eine solche Risikoverknüpfung zwischen Zahnfüllungen mit Amalgam und dem Aufkommen von ALS ist im medizinischen Schrifttum nicht belegt. Zwar finden sich in der Literatur einige wenige Falldarstel-

lungen, bei denen eine ALS in Verbindung mit der Ingestion von Quecksilber beschrieben ist, namentlich bei Patienten mit langjähriger, überwiegend beruflicher Exposition in Quecksilberminen bzw. verarbeitenden Betrieben. Untersuchungen an Arbeitern in Quecksilber verarbeitenden Betrieben haben aber kein erhöhtes Risiko des Auftretens einer ALS ergeben.

In verschiedenen kontrollierten Studien bei Patienten mit ALS hat sich zudem keine Korrelation zwischen den untersuchten Quecksilberkonzentrationen der Patienten und ALS nachweisen lassen. Die Überprüfung der Quecksilberanreicherung in Nervenzellen bei Tierversuchen hat ergeben, dass diese nur teilweise (ohne Durchdringen der Bluthirnschranke und deshalb nicht in zentralen Mononeuronen) möglich war, jedoch ohne pathogenetische Folgen an den betroffenen Zellen.

Zusammenfassend betonen die neurologischen Gutachter, es gebe keine epidemiologische Studie, die einen sicheren Zusammenhang zwischen dem Auftreten von ALS und Schwermetallexpositionen belege, weder in der Weise, dass beim Patienten mit nachgewiesener langjähriger Exposition ein erhöhtes ALS-Risiko bestehe, noch dass bei ALS-Patienten ein erhöhtes Expositionsrisiko nachgewiesen worden oder erhöhte Schwermetallkonzentrationen im Blut nachweisbar gewesen seien.

Überzeugend stufen die Gutachter daher die ALS aus wissenschaftlicher Sicht nicht als Folge von Amalgamverwendung bzw. Quecksilbervergiftung ein. Auch ein wissenschaftlich begründeter gewichtiger und ernsthaft vertretener Verdacht eines solchen Zusammenhangs ist nach alledem zu verneinen.

Zudem sei im vorliegenden Fall aufgrund der während des stationären Aufenthaltes des Patienten im Krankenhaus nachgewiesenen chronisch neurogenen Veränderungen der motorischen Einheiten im Elektromyogramm vielmehr mit großer Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der degenerative Prozess bereits vor der Zahnbehandlung begonnen habe und zu diesem Zeitpunkt erstmals dekompensiert sei. Mutmaßlich habe die Krankheit bereits Ende 1993 begonnen. Nach Ansicht der neurologischen Sachverständigen fehlte es damit im vorliegenden Fall an einem ursächlichen Zusammenhang zwischen den Amalgamfüllungen und der beim Patienten diagnostizierten ALS.

Im vorliegenden Fall war das Gericht damit gemessen an den Grundsätzen der Aufklärung der Ansicht, dass die vom beklag-

ten Zahnarzt angegebene Unterrichtung des Patienten ausreichend war. Der Patient hatte in die zahnärztlichen Maßnahmen wirksam eingewilligt. Über die damalige Diskussion und die Bedenken, die zu der Toxizität von Amalgam als Füllmasse geäußert wurden, brauchte der Zahnarzt jedenfalls zur damaligen Zeit nicht aufzuklären. Über die Möglichkeit des Auftretens einer tödlichen ALS als Folge von Zahnfüllungen mit Amalgam war ebenfalls nicht aufzuklären, denn aus wissenschaftlicher Sicht wird das allgemeine Risiko, an ALS zu erkranken, durch die Amalgambehandlung nicht erhöht.

## Grundsätze der Aufklärung bei Füllungstherapien –

### Das sollten Sie wissen!

1. Das zahnärztliche Einbringen von Wurzel- und sonstigen Zahnfüllungen ist ein Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten, der zu seiner Rechtfertigung grundsätzlich der rechtswirksamen Einwilligung des Patienten bedarf.

2. Die Aufklärung hat grundsätzlich durch den behandelnden Arzt zu erfolgen. Eine Übertragung der Aufklärungspflicht auf eine Angestellte wie beispielsweise Zahnarzthelferin oder Sprechstundenhilfe ist nicht möglich.

3. Allgemein ausreichend ist eine Aufklärung „im Großen und Ganzen“. Dem Patienten müssen Art, Bedeutung und Folgen des Eingriffs, wenn auch nicht in allen Einzelheiten, so doch in seinen Grundsätzen, deutlich gemacht werden.

4. Auf eine Aufklärung über das Wesen des Eingriffs kann verzichtet werden, wenn schon eine landläufige Bezeichnung des Eingriffs auch den Laien hinreichend ins Bild setzt.

5. Über mögliche und typische Schadensfolgen einer Behandlung braucht indessen nur dann nicht aufgeklärt zu werden, wenn sie nur in entfernt seltenen Fällen auftreten und anzunehmen ist, dass sie bei einem verständigen Patienten für seinen Entschluss, in die Behandlung einzuwilligen, nicht ernsthaft ins Gewicht fallen.

6. Über extrem seltene, aber schwerwiegende Risiken muss dann aufgeklärt werden, wenn sie für die Behandlung wesens-typisch sind oder in der medizinischen Wissenschaft bereits ernsthafte Stimmen darauf hinweisen, die nicht als unbeachtliche Außenseitermeinungen abgetan werden können, sondern als gewichtige Warnungen angesehen werden müssen.

7. Allgemein als ausreichende Aufklärung eines Patienten mit kariösen Zahndefekten ist anzusehen, wenn der Zahnarzt über die Größe der Defekte informiert und auf die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten einer Restauration hinweist.

8. Bei entsprechender Indikation ist dem Patienten im Seitenzahnbereich Amalgam als Versorgung vorzuschlagen; Alternativen wie Edelmetallinlays oder zahnfarbene plastische Füllungen sollten angesprochen werden, wenn der Zahnarzt eine mögliche Indikation dafür sieht.

