

tzb

Thüringer
Zahnärzte
Blatt

ISSN: 0939-5687 Ausgabe 03|2007

Wasseruntersuchungen in zahnärztlichen Praxen

Lesen Sie dazu ab S. 6

Zahnärztin von Rechtsextremen bedroht

S. 5



Ihre Gesundheit ist Privatsache.

Mit einer privaten Kranken-Vollversicherung der Allianz werden Sie Lücken los.

Denn damit haben Sie einen Krankenversicherungsschutz auf hohem Niveau. Und Sie bestimmen selbst den Umfang Ihrer Absicherung. Zudem können Sie von den Prämienvorteilen der Gruppenversicherung profitieren, die Sie über eine beitragsfreie Mitgliedschaft im Verband der Heilberufe erhalten. Fragen Sie unsere Ärztespezialisten oder informieren Sie sich unter www.allianz.de. Hoffentlich Allianz.

Allianz Private Krankenversicherung

Allianz 

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,

mit dem bereits geltenden Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und dem zum 1. April in Kraft tretenden Wettbewerbsstärkungsgesetz haben wir trotz aller Proteste zwei Gesetze bekommen, von denen jedes für sich nichts taugt und die gemeinsam eher noch schlechter zu bewerten sind. Die parlamentarischen Hürden sind trotz starken Gegenwindes verantwortungsbewusster Beteiligter überwunden. Ein massiver Druck auf das Gewissen einzelner Parlamentarier war außerdem nötig. Grundgesetz hin, Grundgesetz her – denen, die es einhalten sollten, ist es manchmal selbst im Wege.

Feststehen dürfte, dass tatsächlich viel Neues auf uns zu kommen wird. Auf der einen Seite haben wir eine vermeintliche oder tatsächliche Liberalisierung des Niederlassungsrechtes. Im zahnärztlichen Bereich fallen ab April alle Zulassungsbeschränkungen weg. Im Grunde nicht schlecht, wenn damit auch die Budgets fallen würden. Aber die bleiben uns erhalten und so muss der in der Menge definierte Kuchen in vielleicht ungleich mehr Teile geschnitten werden. Zum anderen ist gerade bei der Struktur der Krankenkassen eine Zunahme von staatsdirigistischem Zentralismus und Einflussnahme zu konstatieren. Soll mit der Niederlassungsfreiheit, gepaart mit verschärften Budgetbedingungen im Rahmen eines Gesundheitsfonds tatsächlich mehr Freiheit, mehr Freiberuflichkeit und mehr Selbstständigkeit Einzug halten? Hier sind Zweifel Pflicht. Wenn Liberalisierung des Zulassungsrechtes dazu dienen soll, industriell geprägte Großstrukturen zu etablieren, dann ist der Gedanke der Poliklinik als Instrument der Staatsmedizin und Kostenersparnis vordergründig.

Vielen Kollegen macht diese Entwicklung Angst, verbreitet sie doch Unsicherheit für die Daseinsberechtigung der klassischen Zahnarztpraxis als Einzel- oder Gemeinschaftspraxis. Andere sehen in ihr eine Chance. Aber auch hier ist Vorsicht geboten. Für mich mehren sich die Anzeichen, dass unter dem Deckmantel der besseren Versorgung im

Grunde eine Steuererhöhung ins System gebracht werden soll. Dass die viel gepriesenen neuen Strukturen gewerbesteuerpflichtig sind, steht inzwischen außer Zweifel. Damit stellt sich vieles wieder anders dar.

Es kann schon passieren, dass die Struktur ambulanter Versorgung sich wandeln wird. Eine Vielzahl von Praxismodellen kann nun entstehen und eine Vielzahl wird auch wieder verschwinden. Das wird dann natürlich auch mit wirtschaftlichen Verlusten der Kollegen verbunden sein, die sich auf Abenteuer einlassen. In jedem Fall wird nach meiner festen Überzeugung trotz veränderter Rahmenbedingungen die klassische Zahnarztpraxis weiterhin ihre Daseinsberechtigung haben. Anders als im ärztlichen Bereich steht die Zahnheilkunde nicht unter dem immensen Kooperationsdruck. Spezialisierte Kollegen sind auf Überweisungen der Generalisten angewiesen. Das kollegiale Zusammenwirken Spezialist – Generalist wird auch in Zukunft die qualitativ hochwertige Versorgung unserer Patienten begründen. Trotz Fielmann geht die Mehrheit der Deutschen zum klassischen Optiker.

Das besondere Augenmerk der KZV wird künftig darauf gerichtet sein, gleiche Wettbewerbsbedingungen von Einzelpraxis, Kette oder Versorgungszentrum zu sichern. Es muss sich vernünftiges Neues entwickeln können, ohne dass das Bewährte gefährdet wird. Wenn das unser definiertes Ziel ist, müssen wir aber zum Beispiel Versuche der Ministerien, Landkreise und Städte deutlich zurückweisen, die ohne Grund die Standards von Krankenhäusern und Kettenpraxen auf Einzelpraxen übertragen wollen, wie unlängst in Erfurt geschehen. Dort sollten sich alle Arzt- und Zahnarztpraxen einer permanenten Trinkwasseruntersuchung unterziehen. Hierzu sollten die Wasserleitungspläne vorgelegt und Proben gebührenpflichtig durch vorgegebene Labore untersucht werden. Alles auf Kosten der Kollegen. Wir meinen, der Versorger muss die Qualität sicherstellen – und nicht Ärzte und

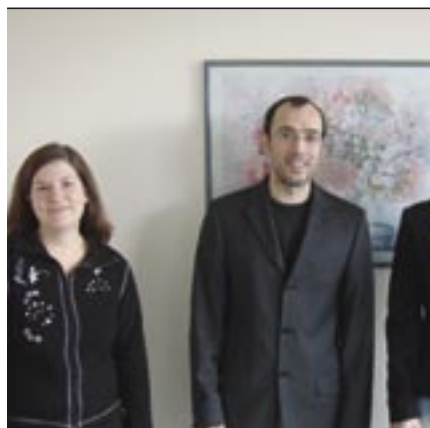


Zahnärzte. Wir wollen auch nicht die Gewinne der Analyselabore anheben. Wer in unserer deutschen Republik von solchen Entscheidungen privat profitiert, will ich lieber nicht ergründen.

Die KZV ist gemeinsam mit der KV Thüringen hiergegen Sturm gelaufen. Solche berufsrechtliche Auflagen können wir uns nicht kampfflos bieten lassen. Nach unserer Meinung ist das Recht auch auf unserer Seite. Das zu beweisen, dauert aber zu lange und so ist es uns durch die Nutzung aller politischen Optionen gelungen, dass die Bescheide ausgesetzt wurden und die Stadt deren Rücknahme prüft. Auch wenn der Ausgang letztlich noch offen scheint, haben wir bereits zwei ganz wichtige Etappensiege erzielt. Wir gehen davon aus, dass Erfurt die Testregion für ganz Thüringen, möglicherweise für das ganze Bundesgebiet sein soll. Allein wegen der Gefahr, dass, wenn es so problemlos klappt, diese Maßnahmen auf jeden Thüringer Kollegen ausgedehnt wird, ist es uns als Ihre KZV unmöglich, dieses Thema leicht zu nehmen und faule Kompromisse zu schließen. An dieser Stelle möchte ich mich ausdrücklich bei dem KZV-Kreisstellenvorsitzenden aus Erfurt-Stadt bedanken, der engagiert mit KZV und KV gemeinsam versucht, der Bürokratie die Stirn zu bieten.

*Ihr Dr. Karl-Friedrich Rommel,
Vorsitzender der KZV Thüringen*

Editorial 3



LZKTh

Von Gebührenordnung bis Strahlenschutz 5
Wasseruntersuchung in zahnärztlichen Praxen 6
Personelle Veränderungen im Versorgungswerk 7
Laudatio 8
Informationen für die Wahl zur Kammerversammlung Deutscher Zahnärzttetag 2007 in Düsseldorf 9



KZV

Zahnarzt und Haftung 9
Ausschreibungen 12



Praxisratgeber

Aktuelles aus der Rechtsprechung 13
Richtiger Umgang mit Arbeitspapieren 14
Neue Bücher für Zahnärzte 15

Weitere Rubriken

Aktuelles 5
Spektrum 17
Universität 19
Glückwünsche/Kondolenz 22

Thüringer Zahnärzte Blatt

Impressum

Offizielles Mitteilungsblatt der Landes Zahnärztekammer Thüringen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen

Herausgeber: Landes Zahnärztekammer Thüringen und Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

Redaktion: Dr. Gottfried Wolf (v.i.S.d.P. für Beiträge der LZKTh)
 Dr. Karl-Friedrich Rommel (v.i.S.d.P. für Beiträge der KZVTh)
 Katrin Zeiß

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

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

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

Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 7 seit 1.1.2007.

Anzeigenleitung: Birgit Schweigel
 Anzeigen und Beilagen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar.

Gesamtherstellung/Satz/Layout: WA Kleine Arche

Druck und Buchbinderei: Druckhaus Gera GmbH

Titelbild: Katrin Zeiß

Einzelheftpreis: 4,90 €
 Jahresabonnement: 58,81 €
 jeweils inkl. Versand und ges. MwSt.

April-Ausgabe 2007: Redaktionsschluss: 21.03.2007

Zahnärztin von Rechtsextremen bedroht

Thüringer Zahnärzte solidarisch mit Kollegin in Apolda

Apolda (nz). Diese Nachricht machte nicht nur Zahnärzte in Thüringen betroffen: Eine bei ihren Patienten beliebte und von den Kollegen geschätzte Zahnärztin wird von Rechtsextremen bedroht! Mitte Februar kursierte in Apolda ein in großer Auflage verbreitetes Flugblatt, in dem die 46-jährige niedergelassene Zahnmedizinerin Andrea Stiede an den Pranger gestellt wird. Unter Nennung der vollen Praxisadresse rief der Flyer dazu auf, Frau Stiede rechtsextreme Auffassungen „einmal näher zu bringen“. Auf dem Flugblatt ebenfalls namentlich aufgeführt und verbal bedroht: die Tochter der Zahnärztin und eine Geschäftsfrau aus der Stadt. Frau Stiede erstattete Strafanzeige wegen Bedrohung und Verleumdung – Ermittlungsausgang ungewiss.

Die Thüringer Zahnärzte reagierten mit Empörung und Betroffenheit auf den Vorfall. Die KZV bekundete in einer Presseerklärung die Solidarität mit ihrer Apoldaer Kollegin. „Wir verurteilen die perfiden Drohungen gegen unsere Kollegin auf das Schärfste“, erklärte der KZV-Vorsitzende Dr. Karl-Friedrich Rommel. „Extremismus darf sich in unserer Zivilgesellschaft nicht breit machen, bürgerschaftliches Engagement gegen Extremismus und Gewalt verdient breite Unterstützung.“ Auch der Vorstand der Landeszahnärztekammer sicherte der bedrohten Kollegin seine Unterstützung zu.

Die Vermutung liegt nahe, dass es den Flugblattverfassern darum geht, bürgerschaftliches Engagement gegen Rechts einzuschüchtern. Alle drei auf dem Flugblatt Genannten arbeiten in einem erst vor wenigen Wochen gebildeten Bürgerbündnis gegen Rechtsextremismus mit. Für Andrea Stiede, die seit 1992 ihre Praxis in Apolda betreibt, ist die Mitarbeit in dem Bündnis das erste persönliche politische Engagement überhaupt.

Dass hinter dem Flugblatt nicht nur leere Drohungen stehen, hat die Zahnärztin in den vergangenen Monaten bereits mehrfach erfahren. Nächtlichen Anrufen folgten Sachbeschädigungen: Unbekannte rissen das Praxisschild ab, kurz darauf wurde das wieder angebrachte Schild ebenso wie der Praxisbriefkasten mit rechtsextremen Aufklebern beklebt. Zu Jahresbeginn folgte der nächste Vorfall: Eine Fensterscheibe der Praxis wurde eingeworfen. Vier Strafanzeigen hat die Zahnärztin inzwischen erstattet, mit ernüchterndem Ergebnis: Zwei wurden bereits ergebnislos eingestellt. Angesichts dieser Erfahrungen forderten die Thüringer Zahnärzte in ihrer Presseerklärung zugleich die Polizei- und Justizbehörden auf, gegen die Urheber des Flugblatts mit dem gebotenen Druck vorzugehen. Auch die Landesregierung sei gefordert, Bürger zu schützen, die aktiv gegen Extremismus eintreten.

Der Vorstand der KZV Thüringen hat den Thüringer Generalstaatsanwalt aufgefordert sich persönlich der Vorgänge anzunehmen, da diese Straftaten über das Maß einfacher Kriminalität hinausgehen. Von Ministerpräsident Dieter Althaus (CDU) wurde politisches Engagement eingefordert. Beiden Stellen gegenüber wurde deutlich zum Ausdruck gebracht, dass für einen effektiven Schutz der betroffenen Person Sorge zu tragen ist. Die KZV Thüringen hat ausdrücklich ihre Bereitschaft zur Zusammenarbeit angeboten. Der Generalstaatsanwalt versprach der KZV in seinem Antwortschreiben, die Angelegenheit werde mit Nachdruck verfolgt, falls sich der Anfangsverdacht erhärten sollte.

Als ermutigend empfindet Andrea Stiede die Solidarität, die sie im Kollegenkreis nach der Verbreitung des Flugblattes erfahren hat. Andere Apoldaer Zahnärzte, die aus ihrer Betroffenheit keinen Hehl machten, meldeten sich am Telefon und sprachen ihrer Kollegin Mut zu. Die KZV Thüringen appellierte an die Patienten, in dieser schwierigen Situation weiter zu ihrer Zahnärztin zu stehen und sich von den Einschüchterungsversuchen nicht verunsichern zu lassen. Für Andrea Stiede ist diese Erfahrung wichtig. „Die Unterstützung durch Kollegen und Patienten, die ich erfahren habe, tut unheimlich gut“, sagte sie.

Von Gebührenordnung bis Strahlenschutz

Vorstand der Landeszahnärztekammer tagte im Februar

Erfurt (gw). Der Vorstand der Landeszahnärztekammer beschäftigte sich auf seiner Sitzung am 22. Februar mit einer breiten Themenpalette. Präsident Dr. Lothar Bergholz informierte über die Vorstandssitzung der Bundeszahnärztekammer und ging hier unter anderem auf das Thema GOZ ein. Die Bundesversammlung der BZÄK hatte auf einer außerordentlichen Sitzung am 31. Januar die von der BZÄK erarbeiteten Vorschläge für eine neue Honorarordnung der Zahnärzte (HOZ) angenommen. Hintergrund sind die von der Politik geplanten Einschnitte bei der Vergütung privatärztlicher Leistungen. Es folgten Informationen zur personellen Neu-Besetzung in einigen Ausschüssen der BZÄK.

In der Tagesordnung folgten Berichte des Vizepräsidenten Dr. Gottfried Wolf unter anderem über die Vorstellung der photody-

namischen Therapie im Beisein des Ministerpräsidenten Dieter Althaus (CDU) an der FSU in Jena (tzb 2/2007). Weiterhin sprach er die Kriterien zur Auswahl der Referenten für das Fortbildungsinstitut an. Zur Weiterentwicklung des Corporate Design für die Kammer wurden zwei Beschlussvorlagen angenommen.

Den Bericht der Geschäftsführung trug zum ersten Mal der neue Geschäftsführer der LZKTh, Henning Neukötter, vor. Seine Themen waren die Rolle der Zahnärzte bei der Influenza-Pandemieplanung des Thüringer Gesundheits- und Sozialministeriums. Prinzipiell dürfen Zahnärzte nicht impfen bzw. zu derartigen Maßnahmen herangezogen werden, mit Ausnahme derjenigen, die einen Impfschein besitzen. Die Tätigkeit des Impfens ist im Zahnheilkundengesetz nicht ver-

ankert. Man kann hier bei einem möglichen Einsatz wirklich nur vom Katastrophenfall ausgehen, wobei die Verantwortlichkeit bei demjenigen liegen müsste, der den Einsatz fordert. Weiterhin legte Herr Neukötter die Aufforderung der BZÄK für den Erfahrungsbericht zur Aufbereitung von Medizinprodukten in Deutschland vor (tzb 2/2007). Es folgte der Bericht über die Beratung in der Landesärztekammer Jena am 6. Februar über die geplante Einführung eines elektronischen Heilberufesausweises bzw. der elektronischen Gesundheitskarte.

