



Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

# THÜRINGER ZAHNÄRZTE BLATT 2

7. Jahrgang  
Februar 1997

## 2. Zyklus IUZ

**Anmeldeschluß:**

**31. März 1997**

Anmeldeformular auf Seite 55



**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 (1997):** 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**

Das Neuordnungsgesetz als Zerrbild in den Medien 46

**LZKTh**

Der unzufriedene Patient – aus der Arbeit der Gutachterkommission 47  
Hinweise zur Qualitätssicherung in der zahnärztlichen Röntgendiagnostik (1) 52  
Fortbildungsprogramm 54  
Anmeldeformular 2. Zyklus IUZ 55  
Literaturbestand 56

**LAGJTh**

Positiver Trend hält weiter an – Bundesweite Mundgesundheitsstudie, Ergebnisse 1995 57

**Helferinnen**

Grund zur Freude 58

**KZV**

Standortbestimmung Prüfwesen im KZV-Bereich Thüringen 59  
Theo-Neubauer-Straße 14: Neuer Anlaufpunkt für Thüringer Zahnärzte 61  
Jetzt auch Unterschrift des VDAK unter Vertrag zum Datenträgeraustausch 62  
Vereinbarung mit den sonstigen Kostenträgern 62  
Ausschreibungen 62

**Praxis**

Datenschutz in der Zahnarztpraxis (1) 63  
Vorsicht vor Nachgiebigkeit 64

**Berufspolitik**

Gesetzgebungsverfahren zum 2. NOG verzögert sich 64

**Fortbildung**

Orale Befunde bei Patienten unter dem Einfluß speichelreduzierender Psychopharmaka 65  
Zahnerhaltende Therapie in Allgemeinanästhesie – eine retrospektive Studie 1994 – 1996 68

**Sozialpolitik**

Die reichen, armen Deutschen – Über die bisweilen rätselhafte Befindlichkeit eines Volkes 71

**Praxisservice**

Produktionformationen 77

**Buchbesprechungen**

78

**Veranstaltungen**

80

**Kultur**

Es war eine Abschieds-Sinfonie, doch kein Abschied 81

**Sonstiges**

82

## Das Neuordnungsgesetz als Zerrbild in den Medien



Noch sind die Vertrags- und Wahlleistungen, die Politiker nennen es Festzuschußregelung, nicht einmal wirksam, geschweige denn genau definiert, wird die Republik überzogen von der üblichen deutschen Negativ-Publicity. Die Krankenkassen werfen den Zahnärzten schon jetzt vor, daß sie nach Ablauf der befristeten Sicherheitslinie des 1,7fachen Satzes (Ostregelung 1,76fach) der GOZ ihre Honorare für Zahnersatz ins Unermeßliche steigern.

Es wird ganz bewußt mit Lügen gegen unseren Berufsstand operiert, wie in den dpa-Meldungen der Ersatzkassenverbände aus Siegburg in den vergangenen Tagen in den Zeitungen zu lesen war. Aber diese Lügen der Krankenkassenverbände über den zahnärztlichen Berufsstand sind Zeugnis einer großen Angst vor dem mündigen Versicherten und nicht etwa der Sorge um ihn. Bewußt wird immer wieder versucht, das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Zahnarzt zu zerstören.

Nicht umsonst gebärdete sich die „Gesundheitskasse“ im letzten Quartal des vergangenen Jahres mit ihren pauschalisierten Massen-Prothetikgutachten als Schulmeister unseres Berufsstandes, um jeden Preis; ganz zu schweigen von den eigenmächtigen und

rechtswidrigen Punktwertänderungen der AOK auf den Prothetik-Heil- und Kostenplänen.

Hier geht es nicht mehr um den Service für den Versicherten, sondern um sehr viel Macht, und ich schrieb einmal vor einiger Zeit an dieser Stelle, daß die Krankenkassen sich wie Parteien gebärden. Das Wort „Partei“ könnte man heute und nach den Erfahrungen zur sogenannten Krankenkassenwahlfreiheit mit dem Begriff „Sekte“ ersetzen mit dem Ziel, den Versicherten total zu beherrschen. Ist dieser dann nicht mehr „Kapitalergiebig“, so wird versucht, ihn auszustößen. Bekannt sind ja die diversen Anschreiben von Krankenkassen an Langzeiterkrankte, diese zu verlassen. Mit Angst kann man leichter herrschen als mit Moral – wir haben das über 40 Jahre erlebt.

Aber die Vergangenheit hat auch gezeigt, daß der Mensch sich eines Tages nicht mehr beherrschen läßt und die Freiheit sucht. Auch heute sind wir noch sehr weit weg vom vielgepriesenen mündigen Patienten. Es zeichnet sich aber in unseren Regionen, wenn auch vorsichtig, der Wille zur Eigenbestimmung, auch in der Therapiewahl, ab.

Dies ist ein Angebot unserer Patienten und ein großer Vertrauensbonus, dem wir auch in Zukunft gerecht werden müssen.

Unsicherheit über die neuesten Regelungen herrscht auch in Zahnarztpraxen. Es bleibt hier die Frage nach der Liquidität, wenn Rechnungen nicht beglichen werden. Sicherlich kann nicht von der Hand gewiesen werden, daß es auch hier schwarze Schafe geben wird, aber die haben wir schon immer. Die Argumentation vom „Luxus Zahnersatz“ in den Medien läßt natürlich auch in unseren Praxen Ängste aufkommen.

Meines Erachtens sind diese unverständlich. Gerade in den neuen Bundesländern haben die Patienten alle

Veränderungen diesbezüglich nicht nur mitgemacht, sondern auch mitgetragen. Warum sollten sie sich plötzlich anders entscheiden?

Trotzdem ist mit einiger Besorgnis festzustellen, daß es schon wieder Gruppierungen gibt, die aus der Unsicherheit von Patient und Zahnarzt Kapital schlagen wollen. „Kredite für Zahnersatz“ heißt das zwielichtige Geschäft. Zahnärzte sollen in ihren Praxen den Patienten Kredite für Zahnersatz vermitteln. Dafür „sichern“ diese Firmen dem Zahnarzt die 100%ige Honorarzahlung. Aber ganz so menschenfreundlich ist dieses Unterfangen nicht, denn ein paar Anteile müßten dem Unternehmen schon zufließen.

Vielleicht liest sich das recht harmlos, ist es jedoch nicht. Wir sind Zahnärzte, und unsere Berufsausübung ist in der Berufsordnung festgelegt. Mit einer Kreditvermittlung wird aber gegen die Berufsordnung verstoßen, die u. a. besagt, daß wir als Freiberufler unsere zahnärztliche Tätigkeit „unabhängig“ von dritten auszuüben haben.

Angst ist ein schlechter Ratgeber. Reden wir mit unseren Patienten zum richtigen Zeitpunkt über die neuen Regelungen und lassen wir ihm noch mehr Zeit, sich für die Therapie zu entscheiden, die er für sich für günstig hält. Aber es sind auch die Zahnärzte zum gegenseitigen fachlichen und kollegialen Austausch aufgefordert.

Die Öffentlichkeitsarbeit beider Körperschaften wird sich in den nächsten Monaten verändern, um stärker und professioneller in den Medien präsent zu sein. Aber die Einheit und Geschlossenheit der Zahnärzteschaft, wie wir sie aus der Wendezeit kennen, muß von den Zahnärzten selbst kommen. Sie wird bitter nötig sein, kann aber nicht von der besten und wirksamsten Öffentlichkeitsarbeit erzwungen werden.

G. Wolf

# Der unzufriedene Patient

## Aus der Arbeit der Gutachterkommission

Ein unzufriedener Patient kann dem Zahnarzt die Freude am Beruf verderben. Sollte ein verärgerter Patient dann auch noch mit Schadensersatz, Schmerzensgeld oder gar Gericht drohen, verfällt der beschuldigte Kollege leicht in die Situation, sich falsch zu verhalten oder panische Abwehrmaßnahmen zu ergreifen. Zunächst zur Beruhigung – in Deutschland wird beileibe nicht so viel gegen Zahnärzte prozessiert wie es die Medien verbreiten.

Tatsache ist zum einen, daß streitwillige Patienten zunehmen, der „mündige“ Patient ist auch mißtrauischer, aufgeklärter und rechtsschutzversichert. Zum anderen können viele Probleme gelöst werden nach Gesprächen bei Patientenberatungen, wie sie die Zahnärztekammern anbieten, durch gegenseitiges Entgegenkommen in gültiger Einigung über Schlichtungsstellen oder außerprozessual über die Haftpflichtversicherungen.

Der Rest nicht zu schlichtender Streitigkeiten landet vor dem Richter und geht auch dann nicht immer negativ für den Zahnarzt aus! Im folgenden wollen wir Regeln und Tatsachen der Zivilprozeßordnung (ZPO), die für Arzthaftpflichtprozesse gelten, darstellen, um dann auf die Frage des Beweises in gutachterlicher Hinsicht einzugehen. Abschließend geben wir noch einige Verhaltenshinweise betreffs Begutachtungen für betroffene Zahnärzte.

### Örtliche Zuständigkeit des Gerichts

Der Gerichtsstand bestimmt sich nach verschiedenen Gesichtspunkten: Er ist ein

- gesetzlicher (im Gesetz vorgeschriebener)
- allgemeiner oder besonderer
- oder
- ausschließlicher bzw. wahlweiser.

### Gerichtsstand bei Arzthaftungs-sachen

Bei Arzthaftungssachen gelten zwei Ansprüche:

- Anspruch aus positiver Verletzung des Behandlungsvertrages
- Anspruch aus unerlaubter Handlung (Delikt)

Der Anspruch aus positiver Vertragsverletzung ist ein Anspruch aus Vertrag. Der Anspruch aus unerlaubter Handlung ist ein Anspruch aus Gesetz.

Daraus ergibt sich folgende örtliche Zuständigkeit:

- Anspruch aus Vertrag – § 29 ZPO

Für Streitigkeiten aus einem Vertragsverhältnis ist das Gericht örtlich zuständig, an dem die streitige Verpflichtung zu erfüllen ist (Gerichtsstand des Erfüllungsortes). Örtlich zuständig ist damit das Gericht, in dessen Gerichtsbezirk der Praxisort liegt.

- Anspruch aus unerlaubter Handlung – § 32 ZPO

Für Klagen aus unerlaubten Handlungen ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk die Handlung begangen worden ist. Da die unerlaubte Handlung in der Praxis des Zahnarztes begangen worden ist, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk die Praxis liegt.

### Beweislast im Zivilprozeß

Grundsatz: Jede Partei trägt die Beweislast für die tatsächlichen Voraussetzungen der ihr günstigen Rechtsnorm.

Anspruchsteller: Beweislast für die anspruchsbegründenden Tatsachen

Anspruchsgegner: Beweislast für die anspruchshindernden oder vernichtenden Tatsachen

Regel: Steht nach der Beweiswürdigung nicht fest, ob die behauptete Tatsache wahr oder unwahr ist, wird zugunsten dessen entschieden, der die Beweislast trägt.

### Beweislast im Arzthaftungs-prozeß

Beweislast des Patienten:

- Objektiver Behandlungsfehler
- Schaden
- Kausalität
- Verschulden

Ausnahme: Ist streitig, ob der Eingriff überhaupt vorgenommen wurde, ist der Arzt beweisbelastet.

### Beweislast bei Behandlungs- Fehlern

Grundsätzlich muß auch im Arzthaftungsprozeß der Kläger (Patient!) die anspruchsbegründenden Tatsachen beweisen.

Die anspruchsbegründenden Tatsachen sind: objektiv fehlerhafte Behandlung, Schaden, Kausalität und Verschulden. Der Mißerfolg ärztlicher Bemühungen allein rechtfertigt noch nicht den Schluß auf ein Verschulden des Arztes.

Davon gibt es jedoch zwei Ausnahmen:

1. Erfüllung voll beherrschbarer Nebenpflichten (z. B. Einsatz technisch fehlerhafter Geräte)
2. bei der Frage, ob ein Eingriff überhaupt vorgenommen wurde.

**Verstößt der Arzt gegen die Regeln und Standards der medizinischen Wissenschaft oder überschreitet er unzulässig sein Ermessen, so liegt darin ein Verstoß gegen die äußere Sorgfalt (objektiver Behandlungsfehler). Ein Verstoß gegen die äußere Sorgfalt legt aber einen Verstoß gegen die innere Sorgfalt nahe (subjektive Komponente).**

Es liegt nun am Arzt nachzuweisen, daß ihm der objektive Behandlungsfehler subjektiv nicht zugerechnet werden kann. Das ist auch der Regelungs-inhalt des § 282 BGB.

## Beweiserleichterungen für den Patienten im Arzthaftungsprozeß

Ausgehend von der schwierigen Beweissituation des Patienten im Arzthaftungsprozeß hat die Rechtsprechung eine Reihe von Beweiserleichterungen bis hin zur Beweislastumkehr zugunsten des Patienten eingeführt. Sie sollen die „Waffengleichheit“ der Parteien vor dem Richter herstellen. Dem Patienten kommen im Arzthaftungsprozeß drei Beweiserleichterungen zugute.

1. Anscheinsbeweis
2. Umkehr der Beweislast
3. Schadensschätzung

### 1. Anscheinsbeweis

Der Anscheinsbeweis ist keine Besonderheit des Arzthaftungsprozesses, sondern kommt auch in anderen Haftungsprozessen vor.

Der Anscheinsbeweis stellt auch keine Umkehr der Beweislast, sondern lediglich eine Beweiserleichterung dar. Die Beweiserleichterung betrifft den Nachweis von Verschulden und Kausalität. Der Anscheinsbeweis setzt typische Geschehensabläufe voraus, bei denen nach der allgemeinen Lebenserfahrung oder nach Erfahrungssätzen der medizinischen Wissenschaft

- a) von einer feststehenden Ursache (Behandlungsfehler) auf einen bestimmten Erfolg (Schaden) oder
- b) von einem feststehenden Erfolg (Schaden) auf eine bestimmte Ursache (schuldhafter Behandlungsfehler) geschlossen werden kann.

### Entkräftung des Anscheinsbeweises

Zur Entkräftung des Anscheinsbeweises kann der Arzt darlegen, ein atypischer Geschehensablauf sei möglich gewesen. Hierzu genügt jedoch nicht die fernliegende, theoretische Möglichkeit eines atypischen Geschehensablaufes. Vielmehr muß der Arzt darlegen, daß diese Möglichkeit gerade hier nach Konstitution und Krankheitsbild dieses Patienten ernsthaft in

Betracht komme. Dann muß wieder der Patient die volle Beweislast tragen.

### 2. Umkehr der Beweislast

Beweiserleichterungen bis hin zur Umkehr der Beweislast gegen den Arzt treten ein, wenn

- a) dem Arzt schuldhaft ein grober Behandlungsfehler unterlaufen ist, der geeignet war, einen Schaden wie den tatsächlich eingetretenen herbeizuführen und sich das Risiko verwirklicht hat, dessen Nichtbeachtung den Fehler als grob erscheinen läßt.

Grob ist dabei ein Behandlungsfehler, „der dem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf“, wenn, mit anderen Worten, der Arzt die erforderliche Sorgfalt in ungewöhnlich großem Maße verletzt hat und das unbeachtet geblieben ist, was jedem hätte einleuchten müssen.

Die Umkehr der Beweislast gilt allerdings nur für den Primär-, nicht jedoch für den Sekundärschaden (Folgeschaden).

Während nach normalen Beweisregeln der Patient nicht nur das Verschulden, sondern auch dessen Ursächlichkeit für den Schaden nachweisen muß, wird bei der Umkehr der Beweislast bei grobem Behandlungsfehler die Ursächlichkeit des Fehlers für den Schaden vermutet.

### Entfallen der Umkehr der Beweislast

Da sich die Umkehr der Beweislast lediglich auf die Ursächlichkeit des groben Behandlungsfehlers für den eingetretenen Schaden bezieht, kann sie entfallen, wenn der Ursachenzusammenhang zwischen Behandlungsfehler und Schaden gänzlich unwahrscheinlich ist.

Beweiserleichterungen bis hin zur Umkehr der Beweislast treten ferner ein, wenn der Arzt gegen die Dokumentations- und Befundsicherungspflicht verstoßen hat.

Aus Behandlungsvertrag und Gesetz trifft den Arzt die Pflicht, den Be-

handlungsverlauf zu dokumentieren und Befunde zu sichern. Der Arzt muß Gegenstände wie Röntgenbilder, Karteikarten oder Modelle eine vorgeschriebene Zeit aufbewahren.

Ist seine Dokumentation unrichtig oder unzulänglich oder wirkt er auf sie ein, indem er etwa Aufzeichnungen nachträglich inhaltlich verändert, ergänzt oder sie gar vernichtet, verwahrt er Röntgenbilder oder Modelle nicht die vorgeschriebene Zeit und erschwert oder vereitelt er dadurch schuldhaft die Beweisführung des Patienten, so führt dies zu Beweiserleichterungen des Patienten bis hin zur Umkehr der Beweislast gegen den Arzt in schwerwiegenden Fällen.

### Beweislast bei Verletzung der Aufklärungspflicht

Behauptet der Patient eine Verletzung der Aufklärungspflicht, so ist zu unterscheiden:

- Verletzung der Eingriffs- oder Risikoaufklärung

Eine vorschriftsmäßige Eingriffs- oder Risikoaufklärung ist die notwendige Voraussetzung für eine wirksame Einwilligung in die ärztliche Behandlung. Hier hat die Aufklärung in beweisrechtlicher Hinsicht den Charakter eines Rechtfertigungsgrundes.

Bestreitet der Patient die Aufklärung oder Einwilligung, so muß sie der Arzt beweisen. Ebenso ist der Arzt beweispflichtig, wenn er behauptet, der Patient habe auf die Aufklärung verzichtet oder sei schon andernorts vorschriftsmäßig aufgeklärt worden.

- Verletzung von Befund-, Diagnose- und Sicherungsaufklärung

Behauptet der Patient hingegen, sein Arzt habe ihn nicht oder nicht gehörig über Befund und Diagnose aufgeklärt oder er habe pflichtwidrig die therapeutisch gebotene Sicherungsaufklärung unterlassen, so behauptet der Patient einen Behandlungsfehler. Behauptet der Patient aber einen Behandlungsfehler, so trägt er die Be-

weislast für die objektive Sorgfaltswidrigkeit, den Schaden und den Nachweis, daß der Schaden die Folge der objektiven Sorgfaltswidrigkeit ist.