9. Vor jeder Behandlung mit Füllungsmaterialien ist grundsätzlich unabhängig von der Verwendung von Amalgam nach möglichen bekannten Allergien zu fragen.

## Schmerzlose Zahntentfernung PR-Text der Firma Ögram-System

Normalerweise ist die Extraktion von Zähnen ein einfacher und ereignisloser Prozess. In manchen Fällen kann aber die Extraktion zeitraubend und/oder traumatisch, sowohl für den Patienten als auch für den Zahnarzt, sein. Es ist nicht selten, dass Zahnärzte 30 Minuten oder länger für die Entfernung eines einzelnen, nicht impaktierten Zahnes benötigen.

### Warum sind manche Zahnextraktionen so unvorhersehbar oder so schwierig?

Mit dieser Frage befassten sich in USA 1977, unter Leitung von Gunnar Philipp, eine Gruppe von internationalen Experten, Zahnärzten, Histologen Anatomieprofessoren und Ingenieuren der Fachrichtung Mechanik, die die bisher angewandten Methoden der Zahntentfernung hinsichtlich der Technik der Anwender und der Instrumentierung beurteilten.

Das Fazit dieser extensiven Forschungsarbeit war, dass Technik und Instrumentierung, bei einer gleichzeitigen Reduzierung der Traumata, wesentlich verbessert werden konnten.

Aus dieser Studie heraus wurde 1987 die Ögram Extraktionstechnik entwickelt. Diese Technik ist eine totale Abkehr von den konventionellen Techniken der Zahntentfernung. Ungefähr 80 % der Techniken dieses Systems sind für den Zahnarzt neu.

Der Schlüssel zu diesem neuen System ist, dass Technik und Instrumente die physiologischen und mechanischen Gegebenheiten berücksichtigen und nicht auf persönlichen Gewohnheiten und Operationstechniken der Anwender beruhen.

Ist das Instrument nicht korrekt, sind die Benutzungsmöglichkeiten eingeschränkt.

### Die Vorteile des ÖGRAM- Systems:

- neue Methode der Zahnluxation, ohne Trauma der angrenzenden Zähne bzw. des Zahnfleisches
- keine bukkal - linguale Bewegungen, die die Hauptursachen für Zahn- und Knochenfrakturen darstellen
- geringster Kraftaufwand durch Ausnutzung der physikalischen Gesetze

- schmerzlose und schnelle Entfernung des ganzen Zahnes oder der Zahnwurzel ohne Osteotomie, dadurch kein kortikaler Knochenverlust; besonders wichtig im Hinblick auf zu setzende Implantate.
- keine Folgeschmerzen und geringster Aufwand bei möglichen Nachbehandlungen

Dieser neue Stand der Technik, die seit 1991 in Deutschland bereits über 1000 Zahnärzte begeistert, ermöglicht es jedem Anwender, nicht impaktierte Zähne innerhalb von 10 Minuten, ohne Osteotomie, wo bei konventioneller Technik diese noch notwendig war, zu entfernen. Die Anwendung von exzessiver Kraft wird vermieden. Eine umfassende Schulung und Einarbeitung in die gesamte Methodik ist unerlässlich.

### Weitere Informationen:

Ögram-System  
Fritz Grimm  
Schubertweg 2  
64823 Groß-Umstadt  
Fon: 06078 3439, Fax: 06078 913970  
eMail: oegram.grimm@t-online.de  
Internet: <http://www.oegram.de>



## Jenaer Universitäts-Kinderklinik wird umbenannt

In Vorbereitung des 450jährigen Jubiläums der Friedrich-Schiller-Universität Jena im Jahre 2008 wurde eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe gebildet, die die Jenaer Universitätsgeschichte im 20. Jahrhundert umfassend darstellen soll. Die für diesen Zeitraum nur in Umrissen und Teilaspekten bekannte wissenschaftliche, soziale und politische Wirklichkeit der Universität gilt es, vor allem mit dem Blick auf übergreifende essentielle Fragen, wie das Verhältnis von Kriegserfahrung und wissenschaftlicher Arbeit, die Schwerpunkte Universität im Nationalsozialismus und in der DDR-Zeit sowie die akademischen Eliten im politischen Umbruch zu erhellen – Problemfelder, bei denen die Forschung in besonderem Maße auf Ablehnung, Verdrängung und Legendenbildung wie umgekehrt auf Aufklärungswillen und Informationsbedürfnis stößt.

Besonders hohe Wellen schlugen in diesem Zusammenhang die öffentlichen Anschuldigungen gegen den ehemaligen Direktor der Jenaer Kinderklinik, Prof. Dr. Jussuf Ibrahim, in der Zeit des Nationalsozialismus aktiv an der „Euthanasie“ beteiligt gewesen zu sein.

Daraufhin hatte Anfang November 1999 der Rektor der FSU Jena im Einvernehmen mit dem Dekan der Medizinischen Fakultät eine Kommission eingesetzt, die diese Vorwürfe überprüfen sollte.

Der Verdacht der Beteiligung Ibrahims an der Tötung schwerstgeschädigter Kinder ergab sich erstens aus Dokumenten, welche Ernst Klee und Götz Aly veröffentlicht hatten sowie zweitens aus den Ibrahim und der Kinderklinik gewidmeten Passagen in der 1993 der Medizinischen Fakultät vorgelegten Habilitationsschrift von PD Dr. Susanne Zimmermann und der unter Verantwortung von Frau Zimmermann danach fortgeführten Forschungen. Der Kenntnisstand zu Beginn der Kommissionsarbeit ist in dem entsprechenden Kapitel des Anfang 2000 veröffentlichten Buches Susanne Zimmermanns „Die Medizinische Fakultät der Universität Jena während der Zeit des Nationalsozialismus“ (Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin 2000) dokumentiert.