Zum Jahresabschluss 2007 äußerte sich der Haushaltsreferent Dr. Gunder Merkel. Der Buchprüfer hatte bestätigt, dass der Haushalt sehr sparsam gefahren wurde und die geplanten Einsparungen von 50 000 Euro erreicht worden waren.

Wasseruntersuchung in zahnärztlichen Einheiten

Umsetzung der RKI-Richtlinie – Nutzung für Thüringer Zahnärzte freiwillig

Erfurt (LzKth). Die Landes Zahnärztekammer hat in Ergänzung des Konzeptes BuS-Dienst für die Überprüfung des Wassers der zahnärztlichen Einheiten gemäß der Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes (RKI) eine Rahmenvereinbarung mit dem Institut für Umweltmedizin Erfurt abgeschlossen. Die seit dem vergangenen Jahr geltende Richtlinie „Infektionsprävention in der Zahnheilkunde – Anforderungen an die Hygiene“ des RKI (das tzb berichtete mehrfach) sieht jährliche mikrobiologische Kontrollen des so genannten Irrigationswassers in zahnärztlichen Einheiten vor. Gemeint sind damit Untersuchungen auf Keimbeseidelung von Wasser führenden Schläuchen und Leitungen in den Einheiten (z. B. Turbinenschläuche, ZEG, Unispritzen).

Über die Rahmenvereinbarung steht den Praxen ab sofort eine kostengünstige Möglichkeit zur Untersuchung von Wasser in zahnärztlichen Behandlungseinheiten zur Verfügung. Es steht jedem Thüringer Zahnarzt frei, von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen.

Die Kosten für diese Untersuchungen belaufen sich auf:

Untersuchung auf Gesamtkeimzahl, coliforme Keime, *Pseudomonas aeruginosa*, *E.coli* sowie Legionellen
je Probe 10,-€

Nachuntersuchungen (wenn notwendig, ohne Legionellen)
je Probe 7,20€

Es entstehen folgende allgemeine Kosten:

Probeaufnahme
einmalig 4,50€

Befunderstellung, Beurteilung und Beratung
einmalig 4,-€

Fahrtkosten
pauschal 8,-€

Alle aufgeführten Kosten sind Netto-Preise.

In der Richtlinie des Robert-Koch-Institutes zur Infektionsprävention in der Zahnheilkunde (Anforderungen an die Hygiene) heißt es zum Thema „Wasserführende Systeme“:

In Dentaleinheiten darf gemäß § 3 TrinkwV nur Wasser eingespeist werden, das den Anforde-



Bitte spülen! Jährliche Untersuchungen der Wasser führenden Systeme an Behandlungseinheiten sind in der RKI-Richtlinie geregelt. Eine von der Landes Zahnärztekammer getroffene Rahmenvereinbarung soll die Kosten für die Praxen möglichst gering halten. Foto: Zeiß

rungen dieser Verordnung entspricht. Auch bei Einhaltung dieses Standards werden die Wasser führenden Systeme (z. B. für Übertragungsinstrumente, Mehrfunktionsspritzen, Ultraschall zur Zahnreinigung, Mundspülungen) häufig durch unterschiedliche Mikroorganismen besiedelt. Diese kolonisieren und vermehren sich an den inneren Wandungen der Wasser führenden Systeme. Diese Biofilme können in Perioden der Stagnation zu einer z. T. massiven Kontamination des Kühlwassers führen. Bei der Kontamination der Wasser führenden Systeme ist zu unterscheiden zwischen

- der Kontamination durch Stagnation des eingespeisten Wassers (Biofilmbildung) und
- der Kontamination durch Blut/Sekrete des Patienten.

Bei der Kontamination durch Blut/Sekrete des Patienten ist ferner zu differenzieren in

- die im Betrieb regelhaft auftretende Kontamination der Absauganlagen und
- die retrograde Kontamination der Spülwasserkanäle der Übertragungsinstrumente.

Die nachfolgend erläuterten Maßnahmen stellen sowohl einzeln als insbesondere auch in

Kombination taugliche Mittel dar, mikrobiellen Kontaminationen in Wasser führenden Systemen in Dentaleinheiten entgegenzuwirken:

- Die Angaben der Gerätehersteller sind zu berücksichtigen und die relevanten Betriebsparameter zu kontrollieren (Kat IV).
- Mit Desinfektionsanlagen für die Wasser führenden Systeme der Behandlungseinheiten, deren Wirksamkeit unter praxisnahen Bedingungen nachgewiesen und belegt ist, kann eine Verringerung der mikrobiellen Kontamination des Kühlwassers erreicht werden.
- Bei einer Nachrüstung mit Desinfektionsanlagen ist eine bestehende Biofilmbesiedlung zu beseitigen, um einen geeigneten Ausgangszustand als Voraussetzung für eine dauerhafte Keimarmut des Wassers zu erzielen.
- Wasser führende Systeme sind zu Beginn des Arbeitstages (ohne aufgesetzte Übertragungsinstrumente) an allen Entnahmestellen, auch am Mundglasfüller, für etwa zwei Minuten durchzuspülen (Kat. IB). Hierdurch kann die während der Stagnation entstandene mikrobielle Akkumulation erheblich reduziert werden.
- Die Wasser führenden Systeme können potenziell auch retrograd über die Mundflora

der Patienten kontaminiert werden. Die Kühlsysteme müssen daher den Rücklauf von Flüssigkeiten verhindern. Eine mikrobielle Kontamination der Wasser führenden Systeme durch die Behandlung des vorangegangenen Patienten wird durch Spülen der zuvor im Mund des betreffenden Patienten benutzten Systeme (auch solcher mit eingebauter Rückschlagverhinderung) über ca. 20 Sekunden vermindert (Kat. II). Am Ende des Behandlungstages sollten die Wasser führenden Systeme nach Behandlung des letzten Patienten ebenso gespült werden, um so eventuell vorhandene Mikroorganismen zu eliminieren (Kat. II).

- Bei Neuanschaffung von Behandlungseinheiten sollten die Hersteller befragt werden, inwieweit die in den Geräten eingesetzten Materialien, die in Kontakt mit Wasser kommen, ein Wachstum von Mikroorganismen nicht unterstützen. Die eingesetzten Materialien und Produkte sollte die Prüfung nach DVGW Arbeitsblatt W 270 „Vermehrung von Mikroorganismen auf Werkstoffen für den Trinkwasserbereich – Prüfung und Bewertung“ bestanden haben.

Obwohl das Erkrankungsrisiko für gesunde Patienten oder Behandler aufgrund der aus einer Biofilmbildung u. U. resultierenden Kontamination des Kühl- und Spülwassers als gering einzuschätzen ist bzw. ein Zusammen-

hang mit zahnärztlichen Behandlungen nur in Form von Einzelfallberichten vorliegt, entspricht es den allgemein anerkannten Prinzipien der Infektionsprävention, das Risiko von Gesundheitsschäden durch Verwendung mikrobiologisch unbedenklichen Wassers zu reduzieren.

Aufgrund der vorgenannten Bewertung des gegenwärtigen Standes von Wissenschaft und Technik sowie der diesbezüglich geführten Diskussion wird die Untersuchung der folgenden Parameter als geeignet angesehen, den sachgerechten Betrieb einer Dentaleinheit unter dem Aspekt der mikrobiologischen Qualität des Wassers zu überprüfen:

Die mikrobiologische Überprüfung (eine Entnahmestelle pro Behandlungseinheit wird als ausreichend angesehen) umfasst die Bestimmung der Koloniezahl bei 36°C (nach Anlage 1 Nr. 5 TrinkwV a. F.) sowie die Bestimmung von Legionellen durch ein Labor mit entsprechender Erfahrung. Die Entnahme der zu untersuchenden Probe erfolgt nach Ablauf des Wassers über einen Zeitraum von 20 sec. und soll durch geschultes Personal durchgeführt werden (Kat. III).

Da bei gut gewarteten Behandlungseinheiten in der Regel eine Koloniezahl von 100/ml nicht überschritten wird, können diese Werte

hier als Richtwert angesehen werden; höhere Koloniezahlen sprechen für eine ausgedehnte Biofilmbesiedlung und erfordern eine Intensivierung der Spülung vor Patientenbehandlung und ggf. eine Desinfektion in Abstimmung mit dem Hersteller (Kat. III).

Das Risiko einer Legionelleninfektion im Zusammenhang mit zahnärztlicher Behandlung ist derzeit aufgrund unzureichender epidemiologischer Untersuchungen nicht sicher zu charakterisieren. Aus Gründen des vorsorgenden Gesundheitsschutzes sollte der international etablierte Richtwert von unter 1 KBE Legionellen/lml nicht überschritten werden (Kat. III).

Die Festlegung von Untersuchungsintervallen unterliegt pragmatischen Überlegungen. Liegen keine Anhaltspunkte für Mängel vor, erscheinen Abstände von 12 Monaten sinnvoll.

Jeglicher Verdacht auf eine Wasser bedingte Infektion durch zahnärztliche Behandlung muss eine anlassbezogene Nachuntersuchung nach sich ziehen (Kat. IV).

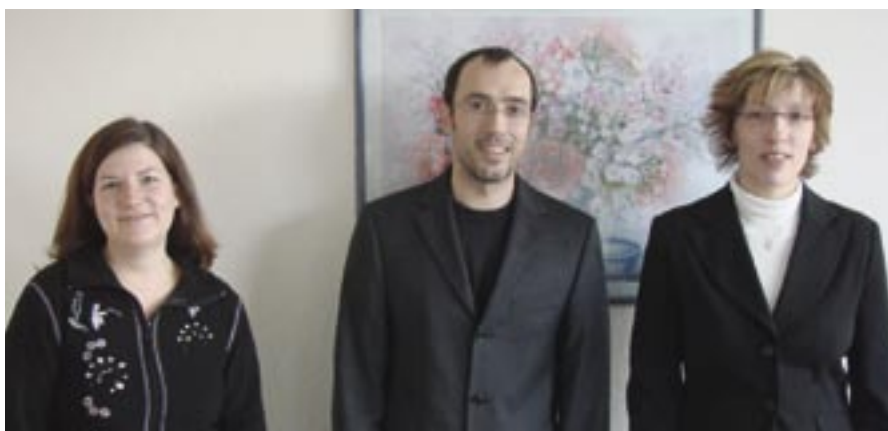
Komplette Richtlinie im Internet:

www.rki.de/clin_049/nn_206120/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Zahn_Rili.html

Personelle Änderungen im Versorgungswerk

Wechsel in der Mitarbeiterverwaltung vollzogen

Erfurt (Izkth). Zum Jahreswechsel 2006/2007 ist die langjährige Mitarbeiterin der Verwaltung des Versorgungswerkes der Thüringer Zahnärzte, Dr. Barbara Heinevetter, in den Ruhestand getreten. Der Vorsitzende des Verwaltungsrates, Zahnarzt Christian Herbst, verabschiedete Frau Dr. Heinevetter und würdigte ihr Engagement in den vergangenen 16 Jahren. Frau Dr. Heinevetter war eine der ersten Mitarbeiterinnen der Landes Zahnärztekammer Thüringen und hat maßgeblich bei der Gründung des Versorgungswerkes mitgewirkt.



Das Team des Versorgungswerkes: Yvonne Neumann (l.), Peter Ahnert und Alexandra Bock.

Foto: Wolf

Seit Jahresbeginn ist die Verwaltung des Versorgungswerkes wie folgt besetzt:

Geschäftsführer:

Peter Ahnert – ☎ 0361/74 32-142
E-Mail: p.ahnert@lzkth.de

Mitgliederverwaltung:

Yvonne Neunemann – ☎ 0361/74 32-143
E-Mail: y.neunemann@lzkth.de

Rentenverwaltung/allgemeine Verwaltung:

Alexandra Bock – ☎ 0361/74 32-144
E-Mail: vzth@lzkth.de

Dr. Gottfried Wolf zum 60. Geburtstag



Dr. Gottfried Wolf

Dr. med. dent. Gottfried Wolf, langjähriges Vorstandsmitglied der Kammer und jetziger Vizepräsident der Landeszahnärztekammer Thüringen, feiert am 24. März 2007 seinen 60. Geburtstag. Zu diesem Anlass erlaubt sich der Kammervorstand, ihm im Namen der Thüringer Zahnärzte herzlich zu gratulieren.

Am 24. März 1947 in Sömmerda geboren, verbrachte Gottfried Wolf seine Schulzeit in Ballenstedt (Harz), Rudolstadt und Apolda, die er dort mit dem Abitur 1965 abschloss. Zu damaliger Zeit war es nicht unüblich, vor dem eigentlichen Studium zunächst eine praktische Ausbildung mit dem Facharbeiterabschluss zu absolvieren. Der Weg führte ihn deshalb zunächst über die Chemischen Werke BUNA Schkopau in das Funkwerk Erfurt mit einer zweijährigen Ausbildung zum Physiklaboranten. 1968 konnte er dann sein Studium der Zahnmedizin zunächst in Rostock beginnen. Nach dem Physikum in Rostock setzte er sein Studium ab Frühjahr 1971 in Leipzig bis zum zahnärztlichen Staatsexamen im Sommer 1973 fort und erhielt die Approbation als Zahnarzt.

Nach dem Studium führte ihn sein Weg als Zahnarzt zunächst für zwei Jahre in den Medizinischen Dienst der Nationalen Volksarmee nach Greifswald und Gotha. 1975 wurde er dann sesshaft. Er heiratete, seine Frau Barbara Wolf ist zugleich auch seine Kollegin. Zwei Söhne machten später aus dem Paar eine Familie im gemeinsamen Wohnort Suhl. Im gleichen Jahr begann seine Fachzahnarzt Ausbildung an der damaligen Bezirkspoliklinik Suhl. 1978 erhielt er die staatliche Anerkennung zum Fachzahnarzt für Allgemeine Stomatologie.

In der Bezirkspoliklinik war Gottfried Wolf bis 1991 tätig und dort unter anderem mit dem Aufbau des Arbeitskreises Parodontologie betraut. Noch im November 1989 erfolgte seine Berufung zum Oberarzt für das Fachgebiet Parodontologie an der Bezirkspoliklinik für Stomatologie Suhl. Seit Mai 1991 führt er gemeinsam mit seiner Ehefrau als niedergelassener Zahnarzt eine eigene Praxis in Suhl.

Sicher waren es auch persönliche politische Erfahrungen mit dem System DDR, die Gottfried Wolf nach der Wende aktiv in die sich gründende zahnärztliche Standespolitik führten. Zunächst war er im Frühjahr 1990 maßgeblich an der Gründung des UDZ in Thüringen und der DDR und dessen späteren Übergang in den FVDZ, Landesverband Thüringen, beteiligt. Er erkannte frühzeitig, dass es nunmehr galt, nicht passiv die sich abzeichnenden Veränderungen für den Berufsstand zu begleiten, sondern aktiv Verantwortung beim Aufbau der Thüringer Selbstverwaltung zu übernehmen. Damit begann für ihn ein nicht immer einfacher Weg, der ihn über die Landeszahnärztekammer Thüringen in maßgebliche berufspolitische Gremien führte.