### 3. Schadensschätzung

Der objektive Behandlungsfehler und die Kausalität des Behandlungsfehlers für den Schaden (haftungsbegründende Kausalität) unterliegen den strengen Beweisregeln, müssen also zur vollen Überzeugung des Gerichts erbracht werden (§ 286 ZPO).

Dagegen ist das Gericht bei der Feststellung der haftungsbegründenden Kausalität und der Schadenshöhe weitgehend von den sonstigen Beweisgrundätzen freigestellt. Es gilt § 287 ZPO, wonach für die Beweiserbringung eine erhebliche Wahrscheinlichkeit genügt.

#### – Das selbständige Beweissicherungsverfahren

Es ist bei Behandlerwechsel anzuraten, d. h. verläßt der Patient den Erstbehandler in Unfrieden, und eine Neuversorgung erzeugt neue Kosten, egal ob bei gesetzlich oder privat Versicherten, kann auf der Rechtsgrundlage der §§ 485 – 494 ZPO eine Beweissicherung durchgeführt werden.

Zulässig: nur bei drohendem Verlust eines Beweismittels oder bei drohender Veränderung des Beweisgegenstandes vor Begutachtung.

Beweissicherung: ist eine vorsorgliche Beweisaufnahme durch Augenschein, Zeugen oder Sachverständige vor oder auch während eines Prozesses, wenn die Beweisaufnahme noch nicht angeordnet ist oder wegen Stillstand des Verfahrens nicht angeordnet werden kann.

Die Einschaltung eines neutralen Gutachters sollte also demzufolge nicht nur dem Patienten als Auftraggeber überlassen bleiben, sondern gerade bei vermutlichen Meinungsverschiedenheiten mit dem Erstbehandler auch vom Zweitbehandler eingeleitet werden. Gutachterkosten müßten dann erst einmal verauslagt werden – nicht

bei GKV-Gutachten – und später auf den Verursacher umgelagert werden.

Soweit zur Beweissituation. Letzlich ist neutraler und objektiver gutachterlicher Sachverstand bei allen Varianten unterschiedlicher Meinungen zwischen Zahnarzt und Patient oder Zahnarzt und Krankenkasse/Versicherung unverzichtbar.

Der Beweis durch Sachverständige hat sich immer mehr in den Vordergrund gedrängt, ein Ergebnis der Komplizierung unseres Lebens. So kommen die Gerichte bei technischem und wirtschaftlichem Inhalt ohne die Fach- und Sachkunde von Sachverständigen nicht mehr aus. In gleicher Weise gibt es kaum noch einen Arzthaftungsprozeß ohne Mitwirkung eines medizinischen Sachverständigen.

Er ist verpflichtet, zu dem Prozeßstoff ein medizinisches Gutachten vorzulegen. Damit übernimmt der Sachverständige im Rahmen des Rechtsstreites eine verantwortliche Stellung. Der Richter ist verpflichtet, den Inhalt eines Gutachtens sehr kritisch zu prüfen und von sich aus zu entscheiden, ob er dem Ergebnis des Gutachtens folgen will, er muß prüfen, ob der Inhalt des Gutachtens den Gesetzen der Logik entspricht, es in sich schlüssig aufgebaut ist und die angeschnittenen medizinischen Fragen vollständig beantwortet wurden. Nur auf diese Weise wird die alleinige Entscheidungsverantwortung des Richters bewahrt, und der Sachverständige bleibt bei seiner vom Gesetz gewollten Stellung eines Gehilfen.

Die Gerichte sind daher dazu übergegangen, umfassende Beweisbeschlüsse zu erlassen, in denen die Fragen an den Sachverständigen aufgliedert und dargelegt werden. Häufig haben die Beweisbeschlüsse einen seitenlangen Inhalt. Der Richter gibt darin kurz die vom medizinischen Sachverständigen zu beantwortenden Fragen auf, und zwar anhand des Akteninhaltes. Der Beweisbeschuß spiegelt somit den speziellen Streitstoff des Prozesses wider, es wird dargelegt, um wel-

che medizinischen Fragen in dem Prozeß gestritten wird.

Erste Aufgabe eines Richters in einem Prozeß ist es stets, genau zu prüfen, welche Teile des Streitstoffes unstrittig sind, also von beiden Parteien als wahr bestätigt werden. Nur über die strittigen Punkte darf nämlich ein Beweis erhoben werden.

Für den medizinischen Sachverständigen bedeutet der Beweisbeschuß, daß er an die im Beweisbeschuß gestellten Fragen gebunden, aber auch verpflichtet ist, sie zu beantworten und mit größtmöglicher Objektivität die strittigen medizinischen Fragen in seinem Gutachten zu behandeln und zu beantworten. Dabei bedarf jede medizinische Aussage der medizinischen Begründung. Es genügt mithin nicht, daß der Sachverständige eine bloße Aussage trifft, für den Richter und die Parteien muß es aus der Begründung erkennbar und nachvollziehbar sein, weshalb der Sachverständige zu einer bestimmten Aussage kommt. Somit unterliegt der Sachverständige dem Begründungszwang.

Hier zeigt sich das Zusammenspiel zwischen Richter und Sachverständigen, je präziser der Richter im Beweisbeschuß seine Fragen artikuliert, umso besser kann der medizinische Sachverständige hierauf eingehen und anhand des ihm aus der Gerichtsakte bekannten Sachverhaltes zunächst den medizinischen Behandlungsvorgang erfassen und schildern, anhand der gesicherten Regeln der Heilkunde etwaige Fehler aufzeigen und begründet darlegen, ob und inwieweit die Regeln der Heilkunde wann und bei welchem Behandlungsabschnitt verletzt wurden. Dabei muß der Sachverständige auch erfassen, ob es sich um einen Befund-, Planungs- oder Behandlungsfehler handelt.

Das bedeutet, daß sich der Sachverständige mit der Anamnese ebenso deutlich zu befassen hat wie mit Befund, Diagnose und Therapie, bei der Therapie wiederum über den gesamten Therapieverlauf.

**Das bedeutet aber, daß dem Sachverständigen alle medizinischen Erkenntnismittel zur Verfügung zu stellen sind. Unabdingbare Voraussetzung ist daher die Behandlungskarte sowie Röntgenaufnahmen, Modelle, etwaige Korrespondenz mit anderen Zahnärzten, Ärzten oder Krankenkassen. Bei prothetischen Leistungen ist der Heil- und Kostenplan zu präsentieren. Fehlen Erkenntnismittel, muß der Sachverständige sie vor Erstattung des Gutachtens anfordern. Hatten z. B. andere Zahnärzte zuvor Behandlungen durchgeführt, so sollte der Sachverständige auch diese anfordern. Häufig nämlich wird ein Gutachten auch davon abhängen, wann und in welchem Umfang vorbehandelnde Zahnärzte Leistungen erbracht haben.**

Liegen nunmehr die Gerichtsakte, die der Sachverständige übersandt erhält, der Beweisbeschuß und alle Erkenntnismittel vor, so muß der Sachverständige entscheiden, ob er den Patienten selbst untersucht. In nahezu allen Fällen ergibt sich die Notwendigkeit der persönlichen Untersuchung. Hierfür beraumt der Sachverständige einen Termin an, er schreibt den Patienten und die Anwälte an.

Bei der persönlichen Untersuchung sollte sich der Sachverständige auf keine Diskussion mit dem Patienten oder erscheinenden Anwälten einlassen. Auch wenn die Beteiligten ein Gespräch mit dem Sachverständigen wünschen oder provozieren, sollte er es unterlassen. Meint der Sachverständige, es seien Röntgenaufnahmen anzufertigen oder ein Abdruck, so ist er hierzu berechtigt.

Nunmehr kann der Sachverständige aufgrund aller ihm zur Verfügung stehenden Tatsachen sein Gutachten erstellen.

Das Gutachten beginnt mit der Anschrift des Gerichts und der Angabe des Aktenzeichens und der Bezeichnung der Sache, wie sie sich aus den Schriftsätzen an das Gericht ergibt. Diesen Teil nennt man Rubrum.

Danach folgt der Gutachtauftrag und welche Erkenntnismittel zur Verfügung standen. Es wird also die Gerichtsakte erwähnt, die medizinischen Unterlagen und der Beweisbeschuß. Vielfach wird der Beweisbeschuß in dem Gutachten wörtlich zitiert, damit ein Leser auch unabhängig von der Gerichtsakte die von dem Gericht gestellten Fragen aus dem Gutachten entnehmen kann.

Erst danach folgt gegliedert die Anamnese, der Befund – sehr eingehend erläutert, häufig unter Verwendung des Zahnschemas, die vom Patienten geklagten Beschwerden und die Diagnose.

Anschließend wird der Behandlungsverlauf vom Sachverständigen geschildert, und zwar entweder unter Angabe aller Behandlungsdaten mit Behandlungsinhalten oder aber nur die Behandlungszeit mit Beginn und Beendigung. Aus dem Gutachten muß sich aber auf jeden Fall der wesentliche Teil des Behandlungsumfanges dargestellt ergeben.

Danach sind die Beschwerden des Patienten darzustellen und die Argumentation des Zahnarztes.

Erst dann kommt die Beurteilung, also die eigentliche gutachterliche Äußerung, die Kernaufgabe des Sachverständigen. Hier setzt sich der Sachverständige mit dem medizinischen Gehalt des Prozesses auseinander, gibt wieder, ob und warum Leistungen *lege artis* oder welche und warum fehlerhaft waren.

Das muß der Sachverständige auch begründen, und zwar anhand der gefestigten Regeln der Heilkunde. Gegebenfalls sollte er bei schwierigen medizinischen Problemen Fachliteratur verwenden, bei einem Methodenstreit sollte er auf die unterschiedlichen Methoden eingehen, denn auch die Medizin kennt den Methodenstreit therapeutischer Anwendung. Somit ist der Beurteilungsteil des Gutachtens der eigentlich zahnmedizinisch-wissenschaftliche Teil des Gutachtens.

Die Beurteilung endet mit einer klaren Ergebnisaussage.

Zum Schluß folgen einige zusammenfassende Sätze, die die medizinisch-wissenschaftliche Beurteilung zusammenfassen und untermauern. Hier muß sich der Sachverständige um eine eindeutige und klare Aussage bemühen, vage Hinweise genügen nicht, der Schluß des Gutachtens erfordert den Mut zur Entscheidung.

Ein Gutachten darf nicht von der Frage hoher Qualität der zahnärztlichen Leistung abhängen. Der Sachverständige muß sich stets vor Augen halten, daß ein Zahnarzt nur dann haftet, wenn er die ihm obliegende zahnärztliche Sorgfaltspflicht verletzt hat, also gegen die Regeln der Zahnheilkunde handelte. Die Leistung eines Zahnarztes ist dann genügend, wenn sie dem durchschnittlichen Behandlungsverhalten entspricht, also *rite* ist. Häufig zeigen sich bei dem Patienten aggressive oder psychogene Verhaltensweisen. Derartige Verhaltensweisen sind im Gutachten darzustellen, desgleichen sind auch Aussagen darüber zu treffen, ob der Patient Behandlungstermine nicht einhielt oder sich längere Zeit der Behandlung entzog. Damit ist auch auf die Frage der Mitwirkung des Patienten im Rahmen der gebotenen Behandlung einzugehen.

Meint der Sachverständige, es wären ergänzend noch andere ärztliche Bekundungen notwendig, so z. B. kieferchirurgischer, neurologischer oder internistischer Natur, so soll er dies im Gutachten zum Ausdruck bringen, es ist dann Sache des Gerichts, über diese Anregung zu befinden.

Zur Frage des Teilnahmerechtes an Begutachtungen hatte das Oberlandesgericht Köln sich mit der Frage zu befassen, ob in einem Arzthaftungsprozeß der von dem Patienten beklagte Arzt oder Zahnarzt ein Recht darauf hat, an der ärztlichen Begutachtung des Patienten durch einen Sachverständigen teilnehmen zu dürfen oder nicht. Diese Frage ist bisher erkennbar von den Gerichten nicht entschieden worden. Die überwiegende Meinung

ging dahin, daß der Zahnarzt als Beklagter selbstverständlich das Recht habe, an der Begutachtung teilzunehmen.

Das Oberlandesgericht Köln folgte dieser allgemeinen Betrachtungsweise und bisherigen Übung nicht. Es sieht einen gravierenden Unterschied, ob ein Mensch oder ein Gegenstand oder eine Sache untersucht wird.

Das Oberlandesgericht Köln stellt darauf ab, daß ärztliche Untersuchungen in den Intimbereich des Untersuchten eingreifen und deshalb grundsätzlich in Abwesenheit dritter Personen stattzufinden haben. Die Achtung der Menschenwürde gebietet dies. Die Gegenwart Dritter bei medizinischen Untersuchungen kann, namentlich wegen der damit verbundenen Offenbarung körperlicher Eigenheiten, von dem Untersuchten als Beeinträchtigung seiner menschlichen Würde empfunden werden. Die Anwesenheit anderer Personen ist daher nur auf ausdrückliche Zustimmung des Betroffenen, also des früheren Patienten, zulässig.

Die Folgerung des Oberlandesgerichtes Köln ist daher, daß auch eine

Prozeßpartei nicht das Recht habe, an einer Untersuchung des Prozeßgegners durch einen medizinischen Sachverständigen teilzunehmen. Das gilt unabhängig davon, ob die Partei selbst Arzt oder Zahnarzt ist und ob die zu untersuchende Prozeßgegnerin früherer Patient war oder nicht. Ist das Behandlungsverhältnis erloschen, wovon man stets ausgehen muß, wenn sich früherer Patient und Zahnarzt als Prozeßgegner vor Gericht gegenüberstehen, so ist auch die frühere Vertrauensgrundlage entfallen und damit auch das Einverständnis des Patienten, in den körperlichen Bereich einzuwirken.

Das Oberlandesgericht Köln verneint mithin das grundsätzliche Recht des Arztes oder Zahnarztes, in einem Haftungsprozeß als Prozeßpartei an der Untersuchung teilzunehmen. Wünscht der Zahnarzt jedoch die Teilnahme, hat der Gutachter den Patienten zu befragen, ob er hiermit einverstanden ist. Verneint der Patient sein Einverständnis, muß die Teilnahme an der Untersuchung unterbleiben.

Für den Zahnarzt im Haftpflichtprozeß bedeutet diese Entscheidung, daß

er in seinem Interesse eine schriftliche Stellungnahme dem Gutachter zuleiten sollte, sofern in den gewechselten Schriftsätzen der Standpunkt nicht schon hinreichend dargelegt ist. Somit muß eine gute Rechtsverteidigung von seiten des angegriffenen Arztes oder Zahnarztes den Mangel ausgleichen, an der Untersuchung durch den Sachverständigen teilnehmen zu dürfen.

Die juristisch sehr knappe Darstellung der Beweislage durch gutachterliche Untersuchungen soll auf eine Grundinformation der Kollegenschaft führen und zum richtigen Verhalten des betroffenen Kollegen bei möglichen Haftpflichtschäden informieren.

Weitere Informationen und Hilfe im Fall unliebsamer Auseinandersetzungen mit Patienten bieten Ihnen die Gutachterkommission und die Patientenberatungsstelle Ihrer Landes-zahnärztekammer.

*Dr. Ingo Schmidt*

**ACHTUNG**

**ACHTUNG**

**ACHTUNG**

## **An alle laufsportbegeisterten Zahnärztinnen und Zahnärzte**

Der Freie Verband ruft alle laufsportbegeisterten Zahnärztinnen und Zahnärzte zur

### **1. Thüringer Zahnärztemeisterschaft am 22. März 1997**

ins landschaftlich reizvolle Mühltal in der Nähe von Eisenberg auf.

Der Start erfolgt um 14.00 Uhr an der Froschmühle.

Interessenten melden sich bitte bis 20. März oder aber am 22. März bis 12.00 Uhr im Organisationskomitee (Stichwort: Thüringer Zahnärztlauf).

Tel. und Fax: 03 66 91/4 22 08 oder 03 66 91/5 29 25

Die Startgebühr beträgt DM 10,00.

Die Streckenlänge beträgt 15 km.

Es handelt sich um einen Asphaltkurs mit geringer Steigung durch das gesamte Eisenberger Mühltal. Mit diesem Lauf möchte der Freie Verband auch sportliche Akzente setzen. Der 1. Thüringer Zahnärztlauf findet gemeinsam mit dem 26. Eisenberger Mühltaulauf statt.

Auf dieser traditionsreichen Strecke finden in diesem Jahr noch die Süddeutschen Meisterschaften und die Thüringer Landesmeisterschaften im Straßenlauf statt.

Die Stadt Eisenberg hatte im vergangenen Jahr ihr 800jähriges Jubiläum. Neben vielen Sportanlagen sind insbesondere der wiederhergestellte historische Marktplatz mit Rathaus und Stadtkirche sowie die bedeutendste barocke Schloßkapelle Thüringens sehenswert. Ein Ausflug der gesamten Familie zum Thüringer Zahnärztlauf wäre auch deshalb sicher lohnenswert!

## Hinweise zur Qualitätssicherung in der zahnärztlichen Röntgendiagnostik (1)

Aus den Erfahrungen, die in der zahnärztlichen Röntgenstelle während der Kontrolle der Durchführung der Konstanzprüfung bei den niedergelassenen Thüringer Zahnärzten gesammelt wurden, lassen sich Hinweise für eine weitere Qualitätsverbesserung der Röntgendiagnostik in der Zahnarztpraxis ableiten. In loser Folge werden deshalb im tzb diesbezüglich spezielle Themen der Qualitätssicherung durch die zahnärztliche Röntgenstelle veröffentlicht.

Eine häufig anzutreffende Situation in der Zahnarztpraxis ist es, daß ein Wechsel des Filmtyps, des Film-Foliensystems oder der Entwicklungsstrecke vorgenommen wird. Bei derartigen Veränderungen muß der Zahnarzt als Betreiber der Röntgeneinrichtung entscheiden, ob der Strahlenschutz oder die Bildqualität beeinflusst werden kann. Begrifflich wird beim Austausch von Komponenten der Röntgeneinrichtung zwischen „we-

sentlichen und unwesentlichen Änderungen“ durch den Gesetzgeber unterschieden. Tabelle 1 erläutert beide Begriffe in einer Gegenüberstellung.

Bei der Kontrolle der Qualitätssicherung in der Zahnarztpraxis durch die zahnärztliche Röntgenstelle wurde häufig die Problematik des Filmwechsels gefunden. Anlaß waren in der Regel:

1. bei der Abnahmeprüfung durch den Sachverständigen nach Praxiseröffnung wurde ein Filmtyp verwendet, der heute nicht mehr im Angebot ist
2. die Zahnärztin/der Zahnarzt haben sich für einen neuen Film mit einer höheren Empfindlichkeitsklasse entschieden, um die Strahlenbelastung der Patienten zu verringern.