Die Kommissionsarbeit stand unter erheblicher öffentlicher Aufmerksamkeit, nachdem in einer Informationsveranstaltung der Landeszentrale für wissenschaftliche Bildung der Stadt und der FSU Jena am 24.1.2000 in Jena, aber auch in der breiten Öffentlichkeit eine z. T. heftig geführte Diskussion um die Person Jussuf Ibrahims einsetzte. Gegenstand der Diskussion war, ob die Jenaer Kinderklinik den Namen „Jussuf Ibrahim“ weiter führen und ob die Stadt Jena die Ibrahim 1947 verliehene Ehrenbürgerwürde aberkennen sollte.

Seit Ende April liegt das Ergebnis der Arbeit der Kommission vor. Die medizinhistorische Untersuchung hat ergeben: „Der Verdacht einer Beteiligung Prof. Jussuf Ibrahims an der Vernichtung des „lebensunwerten Lebens“ während des Nationalsozialismus ist bestätigt. Ibrahim hat die Praxis der nationalsozialistischen Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ frühzeitig erkannt und dennoch schwerstgeschädigte Kinder der gezielten Tötung überantwortet. Es war festzustellen, dass er sich am Vernichtungsprogramm der Nationalsozialisten wissentlich und freiwillig beteiligte.“

Angesichts dieser Tatsachen kommt die Kommission zu folgender Schlussfolgerung:

„Unter Zugrundelegung höchster Maßstäbe kann eine Beibehaltung des Namens „Jussuf Ibrahim“ für die Universitätskinderklinik nicht verantwortet werden. Die Kommission empfiehlt deshalb der Medizinischen Fakultät sowie dem Senat der Friedrich-Schiller-Universität Jena, nach Herstellung des Einvernehmens mit der zuständigen Stiftung den Namen „Jussuf Ibrahim“ für die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin nicht fortzuführen.“

FSU Jena/ red.

## Prof. Dr. Karl-Ulrich Meyn wird neuer Rektor der Friedrich-Schiller-Universität Jena

Der Rechtswissenschaftler Prof. Dr. Karl-Ulrich Meyn wird neuer Rektor der Friedrich-Schiller-Universität. Er setzte sich bei der Wahl am 10. Mai 2000 im Konzil der Jenaer Alma Mater im ersten Wahlgang mit 29 : 25 Stimmen gegen seinen Mitbewerber, den Politikwissenschaftler Prof. Dr. Klaus Dicke, durch. Der 60-jährige

Meyn wird das höchste Amt an Thüringens größter Universität am 1. September 2000 antreten, nachdem der derzeitige Rektor Prof. Dr. Georg Machnik Ende August in den Ruhestand versetzt ist.

Als zentrale Ziele seiner vierjährigen Amtsperiode nannte Meyn bei seiner Vorstellung vor

dem Konzil die stärkere Förderung der interdisziplinären Forschung, die Positionierung der Jenaer Universität in der Spitzengruppe europäischer Universitäten und eine Verbesserung der Studienbedingungen und der -atmosphäre.

red.

## Dental Explorer mit dem „Deutscher Multimedia-Award 2000“ ausgezeichnet

Mit dem „wichtigsten Preis“ für deutschsprachige Multimediaanwendungen wurde am 12.4.2000 das zahnmedizinische Patienteninformationsprogramm Dental Explorer ausgezeichnet. Stellvertretend für sein Team nahm der Leiter der Produktionsfirma Deutsche TV, Dr. Gerd Basting, den begehrten Award im Rahmen des 8. Deutschen Multimediakongresses in Stuttgart entgegen.

Um die 6 Trophäen in 4 Kategorien hatten sich 366 Einreichungen beworben. Die Qualität der mehr als 4000 Abbildungen und Videos sowie die trotz der Komplexität einfache Bedienung der Quintessenz Software konnte die hochkarätig besetzte Fachjury schließlich überzeugen. Mehr als 1 Kilo Gold wurde vom Autor, dem Zahntechnikermeister Wolfgang Kohlbach, vergossen, um alle zahnmedizinisch relevanten

Versorgungsmöglichkeiten in der gewünschten Qualität darzustellen. Die multimediale Umsetzung mit Frontal-, Lateral- und Okklusallansicht erlaubt dem Zahnarzt, jede Situation im Mund zu simulieren und damit dem Patienten ein realistisches Bild seiner individuellen Versorgungsplanung zu vermitteln, frei nach dem Motto: „What you see is what you get“.

ots







## Sicherung und Zukunft der Freien Berufe

Die sechs Mitarbeiter für Ausbildungsplatzentwicklung beim Landesverband der Freien Berufe Thüringen e.V. (LFB) sind wieder unterwegs. In den Praxen der Heilberufe werben sie für die Aufnahme von Auszubildenden und die Einrichtung von Ausbildungsplätzen für Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzhelfer bzw. Pharmazeutisch-Kaufmännische Angestellte.

Ebenso pflegen diese erfahrenen Berufspädagogen Kontakte mit einschlägigen Bildungsträgern und Arbeitsämtern. Sie sprechen als Partner der Freiberufler junge Leuten an, vor allem Absolventen der Realschulen und gymnasialen Stufen, um geeigneten Nachwuchs für die Mitarbeit in den Praxen und Büros zu gewinnen.

Die Ausbildungsplatzentwickler leisten seit Bestehen des Pools beim LFB Thürin-

gen eine anerkannte Arbeit. Allein im Jahre 1999 vermittelten sie den Abschluss von 372 Ausbildungsverträgen, die auch von den Kammern bestätigt wurden. Das ermutigte den LFB einmal mehr, sich der Ausbildungsinitiative 2000 des Freistaates Thüringen als Unterzeichner mit anzuschließen. Der Schirmherr, Thüringens Ministerpräsident Bernhard Vogel, würdigte diesen Schritt ausdrücklich.

Die Ausbildungsplatzentwickler des LFB Thüringen sind unentgeltlich für Freiberufler und Bewerber tätig. Ebenso stehen sie ausbildungsbegleitend zur Verfügung. Auf Wunsch kommen die Berater zu Gesprächen in die Praxen und Büros. Die Themenpalette, zu der sie kompetente und individuelle Auskünfte erteilen können:

- Bildungsinhalte – Ausbildungsmöglich-

keiten im Verbund – Bewerberprofil – Jugendschutz – Formalitäten – Anmeldung bei der Kammer – Ausbildungsvertrag – Auswahl geeigneter Bewerber – Lehrvertrag – Berufsschulenauswahl und -anmeldung.