Seit Gründung der Kammer ist er nicht nur Mitglied des Vorstandes, sondern gegenwärtig deren Vizepräsident. Zudem leitet er von Beginn an das jetzige Referat Öffentlichkeitsarbeit. Aus dieser verantwortungsvollen und vielseitigen Herausforderung ist Gottfried Wolf vor allem durch das „Thüringer Zahnärzteblatt“ und den „ZahnRat“ bekannt. Es würde den Rahmen der Laudatio sprengen, alle sei-

ne Funktionen in den zahnärztlichen Gremien und darüber hinaus aufzuführen. Beispielhaft ist die Mitgliedschaft in den Vorständen der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen e.V., der Mitteldeutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und in der Vertreterversammlung der KZV Thüringen zu nennen.

Wer Gottfried Wolf näher kennt, hat ihn als oftmals kritischen Kollegen kennen und schätzen gelernt, der die Dinge in der ihm eigenen Art offen anspricht. Im kollegialen Meinungsstreit schätzt er insbesondere Ehrlichkeit und das Bemühen, konstruktive Lösungswege bei der Bewältigung der anstehenden Aufgaben zu finden. Er selbst scheut keine Hürden. Dafür sprach seine sehr erfolgreiche Promotion im Juli 2000.

Seine Kolleginnen und Kollegen und zu meist langjährigen Mitstreiter im Vorstand der Landeszahnärztekammer Thüringen, die Dr. Gottfried Wolf als sachkundigen und engagierten Kollegen und Freund kennen gelernt haben, gratulieren ihm herzlich zu seinem 60. Geburtstag und wünschen ihm weiterhin auf guter Gesundheit beruhende Lebensfreude, viel Verständnis seiner Familie für sein berufspolitisches Engagement und weitere erfolgreiche Jahre in Verantwortung für den zahnärztlichen Berufsstand in Thüringen.

*Dr. Lothar Bergholz
Präsident der Landeszahnärztekammer*

Informationen für die Wahl zur Kammerversammlung

Fristen und Veröffentlichungsmodalitäten

Erfurt (Izkth). Am 26. Februar 2007 endete die Frist zur Einreichung von Wahlvorschlägen für die Wahl der Kammerversammlung. Der Wahlausschuss mit seinem Vorsitzenden Dr. Frank Limberger (Erfurt) hat die eingegangenen Wahlvorschläge geprüft und den Vertrauensleuten etwaige Mängel mitgeteilt. Festgestellte Mängel mussten bis zum 18. März 2007 abgestellt sein. Nach Ablauf der Frist zur Mängelbeseitigung werden die zugelassenen Wahlvorschläge am 3. April

2007 im Thüringer Staatsanzeiger und wenige Tage später im „Thüringer Zahnärzteblatt“ veröffentlicht.

Zu beachten ist, dass noch bis 8. April 2007 die Wählerverzeichnisse bei den Landkreisen und bei den kreisfreien Städten ausliegen (vgl. auch Ankündigung tzb 02/2007, S. 11). Jeder Zahnarzt hat in dieser Zeit die Möglichkeit, seine Wahlberechtigung zu überprüfen.

Deutscher Zahnärztetag 2007 in Düsseldorf

„Innovationen – Zahnerhaltung“ Thema des Fachkongresses

Düsseldorf (tzb). Der Deutsche Zahnärztetag Erfurt 2006 ist Geschichte, jetzt laufen die Vorbereitungen für den diesjährigen Zahnärztekongress. Der Deutsche Zahnärztetag 2007, gemeinsam getragen von der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK, der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), findet vom 21. bis zum 24. November 2007 im Congress Centrum Düsseldorf statt. Die gemeinsame wissenschaftliche Tagung im Rahmen dieses Zahnärztetages steht unter dem Motto „Innovationen – Zahnerhaltung“ und wird organisiert von der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ), der DGZMK, der Akademie Praxis und Wissenschaft (APW) sowie den Zahnärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe. Neben dem wissenschaftlichen Hauptprogramm mit Grundsatzreferaten, Kurzvorträgen und moderierten Posterpräsentationen bietet der Kongress unter anderem Praktiker- und Expertenforen sowie

zahlreiche Workshops. Abgerundet wird die Tagung durch einen Studententag, einen Tag für Zahnmedizinische Fachangestellte, einen Zahntechnikertag und eine Dentalausstellung. Außerdem finden Informationsveranstaltungen für die Bevölkerung statt.

Am Donnerstag, dem 22. November, widmet sich ein Vortragsprogramm neuen Herausforderungen in der Prophylaxe. Dabei werden unter anderem folgende Fragestellungen erörtert: Welche Prophylaxekonzepte setzen sich in verschiedenen Altersgruppen durch? Gibt es praxisreife Verfahren zu Remineralisation, Infiltration und Keimmodulation? Wie sieht die Prophylaxepaxis der Zukunft aus?

Am Freitag, dem 23. November, wird das Programm mit einem wissenschaftlichen Impulsvortrag zum Thema „Visionen der Zahnheilkunde – the complete tooth regeneration“ eröffnet. Anschließend folgen Grundsatzreferate zu wichtigen Innovationen in der Kariologie.

Im weiteren Verlauf widmet sich das wissenschaftliche Programm der Endodontologie & Traumatologie. Am Samstag, dem 24. November, stehen Innovationen in der restaurativen Zahnheilkunde auf der Tagesordnung. Dabei wird unter anderem gefragt, wie die Kariestherapie und restaurative Versorgung der Zukunft aussieht, ob Schleif- und Fräsinstrumente künftig noch benötigt werden und ob moderne Restaurationsmaterialien gesundheitsgefährdend sind.

Vortragsanmeldungen können bis zum 15. Juni eingewendet werden, die Voranmeldefrist endet am 30. September.

Anmeldung: dgp Service GmbH, Clermont-Ferrand-Allee 34, 93049 Regensburg, ☎ 0941-94 27 99-0, Fax: 0941-94 27 99-22; E-Mail: info@dgp-service.de

Tagungshomepage:
www.dzaet07.de www.dzaet07.d

Zahnarzt und Haftung

Rechtliche Grundsätze der Zahnarzthaftung (II)

Erfurt (kzv). Die im tzb 12/2006 begonnene Veröffentlichung der zur systematischen Aufarbeitung von Fragen und Begriffen des Haftungsrechtes durch die KZV Baden-Württemberg (Autoren: Ass. jur. Christian Finster, Ass. jur. Tobias Meyer und Ass. jur. David Richter) erarbeiteten Schriftenreihe soll nunmehr fortgesetzt werden. Während im ersten Teil die grundsätzlichen Fragen zur möglichen Entstehung von haftungsrechtlichen Ansprüchen in der Person des Zahnarztes und hierbei insbesondere der Unterschied zwischen vertraglicher und deliktischer Haftung besprochen wurden, befasst sich der zweite Teil mit den Fragen der sachlichen Voraussetzungen der Entstehung möglicher Haftungsansprüche, mithin welche Pflichtverletzungen eine Haftung des Zahnarztes begründen können. Hierbei kommt dem Behandlungsfehler eine grundsätzliche Bedeutung zu. Ausgehend vom Begriff des Behandlungsfehlers werden die Grundlagen zur Bestimmung der Einhaltung des medizinischen Standards dargestellt.

Definition des Behandlungsfehlers

Da der Zahnarzt dem Patienten keinen Heilerfolg schuldet, vermag allein der Misserfolg einer Behandlung keine Haftung zu begründen. Vielmehr bedarf es zur Haftung eines Behandlungsfehlers des Zahnarztes. Unter den Begriff des Behandlungsfehlers fällt jede zahnärztliche Maßnahme, die nach dem Erkenntnisstand der zahnmedizinischen Wissenschaft die gebotene Sorgfalt vermissen lässt und damit nicht sachgerecht ist.

Im Rahmen der Sorgfaltspflicht schuldet der Zahnarzt gemäß § 276 Abs. 2 BGB die im Verkehr erforderliche Sorgfalt. Das heißt, der Zahnarzt muss objektiv dem Qualitätsmaßstab gerecht werden, an dem sein Berufsstand gemessen wird (beruflich gebotene Sorgfalt). Dies findet seine Rechtfertigung in den Grundsätzen des zivilrechtlichen Vertrauensschut-

zes, wonach der Patient darauf bauen kann, dass der Zahnarzt die für die Erfüllung seiner Aufgaben erforderlichen Fähigkeiten besitzt. Daraus folgt, dass in diesem Zusammenhang grundsätzlich keine Rücksicht darauf genommen wird, dass auch der geschickteste Zahnarzt Fehler machen kann, ebenso nicht auf mangelnde Ausbildung und Erfahrung oder auf personelle bzw. sachliche Engpässe in dem betroffenen Behandlungsbereich.

Richtlinien und Leitlinien

Für die Frage, ob ein Behandlungsfehler vorliegt und wie hierfür der Maßstab zu setzen ist, können Richt- und Leitlinien zunehmend von Bedeutung sein. Um die Unterschiede in der Bedeutung verstehen zu können, müssen Richt- und Leitlinien voneinander abgegrenzt werden. Im Folgenden wird eine solche Abgrenzung nach der Bundesärztekammer/Kassenärztlichen Bundesvereinigung (1997) dargestellt:

- Richtlinien sind Regelungen des Handelns oder Unterlassens, die von einer rechtlich legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixiert und veröffentlicht wurden, für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht.
- Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen. Sie stellen den nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen erzielten Konsens mehrerer Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen und Arbeitsgruppen zu bestimmten ärztlichen Vorgehensweisen dar. Dies erfolgt auf der Grundlage systematischer Recherche und Bewertung der wissenschaftlichen Evidenz.

Leitlinien sind wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Handlungsempfehlungen. Sie sind Orientierungshilfen für den Zahnarzt im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder muss. Sie sind juristisch nicht verbindlich. Der klinisch-wissenschaftliche Informationsgehalt wird ständig auf seine Aktualität hin überprüft und gegebenenfalls fortgeschrieben.

Leitlinien beinhalten beispielsweise Festsetzungen von methodisch oder sachlich medizinischen Regeln.

Eine Abgrenzung zwischen Richt- und Leitlinie kann im Einzelfall Schwierigkeiten aufwerfen. Die Bezeichnung als Richt- oder Leitlinie gibt hierfür allenfalls ein Indiz. Die Zuordnung muss anhand der Inhalte und Grundlagen vorgenommen werden.

Rechtsnormen und Professionsnormen

Zur weiteren Einordnung der Leitlinie und um weitere Schlüsse für die Frage einer Verbindlichkeit zu ziehen, ist die Unterscheidung zwischen Rechtsnormen und Professionsnormen notwendig. Im Rahmen des Behandlungsfehlers ist insbesondere die Behandlungsleitlinie (im Gegensatz zur Beratungsleitlinie) von Bedeutung. Rechtsnormen sind in Gesetzen oder in sonstigem Recht zu finden. Professionsnormen werden hingegen beispielsweise durch Berufsorganisationen gebildet. Soweit eine Behandlungsleitlinie den medizinischen Standard wiedergibt, ist sie eine medizinische Norm, also eine Professions- und nicht eine Rechtsnorm.

Übernahmeprinzip für Behandlungsleitlinien

Bereits aus der dargestellten Abgrenzung wird der Unterschied zwischen Richt- und Leitlinie ersichtlich. Während der Richtlinie Rechtsnormqualität zukommt, definiert die Leitlinie ein medizinisches „Sollen“. Leitlinien haben grundsätzlich keinen rechtsverbindlichen Charakter.

Definiert eine Leitlinie jedoch einen auf Grund einer Rechtsnorm einzuhaltenden Standard, füllt sie den in dieser Norm gegebenen Spielraum aus und erlangt somit mittelbar eine verbindliche Wirkung. Sie füllt damit die gesetzliche Generalklausel, „die erforderliche Sorgfalt bei fachgerechtem medizinischen Handeln walten zu lassen“, aus. Der medizinische Standard wird durch die Elemente der wissenschaftlichen Erkenntnis, der praktischen Erfahrungen und der ärztlichen Akzeptanz bestimmt.

Leitlinien werden durch das so genannte Übernahmeprinzip und den Professionsvorbehalt rechtlich rezipiert. Hierdurch entstehen klare Vorgehensweisen bei Behandlungsrichtlinien. Darüber hinaus kann eine Leit-

linie aber auch dadurch Verbindlichkeit erlangen, dass eine Rechtsnorm auf diese direkt verweist.

Anwendung von Behandlungsleitlinien

Es ist jedoch zu beachten, dass sowohl Richt- als auch Leitlinien Handlungs- und Entscheidungskorridore offen lassen, die es erlauben, im Einzelfall hiervon abzuweichen. Entscheidend hierfür ist insbesondere, ob die Voraussetzungen für die Anwendung einer Leitlinie gegeben sind. Diese liegen vor, wenn die Leitlinie den konkret vorliegenden Fall regelt. Ist das nicht der Fall, ist die Leitlinie gegebenenfalls nicht anwendbar. Insbesondere wenn eine Leitlinie eine typische Fallkonstellation regelt, sind Abweichungen bei der vorliegenden Ausgangslage zu begründen und zu dokumentieren.

Entsprechendes gilt bei der Prozessführung. Da für die Auseinandersetzung mit einer Leitlinie medizinisches Fachwissen erforderlich ist, ist bei einer Bezugnahme auf eine solche Vorsicht geboten. Bereits die Frage, ob diese im konkreten Fall Anwendung findet, ist dem Sachverständigen vorbehalten, weswegen eine



Haftung oder nicht? Geht es um mutmaßliche Behandlungsfehler, spielt auch die sorgfältige Dokumentation eine große Rolle.

Foto: Zeiß

Leitlinie die Meinung eines Sachverständigen nicht ersetzen kann.

Richtlinien im Vertragszahnrecht

Neben der hier dargestellten Bedeutung der Leitlinien sind für die Haftung des Vertragszahnarztes Regelungen von besonderer Relevanz, die im öffentlich-rechtlichen Beziehungsgeflecht in Form zahlreicher Richtlinien bestehen und die nach § 92 Abs. 1 SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassen werden. Eine wichtige Rolle spielen besonders die nach § 92 Abs. 1 Nr. 2 SGB V erlassenen Richtlinien für die zahnärztliche Behandlung. Wenn der Zahnarzt die hier geregelten Vorgaben schuldhaft missachtet und dadurch die Krankenkasse weitere Kosten für eine weitere Behandlung durch einen anderen Zahnarzt aufwenden muss, so sind damit die Voraussetzungen für einen Schadensregress erfüllt.

Diese Richtlinien sind aber nicht nur wichtig für den öffentlich-rechtlichen Schadensregress. Soweit sie dem Interesse des Patienten an einer fehlerfreien Behandlung dienen, sind sie im gesamten Verhältnis zwischen dem Patienten und dem Zahnarzt zu beachten. Die Richtlinien können Grundlage für Ansprüche des Patienten direkt gegen den Zahnarzt sein. Die öffentlich-rechtlichen Richtlinien haben also wichtige Bedeutung auch für den zivilrechtlichen Arzthaftungsprozess.

Unterschiedliche Sorgfaltsmaßstäbe

Bei der Definition der Sorgfaltsanforderungen (Sorgfaltsmaßstab) im Einzelfall sind durchaus Unterschiede zu machen. Die beispielsweise unterschiedlich verfügbaren zahnärztlichen, apparativen und räumlichen Gegebenheiten verbieten es, den Sorgfaltsmaßstab für die zahnärztliche Behandlung und Haftpflicht einheitlich auf einer fiktiven Messlatte ganz oben, ohne Berücksichtigung der unterschiedlichen Situationen, anzusetzen. Im ärztlichen Bereich hat die Rechtsprechung herausgestellt, dass der Patient nicht erwarten kann, immer nach den neuesten Methoden oder mit den modernsten Apparaturen behandelt zu werden. Ferner kann deshalb der Standard für die persönlichen, räumlichen und apparativen Behandlungsbedingungen bei einem Kreiskrankenhaus niedriger anzusetzen sein als bei einer Universitätsklinik. Hier bestünde aber eine Verpflichtung des Zahnarztes, den Patienten über diese Tatsache aufzuklären oder ihn gegebenenfalls an einen anderen Arzt/Krankenhaus zu überweisen. Andererseits

kann der Sorgfaltsmaßstab für die Kapazität, die z. B. als Hochschullehrer über besonderes Fachwissen verfügt, höher zu bemessen sein als der „normale“ Standard für einen erfahrenen Zahnarzt.

