



Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

THÜRINGER ZAHNÄRZTE BLATT 1

7. Jahrgang
Januar 1997



Impressum

THÜRINGER ZAHNÄRZTEBLATT

Offizielles Mitteilungsblatt der Landeszahnärztekammer Thüringen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen

Herausgeber: Landeszahnärztekammer Thüringen (verantwortl. für PZD) und Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

Gesamtherstellung: TYPE Desktop Publishing, Müllerstraße 9, 99510 Apolda, Telefon 0 36 44/55 58 12, Fax 0 36 44/55 58 95

Redaktion: Gottfried Wolf (v. i. S. d. P. für Beiträge der LZKTh), Thorsten Radam (v. i. S. d. P. für Beiträge der KZVTh), Christiana Meinel (Redakteurin)

Anschrift der Redaktion: Landeszahnärztekammer Thüringen, Mittelhäuser Straße 76–79, 99089 Erfurt, Tel.: 03 61/74 32–0, 03 61/74 32–113

Satz und Layout: TYPE Desktop Publishing, Apolda

Druck, Buchbinderei: Gutenberg Druckerei GmbH, Weimar

Anzeigenannahme und -verwaltung: TYPE Desktop Publishing, Müllerstraße 9, 99510 Apolda, Telefon 0 36 44/55 58 12, Fax 0 36 44/ 55 58 95, z. Z. gilt Anzeigenpreisliste vom 01.01.1995

Anzeigenleitung: Ronald Scholz

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir, nur an die Redaktion zu richten. Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt, Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers gestattet.

Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernimmt die Redaktion keine Haftung. Es werden nur unveröffentlichte Manuskripte übernommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwirbt der Herausgeber das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

Erscheinungsweise (1997): 1 Jahrgang mit 11 Heften

Zeitschriftenpreise (1996): 78,- DM zuzügl. Versandkosten; Einzelheftpreis: 8,- DM zzgl. Versandkosten. Rabatt für Studenten: 25 %. Für Mitglieder der Landeszahnärztekammer Thüringen ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Bezugshinweis: Das Abonnement gilt bis auf Widerruf oder wird auf Wunsch befristet. Die Lieferung der Zeitschrift läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 31.10. eines Jahres abbestellt wird. Ihre Bestellung richten Sie bitte an Ihre Fachbuchhandlung, Ihren Grossisten oder direkt an TYPE Desktop Publishing in Apolda (Anschrift siehe oben).

Bankverbindung: Deutsche Bank Apolda, BLZ 820 700 00, Kto.-Nr. 2 084 259

Urheberrecht: Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Herausgebers.

Wichtiger Hinweis: Für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen in Beiträgen und Anzeigen kann keine Gewähr übernommen werden.

Printed in Germany

Inhaltsverzeichnis**Editorial**

1997 – ein Jahr mit großen Herausforderungen

2

LZKTh

Kammerversammlung der Landeszahnärztekammer Thüringen: Neuregelungen in der zahnärztlichen Versorgung

3

Anträge an die Kammerversammlung und deren Beschlüßfassungen

5

Ermächtigung zur Weiterbildung auf dem Gebiet „Oralchirurgie“

10

LAGJTh

Möglichkeiten der gruppenprophylaktischen Betreuung von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko

11

Versorgungswerk

Neue Beitragssätze zum Versorgungswerk ab 01.01.1997

16

Rentenbemessungsgrundlage

17

Seniorenbetreuung

Seniorenfahrt nach Bayreuth

18

KZV

Information an alle kieferorthopädisch tätigen Zahnärzte

19

Die PAR-Beratungskommission der KZV Thüringen

21

Beschluß des Landesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen in Thüringen

22

Fortbildung

Anliegen und Beispiele epithetischer Versorgung bei kiefer- und gesichtsversehrten Patienten

23

Interdisziplinäres Management von Patienten mit chronischem Schmerz

27

13. Jahrestagung der Mitteldeutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

32

zu Erfurt e. V.

32

Berufspolitik

Anhörung zum 2. GKV-Neuordnungsgesetz im Bundestagsausschuß für Gesundheit

34

Recht

Teilzeit- und geringfügig Beschäftigte

36

Vorsicht bei unbedachter Kollegenschelte

38

Buchbesprechungen

39

Leserbrief

42

Kultur

Gesellschaft für Buchkultur und Geschichte Rudolstadt e. V.

44

*Titelfoto (Thüringer Landesfremdenverkehrsverband):
Weithin sichtbares Wahrzeichen Eisenachs – die Wartburg
siehe auch Beitrag auf Seite 10*

1997 – ein Jahr mit großen Herausforderungen



Liebe Leser,

für das gerade begonnene Jahr 1997 möchte ich Ihnen zunächst im Namen der KZV Thüringen und der Landeszahnärztekammer Thüringen viel Schaffensfreude sowie Glück und Gesundheit wünschen.

Das Jahr 1997 wird sicher ebenso einschneidend für unsere berufliche Tätigkeit sein, wie das Jahr 1993, als das GSG seine Wirkung entfaltete. Wir können aber im Unterschied zu damals davon ausgehen, daß die Veränderungen eher positiv für unsere Patienten und auch für unsere Praxen sein werden. Damit ist unsere Einstellung zu den bevorstehenden Änderungen positiv. Die Motivation ist gut!

Natürlich werden sich die neuen Regelungen im Praxisalltag nicht im Selbstlauf durchsetzen. Hier wird viel Aktivität und Kreativität erforderlich sein. Bei allen Schwierigkeiten sollten wir uns immer vor Augen halten, daß mit der Kostenerstattungsregelung und der Anwendung der GOZ die Zweierbeziehung zwischen Zahnarzt und Patient wesentlich an Bedeutung gewinnt und mehr Freiheit bei der Therapieentscheidung und -durchführung ent-

steht. Wir bekommen ein Stück Frei-beruflichkeit dazu, das uns auch die Chance zu mehr wirtschaftlichem Erfolg für die Praxis gibt.

Dort, wo die Rolle der Arzt-Patienten-Beziehung steigt, sinkt die Rolle der KZV. Das ist für uns eine Selbstverständlichkeit. Schließlich sind wir unter anderem mit dem Ziel angetreten, die Arzt-Patienten-Beziehung zu stärken und die KZV schlank zu machen. Die Kompetenz muß wieder mehr in die einzelne Praxis verlagert werden. Da ist es absolut kontraproduktiv, diese Kompetenz erneut an andere übertragen zu wollen. Das gilt vor allem auch für die Seite der Honorierung, wo bereits andere Institutionen warten, um mit den von der KZV weg-gegangenen Aufgaben und den Ängsten mancher Kolleginnen und Kollegen Geschäfte zu machen.

Außerdem ist gegenwärtig zu beobachten, daß mannigfaltige „Fortbildungsangebote“ zu den neuen gesetzlichen Regelungen angepriesen werden. Man muß eindeutig sagen, daß zum jetzigen Zeitpunkt, da weder das Gesetz den parlamentarischen Weg genommen noch die Details der Festzuschußregelung geklärt sind, niemand eine brauchbare Anleitung für die Zukunft geben kann. Hier sollte man sich darauf verlassen, daß zu gegebener Zeit die Standesorganisationen, vor allem der Freie Verband, mit der entsprechenden Kompetenz informieren werden.

Wenn in diesem Jahr das Festzuschußmodell im Bereich Zahnersatz eingeführt wird, ist in diesem Tätigkeitsgebiet unser Reformkonzept in wesentlichen Elementen verwirklicht. Wir Zahnärzte sagen aber auch, daß die präventiven Elemente der zahnärztlichen Behandlung in den Vordergrund treten müssen. Da paßt es überhaupt nicht, wenn die Krankenkassen jetzt argumentieren, die Individualprophylaxe sei gesundheitspolitisch umstrit-

ten und viel zu teuer. Letzteres stimmt sicher, wenn man die Individualprophylaxe als Sachleistung mit der sprichwörtlichen Gießkanne über die Versicherten ausgießen will. Auch hier kann das Problem nur mit einer Kostenerstattungsregelung und Festzuschüssen gelöst werden.

Auch ohne Zutun der Krankenkassen werden die präventiven Aspekte in der Betreuung unserer Patienten immer größere Bedeutung gewinnen. Der zahnärztlichen Praxis mit ihrem professionellen Prophylaxeangebot für die Patienten wird die Zukunft gehören. Auch hier ist Motivation gefragt. Überaus wichtig ist die Zuwendung zu unseren kleinsten Patienten. Bitte beteiligen Sie sich, wenn möglich, durch Betreuung einer Kindereinrichtung an der Arbeit der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege. Im Januar müssen die neuen Verträge abgeschlossen werden. Für die Größeren ist die individuelle prophylaktische Betreuung in der Praxis der Weg, der Zahnschäden weitestgehend ausschließt. Die Umstellung auf eine präventive Zahnheilkunde in unseren Praxen ist die Herausforderung der nächsten Jahre.

P. Luthardt

Kammerversammlung der Landes Zahnärztekammer Thüringen

Neuregelungen in der zahnärztlichen Versorgung

Ein Hauptthema der Kammerversammlung am 30. November 1996 sowie des Referates des Präsidenten Dr. Jürgen Junge war das Gesetz über die Beitragsentlastung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Für die Zahnärzte beinhaltet es Leistungsveränderungen, die per Gesetz am 1.11.1996 in Kraft getreten sind:

Implantologische Leistungen einschließlich der Suprakonstruktionen – funktionsanalytische und funktions-therapeutische Maßnahmen – werden nicht mehr von den Krankenkassen bezuschußt; für nach dem 31.12.1978 geborene Versicherte besteht nur noch Anspruch auf Zahnersatz aufgrund von Unfällen, nicht vermeidbaren Erkrankungen des Kausystems, schweren Allgemeinerkrankungen und deren Folgen sowie deren Behandlung. Hier werde die Tätigkeit der Kollegenschaft im Bereich der zahnmedizinischen Prävention gewürdigt – dies habe die Politik zur Kenntnis genommen. Den Praxen, die bisher noch nicht präventiv ausgerichtet sind, werde dringend empfohlen, ihr Praxiskonzept entsprechend zu überprüfen.

Zur Problematik der Mehrkostenregelungen bei Füllungen wurden noch einmal die neuen Bestimmungen erläutert:

Wählen Versicherte eine über die ausreichende und zweckmäßige Versorgung hinausgehende Leistung, so haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Eine schriftliche Vereinbarung zwischen Zahnarzt und Patient sollte in diesen Fällen vor der Behandlung abgeschlossen werden. **Diese Regelung gelte jedoch nicht für den Austausch intakter Füllungen!**

Der Gesetzentwurf über das 2. GKV-Neuordnungsgesetz beinhaltet einschneidende Neuordnungen der Strukturen der zahnmedizinischen Versorgung im Bereich der Prophylaxe

und des Zahnersatzes. Die Umsetzung des Konzeptes von Vertrags- und Wahlleistungen stehe mit diesem Gesetz bevor.

Der Präsident ging auf Einzelheiten ein:

„Erstens:

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf individualprophylaktische Leistungen. Diese umfassen Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahnsenkung. Dabei sind Maßnahmen zu bevorzugen, die Versicherte selbst durchführen können.

Zweitens:

Versicherte, die vor dem 1. Januar 1979 geboren sind, haben Anspruch auf einen Festzuschuß zu der im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung durchgeführten medizinisch notwendigen Behandlung mit Zahnersatz und zahntechnischen Leistungen. Der Zahnersatz umfaßt auch Zahnkronen.

Drittens:

Die Krankenkasse erfüllt ihre Leistungspflicht gegenüber dem Versicherten, indem sie den Festzuschuß an den Versicherten zahlt. Also der Zahlungsanspruch des Vertragszahnarztes richtet sich gegen den Versicherten – der lange von uns geforderte Einstieg in die Kostenerstattung. Die Festzuschüsse haben die zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehörenden prothetischen Versorgungsformen zu umfassen, insbesondere für Kronen, für Totalprothesen, für zu ersetzende Zähne auf der Basis von herausnehmbarem Zahnersatz, Brücken und Kombinationsversorgung.

Viertens:

Abrechnungsgrundlage für die Versorgung mit Zahnersatz ist die Gebührenordnung für Zahnärzte. Der Zahlungs-

anspruch des Vertragszahnarztes gegenüber dem Versicherten ist bei vertragszahnärztlichen Versorgungsformen für die Dauer von zwei Jahren auf das 1,7fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte begrenzt, im Bereich der neuen Bundesländer auf das 1,76fache.

Während einer Übergangsphase von zwei Jahren gilt also diese sog. Sicherheitslinie, und wir hoffen nur, daß vielleicht im Rahmen der noch ausstehenden Verhandlungen diese Sicherheitslinie etwas erhöht wird bzw. daß wir keine Enttäuschung erleben, was die Begrenzung auf zwei Jahre betrifft.

Neben diesen, die Prophylaxe und den Zahnersatz betreffenden Neuregelungen gibt es die sog. Deregulierung und Rechtsvereinfachung, und danach werden die Vorschriften über

- die Degression,
- das Bundesleistungsverzeichnis und die zahntechnischen Vergütungen,
- die Schiedsämter für zahntechnische Leistungen,
- die nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung bei der Kostenerstattung für Zahnersatz und kieferorthopädische Leistungen und
- die Bestimmungen zur Ausstattung von praxiseigenen Labors gestrichen.

Eine weitere Veränderung betrifft die Versicherungsrechte. Nach § 13 Abs. 2 des SGB V können Versicherte anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung für Leistungen wählen, die sie von den im 4. Kapitel genannten Leistungserbringern in Anspruch nehmen. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte.“

Mit diesen Gesetzen solle unnötige Bürokratie abgebaut und die Gestaltungsmöglichkeiten für Krankenkassen



sen und Vertragszahnärzte erweitert werden. Gleichzeitig sollen die Eigenverantwortung der Versicherten erhöht und zusätzliche Anreize zur Prävention und Zahnerhaltung geschaffen werden.

Kammerpräsident Dr. Junge ging auch auf die Vertreterversammlung der KZBV und die Bundesversammlung der BZÄK ein, über deren Ablauf ausführlich in den letzten zm-Ausgaben nachgelesen werden kann.

Über die Arbeit des Vorstandes der LZKTh berichtete er im Anschluß. Viel Zeit und Überlegungen wurden mit dem bereits in der letzten Kammerversammlung besprochenen Umzug in ein gemeinsames Zahnärztheaus in der Rathenaustraße investiert. Neben dem politischen Ziel, Kassenzahnärztliche Vereinigung, Zahnärztekammer, Deutsche Apotheker- und Ärztekbank sowie ein Büro des Freien Verbandes in einem gemeinsamen Zahnärztheaus unterzubringen, standen die wirtschaftlichen Bedenken, die mit einem Umzug in dieses Haus verbunden gewesen wären.

Die ursprünglich von der Steinhoff-Gruppe, der das Haus in der Rathenaustraße/Theo-Neubauer-Straße gehört, gegebene Zusage zur Über-

nahme des bis zum Jahre 2002 bestehenden Mietvertrages in der Mittelhäuser Straße und eines Teils der Investitionskosten, die in diesem Haus noch nicht abgewohnt sind, sei bei der Vertragsgestaltung Anfang November nicht mehr berücksichtigt worden.

Der grundsätzliche Beschluß des Vorstandes vom 9.10.1996, dieses gemeinsame Haus zu beziehen, mußte in einer außerordentlichen Vorstandssitzung am 13.11.96 rückgängig gemacht werden. Die Umsetzung dieses politischen Zieles hätte etwa eine Million DM gekostet. Der Vorstand habe sich nicht entschließen können, diese Summe den Thüringer Zahnärzten zuzumuten.

Besonders bedauerlich sei es, daß damit das Projekt einer Fortbildungseinrichtung zunächst zurückgestellt werden mußte. Da aber die Möglichkeit bestehe, im Klinikum in der Nordhäuser Straße noch für etwa zwei Jahre Fortbildungsveranstaltungen durchzuführen, soll bis zu diesem Zeitpunkt eine Lösung gefunden werden.

Ein weiteres wichtiges Ereignis war der 3. Thüringer Zahnärztag in Suhl. Die sehr guten Bedingungen im Congress Centrum und die wissenschaftliche Leitung durch Herrn Prof. Wirz

gewährleisteten einen gut organisierten Zahnärztag. 490 Zahnärztinnen und Zahnärzte, 460 Zahnärzthelferinnen und 76 Dentalaussteller nahmen daran teil. Die Prophylaxeveranstaltung der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege fand reges Interesse bei Kindern und Erwachsenen der Stadt Suhl.

Auf dem Gebiet der Fortbildung werde für 1997 ein zweiter IUZ-Zyklus vorbereitet. Dr. Junge bat die Delegierten, interessierte Kolleginnen und Kollegen schon jetzt auf diese Veranstaltung hinzuweisen.

In der Diskussion zum Bericht ging es nochmals um die Neuordnung der Bundeszahnärztekammer, um die Situation Zahnärztheaus und die Tischvorlage „Entwurf Berufsordnung“. Der Entwurf der Berufsordnung soll in den Kreisstellen mit den Kollegen diskutiert werden, um der Kammer Anregungen und Vorschläge zur Aufnahme in die Berufsordnung zu unterbreiten.

Herr Böcke berichtete in Vertretung des Vorsitzenden des Haushaltsausschusses, Herrn Dr. Obermüller, über die Beratung des Haushaltsausschusses in Anwesenheit des Präsidenten und der Geschäftsführung am 23.10.96. Im Ergebnis dieser Beratung sei der Haushaltsausschuß zu der Auffassung gelangt, daß der Geschäftsleitung der LZKTh ein sparsamer Umgang mit den von allen Zahnärzten erarbeiteten Geldern bescheinigt werden kann.

Die Anträge an die Kammerversammlung standen als Top 8 auf der Tagesordnung. Nachfolgend der volle Wortlaut und die Ergebnisse der Abstimmung.

red.

Wir gratulieren!

zum 75. Geburtstag
am 17.1.

Herrn Dr. Kurt Eberhard
Am Volkshaus 14, 98673 Eisfeld

zum 70. Geburtstag
am 30.1.

Herrn Dr. Dietrich Berlinghoff
Westbahnhofstraße 2a, 07745 Jena

zum 65. Geburtstag
am 6.1.

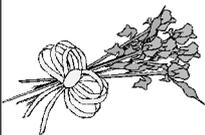
Herrn SR Arkadius Kokott
Bahnhofstraße 27, 99842 Ruhla

zum 60. Geburtstag
am 24.1.

Herrn Dr. med. dent. Horst Köhler
Saalfelder Straße 5a, 07338 Leutenberg

zum 60. Geburtstag
am 28.1.

Frau Dr. med. dent. Elisabeth Stech
Westbahnhofstraße 2, 07745 Jena



Anträge an die Kammerversammlung und deren Beschlüßfassungen

Antrag Nr. 24/96

Antragsteller: Vorstand der Landes Zahnärztekammer Thüringen
Betreff: Haushaltsplan der Landes Zahnärztekammer Thüringen 1997

Beschlußtext:

Die Kammerversammlung beschließt den vorgelegten und vom Haushaltsausschuß bestätigten Haushaltsplan der Landes Zahnärztekammer Thüringen für 1997.

Wortlaut der Begründung:

Auf der Grundlage des § 6 (i) der Satzung der Landes Zahnärztekammer Thüringen ist jährlich der Haushaltsplan aufzustellen. Der vorliegende Haushaltsplan wurde am 23. Oktober 1996 vom Haushaltsausschuß der Kammerversammlung geprüft und zur Beschlußfassung empfohlen.

Die Kammerversammlung möge den Haushaltsplan einschließlich des Stellenplanes für das Jahr 1997 beschließen.

Der Antrag wurde mehrheitlich angenommen.

Antrag Nr. 25/96

Antragsteller: Vorstand der Landes Zahnärztekammer Thüringen und Verwaltungsrat des VZTh
Betreff: Haushaltsplan des Versorgungswerkes der LZKTh 1997

Beschlußtext:

Die Kammerversammlung beschließt mehrheitlich den vom Vorstand und vom Verwaltungsrat des Versorgungswerkes vorgelegten und vom Haushaltsausschuß bestätigten Haushaltsplan des Versorgungswerkes der Landes Zahnärztekammer Thüringen für das Jahr 1997.

Wortlaut der Begründung:

Auf der Grundlage des § 6 (i) der Satzung der Landes Zahnärztekammer Thüringen ist jährlich der Haushaltsplan für das Versorgungswerk der LZKTh aufzustellen.

Der vorliegende Haushaltsplan wurde am 23. Oktober 1996 vom Haushaltsausschuß der Kammerversammlung geprüft und zur Beschlußfassung empfohlen.

Die Kammerversammlung möge den Haushaltsplan des Versorgungswerkes für das Jahr 1997 beschließen.

Der Antrag wurde einstimmig angenommen.

Antrag Nr. 26/96

Antragsteller: Vorstand der Landes Zahnärztekammer Thüringen und Verwaltungsrat des VZTh
Betreff: 1. Dynamisierung für die bis zum 31. 12. 1996 eingewiesenen Ruhegeldzahlungen zum 01. 01. 1997 in Höhe von 8 %
2. Festlegung der Rentenbemessungsgrundlage für 1997 in Höhe von 59.532,00 DM

Beschlußtext:

Die Kammerversammlung beschließt aufgrund der Ergebnisse der versicherungsmathematischen Bilanz zum 31. 12. 1995 die Dynamisierung der zum 31. 12. 1996 eingewiesenen Ruhegeldzahlungen in Höhe von 8 % sowie die Festlegung der Rentenbemessungsgrundlage für 1997 in Höhe von 59.532,00 DM.

Wortlaut der Begründung:

Auf Vorschlag des Verwaltungsrates des Versorgungswerkes und aufgrund der Ergebnisse der von Herrn Dipl.-Mathematiker G. Ruppert erstellten versicherungstechnischen Bilanz empfiehlt der Vorstand der Landes Zahnärztekammer Thüringen der Kammerversammlung die Dynamisierung der zum 31. 12. 1996 bereits eingewiesenen Ruhegeldzahlungen in Höhe von 8 % sowie die Festlegung der Rentenbemessungsgrundlage für 1997 in Höhe von 59.532,00 DM.

Der Antrag wurde mehrheitlich angenommen.

Antrag Nr. 27/96

Antragsteller: Vorstand der Landes Zahnärztekammer Thüringen und Verwaltungsrat des VZTh
Betreff: Änderung § 29 (5) der Satzung des Versorgungswerkes der LZKTh

Beschlußtext:

Die Kammerversammlung beschließt, daß der § 29 (5) der Satzung des Versorgungswerkes der LZKTh ersatzlos gestrichen wird.

Wortlaut der Begründung:

Anläßlich der Wirtschaftsprüfung im Jahr 1996 wurde festgestellt, daß der § 29 (5) der Satzung des Versorgungswerkes der LZKTh gegenüber dem § 10 der Satzung der LZKTh eine widersprüchliche Regelung enthält. Zur rechtlichen Klarstellung hinsichtlich der Entscheidung über die Verwendung des Hilfsfonds ist der § 29 (5) der Satzung des Versorgungswerkes der LZKTh ersatzlos zu streichen. Die Verwaltung des Hilfsfonds bleibt weiterhin beim Versorgungswerk.

Der Antrag wurde mehrheitlich angenommen.

Antrag Nr. 28/96

Antragsteller: Vorstand der Landes Zahnärztekammer Thüringen
Betreff: Änderung § 11 (1) der Weiterbildungsordnung für Thüringer Zahnärzte

Beschlußtext:

§ 11 (1) 1. Satz der Weiterbildungsordnung für Thüringer Zahnärzte ist durch „oder sind“ zu ergänzen und lautet dann:
„Die Anerkennung einer Gebietsbezeichnung kann zurückgenommen werden, wenn die für die Anerkennung erforderlichen Voraussetzungen nicht gegeben waren oder sind.“

Wortlaut der Begründung:

Der bisherige Wortlaut läßt eine Zurücknahme der Gebietsbezeichnung nur zu, wenn sich herausstellen sollte, daß die Voraussetzungen für die Führung derselben zum Zeitpunkt der Prüfung nicht vorhanden waren. Die Zurücknahme einer Gebietsbezeichnung zu einem späteren Zeitpunkt wäre damit explizit nicht gegeben. Um diesen Mangel auszugleichen, ist der § 11 (1) 1. Satz wie oben benannt zu korrigieren. Der § 12 der Weiterbildungsordnung – Widerspruchsrecht – bleibt davon unberührt.

Der Antrag wurde einstimmig angenommen.

Antrag Nr. 29/96

Antragsteller: Vorstand der Landes Zahnärztekammer Thüringen
Betreff: Änderung §§ 3 (2), 5 (2) und 8 (5, 6) der Geschäftsordnung der Kammerversammlung der LZKTh
Beschlußtext:
Die Geschäftsordnung der Kammerversammlung der LZKTh ist in den §§ 3 (2), 5 (2) und 8 (5, 6) lt. Anlage zu ändern.

Anlage:

§ 3

Aufgaben des Vorsitzenden der Kammerversammlung

(2)
Die Mitglieder der Kammerversammlung sind unter Bekanntgabe der Tagesordnung oder der Gegenstände der Verhandlung schriftlich einzuladen. Zwischen dem Zugang der Ladung und dem Sitzungstag sollen mindestens **drei** Wochen liegen. In dringenden Fällen kann auf Antrag des Vorstandes die Ladungsfrist bis auf eine Woche abgekürzt werden. Die Einladung ist im Thüringer Zahnärzteblatt zu veröffentlichen.