So erreichen Sie die Gruppe der Ausbildungsplatzentwickler:

Landesverband der Freien Berufe  
Thüringen e.V.  
Ausbildungsplatzentwicklung  
Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar  
Tel.: 0 36 43 / 55 98 3-0  
Fax 0 36 43 /-55 98 33  
E-Mail: Lfb-thueringenet-online.de

## Berufsausbildung in Freien Berufen – Ein Ratgeber für Ausbilder

Nach langer Vorarbeit liegt nun der vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) in Zusammenarbeit mit dem BFB verfasste Ratgeber „Berufsausbildung in Freien Berufen“ vor.

Es handelt sich dabei um ein 92 Seiten umfassendes Handbuch, das der ausbildenden Praxis, dem Freiberuflerbüro, der Kanzlei und der Apotheke als hilfreicher Wegbegleiter für die Berufsausbildung in den Freien Berufen dienen soll. Es steht

dem Freiberufler von der Auswahl und Einstellung eines Bewerbers oder einer Bewerberin bis zur möglichen Übernahme und Festanstellung mit nützlichen Tipps und Hinweisen zur Seite. So wird dargestellt, wie Ausbildung geplant, organisiert und durchgeführt werden kann.

Nicht nur erstmalig ausbildende Freiberufler werden von der Broschüre profitieren. Auch diejenigen, die seit längerer Zeit immer wieder Auszubildende einstellen,

werden ihren Nutzen aus dem Handbuch ziehen, unter anderem auch, weil neue Erkenntnisse aus der Berufsbildungsforschung aufgezeigt werden.

Das Handbuch ist zum Preis von 19,00 DM zu beziehen beim  
W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG,  
33506 Bielefeld  
Postfach 100633,  
Tel: (0521) 9110 1-11, Fax.- (0521) 91101-19,  
Bestell-Nr. 110.373.

## BGW: Latexallergien stark rückläufig

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) meldet für 1999 einen Rückgang der Latexallergien um über 30 %. 1998 hatte die BGW noch 1262 Fälle registriert, im vergangenen Jahr waren es nur noch 845 Erkrankungen.

Latexallergien treten vor allem beim Personal in Krankenhäusern und in Arztpraxen auf. Sie äußern sich durch stark juckende Quaddeln auf der Haut, Fließschnupfen oder Asthma. Ursache ist das häufige Tragen von gepuderten Latexhandschuhen. Der Puder, der das Verkleben der Handschuhe verhindern soll, verbindet sich mit Latexproteinen, die beim An- und Auszie-

hen der Handschuhe durch die Luft gewirbelt und eingeatmet werden. In schlimmen Fällen droht den Betroffenen sogar die Berufsunfähigkeit.

In den 90er Jahren nahmen die Latexallergien stark zu. Grund war der vermehrte Gebrauch von medizinischen Handschuhen zum Schutz gegen eine HIV-Infektion. Die BGW startete daher 1996 eine bundesweite Präventionskampagne. Mit Erfolg, wie Dr. Gerhard Mehrrens, Vorsitzender der BGW-Geschäftsführung, betont: „Durch die Kampagne hat ein Umdenken stattgefunden: Zahlreiche Krankenhäuser und Arztpraxen haben auf puderfreie Latexhandschuhe oder auf Handschuhe

aus alternativen Materialien umgestellt. Das Ergebnis ist ein dramatischer Rückgang der Latexallergien.“ *BGW-Presse-Info*



# Mundhygienesituation bei Soldaten der Bundeswehr

In der TLZ erschien am 11.04.00 ein kritischer Bericht über die „Mundhygienesituation bei Soldaten der Bundeswehr“. tzb wollte die Hintergründe für die erschreckende Situation erfahren und wandte sich deshalb an Dr. W. Kollmann, Oberstarzt der Abteilung SanGes Wesen – Zahnärztlicher Dienst Wehrbereichskommando VII und 13. Panzergrenadierdivision.



Dr. W. Kollmann

**Sie räumten gegenüber der TLZ ein, dem medizinischen Personal gelänge es nicht, die Wehrpflichtigen bei der Zahnpflege ausreichend zu beraten. Haben Bundeswehrsoldaten schlechte Zähne?**

Während ich es akzeptiere, dass es vorstellbar wäre, dass für die länger bei der Bundeswehr verweilenden Soldaten ggf. eine andere als allgemein in Deutschland anzutreffende Mundgesundheits-situation bestehen könnte, so kann ich einer solchen Vermutung in Hinblick auf die „Wehrpflichtigen“ nur vehement widersprechen.

Die Mundgesundheits-situation der wehrpflichtigen jungen Männer zwischen 17 und 21 Jahren bei der Bundeswehr kann nur identisch sein mit der Situation der Bundesrepublikaner gleichen Alters, die nicht zur Bundeswehr gehen. Sie ist schlecht,

wie die Ergebnisse der bei der Bundeswehr regelmäßig durchgeführten Einstellungsuntersuchungen immer wieder belegen. Mehrere zerstörte bis tief zerstörte Zähne oder kariöse Defekte an gut 30 Prozent der in der Mundhöhle stehenden Zähne bei jungen Männern in dieser Altersgruppe sind leider keine Seltenheit.

Besagte Einstellungsuntersuchungen stellen keine umfassenden zahnärztlichen Untersuchungen dar. Sie sind ein sehr grobes zahnmedizinisches „Screening“, das in ein bis zwei Minuten für einen Soldaten durchführbar ist und ausreicht, um die Frage zu beantworten, ob ein junger Mann bei der Bundeswehr für 10 Monate dienen kann. Gründlichere Untersuchungen, die fachlich sicherlich sinnvoller wären, würden nur noch schlechtere Ergebnisse zu Tage fördern. Auf sie muss verzichtet werden, da sie bei der hohen Anzahl von monatlich anfallenden Untersuchungen mit dieser Fragestellung zeitlich nicht darstellbar sind und der dabei aufgedeckte Behandlungsbedarf in der Kürze der Zeit, die diese Soldaten bei der Bundeswehr verbringen, auch gar nicht abgearbeitet werden kann.