Generell muß man davon ausgehen, daß ein Filmwechsel drei Auswirkungen haben kann:

1. keine Änderung der notwendigen Strahlendosis

2. Verringerung der notwendigen Strahlendosis
3. Erhöhung der notwendigen Strahlendosis

Je nach der eintretenden Auswirkung ergeben sich für den Betreiber unterschiedliche Pflichten. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die durchzuführenden Aktivitäten.

Typisch für die Zahnarztpraxis sind die Fälle mit keiner oder einer Verringerung der notwendigen Strahlendosis. Unsicherheiten gibt es immer wieder über die Durchführung einer überlappenden Anschlußprüfung. Folgendes Vorgehen wird empfohlen:

1. Neuansatz der Chemikalien unter Einhaltung der jeweiligen Vorschriften einschließlich Standzeit bis zur ersten Entwicklung
2. ohne Änderung der notwendigen Strahlendosis:  
„Alter und neuer“ Film gleichbelichtet, gleichzeitig oder unmittelbar nacheinander entwickeln, zwei-

### Tabelle 1:

Definition der Begriffe „unwesentliche Änderung“ und „wesentliche Änderung“ durch den Gesetzgeber und Schlußfolgerungen für den Betreiber

	<b>Einfluß auf Strahlenschutz und Bildqualität</b>	<b>Beispiel</b>	<b>Verantwortlichkeit</b>
<b>unwesentliche Änderung</b>	keinen	Filmwechsel bei gleicher Empfindlichkeit und vergleichbarer Bildqualität etc.	vom Betreiber selbst durchzuführen
<b>wesentliche Änderung</b>	Änderung der erforderlichen Strahlendosis und/oder der Bildqualität	Filmwechsel bei unterschiedlicher Empfindlichkeit  Tausch des Röntgenstrahlers etc.	Teilabnahmeprüfung durch Sachverständigen  <b>Ausnahme:</b> Bei Verringerung der erforderlichen Strahlendosis kann der Betreiber alle notwendigen Aktivitäten selbst durchführen

bis dreimal hintereinander durchführen. Optische Kontrolle der Dichte der mittleren Stufe. Eine Abweichung von  $\pm 1$  Stufe ist in diesem Falle nicht zulässig!

Verringerung der notwendigen Strahlendosis:

Belichtungsserie mit neuem Film anfertigen. Dabei die Belichtungszeiten folgendermaßen wählen: erste Belichtungszeit entspricht der bisherigen Belichtungszeit, zwei weitere Zeiten mit jeweils kürzerer Belichtungszeit. Optische Kontrolle der Dichten der mittleren Stufe mit der bisherigen Referenz. Eine Abweichung von  $\pm 1$  Stufe ist in diesem Falle nicht zulässig! Eventuell Belichtungszeit korrigieren, bis optische Kontrolle erfolgreich ist. Zwei- bis dreimalige Wiederholung der Konstanzprüfaufnahme mit „altem“ Film und „alter“ Belichtungszeit und „neuem“ Film und „neuer“ Belichtungszeit.

3. Archivierung von „alter“ Referenz und Konstanzprüfprotokoll wie in Tabelle 2 angegeben.

Zu beachten ist, daß die Neufestlegung der Belichtungszeit häufig problematisch ist, wenn die Überprüfung ausschließlich rein optisch erfolgt. Die exakte Ausmessung der mittleren Dichtestufe wäre unbedingt von Vorteil. Die zahnärztliche Röntgenstelle ist jederzeit bereit, diesbezüglich Hilfestellung zu leisten.

Änderung der Strahlendosis	Art des Filmwechsels	Aktivitäten des Betreibers
<b>keine</b>	Wechsel der Filmsorte innerhalb der Empfindlichkeitsklasse	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. überlappende Anschlußprüfung durch den Betreiber</li> <li>2. Archivierung der „alten“ Referenzaufnahme und des bis zum Zeitpunkt des Wechsels geführten Konstanzprüfprotokolls</li> <li>3. Dokumentation des Filmwechsels auf neuem Konstanzprüfprotokoll</li> </ol>
<b>Verringerung</b>	Wechsel der Filmsorte zu höherer Empfindlichkeit	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. überlappende Anschlußprüfung durch den Betreiber</li> <li>2. Archivierung der „alten“ Referenzaufnahme und des bis zum Zeitpunkt des Wechsels geführten Konstanzprüfprotokolls</li> <li>3. Dokumentation des Filmwechsels auf neuem Konstanzprüfprotokolls</li> <li>4. Neufestlegung der Belichtungsdaten für Patientenaufnahme (Verringerung)</li> </ol>
<b>Erhöhung</b>	Wechsel der Filmsorte zu niedrigerer Empfindlichkeit	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Teilabnahmeprüfung durch Sachverständigen</li> </ol>

**Tabelle 2:**

*Pflichten und Aktivitäten des Betreibers in Abhängigkeit von der Art des durchgeführten Filmwechsels*

Dr. Olaf Brodersen

**Ingenieurbetrieb Gabriele Jopp  
Gebäudedienste**

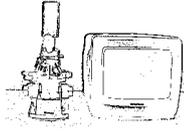
**Wir reinigen zuverlässig und fachgerecht Ihre Praxisräume,  
Privaträume, usw.**

Unser Meister der Gebäudereinigung erstellt kostenlos individuell zugeschnittene Angebote für

- laufende Unterhaltsreinigung
- Detachur und Feuchtreinigung von Teppichböden
- Grundreinigung und Beschichtung von Belägen
- Gardinen- u. Lamellenreinigung
- Schmutzmattenservice
- ab 01.05.1997 Parkettlegen und -schleifen

**Tel./Fax: 0361/41 53 80 - FuD2: 0172/9 339 485**

**PLAQUE-VIDEO-MIKROSKOP-SYSTEM**



Zur Patientennotivierung für die Kariesprophylaxe (auch im Selbstzahlerbereich ...) Preis: ab 2350,- DM

**48 h INSTRUMENTEN-SCHLEIFSERVICE**  
auf R. Quétin Schleifeinheit unter einem Mikroskop

Fordern Sie weitere Informationen an.

**Uwe Platzeck Dental-Service**  
Bahnhofstraße 35 · 07985 Elsterberg · Tel./Fax: (036621) 21150

# Fortbildungsprogramm

Für folgende Kurse in den Monaten März und April aus dem Fortbildungsprogramm „Frühjahrssemester 1997“ der Landes Zahnärztekammer Thüringen werden noch Anmeldungen entgegengenommen. Ansprechpartner Frau Held/Frau Westphal, Tel. 0361/7432-107/108, Fax: 0361/7432-150.

\*\* Kurs auch für Zahnarzhelferinnen bestimmt

Datum	Ort Kurs-Nr.	Thema	Wissenschaft- liche Leitung	Seite	Teilnehmer- gebühr
21.3.97 Fr	Erfurt 97/019	Durchführung und Bedeutung von Speicheltests	Wagner, Langerwehe**	50	ZÄ DM 150,- ZAH DM 120,-
22.3.97 Sa	Erfurt 97/020	Die leistungsgerechte Abrechnung prophylaktischer Leistungen nach BEMA und GOZ unter besonderer Berücksichtigung von freien Vereinbarungen	Wagner, Langerwehe**	51	ZÄ DM 150,- ZAH DM 120,-
5.4.97 Sa	Erfurt 97/021	Homöopathie und Zahnheilkunde	Reichert, Mannheim	52	DM 250,-
5.4. Sa	Erfurt 97/022	Einstieg in die Implantologie – präimplantologische Planung für den prothetisch orientierten Kollegen	Singer, Ludwigshafen	53	DM 250,-
5.4.97 Sa	Jena 97/023	Adhäsive Füllungstherapie	Hoyer, Jena**	54	DM 200,-
9.4.97 Mi	Erfurt 97/024	Anschleiftechnik von Zahnsteininstrumenten	Frankenhäuser, Erfurt**	55	DM 100,-
12.4.97 Sa	Erfurt 97/025	Endodontie heute – Moderne Konzepte in Diagnostik und Therapie	Klimm, Dresden	56	DM 250,-
12.4.97 Sa	Erfurt 97/21/b	Einführung in die klinische und instrumentelle Funktionsdiagnostik Kurs 2 – Instrumentelle Diagnostik	Lenz, Erfurt	57	DM 250,-
16.4.97 Mi	Erfurt 97/026	Die Kofferdam-Technik	Montag, Erfurt**	58	DM 150,-
19.4.97 Sa	Erfurt 97/028	Implantologie – Chirurgischer und prothetischer Kurs	Böttcher, Erfurt	60	DM 300,-
26.4.97 Sa	Erfurt 97/031	Theoretische und praktische Grundlagen der Funktionsdiagnostik und -therapie	Lotzmann, Marburg	63	DM 250,-
26.4.97 Sa	Erfurt 97/032	Grundlagen der Laboratoriumstechnik	Teubner, Erfurt**	64	DM 180,-
30.4.97 Mi	Erfurt 97/033	Die Sicherung des Zahlungseingangs oder wie komme ich zu meinem Geld?	Kohlschmidt, Erfurt**	65	DM 130,-



**Verbindliche Anmeldung  
zum II. Zyklus in Thüringen**

Name: .....

Telefon: .....

Straße: .....

Telefax: .....

Ort: .....

(Praxisstempel)

**Ich melde mich zu den Seminaren des II. Zyklus IUZ in Erfurt an.**

Die Teilnahmegebühr in Höhe von **jährlich 2.000,- DM** werde ich **sofort nach Erhalt der Anmeldebestätigung** auf das Konto 0 003 052 494 (BLZ 100 906 03) der Landes Zahnärztekammer Thüringen - IUZ - bei der Deutschen Apotheke- und Ärztebank, Erfurt, überweisen.

Sofern ein Interesse für ergänzende praktische Arbeitskurse besteht, werden die anfallenden Gebühren gesondert berechnet.

Ort: .....

Datum: .....

Unterschrift: .....



**Landesversammlung  
des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte  
Thüringen**



**9. - 10. Mai 1997  
Hotel Residence Frankenburg  
Bad Frankenhausen**

Übernachtung und Frühstück, inklusive Mittagessen am Tag der  
Landesversammlung  
pro Person im DZ 120,00 DM, EZ-Zuschlag 20,00 DM

**Zimmerreservierungen direkt im Hotel**  
Hotel Residence Frankenburg, Am Schlachtberg 3, 06567 Bad Frankenhausen,  
Tel.: 034671/750, Fax: 034671/75-300



## Literaturbestand

An dieser Stelle beginnen wir mit der alphabetischen Auflistung aller bisher im „Thüringer Zahnärzteblatt“ veröffentlichten Buchbesprechungen. Auf Wunsch können diese Bücher auch in der Geschäftsstelle der Landes Zahnärztekammer eingesehen bzw. ausgeliehen werden.

### 500 Fragen zur zahnärztlichen Prothetik und Werkstoffkunde

*M. K. H. Heuser*

27 Seiten, 10 Abbildungen, DM 39,-, ISBN: 3-7945-1662-1, Schattauer, Stuttgart 1994 (tzb 4/1995)

### ABC für die Arzthelferin ein Stichwortverzeichnis für die Praxis

*Th. Wölker*

139 Seiten, mit Abbildungen, DM 19,80, ISBN: 3-928748-05-X, Ärzte-Zeitung GmbH, Neu-Isenburg 1992 (tzb 2/1994).

### Abformung in der zahnärztlichen Praxis – Der sichere Weg zum exakten Modell

*J. Wirz, K. Jäger und F. Schmidli*

136 Seiten, 281 Abbildungen, 15 Tabellen, DM 128,-, ISBN: 3-437-00695-9, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 1993 (tzb 9/1993)

### Abrechnungsbuch für die zahnärztliche Praxis

*R. H. Schönfeld*

440 Seiten, DM 68,-, ISBN: 3-87706-420-5, Schlütersche, Hannover 1995 (tzb 4/1995)

### Adhäsiv befestigte Keramikeinlagerungen

*R. Hahn*

124 Seiten, 145 Abbildungen 19 Tabellen, DM 98,-, ISBN: 3-13-100411-8, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1996 (tzb 6/1996)

### Aktueller Stand der Parodontologie

*Hrsg.: G. Hetz*

Loseblattwerk, ca. 970 Seiten, DM 298,-, ISBN: 3-921-883-17-2, Spitta Verlag, Balingen (tzb 12/1995)

### Amalgam – eine Gefahr für die Gesundheit?

*P. Hörsted-Bindslev, L. Magos, P. Holmstrup und D. Arenholt-Bindslev*

135 Seiten, 34 Abbildungen, 8 Tabellen, DM 49,-, ISBN: 3-7691-4052-4, Deutscher Ärzte Verlag, Köln 1993 (tzb 9/1993)

### Anatomie, Physiologie und Pathologie für Zahntechniker

*H. Hees*

356 Seiten, 257 Abbildungen, 19 Tabellen, DM 78,-, ISBN: 3-437-00656-8, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 1992 (tzb 2/1994).

### Antikogramm-gestütztes Behandlungskonzept für fortgeschrittene Karzinome im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich

*H.-R. Metelmann*

96 Seiten, 39 s/w Abbildungen DM 58,-, ISBN: 3-87652-246-3, Quintessenz Verlag, Berlin 1993 (tzb 12/1993)

### Antragstellung und Abrechnung in der Kassenzahnärztlichen Praxis

Lehr- und Nachschlagebuch

*N.-C. Döhler*

278 Seiten, DM 49,-, ISBN: 3-7691-7049-0, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1993 (tzb 4/1994).

### Antragstellung und Abrechnung in der vertragszahnärztlichen Praxis

*N.-C. Döhler*

278 Seiten, zahlreiche Abbildungen und Formblattbeispiele, DM 49,-, ISBN: 3-7691-7091-0, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1993 (tzb 2/1996).

### Ästhetik und Prothetik

*Hrsg.: J. Fischer*

204 Seiten, 478 Abbildungen, DM 248,-, ISBN: 3-87652-074-6, Quintessenz Verlag, Berlin 1995 (tzb 6/1995)

### Ästhetik und Prothetik

*Hrsg.: J. Fischer*

204 Seiten, 478 Abbildungen, DM 248,-, ISBN: 3-87652-174-6, Quintessenz Verlag, Berlin 1995 (tzb 10/1995)

### Ästhetische Seitenzahnrestaurationen

*D. A. Garber und R. E. Goldstein*

160 Seiten, 280 Abbildungen, DM 158,-, ISBN: 3-87652-381-8, Quintessenz Verlag, Berlin 1995 (tzb 10/1995)

### Ästhetisches Design für Zahnkeramik

*D. Karson*

162 Seiten, 292 Abbildungen, ISBN: 3-87652-602-7, Quintessenz Verlag, Berlin 1995 (tzb 12/1995)

### Atlas der Gebißentwicklung

Kieferorthopädische Befunde und Diagnostik anhand von Panorama-Schichtaufnahmen

*H. S. Duterloo*

231 Seiten, 394 Abbildungen, ISBN: 3-87706-367-5, Schlütersche, Hannover 1992 (tzb 4/1993)

### Atlas of Oral Implantology

*A. N. Cranin*

384 Seiten, 1005 Abbildungen, DM 298,-, ISBN: 3-13-793901-1, Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart 1993 (tzb 2/1994)

### Aufklärungspflicht und Arzthaftung

*W. Hempfing*

309 Seiten, DM 68,-, ISBN: 3-609-63570-3, ecomed Verlagsgesellschaft, Landsberg 1995 (tzb 9/1995)

### Behandlung des Zahnschmelzes mit Mikroabrasion

*Th. P. Croll*

104 Seiten, 226 Abbildungen, DM 98,-, ISBN: 3-87652-956-5, Quintessenz Verlag, Berlin 1993 (tzb 12/1993)

### Biophysologische Kauflächengestaltung

*M. Netzhammer*

80 Seiten, 170 Abbildungen, 1 Tabelle, DM 128,-, ISBN: 3-87652-356-7, Quintessenz Verlag, Berlin 1994 (tzb 2/1995)

### Curriculum – Studienführer Zahnmedizin

*W. Birglechner und D. Duddeck*

378 Seiten, DM 58,-, ISBN: 3-87652-976-2, Quintessenz Verlag, Berlin 1996 (tzb 6/1996)

### Das Gehirn

*G. Wolf*

290 Seiten, 63 Abbildungen, DM 38,-, ISBN: 3-928036-21-1, Quintessenz Verlag, Berlin 1992 (tzb 12/1993)

### Das Gesundheitswesen in Deutschland

*F. Beske, J. G. Brecht und A.-M. Reinkeimer*

235 Seiten, 52 Abbildungen, 50 Tabellen, DM 58,-, ISBN: 3-7691-0263-0, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1993 (tzb 12/1993)

### Demeter Kongress Kalender Zahnmedizin 1995

206 Seiten, DM 25,-, ISBN: 3-89383-071-5, Demeter Verlag, Gräfelfing (tzb 4/1995)

### Dental Almanach 1993/94

Perspektiven – Informationen

416 Seiten, DM 50,-, Dental Echo-Verlag, Heidelberg 1993 (tzb 12/1993)

## Positiver Trend hält weiter an

### Bundesweite Mundgesundheitsstudie, Ergebnisse 1995

Der positive Trend zu mehr Zahngesundheit bei Kindern und Jugendlichen hält weiter an. Das ist eines der Ergebnisse einer wissenschaftlichen Studie aus 7 Bundesländern. Die Studie stellt die DAJ, Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e. V., in einer Broschüre fest. Mit den Untersuchungsergebnissen aus Bayern, Bremen, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein, Thüringen und Westfalen-Lippe präsentiert die DAJ den zweiten Teil der bundesweiten Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe.

Die epidemiologischen Untersuchungen standen unter der Leitung von Prof. Dr. Klaus Pieper, Marburg. Vorher kalibrierte zahnärztliche Teams untersuchten nach einer für jedes Bundesland repräsentativen Stichprobe in Schulen 6 - 7jährige, 9jährige und 12jährige Kinder und Jugendliche. Mit Ausnahme von Bayern, das schon vorher eine eigene Studie mit kompatiblen Ergebnissen gestartet hatte, erfaßten die Teams die Zahnbefunde auf Erfassungsbögen oder direkt in einem Laptop. Die kumulierten Daten wertete Prof. Pieper nach verschiedenen, statistischen Methoden aus. Für alle DMF-T-Parameter wurden statistische Auswertungen in tabellarischer und graphischer Form erstellt. Die Broschüre dokumentiert detailliert alle Untersuchungsergebnisse.