Der BGH hat entschieden, dass ein Arzt, der über den zu fordernden Standard hinaus über medizinische Spezialkenntnisse verfügt, sie auch zu Gunsten seines Patienten einzusetzen hat mit der Folge, dass seine ärztlichen Leistungen auch an diesem höheren Standard zu messen sind und seine Spezialkenntnisse die Haftung zu seinen Lasten erhöhen können.

Maßgeblicher Beurteilungszeitpunkt

Die entscheidende Frage, welches Maß an beruflich und therapeutisch gebotener Sorgfalt der Zahnarzt aufzubringen hat, ist nach den zahnmedizinischen Erkenntnissen zur Zeit der Behandlung zu beantworten. Es wäre unbillig, dem behandelnden Zahnarzt eine Handlungsweise zur Last zu legen, die erst zu einem Zeitpunkt nach der konkreten Behandlung als überholt erscheint.

Dagegen ist die Beurteilung dessen, was einen Standard darstellt, zeitbezogen und auf die Möglichkeit der Kenntnisnahme durch den Zahnarzt auszurichten. Der Zahnarzt muss diese Anforderungen in jedem Einzelfall beachten und ihnen gerecht werden. Er hat grundsätzlich einen Kernbestand zahnmedizinischen Grundwissens und alle diagnostischen und therapeutischen Methoden zu kennen und zu beherrschen, die im Allgemeinen zur zahnärztlichen Routine gehören. Dabei muss er auch in der Lage sein, die Grenzen seines Könnens einzuschätzen, insbesondere zu erkennen und entsprechend zu reagieren, wenn er für die Deutung eines Befundes oder die Durchführung einer bestimmten Therapie nicht fachkundig genug ist.

Fortbildung und Informationspflicht

Um den Vorwurf eines Behandlungsfehlers zu vermeiden muss sich der Zahnarzt vor allen Dingen regelmäßig fortbilden. Diese Pflicht obliegt ihm inzwischen nicht nur nach den einschlägigen Berufsordnungen der Landeszahnärztekammern, sondern seit 2004 auch gemäß § 95d SGB V. Er hat sich durch die Lektüre von Fachzeitschriften ständig zu informieren. Dies wird ihm grundsätzlich anhand inländischer Fachliteratur abverlangt werden können.

Übernimmt er Behandlungsmaßnahmen außerhalb seines Fachgebietes, so hat er den durchschnittlichen Qualitätsstandard der übernommenen Behandlungsaufgabe zu gewährleisten, hierfür einzustehen und sich dementsprechend zu informieren. Auf Grund der strengen Anforderungen an die Fortbildung des Zahnarztes muss dieser auch gegenüber neuen Behandlungsmethoden eine besondere Aufgeschlossenheit zeigen.

Neue Therapien – Außenseitermethode

Die Entscheidung, welche Behandlungsmethode der Zahnarzt anwenden will, steht zwar grundsätzlich in seinem Ermessen. Er darf aber eine bestimmte Behandlungsmethode nicht nur deshalb weiter anwenden, weil diese einmal in der Praxis zur Anwendung kam. Vielmehr muss er sich mit den gegensätzlichen Lehrmeinungen beschäftigen. Der Zahnarzt sollte aber darauf achten, sich bei mehreren möglichen Behandlungsmethoden nicht zum Leidtragenden eines Meinungsstreites zu machen, solange sich keine allgemein anerkannten Regeln durchgesetzt haben. Er kann daher auch eine ältere Methode anwenden, wenn zwar eine neue Ansicht im Vordringen begriffen ist, sich diese aber noch nicht als besser etabliert hat. Die Therapiefreiheit bezüglich der Anwendbarkeit einer bestimmten Behandlungsmethode endet selbstverständlich dann, wenn sich ihre weitere Anwendung nicht mehr im Bereich des zahnmedizinischen Standards bewegt. Dies ist z. B. dann der Fall, wenn eine neue Methode medizinisch erprobt, im Wesentlichen unumstritten ist, verbreitet Anwendung findet und für die jeweiligen Patienten

- risikoärmer oder weniger belastend ist und/oder
- bessere Heilungschancen verspricht

und deshalb nur ihre Anwendung verantwortet werden.

Die Beantwortung der Frage, wann eine neue Methode als etabliert gilt, obliegt letztlich den - sachverständig beratenen - Gerichten. Es wird nicht erwartet, dass ein Zahnarzt über die aktuellen Forschungsprojekte informiert ist. Er kann sich jedoch auch nicht generell damit entlasten, dass zur Durchsetzung neuer Erkenntnisse ein bestimmter Zeitraum anzunehmen ist. Vielmehr entscheiden die Gerichte im Einzelfall, ob im Zeitpunkt der erfolgten Behandlung der Zahnarzt die neuere Methode hätte kennen und anwenden müssen. Dabei wird eine längere Karenzzeit bis zur Aufnahme

der wissenschaftlichen Diskussion durch die Praxis grundsätzlich nicht zugebilligt.

Der Zahnarzt darf aber auch eine Außenseitermethode wählen. Er ist dabei im Rahmen seines Ermessensspielraums nicht stets gehalten, den „sichersten therapeutischen Weg“ zu gehen. Allerdings ist zu beachten, dass der Patient in diesem Fall über das Für und Wider der in Betracht kommenden Behandlungsverfahren angemessen aufzuklären ist.

Zahnärztliche Behandlungsfehler

Eine Beschreibung aller Behandlungsfehlertypen ist im Hinblick auf deren Fülle unmöglich. Die Ursache liegt darin, dass im zivilrechtlichen Haftungsrecht immer auf den Individual- oder Einzelfall, also auf die jeweilige Erkrankung und die jeweilige Behandlungsart, abzustellen ist. Im Rahmen dieser Arbeit muss es daher bei der Schilderung einiger weniger Behandlungsfehlertypen bleiben. Es handelt sich dabei um Behandlungsfehler aus dem Aspekt des Übernahmeverschuldens, Diagnosefehlers, Indikationsfehlers, Therapiefehlers und um Mängel bei der Therapie- oder Sicherheitsaufklärung.

Übernahmeverschulden

Hierher gehört die grundsätzliche Pflicht des Zahnarztes, eine zahnärztliche Behandlung nur auf Grund hinreichender allgemeiner und spezieller Fachkenntnisse (z.B. in der Kieferorthopädie oder Oralchirurgie) vorzunehmen. Durch Einführung der Tätigkeitsschwerpunkte mit entsprechenden Richtlinien sowie neu hinzukommende Ausbildungsgrade, z.B. dem Master of Science (MSc) Kieferorthopädie oder MSc Implantologie, müssen Zahnärzte sich an angekündigten besonderen Kenntnissen und Fähigkeiten messen lassen.

Diagnosefehler

Als Diagnosefehler wird die Fehlinterpretation des Befundes bezeichnet. Weil sich gebotenes zahnärztliches Vorgehen nicht auf ein abgeschlossenes Regelwerk stützen kann, gelten beim Diagnosefehler Besonderheiten. Der Zahnarzt muss für den jeweiligen Behandlungsfall die Richtschnur erst in der konkreten Behandlung finden. Es muss ihm aus diesem Grund ein hinreichender Beurteilungs- und Entscheidungsraum für die Diagnose gelassen werden. Diagnoseirrtümer im Sinne von Fehlinterpretationen der Befunde bewertet der BGH deshalb nur mit Zurückhaltung als Behandlungsfehler.

Diagnostisches Fehlverhalten kann grob in drei Fallgruppen unterteilt werden: unzureichende, fehlerhafte und unterlassene Diagnose.

Indikationsfehler

Nach der Diagnose hat der Zahnarzt zu beurteilen, welche Behandlungsmaßnahmen zur Wiederherstellung oder Besserung der Gesundheit des Patienten erforderlich sind. Ein klassischer Indikationsfehler ist die Wahl einer nicht indizierten Maßnahme.

Therapiefehler

Passieren dem Zahnarzt bei der Ausführung der zahnmedizinisch indizierten Behandlung einzelne Fehler, so spricht man von Therapie- oder Behandlungsfehlern im engeren Sinne. Die Spannbreite solcher Fehler ist im zahnärztlichen Behandlungsalltag unendlich groß, so dass hier auf eine nähere Darstellung der Fehlerquellen im Einzelnen verzichtet werden muss.

Therapie- oder Sicherheitsaufklärung

Den Zahnarzt trifft die Verpflichtung, den Patienten über das therapierichtige Verhalten zur Sicherung des Behandlungserfolges und etwa den Schutz vor Unverträglichkeiten aufzuklären. Er muss dem Patienten notwendige Hinweise zur Mitwirkung an seiner Heilung und zur Vermeidung einer denkbaren Selbstgefährdung geben. Die therapeutische Sicherheitsaufklärung ist ein notwendiger Bestandteil der zahnärztlichen Behandlung. Sie ist zu unterscheiden von der Pflicht zur Aufklärung über die Behandlung als solche, die eine souveräne Einwilligung des Patienten gewährleisten soll. Versäumnisse der Therapie- oder Sicherheitsaufklärung sind Behandlungsfehler.

Ursachenzusammenhang

Wenn ein Behandlungsfehler vorliegt, bedarf es nach den allgemeinen Grundsätzen des Schadensrechts für eine Haftung des Zahnarztes des weiteren Erfordernisses, dass dem schuldhaften Behandlungsfehler der Schaden des Patienten zugerechnet werden kann. Es muss daher ein Ursachenzusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und dem unmittelbaren Schaden an Körper oder Gesundheit bestehen (so genannte „Primärschädigung“). Dies gilt gleichermaßen bei deliktischen und vertraglichen Ansprüchen. Ein solcher Ursachenzusammenhang zwischen Fehler und Primärschädigung liegt vor, wenn der Schaden auf der festgestellten

Fehlbehandlung fußt und wenn die nach dem zahnmedizinischen Qualitätsstandard richtige Behandlung den Eintritt verhindert hätte.

Entsprechendes gilt, wenn der Behandlungsfehler auf einem fehlerhaften Unterlassen, z.B. auf unterlassenen Diagnose- oder Kontrollmaßnahmen, beruht.

Eine Primärschädigung kann auch kausal sein für spätere Folgeschäden- und -beschwerden (so genannte Sekundärschäden, z. B. weitere Körperschäden oder Vermögensschäden) einschließlich einer etwa fehlerbedingten Verschlimmerung von Vorschäden. Ein Ursachenzusammenhang liegt dann vor, wenn die Primärschädigung ihrerseits mit den in Betracht stehenden weiteren Sekundärschäden ursächlich verknüpft ist.

Hat der Behandlungsfehler zu einer Primärschädigung des Patienten geführt, so haftet der Zahnarzt grundsätzlich für alle sich daraus ergebenden Folgeschäden ohne Rücksicht darauf, ob Fehler eines nachbehandelnden Zahnarztes mit ursächlich sind. Dies gilt nur dann nicht, wenn der nachbehandelnde Zahnarzt die erforderliche Sorgfalt in außergewöhnlichem Maß verletzt hat.

(bearbeitet von Roul Rommeiß, wird fortgesetzt)

Ausschreibungen

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

Jena
ausgeschrieben.

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

Geraberg
ausgeschrieben.

Hinweis:

Bewerbungen und Anträge an den Zulassungsausschuss müssen zur ordnungsgemäßen Bearbeitung spätestens drei Wochen vor dem Sitzungstermin vollständig in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen, Theo-Neubauer-Straße 14, 99085 Erfurt, vorliegen. Die nächste Sitzung ist auf den **6. Juni 2007** terminiert.

Aktuelles aus der Rechtsprechung

Überblick über neue, für Zahnärzte wichtige Urteile

Von Henning Neukötter

In den letzten Monaten hat es in der Rechtsprechung einige für die Zahnärzteschaft interessante Entscheidungen gegeben. Hier sollen nun einige besonders erwähnenswerte Entscheidungen kurz dargestellt werden. Im Bereich des Gebührenrechts sind insbesondere drei Entscheidungen von Bedeutung gewesen.

Zunächst eine Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 8. Februar 2006 (Az.: IV ZR 131/05). In dieser gerade im zahnärztlichen Bereich – wo im Vorfeld vieler Behandlungen Heil- und Kostenpläne erstellt werden – interessante Entscheidung hat der BGH die Rechte der Patienten gegenüber der privaten Krankenversicherung einerseits und andererseits auch das Vertrauensverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient und insbesondere die Therapiefreiheit des Zahnarztes nachhaltig gestärkt. Der Bundesgerichtshof entschied, dass ein Privatpatient bereits vor Behandlungsbeginn einen Anspruch auf Feststellung dahingehend hat, dass die Versicherung zur Übernahme der Kosten der konkret geplanten und medizinisch notwendigen Behandlung verpflichtet ist. Voraussetzung ist demnach, dass die medizinische Notwendigkeit der konkret geplanten Behandlung nachgewiesen werden kann. Zur Frage der medizinischen Notwendigkeit stellte der BGH klar, dass diese anhand objektiver Kriterien unabhängig vom Arzt-Patienten-Vertrag zu beurteilen sei. Es reiche für die Annahme einer medizinischen Notwendigkeit aber aus, dass die medizinischen Befunde und Erkenntnisse es im Zeitpunkt der Behandlung vertretbar erscheinen lassen, die Behandlung als notwendig anzusehen. Die Entscheidung trägt aber auch dem berechtigten Interesse der Patienten an einer Deckungszusage zur Beurteilung der Finanzierbarkeit der geplanten Behandlung Rechnung.

Mit Urteil vom 5. Dezember 2006 entschied das Amtsgericht Mannheim (Az.: 12 C 40/06) über die Klage eines Zahnarztes, der von seinem Patienten Schadensersatz verlangte, weil

der Patient einen vereinbarten Termin nicht wahrgenommen hatte. Das Amtsgericht sprach dem Zahnarzt Schadensersatz wegen positiver Verletzung des Dienstvertrages in Höhe von 151,04 Euro zu. Begründet wurde die Entscheidung damit, dass zwischen dem Zahnarzt und seinem Patienten ein fester Termin vereinbart worden sei. Den Patienten treffe hieraus eine vertragliche Nebenpflicht, den Termin rechtzeitig abzusagen, wenn eine Einhaltung des Termins nicht möglich sei – aus welchen Gründen auch immer. Es wurde klar herausgestellt, dass es dem Patienten zuzumuten sei, einen Termin rechtzeitig abzusagen, insbesondere vor dem Hintergrund, dass es dem Patienten habe klar sein müssen, dass der Zahnarzt in Anbetracht der festen Terminvergabe nicht ohne Weiteres auf einen anderen Patienten würde zurückgreifen können.

Konsequenzen falscher Gebührenpositionen

Mit Urteil vom 21. Dezember 2006 entschied der Bundesgerichtshof (Az. III ZR 117/06) über die Frage der Fälligkeit einer ärztlichen Vergütung und damit über die Anforderungen an eine ärztliche Liquidation. Der BGH stellte dabei klar, dass es für die Fälligkeit der Vergütung entscheidend darauf ankomme, dass die Rechnungslegung den formalen Anforderungen des § 12 Abs. 2 bis 4 GOÄ ankomme. Die auch materielle Rechtmäßigkeit der Rechnungslegung sei für den Eintritt der Fälligkeit nicht relevant. Verzug trete aber nur bezüglich derjenigen Gebührenpositionen ein, die auch mit dem materiellen Gebührenrecht in Einklang stünden.

Diese in der Entscheidung zum Ausdruck kommenden Grundsätze sind analog auf § 10 GOZ anzuwenden, wodurch auch eine Bedeutung für den zahnärztlichen Bereich entsteht. In der Konsequenz bedeutet dies, dass künftig Fehler im materiellen Gebührenrecht, also bei der Auswahl der zu berechnenden Gebührenposition, nicht mehr dazu führen, dass die Rechnung insgesamt nicht fällig ist. Für den Zahnarzt führt dies zu einer deutlichen Reduzierung des Prozessrisikos.