§ 5

Redeordnung

(2)
Redeberechtigt sind die Mitglieder der Kammerversammlung, des Vorstandes **und der Geschäftsführung**. In besonderen Fällen kann der Versammlungsleiter einem Teilnehmer, der nicht **dem in Satz 1 aufgeführten Personenkreis** angehört, das Wort erteilen.

§ 8

Beschlußfähigkeit und Abstimmung

(5)
Für alle Abstimmungen gilt, soweit nicht die Satzung etwas anderes bestimmt, die einfache Mehrheit der abgegebenen gültigen Stimmen; **Stimmhaltungen bleiben bei der Willensbildung unberücksichtigt**.

(6)
Ungültig sind Stimmen, die den Willen des Abstimmenden nicht mit Sicherheit erkennen lassen und Stimmen, die in keinem Zusammenhang mit der Abstimmungssache oder dem Gegenstand, für den abgestimmt wird, stehen.

Wortlaut der Begründung:

§ 3 (2)

Mit dieser Änderung wird der in § 5 (2) der Satzung der LZKTh festgelegten Zeit von 3 Wochen entsprochen.

§ 5 (2)

Klarstellung der redeberechtigten Personen.

§8 (5)

Eindeutige Regelung für die Bewertung der abgegebenen Stimmen. Die Passagen in Absatz 5 und 6 wurden entsprechend ihrer Wertigkeit ausgetauscht.

§ 8 (6)

Redaktionelle Änderung

Über den Antrag wurde im einzelnen wie folgt abgestimmt:

§ 3 (2) einstimmig angenommen

§ 5 (2) mehrheitlich abgelehnt

§ 8 (5, 6) mehrheitlich abgelehnt

Antrag Nr. 30/96

Antragsteller: Vorstand der Landes Zahnärztekammer Thüringen
Betreff: Änderung der Punkte 1, 3, 4 und 6 der Sitzungskosten- und Reisekostenordnung für Berufsangehörige und Angestellte der LZKTh

Beschlußtext:

Die Sitzungskosten- und Reisekostenordnung für Berufsangehörige und Angestellte der LZKTh ist in den Punkten 1, 3, 4 und 6 lt. Anlage zu ändern.

1. Fahrtkostenentschädigung

- a) Bundesbahn 1. Klasse einschl. Zuschlägen, bei Benutzung des Schlafwagens Kosten für Schlafwagen.
- b) Bei Benutzung des eigenen Kraftwagens **DM 1,00** je Kilometer.

3. Übernachtungskosten

Für die Übernachtung während der Reise in Hotels wird für jede Übernachtung ein Pauschalbetrag von DM 50,- gezahlt. Für den Fall, daß in **Orten mit allgemein höheren Übernachtungspreisen** der vorgenannte Pauschalbetrag nicht ausreicht, kann Erstattung nach den vorgelegten Belegen, soweit sie sich im Rahmen halten, erfolgen. Ein Wechsel des Verfahrens ist innerhalb der einzelnen Dienstreisen nicht zulässig.

4. Sitzungsgeld

Der Zeitaufwand für Sitzungen und für die An- und Rückreise dazu wird nach folgender Regelung vergütet:

- a) Für Sitzungen, für die eine Abwesenheit von der Praxis oder der Wohnung vor 18 Uhr notwendig ist, bei

mehr als 2 bis 6 Stunden	DM 400,00
mehr als 6 Stunden	DM 600,00
- b) Für Sitzungen in den Abendstunden an Kalendertagen, die so beginnen, daß eine Abwesenheit von der Praxis oder der Wohnung ab 18 Uhr notwendig ist (Abendsitzungen).

für jede vollendete halbe Stunde	DM 40,00
jedoch nur zu einem Höchstbetrag von	DM 200,00
- c) Beginnt die Anreise zu einer Sitzung am Vortag oder vor 6.30 Uhr am Sitzungstag oder fällt die Rückreise auf den Tag nach der Sitzung je An- und Rückreise eine Pauschale von DM 80,00
- d) **Ist die An- bzw. Abreise mit Praxisausfall verbunden, so wird nach Absatz a) vergütet.**

Sitzungsgeldberechtigt sind die Mitglieder des Vorstandes **und der Kammerversammlung** und Zahnärzte, die vom Vorstand **oder der Kammerversammlung** mit besonderen Aufgaben betraut worden sind.

6. Anmerkungen

- a) Soweit durch den Erhalt von Beträgen nach den Sätzen der Reisekostenordnung Steuerpflicht entsteht, obliegt die Abführung der Steuer dem Empfänger selbst, bei Angestellten der LZKTh unter Belastung des zahlungspflichtigen Angestellten über sein Gehaltskonto.
- b) Der Anspruch auf Reisekostenvergütung erlischt, wenn er nicht binnen eines halben Jahres nach Beendigung der Dienstreise geltend gemacht wird.
- c) Eine Abrechnung nach der Sitzungs- und Reisekostenordnung kann nur für die Ausübung dienstlicher Obliegenheiten erfolgen. Hierzu ist bei der LZKTh ein Auftrag des Präsidenten oder – bei dessen Verhinderung – des Vizepräsidenten und bei dem Verwaltungsrat der VZTh ein Auftrag seines Vorsitzenden oder – bei dessen Verhinderung – des Stellvertreters erforderlich.
- d) **Die Sitzungskosten- und Reisekostenordnung wurde von der Kammerversammlung am 30.11.1996 beschlossen. Sie tritt in dieser Fassung mit Wirkung vom 1. Januar 1997 in Kraft und ist bis auf Widerruf und Beschluß der Kammerversammlung gültig.**

Wortlaut der Begründung:

1b) Die Erhöhung des Kilometergeldes entspricht dem durchschnittlichen Aufwand.

3. Redaktionelle Änderung

4d) Mit der bisherigen Regelung konnte Praxisausfall an den An- und Rückreisetagen nur mit 80,- DM vergütet werden.
Mit der Neuregelung des Punktes 4 (d) kann dem Praxisausfall am An- und Rückreisetag entsprochen werden.

Redaktionelle Änderung

6d) Redaktionelle Änderung

Der Antrag wurde mehrheitlich angenommen.

Termine der Kammerversammlung 1997:

05.07.1997 (Termin wurde geändert; 1 Woche später als ursprünglich vorgesehen)

29.11.1997

Ermächtigung zur Weiterbildung auf dem Gebiet „Oralchirurgie“

Der Vorstand der Landes Zahnärztekammer Thüringen hat folgendem Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, zusätzlich zu den bisher ermächtigten, die Ermächtigung zur Weiterbildung auf dem Gebiet „Oralchirurgie“ erteilt.

Ermächtigter Zahnarzt	WB-Einrichtung	Ermächtigungsbeginn
Dr. sc. med. Klaus H. W. Trümper Kleine Mühlstraße 155 06578 Kannawurf	Boyneburgufer 5 99084 Erfurt Tel.: 03 61/65 93 20	29.11.1996 (Weiterbildungszeit von bis zu 1 Jahr)

Zum Titelbild:

Klassikerstraße Thüringen – 300 Kilometer voller Entdeckungen und Erlebnisse

In den nächsten Ausgaben des „tzb“ werden wir Sehenswürdigkeiten der Klassikerstraße Thüringen vorstellen.

Heute:

Wartburgstadt Eisenach: Berühmter Musenhof seit dem Mittelalter

Weithin sichtbares Wahrzeichen Eisenachs: die Wartburg

Die in waldreicher Umgebung über Eisenach thronende Wartburg machte die Stadt weit über Thüringen hinaus berühmt.

Wo ein Jahrhundert lang die Heilige Elisabeth lebte, befand sich im Mittelalter auch einer der berühmtesten Musenhöfe. Das als Sängerkrieg bekannte Wett- und Rätselsingen im Palas der prächtigen Burg ist lebendig bis in die Gegenwart.

Nicht minder jene Zeit, in der Martin Luther als Junker Jörg getarnt auf der Burg die Bibel übersetzte.

Der historische Marktplatz mit schiefem Rathaus-Turm, ein architektonisch sehr interessantes historisches Villen-Viertel, Wirkungsstätten des hier geborenen Johann Sebastian Bach sowie Museen und Sammlungen garantieren einen abwechslungsreichen Aufenthalt.

Das Foto wurde uns freundlicherweise vom Thüringer Landesfremdenverkehrsverband in Erfurt zur Verfügung gestellt.



Am 23. Oktober 1996 tagten in Erfurt Vorstand und Mitgliederversammlung der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Thüringen. In diesem Rahmen referierte Frau Priv.-Dozentin Dr. Roswitha Heinrich-Weltzien zum Thema der Gruppenprophylaxe. Sie hat uns freundlicherweise diesen Vortrag zur Veröffentlichung im tzb zur Verfügung gestellt.

Möglichkeiten der gruppenprophylaktischen Betreuung von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko

R. Heinrich-Weltzien

Epidemiologische Kariesrisiko-Definition

Zu Beginn der achtziger Jahre wurde erstmalig über einen Kariesrückgang – caries decline – und die begleitenden Veränderungen des Kariesbefalls in der kindlichen und jugendlichen Population der Industrieländer berichtet. Bis in die Gegenwart bestätigen epidemiologische Studien diesen Trend der Kariesdynamik, der neben der Zunahme von Kindern mit kariesfreien Gebissen auch eine Polarisierung des Kariesbefalls offenbart. Danach entfallen 70 bis 80 % der kariösen Zähne auf etwa 20 bis 30 % aller Kinder, die somit als Kariesrisiko-Patienten charakterisiert werden müssen und einer verstärkten zahnärztlichen Betreuung bedürfen, um einer anhaltenden Gebißdestruktion Einhalt zu gebieten.

In den vergangenen Jahren wurde auch in Deutschland ein Kariesrückgang mit zunehmender Polarisierung des Kariesbefalls bei Kindern und Jugendlichen beobachtet. Die dennoch hohe Kariesverbreitung mit ihrer ungleichen Verteilung ist aber Zeichen

dafür, daß die Karies nach wie vor ein sozialmedizinisches Problem ist, und die Prävention nicht dem Selbstlauf überlassen werden darf. Das Angebot einer gezielten Intensivprophylaxe für Kariesrisiko-Kinder setzt allerdings deren rechtzeitige Erkennung und nachfolgende Einbeziehung in Betreuungsprogramme zur Erhaltung der Zahngesundheit voraus.

Der Kariesbefall – Screeningkriterium zur Erfassung des Kariesrisiko-Kindes in der schulzahnärztlichen Reihenuntersuchung

Das derzeit in Deutschland praktizierte Verfahren zur Erfassung des Kariesrisiko-Kindes im Rahmen der zahnärztlichen Reihenuntersuchungen basiert auf der Registrierung des individuellen Kariesbefalls. Danach wird ein Kind als Kariesrisiko-Patient eingeordnet, wenn sein Kariesbefall den von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) empfohlenen altersbezogenen Grenz-

wert-dmft/DMFT aufweist bzw. übersteigt (Tab. 1). Bei dieser Vorgehensweise werden manifeste kariöse Schäden der Kariesrisiko-Einschätzung zugrundegelegt, so daß den derzeitigen Möglichkeiten, dem kariösen Prozeß generell präventiv zu begegnen, keine Chance eingeräumt wird.

Zur Notwendigkeit regionaler Kariesrisiko-Definitionen *)

Die Empfehlungen der DAJ lassen weiterhin regionale Unterschiede im Kariesbefall außer acht. Nach kariesstatistischen Analysen sind jedoch beide Parameter bedeutsame Einflußgrößen für die Definition der Kariesrisiko-Gruppe. Der in den Abbildungen 1 und 2 dargestellte Konzentrationsverlauf der Karies (Lorenzkurven) von 12jährigen Schülern der Stadt Erfurt und des Ennepe-Ruhr-Kreises, Nordrhein-Westfalen, spiegelt beispielsweise die örtlichen Unterschiede der Kariespolarisierung deutlich wider. Der Kurvenverlauf ergibt sich dabei aus der aufsteigenden Summation des flächenbezogenen Kariesbefalls über die Summation der Kinder, wobei die Summation der Kinder und des Kariesbefalls als Prozentwert der Gesamtzahl ausgedrückt wird. In dem gruppenprophylaktisch gut betreuten westfälischen Kreis vereinen 20 % der 12jährigen Schüler 28 % der kariösen Zahnflächen auf sich, während in der Stadt Erfurt immerhin 56% aller kariösen Zahnflächen auf den gleichen Anteil 12jähriger entfallen (Abb. 1). Wird der 50%-Anteil aller DMF-Flächen als Bezugsgröße gewählt, so konzentriert sich dieser Kariesbefall im Ennepe-Ruhr-Kreis auf 11 % und in

Tabelle 1: Erfassung von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko in der zahnärztlichen Reihenuntersuchung nach den Kriterien der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ)

>	2- bis 3jährige:	dmft > 0
>	4jährige:	dmft > 2
>	5jährige:	dmft > 4
>	6- bis 7jährige:	dmft/DMFT > 5 oder DT > 0
>	8- bis 9jährige:	dmft/DMFT > 7 oder DT > 2
>	10- bis 12jährige:	DMFS an Approximal-/Glattflächen > 0

Erfurt auf 26 % der 12jährigen (Abb. 2). Des weiteren unterschieden sich beide Regionen in ihrem Anteil kariesfreier Kinder (Kurvenbeginn auf der x-Achse in Abb. 1 und 2); während 51 % aller 12jährigen im Ennepe-Ruhr-Kreis kariesfreie bleibende Zähne aufweisen, sind dies in Erfurt lediglich 19 % der gleichaltrigen Schüler. Die Forderung nach einer regionalen Definition der Kariesrisiko-Gruppe, die

- die Kariesfrequenz (prozentualer Anteil kariös betroffener Individuen),
- den Kariesbefall (Höhe der kariösen Gebißzerstörung),
- das Alter der Zielgruppe (altersabhängige Kariesanfälligkeit),
- die Festlegung der Zielgröße (graduierter Kariesbefall oder Kariesfreiheit) sowie
- verfügbare Ressourcen zur gruppenprophylaktischen Betreuung (Prophylaxe-Personal und Sachmittel)

berücksichtigt, wird mit den in Tabelle 2 aufgeführten DMFS-Grenzwert-Kategorien zur Festlegung der Größe der Kariesrisiko-Gruppe bei 8- und 12jährigen Schülern des Ennepe-Ruhr-Kreises untermauert. Unter Berücksichtigung des hohen Anteils kariesfreier Kinder (88,9 % bei den 8jährigen und 51 % bei den 12jährigen) und des durchschnittlichen Kariesbefalls (0,3 DMFS bei den 8jährigen und 2,5 DMFS bei den 12jährigen) in den entsprechenden Altersgruppen sowie des verfügbaren Prophylaxepersonals werden 8jährige mit einem DMFS ≥ 2 und 12jährige mit einem DMFS ≥ 3 in dem westfälischen Kreis bereits als Kariesrisiko-Kinder eingestuft. Bei dieser Grenzwertziehung konzentrieren sich 86,8 % aller DMF-Flächen auf die kleine Gruppe von 6,8 % der 8jährigen, und bei den 12jährigen vereinen 33,5 % der Schüler 90 % der DMF-Flächen auf sich. Für beide Altersgruppen liegt die konkretisierte altersbezogene regionale Kariesrisiko-Definition des Ennepe-Ruhr-Kreises deutlich unter den von der DAJ für

Abb. 1.

Polarisation des Kariesbefalls
(Lorenzkurven)

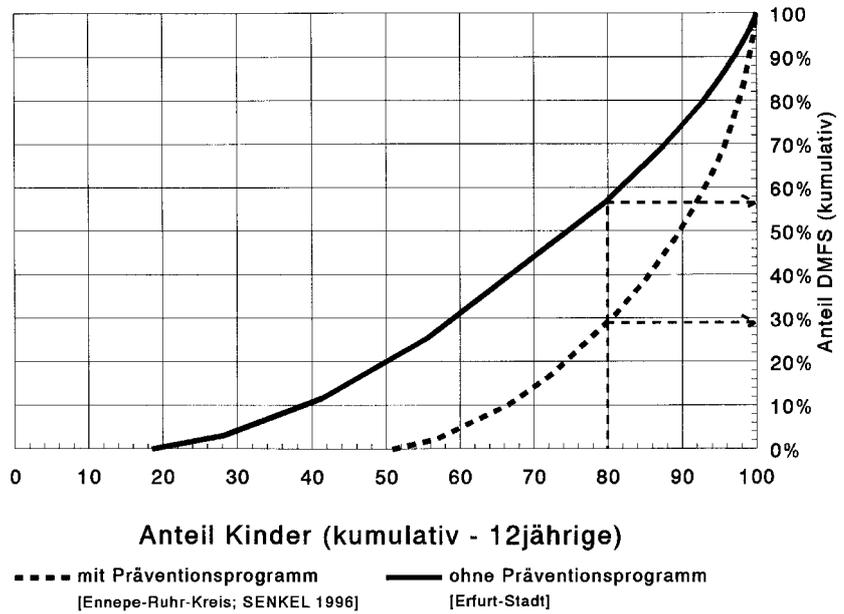
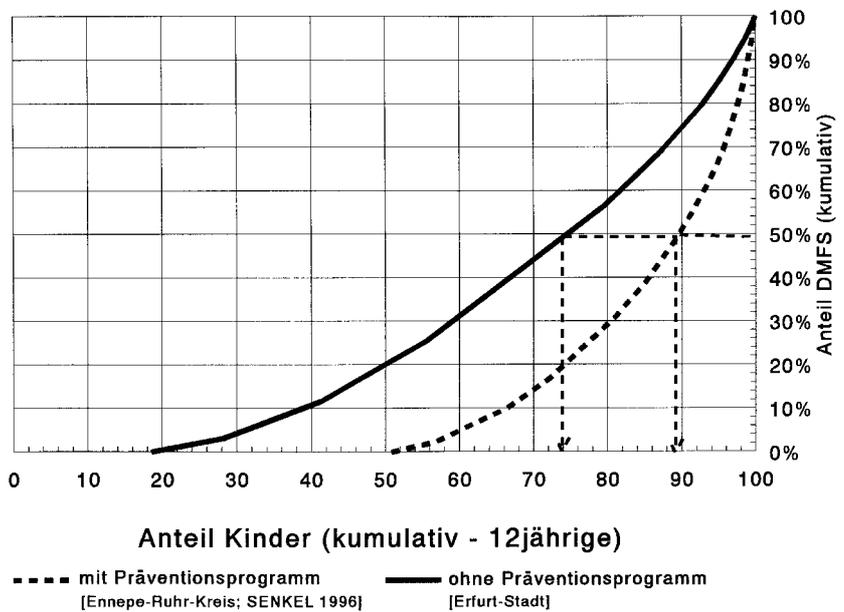


Abb. 2.

Polarisation des Kariesbefalls
(Lorenzkurven)



zahnärztliche Reihenuntersuchungen empfohlenen Grenzwerten des Kariesbefalls (siehe Tab. 2).

Schlußfolgernd ist aus dieser kariesstatistischen Analyse abzuleiten, daß für die Konzeption von regionalen Präventionsprogrammen für Kariesrisiko-Kinder eine altersbezogene Definition der Zielgruppe langfristig unabdingbar ist. Aufgrund des nach wie vor nur begrenzt verfügbaren Prophylaxepersonals müssen sich die Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege dieser Aufgabe stellen, wobei die Sicherung einer flächendeckenden Basisprophylaxe zum Nutzen aller Kinder stets im Blick zu behalten ist.

Klinische Symptomatologie bei Kariesrisiko-Kindern

Unabhängig von der Höhe des Kariesbefalls sollten in der zahnärztlichen Reihenuntersuchung auch die klinischen Anzeichen einer erhöhten individuellen Kariesgefährdung berücksichtigt werden.

Zur klinischen Symptomatologie bei Kariesrisiko-Kindern zählen:

- Zahlreiche initial kariöse Läsionen – Whitespots unterschiedlicher Lokalisation
- Verfärbte Fissuren und Grübchen sowie Molaren mit tiefem und höckrigem Fissurenrelief
- Mäßig bis stark verschmutzte Mundhöhle
- Gingivitis (in der Regel Schmutzgingivitis)
- Aktive kariöse Läsionen – Kavitationen
- Verändertes Kariesbefallsmuster – Karies an Höckern, unteren Frontzähnen, Zahnhalsregion
- Ausgeprägter Sekundärkariesbefall
- Zahlreiche und dabei ausgedehnte Füllungen

Darüber hinaus können auch individuelle und soziale Lebensumstände eine erhöhte Kariesgefährdung für das einzelne Kind mit sich bringen.

Tabelle 2: Erfassung von Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko in der zahnärztlichen Reihenuntersuchung auf der Grundlage regionaler Grenzwerte des Kariesbefalls für den Ennepe-Ruhr-Kreis

→ 8jährige:	88,9% aller Kinder sind im bleibenden Gebiß kariesfrei
	DMFS \geq 2 6,9% aller Kinder haben 86,8% aller DMF-Flächen
	DMFS \geq 3 4,2% aller Kinder haben 70,8% aller DMF-Flächen
→ 12jährige:	51% aller Kinder sind im bleibenden Gebiß kariesfrei
	DMFS \geq 3, 33,5% aller Kinder haben 90% aller DMF-Flächen
	DMFS \geq 4 27,6% aller Kinder haben 83% aller DMF-Flächen
	DMFS \geq 5 18,7% aller Kinder haben 69% aller DMF-Flächen

Bei fehlender adäquater zahnärztlicher Betreuung besteht ein erhöhtes Kariesrisiko bei

- sozial benachteiligten Kindern – in der Regel geringes familiäres Inanspruchnahmeverhalten von zahnärztlichen Leistungen, Vorherrschen von gesundheitsgefährdenden familiären Verhaltensweisen, niedriges Bildungsniveau der Eltern, eingeschränkte Kooperationsbereitschaft bei Schulkindern, ungepflegtes Erscheinungsbild,
- Kindern mit einer kieferorthopädischen Behandlung – insbesondere mit festsitzenden kieferorthopädischen Apparaturen und schlechter Mundhygiene sowie bei
- Kindern mit einem Allgemeinleiden – chronisch kranke Kinder, Kinder mit einer geistigen und körperlichen Behinderung.

Da häufig gerade bei Kariesrisiko-Kindern soziale Randbedingungen und/oder das gesellschaftliche Umfeld eine rechtzeitige zahnärztliche Hilfe und Unterstützung bei der Aufrechterhaltung ihrer Gebißgesundheit verhindern, sollte die Betreuung dieser Kinder nicht aus einer „arztzentrierten“ Abwartehaltung erfolgen, sondern durch eine „patientenzentrierte“ Betreuungsform, die offen auf die betroffenen Kinder zugeht, ersetzt werden. Voraussetzung dafür ist eine flächendeckende Reihenuntersuchung und

Gruppenprophylaxe, da nahezu alle Kariesrisiko-Kinder erreicht, identifiziert und einer bedarfsgerechten Intensivprophylaxe zugeführt werden können. **Generell ist für eine optimale zahnärztliche Betreuung von Kariesrisiko-Kindern eine enge Verflechtung von gruppen- und individualprophylaktischen Maßnahmen erforderlich.** In Abhängigkeit von den regionalen Bedingungen und vom Alter der Kinder kann daher die Intensivprophylaxe sowohl im Rahmen der Individualprophylaxe durch den niedergelassenen Zahnarzt als auch in der gruppenprophylaktischen Betreuung erbracht werden, wenn zuvor das Betreuungsziel, die Verantwortlichkeit und eine ausweisbare Erfolgskontrolle festgelegt wurden.

Betreuung von Kariesrisiko-Kindern im Vorschulalter

Die gruppenprophylaktische Betreuung ist vor allem im Vorschulalter zu favorisieren, da mundhygienische Anleitungen und Unterweisungen in vertrauten kleinen Gruppen und in gewohnter Umgebung langfristig einen weitaus größeren verhaltenssteuernden Einfluß ausüben und stärker zum Aufbau positiver sozialer Normen beitragen als ein individuell angeleitetes Verhaltenstraining. Unverzichtbar sind die Gebißsanierung und die Sicherung des Behandlungsergebnisses in das

Konzept der Betreuung von Kariesrisiko-Kindern auch im Vorschulalter einzubinden. Diese Leistungen sind jedoch nur in der zahnärztlichen Praxis zu erbringen, so daß eine gute Zusammenarbeit von Zahnärzten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit den niedergelassenen Zahnärzten die entscheidende Voraussetzung für eine gesundheitsorientierte Betreuung sind. Als Ergänzung der Basisprophylaxe stehen neben der Beratung der Eltern über ein zahngesundes Ernährungs- (zahnfreundliche Süßigkeiten) und Mundhygieneverhalten (Unterstützung bzw. Durchführung des Zähneputzens durch die Eltern) die Fluoridapplikation im Vordergrund der zahnärztlichen Betreuung.