Mit Ausnahme von Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen ergaben die Untersuchungen in den Ländern relativ dicht beieinander liegende Ergebnisse. So lagen die (dmf-t)-Werte bei den 6 - 7jährigen Kindern zwischen 2 und 3,1. Thüringen mit 3,8 und Mecklenburg-Vorpommern mit 4 folgten. Damit lagen die Werte leicht höher als bei der ein Jahr vorher erhobenen Studie in den fünf Ländern Baden-Württemberg, Hamburg, Hessen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein. Große Unterschiede verzeichnet die

Studie hinsichtlich des Sanierungsgrades von Milchzähnen. So waren bei Schulanfängern in Thüringen 49,4 % der kariösen Milchzähne mit einer intakten Füllung versehen, in Bremen nur 24,3 %. Die Studie stellt insgesamt einen erheblichen Sanierungsbedarf bei Milchzähnen fest.

Die (DMF-T)-Werte der 9jährigen lagen zwischen 0,6 und 1,1. Einen deutlich höheren Wert verzeichnete lediglich Mecklenburg-Vorpommern mit 1,6. Die Abweichung vom Trend wird vom Autor der Studie mit der soziodemographischen Struktur dieses Bundeslandes erklärt. Diese Entwicklung setzte sich auch bei den 12jährigen Jugendlichen fort. Hier lag der (DMF-T)-Wert zwischen 1,6 und 2,6 - in Mecklenburg-Vorpommern bei 3,5.

Spezielle Auszählungen nach Schulformen bestätigten die bereits in anderen Studien festgestellte Polarisierung

des Kariesbefalls. So lagen beispielsweise in Nordrhein die mittleren Werte zwischen 1,7 in Gymnasien und 3,4 in Hauptschulen.

Dies sind nur einige herausgegriffene Ergebnisse, die nicht für sich allein betrachtet werden dürfen.

Die gesamte Studie von 73 Seiten ist zu beziehen von der DAJ, Berliner Freiheit 26, 53111 Bonn, Tel.: 0228/694677, Fax: 0228/694679, oder im Buchhandel unter der ISBN-Nr. 3-926228-10-5.

*Presseinformation 11/96  
der DAJ*

#### **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-Restorationen**

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

# Grund zur Freude

Der 22. Januar war für 25 junge Damen ein bedeutender Tag: zum dritten Mal in Thüringen erhielten in Erfurt ausgebildete Zahnmedizinische Fachhelferinnen (ZMF) ihr Zeugnis. Dies sei, so der Helferinnenreferent der Kammer, Dr. Robert Eckstein, auch berechtigter Grund zur Freude für die Referenten und die Landeszahnärztekammer Thüringen.



*Dr. Robert Eckstein bei der Begrüßung*

25 Teilnehmerinnen aus ganz Thüringen (1 Umschülerin, 12 ausgebildete ZAH, 14 Stomatologische Schwestern mit Anpassung zur ZAH) hatten am 25. September 1995 diese an den Wochenenden stattfindende berufsbegleitende Aufstiegsfortbildung begonnen. Hohe Anforderungen stellte dieses ca. 800 Stunden umfassende theoretische und praktische Ausbildungsprogramm an alle Teilnehmerinnen.

Die praktische Ausbildung erfolgte in den delegierenden Praxen und in anderen Hospitationseinrichtungen. An der Realisierung der 6 Bausteine umfassenden Fortbildung hatte die Fried-

rich-Schiller-Universität Jena und ihr Bereich Erfurt großen Anteil. Der theoretische Teil wurde in Jena und Erfurt gelehrt, der Verwaltungsbau- stein in Erfurt. Erstmals gab es ein einwöchiges Praktikum in Erfurt. Dr. Eckstein bedankte sich an dieser Stelle in seiner offiziellen Begrüßung bei allen Referenten ganz herzlich.

Zum ersten Mal wurde in der Abschlußprüfung auch die mündliche Prüfung mitbewertet und erscheint als Note auf dem Zeugnis. Der Klassendurchschnitt von 1,7 spricht für sich: Dr. Eckstein und Frau Schimschal vom Referat Zahnarzhelferinnen konnten 22 Zeugnisse mit dem Prädikat „gut“ und 3 mit dem Prädikat „sehr gut“ überreichen.

Im Namen des Vorstandes der Landeszahnärztekammer Thüringen wünschte Dr. Eckstein den frischgebackenen ZMF für die Arbeit am Patienten eine sichere Hand, viel Spaß bei der Prophylaxe, allzeit kollegiale Chefs und natürlich auch alles Gute im privaten Leben. Er sei sicher, daß man sich bei künftigen Fortbildungsveranstaltungen wiedersehe.

*Ch. Meinel*



*Beim gemeinsamen Mittagessen wird auf den erfolgreichen Abschluß mit einem Glas Sekt angestoßen*



*Ilka Helmig aus Uderleben erhält das beste Abschlußzeugnis, überreicht durch Dr. Eckstein und Frau Schimschal*

*Zur Erinnerung ...*



*Dank an Frau Schimschal, die in perfekter Weise den Kurs organisiert und für einen reibungslosen Ablauf gesorgt hat*





## Standortbestimmung Prüfwesen im KZV-Bereich Thüringen

Die Notwendigkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfung ergibt sich aus dem Sachleistungssystem. Ihre korrekte Durchführung liegt im Interesse des Berufsstandes.

Bis 1992 erfolgte die Wirtschaftlichkeitsprüfung getrennt nach Primärkassen und Ersatzkassen in Thüringen auf der Grundlage einer Übereinkunft, die sich an den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen orientierte, allerdings gab es keine unterschriebene, vertragliche Prüfvereinbarung. Mit dem SGB V § 106 wurde die Wirtschaftlichkeitsprüfung auf eine neue Rechtsgrundlage gestellt. Es wurde u. a. festgelegt, daß ab 1. 1. 1993 eine

gemeinsame Wirtschaftlichkeitsprüfung beider Kassenbereiche durchzuführen sei: „Durch die Bildung gemeinsamer Prüfungsausschüsse wird eine mehrfache Prüfung des Arztes/Zahnarztes wegen gleicher Sachverhalte von Krankenkassen verschiedener Kassenarten ausgeschlossen.“ Gleichfalls wurden vertragliche Regelungen der Wirtschaftlichkeitsprüfung gefordert.

Auch die Vertragspartner in Thüringen standen vor der Notwendigkeit, eine gültige Prüfvereinbarung zu schaffen, um die Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen rechtskonform zu ermöglichen. Wie bekannt,

konnten sich die KZVTh und die GKVen trotz intensiver Verhandlungen über eine Prüfvereinbarung nicht einigen. Obwohl sich in vielen Punkten frühzeitig eine Annäherung der unterschiedlichen Standpunkte ergab und Lösungen gefunden werden konnten, konnte in wesentlichen Passagen wie bei der Prüfmethode, der Einbeziehung weiterer Gebührentarife und der Kostenfrage keine Übereinkunft erzielt werden.

So wurde durch das Landesschiedsamt entsprechend SGB V § 89 die Prüfvereinbarung festgesetzt und nach Ablauf der Widerspruchsfrist ab Sommer 1996 gültig.



## Die Prüfvereinbarung als Teil des Vertragssystems

Jede KZV hat eine eigene, für ihren Bereich gültige Prüfvereinbarung. Der Inhalt der einzelnen Prüfvereinbarungen unterscheidet sich teilweise beträchtlich. Allen gemeinsam ist die Einbettung in das SGB V und die Gesamtverträge zwischen der KZBV und den Krankenkassen und deren Verbänden. Gemäß §28 Absatz 2 SGB V wird für die Versicherten der GKV bestimmt: „Die zahnärztliche Behandlung umfaßt die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist.“ Der § 12 SGB V formuliert das Wirtschaftlichkeitsgebot: „(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“ Diese allgemeine Formulierung wird in den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung für die einzelnen Gebührentarife des BEMA-Z präzisiert und bei Bedarf aktualisiert.

## Wirtschaftlichkeitsprüfung – kein Instrument zur Kostendämpfung

Die Einrichtung der gemeinsamen Prüfungsausschüsse und die Durchführung der Verfahren zur Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolgt mit dem Ziel, das Wirtschaftlichkeitsgebot zu gewährleisten. Dabei ist die Prüfvereinbarung das Instrument, dieses Ziel in einem fairen Verfahren zu erreichen mit dem gleichzeitigen Anliegen, die Zahnärzte vor weitergehenden Maßnahmen gezielt zu beraten und die Ausübung der modernen Zahnheilkunde in gesicherter Qualität, unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsge-

botes zu bewahren. Auch wenn als Maßnahme eines Wirtschaftlichkeitsverfahrens ein Regress erfolgen kann, so ist das Prüfwesen jedoch nicht als Instrument zur Kostendämpfung gedacht. Die gemeinsamen Prüfungsausschüsse haben durch ihre Präsenz und Tätigkeit eine Kontroll-, Erziehungs- bzw. Aufklärungsfunktion. So haben sie zu bewirken, den Zahnärzten immer wieder bewußt zu machen, daß diese sich eigenverantwortlich in ihrer vertragszahnärztlichen Tätigkeit ausnahmslos an den vertraglichen Bestimmungen orientieren und auch auf diesem Gebiet einen aktuellen Wissensstand haben. Das heißt mit anderen Worten, jede Behandlung, die nicht den Richtlinien entspricht, darf nicht als Sachleistung zu Lasten der GKV erbracht und abgerechnet werden, sondern ist, wenn sie, aus welchen Gründen auch immer, erbracht wird, eine Privatleistung und so auch zu liquidieren.

## Engagierte und kompetente Vertreter der Zahnärzte in den Prüfungsgremien

Vorstand und Verwaltung der KZV/Th haben nach Inkrafttreten der gültigen Prüfvereinbarung schnell reagiert und alles in die Wege geleitet, damit diese umgesetzt wird und ein zügiges Bearbeiten der von den Krankenkassen in großer Zahl gestellten Prüfanträge erfolgen konnte. Es wurden vier Prüfungsausschüsse für den Gebührentarif A und ein spezieller Prüfungsausschuß für Sprechstundenbedarf/Verordnungen eingerichtet und eine ausreichende Anzahl Zahnärztinnen und Zahnärzte in die Ausschüsse berufen. Eine Schulungsveranstaltung für die Zahnarztvertreter in den Prüfungsausschüssen erfolgte noch vor den Sommerferien 1996. Seit August/September 1996 tagten die Ausschüsse unter Vorsitz der Krankenkassen beinahe wöchentlich, so daß 851 Prüfanträge behandelt werden konnten. Dieses Ergebnis ist der großen persönlichen Einsatzbereitschaft der Ausschußmitglieder zu danken. Es soll nicht unerwähnt bleiben, daß die als zahnärztli-

che Berichterstatter fungierenden Kolleginnen und Kollegen auf Grund der enorm hohen Zahl der Belegfälle einen zusätzlich großen Zeitaufwand benötigten, um die angesetzten Sitzungen abzusichern. Ebenso einsatzbereit und fleißig erledigten die Mitarbeiterinnen in der Prüfabteilung das große Pensum der Verwaltungsarbeit nach Inkrafttreten der Prüfvereinbarung. Ihnen allen sei gedankt! Die geleistete Arbeit ist um so anerkennenswerter, wenn man weiß, unter welchen schlechten räumlichen Bedingungen dies noch erfolgen mußte. Damit sind die Anträge für das Jahr 1993 im wesentlichen abgearbeitet.

## Gegenwärtige Situation

Für die Quartale I – IV 1994 liegen 1114 und für I – IV 1995 1031 Prüfanträge (Gebührentarif A) vor. Alle betroffenen Zahnärzte sind informiert. Zuerst werden die Anträge des Jahres 1994 geprüft werden und dann die des Jahres 1995. Ab 29.01.97 beginnen die diesjährigen Sitzungen der Prüfungsausschüsse. In Vorbereitung darauf und wegen der Situation, daß in diesem Jahr die Vertreter der Zahnärzte die Ausschußvorsitzenden stellen, trafen sich am 15.1.97 die zahnärztlichen Prüfungsausschußmitglieder zum Erfahrungsaustausch und diskutierten u.a. mit dem Vorstand prinzipielle Fragen des Prüfwesens.

Der erwähnte schlechte Zustand der Räumlichkeiten in der Löberstraße, der für Mitarbeiterinnen, Ausschußmitglieder und eingeladene Behandler eigentlich eine Zumutung darstellte, wurde 1996 nicht mehr verändert, seitdem sich die Möglichkeit des Umzugs andeutete. Nunmehr erfolgte der Umzug des Prüfwesens in Räume in das neue KZV-Gebäude in der Theo-Neubauer-Straße. Es wurden für alle Beteiligten hervorragende Arbeitsbedingungen bzw. eine würdige Sitzungs Umgebung geschaffen.

*Dr. med. dent. Gustav Hofmann  
Referent für kons./chir. Leistungen  
und Wirtschaftlichkeitsprüfung*



## Theo-Neubauer-Straße 14: Neuer Anlaufpunkt für Thüringer Zahnärzte

Zwar sind die Bauleute noch an allen Ecken und Enden beschäftigt, doch auch die Möbelpacker haben schon alle Hände voll zu tun. Zwei Symptome dafür, wie sehnsüchtig der Umzug in das neue Domizil erwartet wurde.



*Die Bauarbeiter sind noch beschäftigt*



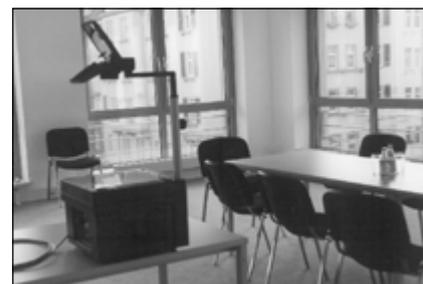
*Einige Bereiche jedoch sind schon umgezogen*

Hinter der KZV Thüringen liegen Monate angestrengter Diskussionen, Verhandlungen, Planungen, ... Nun ist das Ziel in Sicht, in modernen Räumen wurden Arbeitsbedingungen geschaffen, die auch zukünftigen Anforderungen angepaßt werden können. Schon jetzt arbeiten einige Abteilungen in den neuen Räumen, andere werden in Kürze nachziehen.

Der Vorstand hat den Termin für die offizielle Eröffnung des Hauses auf Freitag, den 14. März 1997 festgelegt. An diesem Tag werden auch viele Zahnärztinnen und Zahnärzte erwartet, um ihnen die neuen Räume vorzustellen.

Um 13.30 Uhr findet ein gesundheitspolitischer Nachmittag statt. Dieser verspricht interessante Einblicke in die bevorstehende Gesundheitsreform und deren Wertungen. Im Anschluß daran wird sich die neue Kantine bei einem Imbiß erstmalig in größerem Umfang bewähren müssen. Mitarbeiter des Hauses stehen bereit, um Fragen der Besucher zum neuen Gebäude und selbstverständlich auch zu Fach- und Verwaltungsthemen zu beantworten.

Alle Thüringer Zahnärztinnen und Zahnärzte sind dazu herzlich eingeladen!



*Viele Räume warten noch auf ihre Nutzer*





---

## Jetzt auch Unterschrift des VDAK unter Vertrag zum Datenträgeraustausch

Mit gut einer halbjährigen Verzögerung hat jetzt auch der VDAK den Vertrag zum Datenträgeraustausch unterschrieben. Als einziger Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen hatte der VDAK bisher seine Unterschrift verweigert, obwohl er an der Ausarbeitung des Vertrages beteiligt war. Der Vorstand der KZBV war in der Vergangenheit nicht bereit, sich auf Nachbesserungswünsche seitens des VDAK einzulassen. Für den Vorstand ist es selbstverständlich, über den Vertrag nach Vorliegen von Erfahrungen im Umgang mit den neuen Abrechnungsbestimmungen zu sprechen, aber nicht vorher.

---

## Vereinbarung mit den sonstigen Kostenträgern

Mit den sonstigen Kostenträgern (Bundeswehr, Zivildienstleistende, Bundesgrenzschutz) konnte eine Vereinbarung zur Abrechnung der konservierend-chirurgischen Leistungen analog zur Abrechnung mit den Gesetzlichen Krankenkassen vereinbart werden. Danach erfolgt die Abrechnung entweder maschinell auf Diskette oder manuell auf dem ab 1.1.1997 gültigen Erfassungsschein. Der Nachweis zur Berechtigung der Heilfürsorge wird der Abrechnung beigelegt. Eine mit den anderen Trägern der Heilfürsorge gleichartige Behandlung des Nachweises wird mit dem Bundesgrenzschutz angestrebt.

---

## Ausschreibungen

Gemäß § 103 Abs. 4 und 5 des V. Buches Sozialgesetzbuch wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Wartburgkreis **ab 1.7.1997** ein Vertragszahnarztsitz in

### Ruhla

ausgeschrieben.

Bewerbungen zur Übernahme dieser Praxis sind schriftlich bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses einzureichen. *Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen, Zulassungsausschuß, Theo-Neubauer-Str. 14, 99085 Erfurt*

Gemäß § 103 Abs. 4 und 5 des V. Buches Sozialgesetzbuch wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Landkreis Saalfeld-Rudolstadt **ab 1.7.1997** ein Vertragszahnarztsitz in

### Königsee

ausgeschrieben.

Bewerbungen zur Übernahme dieser Praxis sind schriftlich bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses einzureichen. *Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen, Zulassungsausschuß, Theo-Neubauer-Str. 14, 99085 Erfurt*

---

## Änderung der Zahnersatz-Richtlinien

In Konsequenz des Beitragsentlastungsgesetzes wurde die Änderung der Zahnersatzrichtlinien notwendig. Dies liegt in der Kompetenz des paritätisch besetzten Bundesausschusses der Zahnärzte und der Krankenkassen. Dieser hat den entsprechenden Beschluß bereits am 20.12.1996 gefaßt. Der Bundesgesundheitsminister hätte den Beschluß beanstanden müssen, wenn er fehlerhaft gewesen wäre. Dies ist innerhalb der vorgesehenen Frist nicht geschehen, womit die Änderungen zum 1.1.1997 in Kraft getreten sind.

In den geänderten Teilen regeln sie die Krankheitsfälle, für deren Behandlung auch junge Versicherte (nach dem 31.12.1978 geborene) Anspruch auf Kostenerstattung bei Zahnersatz haben.

Die Ausnahmefälle werden in den Ziffern 39 bis 43 konkretisiert.

Bemerkenswert ist, daß für bestimmte Erkrankungen die zusätzliche Diagnose durch einen Arzt gefordert wird.