Trotz dieses nur sehr groben „Screenings“ reicht die dabei gesammelte Erfahrung, um feststellen zu müssen, dass wir in Kreisen der Zahnmediziner sicher stolz sein können über das Erreichen der öffentlich regelmäßig diskutierten WHO-Ziele zur Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen bis maximal 12 Jahren, die gesundheitliche Talfahrt der Gebisse in den danach folgenden 10 Jahren in Deutschland allerdings so rasant verläuft, dass man als Zahnarzt nur erschreckt sein kann und zusammen mit den Gesundheitspolitikern schon längst hätte wirksame Lösungswege finden sollen, diese traurige, da nicht wieder umkehrbare Entwicklung zu verhindern.

## Wieso kommt bei der Bundeswehr die Mundhygiene zu kurz?

1. Sie kommt natürlich zu kurz, denn sonst fänden wir diese erschreckenden Schäden in den Gebissen der Zwanzigjährigen nicht. Mit zu wenig Mundhygienebewusstsein und -verständnis kommt der junge Mann zur Bundeswehr, mit zu wenig Verständnis für diese Problematik verbringt er seine 10 Monate bei ihr und dann verlässt er uns wieder; in der aller-

größten Mehrzahl der Fälle leider auch immer noch mit einem nicht ausreichenden Wissen um effiziente Mundhygiene, die ihn befähigte, sich selber vor Zahn-, Mund- und Gebiss-schäden wirksam schützen zu können.

2. Für diesen Personenkreis kommt Mundhygiene während der Grundwehrdienstzeit deshalb zu kurz,

a) da sie unabhängig von der Bundeswehr anderswo auch zu kurz käme (fehlendes Bewusstsein der Betroffenen) und

b) da die sehr kurze Zeit bei der Bundeswehr für den jungen Mann eine solch große Veränderung seines gewohnten Lebensrhythmus bedeutet (hohe körperliche wie auch psychische Belastung in Form von ungewohnten Dienstzeiten [Nachtmärsche, frühestes Aufstehen] dem gemeinsamen Leben mit Kameraden, die man sich selber nicht aussuchen kann, das Entferntsein von zu Hause, fremde, nicht gewohnte Verpflegung etc.), dass er jetzt mit Sicherheit nicht intensiver an seine Gebissgesundheit denkt als vor oder möglicherweise leider auch immer noch nach seiner Bundeswehrzeit).

## Wie überzeugen Sie Bundeswehrangehörige von der Notwendigkeit der Prophylaxe?

Eine immer wieder gehörte Vorstellung, „man könne dann ja bei der Bundeswehr die Zahnpflege befahlen“ geht natürlich ganz erheblich am anvisierten Ziel vorbei. Unsere jungen „Wehrpflichtigen“ sind sehr empfindlich und sensibel, was ihre Selbstständigkeit, ihr Selbstbewusstsein wie auch ihr eingefordertes Recht auf Selbstbestimmung angeht. Durch die militärischen Verfahren werden sie an diesem für sie hoch sensiblen Punkt bereits über Gebühr strapaziert. Würde jetzt sogar noch der Zahnarzt beginnen, in den als höchst privat empfundenen Bereich der Zahnpflege hinein zu befahlen, ich bin überzeugt, dass dies mit größter Sicherheit ein Schuss wäre, der nach hinten losgeht. So erhalten wir bestimmt nicht den Patienten, der aus Überzeugung auch hoffentlich noch nach seiner Dienstzeit bei der Bundeswehr zuverlässig und richtig seine Zähne pflegt.



Hier muss und sollte ein psychologisch günstiger Weg gewählt werden. In der Bundeswehr haben wir die Chance – und dies ist wahrscheinlich mit die letzte Chance zur kollektiven Ansprache, die im Kindergarten beginnt, auch in der Schule noch besteht und zuletzt vielleicht wieder im Altersheim vorstellbar ist, – einen wahrscheinlich repräsentativen Querschnitt der männlichen Bevölkerung in Deutschland zu erreichen und zu informieren. Und genau dies wird auch gemacht.

Der Soldat kommt zur Bundeswehr und wird ausgebildet. Ausbildung füllt für den Grundwehrdienst leistenden Soldaten einen wesentlichen Anteil seiner Wehrdienstzeit. Die Ausbildung umfasst militärische, aber auch sanitätsdienstliche Inhalte. Sanitätsdienstliche Unterrichte umfassen Themen der Selbst- und Kameradenhilfe mit derselben Selbstverständlichkeit wie Informationsgespräche zur Aidsproblematik und natürlich bietet sich auch die Möglichkeit zur Aufklärung über Ursachen und Hintergründe von Zahn- und Zahnfleischschäden wie deren Vermeidung.

Seit 1992 ist jede Zahnarztgruppe der Bundeswehr mit Aufklärungsmaterialien so ausgestattet, dass der Truppenzahnarzt mit seinem Team zu dieser Problematik in einem ein- bis zweistündigen Unterricht, einer Diskussionsrunde oder in Seminarform Rede und Antwort stehen kann. Das gleiche Material ist natürlich auch für eine präventiv orientierte, therapiebegleitende Patientenmotivation im Behandlungsraum – oder psychologisch geschickter – im Prophylaxeraum der Zahnarztgruppe nutzbar.