Zusammenfassend sollte die gruppenprophylaktische Betreuung von Kariesrisiko-Kindern im Vorschulalter folgende Schwerpunkte beinhalten:

- Erfassung des Kariesrisiko-Kindes in der Reihenuntersuchung
- Information der Eltern über das erhöhte Kariesrisiko ihres Kindes und Verweisung zur Gebißsanierung und Präventivbetreuung in die zahnärztliche Praxis
- Absicherung einer flächendeckenden gruppenprophylaktischen Betreuung
 - Kindgerechtes und spielerisches Training einer altersadäquaten Zahnputztechnik (KAI-Technik) im Rahmen 4mal jährlich angeleiteter Zahnputzaktionen, die in Verantwortung von Patenschaftszahnärzten, Zahnärzten des ÖGD und/oder Prophylaxehelferinnen liegen können.
 - Verwendung der Elmex®-Kinderzahnpaste zur täglichen Gebißreinigung
 - Ernährungsberatung, Vorstellung zahnfreundlicher Nahrungsmittel und Süßigkeiten, Zubereitung zahngesunder Mahlzeiten (Frühstück)
 - Angstabbau und Motivation zum regelmäßigen Zahnarztbesuch

Bei behinderten, nicht gruppenprophylaxefähigen Vorschulkindern sind die Inhalte der Gruppenprophylaxe im Rahmen der zahnärztlichen Betreuung durch den niedergelassenen Zahnarzt zu erbringen.

Betreuung von Kariesrisiko-Kindern im Schulalter

Im Ergebnis zahlreicher Studien zur Effektivitätsprüfung unterschiedlicher Prophylaxeprogramme werden für besonders kariesgefährdete Kinder im Schulalter eine vierteljährliche professionelle Zahnreinigung in Verbindung mit einer Fluoridverabreichung und antibakteriellen Therapie mit chlorhexidinhaltigen Präparaten (Spüllösung, Gel, Lack) als effiziente Maßnahmen einer Intensivprophylaxe empfohlen. Darüber hinaus wird die Fissurenversiegelung als effektivste Maßnahme zur Vorbeugung der Okklusalkaries der bleibenden Zähne nach deren unmittelbarem Zahndurchbruch gewertet und als integraler Bestandteil einer Intensivprophylaxe betrachtet.

Obwohl keine unmittelbare kariespräventive Wirkung durch die Ernährungslenkung sowie mit den Empfehlungen zur Verbesserung der häuslichen Mundhygiene (Motivation und Instruktion zu speziellen Reinigungstechniken z. B. Verwendung von Zahnseide) erwartet wird, so sind diese Elemente dennoch in eine Intensivbetreuung zu integrieren. Letztere zielen dabei vor allem auf mehr Eigenverantwortung für die Gebißgesundheit und die Vorbeugung von parodontalen Erkrankungen ab. Die Ernährungsberatung sollte sich darüber hinaus auf eine Reduktion der Zuckeraufnahmefrequenz konzentrieren, wobei besonders zahnfreundliche Süßigkeiten als „süße Alternativen“ zu empfehlen sind. Die Zubereitung vollwertiger, zahngesunder und dabei schmackhafter Mahlzeiten wird im Rahmen der Gruppenprophylaxe bislang nur dort praktiziert, wo eine Ökotrophologin dem Prophylaxeteam des Öffentli-

chen Gesundheitsdienstes angehört; gegenwärtig sind 12 Ökotrophologinnen (!) in der Bundesrepublik Deutschland tätig.

Zusammenfassend lassen sich für gruppenprophylaktische Betreuungsprogramme von 6- bis 12jährigen Kariesrisiko-Kindern inhaltlich folgende Schwerpunkte ableiten:

- Erfassung des Kariesrisiko-Kindes in der Reihenuntersuchung
- Information der Eltern über das erhöhte Kariesrisiko ihres Kindes und Verweisung zur Gebißsanierung und Präventivbetreuung in die zahnärztliche Praxis
- Unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten und Ressourcen erfolgt in der gruppenprophylaktischen Basisprophylaxe
 - Unterweisung und Motivation zur Aufrechterhaltung einer guten Mundhygiene
 - Lokale Fluoridverabreichung (2mal jährlich Duraphat® oder Elmex Gel®)
 - Hinführung zur Selbstverantwortung für die Gebißgesundheit
 - Ernährungsberatung mit praktischen Übungen – Zubereitung vollwertiger und zahngesunder Mahlzeiten durch eine Ökotrophologin
- Angebot der intensivprophylaktischen Betreuung
 - Bei vorliegendem Einverständnis der Eltern – 2mal jährlich Duraphat® oder Elmex Gel®, Nutzung eines Fluoridpasses (Weimarer Modell) als Kommunikationshilfe zwischen den Trägern der Gruppen- und Individualprophylaxe
 - Bei fehlendem Einverständnis der Eltern – Verstärkte Motivation des Kindes, den behandelnden Zahnarzt zur Inanspruchnahme des IP-Programmes aufzusuchen.
- Sicherung von insgesamt 4 bis 6 Zahnarztkontakten im Jahr durch Inanspruchnahme von gruppen- und individualprophylaktischen Leistungen

Bundesweit werden gegenwärtig in einzelnen Regionen erste Erfahrungen mit der konzeptionellen Umsetzung (Berliner Modell, Marburger Modell) der Intensivbetreuung von Kariesrisiko-Kindern gesammelt. Den Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege wird dabei die Aufgabe zuteil, eine kritische Wertung der praktischen Erfahrungen vorzunehmen, um weiterführende Kenntnisse umgehend in die regionale Arbeit einfließen zu lassen. Die vorgestellten Schwerpunkte zur Gruppen- und Intensivprophylaxe waren daher Diskussionsgrundlage einer Arbeitsberatung der Landesar-

beitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege unter Berücksichtigung bestehender regionaler Besonderheiten, ein praktikables Modell zur Betreuung von Kariesrisiko-Kindern in Thüringen zu erarbeiten.

**) Die kariesstatistischen Befunde aus dem Ennepe-Ruhr-Kreis wurden im Rahmen der vertraglichen Zusammenarbeit des Arbeitskreises für Zahngesundheit und der Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde im Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Friedrich-Schiller-Universität Jena/Bereich Erfurt erstellt.*

Kontaktadresse:

*Frau Priv.-Doz. Dr. Roswitha Heinrich-Weltzien
Zentrum für ZMK der Friedrich-Schiller-Universität Jena/Bereich Erfurt
Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde
Nordhäuser Straße 78,
99089 Erfurt*



Praxisvertretung in Thüringen wird von erfahrenem Kollegen, Dr., 32 J. kompetent und zuverlässig übernommen.
Tel. 036 41/39 6747

Verkaufe wegen Doppelkauf **Arbeitsplatte für Baisch-Möbelzeile (Gerade) mit 2 eingebauten Porzellanwaschbecken** (Länge: 3,04 m; Tiefe: 47,02 cm) unbenutzt. Preis nach Vereinbarung.
Interessen wenden sich bitte unter **tzb 041** an TYPE-DTP, Müllerstr. 9, 99510 Apolda.

Freundl., gewissenhafte **ZÄ.**, 25 J., Ex. 11/96 FSU Jena, **sucht Vorbereitungsassistentenstelle** ab April in Jena, Zeulenroda, Greiz, Nordhausen od. Umgebung.
D. F., Naumburger Str. 105/28, 07743 Jena

Aufgeschlossene, interessierte **Zahnärztin** (25) mit Freude am Beruf **sucht bevorzugt Teilzeitstelle als Vorbereitungsassistentin** in Erfurt oder Umgebung.
Ich freue mich auf Ihre Zuschrift unter Chiffre **tzb 042** an TYPE-DTP, Müllerstr. 9, 99510 Apolda.

WICHTIG – WICHTIG – WICHTIG

Neue Beitragssätze zum Versorgungswerk ab 01.01.1997

Angestellte Mitglieder

	monatlich	jährlich
Beitragsbemessungsgrenze	7.100,00 DM	85.200,00 DM
Beitragsatz	20,30 %	20,30 %
Höchstpflichtbeitrag (AV-max.) gem. § 15 Abs. 3 Buchst. a	1.441,30 DM	17.295,60 DM
Mindestbeitrag gem. § 14 Abs. 2	289,00 DM	3.468,00 DM
Höchstbeitrag gem. § 14 Abs. 1 i.V.m. § 19 Abs. 1 (1,3facher AV-max.)	1.874,00 DM	22.488,00 DM

Niedergelassene Mitglieder

	monatlich	pro Quartal	jährlich
Beitragsbemessungsgrenze	7.100,00 DM	20.400,00 DM	85.200,00 DM
Beitragsatz	17,00 %	17,00 %	17,00 %
Regelbeitrag gem. § 15 Abs. 2 Buchst. a	1.207,00 DM	3.621,00 DM	14.484,00 DM
3/4 Regelbeitrag gem. § 15 Abs. 2 Buchst. a	905,25 DM	2.715,75 DM	10.863,00 DM
1/2 Regelbeitrag gem. § 15 Abs. 2 Buchst. a	603,50 DM	1.811,00 DM	7.242,00 DM
Mindestbeitrag gem. § 14 Abs. 2	289,00 DM	867,00 DM	33.468,00 DM
Höchstbeitrag gem. § 14 Abs. 1 i.V.m. § 19 Abs. 1 (1,3facher AV-max.)	1.874,33 DM	5.622,00 DM	22.484,28 DM Zahlbetrag = 22.488,00 DM

Die individuell geltenden Beiträge für 1997 werden in den persönlichen Beitragsbescheiden im Januar 1997 dargestellt .

Beitragszahlung zum Versorgungswerk für niedergelassene Mitglieder

Gemäß § 21 Abs . 2 Satz 1 der Satzung ist der Beitrag zum Versorgungswerk für niedergelassene Mitglieder für das I . Quartal seit dem 01 . Januar fällig und bis zum 31 . Januar auf das Konto des Versorgungswerkes (Deutsche Apotheker- und Ärztebank Ffm, Kto.-Nr.: 000 338 794 1, BLZ 500 906 07) zu entrichten .

Sofern sie uns eine Einzugsermächtigung erteilt haben , wird der Betrag fristgerecht von Ihrem Konto abgebucht .

Für Rückfragen steht die Verwaltung des VZTh gern unter den Rufnummern 0361/74 32-201 bis -203 und auch persönlich zur Verfügung .

Versorgungswerk der Landes Zahnärztekammer Thüringen

WICHTIG

—

WICHTIG

—

WICHTIG

Rentenbemessungsgrundlage

Die Kammerversammlung der Landes Zahnärztekammer Thüringen hat für das Jahr 1997 gem. § 30 Abs. 2 der Satzung des Versorgungswerkes der Landes Zahnärztekammer Thüringen (VZTh) eine **Rentenbemessungsgrundlage** in Höhe von **DM 59.532,00** festgelegt.

Der ungekürzte altersabhängige maximale Sockelbetrag wird nach § 32 Abs. 2 auf der Grundlage dieser Rentenbemessungsgrundlage ermittelt.

Nachfolgend haben wir Ihnen den Anhang zu § 32 Abs. 2 mit den für 1996 geltenden Entgeltbeträgen berechnet:

1. Sockelbetrag

Der ungekürzte maximale Sockelbetrag beträgt bis zur Vollendung des

30. Lebensjahres	65,0 % der RBM	38.695,80 DM
31. Lebensjahres	62,5 % der RBM	37.207,50 DM
32. Lebensjahres	60,0 % der RBM	35.719,20 DM
33. Lebensjahres	57,5 % der RBM	34.230,90 DM
34. Lebensjahres	55,0 % der RBM	32.742,60 DM
35. Lebensjahres	52,5 % der RBM	31.254,30 DM
36. Lebensjahres	50,0 % der RBM	29.766,00 DM
37. Lebensjahres	47,5 % der RBM	28.277,70 DM
38. Lebensjahres	45,0 % der RBM	26.789,40 DM
39. Lebensjahres	42,5 % der RBM	25.301,10 DM
40. Lebensjahres	40,0 % der RBM	23.812,80 DM
41. Lebensjahres	37,5 % der RBM	22.324,50 DM
42. Lebensjahres	35,0 % der RBM	20.836,20 DM
43. Lebensjahres	32,5 % der RBM	19.347,90 DM
44. Lebensjahres	30,0 % der RBM	17.859,60 DM
45. Lebensjahres	27,5 % der RBM	16.371,30 DM
46. Lebensjahres	25,0 % der RBM	14.883,00 DM
47. Lebensjahres	22,5 % der RBM	13.394,70 DM
48. Lebensjahres	20,0 % der RBM	11.906,40 DM
49. Lebensjahres	17,5 % der RBM	10.418,10 DM
50. Lebensjahres	15,0 % der RBM	8.929,80 DM
51. Lebensjahres	12,5 % der RBM	7.441,50 DM
52. Lebensjahres	10,0 % der RBM	5.953,20 DM
53. Lebensjahres	7,5 % der RBM	4.464,90 DM
54. Lebensjahres	5,0 % der RBM	2.976,60 DM
55. Lebensjahres	2,5 % der RBM	1.488,30 DM

2. Maßgebend ist das Lebensalter bei Eintritt der Berufsunfähigkeit.

Stand 01.01.1997

Seniorenfahrt nach Bayreuth

Die zweite Seniorenfahrt in diesem Jahr begann für die erwartungsvollen Seniorinnen und Senioren am 24.09.1996 zu ungewohnt früher Stunde. In bewährter Art und Weise sammelte ein moderner Reisebus der Firma Steinbrück alle Reiselustigen in der Nähe ihrer Wohnorte ein. Die Reiseleiterin, Fräulein Herold, die selbst in Jena Medizin studiert, verkürzte die Fahrt durch Jena mit neuen und interessanten Informationen über das Medizinstudium in Jena. Die Seniorenbeauftragte Frau Börner und Frau Büttner von der LZKTh begleiteten die Fahrt in die Festspiel- und Universitätsstadt Bayreuth.

Die Wettervorhersagen waren nicht besonders rosig, und so hofften alle Beteiligten, wenn schon nicht auf schönes, so doch wenigstens auf trockenes Wetter.

Die Bayreuther Stadtführerin wartete pünktlich am vereinbarten Ort und konnte auch den sehnlichsten Wunsch einiger Senioren erfüllen, das Festspielhaus zu besichtigen, welches durch die Wagner-Festspiele weltberühmt geworden ist. Die ausgiebige Stadtbesichtigung, alles zu Fuß, führte vorbei an prächtigen Zeugnissen der Residenzstadt Bayreuth, in verträumte Winkel und über imposante Plätze zu den Spuren großer Komponisten und Dichter. Der individuelle Bummel zur Mittagszeit führte als erstes in eines der zahlreichen Restaurants, um sich für den weiteren Tagesverlauf zu stärken. Für den Nachmittag stand eine Besichtigung des Brauerei und Büttne-



rei Museums „Alte Brauerei“ der Gebrüder Maisel auf dem Plan. In kleinen Gruppen wurden die Senioren durch die liebevoll gepflegten Räume des alten Brauereigebäudes der Gebrüder Maisel geführt. Die Azubis des Hauses führten diese Besichtigung mit viel Engagement für ihre Brauerei durch. Auf 2400 m² konnten sich die Besucher mit der überlieferten handwerklichen Kunst des Bierbrauens bekanntmachen. Über die vielen sachkundigen Fragen freuten sich die Azubis sehr. Übrigens wird dieses Museum als umfangreichstes Biermuseum im Guinnessbuch der Rekorde geführt. Am Ende der umfassenden Führung konnte noch ein guter Schluck des beliebten Gerstensaftes probiert werden.

Der erlebnisreiche Tag in Bayreuth endete mit einem kleinen Imbiß und einer guten Fahrt nach Hause. Für einen optimalen organisatorischen Ablauf sorgten die freundliche Reisebegleiterin, Fräulein Herold, und der exzellente Fahrer, Herr Stein vom Reisebüro Steinbrück aus Gotha, der uns bereits bei den vorherigen Fahrten sicher durch Deutschland chauffierte.

Das Zusammensein alter und neuer Bekannter ist immer eine schöne Erinnerung, und so wird auch diese Seniorenfahrt interessante Eindrücke hinterlassen.

S. Büttner

Osnabrück

Nachfolger(in) für ZA-Praxis mit größerem Chirurgie-Anteil spätestens zum Ende 97 **gesucht**. Sozietät über einige Monate z. Einarbeit. möglich.
Tel. (ab 19 Uhr) 0541-85244

Raum Thüringen

Motiv., junger **ZA**, 28 J., Ex. 12/96 FU Berlin, **sucht** ab Anfang März **Vollzeitbeschäftigung als Vorbereitungsassistent** in fortbildungs- u. qualitätsorientierter Praxis,
Tel. 0343 21/50029.

Engagierte **ZÄ**, 24 J., Examen Gießen 12/96, **sucht Stelle als Vorbereitungsassistentin** in Erfurt oder Umgebung.
Tel. 06403/74587



An alle

kieferorthopädisch tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Kieferorthopäden zur kieferorthopädischen Behandlung unter Einhaltung der §§ 28 und 29 SGB V und der in den vertraglichen Regelungen mit den Krankenkassen vereinbarten Kfo-Richtlinien

Der Kieferorthopädische Fachausschuß muß in kollegialen Gesprächen mit Thüringer Zahnärzten oft feststellen, daß die gesetzlichen Regelungen und die Kfo-Richtlinien in verschiedenen Praxen nicht ausreichend beachtet werden. Aus diesem Grund sieht sich der Vorstand der KZV Thüringen veranlaßt, nochmals dazu umfassend zu informieren.

§ 28 SGB V

Mit der Verabschiedung des Gesundheitsstruktur-Gesetzes ist die kieferorthopädische Behandlung von Patienten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben, neu geregelt worden.

Gesetzestext § 28 Abs. 2 SGB V

Die zahnärztliche Behandlung umfaßt die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehört die kieferorthopädische Behandlung von Versicherten, die zu Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr vollendet haben. Dies gilt nicht für Versicherte mit schweren Kieferanomalien, die ein Ausmaß haben, das kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen erfordert ...

In den Ausführungsbestimmungen ist festgelegt, welche Krankheitsbilder den Ausnahmeregelungen zuzuordnen sind. Es sind vereinfacht dargestellt – Anomalien, die nur mit Hilfe von ausgedehnten Osteotomien (LKG-Spalten, ausgeprägte Progenien) korrigiert werden können.

In diesen Fällen ist ein kieferorthopädisch-kieferchirurgisches Behandlungskonzept aufzustellen und im Kfo-Behandlungsplan darzustellen. Eine OP-Planung des tätig werdenden Kieferchirurgen ist beizufügen.

Praktisches Vorgehen

Kommt ein Patient, der bereits 18 Jahre und älter ist, erstmalig in Ihre Praxis, so werden Sie in der Regel aufgrund Ihrer fachlichen Kenntnisse bereits bei der klinischen Untersuchung feststellen können, ob eine Anomalie nach der Ausnahmeregelung vorliegt. In allen anderen Fällen ist eine Behandlung nach der GOZ durchzuführen. Es ist sinnvoll, den Patienten auf die eventuelle Möglichkeit der steuerlichen Absetzbarkeit solcher Kosten aufmerksam zu machen.

Diese Grenzziehung ist eine versicherungstechnische Grenze. Die Frage der medizinischen Notwendigkeit solcher Behandlungen ist damit nicht beantwortet.

Es sei noch einmal ausdrücklich darauf hingewiesen, daß diese Leistungseinschränkungen nur für Versicherte der GKV, also nicht für Versicherte der privaten Krankenversicherung (PKV), Bundeswehr, Zivildienstleistende etc. gelten.

§ 29 SGB V

Anfang 1994 sind – nach mehrjährigen Verhandlungen der KZBV mit den Krankenkassen – gemäß den gesetzlichen Bestimmungen des Gesundheits-Reform-Gesetzes von 1989 die neuen Richtlinien für Kieferorthopädie in Kraft getreten.

Dies bedeutet, daß Teilbereiche der Kieferorthopädie nicht mehr von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden, es werden nur noch erhebliche Anomalien von der GKV abgedeckt.

Gesetzestext § 29 Abs. 1 SGB V

Versicherte haben Anspruch auf Übernahme von 80 von Hundert der Kosten der im Rahmen der vertragszahnärztlichen Behandlung durchgeführten kieferorthopädischen Behandlung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht ...

In Abs. 4 wird ausgeführt: Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 die Indikationsgruppen, bei denen die in Abs. 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen.

Praktisches Vorgehen

Kommt ein Patient, der jünger als 18 Jahre ist, erstmalig in die Praxis, so wird man häufig bei der klinischen Untersuchung bereits feststellen können, ob eine erhebliche Anomalie nach § 29 SGB V vorliegt oder nicht.

Auf jeden Fall ist die Erstberatung und Untersuchung (Geb.-Nr. 01) zu Lasten der GKV zu berechnen. **Gegebenenfalls** ist eine weitergehende Diagnostik (Rö-Bilder, Abdruck etc.) notwendig, um festzustellen, ob die Korrektur dieser Anomalie innerhalb oder außerhalb der GKV abzurechnen ist.

Die Entscheidung, ob eine weitergehende Diagnostik notwendig ist oder nicht, obliegt dem behandelnden Zahnarzt und ist von Fall zu Fall zu treffen. Falls eine weitergehende Diagnostik für die Grenzziehung notwendig ist, ist diese zu Lasten der GKV abzurechnen.

Wenn die klinische Untersuchung bzw. die weitergehende Diagnostik



ergeben hat, daß eine erhebliche Anomalie nicht vorliegt, sollte dies dem Patienten und der Krankenkasse schriftlich mitgeteilt werden.

Bei der klinischen Untersuchung bzw. der weitergehenden Diagnostik ist ein ungefähres Behandlungskonzept, ggf. mit einigen Aufzeichnungen in der Karteikarte, zu erstellen.

Die Grenzziehung anhand der Richtlinien ist aufgrund des morphologischen Ist-Zustandes, des Umfangs des geplanten therapeutischen Eingriffs und der Reaktion zu ziehen.

In den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung (siehe grüne Vertragsmappe DI1 bzw. DI2) ist unter B3 das **Bewertungsschema des Indikationssystems** dargestellt, nach dem festzustellen ist, ob eine erhebliche Anomalie nach § 29 vorliegt oder nicht.

Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört die gesamte kieferorthopädische Behandlung, wenn Maßnahmen zur Umformung des Kiefers oder zur Einstellung der Bißlage medizinisch indiziert und bei Beginn der Behandlung nach dem Indikationssystem mit mehr als 8 Punkten (also mindestens 9) bewertet sind.

Falls eine Leistungspflicht der GKV nicht vorliegt und dieses dem Patienten bzw. Erziehungsberechtigten (Durchschlag an Krankenkasse) mitgeteilt worden ist, sollte mit der weiteren Diagnostik bzw. Behandlungsplanung nach der GOZ begonnen werden, wenn seitens des Patienten ein Auftrag dafür gegeben wurde. Es wird empfohlen, sich diesen Auftrag auf dem privaten Heil- und Kostenplan schriftlich bestätigen zu lassen.

Falls Sie als behandelnder Zahnarzt bzw. Kieferorthopäde von Sachbearbeitern der Krankenkassen trotz Ausgrenzung einer Behandlung aus der GKV aufgefordert werden, im Interesse des Patienten einen Kassenbehandlungsplan zu erstellen, so handelt es sich dabei um eine Verletzung von Ge-

setz und Vertrag. Informieren Sie Ihre KZV, wenn Sie den Eindruck oder gar die Bestätigung einer Verletzung vertraglicher und gesetzlicher Regelungen durch Krankenkassen haben, damit diese tätig werden kann.

Manchmal werden Patienten, deren Behandlung Sie nicht innerhalb der Leistungspflicht der GKV durchführen können, von ihrer Krankenkasse zu einem anderen Vertragszahnarzt geschickt, der mit oder ohne Wissen Ihrer Ausgrenzung den Fall innerhalb der GKV behandelt. Informieren Sie Ihre KZV über derartige Fälle. Aufgrund Ihrer Mitteilung ist der KZV ein Datenabgleich möglich. Die Aufnahme der Behandlung eines solchen Patienten ist nicht nur im Hinblick auf wirtschaftliche Gesichtspunkte und die Regelungen der Röntgenverordnung wegen möglicher Doppeldiagnostik bedenklich, sie kann auch zu verständlichen kollegialen Spannungen bzw. Belastungen führen. Des Weiteren sind Streitigkeiten mit dem Patienten oder der Krankenkasse über die Bezahlung bzw. den Zahlungsweg der bereits in einer anderen Praxis angefallenen Diagnostik nicht selten die Folge.

Wir möchten alle kieferorthopädisch tätigen Kolleginnen und Kollegen darauf aufmerksam machen, daß die §§ 28 und 29 des SGB V den Abrechnungsbestimmungen der BEMA-Nrn. 121–125 grundsätzlich übergeordnet sind. Das bedeutet in der Praxis, daß eine kieferorthopädische Leistung nach den Kfo-Richtlinien einzuschätzen ist und auch bei diesen Positionen mindestens 8 Punkte nach Indikationssystem erreicht werden müssen. Die Leistungsinhalte der Geb.-Nrn. 121, 122e und 123 bleiben davon unberührt.

Die BEMA-Nrn. 121–125 können nicht als Ausweichpositionen in Ansatz gebracht werden, um außervertragliche Leistungen nach § 29 und den Richtlinien für kieferorthopädische Behandlung umzusetzen.