Arzthaftung greift nicht bei erster Hilfe

Aus haftungsrechtlicher Sicht besonders erwähnenswert ist eine Entscheidung des Oberlandesgerichts München vom 6. April 2006 (Az.: 1 U 4142/05) wonach ein Arzt, der in seiner Freizeit erste Hilfe leistet und dem dabei ein Fehler unterläuft, nicht nach den strengen Anforderungen des allgemeinen Arzthaftungsrechts haftet, da zwischen ihm und dem Patienten gerade kein Behandlungsvertrag zustande kommt. Damit sind die haftungsrechtlichen Risiken für erste Hilfe leistende Ärzte aber auch Zahnärzte deutlich reduziert.

Weiterhin erwähnenswert ist eine Entscheidung des Landgerichts München I vom 15. November 2006 (Az.: 1 HK O 7890/06) über die Zulässigkeit der Versteigerung zahnärztlicher Leistungen im Internet (www.2te-zahnarztmeinung.de). Das Landgericht München I kam zu der Überzeugung, dass derartige Versteigerungen wettbewerbswidrig sind und auch gegen das Berufsrecht verstoßen (tzb 12/2006). Das Urteil ist noch nicht rechtskräftig, da dagegen Berufung eingelegt wurde.

Abschließend sei noch auf eine weitere Entscheidung des Bundesgerichtshofs verwiesen. Mit Beschluss vom 11. Oktober 2006 (Az.: IV ZR 329/05) entschied der Bundesgerichtshof, dass Haftpflichtversicherer auf Grundlage von § 5 Abs. 7 AHB uneingeschränkt zu Verhandlungen mit dem Geschädigten bevollmächtigt sind und damit in der Regel dem Geschädigten auch als Vertreter des Schädigers gegenüber treten. Dies auch dann, wenn sie in finanzieller Hinsicht nicht betroffen sind, weil etwa die Deckungssumme überschritten wird oder ein Selbstbehalt besteht. Wenn ein Versicherer nur eingeschränkt von seiner Vollmacht Gebrauch machen wolle, dann müsse er dies dem Geschädigten gegenüber ausdrücklich klarstellen. In der Konsequenz bedeutet dies, dass Erklärungen der eigenen Haftpflichtversicherung gegenüber den Geschädigten, aufmerksam zur Kenntnis genommen werden sollten, um die Folgen aus diesen Erklärungen rechtzeitig zu erkennen und gegebenenfalls entgegnetreten zu können.

Richtiger Umgang mit Arbeitspapieren

Tipps für Praxisinhaber zur Zuständigkeiten, Herausgabe und Fristen

Erfurt (tzb). Oftmals gibt es beim Wechsel des Arbeitsplatzes oder bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses Probleme hinsichtlich der Arbeitspapiere. Zu den Arbeitspapieren zählen begrifflich alle Unterlagen vom Bewerbungsschreiben bis hin zum Schlusszeugnis, die mit dem Arbeitsverhältnis in Zusammenhang stehen. Insbesondere zu erwähnen sind die Lohnsteuerkarte, die elektronische Lohnsteuerbescheinigung, Meldung zur Sozialversicherung, Arbeitsbescheinigung gem. § 312 SGB III für die Agentur für Arbeit, Urlaubsbescheinigung sowie das Zeugnis. Hier die wichtigsten Grundsätze:

Abschluss des Arbeitsvertrages

Bei Abschluss des Arbeitsvertrages hat der Arbeitgeber der Arbeitnehmerin grundsätzlich keine Arbeitspapiere auszuhändigen. Hiervon gibt es jedoch Ausnahmen. Eine Ausnahme stellt die Regelung im seit Juli 1995 geltenden Nachweisgesetz (NachwG) dar: Gemäß § 2 Abs.1 Satz 1 NachwG hat der Arbeitgeber spätestens einen Monat nach dem vereinbarten Beginn des Arbeitsverhältnisses die wesentlichen Bedingungen schriftlich niederzulegen, die Niederschrift zu unterzeichnen und der Arbeitnehmerin auszuhändigen. Bei Arbeitsverhältnissen, die bereits vor dem Inkrafttreten des NachwG bestanden, gilt § 4 NachwG: der Arbeitnehmerin ist auf ihr Verlangen innerhalb von 2 Monaten eine Niederschrift gemäß § 2 auszuhändigen. Anzumerken ist jedoch, dass das Gesetz keine Sanktion für den Arbeitgeber vorsieht, wenn dieser sich nicht an § 2 bzw. § 4 NachwG hält.

Zu Beginn des Arbeitsverhältnisses haben die Arbeitnehmer ihrem Arbeitgeber die erforderlichen Arbeitspapiere auszuhändigen. Hierzu gehören im Allgemeinen die Lohnsteuerkarte und der Sozialversicherungsausweis. Darüber hinaus kann in besonderen Fällen die Vorlage von Gesundheitsbescheinigung, Arbeitsurlaubnis etc. verlangt werden.

Herausgabe von Papieren

Bei Beendigung oder einem Wechsel des Arbeitsverhältnisses ist der Arbeitgeber grundsätzlich verpflichtet, die Arbeitspapiere herauszugeben. Dabei ist die rechtliche Been-

digung ist von der tatsächlichen Beendigung des Arbeitsverhältnisses zu unterscheiden. Rechtlich beendet ist ein Arbeitsverhältnis mit dem Ablauf der Kündigungsfrist. Wenn ein Arbeitnehmer z.B. aufgrund von Resturlaub oder Freistellung schon vorher nicht mehr arbeitet, spricht man von tatsächlicher Beendigung des Arbeitsverhältnisses. Der Herausgabeanspruch entsteht nicht mit der tatsächlichen, sondern der rechtlichen Beendigung des Arbeitsverhältnisses. Bei einer fristlosen Kündigung muss dem Arbeitgeber – nach den Umständen des Einzelfalls zu bemessende – Zeit zum Ausfüllen der Papiere werden. Geschieht dies auf dem Wege der Datenverarbeitung, wird zumeist eine sofortige Ausfüllung und Aushändigung nicht möglich und zumutbar sein.

Arbeitgeber dürfen Arbeitspapiere nicht zurückhalten – auch wegen etwaiger Gegenforderungen nicht –, da die ehemaligen Beschäftigten die Papiere wegen öffentlich-rechtlicher Verpflichtungen sowie zur Arbeitssuche und Arbeitsvermittlung benötigen.

Zu unterscheiden ist zwischen dem Herausgabeanspruch der Arbeitnehmer und dem Anspruch auf Ausfüllung der Arbeitspapiere. Herausgabeansprüche verjähren erst nach 30 Jahren, die Verjährungsfrist für das Ausfüllen beträgt gemäß § 195 BGB hingegen nur drei Jahre. Eine Ausnahme bilden vom Beschäftigten gewünschte Korrekturen am Arbeitszeugnis. Nach Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts (BAG) verfällt ein Zeugnisberichtigungsanspruch nach etwa fünf Monaten. Danach muss sich der Arbeitgeber nicht mehr auf Änderungswünsche einlassen.

Die Pflicht zur Aushändigung der Arbeitspapiere ist keine Bringschuld, sondern eine Holschuld. Das bedeutet, dass Beschäftigte die Papiere grundsätzlich beim Arbeitgeber bzw. im Betrieb persönlich abzuholen haben. Dieses setzt natürlich voraus, dass der Arbeitgeber die Arbeitspapiere – nach Aufforderung der Arbeitnehmer – zur Abholung bereitzuhalten hat. Zur Übersendung ist der Arbeitgeber dann verpflichtet, wenn die Aushändigung zum Zeitpunkt der Beendigung noch nicht erfolgen konnte oder das persönliche Abholen für Arbeitnehmer mit unverhältnismäßigen Aufwendungen verbunden ist. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn ein Ex-Mitarbeiter wegen eines Umzuges nicht mehr in der Nähe des Arbeitgebers wohnt. Im Fall eines

gegenüber gekündigten Mitarbeitern erteilten Hausverbotes wandelt sich die Holschuld in eine Bringschuld, dann haben Ex-Beschäftigte Anspruch auf Übersendung der Unterlagen.

Bei Rechtstreitigkeiten wegen der Arbeitspapiere gelten unterschiedliche Zuständigkeiten: Auf Herausgabe, Ausfüllen oder Berichtigungen arbeitsrechtlicher Papiere wie Zeugnis, Urlaubsbescheinigung oder Bewerbungsunterlagen können Arbeitgeber vor dem Arbeitsgericht verklagt werden. Klagen auf Ausfüllen und Herausgabe so genannter öffentlich-rechtlicher Papiere (Lohnsteuerbescheinigung, Meldung zur Sozialversicherung, Arbeitsbescheinigung) werden ebenfalls von den Arbeitsgerichten behandelt. Für Korrekturen bei unrichtigen Eintragungen in diesen Unterlagen sind hingegen die Finanz- oder Sozialgerichte zuständig.

Nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses haben Arbeitnehmer die ihnen zur Verfügung gestellten Arbeitsmittel herauszugeben. Zu den Arbeitsmitteln zählen z.B. Bücher, Notebooks, Geschäftsunterlagen, Mobiltelefone und so weiter. Ein Zurückbehaltungsrecht steht Ex-Mitarbeitern nicht zu.

Lohnsteuerkarte und Lohnsteuerbescheinigung

Seit 2005 erhalten Arbeitnehmer vom Arbeitgeber in der Regel nur noch eine Lohnsteuerbescheinigung. Die Lohnsteuerkarte erhält das Finanzamt. Die bis 2003 auf der Rückseite der Lohnsteuerkarte auszustellende Lohnsteuerbescheinigung war für 2005 nur noch bei Arbeitgebern zulässig, die die Lohnsteuerkarte manuell geführt haben. Seit 2006 ist auch von diesen Arbeitgebern eine elektronische Lohnsteuerbescheinigung zu übermitteln. Eine Ausnahme gilt nur für die Arbeitgeber ohne maschinelle Lohnabrechnung, die ausschließlich geringfügig Beschäftigte im Privathaushalt einstellen. Diese können die Lohnsteuerkarte weiterhin manuell ausfüllen. Für Teilzeitbeschäftigte, deren Arbeitslohn pauschal versteuert wird, sind ebenfalls keine Lohnsteuerbescheinigungen auszustellen.

Die Lohnsteuerbescheinigung muss bis spätestens zum 28. Februar des Folgejahres zu übermitteln werden. Endet das Arbeitsverhältnis vor Ablauf des Kalenderjahres, erhalten Beschäftigte die Lohnsteuerkarte, die sie dem

neuen Arbeitgeber bzw. der Agentur für Arbeit vorlegen müssen. Ihr wird auch die Lohnsteuerbescheinigung ausgehändigt.

Aufbewahrungsfristen

Arbeitgeber müssen sich auf das Arbeitsverhältnis beziehende Personalunterlagen so lange aufbewahren, wie noch mit Ansprüchen von Arbeitnehmern zu rechnen ist. Es sei denn, ihm sind aufgrund von besonderen gesetzlichen Vorschriften längere Verwahrungspflichten auferlegt.

Für Quittungsbelege über Zahlungen von Arbeitslohn gilt eine Aufbewahrungsfrist von zehn Jahren. Lohnberechnungsunterlagen, die für die Besteuerung Bedeutung haben, sind ebenfalls zehn Jahre aufzubewahren. Lohnkonten müssen bis zum Ende des 6. Jahres, das auf die zuletzt eingetragene Lohnzahlung folgt, aufgehoben werden.

Darüber hinaus bestehen zahlreiche weitere Sondervorschriften.

Quelle: „praxisnah“ (10/2006)

Neue Formalien bei geschäftlichen Mails

Erfurt (Izkth). Seit Jahresbeginn gelten für niedergelassene Zahnärzte, die ihre Praxis in Form einer Partnerschaft oder einer OHG betreiben, strengere Formalien bei geschäftlichen E-Mails. Ebenso wie Geschäftsbriefe müssen Mails an bestimmte Empfänger Pflichtangaben aufweisen, informiert die Landeszahnärztekammer. Pflichtangaben bei einer Partnerschaft sind die Rechtsform der Gesellschaft (Partnerschaftsgesellschaft), deren Sitz, das Registergericht und die Registernummer.

Die Vorschrift gilt für typische Geschäftskorrespondenz wie Bestellungen, Rechnungen, Auftragsbestätigungen oder sonstige vertragswesentliche Korrespondenz. Die reine Abwicklungskorrespondenz im Zusammenhang mit einer bestehenden Vertragsbeziehung, also zum Beispiel E-Mails mit Rückfragen zu bestimmten Inhalten, ist nicht betroffen. Die Angabepflicht ist in den §§ 7 Absatz 5 PartGG, 37 a HGB, 125 a HGB, 35 a GmbH-Gesetz geregelt.

Bei Nichteinhaltung der Formvorschriften drohen Bußgelder bis zu 5000 Euro.

Neue Bücher für Zahnärzte

Knackpunkt Sedierung

Seit langer Zeit ist wieder einmal ein Buch erschienen, das sich mit der Behandlung von Kindern beschäftigt. Allerdings geht es hier nicht um Kinderzahnheilkunde schlechthin, sondern es handelt, wie der Untertitel „Ohne Heulen und Zähneklappern“ schon verrät, von der Psychologie des Kindes als Patient und den Aspekten des Praxisumfeldes aus kindlicher Sicht. Der Besuch beim Zahnarzt kann bei Kindern große Angst auslösen. Für den Zahnarzt ist der Umgang mit jüngeren Patienten eine große Herausforderung und kann für alle Beteiligten in extremen Stresssituationen enden. Wenn er sie aber meistert, wird er auch reich belohnt.

In diesem Buch geht es weniger darum, Kinder zu „bändigen“. Vielmehr wird die Zusammenarbeit von Praxisteam und Eltern trainiert, damit das Kind sich in der Zahnarztpraxis wohl fühlt. Die elf Buchkapitel unterteilen sich in mehrere Themenkomplexe. Sehr schön wird die Charakteristik des Kindes/Jugendlichen in seinen verschiedenen individuellen Entwicklungsphasen erläutert, um dann die Entwicklung der Kooperation des Kindes zu seinem Umfeld und aber auch im Praxisteam aufzuzeigen. Über Elternt raining und Training des Verhaltensmanagements entwickelt sich die systematische Behandlungsplanung.

Fast die Hälfte des Buches widmet sich in vier Kapiteln der leichten Sedierung oder Analgosedierung n der Definition, ihrem Einsatz, die Vorbereitung sowohl von Eltern und Kind, Praxisteam und Einrichtung und die Anwendung um schließlich im letzten Kapitel bei der Vollnarkose zu enden. In meinen Augen wird mit der Thematik Sedierung mittels Lachgas oder Analgosedierung bei nicht kooperativen Kindern ziemlich harmlos umgegangen. Allerdings muss dazu bemerkt werden, dass die Autorinnen sich bei ihren Darstellungen auf ihre Heimat Großbritannien beziehen. Deshalb sind für den deutschen Leser die Anmerkungen von Prof. Dr. Christian Splieth, Dr. Cheryl Lee Butz und Dr. C. Gibb äußerst wichtig.

Die Illustrationen als Fotos und Grafiken sind recht eindrucksvoll. Leider erscheinen die Bildunterschriften auf den Seiten 103 und 106 zweimal im gleichen Wortlaut und die Abbildungen haben überhaupt nichts mit dem Text zu tun.