### Haben Wehrpflichtige ausreichend Zeit für die Gebisspflege?

Zeit zur täglichen Gebisspflege gibt es für den „Wehrpflichtigen“ mehr als genug. Nur

muss er sich diese selber in den vielen dazu nutzbaren Momenten suchen und dann auch gönnen. Hierzu muss er geist- und erfindungsreich sein, da die für ihn großen Veränderungen (siehe oben) durch die ziemlich unnatürlichen Folgen von Stress und Ruhepausen im militärischen Alltag so manches Mal ein bewusstes Verschieben des morgendlichen Zähneputzens nach dem Frühstück oder die Zahnpflege vor dem Zubettgehen auf vielleicht völlig untypische Zeiten erforderlich macht.

### Welche Rolle übernimmt das sanitätsdienstliche Personal im Zahnärztlichen Dienst in diesem ziemlich turbulenten Wechselspiel der Kräfte Militärdienst und zahnmedizinisches Bewusstsein der Soldaten?

1. Das Personal der Zahnarztgruppen in meinem Zuständigkeitsbereich ist seit fast zweieinhalb Jahren mit Priorität beauftragt, die Einsatzfähigkeit der Soldaten für einen Einsatz außerhalb Deutschlands so zu realisieren, dass sie für einen Zeitraum von 12 Monaten mit höchster Wahrscheinlichkeit keiner zahnärztlichen Behandlung bedürfen. Ein entsprechend dieser Forderung truppenzahnärztlich vorbereiteter Soldat verfügt nach NATO-Vorgaben über die Dental Fitness Class 2.

In den im letzten Jahr entstandenen Entwürfen eines Kriterienkatalogs, der Grundlage für die Eingruppierung der Soldaten nach Dental Fitness Klassen sein kann – und diesem sind derzeit mit Priorität Berufs- und Zeitsoldaten zu unterziehen, da für sie der Auslandseinsatz am wahrscheinlichsten ist -, spielt der objektivierbare Erfolg des Soldaten in Hinblick auf die Effizienz seiner Gebisspflege eine herausragende Rolle.

Ich darf mit Stolz darauf verweisen, dass in diesen Entwürfen als das erste zu bewertende Kriterium zur Beurteilung der Dental Fitness das Erreichen von Mindestwerten zahnmedizinisch gängiger Plaqueindices genannt ist.

So eindeutig diese Tatsache unterstreicht, welchen hohen Stellenwert der Zahnärztliche Dienst der Bundeswehr einer erfolgreichen Mundhygiene des Soldaten ganz allgemein und dann insbesondere unter Einsatzbedingungen zuerkennt, genauso ehrlich bleibt festzustellen, dass sich die wesentlichen zahnmedizinischen Probleme bei unseren Soldaten entsprechend der oben bereits erläuterten, ungünstigen, epidemiologischen Voraussetzungen qualitativ auf einer leider immer noch wesentlich ungünstigeren Ausgangsbasis bewegen als eben auf der Ebene von „mit zu viel Plaque belegten Zahnflächen“.

Der unverändert hohe Bedarf an truppenzahnärztlicher Betreuung stellt sich als Bedarf an Karies-profunda-Therapie, als endodontischer und/oder chirurgischer Therapiebedarf weit zerstörter Zähne oder von Zahnresten dar. Natürlich wird in dieser Situation auch präventive Betreuung erforderlich, doch hat sie unter dem Aspekt einer Einsatzfähigkeit des Soldaten für 12 Monate möglichst ohne Zahnarztbesuch nicht die zwingende Unverzichtbarkeit wie die chirurgische oder endodontische Intervention an einem tief zerstörten Zahn.

2. Die fachlich erkannte Notwendigkeit einer systematisch aufbauenden und kontinuierlich nachfassenden präventiven Betreuung der Soldaten durch das Personal des Zahnärztlichen Dienstes kann folglich noch nicht zufrieden stellend dargestellt werden, da
  - einmal die militärisch unverzichtbare und richtige Forderung nach gesichertem Ausschluss gravierender Probleme im Mund- und Kieferbereich der einzusetzenden Soldaten die unterdimensionierte, da dem diagnostisch verifizierbaren Behandlungsbedarf nicht adäquat angepasste Behandlungskapazität des Zahnärztlichen Dienstes verschlingt (finanziell und konsekutiv strukturell gibt es leider auch bei uns Grenzen)
  - und zum anderen dieser präventiv ausgerichtete Auftrag von in der Mehrzahl gerade approbierten Truppenzahnärzten realisiert werden muss.





Auf Grund ihrer noch nicht ausreichenden zahnärztlichen Berufserfahrung, ihres im Vergleich zu ihren Patienten häufig jungen Alters, aber auch auf Grund einer aus meiner Sicht immer noch nicht ausreichend ausgewogenen Ausbildung im Spannungsfeld zwischen biologisch ausgerichteter Zahnmedizin (hierzu gehört neben der Parodontologie, der konservierenden Zahnheilkunde eben auch die präventiv-zahnmedizinische Tätigkeit) und zahntechnisch-zahnärztlich-prothetischer Zahnheilkunde an vielen Universitäten, verfügen diese jungen Zahnärzte noch nicht über die Fachkompetenz, um den psychologisch hoch anspruchsvollen Herausforderungen einer erfolgreich umgesetzten präventiven Betreuung erwachsener Soldatenpatienten entsprechen zu können.

3. Und an genau dieser Schwachstelle, die sich über die letzten zehn Jahre konstant und ganz deutlich dargestellt hat und noch nicht erfolgreich überwunden werden konnte, genau hier werden wir versuchen, einen neuen Ansatz in unseren Präventivbemühungen zu etablieren.

Als ersten Schritt planen wir, eine Arbeitsgruppe zu bilden, die sich aus berufserfahrenen Sanitätsoffizieren Zahnarzt zusammensetzt, die selber nachweislich intensiv mit Möglichkeiten und Grenzen der Umsetzbarkeit präventiver Betreuungskonzepte in ihrer Zahnarztgruppe experimentiert haben. Hierbei wird es sich um jeweils einen oder

zwei Vertreter aus jeder Teilstreitkraft der Bundeswehr handeln, da die Besonderheiten jeder Teilstreitkraft berücksichtigt werden sollte (Erreichbarkeit und Ansprechbarkeit von z.B. U-Boot-Besatzungen der Marine, Kampfverbänden mit regelmäßigen Aufenthalten auf Truppenübungsplätzen im Gelände, Besatzungen fliegender Verbände etc.).