Der Vorstand der KZV Thüringen möchte mit dieser Veröffentlichung nochmals darauf hinweisen, daß die Kfo-Richtlinien und gesetzlichen Regelungen §§ 28 und 29 SGB V streng einzuhalten sind. Sie bilden die Grundlage unserer kieferorthopädischen Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung und ermöglicht eine sachgerechte Abgrenzung zwischen Leistungen der GKV und PKV.

Die Umsetzung in den einzelnen Zahnarztpraxen wird vom Kfo-Fachausschuß der KZVTh verstärkt kontrolliert werden, bei festgestellten groben Vertragsverletzungen wird der Vorstand der KZV Thüringen disziplinarische Konsequenzen prüfen.

DS M. Letzel



Die PAR-Beratungskommission der KZV Thüringen

Ein Jahr voller Aufregung liegt hinter uns, und ein vielleicht nicht minder aufregendes vor uns. Aber wir kennen wahrscheinlich schon die Konturen dessen, was uns alle erwartet. Ich möchte Ihnen für das neue Jahr Kraft und Gesundheit wünschen, damit wir gemeinsam die anstehenden Aufgaben meistern.

Hilfestellung zur Problemlösung in einem Teilbereich will die PAR-Beratungskommission der KZV Thüringen bieten. Ihre Aufgabe ist es, die Kolleginnen und Kollegen bei Fragen im Zusammenhang mit der Abrechnung parodontologischer Leistungen zu beraten. Den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen obliegt es, nach § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V die Gewähr dafür zu übernehmen, daß die kassen(zahn)ärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht.

Der zur Zeit gültige PAR-Status wurde bereits 1964 und 1969 als Vertragsbestandteil des zunächst nur mit den Ersatzkassen abgeschlossenen Vertrages von Herrn Prof. Schulte vorgeschlagen. Er ist damit nunmehr seit ca. 30 Jahren Grundlage des Befund-, Planungs- und Abrechnungsverfahrens für den Vertragszahnarzt.

Die vertraglichen und gesetzlichen Grundlagen leiten sich aus den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches Teil V in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes, das seit dem 1. Januar 1993 Gültigkeit hat, und den Bestimmungen des Bundesmantelvertrages als nachfolgende Vertragsgrundlage bzw. des noch immer gültigen Ersatzkassenvertrages nebst Anlagen ab.

Der seit so vielen Jahren unverändert gebliebene PAR-Vertrag für die gesetzliche Krankenversicherung entspricht in seinen Leistungsbeschreibungen, seinen Richtlinien und Formularen ganz offensichtlich nicht mehr dem heute erreichten Stand der Zahnmedizinischen Wissenschaft. Im § 70 und

im § 87 des SGB V ist vorgeschrieben, daß in bestimmten Zeitabständen die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertung entsprechend dem Stand der medizinischen Wissenschaften zu überprüfen und anzupassen sind. Der Behandlungsbedarf ist riesig, und alle bisherigen Versuche zur Weiterentwicklung der bestehenden Verträge sind an finanziellen Hürden gescheitert. Es macht einfach keinen Sinn, bei begrenzten Mitteln der Krankenkassen über eine Leistungsausweitung und Neuorientierung bei Sachleistungen zu verhandeln. Die Inflation der einzelnen ärztlichen Leistung wäre vorgegeben und würde festgeschrieben.

Aber auch unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen sind wir verpflichtet, unsere Patienten angemessen zu versorgen. An dieser Stelle ist es angebracht, darauf hinzuweisen, daß Zuzahlungen von Kassenpatienten bei PAR-Therapien noch immer gesetzlich nicht erlaubt sind. Honorierungen z. B. bei Augmentationen, Lasertherapien oder anderen außervertraglichen Leistungen müssen völlig getrennt von der Kassenleistung vereinbart, erbracht und liquidiert werden.

Die veralteten Abrechnungsbestimmungen sind zum Teil nicht einfach zu überschauen, zumal unterschiedliche Leistungsbereiche ineinander greifen. Aufgabe unserer KZV ist es, gerade hier Hilfestellung zu geben. Die Mitglieder der PAR-Beratungskommission, Frau DM Welcker (Erfurt), Herr Dr. Dietrich (Erfurt) und der Autor (Weimar) sind bemüht, sich dieser schwierigen Aufgabe zu stellen.

Die Vorbereitung der Beratungsgespräche sind sehr umfangreich, denn die Unterlagen müssen aus verschiedenen Abrechnungsbereichen zusammengeführt werden, um ein objektives Bild zu erhalten. Die Beratungskommission ist bemüht, den Nachweis zu

erbringen, daß die von den Kollegen eingereichten Abrechnungen den Abrechnungsbestimmungen und Richtlinien entsprechen. Dieser Nachweis gelingt jedoch nicht immer. Mitunter ist es notwendig, rechnerische Berichtigungen vorzunehmen. Belange einer wirtschaftlichen Behandlungsweise werden nur beratend erörtert. Diese Beratungsgespräche sind auf keinen Fall eine Wirtschaftlichkeitsprüfung, wie sie in der uns vom Schiedsamt auferlegten Prüfvereinbarung vorgesehen sind. Die kollegialen Gespräche finden ohne Beteiligung der Kassen in den Räumen der KZV statt.

In den bisherigen Gesprächen haben sich einige Schwerpunktprobleme herauskristallisiert:

- Es hat sich gezeigt, daß die Aufzeichnungen der Kolleginnen und Kollegen nicht immer den Anforderungen entsprachen und Differenzen zu den abgerechneten Leistungen auftraten.
- Insbesondere ließ sich nicht immer der Behandlungsablauf aus den Aufzeichnungen ableiten.
- Die konservierend-chirurgischen Vorbehandlungen waren nicht oder mangelhaft erfolgt.
- Die Indikationen zum Erhalt der Zähne waren mitunter fragwürdig (extremer Knochenabbau, auf Dauer antagonistenseitige Zähne, retinierte oder teilretinierte Weisheitszähne).
- Die in den Richtlinien (Rundschreiben 13/95) geforderte Wartezeit von 2 bis 3 Wochen zwischen Abschluß der Vorbehandlung (Karteivermerk erforderlich!) und Beginn der systematischen Parodontaltherapie war nicht dokumentiert.
- Die Diagnose auf dem Parodontalstatus entsprach mitunter nicht dem dokumentierten Befund.
- Modelle (3 Jahre Aufbewahrungspflicht!) und Röntgenbilder waren



- z. T. mangelhaft und ohne diagnostische Verwertbarkeit.
- Die notwendigen Anästhesien zu den chirurgischen Maßnahmen waren nicht dokumentiert oder entsprachen nicht den Abrechnungsbestimmungen.
 - Während der Parodontaltherapie wurden zusätzlich die Positionen Zst und Mu über Krankenschein abgerechnet.
 - Der Einsatz der Munddusche (Pos. 201) war mitunter fachlich nicht indiziert, wobei die Position 201 generell als fachlich umstritten ange-

sehen wird, besonders zeitlich parallel zur chirurgischen Therapie.

- Behandlungsbeginn vor dem Eingang der Genehmigungsunterlagen, womit in der Regel der Honoraran-spruch erlischt.

Auch wenn die vorangestellte Aufzählung von Problemen umfangreich erscheinen mag, konnte allen Kollegen eine gewissenhafte und zum überwiegenden Teil abrechnungstechnisch korrekte Arbeit zum Wohle der Patienten bescheinigt werden. Der zeitliche Aufwand für die geladenen Kollegen und ihre Geduld bei der Beant-

wortung der Fragen der Kommissionsmitglieder sollte sich auch in einigen neuen Erkenntnissen und Sichtweisen ihrer Praxistätigkeit positiv niedergeschlagen haben. Und nicht nur die beratenen Zahnärzte, auch die Mitglieder der Kommission konnten einiges von den Gesprächen profitieren.

T. Richter
Referent für Parodontologie der KZVTh

Beschluß des Landesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen in Thüringen gemäß § 103 SGB V und § 16b ZV–Z vom 12.12.1996

Bezug nehmend auf den Bedarfsplan für die zahnärztliche Versorgung in Thüringen gemäß § 99 SGB V und dem festgestellten Versorgungsgrad gemäß §§ 100 und 101 SGB V in Verbindung mit §§ 15 und 16b ZV-Z ergeben sich folgende Veränderungen bezüglich Anordnung/Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen:

Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen:
(kieferorthopädische Versorgung)

Erfurt

Anordnung von Zulassungsbeschränkungen:
(kieferorthopädische Versorgung)

Nordhausen

Dieser Beschluß tritt mit Veröffentlichung gemäß § 16b (4) ZV-Z in Kraft.

gez. Günther Schroeder-Printzen
Vorsitzender des Landesausschusses

Ausschreibung

Gemäß §103 Abs. 4 und 5 des V. Buches Sozialgesetzbuch wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Landkreis Gotha **ab März 1997** ein Vertragszahnarztsitz in

Gotha

ausgeschrieben.

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

Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen, Zulassungsausschuß, Liebknechtstraße 8, 99085 Erfurt

Anliegen und Beispiele epithetischer Versorgungen bei kiefer- und gesichtsversehrten Patienten

Monika Hinz

Klinische Aufgabenstellung

Verletzungen oder Verstümmelungen im Kiefer-Gesichts-Bereich stellen von alters her eine schwere Beeinträchtigung des Betroffenen dar und führen nicht selten in die soziale Isolation. Obwohl heute die plastisch-chirurgische Rekonstruktion angeborener oder erworbener Verluste von anatomischen Strukturen den Vorrang hat, gibt es Indikationen, die eine epithetisch-prothetische Versorgung unverzichtbar machen.

Einflußfaktoren zur Entscheidung für eine epithetische bzw. defektprothetische Versorgung sind u. a.: Defektgröße, klinische Vorbehandlung, Heilungstendenz, Alter und Allgemeinzustand des Patienten sowie dessen Bereitschaft zu eventuellen langwierigen chirurgischen Maßnahmen [1, 4].

Der als Epithese bezeichnete Ersatz fehlender Gesichtsteile soll nun nicht nur eine Entstellung verbergen, sondern muß verschiedenartige Funktionen erfüllen. Weichteildefekte müssen weitgehend abgedichtet und damit die Flüssigkeitsausbreitung kanalisiert werden. Weiterhin soll die Schleimhaut vor Austrocknung und Staubeinwirkung geschützt werden. Die Weichteile, deren skelletale Basis verlorengegangen ist, sollen gestützt werden. Auf diese Weise wird auch die Schrumpfung von Narbenzügen vermindert, was für die Harmonie des Gesichtes entscheidend ist.

Während bis Mitte unseres Jahrhunderts vorwiegend Unfall- und Kriegsverletzungen sowie destruierende Infektionserkrankungen Ursachen für den Verlust von Gesichtsteilen waren, zeigt sich jetzt eine eindeutige Domi-

nanz von Tumoren und deren chirurgischer Therapie. Kongenitale Mißbildungen spielen als weitere Indikationsgruppe eine eher untergeordnete Rolle [5].

Resektionsprothesen

Bei Defekten des Oberkiefers und des Mittelgesichtes müssen häufig Epithesen mit Resektions- oder Obturatorprothesen kombiniert werden. Nach Tumorresektion im Oberkiefer verbleiben meist Verbindungen zwischen Mundhöhle und Nasenraum, die eine Störung der Sprech- und Schluckfunktion zur Folge haben. Um diese funktionellen Ausfälle zu beheben, muß eine Resektionsprothese die Öffnungen zur Nasenhöhle spaltfrei verschließen.

Bei kleineren Defekten reicht dabei eine Ausdehnung der Prothesenbasis von einigen Millimetern in die Resektionshöhle hinein aus. Wurden bei der Tumorresektion jedoch mehr als ein Drittel des Oberkiefers entfernt, muß zusätzlich zum Verschuß der Perforation eine Abstützung der Prothese im Defekt mittels eines Obturators erfolgen. Dieser Obturator stellt einen Hohlkörper dar, der annähernd den Knochen- und Weichteilverlust ersetzt. Nur bei geringerem Defektausmaß kann er direkt in die Resektionsprothese eingearbeitet werden.

In der Regel müssen Zahnersatz und Obturator vom Patienten getrennt einzugliedern und herauszunehmen sein. Beide Teile müssen über einen geeigneten Verbindungsmechanismus paßgenau zusammengesetzt werden können, um eine optimale Abstützung zu gewährleisten, Sekretansammlung in der Resektionshöhle zu vermeiden

und über die Resonanzwirkung den Sprachklang günstig zu beeinflussen.

Verschiedene Verbindungsmechanismen sind zu diskutieren [6]:

1. Verbindung eines elastischen Obturators mit der Prothesenbasis nach dem Druckknopfprinzip,
2. Teleskopierende Verbindung eines starren Obturators mit der Prothesenbasis über eine gefräzte Nut nach dem Prinzip der Haftreibung,
3. Riegelverankerung mittels eines Schwenkriegels in der Prothesenbasis um einen quer in den Obturator eingearbeiteten Rundsteg. Jede dieser Möglichkeiten hat sich bei unterschiedlichen Indikationen bewährt und muß für jeden Patienten neu herausgefunden werden. Bei einem in unserer Klinik versorgten Patienten wurde eine weitere Verbindungsmöglichkeit angewandt, worauf später näher eingegangen wird.

Epithesen

Nach Lokalisation der Epithesen unterscheidet man im Kiefer-Gesichtsbereich Orbita-, Nasen-, Wangen- oder Ohrprothesen. An das Epithesematerial werden hohe Anforderungen gestellt: Es soll gewebefreundlich, angenehm zu tragen, leicht zu reinigen, physikalisch und chemisch widerstandsfähig und von langer Haltbarkeit sein [8].

Überdies sind ästhetische Belange wie Einfärbbarkeit, Farbeständigkeit, Möglichkeiten der Randgestaltung und Oberflächenstruktur für die postoperative Lebensqualität der Patienten von entscheidender Bedeutung [4].

Die Tragdauer einer Epithese wird auch wesentlich durch seine Reparatur- und Erweiterungsfähigkeit bestimmt. Heute gebräuchliche Epithesenwerkstoffe sind harte und weichebleibende Acrylate, Polyurethanelastomere und heiß- oder raumtemperaturpolymerisierende Silikone. Bisher kann keines dieser Materialien allen Anforderungen genügen.

Während sich harte Acrylate durch gute Haltbarkeit, Farbbeständigkeit und Reparaturfähigkeit auszeichnen, werden ästhetische Mängel infolge der Starrheit deutlich. Silikone dagegen adaptieren sich auch an bewegliche Hautareale und können durch hauchdünne Randgestaltung fast unsichtbar wirken, allerdings ist eine nachträgliche Oberflächenbearbeitung und Erweiterungsfähigkeit ausgeschlossen.

Die Tragedauer für Silikonepithesen liegt aufgrund der raschen Alterung deutlich niedriger als bei harten Epithesen. Sie wird in einer Studie der Leipziger Universitätszahnklinik mit 4,2 Jahren für harte Epithesen und zwischen 1,6 und 3,8 Jahren, je nach Material, für weiche Epithesen angegeben [1].

Ein immer wieder neu zu lösendes Problem ist die Verankerung. Nur in wenigen Fällen sind durch die anatomischen Strukturen ausreichend Unterschnitte gegeben, die den Prothesenhalt gewährleisten. Kleinere Epithesen lassen sich auch mit speziellem Kleber befestigen. Hierbei kommt es jedoch häufiger zu Hautreizungen und zu vermehrter Schweißsekretion.

Die Befestigung von Nasen- und Orbitaprothesen über ein stabiles Brillengestell hat vor allem als Interimsersatz nach wie vor seine Berechtigung. Damit kann der Patient auch relativ rasch nach einer defektsetzenden Operation epithetisch versorgt werden. Weitere therapeutische Maßnahmen, wie eventuelle Bestrahlung oder spätere plastische Rekonstruktion bleiben davon unberührt. Die Nachteile dieser Befestigungsart liegen allerdings auf der Hand: Sichtbarwerden des Defektes

beim Abnehmen der Brille, leichtes Verrutschen durch das Gewicht von Brille und Epithese bei stärkeren Bewegungen, Notwendigkeit optischer Korrekturen über eine Brille. Dennoch besteht bei älteren Patienten, die weitere Operationen zur Insertion von Epithesenimplantaten scheuen, eine recht hohe Akzeptanz der Brillenfixation ihrer Epithese.



Abb. 1:
Zustand nach Nasenresektion



Abb. 2:
Defektversorgung mit brillenretinierter Acrylat-Nasenepithese

In Abbildung 1 und 2 ist eine Nasenepithese mit Fixierung an der Brille dargestellt, die an unserer Klinik aus hartem Acrylat hergestellt wurde.

Bei ausreichender Qualität des Knochenlagers ist inzwischen das osseointegrierte Implantat mit entsprechender Stegkonstruktion oder Magnetverankerung an der Epithese das Mittel der Wahl. Der Patient wird unabhängig von einer Brille und gewinnt neue Sicherheit durch den zuverlässigen und unauffälligen Sitz der Epithese [7]. Am Beispiel zweier Patienten soll die umfangreiche Betreuung bis zur weitgehenden Rehabilitation demonstriert werden.

1. Fall: Ein heute 55-jähriger Patient mußte sich vor 11 Jahren einer Tumoreroperation mit rechtsseitiger Exenteratio orbitae und anschließender Bestrahlung unterziehen. Seither blieb er rezidivfrei und war mit verschiedenen harten brillenretinierten Orbitaepithesen versorgt. Nach eingehender Beratung und persönlichem Kontakt mit anderen Epithesenträgern entschloß er sich zu einer implantatgetragenen Orbitaepithese. Im August 1995 erfolgte in der HNO-Klinik die Insertion von Branemark-Implantaten in die Periorbita.

Während der 3-monatigen Einheilphase kam es zum Verlust von 2 Implantaten. Nach Implantatfreilegung erfolgte von uns eine erste Abdrucknahme des Gesichtes zur Herstellung einer individuellen Abformschale aus PMMA-Kunststoff. Die anschließende Implantatabformung mit eingeschraubten „Stemmann-Titanmagnetic-Inserts“ [3] konnte danach mit einem dünnfließenden Silikon vorgenommen und die Lage der Augenschale entsprechend der gesunden Seite ausgemessen werden.

In der nächsten Sitzung erfolgte die Fixation der Augenschale in Wachs auf dem Arbeitsmodell und am Patienten. Dabei mußte die Blickrichtung des relativ großen Patienten und die durchschnittliche Weite der Lidspalte auch im Einvernehmen mit seiner Ehefrau



Abb. 3:
Zustand nach Exenteratio orbitae und Insertion von 2 Branemark-Implantaten in die Periorbita

festgelegt werden. Danach erfolgte die endgültige Ausmodellation der Feinheiten in Wachs in Gegenwart des Patienten sowie die Farbanpassung des Silikons bei unterschiedlichen Lichtverhältnissen an die umgebende Gesichtshaut. Anschließend wurden die Gegenmagneten am Gipsmodell fixiert und die Wachseinprobe in Silikon überführt. Verwendet wurde der RTV-Silikon-Kautschuk EL M 3500 der Firma Wacker Chemie.

Ihr individuelles Aussehen erhielt die Epithese durch nachträgliches Einarbeiten von Wimpern, Augenbrauen und korrigierendes Bemalen. Der Patient konnte als befriedigend rehabilitiert entlassen werden. Inzwischen hat er eine zweite Epithese, die farblich dem jahreszeitlich schwankenden Hautteint angepaßt ist.

2. Fall: Mit einem anderen, heute 57-jährigen Patienten kam es in fast einjähriger enger Zusammenarbeit bei über 30 Konsultationen zu einem Vertrauensverhältnis, das ihn bewog, zahlreiche Rückschläge besser zu verkraften und uns ermutigte, immer neue Lösungswege zu suchen.

1993 mußte aufgrund seines Tumorleidens der rechte Oberkiefer entfernt werden. Er wurde damals mit einer Resektionsprothese versorgt, die auch bei nachfolgenden Rezidiventfernungen erweiterungsfähig war.

1995 machten sich weitere ausgedehnte Operationen erforderlich, die zum



Abb. 4:
Rehabilitation mit magnetfixierter Silikonepithese bei Ausnutzung der vorhandenen Unterschnitte

Verlust der rechten Nasenhälfte, der Nasennebenhöhlen und der rechten Wange unterhalb der Orbita führten, so daß als kaudale Begrenzung lediglich die Oberlippe als dünner Hautschlauch stehen blieb.

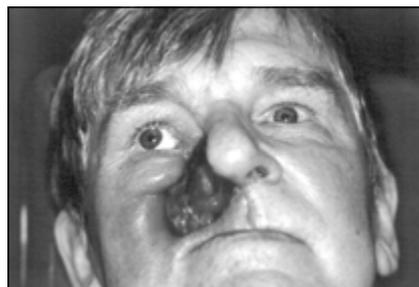


Abb. 5:
Zustand nach rechtsseitiger Oberkiefer- und Nasenresektion



Abb. 7:
Verbindung von Silikonepithese (Innenansicht) und Resektionsprothese mit Obturator über Epithesenmagneten

Zunächst mußte eine Sofortversorgung über eine Abdeckplatte mit eingearbeiteten Modellgußklammern zur Retention am Restzahnbestand des linken Oberkiefers erfolgen. Diese wurde mit einem Hohlobturator aus hartem Acrylat verbunden, um die verbliebenen Weichgewebe zu stützen. Durch die Abdichtung zur hinteren Rachenwand wurde ein leichtes Schlucken und ein deutlicheres Sprechen wieder möglich.

Nach Abheilung der Operationswunden konnte der Obturator in seiner endgültigen Form gestaltet werden. Er ist gewichtsparend ausgehöhlt, nach kaudal offen und kann vom Patienten von außen durch den Wangendefekt paßgenau eingegliedert werden. Die neu gestaltete Resektionsprothese, wiederum über Modellgußklammern



Abb. 6:
Acrylatobturator und Oberkieferresektionsprothese in situ

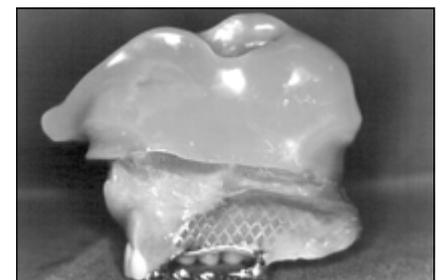


Abb. 8:
Flüssigkeitsdichte Verbindung von Obturator und Resektionsprothese über Silikonmanschette

befestigt, trägt an ihrer basalen Fläche eine Silikonschicht, die den Obturatorrand wie eine Manschette umgreift und innen wie außen abdichtet. Dieses A-Silikon besitzt über ein neuartiges Schichtverfahren [2] einen chemischen Verbund zu der Acrylatbasis. Der Patient wird so in die Lage versetzt, Obturator und Prothese ohne Druckanwendung sicher zu positionieren.

Zur Abdeckung des äußeren Defektes wurde eine Wangen-Nasenepithese aus Silikon angefertigt, die einen harten Acrylatkern mit zwei einpolymerisierten Epithesenmagneten besitzt. Die Gegenstücke dazu sind jeweils an Obturator bzw. Resektionsprothese inseriert und ermöglichen beim Einsetzen durch den Patienten mittels Selbstzentrierung einen sicheren Sitz. Zum Schutz des durch Bestrahlung stark kariesgefährdeten Restzahnbestandes wurde entsprechend der Empfehlung von Wöstmann [9] für den Patienten eine Fluoridierungsschiene angefertigt, die er selbst mit Fluorgel benetzen und für eine begrenzte Zeit eingliedern kann.

Schlußfolgerung

Für die erfolgreiche Behandlung von gesichtsversehrten Patienten sollte gemeinsam mit ihnen und mit unmittelbaren Kontaktpersonen die Epithesenart, Ausdehnung und Fixation sowie das Epithesenmaterial festgelegt werden. Auch für die funktionell und ästhetisch einwandfreie Herstellung ist die Mitarbeit des Patienten unerlässlich.

Nach der Eingliederung des Ersatzes kann durch regelmäßige Kontrollen, behutsame psychologische Führung und gegebenenfalls Korrekturen die Adaptation gefördert werden. Trotz aller Erfolge trifft die Feststellung von Lehmann [4] zu, daß selbst die beste Defektprothese in vielen Fällen die tumor- und operationsbedingten Probleme der physisch und psychisch schwer getroffenen Patienten nicht vollständig kompensieren kann.