Barbara L. Chadwick, Marie Thérèse Hosey
Kinderbehandlung in der Zahnarztpraxis

136 S., 77 Abb.

Quintessenz Verlags GmbH, Berlin 2007

ISBN 978-3-938947-34-0, 48,- €

Systematische Darstellung

Wer kennt sie nicht, die Misserfolge nach einer aufwändigen endodontischen Behandlung. Da wurden die Kanäle exakt ausgemessen, die Messaufnahme erreichte den Idealzustand und alle Bedingungen einer fachlich optimalen und wirtschaftlichen Qualitätserfüllung wurden erreicht. Die Röntgenverlaufskontrolle zeigte einen deutlich nachweisbaren Therapieerfolg sowohl im Bereich des apikalen Knochens bzw. des Parodontalspaltes. Und dann passiert es. Es kommt zur erneuten apikalen Affektion, Wurzellängsfrakturen usw. Der Zwischenfälle wären viele aufzuzeigen.

Das Buch „Management endodontischer Misserfolge“ bietet einen knappen und praktischen Überblick über das zeitliche und praktische Vorgehen zur Rettung von Zähnen, bei denen die endodontische Behandlung negativ oder unzureichend war.

Die interessante, kurzweilige Lektüre dieses Buches wird gesteigert durch eine systematische Darstellung der Thematik und eine große Zahl qualitativ hochwertiger Illustrationen. Das



Bun San Chong
Management endodontischer Misserfolge
 144 S., 310 Abb., Hardcover
 Quintessenz Verlags GmbH, Berlin 2007
 ISBN 978-3-938947-33-3, 48,- €

Buch ist von der Diagnosestellung bis hin zur Nachsorge erfolgreicher endodontischer Revisionen von einem mit allen endodontischen Theorien, Entwicklungen und Techniken vertrauten Spezialisten verfasst worden.

Für Nachbetreuung von Implantatpatienten

Aufgrund der steigenden Anzahl zahnärztlicher Implantate ist zukünftig auch mit einer weiteren Zunahme postimplantologischer Komplikationen zu rechnen. Hierbei gewinnt insbesondere die Therapie periimplantärer Infektionen an Bedeutung.

Das Buch vermittelt in anschaulicher Weise die Anatomie und Struktur periimplantärer Gewebestrukturen, ätiologische Faktoren sowie die Pathogenese periimplantärer Entzündungen. Die Vorbemerkungen über Histologie des Zahnhalteapparates und Knochenwachstum sind sehr ausführlich und vermitteln einen guten Einstieg in die Problematik. Anhand zahlreicher Patientenfälle werden klinische Manifestationen und aktuelle diagnostische Möglichkeiten, z. B. radiologische und mikrobiologische Verfahren, eingehend erörtert. Unter besonderer Berücksichtigung der klinischen Relevanz erfolgt die umfassende



Frank Schwarz, Jürgen Becker
Periimplantäre Entzündungen
 Ätiologie, Pathogenese, Diagnostik und aktuelle Therapiekonzepte
 272 S., 510 farbige Abb., Hardcover,
 Quintessenz Verlags GmbH, Berlin 2006
 ISBN 3-938947-32-2, 148,- €

und kritische Darstellung eines modular aufgebauten Therapiekonzeptes einschließlich nichtchirurgischer Therapieverfahren, verschiedener Dekontaminationsmöglichkeiten der Implantatoberfläche, antimikrobieller und antiphlogistischer Therapieansätze, chirurgisch-resektiver und chirurgisch-regenerativer Therapieverfahren sowie der schrittweise beschriebenen Explantation. Es ist nicht nur ein Buch für den Implantologen, sondern jeden Zahnarzt, der seine Implantatpatienten nach der oralen Rehabilitation weiter betreut.

Wenn schon Bürokratie, dann wenigstens effizient

Qualitätsmanagement in der Zahnarztpraxis – ein Schlagwort, kriert an Beamtschreibetischen und von der Industrie zur eigenen Identitätserhaltung? Der Gesetzgeber fordert ein „einrichtung internes Qualitätsmanagement“ einzuführen und weiterzuentwickeln – noch eine Aufgabe für den Behandler und sein Team! Und noch mehr unsäglicher Bürokratismus! Allerdings ist die Fragestellung Qualitätsmanagement nicht erst seit zwei Jahren bekannt.

Das Buch „Qualitätsmanagement für die Zahnarztpraxis – Einfach und effektiv“ zeigt pra-



Lothar Taubenheim
Qualitätsmanagement für die Zahnarztpraxis
 Buch + CD-ROM
 196 S., Hardcover
 Quintessenz Verlags GmbH, Berlin 2007
 ISBN 978-3-938947-40-1, 98,- €

xisnah einen organisatorischen Rahmen auf, in dem sich alle Aspekte einer medizinischen/zahnmedizinischen Einrichtung abspielen. In wenigen Verfahrensanweisungen – insgesamt 14 – werden alle vorgegebenen gesetzlichen und normativen Anforderungen beschrieben und praktische Lösungen dargestellt. Der Inhaber der Praxis kann ein erprobtes Qualitätsmanagementsystem übernehmen und mit minimalem Aufwand in seiner eigenen Praxis einführen. Der erforderliche Aufwand für die Adaptation der Vorlagen hält sich in engen Grenzen. Der Nutzen sicherer, transparenter und problemlos reproduzierbarer Abläufe innerhalb des organisatorischen Rahmens unserer Praxis dagegen ist kaum zu bewerten – er ist riesengroß. Wenn schon Bürokratismus, dann auf notwenigster effizienter Ebene. Diesen Anspruch möchten Autor und Buch erfüllen.

*Texte: Dr. Gottfried Wolf,
 Verlagsangaben*

Kiefernekrose nach Bisphosphonat-Therapie

Wissenschaftlicher Abend der MGZMK zu brisantem Thema

Von Dr. Gottfried Wolf

Mit Problemen der Traumatologie der Zähne und bisphosphonat-assoziierten Kiefernekrosen als interdisziplinäre Herausforderung beschäftigte sich die Mitteldeutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an ihrem ersten wissenschaftlichen Abend des Jahres 2007. Dazu hatte die MGZMK am 31. Januar PD Dr. med. habil. Jörn-Uwe Piesold (Erfurt) in Victor's Residenz Hotel eingeladen. Der fachlich souverän agierende und kollegial sehr angenehme Referent traf mit dieser Thematik das Anliegen der 100 Zuhörer, die sich gerade bei der Bisphosphonat-Problematik und ihrer Verharmlosung von ihren ärztlichen Kollegen ziemlich verlassen, aber auch durch die Pharmaindustrie – gelinde gesagt – veralbert fühlen.

Zunächst rekapitulierte PD Dr. Piesold mit der Traumatologie der Zähne ein Thema, das durch neue Sportarten und dort auftretende Unfälle auch in der allgemeinen Zahnarztpraxis zunehmend an Wichtigkeit gewinnt. Zahnverletzungen sind die häufigsten Verletzungen im Mund- Kiefer- Gesichtsbereich, davon wiederum sind Zahnluxationen mit 80% die häufigsten Verletzungen im Milchgebiss. Die Gesamtheit der traumatologischen Einwirkungen teilen sich auf in Spielunfälle mit 47%, Rohheitsdelikte mit 23%, Sportunfälle bei Jugendlichen mit 15% und Verkehrsunfälle mit 15%. Die Einteilung erfolgt in Schmelzfrakturen, Schmelz-Dentin-Frakturen ohne Pulpabeteiligung, Schmelz-Dentin-Frakturen mit Pulpabeteiligung, intralveoläre Frakturen (im koronalen Drittel, im mittleren Drittel, im apikalen Wurzeltrittel). Die Verletzungen des Zahnhalteapparates werden unterschieden in Zahnkontusion, Luxation mit Dislokation und Alveolarfortsatzfrakturen.

Bei den Kronenfrakturen unterscheiden wir unkomplizierte von komplizierten Kronenfrakturen mit partiellem Kronenverlust und Eröffnung der Pulpa. Bei Frakturen unter dem Limbus alveolaris ist die Extraktion angeraten mit nachfolgender Implantattherapie. Für Läsionen ohne Dislokation ist eine Schienung ratsam mit dem weiteren Ziel des Erhalts der Pulpa. Bei Dislokationen kann das apikale Drittel entfernt werden mit zusätzlicher Schienung und transdentaler Fixation. Diese transdentale Fixation ist als eine therapeutische Lösung der

Vergangenheit zu betrachten. Heute wird die Extraktion und nachfolgende Implantatversorgung empfohlen. Bei einer Infektion gibt es nur die Extraktion als Therapie.

Die Zahnkontusion/Luxation ohne Dislokation erfordert Ruhigstellung durch Schienen mit Vitalitätskontrollen über sechs Monate und Röntgenkontrolle. Eine Wurzelbehandlung ist nur in seltenen Fällen notwendig.

Bei Zahnluxationen mit Dislokation und Zerreißten des Parodontiums erfordert die Therapie die schnelle Reposition und Fixation des Zahnes mittels Schienenverband und Röntgenkontrolle. Besondere Beachtung erfordert die Kontrolle von Wurzelwachstum sowie der Weite des Foramen apicale.

Die Intrusion (zentrale Luxation) bedingt lediglich Abwarten. Intrudierte Zähne stellen sich meist selber wieder ein. Zahnluxation mit Dislokation und mit Ausstoßung (vollständige periphere Luxation) des Zahnes erfordert die sofortige Replantation und ermöglicht so



Lieferte zwei erkenntnisreiche Vorträge:
PD Dr. Jörn-Uwe Piesold. Foto: Wolf

eine Revaskularisierung der Pulpa. Bei Vitalität des Zahnes ist keine Wurzelbehandlung notwendig. Es erfolgt die Säuberung des Zahnes mit physiologischer Kochsalzlösung und sein Wiedereinsetzen mit anschließender Schienung. Als Therapiealternative ist auch ein Sofortimplantat möglich. Die Implantatversorgung ist entweder einzeitig (offen) oder zweizeitig (geschlossen) möglich.

Bei den Alveolarfortsatzfrakturen ist eine Verlagerung mehrerer Zähne im Block möglich. Die Therapie ist die Schienung. Bei Alveolarfortsatzfrakturen des Milchgebisses muss eine Kappe über die Milchzähne angefertigt und durch Ligaturen paradental fixiert werden. Folgende Schienungsarten bieten sich an: individuell gebogener Drahtschienenverband; fortlaufender Drahtschienenverband; Gaumenplatte, Kappenschiene; Klebefixation mittels Kompositmaterialien.

Komplizierte Behandlungsverläufe ergeben sich aus Vitalitätsverlust, ungenügender Reposition intraalveolär frakturierter oder luxierter Zähne oder Wurzelresorption avitaler intraalveolär frakturierter Zähne nach unvollständiger Wurzelbehandlung. Es folgten Fallbeispiele zu Trümmerfraktur mit Alveolarfortsatzfrakturen, Alveolarfortsatzfraktur mit Zahnverlust, Mandibula-Trümmerfrakturen und Zahnverlust.

Sehr schön nachlesbar ist diese Thematik im „Kompendium der Zahnverletzungen“ von J. Piesold und H. Pistner, Erfurt 2004. Die kleine, aber inhaltsreiche Broschüre wurde den Teilnehmern des Wissenschaftlichen Abends in einer Restauflage zur Verfügung gestellt.

Die Thematik „Bisphosphonat-assoziierte Kiefernekrosen – eine interdisziplinäre Herausforderung“ bot natürlich wesentlich mehr Brisanz wegen ihrer Aktualität. Bisphosphonate sind keine einheitliche Medikamentengruppe. Sie kommen seit ca. 20 Jahren als Wachstumshemmer zum Einsatz bzw. bei Knochenstoffwechselstörungen wie Osteoporose und Knochenmetastasen. Sie sind eigentlich Nebenprodukte aus der Waschmittelindustrie und ähneln chemisch den in der Natur vorkommenden Pyrophosphaten. Diese Pyrophosphate wiederum spielen bei der Knochenmineralisation als endogene Faktoren eine Rolle. Der medizinische Einsatz der Bisphosphonate erfolgt zur Hemmung der Osteoblasten und

Osteoklastenaktivität sowie zur Hemmung von Mineralisation und Kristallisation.

Die Wirkungseffekte werden durch funktionelle Gruppen der Seitenketten der chemischen Struktur erzielt und bestehen in der Hemmung der Gefäßneubildung sowie der Hemmung von Zelladhäsion und Zellinvasion.

Seit 2003 wird neben den bekannten Nebenwirkungen wie Gastrointestinalbeschwerden, leichte Hypokalziämie oder Hautallergien die Kiefer-Osteonekrose als neue Erkrankungsf orm beschrieben. Das klinische Erscheinungsbild ähnelt sehr stark dem Bild der Osteoradionekrose und ist lange symptomlos. Erste Anzeichen sind freiliegende Kieferknochen in der Mundhöhle. Nach Keimzutritt entwickeln sich Foetor es ore, Weichteilschwellung, Exsudation, Zahnlockerung, Schmerzen und Sensibilitätsstörungen. Später können oro-nasale/-antrale oder oro-kutane Fisteln auftreten. Im Röntgenbild imponieren persistierende Alveolen nach Zahnentfernungen, später wellenförmige Aufhellungen, Sequestrierung und Frakturen, Symptome der persistierenden leeren Alveole nach Zahnextraktion. Die wolkenförmigen Knochendarstellungen treten erst später auf. Aus der Historie sind diese Krankheitsbilder aus der Zündholzherstellung mit der Verwendung von gelbem Schwefel bekannt.

Patienten mit Bisphosphonat-Medikation werden in zwei Risikogruppen eingeteilt. Dieses Risikoprofil bestimmt den Umfang der Osteonekroseprophylaxe. Bei den Hochrisikopatienten erfolgt eine intravenöse Bisphosphonat-Therapie oft kombiniert mit zusätzlicher Chemo-, Strahlen und/oder Kortikoidtherapie. Dies sind meist Patienten mit einem malignen Grundleiden und Knochenmetastasen. Zu den Niedrigrisikopatienten zählen diejenigen, die eine alleinige orale Bisphosphonattherapie erfahren, also meist Patienten mit einer nicht kortikoidinduzierten Osteoporose.

Die Therapie der Kalziumstoffwechselstörungen mittels Bisphosphonaten ist genauer definiert in der Behandlung maligner Erkrankungen wie Myelome (Plasmocytom), Knochenmetastasen solider Tumore (z. B. Mammakarzinom, Prostatakarzinom), aber auch in der Behandlung der tumorassozierten Hyperkalziämie, des Morbus Paget, der Osteoporose, bei Osteogenesis imperfecta sowie transitorischer Osteoporose (Knochenmark-Ödem Syndrom) angewendet. Kurz definiert, können die Bisphosphonate als Hemmstoffe der osteoklastären Knochenresorption verstanden werden. Durch einen

verzögerten Knochenabbau wird eine positive Knochenbilanz geschaffen, so dass die Häufigkeit skelettaler Komplikationen wie Frakturen bzw. Notwendigkeit zur Strahlentherapie oder stabilisierende Operation vermindert wird – mit Verbesserung der Lebensqualität“ (Quelle: Piesold et al „Osteonekrose der Kiefer unter Bisphosphonat-Langzeittherapie in Mund-, Kiefer- Gesichtschirurgie“, Springer Verlag 2006). Eine Zunahme von Kiefer-Osteonekrosen ist seit 2003 am Helios-Klinikum Erfurt vor allem mit Zoledronat zu verzeichnen. Pamidronate und Zoledronate sind die Kiefer-Osteonekrose potentesten Bisphosphonate.

Auf die fachliche Verantwortlichkeit der Zahnärzte projiziert, bedeutet eine entsprechende zahnärztliche Betreuung von Patienten mit einer geplanten Bisphosphonat-Therapie sowohl Prophylaxe als auch weitsichtige Behandlungsplanung und -durchführung. Vorausgesetzt, dass der Zahnarzt hierbei überhaupt von seinen ärztlichen Kollegen über das Vorhaben informiert wird – und dies erscheint mir als die größte Krux: dass unsere ärztlichen Kollegen, sicherlich notwendigerweise, lostherapieren und einer möglichen bzw. notwendigen vorherigen stomatologischen Sanierung keine Chance gegeben wird.