Den Zahnarztpraxen in Thüringen wurden die Änderungen per Rundschreiben übermittelt, nach Drucklegung erhalten sie entsprechendes Ergänzungsmaterial für die Vertragsmappen.

## Datenschutz in der Zahnarztpraxis (1) Brauchen wir Datenschutzbeauftragte?

Schon von jeher wird im Gesundheits- und Sozialbereich auf den Datenschutz allgemein sehr hoher Wert gelegt. Die medizinische und ärztliche Schweigepflicht ist das beste Beispiel dafür.

Nun schreibt das Bundesdatenschutzgesetz aber die Bestellung eines Datenschutzbeauftragten vor. Wörtlich heißt es: „... wenn personenbezogene Daten automatisiert verarbeitet werden und mindestens 5 Arbeitnehmer ständig damit beschäftigt sind, ist ein Beauftragter für Datenschutz zu bestellen. Das gleiche gilt, wenn personenbezogene Daten auf andere Weise verarbeitet werden, und damit in der Regel mindestens 20 Arbeitnehmer ständig beschäftigt sind.“

Erforderlich ist jedoch, daß die Arbeitnehmer Betriebsangehörige sind, die in einem Arbeitsverhältnis zum Praxisinhaber stehen. Bei Gemeinschaftspraxen sind die dort Beschäftigten grundsätzlich zusammenzurechnen. Eine Zuordnung zu einem bestimmten Arbeitgeber ist nur dann gerechtfertigt, wenn der betreffende Arbeitnehmer bei nur einem Praxismitglied angestellt ist und ausnahmslos für dieses Praxismitglied arbeitet.

**Geltung für die zahnärztliche Praxis**  
Handelt es sich um ein automatisiertes Verfahren in unseren Praxen?

„Automatisierte Verarbeitung“ bedeutet Speichern, Verändern, Übermitteln, Sperren und Löschen personenbezogener Daten in Dateien von programmgesteuerten Datenverarbeitungsanlagen. Handelsübliche EDV-Anlagen für Zahnarztpraxen erfüllen diese Anforderungen.

Erreichen wir aber die Anzahl von fünf Arbeitnehmern, welche die Daten automatisiert verarbeiten?

Dazu muß geklärt werden, welche Verarbeitungsphasen automatisiert sind. Jede Dateieingabe findet „automati-

siert“ statt, sobald das Speichermedium den „Dateibegriff“ erfüllt. Das bedeutet, alle Mitarbeiter, die Daten in EDV-Anlagen eingeben, lesen oder ausgeben, sind mit den automatisierten personenbezogenen Daten beschäftigt.

### Fazit

Grundsätzlich arbeiten Zahnarztpraxen, in denen eine EDV-mäßige Erfassung von Patientendaten bzw. eine Abrechnung per Computer erfolgt, mit einer „automatisierten Datenverarbeitung“. Sofern mindestens 5 Mitarbeiter damit befaßt sind, muß auch ein Datenschutzbeauftragter für die Praxis bestellt werden.

Liegt dagegen bei der „automatisierten Datenverarbeitung“ die Anzahl unter 5 Mitarbeitern oder verarbeiten weni-

ger als 20 Mitarbeiter geschützte Daten „auf andere Weise“, so besteht keine gesetzliche Verpflichtung zur Bestellung eines Datenschutzbeauftragten. Sollte es dennoch erforderlich sein, so muß der bestellte Datenschutzbeauftragte die erforderliche Fachkunde und Zuverlässigkeit besitzen und bei der Anwendung seiner Fachkunde weisungsfrei sein. Dazu muß kein neuer Mitarbeiter eingestellt und keine externe Firma verpflichtet werden; jeder Mitarbeiter, der die erforderlichen Voraussetzungen erfüllt, kann mit dieser Aufgabe betraut werden.

*Dr. Olaf Wünsch  
Referent für Zahnärztliche  
Berufsausübung*

Wir trauern um unseren Freund

**Prof. Dr. Arne G. Lauritzen**

L.D.S., D.D.S. F.A.C.D., F.I.C.D., F.A.C.P.

Diplomate of the American Board of Prosthodontics

Er verstarb nach kurzer schwerer Krankheit am 24. Dez. 1996  
im 88. Lebensjahr in Seattle, WA., USA

Als weltweiter Wegbereiter der Totalprothetik und internationaler  
Referent in hunderten praktischen Seminaren,  
vermittelte er sein Wissen und Konzept.

**Wir sind ihm für sein Lebenswerk dankbar !**

Im Namen seiner Freunde und Kursteilnehmer  
Heiko und Elke Dohrn  
alle Mitarbeiter des DELAB Erfurt

## Vorsicht vor Nachgiebigkeit

Manchmal wird ein Zahnarzt damit konfrontiert, daß ein Privatpatient versucht, nur den Betrag zu bezahlen, den ihm die Privatversicherung oder Beihilfe erstattet hat. Diesem unliebsamen, oft peinlichen Ansinnen entgegenzutreten, ist nicht ganz einfach, will man oft nicht Gefahr laufen, den Patienten zu verlieren. So lassen sich manche dazu verleiten, einen entsprechenden Nachlaß zu gewähren. Hier allerdings fangen die zum Teil recht gravierenden juristischen Probleme an, die den meisten Praxisinhabern nicht bewußt sind.

### **Patient müßte einen Teil des Nachlasses an die Versicherung rückerstatten!**

Die rechtliche Problematik solchen Vorgehens – vollkommen unabhängig von der Höhe der Beträge – ist folgende: Der Zahnarzt darf weder vor Beginn der Behandlung noch nachher mit dem Patienten vereinbaren, daß er sich mit dem Erstattungsbetrag begnügen wird. Da es sich bei jeder Krankenversicherung um eine sogenannte Risikoversicherung handelt, muß von der Versicherung nur der vertrags-

mäßig vereinbarte Anteil zu den tatsächlichen entstandenen Kosten erstattet werden. Der Patient darf nicht auf Basis der Rechnung abrechnen, wenn er einen Nachlaß erhalten hat.

Wird also dem Patienten vom Zahnarzt eine Ermäßigung der Rechnung zugestanden, so hat der Patient dafür Sorge zu tragen, daß ein Teil des Nachlasses an das Versicherungsunternehmen weitergeleitet wird. Geschieht dies – wie wohl in den meisten Fällen anzunehmen ist – nicht, so begeht der Patient Versicherungsbetrug. Der Zahnarzt, der an diesen Vergehen mitwirkt, kann sich somit der Beihilfe zum Betrug schuldig machen, wenn er das Ansinnen seines Patienten kennt.

Sollte ein Patient mit der Bitte um Reduzierung seiner Rechnung an Sie herantreten, so machen Sie ihn auf die juristische Problematik des Versicherungsbetruges aufmerksam. Den meisten Patienten wird gar nicht bewußt sein, daß sie sich unrechtmäßig bereichern, und Ihr Hinweis könnte daher ein heilsamer Schock für sie sein. Speziell den staatstreuen Beihilfepatienten sollte das Ungesetzliche an dieser Vorgehensweise zumeist sofort einleuch-

ten. Außerdem stehen Sie dann nicht als kleinlich oder unkooperativ da, denn daß sie sich nicht auf ein derartig rechtsunsicheres Gebiet begeben wollen, dafür müssen Ihre Patienten Verständnis haben.

*Aus:  
Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein  
1/97*

## Gesetzgebungsverfahren zum 2. NOG verzögert sich

Auch wenn sich das Gesetzgebungsverfahren zum 2. GKV-Neuordnungsgesetz wegen der Einberufung einer Arbeitsgruppe für den Januar zur Beratung über die Gestaltung der Festzuschüsse über das 1. Quartal hinaus verschieben dürfte, ist der Vorstand der KZBV nach wie vor zuversichtlich, daß die angekündigte Neuordnung im zahnärztlichen Bereich, wie derzeit geplant, umgesetzt werden wird.

Wie Dr. Schirbort in den letzten Sitzungen zum Jahresende von Vorstand und Beirat erläuterte, stehe die Koaliti-

on voll hinter den gemeinsam ausgearbeiteten Grundpositionen. Nachbesserungen seien indes nicht nur notwendig, sondern auch möglich.

Dies betrifft nach Aussage des KZBV-Vorsitzenden vor allem die sogenannte Sicherheitslinie mit der Begrenzung des GOZ-Faktors. In einem neuerlichen Gespräch mit dem Bundesgesundheitsministerium habe die KZBV nachweisen können, daß die bisherigen Berechnungen aus dem BMG zur Festlegung des GOZ-Faktors auf das 1,7fache für den Westen und 1,76fache

für den Osten unter der Prämisse der Kostenneutralität falsch seien.

Die KZBV konnte glaubhaft machen, daß ihre Berechnungen – 1,74 für den Westen und 1,923 für den Osten – richtig seien.

Der Vorstand sieht aber das Problem, dies im Gesetzesentwurf zu korrigieren, da die falschen Zahlen des BMG in der Welt seien.

*KZBV*

<sup>1</sup> Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde,

<sup>2</sup> Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik, Medizinische Fakultät, Friedrich-Schiller-Universität Jena

## Orale Befunde bei Patienten unter dem Einfluß speichelreduzierender Psychopharmaka

Gisela Klinger<sup>1</sup>, Hendrik Heinzelmann<sup>1</sup> und Klaus Winnefeld<sup>2</sup>

Patienten mit psychischen Erkrankungen sind viele Jahre, oft lebenslang, auf die Einnahme verschiedener Medikamente angewiesen. Zur Therapie werden eine Vielzahl von Psychopharmaka angeboten, die insgesamt etwa 7 – 10 % aller abgegebenen Medikamente ausmachen (Apothekeninformation). Ihnen allen ist als zunächst harmlos erscheinende Nebenwirkung die durch die Medikamente induzierte Mundtrockenheit aufgrund des reduzierten Speichelflusses gemeinsam, die in manchen Fällen zur Behinderung bei der Nahrungsaufnahme und beim Sprechen führen kann.

Da die Schutzfunktion des Speichels für Zahnhartgewebe und Mundschleimhaut hinreichend bekannt ist, kann angenommen werden, daß die Reduktion der Speichelfließrate – sie ist außer durch Psychopharmaka auch durch Antihypertensiva und andere Medikamente möglich – einen nachweisbaren Einfluß in der Mundhöhle besitzt, der überprüft werden sollte.

Für den behandelnden Zahnarzt besteht ein Interesse an der Kenntnis solcher möglichen Zusammenhänge, da er nur dann entsprechende effiziente präventive und therapeutische Schlussfolgerungen ableiten kann.

### Material und Methode:

60 Patienten, die wegen einer depressiven Erkrankung in der Klinik für Psychiatrie und Neurologie der FSU Jena medikamentös behandelt wurden (Durchschnittsalter 44,3 Jahre), wurden mit einer Gruppe von 20 Probanden einer zahnärztlichen Sprechstunde (Durchschnittsalter 43,1 Jahre) verglichen, die keinerlei Medikamente einnahmen. Bei allen Patienten wurde

Speichel gewonnen und die Speichelfließrate bestimmt. Kalzium, Natrium, Kalium, Magnesium und Zink wurden untersucht.

Des weiteren erfolgten Untersuchungen des Zahnhalteapparates (Plaque-Index n. Silness/Löe, Sulkus-Blutungsindex n. Mühlemann und Son, Zahnsteinindex, Taschentiefe, CPITN) und der Zahnhartsubstanzen (DMF/T-Index). Die Ergebnisse wurden statistisch mit der Rangvarianzanalyse nach Kruskal und Wallis (Adam 1980) überprüft.

### Ergebnisse:

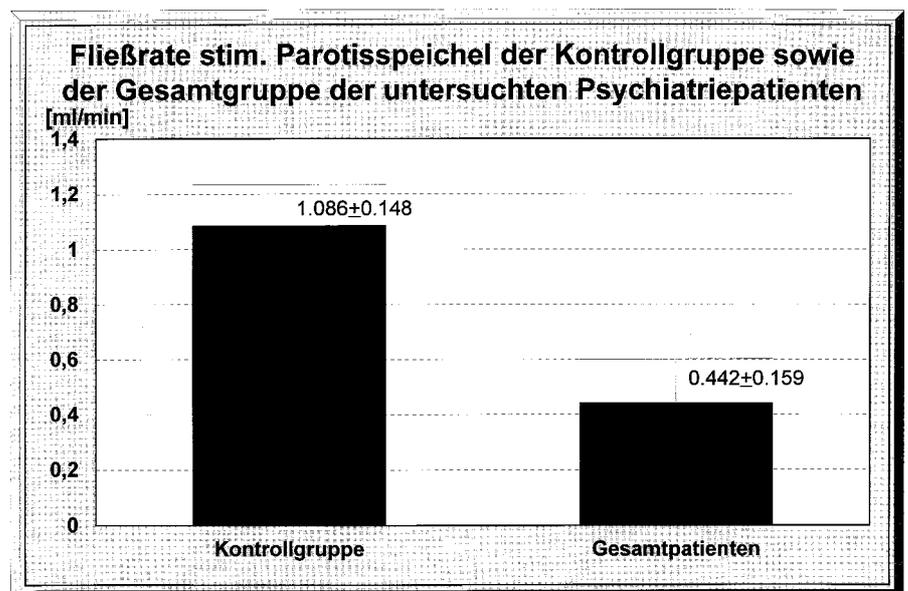
#### Speichelsekretion:

Die Gewinnung von unstimuliertem Mischspeichel war bei den Psychiatriepatienten kaum möglich. Die in 15 Minuten erhaltene Menge war bei den meisten Patienten kleiner als 0,5 ml. Die sich daraus ergebende Fließrate

(unter 0,033 ml/min) ist 20 – 50fach niedriger als bei gesunden Probanden, bei denen sie ca. 1 ml/min beträgt (Kulick 1991, Turtola 1977). Im stimulierten Parotisspeichel der mit Psychopharmaka behandelten Patienten wurde eine signifikant niedrigere Speichelsekretion im Vergleich zur Kontrollgruppe nachgewiesen (Abb. 1). Die Werte der Kontrollgruppe zeigen Übereinstimmung mit anderen mit gleicher Methodik untersuchten Gruppen (Klinger 1981, 1982, 1987).

Die Länge der Einnahmedauer beeinflusst die Ergebnisse nicht, so daß davon ausgegangen werden kann, daß die Fließratenreduktion unter Medikation bestehen bleibt. Die Patienten empfinden die Reduktion nach vielen Jahren jedoch subjektiv nicht mehr so stark. Auch hinsichtlich Alter und Geschlecht der Patienten besteht kein signifikanter Unterschied.

Abb. 1



Im Ruhespeichel sind die Elektrolytkonzentrationen bei den Patienten höher als in der Kontrollgruppe, ein signifikanter Unterschied wurde für den Kaliumgehalt ermittelt, der um 104,5 % erhöht ist. Im stimulierten Speichel ist Kalium signifikant erhöht, Kalzium ist signifikant erniedrigt. Im Zusammenhang mit der erniedrigten Fließrate resultieren massiv erniedrigte Ausscheidungsraten für Kalzium im Ruhe- und stimulierten Speichel (Abb. 2).

**Parodont:**

Für sämtliche untersuchten Parameter ergeben sich signifikant höhere Werte in der Patientengruppe. Aus dem CPITN lassen sich die Behandlungskriterien ableiten. In der Kontrollgruppe war eine komplexe Parodontaltherapie nicht erforderlich, in der Patientengruppe war wegen der ausgeprägteren Taschentiefen bei 20 % eine komplexe Parodontaltherapie indiziert (Abb. 3).

**Karies:**

Zwischen Patienten und Kontrollgruppe bestehen signifikante Unterschiede für den DMF/T, der bei Patienten 17,67 und in der Kontrollgruppe 12,05 beträgt (Abb. 4). Bei den Patienten fehlen durchschnittlich 4 Zähne mehr als in der Kontrollgruppe.

**Diskussion und Schlußfolgerungen:**

Bei Patienten, die ein die Speichelsekretion reduzierendes Medikament einnehmen, wie es hier am Beispiel der Psychopharmaka verifiziert werden konnte, ist mit einer z. T. nicht mehr meßbaren Reduktion der Speichelfließrate zu rechnen, die besonders unter Ruhebedingungen gravierend ist. Gleichzeitig wird die Qualität des sezernierten Speichels verändert, wobei die Reduktion des Kalziums in Bezug auf die Remineralisation der Zahnhartgewebe von besonderer Relevanz ist und sich in der erhöhten Ka-

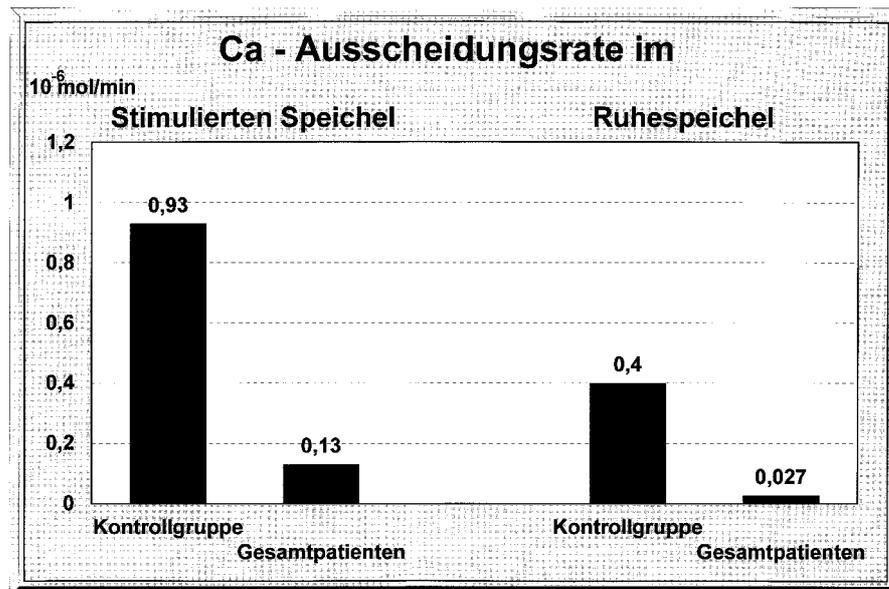


Abb. 2

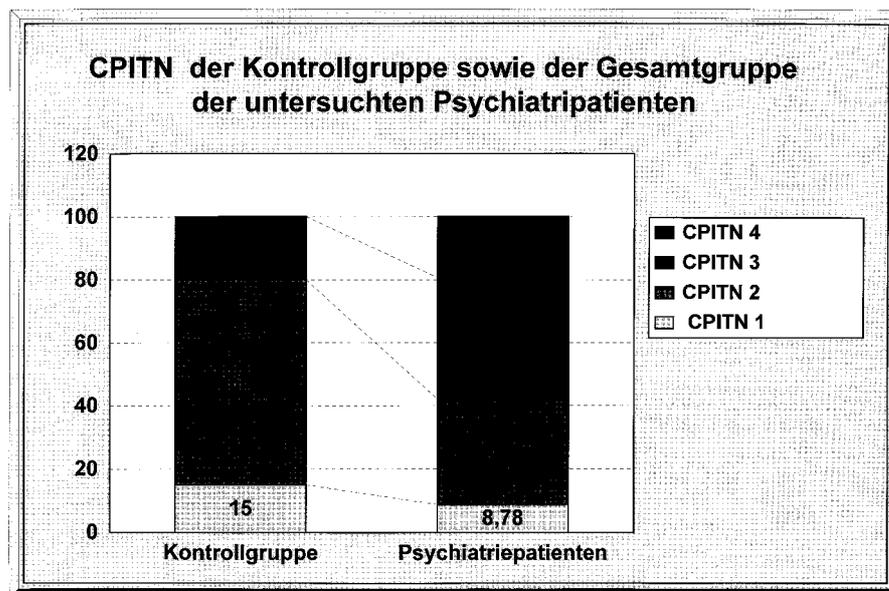


Abb. 3

riesrate manifestiert. Die niedrige Speichelfließrate fördert die Plaquebildung und die Zahnsteinbildungsrate und trägt demzufolge zur Erhöhung der Blutungsneigung und der Taschentiefe bei.