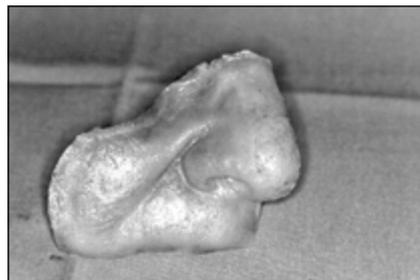


Abb. 9:
Nasenepithese (Vorderansicht)

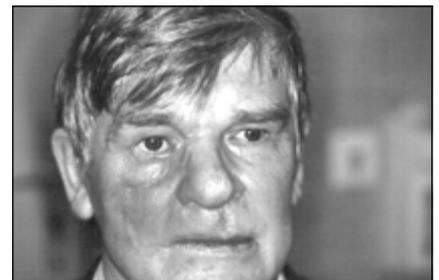


Abb. 10:
Patient mit eingegliedelter Resektionsprothese, Obturator und Nasen-Wangenepithese

Literatur

- [1] *Gehre, G. und Klinghammer, H.:* Erfolgsbewertung der Epithetischen Versorgung an der Leipziger Universitätszahn- klinik. Dtsch Zahnärztl Z 48 (1993) 515-516
- [2] *Göbel, R. u. a.:* Haftvermittlerschicht für Zahnprothesenunterfütterungen und Verfahren zu ihrer Herstellung. Patent-Anmeldung P 4414837.2 (28. 4. 1994)
- [3] *Köhler, St. G. und Stemmann, H.:* Epithesenretention durch den Einsatz des Steco-Titanmagnetic-Systems. IV. Internationales Symposium für Epithetik und chirurgische Prothetik, Linz 1992, Kongreßband S. 28-30
- [4] *Lehmann, K. M., Dawirs, K. und Siegrist, J.:* Die besondere Situation von Patienten mit tumorbedingten Kieferdefekten. Dtsch Zahnärztl Z 41 (1986) 1223
- [5] *Renk, A.:* Die Geschichte der Epithetik unter besonderer Berücksichtigung der klinisch-praktischen Anwendung sowie der Problematik von Gesichtsprothesen. Quintessenz-Verlags-GmbH Berlin 1992
- [6] *Renk, A. und Leeming, B.:* Kritische Wertung unterschiedlicher Verbindungsmöglichkeiten für geteilte Resektions- prothesen. Dtsch Zahnärztl. Z 48 (1993) 504-506
- [7] *Scheller, H., Handel, G. und Neukam, F. W.:* Verankerung von Augenepithesen mit Hilfe osseointegrierter Implantate. Quintessenz 40 (1989) 865-872

- [8] *Scheller, H.:* Vergleichende Untersuchungen zur klinischen Eignung von zwei Epithesenmaterialien. Dtsch Zahnärztl Z 48 (1993) 509-511
- [9] *Wöstmann, B. und Rasche, K. R.:* Der Einsatz von Fluoridierungsschienen bei Patienten mit Kiefer-Gesichts-Defekten - Herstellung der Schiene und Erfolgsaussichten. VI. Internationales Symposium für Chirurgische Prothetik und Epithetik, Linz 1994, Kongreßband S. 83-88

Für die Ausführung der zahntechnisch-epithetischen Arbeiten danke ich Frau Simone Schmidt, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik der FSU Jena.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Monika Hinz
Friedrich-Schiller-Universität Jena
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Bachstr. 18, 07743 Jena

¹ Poliklinik für Kieferorthopädie (Direktor: Prof. Dr. med. dent. habil. H. Graf), Friedrich-Schiller-Universität Jena

² Privatpraxis; Orthopäde, Rheumatologe, Chirotherapie/Manuelle Medizin; Holstenstraße 2, 24768 Rendsburg

³ Privatpraxis; Zahnarzt; Maximilianstraße 20, 80569 München

Interdisziplinäres Management von Patienten mit chronischem Schmerz

S. Kopp¹, G. Plato², W. G. Sebald³, H. Graf¹ und U. Langbein¹

Keywords

Funktionsstörung, Kiefergelenk, CMD, CMS, Manuelle Medizin

Zusammenfassung

Die Aufgabe des Zahnarztes erschöpft sich in seiner Tätigkeit als Partner vieler medizinischer Fachdisziplinen nicht mehr nur in der Behandlung der Zähne und des Zahnbettes. Im interdisziplinären Therapeutenkreis nimmt er eine wichtige Rolle bei der Beeinflussung des kybernetischen Systems „Mensch“ ein. Der an fachübergreifender Arbeit Interessierte findet in der vorliegenden Abhandlung Leitlinien zum Management von Patienten, die an chronischem Schmerz leiden. Neben der Anamnese- und Befunderhebung werden therapeutische Möglichkeiten bis hin zum Behandlungsabschluß und dem Recall aufgezeigt.

Einleitung

Die Bedeutung der Zahnheilkunde ist in den letzten Jahrzehnten gewachsen. Neben der Vielzahl neuer Technologien hat sich besonders die Bedeutung ärztlicher Tätigkeit mehr und mehr verbreitet. Unterschiedliche Fachdisziplinen, von der HNO-Heilkunde (Kopp und Plato, 1993) über die Orthopädie, Unfallchirurgie, Neurologie, Innere Medizin, Kinderheilkunde, Gynäkologie, Phoniatrie bis hin zur Physiotherapie, arbeiten vermehrt Hand in Hand mit Zahnmedizinern (Plato und Kopp, 1996).

Diese Tatsache gründet sich einerseits auf einer Vielzahl von gegenseitigem Überweisungen aus dem Bereich niedergelassener Kollegen, andererseits auf die interdisziplinäre Arbeit an Zentren der Maximalversorgung im Be-

reich von Krankenhäusern und Schmerzzentren.

Zunächst findet sich interdisziplinäre Arbeit in den zahnmedizinischen Fachgebieten, die sich immer feingliedriger organisieren – nicht zuletzt sichtbar an den vielen Arbeitsgemeinschaften innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Über diese Arbeit soll hier nicht berichtet werden. Vielmehr wird das Augenmerk auf die interdisziplinäre Therapie des chronischen Schmerzes gerichtet.

Befunde aus der täglichen Praxis

Bei der täglichen Arbeit an Zähnen und Zahnfleisch kann es vorkommen, daß der Arzt als Nebenbefund eine Mundöffnungseinschränkung oder eine Abweichung der Inzisivenmitte bei Mundöffnung und Mundschluß im Sinne einer Deviation (s-förmiger Verlauf) bzw. einer Deflexion (Abweichung zur Seite) bemerkt. Selbstverständlich findet man auch Schwellungen, die keine dentogene Causa haben.

Beim Auftreten von Ohr- bzw. Kopfschmerz müssen oft zahnmedizinische Argumente zur Erklärung durch Argumente aus der Sicht anderer Fachdisziplinen ergänzt werden. Treten Schwindel, Kloßgefühl im Hals (Globusgefühl), Ohrgeräusche (Tinnitus) oder z. B. Dysphonie auf, ist der Zahnarzt meist davon überzeugt, daß er mit seinen Therapiemitteln nichts mehr auszurichten in der Lage ist (Tab.).

Der schmerztherapeutisch tätige Orthopäde wird jeden Tag mit Problemen des vorderen Halses, des Funktionskreises „Herz – Enge – Angst – Atemnot“, Dysfunktionen des seitlichen Halses, der Rippen, der Schulter, der HWS, des tiefen Rückens und des Beckens/Beckenbodens konfrontiert (Tab. 1).

Dabei sollte jederzeit bedacht werden, daß sowohl die Diagnostik als auch die Therapie reproduzierbare Größen sind, die sich einerseits auf das Einzelgewebe, andererseits auf die gesamte Regelfunktion des Körpers stützen (Plato und Kopp, 1996).

Tabelle

Befunde aus der täglichen Praxis

Zahnärztliche Befunde

- Mundöffnungseinschränkung
- Deviation
- Deflexion
- Schwellung
- Ohrschmerz
- Kopfschmerz
- Schwindel
- Tinnitus
- Dysphonie

Orthopädische Befunde

- Probleme vorderer Hals
- Herz-Enge-Angst-Atemnot
- Probleme seitlicher Hals
- Rippendysfunktion
- Schulterdysfunktion
- Dysfunktion des tiefen Rückens
- Dysfunktion Becken/Beckenboden

Diese Befunde haben eine große Bedeutung. In der Erwachsenenbevölkerung leiden 16 % aller Individuen unter Migräne und 71 % haben in ihrem Leben schon einmal Spannungskopfschmerz gehabt (Olesen und Moskowitz, 1995). Volkswirtschaftlich gesehen bedeuten diese Zahlen einen Verlust des Bruttoinlandsproduktes in der gesamten EU von 600 Billionen ECU pro Jahr (Gerber, 1995)

Datenbasis

Die Problematik und die Behandlungsergebnisse lassen sich an einem Beispiel aus der Praxis des orthopädisch tätigen Mitautors erläutern. In interdisziplinärer Zusammenarbeit mit Neurologen wurden während 4 Quartalen 768 Cephalgiepatienten behandelt. 75 % der Patienten konnten mit maximal 6 manualtherapeutischen Sitzungen bis zur Beschwerdefreiheit behandelt werden. Bei 20 % der Patienten waren wiederholte Eingriffe notwendig, ohne daß eine bleibende Besserung erreicht werden konnte, während 5 % die Behandlung von sich aus abbrechen. Beschwerdefreiheit im dargestellten Sinn bedeutet, daß über einen Zeitraum von 3 Monaten die beklagten Beschwerden nicht mehr aufgetreten sind. Die Ergebnisse sind weder alters- noch geschlechtsabhängig, jedoch abhängig von der Chronizität des Leidens. Ähnliche Zahlen existieren für eine Vielzahl anderer Funktionsprobleme wie Schwindel, Tinnitus, Dysphonie oder Globusgefühl.

Problemstellung

Wenn es möglich ist, therapeutisch Einfluß auf hochsensible Funktionsstrukturen sehr unterschiedlicher Fachgebiete zu nehmen, muß die Frage nach einem möglichen gemeinsamen therapeutischen Grundaufbau gestellt werden. Das ist umso wichtiger, als funktionstherapeutische Techniken, z. B. speziell konstruierte Aufbißbehelfe in der Zahnheilkunde oder manuelle Techniken der Orthopäden oder Physiotherapeuten, in den Augen

derer, die nicht über die entsprechenden Techniken verfügen, eher den Eindruck begrenzter Möglichkeiten erwecken können (Plato und Kopp, 1996).

Das Problem ist auch in der Zahnheilkunde keineswegs neu. Als Anhang zu Farrars grundlegender Arbeit zur Pathophysiologie der Diskusverlagerung findet man eine Liste der Befunde, die im Verlauf einer craniomandibulären Dysfunktion auftreten können (Farrar und McCarty, 1982). Farrar und McCarty weisen nach, daß mit gezielter Therapie durch Aufbißbehelfe eine Vielzahl unterschiedlicher – vermeintlich – allgemeinmedizinischer Befunde beeinflussbar sind. Diese Beeinflussung ist möglich, da, wie seit geraumer Zeit wissenschaftlich anerkannt, Funktionsabläufe als Regelgeschehen betrachtet werden können.

Die Funktionen lassen sich unter kybernetischer Betrachtungsweise in Elemente der Materie, der Energie und der Steuerung zerlegen. Die Einzelkomponenten beeinflussen und bedingen sich gegenseitig. Der geregelte gegenseitige Ursache-Wirkungs-Komplex war Basis effektiver Therapieansätze der vergangenen Jahre. Aus dieser Sicht war es möglich, auch auf Strukturen einzuwirken, die z. B. aufgrund ihrer anatomischen Lage bis dahin manuellen Techniken nicht zugänglich erschienen. Es sei nur an den *M. pterygoideus lateralis* erinnert.

Veränderungen an dem Element „Materie“ (= Struktur) können durch Veränderung an dem Element „Steuerung“ (= Nerv) oder „Energie“ (= Muskulatur) oder umgekehrt erzielt werden. Diese Betrachtung der Behandlung einer Funktionsstörung impliziert aber gleichzeitig, daß zu jedem Zeitpunkt direktiv auf die Regelkreise Einfluß genommen werden kann. Es liegt nach diesem Modell also ausschließlich am Wissen, der Ausbildung, dem Können des Therapeuten im „rechten“ Augenblick, am „rechten“ Ort, dem Regelkreis eine bestimmte Information zuzuführen, da-

mit eine Änderung hervorgerufen werden kann.

Leider entspricht diese Vorstellung nicht der klinischen Realität. Selbst wenn durch dieses Vorgehen lokal am Gewebe therapeutische Erfolge zu erzielen sind, müssen diese noch nicht entscheidend für Regelkreissysteme oder für den ganzen Patienten und dessen Gesundheit sein (Kopp et al., 1989).

Biologische Regelkreise sind offen. Dabei macht das kybernetische System „Mensch“ keine Ausnahme. Das Milieu oder Umfeld ist in dem Regelkreis „Mensch“ schon enthalten und von diesem nicht trennbar. Es besteht also eine Eigendynamik, die sich zusätzlich unter dem Vektor Zeit verändert.

Auf diese Weise wird auch die therapeutische Information weiterverarbeitet. Die Therapie erfolgt als lokale Maßnahme zeitlich eng begrenzt auf ein sich unter der Zeit bewegendes System. Gleichzeitig strömen auf das zu behandelnde Individuum noch eine Vielzahl anderer Einflüsse ein – Licht, Geräusch, etc. – die ebenfalls verarbeitet werden. Aus diesem Grunde ist die Reaktion des dynamischen, sich in der Zeit bewegendem Systems, auch im Falle der Therapie nicht mit Sicherheit vorhersagbar.

Kritisch bewertet bedeutet dieser Gedankengang für jeden therapeutischen Eingriff, daß ausschließlich relativ ungerichtete Informationen in Richtung des therapeutischen Zieles in das Regelkreissystem „Mensch“ eingegeben werden können. Die Therapie kann also auch ohne – gewünschte oder ungewünschte – Reaktion bleiben. Es liegt demzufolge am Therapeuten, das „offene Fenster“, die beeinflussbaren Berührungspunkte im Regelkreis zu finden, die beeinflussbar sind. Diese Vernetzungsorte sind anscheinend besonders zur Körperachse querliegende Strukturen, wie Beckenboden oder Diaphragma abdominalis, aber auch – von nicht zu unterschätzender Bedeutung für den Zahnarzt – Schädelbasis,

Gaumen, Mundboden, Hyoid- und Mandibulaebene (Plato und Kopp, 1996).

Das Regelkreissystem entscheidet bei jedem therapeutischen Eingriff in diese Strukturen als eigene aktive Leistung, wie die (therapeutische) Information verarbeitet wird, was auf dieser Basis in die Wege geleitet wird. Der Therapeut kann ab diesem Moment, zumindest bis zum nächsten Eingriff, ausschließlich mit offenen Sinnen beobachten. Die angestoßene Entwicklung im Patientensystem wird die nächstfolgende Diagnostik und Therapie bestimmen. Dabei ist es wichtig, daß man dem System Zeit gibt, Reaktionen ablaufen zu lassen und Veränderungen aufzubauen. Das heißt, daß die Therapie selbst dynamisch wird. Festhalten an einem therapeutischen Konzept hieße, dem System bewußt falsche Informationen anzubieten. Dieses Problem der immer neu aktualisierten Therapie kann nur durch interdisziplinäre Zusammenarbeit gelöst werden.

Kann der Zahnarzt ein Verkettungssyndrom erkennen?

Nun stellt sich selbstverständlich die Frage, ob der Zahnarzt – eingebunden in die Zwänge der täglichen Praxis – überhaupt in der Lage ist, diese Patienten zu erkennen. Die Antwort kann klar „ja“ heißen, wenn man bereit ist, zunächst eine ausführliche Anamnese am Patienten zu erheben.

Der Patient wird im Rahmen des anamnestischen Gesprächs über die Chronizität der Beschwerden berichten. Immer wieder taucht der Faktor „Zeit“ in den Berichten auf. Der Patient klagt über zunächst nicht einzuordnende Schmerzen. Es gibt oft ein Klaffen zwischen dem ärztlicherseits erhobenen Befund und dem beklagten Befinden des Patienten. Beim genauen Hinhören wird man psychosomatische und somatopsychische Zusammenhänge entdecken. Der Patient kann über Kopfschmerz, Schwindel, Ohrschmerzen, Tinnitus, Gesichtsschmer-

zen unterschiedlichster Art und vielleicht über Schluckbeschwerden oder einen Kloß im Hals berichten (Kopp und Plato, 1995).

Diese Befunde lassen sich am Patiententag der Parkklinik Manhagen, einer Modellklinik des Landes Schleswig-Holstein für Patienten, die an chronischem Schmerz leiden, aufzeigen. Die Autoren haben in 6 Monaten 67 Patienten nach dem gleichen Diagnose- und Therapieschema behandelt. Die Anamnese brachte zunächst wenige logisch abhängige Funktionsstörungen zutage. Nur 14 % der Cephalgie-Gruppe (Patienten mit primär chronischem Kopfschmerz), 17 % der HWS-Gruppe (Patienten, die wegen Beschwerden der Halswirbelsäule überwiesen wurden) und 5 % LWS-Gruppe (Patienten, die aufgrund ihrer Beschwerden im Lendenwirbelbereich überwiesen wurden) berichteten spontan über Beschwerden im Kiefergelenkbereich.

Für alle Patienten wurden mit Hilfe einer orientierenden Funktionsuntersuchung die feingewebliche Differentialdiagnose erstellt. Danach litten 100 % der Cephalgie-, 89 % der HWS- und 59 % der LWS-Gruppe unter funktionell bedingten Beschwerden des craniomandibulären Systems. Unter Einbeziehung der instrumentellen Funktionsanalyse mußten bzw. konnten 57 % der Cephalgie-, 37 % der HWS- und 22 % der LWS-Gruppe behandelt werden.

Man kann zusammenfassen, daß basierend auf einer Verdachtsdiagnose erst feindifferenzierende Untersuchungen eindeutig die Notwendigkeit der notwendigen Therapie aufzeigen und ggf. auch vor unterlassener oder übertriebener Behandlung bewahren (Plato und Kopp, 1993).

Strategie der interdisziplinären Diagnostik

Der Untersucher orientiert sich zunächst grob an dem in der Anamnese geschilderten Beschwerdebild und führt dann eine grob orientierende

Funktionsuntersuchung durch. Schon während der Untersuchung wird darauf geachtet, welche der Strukturen mit positiven Untersuchungsbefunden über Muskeln, Fascien, Nerven oder Fluid anatomisch oder physiologisch in funktionellem Kontakt stehen. Mit instrumenteller Funktionsanalyse und ggf. mit Röntgendiagnostik kann dann abschließend geklärt werden, ob und auf welche Art und Weise behandelt werden soll.

Zusammensetzung des interdisziplinären Teams

Die klinische Erfahrung der letzten 10 Jahre gemeinsamer Arbeit läßt es sinnvoll erscheinen, wenn zum Kern einer Arbeitsgruppe ein Orthopäde mit chirotherapeutischer Erfahrung, ein Rheumatologe, ein Internist, ein HNO-Arzt, ein Neurologe, ein psychosomatisch geschulter Arzt, ein Zahnarzt und ein Physiotherapeut gehören. Für die tägliche klinische Therapie an Patienten mit chronischem Schmerz reduziert sich die Gruppe auf den Orthopäden, den Zahnarzt und den Physiotherapeuten (Kopp und Plato, 1991).

Strategie der interdisziplinären Therapie

Am Beginn jeder interdisziplinären Konferenz steht die pathomorphologische Absicherung, die Frage also, ob ein Neoplasma vorliegt oder ob funktionell behandelt werden darf, ohne den Patienten zu schädigen. Danach werden im kollegialen Gespräch zunächst alle Einzelbefunde, die lokal am Gewebe des Patienten erhoben werden konnten, vorgestellt. Es schließt sich die Diskussion der funktionellen Zusammenhänge – aus der Sicht jeden Fachgebietes – an. Erst danach wird die endgültige Therapiesequenz festgelegt.

Das bedeutet im Einzelfall, daß sich das Therapeutenteam für ein eng beschriebenes Zeitintervall die Aufgabe stellt, eine bestimmte Änderung im funktionellen Status des Patienten zu

erreichen. Jede therapeutische Einzelaktion wird in dieser Periode auf ihre Effizienz überprüft, die einzelnen angewandten Techniken ggf. zeitlich eng korreliert geändert.

Danach treffen sich die behandelnden Fachdisziplinen entweder anlässlich der Schmerzsprechstunde oder es wird eine Konferenzschaltung per Telefon realisiert. Erst nach erneutem Abwägen aller therapeutischen Möglichkeiten und des bisher erreichten Therapieerfolges wird ein neu festgelegtes Spektrum sinnvoller Techniken praktiziert. Diese Runde wiederholt sich so lange, bis der Patient beschwerdefrei ist.

Rolle des Zahnarztes bei der interdisziplinären Therapie

Selbstverständlich sind in der allerersten Therapiephase alle dentogenen bzw. parodontogenen Störungen zu beseitigen. Erst danach dürfen – in der Regel – die dento/okklusogenen Störungen in Angriff genommen werden. Das Langzeitziel dento-/okklusogener Therapie ist mit der Stabilisierung der Kondylen und der Stabilität der Okklusion exakt definiert. Wichtig ist die Tatsache, daß zunächst eine gute Stabilität der Kondylen und damit der zentrischen Lage des Unterkiefers erreicht werden muß, bevor die Okklusion stabilisiert werden darf. Im klinischen Alltag bedeutet das für annähernd 100 % unserer Patienten zunächst die Therapie mit Aufbißbehelfen, bevor die nicht wieder korrigierbare Veränderung der Zahnhartsubstanz durch Einschleifmaßnahmen durchgeführt wird (Kopp, 1992).

Der Patient ist zunächst nur daran interessiert, seine Beschwerden möglichst schnell und ohne gravierende schmerzhafte Eingriffe zu verlieren. Er will ohne Einschränkung, ohne Geräusch und ohne Schmerz alle Funktionen des stomatognathen Systems durchführen können. Für den Zahnarzt bedeutet das, möglichst sofort eine funktionelle Schmerzbehand-

lung ohne verzögerte Wirkung anbieten zu müssen. Das zahnärztliche Zwischenziel aus funktioneller Sicht ist aber auch die Tonusverminderung und die Balancierung der Muskulatur sowie die Stabilisierung des neu erreichten funktionellen Gleichgewichtes (Kopp und Graf, 1995).

Dabei muß bedacht werden, daß die Behandlung des chronischen Schmerzes immer eine simultan ablaufende Therapie erfordert. Klinisch heißt das, daß zwar eine Schiene vorübergehend Beschwerdefreiheit erwirken kann, dadurch aber weder die lokalen Strukturen des gestörten (craniomandibulären bzw. craniocervicalen) Systems behandelt, noch ihre negativen funktionellen Einflüsse korrigiert sind.

Neben zeitgleich ablaufender orthopädischer und/oder physiotherapeutischer Behandlung setzt dazu der Zahnarzt zunächst die Ruhigstellung ein, verordnet Medikamente (Analgetikum und Antirheumaticum) und kontrolliert die nach arbiträrer Gesichtsbogenmontage und Zentrikregistrat im Artikulator hergestellte Relaxationsschiene engmaschig, anfänglich teilweise täglich.

Rolle des Orthopäden/Physiotherapeuten bei der interdisziplinären Therapie

Zunächst gilt, daß jede Behandlung von der individuellen Ausbildung eines jeden Therapeuten abhängt. So kommen neben direkter Manipulation, der Atlas-Impulstherapie nach ARLEN, die Behandlung der Triggerpunkte, Strain-/Counterstrain-Techniken, Stretch und Spray, Release by Position, Akupunktur, Fußreflexzonenmassage, Johnson-Technik u.v.m. zur Anwendung. Die Liste der Techniken könnte beliebig verlängert werden. Wichtig ist ausschließlich der direkte positive Einfluß auf die Beseitigung der Funktionsstörung. Nicht das Festhalten an einer vermeintlich guten Technik ist das Mittel der Wahl, sondern die Überlegung aus dem Kollegenkreis, welche Technik im individu-

ellen Fall zu einem bestimmten Zeitpunkt der Therapie die größtmögliche Effizienz bietet.

Zahnärztliches Management der interdisziplinären Therapie

Für den Zahnarzt gilt, daß nach jeder orthopädischen Sitzung und jedem Termin beim Physiotherapeuten die Aufbißschiene den neuen funktionellen Gegebenheiten angepaßt werden muß. Der Patient soll möglichst keinen Kontakt von Zähnen auf der Schiene haben, bis die neue Position aufgebaut oder auf der Schiene eingeschliffen ist. Technisch handelt es sich meistens um eine Schienenremontage, seltener um das Einschleifen der Schiene im Munde als alleinige Maßnahme. Dazu hat es sich bewährt, daß der Orthopäde/Physiotherapeut den Patienten auf eine Watterolle oder ein DAKI-Kissen beißen läßt. Selbstverständlich darf der Patient während dieser Zeit keine Nahrung zu sich nehmen und er sollte auch selbst kein Auto lenken (Streß).

Stabilität der Kondylen ist dann erreicht, wenn trotz exakter orthopädischer Therapie keine wesentliche Änderung der dreidimensionalen Lage des Unterkiefers (Zentrik) erreicht werden kann. Sinnvoll ist die ständige Kontrolle der Zentrik im mittelwertigen Artikulator. Man kann nicht erwarten, daß der Patient dauerhaft ohne Dysfunktion ist. Ziel ist jedoch, durch regelmäßiges Recall aus funktioneller Sicht und dem strikten Einhalten häuslicher Eigenübungen den negativen Einfluß funktioneller Störungen gering zu halten. Gelingt dies, wird das Regelsystem bei der Bewältigung der alltäglichen Aufgaben, die der Patient zu erledigen hat, nicht mit Schmerz, Einschränkung der Beweglichkeit oder Geräusch reagieren.

Die endgültige prothetische Rekonstruktion sollte keinesfalls zu früh erfolgen. Ist der Patient nach Ansicht des Orthopäden stabil – er findet nur noch wenige Dysfunktionen – und zeigen sich bei der zentrischen Montage

der Modelle im Artikulator keine Lageränderungen mehr, sollte die Relaxationsschiene durch eine Stabilisierungsschiene ersetzt werden. Der Zeitraum bis zum Erreichen der „Stabilisierung“ sollte höchstens 3 Monate, besser nur 3 Wochen dauern.