Dies sollte nicht nur in Theorie, sondern in praxi folgendermaßen ermöglicht werden. Dies beinhaltet die nach Risikoprofil ausgerichtete Sanierung von dentalen Infektionsherden und Verletzungsrisiken der Mukosa. Dabei ist eine Aufklärung über die Nekrose-Risiken und deren Vermeidung äußerst wichtig. Das zahnärztliche Recall dient auch einer Früherkennung. Professionelle Mundhygiene vermeidet parodontale Infektionen. Die Überprüfung von abnehmbarem Zahnersatz vermeidet Druckstellen und mucöse Läsionen. Konservative Maßnahmen sind den chirurgischen vorzuziehen. Bei notwendigen Operationen sollte atraumatischen Maßnahmen den Vorzug bekommen, unter breitbandspektrumanitibiotischer Abschirmung bis zur Nahtentfernung (nicht vor dem 10. postoperativen Tag). Ebenso bedürfen Bisphosphonat-Therapie-Patienten mit einer Implantatversorgung einer intensiven Nachsorge.

Keine Implantate bei Osteonekrose-Patienten

Eine mögliche Implantattherapie sollte unter denselben Gesichtspunkten erwogen werden wie bei Patienten, die eine tumortherapeutische Bestrahlung erfahren. Gegenwärtig gelten Implantate bei Osteonekrose-Patienten als kontraindiziert! Alle Implantatversor-

gungen bedeuten ein erhöhtes Risiko. Die Therapie der Kiefer-Osteonekrose besteht in ihrer vollständigen Entfernung und einer spannungsfreien Defektdeckung mit gut vaskularisiertem Gewebe.

Die Betreuung der Bisphosphonat-Patienten betrifft Orthopäden, Onkologen, Gynäkologen und Zahnärzte gleichermaßen. Dies erfordert aber auch das ehrliche Bekenntnis der Pharmaindustrie zu den möglichen Nebenwirkungen und die Aufgabe ihrer verniedlichenden Darstellung der Risiken – im Sinne der Patienten, wie sie in ihren millionenschweren Werbungen suggeriert. Gerade das letzte Thema dieses Abends warf viele Fragen auf und dementsprechend rege war die Diskussion.

Wie gewohnt endete der wissenschaftliche Abend bei einem gemeinsamen Abendessen. Gerade in der heutigen Zeit empfinde ich persönlich diese kollegialen Gemeinsamkeiten als sehr angenehm. Vor den wissenschaftlichen Themen hatte der MGZMK-Vorsitzende Dr. Andreas Wagner zur Situation der Gesellschaft berichtet, vor allem zum Mitgliederstand und den Planungen der Herbsttagung am 15. September auf der Messe in Erfurt sowie der gemeinsamen Tagung mit der DGZPW vom 8. bis 10. November in Eisenach informiert.

Zum Weiterlesen: „Osteonekrose der Kiefer unter Bisphosphonat-Langzeittherapie“ (Piesold et al, Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie, 2006); „Nur die Spitze des Eisbergs? Kieferosteonekrosen nach Bisphosphonat-Therapie von Tumor- und Osteoporose-Patienten (Pistner/Piesold, tzb 5-2006)




Zahnärztekammer
Schleswig-Holstein

49. Fortbildungstagung
der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein
mit integrierter Fortbildung für Fachangestellte
und Dentalausstellung

Westerland/Sylt
21. bis 25. Mai 2007

Hauptthema:
„Zahnerhalt durch Endodontie“

Auskunft:
Zahnärztekammer Schleswig-Holstein
Westring 496 · 24106 Kiel
Tel. 04 31/2609 26-80 · Fax 04 31/2609 26-15
E-Mail: hhi@zaek-sh.de
www.zahnaerztekammer-sh.de, Rubrik: Fortbildung

Universität Rostock behält Zahnmedizin

Vergleich zwischen Hochschule und Landesregierung

Rostock (tzb). Die umstrittenen Pläne zur Schließung des Ausbildungsganges Zahnmedizin an der Universität Rostock (tzb 10/2005) sind vom Tisch. Universität und Wissenschaftsministerium von Mecklenburg-Vorpommern haben einen Vergleichsvorschlag des Verwaltungsgerichtes Greifswald angenommen. Demnach können Lehre und Forschung in der Zahnmedizin auf der Basis eines mit dem Land vor fünf Jahren geschlossenen Vertrages fortgesetzt werden. Das Land stimmt der unbefristeten Besetzung vakanter Professuren zu.

Die frühere rot-rote Landesregierung von Mecklenburg-Vorpommern hatte im Jahr 2005 angekündigt, den Ausbildungsgang Zahnmedizin an der Rostocker Universität schließen zu wollen und in diesem Zusammenhang der anstehenden Besetzung der Professur für konservierende Zahnheilkunde nicht zugestimmt. Das stieß auf Gegenwehr der Hochschule, die vor das Verwaltungsgericht zog. Der Studiengang Zahnmedizin war erst 2002 per Landtagsbeschluss wieder eingerichtet worden, nachdem das Land ihn bereits einmal geschlossen hatte.

Die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern begrüßte den Vergleich. „Auch wenn für die Universität schmerzhaft Entscheidungen bevorstehen, würde mit der Annahme des Vergleichsvorschlages der seit 1993 ständige wehrende Kampf für die Erhaltung der Zahnmedizin erfolgreich beendet werden“, sagte Kammerpräsident Dr. Dietmar Oesterreich. Gemeinsam mit der Universität hätten sich die Ärzte- und Zahnärzteschaft Mecklenburg-Vorpommerns und darüber hinaus die Bundeszahnärztekammer in den vergangenen Jahren für den Erhalt der Zahnmedizin in Rostock intensiv eingesetzt. Die hohe Qualität der Ausbildung, wichtige Bereiche der spezialisierten Betreuung der Patienten, die Integration der Zahnmedizin als wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung der Bevölkerung und die wissenschaftliche Forschung sowie die Fortbildung der Zahnärzte und zahnärztlichen Mitarbeiter waren gewichtige Argumente für den Erhalt der Zahnmedizin. Die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern stehe auch zukünftig als Kooperationspartner für die Profilbildung der Universitäten des Landes zur Verfügung. In Mecklenburg-Vorpommern werden Zahnärzte auch an der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald ausgebildet.

Kassenvorstände müssen Gehälter offen legen

Musterklage vor Bundessozialgericht scheiterte

Kassel (tzb). Die gesetzlichen Krankenkassen müssen weiterhin die Gehälter ihrer Vorstände veröffentlichen. Das Bundessozialgericht in Kassel wies jetzt eine Musterklage der BKK Diakonie gegen die Veröffentlichungspflicht zurück, die mit der Gesundheitsreform von 2004 eingeführt worden war. Die gesetzliche Verpflichtung zur Veröffentlichung der Vorstandsgehälter sei rechtmäßig, erklärte das BSG.

Zwar bedeute die Veröffentlichung einen Eingriff in das Grundrecht des Vorstandes auf informationelle Selbstbestimmung, doch sei dieser durch überwiegende öffentliche Interessen gerechtfertigt und verhältnismäßig. Die Veröffentlichungspflicht sei Teil des gesetzgeberischen Anliegens, im Gesundheitswesen eine höhere Transparenz über Angebote, Leistungen, Kosten und Qualität zu schaffen und trage dem

Informationsbedürfnis der Beitragszahler und der Öffentlichkeit in Bezug auf die Vorstandsgehälter Rechnung.

Seit Einführung der Veröffentlichungspflicht hatten sich mehrere Krankenkassen, darunter auch die BKK Diakonie geweigert, dieser nachzukommen. Seit 2004 sind außer den Krankenkassen auch die hauptamtlichen Vorstände der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen sowie von KBV und KZBV verpflichtet, jeweils zum 1. März eines Jahres im Bundesanzeiger sowie in ihrer Mitgliederzeitschrift die Höhe der jährlichen Vergütungen ihrer Vorstandsmitglieder zu veröffentlichen (§ 35a Abs 6 Satz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IV).

Aktenzeichen: B 1 A 3/06 R

KZBV-Kritik an Gesundheitsreform

Berlin (kzbv). Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung hat die jetzt verabschiedete Gesundheitsreform kritisiert. „Thema verfehlt. Ein anderes Urteil kann man der Regierung für diese Reform nicht ausstellen“, monierte der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz. „Die Finanzierungs- und Strukturprobleme sind nicht gelöst. Der Wettbewerb wird bürokratisiert, das ursprüngliche Ziel einer Senkung der Lohnnebenkosten ist längst vergessen, und die letzten Chancen hat man der Koalitionsarithmetik geopfert.“ Laut Fedderwitz droht durch den Basistarif einem Großteil der Privatversicherten die Abkoppelung vom medizinischen Fortschritt: „Die Konditionen des Basistarifs liegen unter denen der gesetzlichen Krankenversicherung. Damit ist eine moderne zahnmedizinische Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft nicht mehr zu garantieren“, so der KZBV-Chef. Kritisch bewertete Fedderwitz auch, dass die Liberalisierung der Kostenerstattung für gesetzlich Krankenversicherte im letzten Moment weitgehend zurückgenommen wurde. Eigentlich sollten Patienten Kostenerstattung zukünftig auch für einzelne Behandlungen und kurze Zeiträume flexibel wählen können, um Zugang zu Therapien zu haben, die die GKV nicht übernimmt. Dass dieser Weg nun verschlossen bleibt, ist für Fedderwitz ein großes Ärgernis: „Das einzige innovative Element dieser Reform ist in letzter Minute auf dem Kompromiss-Basar der Koalitionsfraktionen verschachert worden. Die Staatsmedizin wird kommen.“

Weitkamp weiter gegen Basistarif

Berlin (bzäk). Bundeszahnärztekammer-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp kämpft weiter gegen den umstrittenen Basistarif der privaten Krankenversicherung. „Der Basistarif ist der Feind des medizinischen Fortschritts und darf nicht wie geplant umgesetzt werden“, kritisierte Weitkamp. „Noch bleiben 22 Monate, ehe dieser Tarif in Kraft tritt. In dieser Zeit werden wir nicht aufhören, die unzulässige Verknüpfung der beiden Systeme gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und private Krankenversicherung (PKV) weiter zu bekämpfen.“ Der Tarif soll zum 1. Januar 2009 eingeführt werden. Weitkamp sieht die konkrete Gefahr, dass die Verkoppelung der Systeme und die darin enthaltenen Leistungs- und Vergütungsstrukturen eine Teilhabe der Patienten am Niveau der jeweils neuesten wissenschaftlich abgesicherten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Deutschland unmöglich macht.

DFG fördert Studie zu Antibiotika bei Parodontitis

Münster (tzb/idw). Die Parodontitis-Forschung am Universitätsklinikum Münster wird von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) mit 750 000 Euro gefördert. Das geförderte Projekt gehört zum Sonderprogramm „Klinische Studien“ der Universitätspoliklinik für Parodontologie. In der Studie unter Leitung von PD Dr. Benjamin Ehmke soll erforscht werden, ob die Gabe von Antibiotika bei Parodontitis sinnvoll ist. Die Klinik in Münster wurde als einzige Zahnklinik deutschlandweit unter 400 Bewerbern ausgewählt. Zusammen mit den Universitäts-Zahnkliniken in Berlin, Dresden, Gießen, Greifswald, Frankfurt, Heidelberg und Würzburg sollen in dieser Studie bis 2010 insgesamt 500 Patienten betreut werden.

Untersucht werden soll, ob Antibiotika unter Alltagsbedingungen Zahnverluste verhindern sowie ob es Sinn macht, verschiedene Antibiotika zu verwenden. Im Mund siedeln rund 500 Bakterienarten. Möglicherweise gibt es hier wiederkehrende Infektionsmuster, die man durch einen Bakterientest bestimmen könnte. So könnten die Antibiotika dann genau auf den Patienten abgestimmt werden.

Verband: Berufsbild ZMF nicht diskreditieren

Niedrige Bezahlung heißt nicht Niedrigqualifikation

Erfurt (tzb/vmf). Der Verband der Medizinischen Fachberufe (VMF) warnt in der derzeitigen Niedriglohn-Debatte vor einer Diskreditierung der Berufe der Arzt- und Zahnärzthelferinnen bzw. Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten. Zwar treffe es zu, „dass Ärzthelferinnen selbst mit Tarifgehalt in den neuen Bundesländern in den Niedriglohnsektor fallen“, sagte VMF-Vizepräsidentin Margret Urban. „Es ist aber falsch, diese Berufe dann automatisch in die Gruppe der niedrig qualifizierten Tätigkeiten zu schieben.“

In den niedergelassenen Praxen von Ärzten und Zahnärzten arbeiteten hoch qualifizierte Mitarbeiterinnen, so Urban. Ihre dreijährigen Ausbildungen basierten auf dem Berufsbildungsgesetz und seien in den Verordnungen über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten vom 26. April 2006 bzw. über die Berufsausbildung zum Zahnmedizinischen Fachangestellten/zur Zahnmedizinischen Fachangestellten vom 4. Juli 2001 festgeschrieben.

Die Frauen in Arzt- und Zahnarztpraxen müssten über eine hohe fachliche, sozialkommunikative, personelle und methodische Kompetenz verfügen, um den immer komplexer werdenden Betreuungssituationen infolge der soziodemografischen Entwicklung und des gewandelten Krankheitsspektrum gerecht zu werden, betonte der VMF. „Wenn sie dennoch rein statistisch gesehen zu den Niedriglohnberufen zählen, dann zeugt das nur davon, wie wenig der Gesellschaft die am Menschen geleistete Arbeit wert ist, nur weil sie zu 96 Prozent von Frauen erledigt wird“, kritisierte Urban.

Der Verband medizinischer Fachberufe e.V. wurde 1963 als Berufsverband der Arzt- und Zahnärzthelferinnen gegründet und vertritt seit 1981 auch die Interessen der Zahnarzt- und Tierärzthelferinnen. Bis Juni 2006 firmierte er unter dem Namen Berufsverband der Arzt-, Zahnarzt- und Tierärzthelferinnen (BdA). Der VMF hat bundesweit 28 000 Mitglieder.

Dissertationen

Die nachfolgenden Dissertationen von Zahnärzten wurden am 6. Februar 2007 an der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena erfolgreich verteidigt.

Mikrobiologische Wirksamkeit von Moxifloxacin bei schwerer chronischer Parodontitis (vorgelegt von Kerstin Wegner):

Bei der Behandlung der schweren chronischen Parodontitis sind Antibiotika ein etablierter Therapieansatz. Das übergeordnete Ziel dieser Arbeit bestand darin, die mikrobiologische Wirksamkeit des neuen Antibiotikums Moxifloxacin bei der schweren chronischen Parodontitis im Vergleich zu Doxycyclin oder reiner instrumenteller Therapie zu untersuchen.

In dieser randomisierten prospektiven Studie wurden 47 Patienten mit einer schweren chronischen Parodontitis eingeschlossen. Alle Probanden erhielten zu Beginn der Studie eine Deep Scaling- und Root Planing-Therapie. 20 Patienten erhielten 400 mg Moxifloxacin pro Tag über sieben Tage und 17 Patienten

Doxycyclin (am ersten Tag 200 mg/d, dann 100 mg/d über 6 d) über sieben Tage. Zehn Patienten dienten als Kontrollen und erhielten kein Antibiotikum. Die mikrobiologischen Probenentnahmen erfolgten an Parodontaltaschen mit einer Sondierungstiefe ≥ 5 mm zu vier verschiedenen Zeitpunkten – vor Therapie in der Basisuntersuchung sowie drei, sechs und 12 Monate nach Therapie. Nach DNA-Isolierung und Optimierung des Nachweisverfahrens wurden mittels Real-Time PCR, eines quantitativen Nachweisverfahrens, die Keimzahlen der vier parodontopathogenen Leitkeime bestimmt und statistisch ausgewertet (Wilcoxon-Test).