In einer ähnlich angelegten Studie konnten solche das Parodont und die Zahnhartsubstanzen betreffenden Ergebnisse auch für blutdrucksenkende

und gleichzeitig speichelreduzierende Medikamente nachgewiesen werden (Ullmann 1989), so daß die Ursache im verabreichten speichelreduzierenden Medikament und nicht in den durch die psychische Erkrankung veränderten Mundpflegegewohnheiten zu sehen ist.

Aus den Untersuchungen ist insgesamt abzuleiten, daß der Zahnarzt eine Ver-

antwortung hat gegenüber Patienten, die speichelreduzierende Medikamente einnehmen. Zur Beeinflussung der Problemsituation ergeben sich neben der Problematik der jeweiligen Grunderkrankung, die auch ein spezielles Eingehen seitens des Behandlers erfordert, folgende drei Angriffspunkte:

### 1. Stimulierung des Speichelflusses

Eine Steigerung des Speichelflusses läßt sich durch das Kauen von zuckerfreiem Kaugummi erreichen (Dawes 1992). Dadurch werden die Spülwirkung, die Pufferwirkung, die Konzentration von Kalzium und Phosphat und somit das Remineralisationspotential erhöht. Es sollte Kaugummi mit dem Zuckeraustauschstoff Xylitol verwendet werden, da Xylitol die Plaquebildung hemmt und auf Streptokokkus mutans bakterio-statisch wirkt (Moss 1994).

### 2. Individuelle Prophylaxe mit regelmäßigem Recall

Der Schwerpunkt besteht im Erlernen der für den Patienten geeigneten Zahnpflichtechnik einschließlich der Verwendung von Hilfsmitteln. Anders als bei Hypertoniepatienten muß wegen des Grundleidens damit gerechnet werden, daß die Patienten sich einer regelmäßigen Behandlung entziehen, weshalb seitens des Zahnarztes Geduld und besonderes Verständnis erforderlich sind.

### 3. Eingliederung von prothetischen Versorgungsmitteln mit vorhersehbarem Langzeiterfolg

Bei den Patienten unter speichelflußreduzierender Medikation ist herausnehmbarer Zahnersatz wegen der Mundtrockenheit ungünstig. Festsitzender Ersatz ist zu bevorzugen, auch hier ist die Gesamtproblematik zu beachten, da bei festsitzendem Zahnersatz die Kooperation des Patienten gesichert sein muß und diese u. U. vom Zahnarzt nur durch einfühlsames Vorgehen zu erreichen ist.

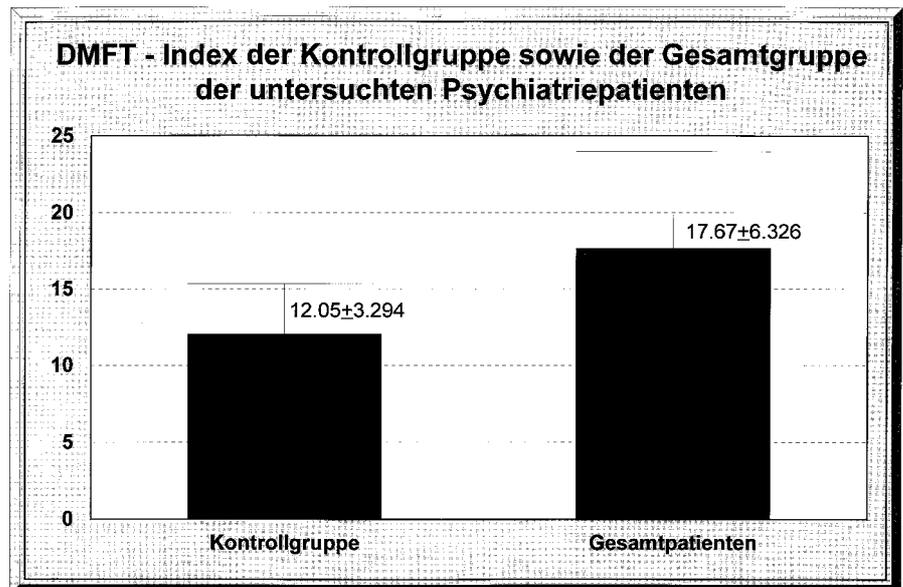


Abb. 4

#### Literatur:

Adam, J.: Mathematik und Informatik in der Medizin. Verlag Volk und Gesundheit Berlin, 1980

Dawes, C.: Effects of nine different chewing gums and lozenges on salivary flow rate and pH. Caries Res 1992; 26, 176 - 182

Klinger, G.: Klinische und tierexperimentelle Untersuchungen zur Wirkung von weiblichen Sexualhormonen im Bereich der Mundhöhle. Med Habil Jena 1981

Klinger, G., Krebs, S.: Fließrate, Protein, Amylase, Lysozym und Kallikrein im menschlichen Submandibularispeichel. Stomatol. DDR 1982; 32, 415 - 420

Klinger, G., Krebs, S.: Amylase, Speichelfließrate und Karies. Zahn- Mund- und Kieferheilk. 1987, 75, 238 - 244

Kulick, R.: Spuren- und Mengenelemente im Speichel in Beziehung zu Karies und Zahnstein. Med Diss Jena 1991

Moss, S. J.: Stimulierung des Speichelflusses - die natürliche Kariesprophylaxe. Dental Spiegel 1994, 14, 58

Turtola, L. O.: Salivary fluoride and calcium concentration and their relationship to secretion of saliva and caries experience. Scand J Dent Res 1977; 85, 543 - 551

Ullmann, K. P.: Nebenwirkungen von Antihypertensiva im oralen Bereich. Med Diss Jena, 1989

#### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. dent. habil. Gisela Klinger  
Friedrich-Schiller-Universität Jena  
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde  
Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde  
Bachstraße 18, 07743 Jena

Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde, Kinderzahnheilkunde und Parodontologie (Komm. Direktor: Prof. Dr. med. dent. habil. E. Glockmann), Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Friedrich-Schiller-Universität Jena

# Zahnerhaltende Therapie in Allgemeinanästhesie

– eine retrospektive Studie 1994 – 1996

Christiana Diez, Eike Glockmann, Günter Schwarzburg und Matthias Beyer

## Einleitung

Die vorliegende Studie gibt einen Überblick der notwendigen Therapie bei 60 Patienten, die im Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Friedrich-Schiller-Universität im Zeitraum von 1994 bis Juni 1996 in Zusammenarbeit der Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde und der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie konservierend bzw. konservierend/chirurgisch in Intubationsnarkose behandelt wurden.

Es handelt sich in den meisten Fällen um Patienten mit einer physischen oder psychischen Erkrankung, bei den jüngeren Patienten war in Ausnahmefällen die Indikation durch ihre Behandlungsunwilligkeit oder durch den Grad der Zerstörung des Gebisses bedingt. Die Behandlung dieser Patientengruppen in Intubationsnarkose ist in der modernen Zahnheilkunde ein nur ausnahmsweise angewandtes Verfahren.

Eine strenge Indikationsstellung ist unter Beachtung der „Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ notwendig, da das Risiko eines solchen Eingriffes nicht zu vernachlässigen ist<sup>1</sup>. Der personelle Aufwand ist bei der Behandlung in Allgemeinanästhesie sehr groß, da die Narkose nur von einem Arzt durchgeführt werden darf, der die Gebietsbezeichnung „Arzt für Anästhesiologie“ besitzt.

In der nachfolgenden Studie soll die konservierende Behandlung dieser Patienten in Bezug auf die Alters- und Geschlechtsverteilung, die Anzahl der behandelten Zähne und die Behandlungsbedürftigkeit der einzelnen Zähne dargestellt werden.

## Patientengut

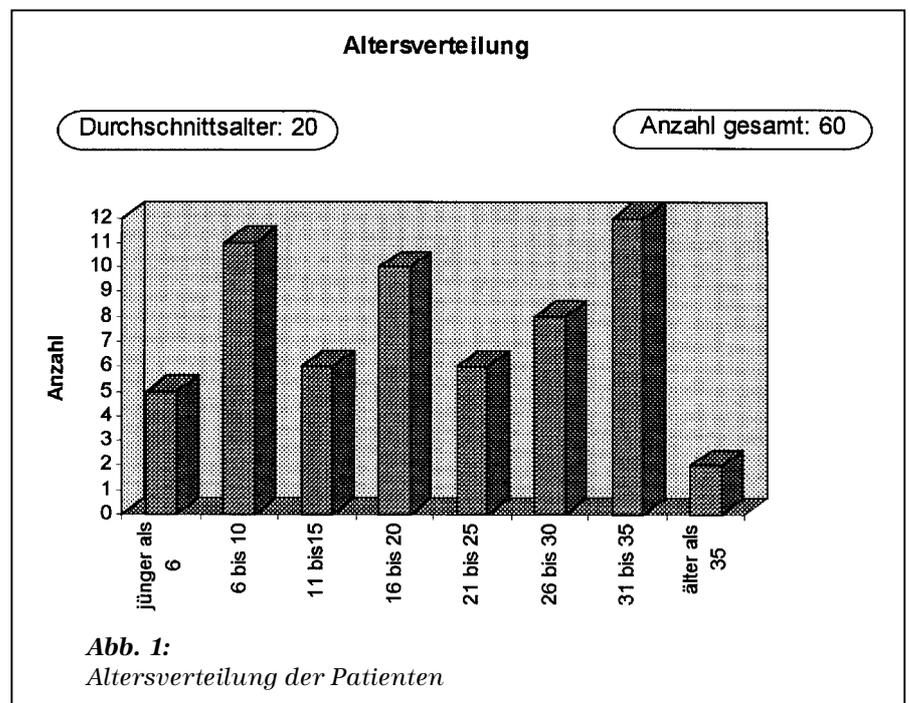
Die Verteilung unseres Krankengutes auf die Geschlechter war nahezu ausgeglichen. 51,9 Prozent unserer Patienten waren weiblichen und 48,1 Prozent männlichen Geschlechts.

Um einen Einblick in die Gebißverhältnisse unserer Patienten zu gewinnen und das Alter bei der Narkosesanierung besser überschauen zu können, wurde eine Einteilung in die Gebißtypen „permanentes Gebiß“, „Wechselgebiß“ und „Milchgebiß“ vorgenommen. Die überwiegende Mehrheit der 60 in Jena behandelten Patienten, 44 Erwachsene (73,4 %), wies bereits eine permanente Bezahnung auf. Weiterhin wurden je 8 Kinder (13,3 %) mit einem vollständigen Milchgebiß bzw. mit einem Wechselgebiß behandelt.

Bei der altersmäßigen Aufschlüsselung unseres Krankengutes fallen drei Gipfel auf. Die Gruppe zwischen 31 und 35 war mit 21 Prozent am stärksten vertreten, gefolgt von den 6 bis 10jährigen mit 18 Prozent und den 16 bis 20jährigen mit 17 %. Insgesamt lag das durchschnittliche Alter bei 20 Jahren. Ähnliche Altersverteilungen stellen v. ZITZEWITZ u. SCHMIDT<sup>5</sup> fest.

## Therapiemaßnahmen

Bei 31 Patienten wurde ausschließlich eine konservierende Behandlung vorgenommen, bei weiteren 28 waren zusätzlich Extraktionen notwendig, die von Mitarbeitern der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie durchgeführt wurde. Bei drei Patienten war lediglich die



Verhältnis Gesamtzahl / Behandlungsmaßnahmen

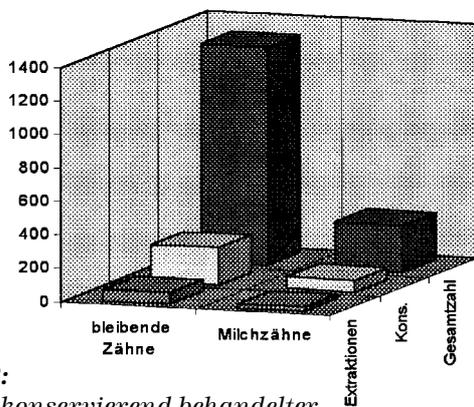


Abb. 2: Anteil konservierend behandelter und extrahierter Zähne

Anzahl der gesamten behandelten Zähne pro Patient

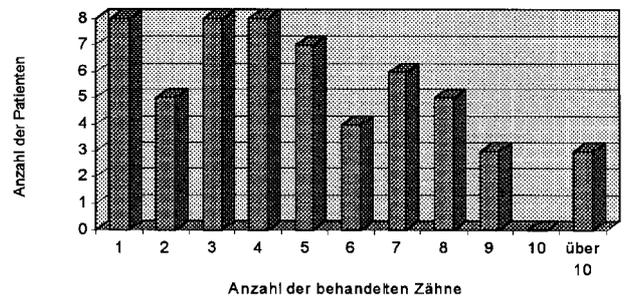


Abb. 3: Anzahl der konservierend behandelten Zähne pro Patient

Entfernung massiver Zahnsteinanlagerungen notwendig.

Bei den Patienten wurden 1301 permanente und 279 Milchzähne untersucht, davon waren insgesamt 217 permanente Zähne und 69 Milchzähne konservierend zu behandeln. In Bezug auf die Gesamtzahl der inspizierten Zähne entspricht das 17 bzw. 25 %. Im Gegensatz dazu mußten 66 der permanenten Zähne (5 %) und 28 Milchzähne (10 %) extrahiert werden. Die Anzahl der behandlungsbedürftigen Zähne war bei unseren Patienten sehr unterschiedlich. Am häufigsten wurden ein, drei bzw. vier Zähne konservierend versorgt. Der Durchschnitt lag bei fünf behandelten Zähnen pro Narkose.

### Therapiemaßnahmen im Milchgebiß

Im Milchgebiß befanden sich die am häufigsten zu therapierenden Zähne im zweiten Quadranten des Oberkiefers. Ansonsten war, bis auf die geringere Beteiligung der Frontzähne, eine relative Gleichverteilung erkennbar.

Von den 36 Milchzahnfüllungen im Oberkiefer wurden 15 im ersten Quadranten und 21 im zweiten Quadranten gelegt.

Im Unterkiefer waren beide Molarenbereiche am sanierungsbedürftigsten. Es wurden von insgesamt 33 Zähnen

19 im dritten Quadrant und 14 im vierten Quadrant mit Füllungen versehen. Insgesamt waren 28 Milchzähne nicht erhaltungswürdig, davon 18 im Oberkiefer und 10 im Unterkiefer. Therapiemaßnahmen im permanenten Gebiß, wie schon oben erwähnt, wurden 217 von 1301 permanenten Zähnen mit Füllungen versehen. Davon entfallen 136 auf den Oberkiefer (63 %) und 81 auf den Unterkiefer (37 %). Im einzelnen wurden folgende Zähne versorgt: Abbildung 5 gibt eine Übersicht über die Therapie im permanenten Gebiß.

### Diskussion

Das Hauptproblem bei konservierenden Maßnahmen in Allgemeinanästhesie stellt die Einschränkung der Wiederholbarkeit des Eingriffs dar. Zur Minimierung des Risikos für den Patienten können nur Behandlungsmaßnahmen durchgeführt werden, die in einer Sitzung abzuschließen sind. In Einzelfällen können auch endodontische Behandlungen (z. B. Vitalexstirpation) durchgeführt werden.

Prothetische Rekonstruktionen gehören heute in der Therapie behinderter Patienten zum Standard, in diesen Fällen ist eine Wiederholung der Allgemeinanästhesie in den meisten Fällen

erforderlich und bei entsprechenden allgemeinmedizinischen Voraussetzungen von Seiten der Patienten möglich und auch indiziert.

Die Ergebnisse unserer Studie weisen darauf hin, daß bei jüngeren Patienten häufiger konservierende Maßnahmen indiziert sind, wobei der Gesamtzustand des Gebisses zu berücksichtigen ist. Die wachsende Aufgeschlossenheit der betreuten Personen gegenüber der Zahnerhaltung bietet günstige Grundvoraussetzungen ihrer Realisierung.

Bei den älteren Patienten kann infolge des fortgeschrittenen Zerstörungsgrades der Zähne und parodontaler Erkrankungen häufiger die Indikation zu Extraktion stehen. Die Zahl der in Allgemeinanästhesie zu behandelnden Patienten könnte geringer sein, wenn frühzeitig ein Zahnarzt aufgesucht würde, der in der Lage ist, diese speziellen Patienten zu betreuen.

Unkooperative Kinder und Jugendliche sollten rechtzeitig an Zentren überwiesen werden, die sich mit ihrer speziellen Problematik beschäftigen, um zumindest die Extraktion permanenter Zähne zu vermeiden. Dabei hat sich nach unserer Erfahrung die gemeinsame Betreuung durch Zahnärzte und Psychologen bewährt, um die Häufigkeit der Notwendigkeit einer Behandlung in Allgemeinanästhesie

zu reduzieren. Sinnvoll wäre, wenn in jeder Region ein solches Zentrum ohne zu lange Anfahrten für die Patienten und Begleitpersonen erreichbar wäre<sup>4</sup>, wie es z. B. im Bundesland Hessen gesichert ist<sup>1</sup>.