Auf der Stabilisierungsschiene kann der Patient bei regelmäßigen zahnärztlichen und parodontologischen Kontrollen bis zu 2 Jahren kauen, bis die endgültige Restauration erfolgen kann. Grundsätzlich gilt, daß nie zu spät, aber oft zu früh rekonstruiert wird.

Quintessenz

Der chronische Schmerz kann in den meisten Fällen durch konsequent simultan ablaufende zeitgleiche interdisziplinäre Therapie beherrscht werden. Der Zahnarzt hat eine wichtige Rolle im Therapeutenteam. Die Schienentherapie ist nur eine einzige Facette der Therapie. Wichtig ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die stetige Kontrolle. Zahnärzte nutzen dazu die manuelle Funktionsanalyse und Modelle, die über ein geeignetes Zentrikregistrat mittelwertig im Artikula-

tor montiert sind. Einschleifmaßnahmen sind in den meisten Fällen kontraindiziert, da sie den Patienten aufgrund des direkten Zusammenhangs der Okklusion mit funktionellen Beschwerden des craniomandibulären Systems oft sofort schädigen.

Literatur

Farrar, W. B.; McCarty, W.: A clinical outline of temporomandibular joint diagnosis and treatment. Normandie Publications, Montgomery 1982

Gerber, W.: Persönliche Mitteilung. 2. Jenaer Schmerzforum, Jena 1995

Kopp, S.: Aufbißbehelfe – Indikation und Design. Winterfortbildung der Zahnärztekammer Niedersachsen, Braunlage 1992

Kopp, S.; Graf, H.: Der Schmerz aus zahnärztlicher Sicht. 1. Jenaer Schmerzforum, Jena 1995

Kopp, S.; Plato, G.: Interdisziplinäre Therapie funktioneller Störungen des craniomandibulären Systems aus der Sicht des Zahnarztes. 1. Physiotherapeutisches Symposium in der Zahnheilkunde, Tübingen 1991

Kopp, S.; Plato, G.: Die Bedeutung des Kiefergelenkes bei Erkrankungen im HNO-Bereich. 27. Essener Fortbildungsveranstaltung der HNO-Ärzte, Essen 1993

Kopp, S.; Plato, G.: Auswirkungen des Funktionszustandes der Halswirbelsäule auf die dreidimensionale Lage des Unterkiefers. Jahresweltkongress der Fédération Internationale de la Médecine Manuelle, Wien 1995

Kopp, S.; Plato, G.; Bumann, A.: Die Bedeutung der oberen Kopfgelenke bei chronischen Gesichtsschmerzen. Dtsch Zahnärztl Z 44, 966 (1989)

Oleson, J.; Moskowitz, M. A.: Experimental headache models. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia 1995

Plato, G.; Kopp, S.: Rücken- und Schulterschmerz aus der Sicht der manuellen Medizin Allgemeiner Deutscher Ärztetag, Karlsruhe 1993

Plato, G.; Kopp, S.: Das Dysfunktionsmodell. Man Med 34, 1 (1996)

Kontaktadresse:

Dr. Stefan Kopp
Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität zu Jena
Poliklinik für Kieferorthopädie
Bachstraße 18, 07743 Jena



Korrektur im grünen Fortbildungsprogramm 1997, Frühjahrssemester, der Landeszahnärztekammer Thüringen:

Seite 83 – Termin: 21.6.97

Seite 63 – Kurs nur für Zahnärzte

Strahlenschutzkurse – 1. Halbjahr 1997

Die Ausbildung erfolgt nach Fachkunderichtlinie (Regelwerk 11) des BMA.

7. Strahlenschutzkurs für Zahnarzhelferinnen (24 Stunden)

Gebühr: 320,- DM (incl. MwSt.)

07.03.-09.03.1997

Ort: Rotenburg/Fulda; Herz-Kreislauf-Zentrum

MioS Ing.-Büro für Strahlenschutz · An der Waisenhausmauer 8 · 06108 Halle · Tel./Fax 03 45/2 02 64 69

13. Jahrestagung der Mitteldeutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zu Erfurt e. V.

Am 2. November 1996 fand im Erfurter Dorint Hotel die 13. Jahrestagung der Mitteldeutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde statt. Sie stand unter der wissenschaftlichen Leitung ihres Vorsitzenden, Herrn Univ.-Prof. Dr. E. Lenz. An der Veranstaltung nahmen über 70 Kolleginnen und Kollegen teil.

Es war dem Vorstand gelungen, ein aktuelles Tagungsprogramm zu organisieren. Herr Dr. Dr. mult. Foitzik berichtete über neuere Techniken in der Parodontologie. Durch den Einsatz von Membransystemen im Sinne der gesteuerten Geweberegeneration ist es unter Beachtung entsprechender Indikationsstellung möglich, tiefe Parodontaldefekte zu behandeln und ein Reattachment zu erreichen. Sowohl resorbierbare als auch nicht resorbierbare bzw. titanverstärkte Membrane stehen zur Verfügung. Die gesteuerte Knochenregeneration stellt eine weitere Entwicklung auf diesem Gebiet dar und erweitert den Einsatz von Membranen auf verschiedene zahnhaltend-chirurgische Maßnahmen.

Inhaltlich schloß sich der 2. Vortrag von Herrn Dr. Dr. mult. Foitzik an, in dem er zu Techniken der Wurzelspitzenresektion Stellung nahm. Neben dem traditionellen Vorgehen wurde

der Einsatz von Kurzstiftsystemen für den Wurzelkanalverschluß beschrieben, der eine weitergehende endodontisch-prothetische Behandlung des betreffenden Zahnes zuläßt. Der Einsatz von autologem und homologem Knochenersatzmaterial in Verbindung mit Membransystemen sowie die Möglichkeit der Fixierung durch Knochenpins erweitert die Möglichkeiten zur Defektdeckung.

Herr Dr. Stamm berichtete über das Verfahren der Transfixation und stellte in einem guten Übersichtsreferat verschiedene Systeme vor. Bewährt hat sich dieses Behandlungsverfahren im Frontzahnbereich für den Einzelzahnbehalt bzw. den Erhalt des oder der letzten Zähne. Besonders im Oberkiefer ist auf die Ausdehnung der apikalen Basis zu achten. Gegebenenfalls ist der Transfixationsstift individuell abzuwickeln. Nach Meinung des Referenten sollte zweckmäßigerweise eine Kombination mit Wurzelspitzenresektion erfolgen. Der Einsatz von Membranen ist zur Defektdeckung vorteilhaft. Als günstig erweisen sich Systeme, die die endodontische Stumpfversorgung (Stumpfaufbau) beinhalten.

Herr Prof. Dr. Freesmeyer sprach zur Thematik Funktionsdiagnostik und

Funktionstherapie. Er zeigte, daß mit einfachen Hilfsmitteln ein sogenannter kleiner Funktionsstatus in der Praxis erstellt werden kann. Wichtig ist das Erkennen von Zahn- und Parodontalbefunden, die oftmals durch bereits vorhandene Therapiemittel bedingt sind; aber auch Muskel- und Gelenkbefunde müssen erkannt werden. Therapeutisch sind zunächst Schmerzzustände zu behandeln. Eine weitergehende kausale Therapie sollte sich anschließen. Hierbei finden insbesondere verschiedene Formen von Aufbißschielen, aber auch eine gezielte Einschleiftherapie Anwendung. Die dabei erzielten Ergebnisse sind gegebenenfalls in eine definitive prothetische Behandlung umzusetzen.

Neben dem wissenschaftlichen Programm fand die Mitgliederversammlung statt, in deren Verlauf der neue Vorstand gewählt wurde. Zu ihm gehören Frau Prof. Dr. Borutta, Erfurt, Herr Dr. Döbel, Mühlhausen, Herr Dr. Herrmann, Worbis, Herr Dr. Tesch, Erfurt, und Herr Dr. Wagner, Erfurt. Den Vorsitz übernimmt auch weiterhin Herr Prof. Dr. Lenz, Erfurt. In der Diskussion wurde der Wunsch nach Weiterführung der Arbeit der Gesellschaft in bisheriger Form geäußert. Neben einer Jahrestagung soll zukünftig auch wieder eine Abendveranstaltung zu aktuellen fachlichen Fragestellungen stattfinden.

So ist vorgesehen, am Mittwoch, dem 23.4.1997 eine solche Veranstaltung über metallfreie Restaurationen mit dem System Targis und Vectris in Erfurt unter Beteiligung der Deutschen Ivoclar durchzuführen. Der Vorstand hofft, damit den Interessen unserer Mitglieder, aber auch allen anderen Kollegen zu entsprechen und freut sich auf eine aktive Teilnahme.

Dr. U. Tesch, Erfurt

Inserentenverzeichnis

MULTIDENT	2. US
ChreMaSoft GmbH, Bremen	9
MioS Ing.-Büro für Strahlenschutz, Halle/Sa.	31
R. + R. Daume Finanzdienstleistungen, Erfurt	35
DELAB, Erfurt	43
Akademie Praxis und Wissenschaft, Düsseldorf	43
Inter Ärzte Service, Erfurt	4. US
Kleinanzeigen	15, 18
Prof. Hofmann, Universität „G. Carus“, Dresden	Beileger

EINLADUNG

Akademische Ehrung
Verabschiedung aus dem Hochschuldienst
von

Herrn Prof. Dr. sc. med. R. Musil

Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik der Friedrich-Schiller-Universität Jena

4. Jenaer Symposium

Die Laudatio anlässlich der Verabschiedung von Herrn Professor Dr. sc. med. R. Musil aus dem Hochschuldienst wird von Herrn Professor Dr. M. Hofmann, der Festvortrag von Herrn Professor Dr. W. H. Mörmann gehalten.

Akademische Ehrung

anlässlich des Ausscheidens aus dem Hochschuldienst von

Prof. Dr. Rudolf Musil

Direktor der Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik der
Friedrich-Schiller-Universität Jena

am Samstag, den 22.3.1997
in der Aula der Friedrich-Schiller-Universität Jena
9.00 Uhr, s.t.

Laudatio:

Prof. Dr. M. Hofmann (Erlangen)

Grußworte

Übertragung der Ehrenmitgliedschaft

Prof. Dr. E. Glockmann (Jena)

Festvortrag:

CAD/CIM Technologien in der restaurativen Zahnheilkunde
Prof. Dr. W. H. Mörmann (Zürich)

Imbiß

4. Jenaer Symposium

Moderne klinische Methoden, dentale Technologien und
Werkstoffe

- 12.45 Fortsetzung des wissenschaftlichen Programmes
Leitung: Prof. Dr. E. Glockmann, Dr. B. Triemer
- 12.45 Experimentelle und klinische Ergebnisse moderner Mikro-
chirurgie
Prof. Dr. Dr. D. Schumann et al.
- 13.05 Titan aus der Sicht materialkundlicher Forschung und
klinischem Einsatz
Prof. Dr. E. Lenz
- 13.25 Sonic-Sys, ein neues Präparationssystem
Prof. Dr. E. Glockmann, OÄ Dr. I. Glockmann
- 13.40 Neue Technologien in der Kieferorthopädie
OA Dr. St. Kopp, Prof. Dr. H. Graf,
OA PD U. Langbein
- Diskussion und Pause –
- 14.05 Neue Prothesenkunststoffe in Sicht?
Prof. Dr. D. Welker, Dr. R. Göbel, Prof. Dr. R. Musil

- 14.25 Experimenteller Vergleich weicher Kunststoffe und abge-
leitete Praxisempfehlungen
Dr. R. Göbel, Prof. Dr. D. Welker, S. Arndt
- 14.40 Werkstoffkundliche Bewertung temporärer K&B-Kunststoffe
Dr. A. Rzanny, Prof. Dr. D. Welker, Dr. R. Göbel
- 14.55 Neue temporäre K&B-Kunststoffe im klinischen Vergleich
Dr. R. Luthardt, Dr. M. Hinz, Dr. M. Stöbel
- Diskussion und Pause –
- 15.20 Bioverit II und Empress – zwei Glaskeramiken – eine Tech-
nologie
Dr. F. Jahn
- 15.30 Klinische Langzeiterfahrungen mit keramischen Verblend-
schalen
OA Dr. D. v. Gogswaard
- 15.45 Prothetische Versorgung von ITI-Implantaten
OA PD Dr. W. Reinhardt
- Diskussion –
- Ort: Klinikum der FSU Jena
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Hörsaal 1)
Bachstraße 18, Jena
Termin: 22.3.1997, 12.45 bis 16.30 Uhr

Bitte abtrennen und bis 30.1.1997 zurücksenden an (Absender nicht vergessen):

Friedrich-Schiller-Universität Jena, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik, z. Hd. Dr. R. Luthardt, Bachstraße 18, 07743 Jena

Ich / Wir nehme(n)

an der Ehrung

- mit Personen teil
 leider nicht teil,

dem Wissenschaftlichen Programm

- mit Personen teil
 leider nicht teil.

Ich / Wir benötige(n) Übernachtungsmöglichkeiten in einem Hotel****

von Freitag, dem 21. zum 22. März 1997
von Samstag, dem 22. zum 23. März 1997

- EZ DZ
EZ DZ

Bei Anreise am 21. März möchte(n) ich / wir an einem zwanglosen Beisammensein mit Personen teilnehmen (Wichtig für die Platzreservierung).

Anhörung zum 2. GKV-Neuordnungsgesetz im Bundestagsausschuß für Gesundheit

Fragwürdige Stellungnahmen der Krankenkassen zur Prophylaxe

Am 04. Dezember 1996 fand im Bundestagsausschuß für Gesundheit eine ganztägige Anhörung zum 2. GKV-Neuordnungsgesetz statt. Bei einer solchen Anhörung haben die Abgeordneten die Möglichkeit, Sachverständige zu den geplanten gesetzlichen Neuregelungen zu befragen, um deren Meinung in das Gesetzgebungsverfahren einfließen zu lassen. Dabei befragt jede Partei solche Sachverständige, die sie für die entsprechenden Fragestellungen für kompetent hält.

Bei der Anhörung am 04. Dezember 1996 stand der Bereich der zahnmedizinischen Versorgung als erster Punkt auf der Tagesordnung. Die Fragen der Abgeordneten der Koalition richteten sich an die Vertreter der KZBV, der Bundeszahnärztekammer und des Freien Verbandes. Diese begrüßten die geplanten Regelungen grundsätzlich, machten aber auch deutlich, daß es zu manchen Details noch Änderungsbedarf gibt. Die Abgeordneten des linken Lagers im Bundestag (SPD, Bündnis 90/Die Grünen, PDS) holten sich dagegen ihre Argumente bei den Vertretern der Krankenkassen, aber auch beim MDK und vom DAZ als zahnärztlicher Splittergruppe. Daß sich dabei eine Ablehnung der geplanten Änderungen abzeichnete, versteht sich von selbst. Bemerkenswert ist immerhin, daß der Vertreter des DAZ das Festzuschußmodell grundsätzlich befürwortete.

Ein interessantes Detail der Anhörung ist die Tatsache, daß die Krankenkassen inzwischen die Individualprophylaxe komplett ablehnen. Bei der Individualprophylaxe handelt es sich nach Meinung der Krankenkassen um gesundheitspolitisch mehr als umstrittene Leistungen. Die AOK hat vorgetragen, daß die Ausweitung der Prophylaxe zu einer Mehrbelastung der Krankenkassen von rund 5 Milliarden DM

führen würde. Nach Meinung der Krankenkassen, aber auch des MDK (Dr. Strippel, Zahnarzt!), ist Individualprophylaxe ineffektiv und kostenintensiv, deshalb sei die Gruppenprophylaxe weiter auszubauen, und der Sicherstellungsauftrag dafür auf die Krankenkassen zu übertragen. Diese Prophylaxemaßnahmen könnten dann mit angestellten Zahnärzten und Helferinnen durchgeführt werden.

Die Anhörungen vor den Ausschüssen werden gemeinhin als reine Schauveranstaltungen angesehen, die den befragten Betroffenen, wie schon gesagt Gelegenheit bieten, öffentlichkeitswirksam ihre Standpunkte zu vertre-

ten. Meist hört man dort nur die bekannten Floskeln. Wenn die Krankenkassen aber solche neuen Töne bezüglich der Prophylaxe verlauten lassen, ist dies bemerkenswert. Einerseits trennen sie sich nur mit den größten Schmerzen von ihren marketingorientierten „Gesundheitsvorsorgekursen“, andererseits wollen sie von zahnärztlicher Prophylaxe, deren Wirksamkeit wissenschaftlich abgesichert ist, neuerdings nichts mehr wissen. Auch damit zerstören die Krankenkassen ihre politische Glaubwürdigkeit immer mehr.

Lu.

2. Winterfortbildung beim ZBV Oberfranken

mit
Bayerischen Zahnärzte-Langlaufkimeisterschaften
vom 14. bis 16. Februar 1997, in Bischofsgrün

Programm:

14. Februar 1997

Begrüßungsabend

15. Februar 1997

9.00 bis 12.00 Uhr
Prof. Dr. E. Reich, Homburg
Was kann Prophylaxe

in der Pause

2. Langlaufmeisterschaften

16.00 bis 17.15 Uhr
Dr. H. Michel, Würzburg
Speicheltests und ihre Aussagen

17.30 bis 18.30 Uhr

Dr. M. Aschenbach, Bischofsgrün
Therapiebegleitende Prophylaxe

anschließend
Festabend mit Siegerehrung

16. Februar 1997

9.00 bis 12.00 Uhr

Dr. A. Nagel, Ottobrunn
Gesundheitliche Ernährung für das
zahnärztliche Team und seine Patienten –
was steckt dahinter

Weitere Informationen bei:
Zahnärztlicher Bezirksverband Oberfranken, Justus-Liebig-Str. 113, 95447 Bayreuth
Tel. 09 21/6 50 25, Fax 09 21/6 85 00

Teilzeit- und geringfügig Beschäftigte

Für Teilzeitbeschäftigte, Aushilfen und andere geringfügig Beschäftigte ergeben sich sowohl steuerliche als auch sozialversicherungsrechtliche Besonderheiten.

1. Pauschale Lohnsteuer

Eine Beschäftigung ohne Lohnsteuerkarte ist möglich, wenn bestimmte Arbeitslohn- und Arbeitszeitgrenzen nicht überschritten werden. Sofern der Arbeitslohn 1996 20,65 DM pro Stunde nicht übersteigt, kann der Arbeitgeber die Lohnsteuer mit einem Pauschalbetrag übernehmen; diese Arbeitslohnsgrenze wird aufgrund der maßgebenden Sozialversicherungsgrenzen jährlich neu festgesetzt. Hinsichtlich der Pauschalierung wird wie folgt unterschieden (§ 40 a EStG)¹:

Kurzfristige Beschäftigung: Der durchschnittliche Arbeitslohn übersteigt nicht 120 DM pro Tag, oder eine Beschäftigung wird zu einem unvorhersehbaren Zeitpunkt sofort erforderlich. In beiden Fällen darf es sich nur um eine gelegentliche Beschäftigung an höchstens 18 zusammenhängenden Arbeitstagen handeln. Der pauschale Lohnsteuersatz beträgt 25 v. H.

Beschäftigung in geringem Umfang: Bei monatlicher Lohnzahlung übersteigt die Beschäftigungsdauer nicht 86 Stunden und der Arbeitslohn nicht 590 DM (für 1996); bei kürzeren Lohnzahlungszeiträumen übersteigt die Wochenarbeitszeit nicht 20 Stunden und der Wochenarbeitslohn 1996 nicht 137,66 DM. Die vorgenannten Arbeitslohnsgrenzen entsprechen den Grenzen für die Sozialversicherungsfreiheit in den alten Bundesländern (siehe zu 2.) und werden jährlich neu festgelegt. Der pauschale Lohnsteuersatz beträgt seit 1996 20 v. H. Ohne Auswirkungen auf die Grenzen können neben dem laufenden Arbeitslohn zusätzlich steuerfreie Leistungen (z. B. Heirats- und Geburtsbeihilfen) oder anderer pauschalierungsfähiger Arbeitslohn (z. B. Fahrtkostenzuschüsse)

– mit Ausnahme der Direktversicherungsbeiträge – gezahlt werden. Einmalzahlungen (z. B. Weihnachts- und Urlaubsgeld) sind rechnerisch auf die gesamte Beschäftigungszeit im Kalenderjahr zu verteilen.² Dies kann sich vorteilhaft, aber auch nachteilig auswirken.

Beispiele:

1. Ein Arbeitnehmer erhält monatlich 500 DM; auch die übrigen Voraussetzungen für die Lohnsteuer-Pauschalierung liegen vor. Im Dezember erfolgt eine Sonderzahlung von 900 DM.

Der Jahresarbeitslohn beträgt (12 x 500 DM + 900 DM =) 6900 DM, der durchschnittliche Monatslohn also (6900 DM : 12 =) 575 DM. Da die Pauschalierungsgrenze nicht überschritten ist, kann im Dezember der gesamte Arbeitslohn von 1400 DM pauschal versteuert werden.

2. Wie 1., der monatliche Arbeitslohn beträgt aber 590 DM.

Da die Pauschalierungsgrenze bereits durch die laufenden Zahlungen ausgeschöpft ist, führt die Sonderzahlung im Dezember dazu, daß die Grenzen insgesamt überschritten sind. Damit ist die Möglichkeit der Pauschalversteuerung rückwirkend für das ganze Jahr entfallen.

Die Lohnsteuer-Pauschalierung ist auch dann möglich, wenn ein Arbeitnehmer ein weiteres Arbeitsverhältnis hat, bei dem die Lohnsteuer pauschaliert wird. Neben der pauschalen Lohnsteuer und dem Solidaritätszuschlag in Höhe von 7,5 v. H. ist auch die Lohnkirchensteuer pauschal zu ermitteln. Sofern der Arbeitgeber die Kirchenzugehörigkeit bzw. die Nichtzugehörigkeit im einzelnen für jeden Arbeitgeber nachweisen kann, braucht die Kirchensteuer nur für die Arbeitnehmer abgeführt zu werden, die einer erhebungsberechtigten Kirche angehören.³

Die nachfolgende Tabelle enthält die Kirchensteuer-Prozentsätze bei Lohn-

steuer-Pauschalierung sowie die Aufteilung der Kirchensteuer für die Fälle, in denen die individuelle Kirchenzugehörigkeit nicht nachgewiesen werden kann.

	KiSt-Satz	rk	ev
Baden-Würtbg.	7	50	50
Bayern	7	66 2/3	33 1/3
Berlin	5	25	75
Brandenburg	5	25	75
Bremen	7	20	80
Bremerhaven	7	10	90
Hamburg	4,5	20	80
Hessen	7	50	50
Mecklenburg-Vorp.	5	10	90
Niedersachsen	6	27	73
Nordrhein-Westf.	7	50	50
Rheinland-Pfalz	7	50	50
Saarland	7	75	25
Sachsen	5	15	85
Sachsen-Anhalt	5	27	73
Schleswig-Holstein	7	12	88
Thüringen	5	20	80

Der pauschaliert besteuerte Arbeitslohn darf nicht auf der Lohnsteuerkarte oder einer Lohnsteuer-Bescheinigung ausgewiesen werden. Sofern ein Arbeitnehmer neben diesem Arbeitslohn noch Arbeitslohn von einem anderen Arbeitgeber bezieht, der nach den Merkmalen der Lohnsteuer-Karte abgerechnet wird, ist weder der pauschal besteuerte Arbeitslohn noch die pauschale Lohnsteuer bei einer Einkommensteuer-Veranlagung zu berücksichtigen; es kommt also insoweit z. B. kein Werbungskostenabzug in Betracht.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, daß ggf. geprüft werden sollte, ob eine Teilzeitbeschäftigung mit Lohnsteuerkarte in Betracht kommt, weil bei einem Arbeitslohn über der Pauschalierungsgrenze bis zur Höhe des Grundfreibetrages (§ 32 a Abs. 1 EStG) grundsätzlich keine Lohnsteuer anfällt.

2. Sozialversicherung

Die sozialversicherungsrechtliche Behandlung von Arbeitsverhältnissen ist grundsätzlich unabhängig davon, ob die Voraussetzungen für die Lohnsteuer-Pauschalierung vorliegen, auch wenn die Arbeitslohngrenzen weitgehend angeglichen wurden. Beträgt die wöchentliche Arbeitszeit weniger als 18 Stunden, ist unabhängig von Einkommensgrenzen regelmäßig Beitragsfreiheit in der Arbeitslosenversicherung gegeben.

Beschäftigungsverhältnisse sind von der gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung unter folgenden Voraussetzungen befreit:

Geringfügige Beschäftigung: Die regelmäßige Arbeitszeit beträgt weniger als 15 Wochenstunden, und das Arbeitsentgelt beträgt 1996 monatlich im Durchschnitt höchstens 590 DM (in den neuen Bundesländern höchstens 500 DM). Ohne Anrechnung auf die Verdienstgrenzen können neben dem „normalen“ Arbeitslohn u. a. steuerfreie Jubiläumszuwendungen, steuerfreie Sonntags- (bis zu 50 v. H.), Feiertags- (bis zu 125 v. H.), Nachtarbeitszuschläge (bis zu 40 v. H.) und pauschal versteuerte Fahrtkostenzuschüsse gezahlt werden.