Vor der Therapie war *Actinobacillus actinomycetemcomitans* nur bei 39,3 Prozent der Entnahmestellen nachweisbar, während dagegen *Porphyromonas gingivalis* bei 80 Prozent, *Tannerella forsythia* bei 80 Prozent und *Treponema denticola* bei 76,3 Prozent der Entnahmestellen detektiert wurde. Die alleinige instrumentelle Therapie ohne Antibiotikagabe führte lediglich zu einer Abnahme von *Treponema denticola* nach 3 Monaten ($p < 0,01$) und von *Actinobacillus actinomycetemcomi-*

tans nach 12 Monaten ($p < 0,05$) jeweils im Vergleich zur Basisuntersuchung. Doxycyclin bewirkte eine signifikante Verringerung von *Porphyromonas gingivalis* ($p < 0,01$) und *Tannerella forsythia* ($p < 0,05$) bei allen drei Nachkontrollen sowie eine initiale signifikante Abnahme von *Treponema denticola* ($p < 0,001$) im jeweiligen Vergleich zu den Basisbefunden. Moxifloxacin führte ebenfalls zu einer signifikanten Reduktion von *Porphyromonas gingivalis* ($p < 0,01$) und *Tannerella forsythia* ($p < 0,05$) bei allen drei Nachkontrollen im Vergleich zur Basisuntersuchung. Darüber hinaus bewirkte Moxifloxacin als einziger Therapieansatz eine langfristige signifikante Abnahme von *Actinobacillus actinomycetemcomitans* ($p < 0,05$) und *Treponema denticola* ($p < 0,05$) bei allen drei Nachkontrollen im Vergleich zur Basisuntersuchung.

Schlussfolgerung: Moxifloxacin zeigte eine bessere und langfristige antimikrobielle Wirkung als Doxycyclin und könnte somit bei der Behandlung der schweren chronischen Parodontitis eine wichtige Rolle spielen. Die bessere Wirksamkeit von Moxifloxacin im Vergleich zu Doxycyclin könnte auf eine

günstigere Pharmakokinetik und ein selteneres Vorliegen von Resistenzen zurückzuführen sein. Daher sollte eine Indikationserweiterung von Moxifloxacin für die Parodontitistherapie weiter geprüft werden.

Handinstrumentelle und Ultraschall-Therapie der aggressiven Parodontitis unter mikrobiologischer Verlaufskontrolle (vorgelegt von Ines Leser):

Aggressive Verlaufsformen der Parodontitis sind durch rasches Fortschreiten der entzündlichen Gewebedestruktion mit oftmals frühzeitigem Zahnverlust gekennzeichnet, was eine möglichst effektive Therapie erforderlich macht. Ziel dieser Untersuchung war es zu evaluieren, ob es Unterschiede im Therapieergebnis zwischen der Behandlung mit Handinstrumenten (Gracey-Küretten) und derjenigen mit dem Ultraschallgerät Vector (Dürr Dental) bei Patienten mit aggressiver Parodontitis gibt. Neben den klinischen Parametern sollten die mikrobiologischen Befunde verglichen werden.

In die Doppelblindstudie wurden 42 Patienten mit aggressiver Parodontitis einbezogen, wobei jeweils 21 mit Handinstrumenten (H) bzw. mit dem Ultraschallgerät Vector (V) behandelt wurden. Außerdem wurde zwischen Rauchern (R, n = 20) und Nichtrauchern (NR, n = 22) unterschieden. Die geschlossene Kürettage wurde nach der Initialbehandlung in allen vier Quadranten gleichzeitig und mit anschließender Antibiotikagabe in Abhängigkeit vom nachgewiesenen Keimspektrum durchgeführt.

Es konnte in allen Untersuchungsgruppen (H/R, H/NR, V/R, V/NR) eine statistisch signifikante Besserung der klinischen Ausgangsbefunde erzielt werden, wobei zwischen den Rauchern und Nichtrauchern keine Unterschiede diagnostiziert wurden. Die gewonnenen Daten ergaben aber eine signifikant deutlichere Reduktion der Sondierungstiefe und des Attachmentverlustes durch die Therapie mit Handinstrumenten im Vergleich zur Behandlung mit dem Vectorgerät.

Weiterhin konnte die Zahl der fünf untersuchten Mikroorganismen *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Tannerella forsythensis* und *Treponema denticola* deutlich reduziert werden. Ein halbes Jahr nach der Therapie war für alle Bakterien eine Rekolonisation zu beobachten, welche aber nicht die prätherapeutischen Werte erreichte. Die Reduktion der fünf Markerkeime war durch das Scaling und Root Planing mittels Handinstrumenten ausgeprägter als durch die Therapie mit dem Ultraschallgerät. Eine Differenzierung in die Sondierungstiefenintervalle < 4 mm, 4–6

mm und > 6 mm ergab eine Überlegenheit des Vectorgerätes für die Behandlung flacher und mittlerer Taschen. Außerdem wurden in den mittleren und tiefen Taschen für die Nichtraucher bessere mikrobiologische Ergebnisse erzielt.

Vor und nach der Behandlung war eine deutliche Abhängigkeit der Bakterienkonzentration von der Sondierungstiefe bei allen untersuchten Mikroorganismen erkennbar. Mit Zunahme der Sondierungstiefe nahm die Zahl der detektierten Mikroorganismen zu.

Die Studie zeigt, dass sowohl die Therapie mit Handinstrumenten als auch die mittels Vectorgerät gut zur Behandlung der aggressiven Parodontitis geeignet ist. Beide Verfahren in Kombination mit einer gezielten systemischen Antibiose führten zu einer Verbesserung des klinischen Bildes und beeinflussten auch die mikrobiologischen Parameter deutlich. Die Langzeitstabilität des Therapieergebnisses dürfte aber bei Rauchern weniger sicher sein als bei Nichtrauchern.

Die proliferative Aktivität intratumoraler Fibroblasten im oralen Plattenepithelkarzinom – ein Prognoseparameter? (vorgelegt von Heike Thiel):

Die Progression einer Tumorerkrankung der Mundhöhle wird begleitet durch zunehmende Zellproliferation neben einer Verlängerung der Lebensdauer der Tumorzellen und verminderter Apoptoserate.

Invasion und Metastasierung sind charakterisierende Eigenschaften von malignem Gewebe. Der Tumordinvasionszone wird dabei aufgrund seiner räumlich engen Beziehung zum Wirtsgewebe eine bedeutende Rolle zugesprochen. In der vorliegenden Studie erfolgte die Bestimmung der proliferativen Aktivität von Tumorzellen und tumorassoziierten Fibroblasten in Mundhöhlenkarzinomen von 66 Patienten, die in den Jahren 1993–1997 in der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie/Plastische Chirurgie der FSU Jena behandelt wurden. Um die proliferative Aktivität der Zellen festzustellen, wurde das Ki-67 Antigen immunhistochemisch nachgewiesen. Es erfolgte die quantitative Auswertung der markierten Zellen im Tumorzentrum und in der Tumordinvasionszone. Es zeigte sich eine signifikant höhere Akkumulation von Ki-67-positiven Tumorzellen und Stromafibroblasten in der Tumordinvasionszone als im Tumorzentrum. Während bei gut differenzierten oralen Plattenepithelkarzinomen (G1) ein geringer Proliferationsindex der Tumorzellen zu finden ist, weisen die mäßig (G2) und schlecht differenzierten (G3) Karzinome einen höheren Ki-67 Index auf. Im Tumorzentrum konnte ein

solcher Zusammenhang nicht gefunden werden. Das bestätigt einerseits die Tumordinvasionsfront als Promotor des Tumorwachstums, andererseits lässt der höhere Proliferationsindex bei entdifferenzierten Karzinomen ein rascheres Tumorwachstum und eine schlechtere Tumorprognose erwarten. Die Aktivierung der Tumorfibroblasten erfolgt nicht malignitätsgradassoziiert.

Bezüglich der Tumorgöße und des Metastasierungsverhaltens des Tumors zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied der Proliferationsindices bei beiden Zelltypen weder in der Invasionszone noch im Tumorzentrum.

Bestätigt werden konnte der zonale Aufbau des oralen Plattenepithelkarzinoms bezüglich der Wachstumsfraktion des Tumorzellkompartments. Durch die vorliegende Studie ist eine ebensolche Gliederung bezüglich der Wachstumsfraktion der Fibroblasten belegbar. Anders als von Hasebe und Kollegen (2000) beim Mammakarzinom beschrieben, verhält sich der Ki-67 Index der Fibroblasten ähnlich dem der Tumorzellen.

In der Hypothese der vorliegenden Studie war von der besonderen Stellung des Stromafibroblasten ausgegangen worden, dem Einfluss auf die Ausbildung der Tumormatrix als Leitschiene der Tumorpheriferation und Invasion beizumessen ist. Die Untersuchungen ergaben zwar signifikant höhere Ki-67 Indices der Stromafibroblasten in der Tumordinvasionszone als im Tumorzentrum. Zwischen den verschiedenen Malignitätsgraden waren jedoch keine Unterschiede in den Tumorebenen zu finden. Auch bezüglich der Tumorgöße, des Malignitätsverhaltens und des mittleren Überlebens gab es keine signifikanten Differenzen der Ki-67 Indices der Tumorfibroblasten. Anders ist die proliferative Aktivität der Tumorzellen einzuschätzen. Sie korreliert mit den histopathologischen Eigenschaften des oralen Plattenepithelkarzinoms und zeigt einen tendenziellen Zusammenhang zum mittleren Überleben des Patienten. Der Ki-67 Index eignet sich beim oralen Plattenepithelkarzinom als Proliferationsmarker für Tumorzellen und Fibroblasten. Als Prognoseparameter kann er den histopathologischen Malignitätsgrad des Tumors nicht ersetzen.

Die proliferative Aktivität des Stromafibroblasten korreliert nicht mit den histopathologischen Eigenschaften des Tumors und dem mittleren Überleben des Patienten. Der Ki-67-Index der tumorassoziierten Fibroblasten erlaubt beim oralen Plattenepithelkarzinom keine Aussage über die Prognose des Tumorgeschehens.

Wir gratulieren!

zum 82. Geburtstag am 23.03.
Herrn SR Eberhard Bachmann
in Ebeleben

zum 76. Geburtstag am 09.03.
Herrn MR Dr.
Ferdinand Spangenberg
in Nordhausen

zum 76. Geburtstag am 25.03.
Frau MR Dr.
Ruth Bräutigam-Jungto
in Jena

zum 75. Geburtstag am 15.03.
Frau SR Erna Baude
in Gotha

zum 75. Geburtstag am 17.03.
Herrn Dr. Günter Klimke
in Saalburg

zum 74. Geburtstag am 30.03.
Herrn MR Dr.
Karl-Heinz Roskothen
in Bad Frankenhausen

zum 73. Geburtstag am 13.03.
Frau Dr. Hannelore Wurschi
in Lutherstadt Wittenberg

zum 72. Geburtstag am 18.03.
Frau Helga Taubert
in Chursdorf

zum 72. Geburtstag am 20.03.
Herrn MR Dr. Horst Bergk
in Ohrdruf

zum 71. Geburtstag am 01.03.
Frau Dr. Sophie Schletz
in Gotha

zum 71. Geburtstag am 22.03.
Frau Dr. Karin Theus
in Heiligenstadt

zum 69. Geburtstag am 02.03.
Herrn Dr. Peter Schorcht
in Eisenach

zum 69. Geburtstag am 07.03.
Frau Dr. Edith Schöffler
in Jena

zum 68. Geburtstag am 18.03.
Frau Dr. Waltraud Müller
in Eisenach

zum 68. Geburtstag am 21.03.
Herrn SR Bernd Stoof
in Hildburghausen

zum 67. Geburtstag am 01.03.
Frau Dr. Sigrid Collier
in Kahla

zum 67. Geburtstag am 06.03.
Herrn Adalbert Gries
in Dingelstädt

zum 67. Geburtstag am 11.03.
Frau Dr. Ebba Siebert
in Jena

zum 67. Geburtstag am 23.03.
Herrn SR Dr. Rolf Bürger
in Tambach-Dietharz

zum 66. Geburtstag am 01.03.
Herrn Dr.
Manfred Michalowsky
in Gera

zum 66. Geburtstag am 11.03.
Herrn Dr. Wolfgang Schütze
in Eisenach

zum 66. Geburtstag am 22.03.
Herrn Udo Möschl
in Lobenstein

zum 66. Geburtstag am 29.03.
Frau Dr.
Anneliese Fiddicke
in Gera

zum 65. Geburtstag am 11.03.
Herrn Dr. Götz Ritter
in Jena

zum 65. Geburtstag am 14.03.
Frau Dr. Ingrid Glockmann
in Jena

zum 65. Geburtstag am 15.03.
Herrn MR Dr.
Lothar Engelke
in Nordhausen

zum 65. Geburtstag am 28.03.
Frau Dr. Hannelore Voigt
in Zeulenroda

zum 60. Geburtstag am 24.03.
Herrn Dr. Gottfried Wolf
in Suhl

Wir trauern um

Frau Zahnärztin
Dr. Sabine Oettmeier
aus Greiz

* 21. Oktober 1960
† 12. Februar 2007

Landes Zahnärztekammer Thüringen
Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

Wir trauern um

Herrn Zahnarzt
MR Dr. Hans Brämer
aus Blankenburg

* 16. Mai 1939
† 15. Januar 2007

Landes Zahnärztekammer Thüringen
Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

Abgabenordnung + Alkopopsteuergesetz + Aufwandsteuern + Außensteuergesetz + Bewertungsgesetz + Biersteuergesetz + Branntweinsteuergesetz + Doppelbesteuerungsabkommen + Einkommensteuergesetz + Erbschaftsteuergesetz + Feuer-schutzsteuergesetz + Gewerbesteuer-gesetz + Grunderwerbsteuergesetz + Grundsteuergesetz + Investmentsteuergesetz + Kaffeesteuergesetz + Kirchensteuergesetz + Körperschaftsteuergesetz + Kraftfahrzeugsteuergesetz + Mineralölsteuergesetz + Rennwett- und Lotteriegesetz + Schaumweinsteuergesetz + Solidaritätszuschlaggesetz + Spielvergnügungsteuer-gesetz + Stromsteuergesetz + Tabaksteuergesetz + Umsatzsteuergesetz + Umwandlungssteuergesetz + Versicherungssteu-ergesetz + Vermögensteuergesetz + Zollkodex + Zollkodex-Durchführungsverordnung + Zwischenerzeugnissteuergesetz

Klar soweit?

LUST auf BUST

Steuerberatung für Ärzte



BUST - Steuerberatungsgesellschaft mbH

Seit 75 Jahren erfolgreich in 20 Niederlassungen mit rund 30 Spezialisten für Sie da. Besuchen Sie uns in 06126 Halle, Weststraße 3, Telefon: 0345 69193-0, E-Mail: halle@BUST.de, Internet: www.BUST.de oder 39108 Magdeburg, Maxim-Gorki-Straße 38, Telefon: 0391 735 51-0, E-Mail: magdeburg@BUST.de

Zeigen Sie Zähne!

www.webmakers.de • 0361/602 15 02
Wir verleihen Ihrem Internetauftritt den richtigen Biss

Bewährte Qualität • modernes Design • attraktiver Preis:



diplomat: CONSUL

- überschaubarer Aufbau und einfache Bedienung
- Instrumententräger mit frei wählbaren Instrumenten
- Helferinnenelement mit großem und kleinem Saugschlauch und Platz für weitere Instrumente

ab **9.990,- €** zuzügl. MwSt.

Zwei Produkte der CHIRANA DENTAL



diplomat: LUX

© 2005 Satztechnik Meißel GmbH

+++ Selbstverständlich erhalten Sie bei uns auch div. Geräte und Dentaleinheiten anderer führender Hersteller +++

Ihr Fachhändler vor Ort:

CZACH DENTAL · Wettinstr.39 · 01640 Coswig · Tel.: 03523/78820 · Fax: 03523/78821
Internet: www.czach-dental.de · E-Mail: info@czach-dental.de