Für den Zahnarzt stellt die Versorgung der Patienten in Allgemeinanästhesie eine besondere Anforderung dar. Dabei müssen häufig altbewährte Grundregeln unseres Fachgebietes modifiziert werden, und es müssen Entscheidungen fachlicher Art nach ethischen Gesichtspunkten und dem persönlichen Gewissen getroffen werden<sup>2</sup>. Um den Kreis behandlungsunfähiger Patienten so klein wie möglich zu halten, soll der Aufruf zu einer intensiven und individuellen Prophylaxe über das Maß der von der Kasse herausgegebenen Richtlinien an jeden verantwortungsbewußten Zahnarzt und Pädiater ergehen.

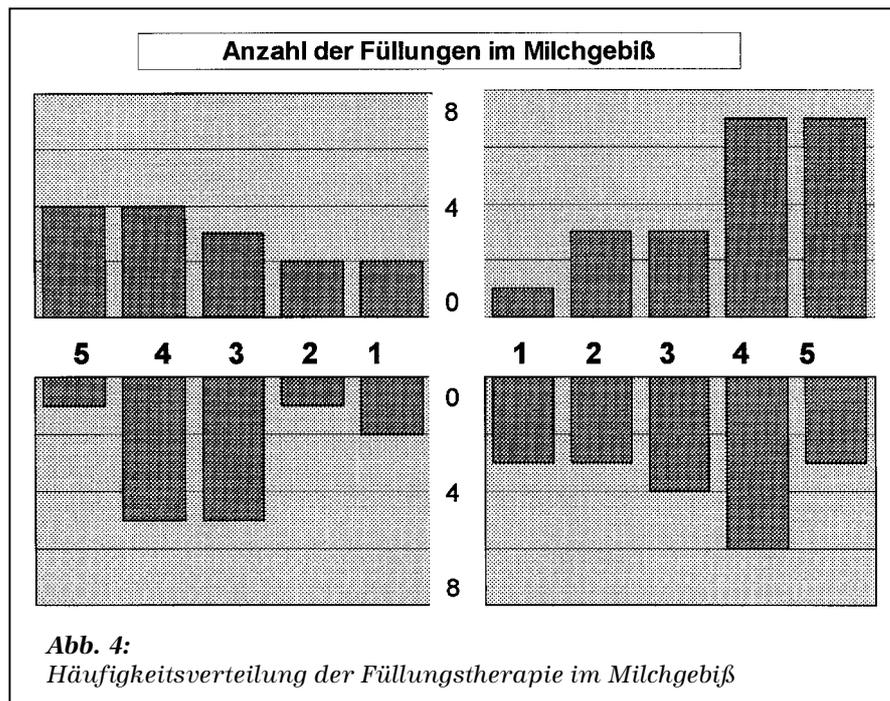
Es ist die Aufgabe der Hochschule, zukünftig intensiver die angehenden Zahnärzte auf diesem Gebiet auszubilden und zu motivieren.

### Literatur:

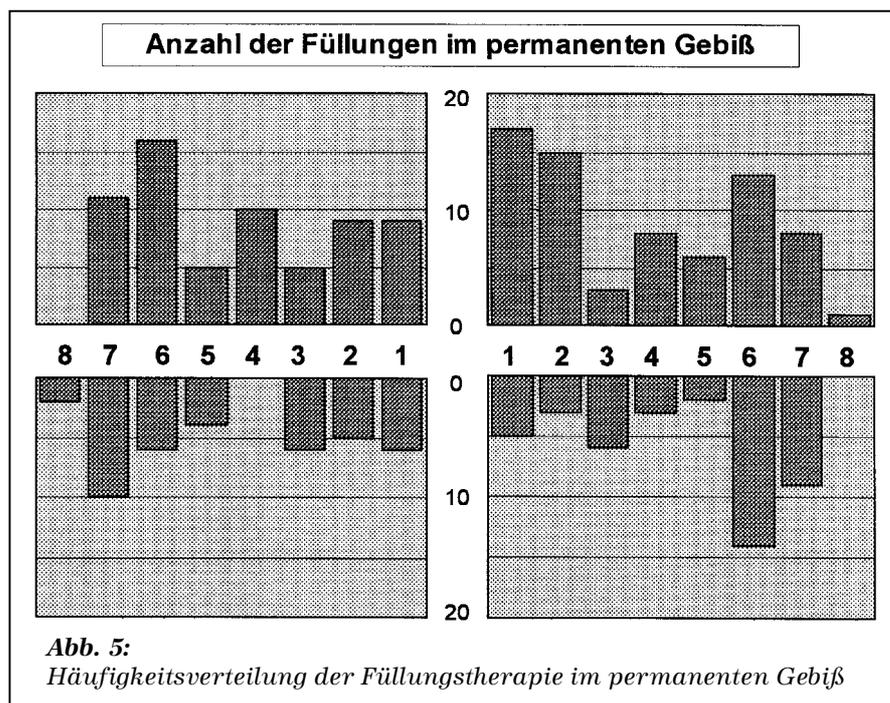
- 1 Gerisch, A.; Wetzel, W.-E.: Die zahnärztliche Behindertenversorgung in Hessen. Zahnärztl. Prax. 36, (1985) 267 – 274
- 2 Hörschelmann, E. H.: Die zahnärztliche Versorgung behinderter Patienten. Hüthig Verlag Heidelberg 1985
- 3 Staehle, H. J.; Koch, M. J.: Kinder- und Jugendzahnheilkunde. Deutscher Ärzte-Verlag Köln 1996
- 4 Stöckli, P. W.; Ben-Zur, E.: Zahnmedizin bei Kindern und Jugendlichen. Thieme Verlag Stuttgart 1994
- 5 v. Zitzewitz, V.-A.; Schmidt, H., F., M.: Ambulant durchgeführte zahnärztliche Eingriffe in Intubationsnarkose – Eine Evaluationsstudie. Quintessenz 43, (1992) 1995 – 2005

### Korrespondenzadresse:

Dr. Christiana Diez  
 Friedrich-Schiller-Universität Jena  
 Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde  
 Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde, Kinderzahnheilkunde und Parodontologie  
 Bachstraße 18, 07743 Jena



**Abb. 4:**  
 Häufigkeitsverteilung der Füllungstherapie im Milchgebiß



**Abb. 5:**  
 Häufigkeitsverteilung der Füllungstherapie im permanenten Gebiß

*Diese Rede hielt der Journalist und Autor Dr. Peter Gillies auf der letzten Hauptversammlung des Freien Verbandes in Münster. Aus aktuellem Anlaß (Steuerreform, Rentenreform, Gesundheitsreform) möchten wir Ihnen diesen rhetorischen Genuß nicht vorenthalten.*

## Die reichen, armen Deutschen – Über die bisweilen rätselhafte Befindlichkeit eines Volkes

Meine sehr verehrten Damen,  
meine Herren,

wer mit seinen besten Freunden einen Streit vom Zaun brechen will, braucht lediglich ein Thema anzuschneiden: die Gerechtigkeit auf dieser geschundenen Welt, insbesondere die der Verteilung. Die aktuelle Debatte um die sogenannten Sparpakete zeigt es. Die Politik hat sie so ungeschickt angepackt und eingepackt, daß mittlerweile jedermann glaubt, nur er werde gerupft, nicht aber sein Nachbar.

Dank für Ihre Einladung. Auftragsgemäß nehme ich also das Niemandland zwischen Wohlstand und Armut in unserer Gesellschaft ins Visier – ins journalistische, versteht sich. Anmerken möchte ich, daß ich – bevor ich Journalist wurde – schon mal einen anständigen Beruf hatte: den des Bankkaufmanns.

Ich bewundere den Mut Ihrer Geschäftsführung, mich einzuladen. Denn Journalisten gelten als trinkfest und zuweilen korrupt, zumindest als lausige Festredner. Von einer Eigenschaft ist mein Beruf jedoch beseelt: Er möchte sein Publikum niemals langweilen. Das ist – trotz des recht sensiblen Themas – auch heute abend mein Ehrgeiz.

Kürzlich fuhr ich mit der Deutschen Bahn. In Mannheim fürchtete ich, den Anschluß zu verpassen und fragte den Schaffner: Wie lange hält dieser Zug denn hier? Entgegnete der Schaffner: „Bei guter Pflege dreißig Jahre.“ Was will uns der Dichter damit sagen? Zweierlei: Es ist offenbar falsch, daß der deutsche Beamte so humorlos ist, daß er zum Lachen in den Keller geht. Zweitens kann man auf stinknormale Fragen durchaus originelle Antworten finden.

Das will ich versuchen.

Die Deutschen sind ein schwieriges Volk. Der Leitartikler der Financial Times formulierte es kürzlich so: „Die Deutschen sitzen mit den Europäern in einem Boot, aber sie fühlen sich am stärksten seekrank.“ Eine Aussage, die mich in tiefes Nachdenken stürzt.

Ausweichlich der Einkommensstatistik gehört dieses Land zu den reichsten der Welt. Es ist – alles in allem – wohlgeordnet. Dafür sorgen unermüdlich knapp sieben Millionen Staatsdiener. Es ist landschaftlich schön, bisweilen zauberhaft – nur seine Bewohner sind von einer merkwürdigen Trübsal ergriffen.

Dabei sind die Bürger dieses schönen Landes versichert gegen die allfälligen Risiken des Lebens: gegen Armut im Alter und in der Jugend, gegen Krankheit, gegen den Verlust des Arbeitsplatzes, gegen Unfälle, zuweilen gegen Einbruch, Blitz und Hagel. Dennoch erfreuen sie sich ihres erarbeiteten und rundum gesicherten Wohlstandes nicht oder kaum. Oder doch?

Ich möchte Sie in eine Plauderei über die deutsche Befindlichkeit verwickeln. Über 1. den Hang zur selektiven Wahrnehmung, 2. das mächtige Wort vom Sozialen, 3. den Staatsapparat und 4. über ökologisch-hysterische Begleiterscheinungen.

Es ist eine uralte Tradition, mit einem Gleichnis zu beginnen:

Einer schönen Frau wird von ruchlosen Straßendieben die Handtasche gestohlen. Und vier Männer beobachten diesen abstoßenden Vorgang: ein Italiener, ein Franzose, ein Brite und ein Deutscher. Sie reagieren wie folgt: Der Italiener nimmt die Gelegenheit wahr und tröstet die Dame mit einem Kuß; der Franzose lädt sie zum Essen ein; der Brite erfreut sie dadurch, daß er sie nicht zum Essen einlädt. Und was

tut der Deutsche? Er ist betroffen. Nein, falsch: Er ist von einer ganz wahnsinnigen Betroffenheit ergriffen.

So wundert es nicht, daß in den Buchhandlungen ein Titel über Monate hinweg die Bestsellerlisten anführte. Er lautet: „Anleitungen zum Unglücklichsein“. Deutsch sein heißt eben, nach Steigerung und Vollkommenheit zu streben.

Dieses Land hat es weit gebracht. Seine noch immer kräftige Wirtschaft hat eine bewundernswerte Hochtechnologie und einen beneidenswerten Massenwohlstand produziert. Bei dem aktuellen Sparpaket geht es um Kürzungen in der Größenordnung von rund zwei Prozent des Sozialbudgets. Dieses beträgt mehr als eine Billion Mark im Jahr.

(Beispiel Lohnfortzahlung). Prompt brechen daraufhin vorrevolutionäre Zustände aus. Die leicht hysterischen Bürger dieses Landes sind von ihrer Rundumversicherung nur wenig beeindruckt. Vielleicht hängt das damit zusammen, daß sie den gepfefferten Preis ihres Vollkaskolebens zu spüren bekommen. Sie empfinden ihn als drückend, er wird lästig. Aus gutem Grund: Allein die Belastung mit Steuern und Abgaben hat mit gut 47 Prozent – für den Durchschnittsverdiener! – eine gefährliche Dimension erreicht. Offenbar ist die Fähigkeit, den Sozialstaat mit seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit in Einklang zu bringen, gefährlich verkümmert. Diese Volkswirtschaft lebt bereits seit Jahren über ihre Verhältnisse – und merkt es nicht einmal. Ihre Lust am Verteilen ist geprägt von einer Zeit, in der es genug zum Verteilen gab. Nachdem der quasi-automatische Wachstums- und Wohlstandsmotor ins Stottern geraten ist, greift Unsicherheit um sich.

Daraus folgt der Verdacht der segmentarischen Wahrnehmung.

- Kürzlich erfragte ein demoskopisches Institut die deutsche Wohnungsversorgung. Es stellte zwei Fragen. Erstens: Wie ist Ihre persönliche Wohnungsversorgung? Die Befragten antworteten wie folgt: 95 Prozent kennzeichneten ihre persönliche Wohnungsversorgung mit Attributen zwischen „sehr gut“ und „ausreichend“; nur vier Prozent nannten sie „schlecht“, lediglich ein Prozent als „sehr schlecht“. Nun fragten die Demoskopen dieselben Menschen danach, wie sie denn wohl die allgemeine Wohnungsversorgung in Deutschland einschätzten. Antwort: Fast zwei Drittel nannten sie miserabel.

- Eine Umfrage unter Rentnern ergab das gleiche Phänomen: Die satte Mehrheit von rund 80 Prozent bezeichnet ihre eigene Altersversorgung als höchst befriedigend, hält aber die allgemeine Rentenversorgung für ebenfalls rund 80 Prozent der Bürger für recht ärmlich. Gleiches gilt für die Konjunkturschätzung: Allgemeine Lage kritisch bis düster, persönliche Lage gut bis glänzend.

Dem Gesetz der Logik zufolge können beide Aussagen zugleich nicht zutreffen. Wenn die große Mehrheit mit Wohnen, Renten und Wirtschaftslage zufrieden ist, wie kann es dann sein, daß die gleichen Menschen für die gesamte Gesellschaft das Gegenteil annehmen?

Vermutlich sind die Bürger ein Opfer der gesellschaftlichen Düsternis, wie sie medial verbreitet wird. Sie mögen einfach nicht glauben, daß es den anderen so gut geht wie ihnen selbst. Verhaltensforscher entgegenen, das sei überhaupt nicht schlimm, denn der allgemeine Trübsinn habe eine wichtige Kehrseite: Er würzt den Genuß des privaten Wohlstandes.

Nun mag es sein, daß Wahrheiten, die sich durch einen optimistischen Grundton auszeichnen, weder Wählerstimmen bringen noch Einschaltquo-

ten erhöhen. Vielleicht ist es wirklich so, daß sich die Deutschen ihres privaten Glücks diebisch freuen, sich aber mit dem gleichen Genuß den gesellschaftlichen Unzulänglichkeiten hingeben. Möglicherweise bekommen sie gar nicht genug davon.

Was ist zu tun? Es ist die segmentarische Wahrnehmung durch die reale zu ersetzen, oder zumindest durch die relative. 19 Löcher auf einem Golfplatz

sind relativ viel, 19 Löcher in einem Käse relativ wenig. Es gilt also, die öffentliche Erregung etwas abzuschwächen.

Gleiches gilt von einem mächtigen Begriff, der uns derzeit umtreibt: dem Sozialen („Wieselwort“, von Hayek). Derzeit ist viel von Lohnraub, Kapitalismus pur und wachsender Armut die Rede. Frage: Ist der Wohlstand das Durchgangsstadium von der Armut

## Der Millionär und

### Ein Vergleich beider Einkommen strafft die Lei

**Jetzt sind die Reichen dran, den Sozialstaat zu sanieren. Dieser hoffnungsvolle Imperativ füllt in vielen Varianten Plakate und Spruchbänder auf Demonstrationen gegen das Sparpaket. Als Prototyp des Sozialstaatshelfers gilt der Millionär.**

**Herrmann S. ist Millionär – kein Einkommens-, wohl aber ein Vermögensmillionär. Als selbständiger Handwerker hat er sich im Laufe seines Arbeitslebens eine Million Mark erspart. Das Geld ist bei seiner Bank zinsbringend angelegt. Spekulative Anlagen meidet er wegen des Risikos. Da er nicht rentenversichert war, hegt er die Hoffnung, damit einen möglichst sorgenfreien Lebensabend bestreiten zu können. Sie trägt.**

**Unser Modellmillionär hat seine festverzinslichen Wertpapiere gut gemischt. Er erzielt daraus eine Rendite von sechs Prozent, also 60 000 Mark – bei den derzeit niedrigen Zinsen fast ein Glücksfall. Jetzt greift das Finanzamt auf den Zinsertrag zu: Er muß darauf Einkommensteuer, Solidaritäts-**

**zuschlag und Kirchensteuer zahlen. Das sind zusammen 12 076 Mark, wobei die steuerlichen Abzugsmöglichkeiten wie Werbungskosten und Freibeträge berücksichtigt sind. Da er in den Augen des Fiskus als vermögend gilt, wird auch eine Vermögensteuer von 8690 Mark fällig. Damit ist der Zinsertrag von 60 000 Mark nunmehr auf 39 234 Mark geschnitten. Die Bank berechnet ferner Depotgebühren von 2000 Mark, verbleiben 37 234 Mark im Jahr. Da er von seinem Kapital leben will und dessen Zinskraft erhalten muß, muß er die Inflationsrate berücksichtigen. Glücklicherweise beträgt sie derzeit nur etwa 1,5 Prozent, also 15 000 Mark von der Million. So verbleiben unserem Millionär im Jahr 22 234 Mark. Das entspricht einem monatlichen Netto von 1853 Mark.**

Nun schweift der Blick von Herrn S. auf den Sozialstaat Deutschland. Dieser garantiert über die Sozialhilfe ein Mindesteinkommen für alle jene Mitbürger, die – aus welchen Gründen

zur Unzufriedenheit? Das zeigt sich an einer neuen wissenschaftlichen Disziplin: der Armutsforschung. Sie geht übrigens nicht der Armut in der Sahelzone, im Kaukasus oder in Bangladesch nach, sondern forscht nach der Armut dort, wo die reichsten Menschen leben: beispielsweise bei uns und in den USA.

Daß die Armut relativ ist, könnte man eine Weisheit von Professor Binse nen-

nen. Ein Sozialhilfeempfänger in Deutschland lebt vermutlich besser als ein Staatssekretär in Zaire. Die Armutsgrenze in den Vereinigten Staaten liegt bei 14.335 Dollar Jahreseinkommen (4-Kopf-Familie), in Deutschland – je nach Landsrecht – eher doppelt so hoch. Eine vierköpfige Familie, die von der Sozialhilfe lebt, bringt es im Bundesdurchschnitt auf 33.036 Mark, in München beispielsweise aber

auf 41.880 Mark. Etwa drei Milliarden Menschen auf dieser drangvoll überfüllten Erde lecken sich alle zehn Finger danach, in dieser so definierten Armut leben zu dürfen.