Bei mehreren Beschäftigungsverhältnissen nebeneinander sind sowohl die Stunden als auch die Arbeitsentgelte für die Prüfung, ob die Grenzen überschritten sind, zusammenzurechnen. Bei Überschreiten der Grenzen haftet der Arbeitgeber für Kranken-, Pflege- und Rentenversicherungsbeiträge auch dann, wenn er von der anderen Beschäftigung nichts gewußt hat.⁵

Dagegen ist es zulässig, wenn ein Arbeitnehmer neben einem beitragspflichtigen Arbeitsverhältnis bei einem anderen Arbeitgeber eine beitragsfreie Aushilfstätigkeit ausübt. Insbesondere in dem zuletzt genannten Fall ist es denkbar, daß Beitragsfreiheit auch dann in Betracht kommt, wenn die Arbeitslohngrenze überschritten wird, da bei höherem Arbeitslohn für einen geringfügig Be-

schäftigten auch dann noch Beitragsfreiheit gegeben ist, wenn der Arbeitslohn aus der Tätigkeit 1/6 des Gesamteinkommens⁶ des Beschäftigten nicht übersteigt.

Beispiel:

Aus einem ersten Arbeitsverhältnis bezieht ein Arbeitnehmer einen Monatslohn von 4000 DM. Daneben ist er bei einem anderen Arbeitgeber als Teilzeitkraft gegen ein Entgelt von 800 DM monatlich beschäftigt.

Das Entgelt liegt zwar über der maßgebenden Arbeitslohngrenze, übersteigt aber nicht 1/6 des Gesamteinkommens des Beschäftigten (4000 DM + 800 DM = 4800 DM : 6 = 800 DM). Werden im übrigen die Arbeitszeitgrenzen eingehalten, ist die Teilzeitbeschäftigung damit versicherungsfrei.

Kurzfristige Beschäftigung: Eine Beschäftigung ist innerhalb eines Jahres (nicht Kalenderjahres) auf zwei Monate oder insgesamt 50 Arbeitstage begrenzt, und die Tätigkeit wird nicht berufsmäßig, sondern z. B. als Aushilfe ausgeübt.

Umlagepflichtige Betriebe haben Umlagen (für Lohnfortzahlung, Mutterschaftsgeld) grundsätzlich auch für Arbeitnehmer bei geringfügiger oder kurzfristiger Beschäftigung zu zahlen.⁷

Meldungen: Bei Beschäftigung von versicherungsfreien Aushilfen und Teilzeitbeschäftigten ist regelmäßig sowohl der Beginn als auch die Beendigung der Beschäftigung innerhalb einer Woche der Krankenkasse auf amtlichem Vordruck anzuzeigen. Damit haben die Sozialversicherungsträger die Möglichkeit zu prüfen, ob ein Arbeitnehmer unzulässigerweise ggf. in mehreren "versicherungsfreien" Beschäftigungsverhältnissen tätig sind.

3. Lohnkonto

Die Verpflichtung, ein Lohnkonto zu führen, gilt auch für Teilzeitbeschäftigte, Aushilfen usw. (vgl. § 4 Abs. 2 Nr. 8 Satz 4 LStDV). Das Lohnkonto muß neben Namen und Anschrift der

beschäftigten Person u. a. Angaben über Beschäftigungsbeginn und -ende, die Art der Beschäftigung, die Höhe des monatlichen Bruttolohns und des Stundenlohns enthalten.

Bei der individuellen Ermittlung der Lohnkirchensteuer ist eine schriftliche Versicherung des Arbeitnehmers über seine Nichtzugehörigkeit zu einer Kirche ausreichend; diese Versicherung ist als Unterlage zum Lohnkonto aufzubewahren.

1 Bei Aushilfskräften in der Landwirtschaft beträgt der Pauschsteuersatz 3 v. H.

2 Abschn. 128 Abs. 4 LStB

3 Gleichlautende Ländererlasse vom 10. September 1990 (BStBl 1990 I S. 773) und vom 21. Dezember 1990 (BStBl 1992 I S. 45); zur Nachweisfrage siehe BFH-Urteil vom 7. Dezember 1994 I R 24/93 (BStBl 1995 II S. 507).

4 Besonderheiten gelten für Aushilfskräfte in der Land- und Forstwirtschaft

5 BSG-Urteil vom 23. Februar 1988 12 R K 43/78

6 Im Sinne von § 1 h des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

7 Vgl. dazu das Entgeltfortzahlungsgesetz (BGB) 1994 I S 1065) sowie §§ 10 ff. Lohnfortzahlungsgesetz

Information der
Bundeszahnärztekammer

Vorsicht bei unbedachter Kollegenschelte

Der Zahnärztliche Bezirksverband München Stadt und Land gab kürzlich seinen Mitgliedern Ratschläge für das Verhalten bei Patienten mit angeblich oder tatsächlich fehlerhafter Behandlung durch einen Kollegen¹. Die dort gegebenen Hinweise, die aus rechtlicher Sicht nur begrüßt und unterstrichen werden können, sollen an dieser Stelle zitiert werden².

Wie verhalte ich mich bei Patienten mit angeblich/tatsächlich fehlerhafter Behandlung durch einen anderen Kollegen?

Jeder von uns kennt die Situation: Ein neuer Patient kommt mit Beschwerden in die Praxis und die Anamnese ergibt: Vor nicht allzu langer Zeit wurde ein Zahnersatz eingegliedert, von dem der Patient angibt, er bereitet ihm Schmerzen, die Paßgenauigkeit sei ungenügend usw. ...

Finger weg

Lassen Sie sich jetzt nicht verleiten, hier sofort eine Behandlung einzuleiten und den Zustand des angeblich mangelhaften Zahnersatzes so zu verändern, daß eine objektive Begutachtung des ursprünglichen Zustandes nicht mehr möglich ist. Nur so vermeiden Sie folgende Vorwürfe:

1. Sie haben den ursprünglichen Zustand des Zahnersatzes so verändert, daß eine Begutachtung nicht mehr möglich ist.
2. Sie haben primär aus eigenem finanziellem Interesse die Behandlung vorgenommen.
3. Ihre Tätigkeit hat den Zustand der prothetischen Arbeit verschlechtert, und Sie sind deshalb mitverantwortlich.

Richtig ist, den Patienten zunächst an die dafür bestellten Gutachter der KZVB und der Kammer zu verweisen (KZVB-Gutachter für Kassenpatienten, Gutachter der BLZK für Privatpatienten).

Wie berechtigt diese Hinweise sind, die für jede zahnärztliche Behandlung Gültigkeit besitzen, soll folgender Fall verdeutlichen:

Ein Patient erstattet gegen einen Zahnarzt Strafanzeige bei der Staatsanwaltschaft wegen fahrlässiger Körperverletzung und trägt vor, daß er sich einer „zahnorthopädischen Behandlung im oberen rechten Bereich seines Kiefers unterzogen“ habe und bei dieser Behandlung ein Teil einer „Metallnadel im Zahn abgebrochen“ sei. Dies habe der Zahnarzt bemerkt, ihn jedoch hierzu nicht aufgeklärt. Er habe nach der Behandlung ständig unter Schmerzen, Rötungen und Lähmungserscheinungen gelitten. Eine Wiedervorstellung bei dem Zahnarzt hätte keine Abhilfe geschaffen.

Ein anderer Zahnarzt, den er daraufhin aufgesucht habe, hätte auf der sofort angefertigten Röntgenaufnahme auch sogleich den abgebrochenen Metallstift erkannt und diesen als ursächlich für die erlittenen Schmerzen angesehen. Tatsächlich gibt der nachbehandelnde Zahnarzt bei seiner Zeugenvernehmung durch die Polizei auch an: „Ich habe den Patienten darüber aufgeklärt, daß im Rahmen der Wurzelbehandlung an einem wangenwärtigen Kanal ein Kanalinstrument abgebrochen sein dürfte.“ Er weist den Patienten darauf hin, daß dies „schon mal vorkommen kann“ und erklärt in der polizeilichen Vernehmung, daß ein Patient normalerweise darüber aufgeklärt werden sollte. Schließlich bestätigt der Zahnarzt dem Vernehmer ausdrücklich, daß der Metallstift auch auf der Aufnahme, die von dem beschuldigten Zahnarzt zuvor angefertigt wurde, erkennbar war. Diese Aussage eines sachverständigen Zeugen ist für den Staatsanwalt verständlicherweise Anlaß genug, die weiteren Ermittlungen mit großem Eifer fortzusetzen.

Was aber war tatsächlich geschehen? Der beschuldigte Zahnarzt hatte bei dem Patienten an Zahn 17 eine Wur-

zelbehandlung durchgeführt. Im Rahmen dieser Behandlung hatte er einen Guttaperchastift in den Wurzelkanal eingebracht. Dieser, ebenfalls röntgenschnittgebende Stift, war von dem nachbehandelnden Zahnarzt irrtümlich als Metallstift gedeutet worden. Die aussagefähige und überzeugende Dokumentation belegte schließlich das sorgfältsgerechte Vorgehen des beschuldigten Zahnarztes und die Haltlosigkeit der gegen ihn erhobenen Vorwürfe. Das Ermittlungsverfahren wurde erwartungsgemäß, gem. § 170 Abs. 2 Strafprozeßordnung, wegen nicht ausreichenden Tatverdachts eingestellt (12 Js. 294/94).

Problematisch an diesem Fall war der Hinweis des Nachbehandlers auf einen „Metallstift“, der angeblich im Wurzelkanal verblieben war. Erst nach diesem Hinweis hatte der Patient die Strafanzeige erstattet. Objektiv gab es zu keinem Zeitpunkt einen Hinweis auf eine kunstfehlerhafte Behandlung. Der Fall macht deutlich, welche erheblichen Folgen eine unbedachte Äußerung gegenüber einem möglicherweise schon präformierten Patienten haben kann.

Kein Zahnarzt kann sich a priori gegen ungerechtfertigte Vorwürfe schützen. Jeder Patient kann, soweit er nicht mutwillig wahrheitswidrige Tatsachenbehauptungen aufstellt, auch aus laienhaftem Verständnis eine Strafanzeige gegen einen Zahnarzt erstatten. Hieraus erwächst dem Patienten kein Vorwurf etwa im Sinne übler Nachrede. Zu einer Anzeige wird der Patient um so eher ermuntert, wenn nachbehandelnde Kollegen den Patienten über Fehlbehandlungen falsch informieren. Dabei kann nicht unberücksichtigt bleiben, daß die Zahl der Strafanzeigen in den letzten Jahren erheblich zugenommen hat und dieser Trend ungebrochen anhält. Hierzu haben sicher nicht nur die Massenmedien und eine entsprechende Berichterstattung beigetragen. Ei-

nen erheblichen Anteil an dieser Entwicklung hat auch der Kostenanstieg, verbunden mit der Dienstleistungsmentalität und dem Glauben an eine omnipotente Medizin. Falsche oder unbedachte Verdächtigungen sind vor diesem Hintergrund weder für den Patienten noch für den Arzt von Vorteil.

 1 Zahnärztlicher Bezirksverband München Stadt und Land: Zahnärztlicher Anzeiger 23/1995

2 Die Autoren bedanken sich bei dem Vorsitzenden des Zahnärztlichen Bezirksverbandes München Stadt und Land, Herrn Dr. Schweiger, für die freundliche Genehmigung, diese Hinweise zitieren zu dürfen.

Korrespondenzadressen:

Zahnärztin Sabine Becker
 Ungererstraße 137
 80805 München

Rechtsanwalt Dr. jur. Gerhard Binder
 Elisabethstraße 22
 80795 München

aus:
 „ZMK“ – Magazin für Zahnheilkunde, Management und Kultur, Nr. 7/8 1996

Lexikon der Zahnmedizin auf CD-ROM

Hoffman-Axthelm
 ISBN: 3-87652-903-4, Bestell-Nr.: 5211, DM 178,-. Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin.

Systemanforderungen:

PC nach Industriestandard mit CD-ROM-Laufwerk

Grafikkarte: VGA 640 x 480 mit 256 Farben

Betriebssystem: DOS mit Windows ab Version 3.1

Arbeitsspeicher mind. 4 MB (8 MB empfohlen)

Festplatte mit mind. 1,8 MB frei

Kompetent:

Ein Redaktionsteam von 36 wissenschaftlichen Mitarbeitern aus 34 verschiedenen Fachgebieten hat dieses bewährte zahnmedizinische Nachschlagewerk sorgfältig und gründlich überarbeitet. Multimedia-Spezialisten haben es in eine funktionelle „elektronische“ Form gebracht.

Aktuell:

Das Lexikon der Zahnmedizin wurde in seiner 6., völlig neu bearbeiteten und stark erweiterten Auflage dem aktuellen Erkenntnisstand angepaßt. Neben den klassischen Disziplinen der Zahnmedizin werden jetzt auch neueste Entwicklungen aus Gebieten wie Prophylaxe, Implantologie-Medizinische Informatik oder Rechtsfragen behandelt.

Informativ:

Sie finden mehr als 13.500 Lexikonartikel mit Stichwörtern aus allen Bereichen der Zahnmedizin und verwandten Wissensgebieten. Präzise Stichwörter und komprimierte Artikel berücksichtigen allerneueste Entwicklungen und tragen der zunehmenden Spezialisierung in der Zahnmedizin Rechnung.

Anschaulich:

1.047 klinische Abbildungen, Zeichnungen, Grafiken, Tabellen, Röntgenbilder und Geräteaufnahmen ergänzen, wo erforderlich, auf „Knopfdruck“ die wissenschaftlichen Texte.

Übersichtlich:

Ein umfassendes Verweissystem führt den Benutzer per Mausclick zu dem Artikel, in dem er die gesuchte Information findet, oder weist auf Artikel hin, die spezielle Erläuterungen enthalten bzw. übergeordnete Zusammenhänge darstellen.

Schnell:

Per Mausclick springen Sie schnell und bequem zur gesuchten Information. Noch nie war die Recherche in einem zahnmedizinischen Lexikon so einfach.

Nach meiner persönlichen Einschätzung halte ich die grafischen Darstellungen für nicht optimal, und sie sollten einer kritischen Nachbesserung im Falle einer Neuanlage unterzogen werden. Mit dieser CD-ROM sind die Möglichkeiten eines qualitativ guten elektronischen Nachschlagewerkes noch lange nicht ausgereizt. Der derzeit von mir empfundene Mangel läßt mich wieder verstärkt auf das Handbuch vom gleichen Verfasser zurückgreifen.

Farbatlas der zahnärztlichen Chirurgie

K. R. Koerner, L. V. Tilt und K. R. Johnson
 348 Seiten, 53 Tabellen und Schaubilder, 290 meist farbige Abbildungen in 789 Einzeldarstellungen, DM 248,-, ISBN: 3-7691-4062-1. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1996.

Dieser neue Farbatlas der zahnärztlichen Chirurgie wendet sich an alle, die am Anfang ihrer praktischen Tätigkeit ihre chirurgische Kompetenz systematisch aufbauen wollen, ihr persönliches „Behandlungsrepertoire“ und damit das Leistungsspektrum ihrer Praxis erweitern oder bei der täglichen Konfrontation mit „schwierigen Fällen“ mehr Sicherheit erlangen wollen.

Übersichten, Beschreibungen, Tabellen, Flußdiagramme der Behandlungsabläufe und nicht zuletzt Hunderte von Farbfotos, darunter viele „Fotosequenzen“ zur schrittweisen Verfolgung eines Falles (teilweise sogar mit Nachkontrolle über Jahre oder Jahrzehnte) tragen dazu bei, dem Lernenden einen ehrlichen, ungeschönten und gerade deshalb so wertvollen Blick in die Praxis der täglichen zahnärztlichen Chirurgie zu ermöglichen.

Die Themen des Buches befassen sich mit den klassischen Gebieten der Oralchirurgie, wie chirurgische Entfernung frakturierter Zähne und Wurzeln, Entfernung retinierter Zähne, Wurzelspitzenresektion und retrograde Wurzelfüllung, Frenulektomie und Gingivatransplantation, die hier systematisch erarbeitet werden. Daneben kommen jedoch auch einige nicht so häufig praktizierte Verfahren wie therapeutische Replantation, Alveolarkammaufbau mit Knochenersatzmaterial oder chirurgische Kronenverlängerung zur Sprache.

Den Autoren geht es zum einen darum, diese unterschiedlichen Verfahren auf ihre gemeinsamen Komponenten und Grundtechniken zurückzuführen und für den Lernenden dadurch transparenter zu machen, zum anderen enthält der Atlas auch wertvolle Hilfe für die Patientenführung und -aufklärung sowie die rationale Fallauswahl.

Die didaktisch aufgebaute Darstellungsform und die Praxisnähe lassen dieses Buch zu einem Standardwerk für Studierende, Berufsanfänger und Praktiker werden.

Pathologie der Mundhöhle

Hrsg.: K. Morgenroth, A. Bremerich und E. Lange

3., überarbeitete Auflage

322 Seiten, 180 Abbildungen und 15 Tabellen, DM 49,80, ISBN: 3-13-571103-X. Georg Thieme Verlag, Stuttgart-New York 1996.

Dem Zahnarzt in unseren Regionen lag bisher nur die „Pathologische Histologie der Mundhöhle“ von Fasske und Morgenroth im Hirzel-Verlag Leipzig 1964 vor. Dieses „flexible Taschenbuch“ ist eine praxisorientierte Verbesserung für den fachlich interessierten Zahnarzt. Makro- und mikroskopische Veränderungen werden in einer Fülle von systematischen Abbildungen dargestellt. Der im Vorwort zur 3. Auflage von der Leserschaft der 1. und 2. Auflage kritisierte Mangel an Abbildungen, vor allem der histologischen Befunde, wurde in der Zwischenzeit durch die Herausgabe des „Taschenatlas der Pathohistologie der Mundhöhle“ beim gleichen Verlag behoben (wird an anderer Stelle im tzb besprochen).

Für die Entwicklung eines sinnvollen Therapiekonzeptes und die prognostische Beurteilung des Heilungsverlaufes ist die Kenntnis der pathomorphologischen Grundlagen eine wichtige Voraussetzung. Diese Grundlagen zu vermitteln und Ihnen damit eine Hilfe für die tägliche Arbeit zu geben, ist Ziel dieses Buches. Neben allgemeinen Basisinformationen kommen vor allem Besonderheiten der Mundhöhle zur Sprache.

Aus dem Inhalt:

Zahn-, Gingiva- und Parodontalerkrankungen

Verhornungsanomalien, Zysten, Granulome und Granulomatosen

Mundhöhlengeschwulste mit TNM-Klassifizierung und Schilderung typischer Metastasierungswege

Osteopathien, Zungen-, Lymphknoten- und Speicheldrüsenkrankungen
Veränderungen der Mundschleimhaut bei Allgemeinerkrankungen

Neu in der 3. Auflage:

Gründliche Überarbeitung und Aktualisierung der wesentlichen Einteilungen und Klassifikationen der Mundhöhlenerkrankungen mit gezielten Hinweisen auf die klinische Diagnostik

Handbuch für die klinische Anwendung des CO₂-Dentallasers SC20

F. Bürger

163 Seiten, DM 266,-, ISBN: 3-930007-81-9. Umschau-Zeitschr.-Verlag, Breidenstein 1996.

Handbuch für die klinische Anwendung des Nd: YAG-Lasers EN 060

F. Bürger

144 Seiten, DM 266,-, ISBN: 3-930007-80-0. Umschau-Zeitschr.-Verlag, Breidenstein 1996.

Beide Handbücher erheben für sich den Anspruch, die Grundlage für die klinische Arbeit mit den beiden Laser-Systemen darzustellen.

Der Verfasser beschränkt sich auf die Darstellung der von ihm verwendeten Geräte der Firma Weil-Dental/Rosbach. Beide Systeme sind für alle chirurgischen Formen der Zahn- bzw. Mundbehandlung anwendbar. Darüberhinaus ist es möglich, sie im Bereich der Prophylaxe und der Endodontie einzusetzen. Eine Kariesentfernung wird nur beim Nd: YAG-Laser EN 060 angegeben.

F. Bürger schildert mehr als 50 Anwendungen, die in von ihm abgehaltenen Kursen und in seiner Praxis durchgeführt werden. Es wird auf spektakuläre Fotos und Bevorzugung der Lasertherapie verzichtet. Sachlich und nach einem guten „Fahrplanschema“ werden die einzelnen Therapieschritte erläutert. Die wichtige Einleitung mit Laserphysik, Sicherheitshinweisen bzw. -vorschriften usw. ist kurz. Die Abrechnungshinweise sind präzise und in der Regel bei jeder Therapieanwendung nachgeschaltet.

Der Titel „Handbuch“ wird von beiden Fachbüchern voll erfüllt.

Dermatologie für Zahnmediziner

A. A. Hartmann und P. Elsner

3., vollständig neubearbeitete Auflage

„flexibles Taschenbuch“, 256 Seiten, 61 Abbildungen und 12 Tabellen, DM 49,80, ISBN: 3-13-534703-6. Georg Thieme Verlag, Stuttgart-New York 1996.

Im Mittelpunkt der Neubearbeitung des Werkes von Veltman stehen die möglichen Komplikationen bei der zahnärztlichen Tätigkeit, die Gefahren für den Zahnarzt sowie die Prophylaxe und Schutzmaßnahmen.

Wer das Taschenbuch „Dermatologie für Zahnmediziner“, von Veltman in derselben Reihe begründet, kennt, wird es als unentbehrliches Praxishand- und Lehrbuch schätzen gelernt haben. In der neuen Auflage haben die Verfasser Hartmann und Elsner die diagnostischen Fakten gestrafft und einer sehr guten didaktischen Ordnung unterworfen.

Durch das neue Konzept „Von der klinischen Morphologie und der Lokalisation der Läsionen zur Diagnose“ wird die Zuordnung von Beobachtungen zu dermatologischen Krankheitsbildern erleichtert.

Die entsprechenden Farbmarkierungen erleichtern eine gute systematische Beantwortung diagnostischer Fragestellungen. Die Anzahl der Abbildungen ist auf eine unbedingt notwendige Anzahl begrenzt und daher nicht verwirrend. Vorteilhaft ist die Untergliederung von Veränderungen nach Erscheinungsbild und ermöglicht die Diagnosefindung ohne große Kenntnisse von optischen Bildern im Sinne des „Memory-Effektes“.

Zusätzliche, kompakte Kapitel vermitteln allergologische und infektiologische Komplikationen sowie Gefahren beim Umgang mit zahnärztlichen Geräten, Materialien und Medikamenten, ferner Übertragungsmöglichkeiten von Infektionen vom Patienten auf den Zahnarzt und Therapieprinzipien bei Mundschleimhauterkrankungen.

Steuerleitfaden für Ärzte und Zahnärzte

J. Falkenbach und W. Spiegels

2. Auflage, mit der 15. Ergänzungslieferung, Stand 1.4.1996, Loseblattwerk in zwei Ordnern, 1500 Seiten, DM 98,-, ISBN: 3-7691-3053-7. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1996.

Seitdem das Steuerreformgesetz in Kraft ist, kehrt nicht etwa Ruhe ein an der Steu-

erfront. Vielmehr erfolgt eine Änderung der anderen, so daß es schwerfällt, den Überblick zu behalten. Mit dem Steuerleitfaden steigen die Chancen ganz erheblich, auch in schwierigen Fragen bestens informiert zu sein.

Dieses bewährte Nachschlagewerk ist ein hilfreicher Wegweiser durch den Dschungel der Steuergesetze. Der Steuerleitfaden ist gezielt auf die Bedürfnisse von Ärzten und Zahnärzten zugeschnitten, ist übersichtlich gegliedert und bietet zahlreiche Fallbeispiele.

Was ist neu an der 15. Ergänzungslieferung? Sie enthält insbesondere Änderungen durch das Jahressteuergesetz 1996, wie z. B.:

Einschränkung der steuerlichen Berücksichtigung von Arbeitszimmern
Privatanteil Pkw-Kosten
Neuregelung der degressiven Wohngebäude-AfA

Pauschbetrag für Werbungskosten bei den Einkünften aus Vermietung und Verpachtung

Freibeträge bei Praxisveräußerungen

Familienleistungsausgleich

Des weiteren enthält diese Ergänzungslieferung eine Darstellung der neuen Förderung des Wohneigentums durch das Eigenheimzulagegesetz.

Atlas der restaurativen Zahnheilkunde

Grundy/Jones

192 Seiten, 114 s/w und 539 Farbabbildungen, Tabellen, DM 178,-, ISBN: 3-86126-100-6. Ullstein Mosby, Wiesbaden 1995.

In der restaurativen Zahnheilkunde verfügen wir heute über eine breite Palette therapeutischer Möglichkeiten. Grundlage sind in der Regel komplexe Arbeitsabläufe, die in Worten nur schwer darstellbar sind. Die Autoren bedienen sich deshalb der Darstellung in Abbildungsfolgen, die den chronologischen Ablauf der Arbeitsschritte verständlich erklären und technisch nachvollziehbar vermitteln.