Das wesentliche Arbeitsergebnis dieser „Expertengruppe“ – und hier sollte man mit Sicherheit auch den Austausch mit zivilen, zahnmedizinischen Kapazitäten auf dem Gebiet der Prävention, mit Psychologen und möglicherweise auch Spezialisten aus der Marketing- und Werbebranche suchen – wird es sein müssen, ein bundeswehrspezifisches, tätigkeitsbegleitendes Ausbildungskonzept für junge Zahnärzte der Bundeswehr zu entwickeln, mit dem es gelingt, das universitär vermittelte „Grundberufsbild“ eines Zahnarztes so weit abzuändern, dass der Truppens Zahnarzt nach dieser Ausbildung die militärspezifischen Anforderungen an die zahnärztliche Versorgung der Soldaten mit einem deutlich größeren Selbstverständnis umsetzt, als dies bisher der Fall ist. Und in diesem Rahmen wird die Prävention mit Sicherheit einen deutlich ausgeprägteren Stellenwert erhalten wie auch bundeswehrspezifischer ausgerichtet sein müssen, als dies bisher dargestellt wurde.

Begleitend zu der Ausbildung der Sanitätsoffiziere Zahnarzt muss ebenfalls an gezielten Ausbildungskonzepten für unser zahnmedizinisches Assistenzpersonal gearbeitet werden. Auch hier

sind interne, bundeswehreigene, zentral angebotene Ausbildungslehrgänge vorstellbar. Genauso wichtig erscheint mir allerdings auch eine Konzeptentwicklung, mit dem der Leiter und Truppenzahnarzt einer Zahnarztgruppe erlernt, wie er sein Personal selber, den individuellen Bedürfnissen vorort angepasst, so im Bereich der zahnmedizinischen Prävention schulen kann und muss, damit Prävention in einer Bundeswehrzahnarztgruppe als Teamwork verstanden und praktiziert wird. Bei dieser Ausbildung können die in aller Regel ja modular aufgebauten Ausbildungsangebote der Kammern, soweit sie den bundeswehrspezifischen Bedarf in einer Zahnarztgruppe sinnvoll ergänzen, mit Sicherheit mit genutzt werden.

4. Sie erkennen, dass mit diesen Vorstellungen die Ausbildung und Motivation des Fachpersonals als vorläufiger Schwerpunkt gesehen wird. Natürlich wird letztendlich der Patient nicht zu kurz kommen, um dessen Willen die oben skizzierten Pläne ja konkretisiert werden sollen und wahrscheinlich auch müssen, wollen wir ein erkennbares, deutlich besseres Ergebnis als bisher erzielen.

Den Ansatz, Prävention bei unseren Patienten ohne gezielte Schulung des Personals zu praktizieren, haben wir in den letzten zehn Jahren gewählt, mehr oder minder intensiv, das hing vom Selbstverständnis und der Einstellung jedes einzelnen Truppens Zahnarztes zur zahnmedizinischen Prophylaxe ab. Bei retrospektiver Bewertung glaube ich feststellen zu können, dass die Resultate dieser z.T. sehr gut gemeinten Bemühungen nicht besonders überzeugen. Sie hinterlassen den Eindruck einer gewissen Konzeptionslosigkeit und unzureichender Konstanz, auch wenn im Einzelfall sicherlich positive Ergebnisse erzielbar waren.

Mit dem oben skizzierten neuen Ansatz soll versucht werden, deutlich durchgängiger in allen Zahnarztgruppen und damit konzentrierter und fordernder für den Patienten, letztendlich fachlich kompetenter und geschickter jedem Soldaten den Weg zu einer zuverlässigen und effektiven Gebisspflege zu ermöglichen.

Bleibt abzuwarten und zu hoffen, ob und dass uns dieses Vorhaben gelingen wird.

*Dr. Wolfgang Kollmann, Oberstarzt*



## AquaSil™ DECA – „la crème de la crème“

AquaSil™, das bekannteste Quadrafunktionale Hydrophile Siloxan- (QHS-) Abformmaterial von Dentsply, ist nun auch unter den Markennamen AquaSil™ DECA in einem 5:1-Applikationssystem mit Schlauchbeuteln erhältlich. Die DECA-Folienpackungen sind für die Verwendung in allen derzeit gebräuchlichen vollautomatischen, dynamischen Mischsystemen, wie beispielsweise dem Pentamix 1 oder 2 oder dem Starmix, konzipiert.

AquaSil™ DECA ist in zwei verschiedenen Viskositäten, AquaSil Monophase FS DECA und AquaSil Heavy FS DECA, lieferbar und eignet sich für alle Präzisionsabformtechniken: Einphasen-, Doppelmisch- und Korrekturabformtechnik. Das DECA-System zeichnet sich durch drei wesentliche Vorteile aus:

- seine Anwenderfreundlichkeit
- die direkte Aktivierung der Folienpackung und
- das Einmal-System.

Die beiden Produkte Heavy und Monophase sind leicht zu identifizieren, da die Farbe der Kappe mit der des verwendeten Produkts übereinstimmt. Die direkte Aktivierung erfolgt einfach durch das Herunterdrücken der vormontierten Kappe auf die Folienpackung; dadurch wird jedes Schneiden von Hand unnötig. Das Einmal-System sorgt dafür, dass der unangenehme Reinigungsbedarf entfällt – alles kann nach Gebrauch unkompliziert entsorgt werden.

Dank der patentierten QHS-Systeme von Dentsply zeigen AquaSil™ Monophase FS DECA und AquaSil Heavy FS DECA eine polyetherähnliche Benetzbarkeit und Hydrophilie, eine ausgezeichnete Reißfestigkeit und

eine hohe Elastizität für die leichtere Entfernung des Abformlöffels. In Verbindung mit dem Heavy-Löffelmaterial empfehlen wir die Verwendung von AquaSil LV/ULV, verpackt im kleinen und praktischen 25-ml-Kartuschensystem.