Die über 600 meist farbigen Abbildungen dieses Werkes bieten dem Studenten wertvolle Einblicke in die klinische Arbeit und erleichtern das Verstehen theoretischer Zusammenhänge. Dieser reich bebilderte Atlas kann den Praktiker dazu anregen, neue Behandlungsmethoden zu übernehmen oder seine bisherigen Methoden zu modifizieren.

Vorgestellte Methoden sind u. a.:

medikamentöse Pulpathapie

Amalgamfüllungen

Kompositefüllungen

Glasionomerrestauration

Veneers

Kronen und Brücken

Abformtechniken

Adhäsivbrücken

Nachsorge

Die exzellenten Abbildungen eignen sich darüber hinaus wegen ihrer Anschaulichkeit hervorragend zur Patientenaufklärung.

J. Ralph Grundy lehrte konservierende Zahnheilkunde an der University of Birmingham Dental School und ist Facharzt für Kieferchirurgie. John Glyn Jones lehrt restaurative Zahnheilkunde an der University of Leeds Dental School und am Unnited Leeds Teaching Hospital.

Vom Mißerfolg in der Rekonstruktion zum Erfolg in der Praxis

Planung und Therapie

M. D. Wise

788 Seiten, 1,553 meist farbige Abbildungen, DM 480,-, ISBN: 3-87652-004-5. Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin.

Das Buch nimmt unter den Neuerscheinungen eine besondere Stellung ein, denn nicht der „Hochglanz“-Fall, sondern der tägliche Kompomiß, den der Zahnarzt bei der Lösung von Behandlungsproblemen finden muß, bildet die Ausgangssituation für dieses umfassende Werk. Somit gibt dieses Buch dem Praktiker wertvolle Entscheidungshilfen und Hinweise auf vermeidbare Fehler bei der restaurativen Versorgung komplexer Behandlungsfälle.

Sehr schnell werden die Gründe für Mißerfolge oder Erfolge der zahnärztlichen Therapie im Kapitel 1 aufgezeigt: Patienten- oder zahnarztbedingte Umstände für die o. g. Kriterien. Hier spielen einzelne Erwartungshaltungen, Finanzen und Motivation seitens der Patienten eine Rolle. Für den Zahnarzt sind u. a. maßgebend das fachliche Können, seine (vertrauensschaffende) Persönlichkeit und perfekte technische Abläufe.

Schnell ist zu erkennen, daß ein großer Anteil der Mißerfolge dadurch entstehen, daß das GKV-System exakte Therapieschritte nicht im Katalog führt. So wird eine größere prothetische Restauration nur

Langzeiterfolge bringen, wenn die Funktionsdiagnostik (GOZ!) notwendigerweise einbezogen wird.

Wise zeigt in ungewöhnlich detaillierter Form die Ursachen für Mißerfolge bei umfangreichen Restaurationen auf. Die Beherrschung derartiger Problemfälle beginnt mit einer systematischen Befunderhebung und Diagnosestellung. Besonders eingehend werden Behandlungstechniken, Materialien und instrumentelle Anwendungen erörtert. Breiten Raum nehmen auch praktische Behandlungsmaßnahmen auf der Grundlage der Gnathologie, Parodontologie, Implantologie und prothetischen Zahnheilkunde ein.

In diesem Buch spielt die Behandlungsplanung eine große Rolle. Die beste Behandlungsplanung der Welt nützt jedoch nichts, wenn sie nicht umgesetzt werden kann. Deshalb ist die Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt und Zahntechniker von entscheidender Bedeutung, wenn komplizierte restaurative Behandlungen anstehen. In einem ausführlichen zahntechnischen Anhang kommt mit Anthony Laurie ein absoluter Könnler auf diesem Gebiet zu Wort, der anhand von Schritt-für-Schritt-Darstellungen Einblick in die technischen Verfahrensabläufe gewährt.

Physiologie des stomatognathen Systems

Bradley

270 Seiten, 59 s/w und Farbabbildungen, Tabellen, DM 98,-, ISBN: 3-86126-127-8, Ullstein Mosby, Wiesbaden 1995.

Alle grundlegenden physiologischen und biologischen Mechanismen im Bereich der Mundhöhle und angrenzenden Strukturen werden zusammengefaßt dargestellt unter den Aspekten klinischer Bezüge.

Sicherlich ist dieses Lehrbuch vor allem für den Studierenden gedacht, ist aber m. E. auch eine gute Hilfe für die Diagnosefindung bei unklaren Schmerzen oder z. B. auch bei Störungen der Speichelsekretion. Darüber hinaus werden folgende Themen abgehandelt: Kinästhesie, Geschmack, Geruch, Thermische Rezeptoren, Mastikation, Schluckakt, Sprache.

Alle Buchbesprechungen.

G. Wolf



Die Jungfrau von Orleans

Eine romantische Tragödie unserer Tage

„Hochaktuell“ und „Explosiv“??

Nicht im Musentempel, in einer Sparkassenfiliale spielte mir der Zufall eine Einladung zu, die einen „hochaktuellen und explosiven Vortrag“ ankündigte und mich, einen neugierigen Ruheständler, in den Festsaal der Arnstädter Musikschule lockte.

Etwa 30 ebenso erwartungsvollen Interessenten – Zahnärzte waren nicht darunter – stellte sich ein bedauernswert sprechbehinderter Chefarzt Dr. Raphael Shimshon als „Auch“-Zahnarzt vor, der 11 Jahre in Israel am Toten Meer tätig war und seit einiger Zeit das Thüringer Fachkrankenhaus für Haut-, allergische und degenerative Erkrankungen Schloß Friedensburg leitet.

Von Hauterkrankungen war vorerst nicht die Rede.

Zunächst berichtete er uns aufmerksamen Hörern, was Amalgam sei, was es Böses anrichte und daß es 1985 sogar in der UdSSR verboten wurde (daß es sich dabei um das obsolete, binäre Kupferamalgam handelte, bei dessen offener Erhitzung hohe Konzentrationen an Quecksilberdampf austreten, blieb unerwähnt).

Als bald ging es um „akute und chronische Vergiftungen“, ihren Nachweis durch WHO-Richtlinien (!), natürlich den Kaugummi-Test und mikroanalytische Initiativen der Tübinger Gruppe (Prof. Kraus), deren Forschungsergebnisse in „die Geschichte der Medizin eingegangen sind“ sowie derlei „bahnbrechende Erkenntnisse“ mehr (daß die Ergebnisse der Tübinger Gruppe – da vom experimentellen Ansatz her von vornherein falsch – und daraus abgeleitete Erkenntnisse widerlegt sind, blieb wiederum unerwähnt). Aber Leidensgeschichten von „Amalgamopfern“ fehlten nicht. Das beeindruckt ungemein – aber nicht jeden!

Begreiflicher Weise fiel es mir zunehmend schwer, bis ans Ende solcher Märchenstunde ruhig zu bleiben. Doch kam ich nicht umhin, den Vortragenden zu Beginn der offenen Gesprächs- und Diskussionsrunde wissen zu lassen, daß ich selten so viel Halbwahrheiten, Unsinn und gezielte Desinformationen aus dem Munde eines „Fachmanns“ vernommen hätte.

Sogleich stellte er mich in die Ecke eines ewig gestrigen Abwiegler und Schutzpatrons uneinsichtiger Zahnärzte, selbstverständlich „ohne Herz für ihre Opfer mit hohem Leidensdruck“, was ihm spontanen Beifall einiger Anwesender eintrug. Aller-

dings wurde er wesentlich zugänglicher, als ich mich als emeritierter Ordinarius für ZMK vorstellte, der – forensischer Toxikologie kundig – seine für den Zuhörerkreis anscheinend wider besseren Wissens geschlossene „Beweiskette“ zerriß und oben drein auf die Gefahr einiger nachzuweisender Fehlinterpretationen aufmerksam machte. Bei mir ging es um reines Privatinteresse ...

In der „Thüringer Allgemeinen“ vom 25.10.1996 erschien nun ein merkwürdiger Bericht, dessen die Öffentlichkeit teils irreführende Schlüsse mich zu folgender Ergänzung veranlaßten:

Test, ob Amalgam die Beschwerden verursacht **Dr. Shimshoni über seine Erfahrungen mit Patienten**

Arnstadt (TA). Zum Thema „pro und contra Amalgam“ sprach kürzlich der Chefarzt des Fachkrankenhauses Schloß Friedensburg, Dr. Raphael Shimshoni. Eingeladen dazu hatte die Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KISS/AWO) und die DAK. Im gut besuchten Festsaal der Musikschule im „Haus zum Schwarzen Löwen“ ließ eine angeregte Diskussion im Anschluß an den Vortrag nicht lange auf sich warten. Fest steht eines, so Shimshoni: Manche Menschen haben überhaupt keine Probleme mit Zahnfüllungen aus Amalgam, wieder andere vertragen es nicht. Bei Amalgam handelt es sich um eine Legierung aus unterschiedlichen Metallen, es wurde erstmals 1819 in England verwendet. Treten Beschwerden auf, die vermutlich auf Amalgam zurückzuführen sind (zum Beispiel eine Allergie), sollten die Betroffenen sich vertrauensvoll an ihren Zahnarzt wenden.

Nach einem Test, der eindeutig bestätigt, daß Amalgam die Beschwerden verursacht, wird geraten, die Füllung zu entfernen und beispielsweise durch Kunststoff-Füllung zu ersetzen. Eine Besserung der Allergie sei dann zu beobachten.

Dr. Shimshoni sprach in diesem Zusammenhang aus Erfahrungen, die er mit Patienten im Laufe der Jahre sammelte.

Die Versammlung war nämlich höchst erstaunt zu vernehmen, daß eine akute Vergiftung nur im Katastrophenfall möglich und kasuistisch belegt ist. Eine chronische Quecksilbervergiftung durch Amalgamfüllungen ist wegen zu geringer Freisetzung unmöglich, und eine Allergie stellt keine materialspezifische, sondern eine individual-typische Reaktion dar, die immunologisch plausibel und mit zweckentsprechenden, aufwendigen und teuren Methoden nachweisbar ist. Sie muß erwiesen, nicht vermutet sein!

Zweifellos sind Befindlichkeitsstörungen auch durch Amalgamfüllungen als „Belastung“ denkbar, nur mit dem Unterschied, daß kein naturwissenschaftlicher Nachweis einer Intoxikation oder allergischen Reaktion möglich ist. Warum? Weil sie durch gustatorische oder psychische Alterationen ausgelöst werden. Deshalb grenze es meines Erachtens an Demagogie, wenn für solche seltenen Fälle (wie er übrigens zugab!) der wohldefinierte Begriff VERGIFTUNG mißbraucht wird! Die Dosis macht das Gift – wußte schon Paracelsus! Bis dahin verlief unser Dialog relativ sachlich.

Meine Bemerkung, daß somit ein weiteres Argumentieren mit dem Begriff „Vergiftung“ schlicht falsch, juristisch sogar in der Nähe des Betruges zu werten sei, löste im Hinblick auf meine Einwände gegen die angeblich unumgängliche „Entgiftung“ Unmut aus; die „angeregte Diskussion“ (TA) entartete zur aufgeregten ...

Meine Zweifel, daß Lernschwierigkeiten 10- bis 12jähriger Kinder („intrauterin verursacht“) ihre Ursache zweifelsfrei in den Amalgamfüllungen der Mütter hätten, ließen die Wogen höher schlagen. Der Hinweis, intakte Amalgamfüllungen nicht unnötig zu entfernen oder meine Warnung vor dem Geschäft mit der Angst gingen in emotionsgeladener Atmosphäre fast unter; vor allem seitens einiger Psychopathen oder Neurotiker, denen „das Amalgam das Leben zerstört habe“ und denen Wiederherstellung ihrer Lebensqualität „durch die Kasse zustünde“. Die Lösung heißt: BIO-GOLD III. Schreinemakers live vom 16.5.1996 läßt grüßen!

Erst der Verweis auf „Belastungen“ durch „moderne Lebensweise“, z. B. zahlreiche, Schadstoffe enthaltende Nahrungs- und Genussmittel sowie speziell in J.A.D.A.

(Journal of the American Dental Association) 125 (5) 1996, S. 685 niedergelegte Erkenntnisse der dadurch in vier Bundesstaaten der USA gestützten Bestrafung von Zahnärzten für die ungerechtfertigte Entfernung von Amalgamfüllungen, führte zu gewisser Ernüchterung. Wegen einer Erdbeerunverträglichkeit unter Zehntausenden muß man doch nicht dieser Mehrheit den Genuß der Erdbeere verbieten?! Der Allergiker wird ihn klugerweise von selbst meiden. Der Frieden schien wiederhergestellt. Doch prompt kam zum Schluß das paramedizinische Credo, mit pseudoreligiösem Hochmut, alles Rätselhafte erklären zu können – und: „Wer ein Leben rettet, hat die Welt gerettet!“ Verbietet man in Friedensburg etwa deshalb den Gebrauch fluoridhaltiger Zahnpasten? Absurd, grotesk, befremdlich...

Nach einem abrundenden Werbevortrag mit Lichtbildern – à la Schwarzwaldklinik – über die Fachklinik Friedensburg „mit unbegrenzt verständnisvoller Zuwendung für den leidenden Patienten durch ein kleines Expertenteam“ stellte sich allgemeines Wohlbefinden wieder ein.

Vertreter der Krankenkassen sehen sich zu Recht als medizinische Laien, die sich in ihren Wirtschaftlichkeitsentscheidungen auf Sach- und Fachkundige stützen müssen. Sie sollten sich ein möglichst klares Bild über Wunsch und Wirklichkeit verschaffen (TA immerhin: „Betroffene sollten sich verständnisvoll an ihren Zahnarzt wenden“). Solcher Empfehlung eingedenk der tagtäglich geplagten, oft verunsicherten Kollegen und der Veranstalter solcher Info-Veranstaltungen zum Trost: Jeder entscheide sich nach bestem Wissen und Gewissen mittels gesundem Menschenverstand und Vernunft. Unwissenheit läßt sich korrigieren, Voreingenommenheit leider nicht.

„Mit der Dummheit kämpfen Götter selbst vergebens!“

(Schiller, Die Jungfrau von Orleans, III, 6, V 2318)

Prof. em. Dr. med. habil. M. E. W. Pitz,
Arnstadt

Titan-Technologie

Kronen – Brücken – Modellguß
Suprakonstruktionen für Implantate

Laserverbindungen Golden Gate System

Keramik-Inlays, 1-4 fl. Empress DM 198,50

zuzügl. Mod., MwSt., im justierb. Artikulator

**Empress-Vollkeramik-Brücken auf Anfrage
Erstklass. Teleskop-Arbeiten, o. MG-Verbinder
Geschiebe-Rekonstruktionen (auch kombiniert, mit Teleskopen)
umfangreiche Inlay/Onlay-Restaurationen**

Versand mit PKW möglich!

DELAB ERFURT

HEIKO DOHRN GMBH

Zahntechnikermeister

Am Kühlhaus 27 · 99085 Erfurt · Kontaktaufnahme: Herr B. Kupke
Tel. (03 61) 5 66 11 77 · Fax (03 61) 5 66 11 78

Das Fortbildungskonzept von morgen
- verwirklicht von der

AKADEMIE PRAXIS UND WISSENSCHAFT (APW)

- Fortbildungsakademie der DGZMK -



Die optimale Symbiose zwischen Wissenschaft, Lehre und Praxis:

Die neu konzipierten APW-Sonderkursserien
vermitteln in neun Wochenendkursen ein

Gesamtbehandlungskonzept

- theoretischer Überblick über den aktuellen Stand der Zahnheilkunde (zwei Wochenenden)
- Diagnostik und Fallplanung (1 Wochenende)
- praktische Demonstration und Training der Teilnehmer (6 Wochenenden)

Die Absolventen dieses postuniversitären Studiums erfüllen damit die Voraussetzung zur

Mitgliedschaft in der APW

Veranstaltungsorte:

1. Klinikum Benjamin Franklin der FU Berlin
2. Zentrum für ZMK der Universität Leipzig

Beginn: II. Quartal 1997

Die bundesweite, qualifizierte und strukturierte Intensivfortbildung der APW ermöglicht ihren Mitgliedern weitergehende Qualifikation in verschiedenen Disziplinen.

Weitere Informationen über das vielfältige Fortbildungsangebot erhalten Sie bei der AKADEMIE PRAXIS UND WISSENSCHAFT in der DGZMK, Lindemannstraße 96, 40237 Düsseldorf, Tel. 02 11/68 22 96, Fax 02 11/6 79 81 32

Gesellschaft für Buchkultur und Geschichte Rudolstadt e. V.

Im Frühjahr 1995 gründete sich in Rudolstadt die „Gesellschaft für Buchkultur und Geschichte Rudolstadt e. V.“ Sie sieht ihre Aufgabe besonders darin, die interessierte Öffentlichkeit wieder mit der Geschichte „um das Buch“ bekanntzumachen. Damit will sie zur Erhaltung der historischen wie auch zur Förderung der gegenwärtigen „Buchlandschaft“ beitragen.

Bereits im 16. Jahrhundert spielte das gedruckte Buch in der höfischen Kultur der Grafen und Fürsten zu Schwarzburg-Rudolstadt eine wichtige Rolle. Das Streben der Regenten nach religiöser, wissenschaftlicher und künstlerischer Bildung wie auch nach kultureller Repräsentation ließ dann im 17., 18. Jahrhundert und vor allem im frühen 19. Jahrhundert eine Schicht von Gelehrten und Künstlern, sowie Bibliotheken, Archive, Buchdruckereien (seit 1663), Buchbindereien, Buchhandlungen und Verlagen entstehen. Die Sammlungen selbst zogen bedeutende Zeitgenossen nach Rudolstadt. So schrieb Ahasverus Fritsch, der im Staatsdienst bei den Schwarzburgern stehende Gelehrte, nicht nur einen Großteil seiner umfangreichen Werke in Rudolstadt, sondern ließ sie auch hier drucken. Für seine historischen Studien, die er nachweislich während seiner Aufenthalte in Rudolstadt betrieben hatte, nutzte Friedrich Schiller neben den Fürstlichen Bibliotheken auch die Privatsammlungen der Familien von Ketelhodt und von Beulwitz. 1813 schrieb Arthur Schopenhauer in Rudolstadt, im damaligen Hotel „Zum Ritter“, seine Dissertation „Über die dreifache Wurzel vom zureichenden Grunde“. Den Druck besorgte die Hof-, Buch- und Kunsthandlung Rudolstadt. Da ein großer Teil dieser Erstausgabe verbrannte, zählt das in Rudolstadt vorhandene Original exemplar zu den wertvollsten Büchern der Historischen Bibliothek der Stadt Rudolstadt. In dem von Karl Dietz gegründeten und seit 1921 in Rudolstadt ansässigen Greifenverlag erschienen bis 1993 Werke von Lion Feuchtwanger, Paul Zech, Inge von Wangenheim, Karl Schmidt-Rottluff u. v. a.

In Rudolstadt hat sich ein Großteil der über die Jahrhunderte hinweg gesammelten Bücher erhalten. Die meisten davon, ca. 90.000 Bände, werden heute in der Historischen Bibliothek der Stadt Rudolstadt aufbewahrt. Aber auch die Schloßbibliothek des Thüringer Landesmuseums Heidecksburg, die Stadtkirchenbibliothek sowie das Thüringer Staatsarchiv Rudolstadt verfügen über wertvolle Buchbestände.

Trotz spürbarer Verluste von tausenden Bänden in den Jahren 1949–1956 zeugen die noch bzw. wieder in Rudolstadt befindlichen Bücher von dem Sammeleifer früherer Jahrhunderte. So sind in der historischen Biblio-

thek der Stadt Rudolstadt, der institutionellen Nachfolgerin der Fürstlichen Öffentlichen Bibliothek (1748–1918) und der Thüringischen Landesbibliothek Rudolstadt (1920–1953), eine Reihe von Druckwerken zu finden, die zu den seltenen und bedeutendsten Zeugnissen abendländischer Buchkultur und Geistesgeschichte gehören. Dazu zählen z. B. berühmte Frühdrucke wie die „Schedelsche Weltchronik“ von 1493, die „Biblia deutsch“ von 1483, Erstdrucke von Reformatoren und Humanisten (wie Martin Luther, Philipp Melancthon, Erasmus von Rotterdam), Kupferstichwerke des Barock (Topographien von Merian, Karikaturensammlungen, kolorierte Pflanzenbücher), seltene Erstausgaben der Goethezeit (wie Goethes „Römisches Carneval“). Erwähnt seien am Schluß handschriftliche Eintragungen von Martin Luther und Philipp Melancthon in einer Wittenberger Bibel von 1541 und Briefe von Friedrich Schiller und Johann Wolfgang von Goethe. Als Fundgrube für die regionalgeschichtliche Forschung erweisen sich immer wieder die Sammlungen zur Geschichte Schwarzburg-Rudolstadts und Thüringens.

Die „Wiederentdeckung“ dieses Bücherschatzes, der bis 1989 ein Schattendasein geführt hat, erfordert sowohl seine bibliothekarische und wissenschaftliche Erschließung für die Forschung als auch seine Nutzung für eine allgemein-kulturelle Bildung und Erziehung.

Höhepunkte waren seit 1991 die Ausstellungen „Weltbild-Bildwelt. Druckgrafik und Bücher der Reformationszeit aus Rudolstadt“ (Rudolstadt und Bad Frankenhausen 1992), eine Buchausstellung in Weilburg an der Lahn (1994) und eine Ausstellung zum 450. Todestag von Martin Luther unter dem Titel „Reformation durch Bücher. Martin Luther 1483–1546“ im Februar 1996. Leihgaben waren zu sehen u. a. in der Ausstellung „Himmel, Hölle, Fegefeuer“ (Zürich und Köln 1994) und in der Ausstellung „Die Schwarzburger in Thüringen“ (Rudolstadt 1995).

Die Arbeit der Historischen Bibliothek der Stadt Rudolstadt und der Gesellschaft für Buchkultur und Geschichte Rudolstadt e. V. ist eng verbunden durch Ausstellungen, Vorträge und Publikationen. Aber auch die Vertreter der anderen historischen Bibliotheken, der Archive und Verlage wirken sehr aktiv in der Gesellschaft für das gemeinsame Ziel, zu dem auch die langfristige Restaurierung wertvoller Druckwerke gehört. Für den Herbst dieses Jahres ist die Herausgabe der Nr. 1 der Zeitschrift „Blätter der Gesellschaft für Buchkultur und Geschichte Rudolstadt“ vorgesehen, die voraussichtlich ein bis zweimal pro Jahr Beiträge zur Buchgeschichte vorstellen soll. Mit der gerade erst erfolgten Überführung des Hauses Schillerstraße 25 in städtisches Eigentum hat Rudolstadt eine sehr ho-

he Verantwortung zur Erhaltung und Nutzung dieser historisch bedeutsamen Stätte übernommen. Dieses Haus, in dem Schiller seine Frau Charlotte (geb. v. Lengefeld) kennenlernte und 1789 erstmals Goethe persönlich begegnete, war einige Jahre lang Anziehungspunkt für bedeutende Persönlichkeiten jener Zeit. Vor wenigen Wochen erst ist die Gesellschaft für Buchkultur und Geschichte Rudolstadt von der Stadt gebeten worden, zukünftig die inhaltliche Verantwortung für das „Schillerhaus“ zu übernehmen und eine Nutzungskonzeption zu erarbeiten. Anlässlich des „Tages des offenen Denkmals“ am 8. September 1996 wurde das „Schillerhaus“ erstmals für die Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Wenn Sie die gemeinnützige Tätigkeit der Gesellschaft für Buchkultur und Geschichte unterstützen und damit zur Erhaltung eines unverwechselbaren Teils unserer Kulturlandschaft beitragen möchten, bitten wir um Ihre Nachricht. Die Mitgliedschaft ist an keine Voraussetzungen gebunden. Der Mitgliederbeitrag beträgt 30 DM pro Jahr. Spenden sind uns ebenso willkommen wie Angebote zur Mitwirkung an der Zeitschrift oder an Ausstellungen und Vorträgen.

Literatur:

- Goethe, J.G. v.: *Das Römische Carneval. Weimar 1789. Vollst. Faks. mit Kommentaranband*, hg. v. M. Schütterle, Rudolstadt 1993. ISBN 3-930215-99-3. Preis: 168,00 DN
- *Von sant Branden eyn hübsch lieblich lesen. Speyer 1496. Vollst. Faks. mit Kommentaranband*, hg. v. L. Unbehau, Rudolstadt 1994. ISBN 3-9302 1 04-7. Preis 78,00 DM
- Schütterle, M.: *Die Historische Bibliothek der Stadt Rudolstadt. Geschichte und Sammlungen im Überblick (Schriften der Historischen Bibliothek der Stadt Rudolstadt, Bd. 1) Rudolstadt 1995. Preis 20,00 DM. Bestellung über Historische Bibliothek der Stadt Rudolstadt, PF 52, 07392 Rudolstadt.*

In Vorbereitung:

- Stewing, F. J.: *Katalog der Lutherdrucke des 16. Jahrhunderts aus der Historischen Bibliothek der Stadt Rudolstadt (Schriften der Historischen Bibliothek der Stadt Rudolstadt, Bd.2) Rudolstadt.*
- *II Callotto resuscitato. Oder Neü eingerichtes Zwerchen Cabinet. Augsburg um 1714. Vollst. Faks. mit Kommentaranband*, hg. v. M. Schütterle. Rudolstadt

Frank Stewing, Rudolstadt