Dentsply DeTrey  
GmbH, Konstanz



Leicht zu verarbeiten –  
ästhetisch – körperfreundlich:

## Neue Standard- legierung für Guss- und Keramikanwendungen

Hanau, im Januar 2000. Bio Heranorm heißt die neue hochgoldhaltige Bioglegierung von Heraeus Kulzer, Laboratory Products Division. Sie ist einfach zu verarbeiten und hat einen breiten Toleranzbereich. Als Universallegierung passt sie zu allen gängigen niedrig schmelzenden Aufbrennkeramiken. Darüber hinaus wird sie im Goldgussbereich eingesetzt. Die neue Legierung erfüllt die Wünsche von Patienten, Zahntechnikern und Zahnärzten, die eine goldgelbe Farbe bevorzugen.

Die Legierung Bio Heranorm besitzt eine in ihrer Klasse ungewöhnliche Warmfestigkeit. Daher eignet sich das neue Material sowohl für Inlays, Onlays, Teilkronen, Kronen und Brücken als auch für Verblendungen mit Keramik. Umfangreiche Praxistests haben die Kompatibilität mit niedrig schmelzenden Keramiken bewiesen, die einen hohen Wärmeausdehnungskoeffizienten besitzen.

Die Brandführung ist gegenüber vergleichbaren Legierungen beschleunigt. Die Oxidfarbe ist hell - daher entstehen keine dunklen Schatten im Bereich der Kronenränder. Darüber hinaus erübrigt sich der Einsatz spezieller Bonder. Und: Die fertigen Werkstücke lassen sich gut polieren. All dies bedeutet, dass sich die Legierung schneller und einfacher verarbeiten lässt. Hinzu kommt, dass die Legierung Bio Heranorm im Unterschied zu vielen anderen Legierungen mit breitem Indikationsbereich leuchtend goldgelb ist. Aufgrund der guten Material- und Verarbeitungseigenschaften erreicht der Zahntechniker somit ansprechende Verblendungen und ästhetisch bessere Ergebnisse.

Die Legierung Bio Heranorm enthält weder Kupfer, noch Palladium. Neben Gold und Platin kommen nur weitere besonders körperverträgliche Elemente zum Einsatz.

### Hersteller:

Heraeus Kulzer Dental GmbH & Co. KG  
Heraeus Edelmetalle  
Laboratory Products Division  
Postfach 1552  
63405 Hanau  
Tel.: (06181) 35-441  
Fax: (06181) 35-878  
E-Mail: [info.lab@europe.heraeus.com](mailto:info.lab@europe.heraeus.com)  
Internet: [www.heraeus-kulzer.de](http://www.heraeus-kulzer.de)



## Moderne Zahnarztpraxis, Nähe Gera,

breites Behandlungsspektrum, weiterbildungsorientiert, sucht ab September 2000 Assistenz Zahnarzt mit freundlichem Wesen, Aufgeschlossenheit und Liebe zum Beruf.  
Telefon 036603/88235

## Kieferorthopädin oder Zahnärztin mit KFO-Interesse in KFO-Praxis gesucht.

Engag. Mitarbeiterin in humorv., harmon. Team gesucht. Unser Behandlungsspektrum ist vielfältig und komplex (Fkt. Therapie, MB, Kiefergelenke) Vorkenntn. sind nicht erforderlich., da eine hochwertige Einarb. gewährleistet ist.

MUDr. B. John, FZÄ f. KFO, Hohensteiner Str. 22, 09366 Stollberg, Tel. 037296/3984

## Antworten auf Chiffre-Anzeigen an:

Verlag und Werbeagentur Kleine Arche  
Holbeinstraße 73, 99096 Erfurt, Tel. 0361/7467480,  
Fax 0361/7467485  
eMail: tzbmagazin@aol.com

Zuschriften auf Chiffre-Anzeigen bitte deutlich mit der Chiffre-Nummer auf dem Umschlag versehen. Sie werden gesammelt an die Auftraggeber weitergeleitet.

## Zahnarztpraxis,

(3 BH-Zimmer) in Kleinstadt Thüringens (z. Zt. nicht gesperrter Bereich) im 2. Quartal 2002 abzugeben. Geeignet für ZA-Ehepaar KFO und Allg. ZA oder kieferorthopäd. orientierter ZA.

Chiffre: tzb 0023

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

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

**LOGO-DENT**<sup>TM</sup>

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

**tzb**

### Auftraggeber:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

### Ausgabe(n):

(Monat/Jahr)

#### Rubrik:

- Stellenangebote (2,20 DM)
- Stellengesuche (1,50 DM)
- Praxisübernahme (2,20 DM)
- Praxisabgabe (2,20 DM)
- Praxisgemeinschaft (2,20 DM)
- Vertretung (2,20 DM)
- Verkäufe (2,20 DM)
- Kaufgesuche (2,20 DM)
- Heiraten/  
Bekanntschäften (2,20 DM)
- Reisen (2,20 DM)
- Immobilien (2,20 DM)
- Kursankündigungen (2,20 DM)
- Sonstiges (2,20 DM)
- privat (2,20 DM)
- gewerblich (2,60 DM)

Chiffre:  ja  nein

Chiffregebühr 12 DM; Ausland 20 DM

Alle Preise zzgl. gesetzl. MwSt. gelten für zweispaltige Anzeigen (87 mm breit) je mm Höhe. Mindesthöhe 20 mm

Den Rechnungsbetrag buchen Sie bitte von meinem Konto ab.

Nr. \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

Unterschrift nicht vergessen und abschicken an:

**Verlag und Werbeagentur  
Kleine Arche  
Holbeinstraße 73  
99096 Erfurt**

Zuschriften auf Chiffre-Anzeigen werden gesammelt per Post an die Auftraggeber weitergeleitet.

Datum

Unterschrift