Auch die deutsche Armut zieht jährlich Hunderttausende von Zuwanderern und Asylbewerbern magisch an. Die deutsche Armutsgrenze wird weltweit als das Gegenteil verstanden: als Reichtumsgrenze. Oder zumindest

# Id der Sozialhilfe-Empfänger

stungsgesellschaft Lügen – Die Mär vom Sozialraub / Von PETER GILLIES

auch immer – keiner Erwerbsarbeit nachgehen. Darauf hat jedermann einen Rechtsanspruch.

Anhand des Bundesdurchschnitts ergibt sich folgende Rechnung: Ein kinderloses Ehepaar bekommt im Jahr Regelbeiträge, Wohnungskosten und einmalige Leistungen von 21 144 Mark vom Sozialamt. Dabei ist der sogenannte Mehrbedarf, den es für viele Wechselfälle des Lebens zwischen Kommunionfeier und Anschaffungen gibt, nicht berücksichtigt. Hat das Ehepaar zwei Kinder, steigt die Sozialhilfe auf 33 036 Mark im Jahr. Das sind monatlich netto 2753 Mark. In manchen Bundesländern oder in Ballungsräumen sind die Sozialhilfeleistungen höher, in München liegen sie für eine vierköpfige Familie bei gut 41 000 Mark im Jahr, im Monat also rund 3400 Mark netto. Um auf dieses Monatsnetto zu kommen, müßte ein Arbeitnehmer rund 4000 brutto verdienen.

Es könnte nun sein, daß Millionär S., der stets brav seine Steuern zur Finanzierung des Sozialstaates

zahlte und auch heute noch zahlt, nachdenklich wird. Denn die erwähnten Sozialhilfeempfänger verfügen über deutlich höhere Einkommen als er, ohne arbeiten zu müssen (was sie indes oft auch nicht können). Sie „verdienen“ netto deutlich mehr, meist tausend Mark, als unser Kuponschneider. Brächte sein Wertpapierdepot statt sechs vielleicht nur fünf Prozent Zinsen – eine derzeit realistische Annahme –, sähe der Einkommensvergleich für ihn noch düsterer aus. Überdies sind Sozialhilfeempfänger natürlich kostenlos krankenversichert, der Vermögensmillionär ist es nicht.

Vorausgesetzt, Millionär S. verhielte sich streng logisch, böte sich nur eine Reaktion an: Verprassen der Million und danach der Gang zum Sozialamt. Da er aber den Neid für die deutsche Form der Anerkennung hält und viel auf seine Unabhängigkeit gibt, bleibt er bei seinem Zinsverzehr und zahlt brav die Steuern darauf. Der ökonomischen Logik folgt er damit nicht. Seit Jahrzehnten besteht

eine gesellschaftliche Hemmung, über den Zusammenhang zwischen der Sozialhilfe und den niedrigen Einkommen aus Arbeit oder Vermögen zu reden. Die Diskussion darüber gilt als zynisch und inhuman, zumindest aber als ungeschicklich. In Zeiten üppiger Verteilungsspielräume haben aber viele Sozialleistungen den Unterschied zwischen Arbeit und Nichtarbeit eingeebnet. In vielen Tarifwerken liegen die Arbeitsverdienste oder Besoldungen bei oder unterhalb der Sozialhilfe.

Auch ein anderer Zusammenhang macht dies deutlich: Ein Durchschnittsverdiener muß gut 25 Jahre arbeiten und Rentenversicherungsbeiträge zahlen, bevor er ein Rentenniveau erreicht, auf das der Sozialhilfeempfänger ohne Arbeit einen Rechtsanspruch hat.

Wer angesichts dieser Leistungs- und Einkommensvergleiche für die nächste Demonstration ein Spruchband malt, sollte bei Aufschriften wie „sozialer Kahlschlag“ und „Kapitalismus pur“ nochmals nachdenken.

Die Welt, 23.6.1996

als Einstieg in einen – aus unserer Sicht bescheidenen – Wohlstand.

Nur bei uns nicht – wobei ich die Probleme nicht verkennen will. Diese Probleme liegen bei älteren Alleinstehenden mit magerer Altersversorgung, bei Arbeitslosen und Pflegefällen. Obgleich es einen Rechtsanspruch auf Sozialhilfe gibt, existiert noch immer verschämte Armut. Anmerkung: Ein Drittel der Sozialhilfe geht an Asylbewerber.

Ein wichtiges Problem liegt jedoch in einer anderen Wechselwirkung: Ein braver Arbeitnehmer mit geringem Einkommen schuftet 38 Stunden in der Woche und muß zu seinem Ärger sehen, daß eine Sozialhilfeempfänger-Familie das gleiche Einkommen bezieht, ohne zu arbeiten. Eine Gesellschaft, die das Leistungsprinzip so sträflich mißachtet, legt Minen an ihre Fundamente.

Ein Beispiel aus dem Müncher Sozialreferat (dessen Leiter ein SPD-Mann ist): Der Lagerarbeiter (nennen wir ihn) Peter Schulze lebt mit Frau und zwei Kindern von der Sozialhilfe. Deren Hilfe zum Lebensunterhalt setzt sich zusammen aus: 561 Mark für den Mann, 449 Mark für die Ehefrau, Tochter Nicole und Sohn Markus erhalten je 365 Mark. Das macht 1740 Mark. Die Stadt zahlt die Wohnungsmiete von 1260 Mark. Hinzu kommen Versicherungsbeiträge, Bekleidungs-pauschalen (2760 Mark im Jahr) und anderes. Die erwähnten Schulzes kommen also auf netto 3490 Mark im Monat. Um durch Arbeit das gleiche Nettoeinkommen zu erzielen, müßte Herr Schulze gut 4000 Mark verdienen, um auf den gleichen Sozialhilfesatz zu kommen.

Die Experten nennen diese sozialstaatlich-einladende Verführung „moral hazard“. Mit steigender Absicherung und deswegen steigenden Beiträgen dafür steigt die Versuchung der Menschen, den Versicherungsfall, gegen den sie versichert, selbst herbeizuführen. Das gilt natürlich nicht für alle Gruppen, wohl aber für einige. Die

einladenden Gesten wirken bei der Lohnfortzahlung wie bei der Kur, bei Unpäßlichkeiten wie beim Autounfall.

Wer spricht diese Einladungen, deren Annahme so attraktiv ist, denn aus? Es ist der Staat, also die Summe aller Bürger. Die Politik leiht ihm dabei den Mund. Ich zitiere dazu Prof. Otmar Issing, Direktoriumsmitglied der Deutschen Bundesbank: „Der Hang der öffentlichen Hand zum Geldausgeben gleicht dem Drang des Trinkers zum Alkohol.“ Die Entziehungskur, vor der dieser Sozialstaat jetzt steht, ist schmerzlich – und sie ist vermutlich nicht einmal mit einem einmaligen Kraftakt zu bewältigen.

Meine dritte Anmerkung betrifft die Leistungsfähigkeit des staatlichen Apparates. Dabei ist eine der großen Sorgen die ausufernde Bürokratie. Hier ist es gewiß gestattet, Franz Josef Strauß zu zitieren. Er sagte: Im Paradies kam man mit sechs Worten aus („Eßt nicht vom Baume der Erkenntnis“), das Vaterunser hat 51 Worte, die Zehn Gebote rund 150 Worte; aber die europäische Verordnung über das Inverkehrbringen von Karamelerzeugnissen umfaßt 26.785 Worte – und die auch noch in 12 Sprachen.

Ich komme aus Bonn und kenne mich mit Flaschen aus. Ich frage die Weinkenner unter Ihnen, was das ist: kurz-halsig, bauchig runde, etwas abgeflachte Glaskörper mit ellipsoidem Querschnitt an der größten Wölbung des Flaschenkörpers, bei dem das Verhältnis von Hauptachse zur Nebenachse des ellipsoiden Querschnitts annähernd 2:1 und das Verhältnis von Höhe des gewölbten Glaskörpers zum zylindrischen Flaschenhals annähernd 2,5:1 beträgt. Eine echte Flasche: ein Bocksbeutel. Aus Loehr richte ich also auch den Blick ins fränkische Weinland.

Kürzlich ging in Bonn eine EU-Richtlinie ein. Über diese wunderte sich der Bundesforschungsminister besonders. Sie wog 1,2 Kilogramm und hatte 461 Seiten. Der Titel: „Zur Angleichung

der Rechtsvorschriften der Mitgliedsstaaten über land- und forstwirtschaftliche Zugmaschinen auf Rädern“. Darin wird erläutert, daß der Führersitz „der einzigen Person platzbietende Sitz ist, der für den Führer bestimmt ist, wenn dieser die Zugmaschine fährt“. Die Sitzfläche ist „die nahezu horizontale Fläche des Sitzes, die die sitzende Haltung des Führers ermöglicht“. Die „nahezu vertikale Fläche des Sitzes, die dem Führer als Rückenstütze dient, ist die Rückenlehne“.

Diese Bürokratie ist ein Krebsgeschwür auch der EU-Gemeinschaft. Die Bürger sind weder gegen brave Beamte, noch gegen geordnete Staatswesen, wohl aber gegen die Wucherungen im Paragraphendschunzel. Hinzu kommt eine Wettbewerbsverzerrung: Ein Beamter in Münster führt die Vorschriften vermutlich exakter aus als ein Beamter im sizilianischen Catania oder im portugiesischen Coimbra. Ich möchte keine mißverständlichen Anmerkungen zur bürokratischen Moral in den romanischen Ländern machen. Aber die Crux ist doch, daß der Münsteraner Staatsdiener seine Vorschriften auch noch exakt anwendet. In diesem Fall wären die Deutschen die Verlierer – eine klassische Wettbewerbsverzerrung. Will sagen: der Weg zu einer Freihandelsgemeinschaft, die alle schöpferischen Marktkräfte entfesselt, ist noch weit (Bananen-Subventionen rund 250 Millionen Mark).

Darüber zu schimpfen, ist jedoch heuchlerisch. Denn als Bürokraten sind auch die Deutschen olympiaverdächtig. Ich zitiere aus der Verordnung über die steuerliche Behandlung von Dienstreisen: „Stirbt ein Dienstreisender auf seiner Dienstreise, so ist die Dienstreise beendet.“ Wer hätte das gedacht.

Ich will jetzt nicht die deutsche Hackfleischverordnung zitieren, sondern die Allgemeine Dienstanweisung der Bundespost, § 49:

„Der Wertsack ist ein Beutel, der aufgrund seiner besonderen Verwendung im Postbeförderungsdienst nicht Wertbeutel, sondern

Wertsack genannt wird, weil sein Inhalt aus mehreren Wertbeuteln besteht, die in dem Wertsack nicht verbeutelt, sondern versackt werden. Sollte es sich bei Inhaltsfeststellung eines Wertsacks herausstellen, daß ein in einem Wertsack versackter Sackbeutel statt im Wertsack in einem der im Wertsack versackten Wertbeutel hätte versackt werden müssen, so ist die in Frage kommende Versackstelle unverzüglich zu benachrichtigen. Nach seiner Entleerung wird der Wertsack wieder zu einem Beutel, und er ist auch bei der Beutelzählung nicht als Sack, sondern als Beutel zu zählen.“

Satire oder Realität? Im letzten Fall erfunden, aber Sie, meine Damen und Herren, haben es alle für echt gehalten. Bürokratie ist eben eine Realsatire. Um nicht mißverstanden zu werden: Das sollen keine billigen Partyscherze sein und auch keine wohlfeile Beamtenschelte. Denn die deutschen Staatsdiener sind zwar auch Täter oder Mittäter, vor allem aber sind sie Opfer in diesem Paragraphenschungel.

Der Weg zum gediegenen Standort Deutschland und auch nach Europa führt also über die Rodung dieses Paragraphenschungels.

Ein Bürobote in Brüssel verdient mehr als ein Studienrat in Deutschland, einige Dutzend EU-Beamte in Brüssel mehr als der deutsche Bundeskanzler. Diese Harmonisierung auf dem jeweils höchsten Niveau ist eine grundsätzliche Fehlentwicklung.

Ich komme zu meinem letzten Schwerpunkt, den ökologisch-hysterischen Anwendungen der Deutschen. Aus dem letzten Rheinzustandsbericht ergibt sich, daß sich der Sauerstoffgehalt des Stroms verzehnfacht und der Anteil der Schwermetalle auf ein Zehntel verringert hat. Als Gründe für diese Entwicklung nennt die NRW-Landesregierung die verbesserte Klärtechnik vor allem der chemischen Industrie und die verschärften Bestimmungen für Einleitungen. Wörtlich der zuständige Minister: „Das Bild vom toten Rhein stimmt nicht mehr.“

Tatsächlich herrscht jedoch der öffentliche Eindruck vor, als fahren täglich Pest und Teufel zu Wasser, zu

Lande und in der Luft umher, und als sei allen Deutschen ein früher Tod besichert. Der tatsächliche Befund ist ein anderer: Wir leben nicht kürzer, sondern länger (was wiederum die Rentenfinanzen ins Schleudern bringt). Boden, Luft und Wasser sind objektiv sauberer geworden, wenngleich noch lange nicht sauber. Ob wir auf dem Weg zur porentief reinen Gesellschaft dadurch weiterkommen, daß allein in einem großen Chemieunternehmen 30.000 Seiten an Gesetzen, Verordnungen, Erlassen etc. zu lesen und zu beachten sind, wage ich zu bezweifeln. Aber unsere Mitbürger lieben beharrlich die Katastrophen. Tote Würmer

im Wattenmeer (wie diesertage), nicht nur im Fisch, sondern überall ist der Wurm drin. Dioxine in der Muttermilch, Dioxan im Waschpulver, Nitrosamine im Bier und Whiskey, Formaldehyd in der Tapete. Vor diesem Schreckensszenario gibt es eigentlich nur eine schlüssige Empfehlung: Wir sollten das Atmen einstellen. Mit dieser Taktik würden wir übrigens auch das Ozon austricksen.

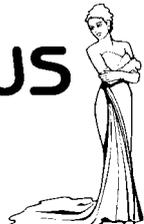
Ich möchte Ihnen von einem Umweltskandal berichten, der uns noch bevorsteht, von dem aber meine journalistischen Kollegen noch keinen Wind bekommen haben. Es handelt sich um ein wahres Teufelszeug: Es



# AUKTIONSHAUS

## KUNST & ANTIQUITÄTEN

# MEHLIS



08523 Plauen/Sachsen  
Karlstraße 37  
Tel.: (0 37 41) 22 10 05  
Fax: (0 37 41) 22 10 51

### 5. Auktion am 8.3.1997

Vorbesichtigung vom 26.2. bis 5.3., täglich (auch Sa. und So.) von 10 bis 18 Uhr



**Unter anderem kommen zum Aufruf:**  
 unrestauriertes Biedermeiermöbel · ca. 100 Positionen Meissner Porzellan  
 günstig limitiert · Rosenthal- und Schwarzburgfiguren · Sammlung Bürgel-  
 Keramik · Blechspielzeug, u.a. Lineol sowie Tipp & Co. · reichliches Angebot an  
 Militaria · Gemälde u.a. von Tübbecke, Förster, Trache, Prof. Küppers sowie  
 Hans Bauer · und vieles mehr...

Katalog mit über 200 Fotos: Bestellung unter Tel. 22 10 05 für DM 10,00.

enthält 34 Aldehyde und Ketone, 32 Alkohole, 20 Ester, 14 Säuren, drei Kohlenwasserstoffe und sieben Verbindungen anderer Stoffklassen, darunter das gefährliche Kumarin, das Leberschäden verursacht. Die hochwirksamen Stoffwechselgifte sind heute durch eine hochmoderne Analysetechnik, im Gegensatz zu früher, nachweisbar. Alle diese teuflischen Stoffe sind – in einer einzigen gemeinen deutschen Himbeere enthalten. Sollten Sie nun den Vorsatz haben, sich unter Zuhilfenahme dieser Drogen umzubringen, dürften Sie einige Probleme haben. Denn sie müßten an einem Tag 1,7 Tonnen Himbeeren verzehren – selbst für Liebhaber von Himbeerkuchen ein schwieriges Unterfangen.

Mit dem Wohlstand und seinen – auch ökologischen – Folgen ist zwar das Geldvermögen auf rund viereinhalb Billionen Mark gestiegen, nicht aber die Lebensfreude entsprechend.

Was ist zu tun? Es empfiehlt sich, durchzuatmen, sich etwas zurückzulehnen und den tatsächlichen Befund dieser Volkswirtschaft zur Kenntnis zu nehmen. Zitat: „Daß die Deutschen mit den Zuständen zufrieden sind, kommt darin zum Ausdruck, daß sie diese gern beklagen,“ schreibt Brigitte Seebacher-Brandt in ihrem jüngsten, lesenswerten Buch. Alles also journalistische Übertreibungen, werden Sie sagen. Und Sie haben recht.

Aber unbestritten ist, daß den reichen, armen Deutschen die Gelassenheit ihres Lebensgefühls fehlt. Diese Volkswirtschaft wird und kann ihre Probleme lösen, wenn sie gutgelaunt und mit Augenmaß an deren Lösung herangeht.

Dazu wäre einiges einzubringen: der Verzicht auf Bürokratie, eine Stärkung des Systems der bewährten sozialen Marktwirtschaft zumal. Warum muß der Staat einen Bürger alimentieren, obgleich dieser sehr gut für sich selber sorgen kann? Die vierwöchige Kur, der blaue Montag und das Zweithörgerät auf Krankenschein genießen hierzulande nahezu Verfassungsrang. Der Sozialstaat muß sich auf das Wesentliche beschränken, sonst wird er unfinanzierbar.

Alle Wohlfahrtsstaaten sind zu fett geworden. Sie nehmen zuviel Geld ein und geben zuviel Geld aus und verschulden sich zu hoch. Eine auf Disziplin angelegte Politik – auch in Europa – kann hier eine Selbstheilung fördern.

Warum haben Finanzminister zu Steu-  
ersenkungen ein Verhältnis wie der Metzger zum Vegetarismus? Warum wird der Paragraphenschengel nur mit der Nagelschere statt mit der Axt gelichtet?

Warum wird nicht kämpferischer gestritten für Werte wie Solidarität, Familie, Subsidiarität, Menschlichkeit, Vertragsfreiheit und Eigentum? Die

Hoffnung auf eine Rundum-Sicherheit gegen alle Risiken des Lebens ist so teuer wie trügerisch. Und sie hat eine fatale Nebenwirkung: Sie entmündigt die Bürger.

Dies ist ein Land mit einem Wohlstand und einer sozialen Sicherheit, um die uns viele beneiden. Wir haben die höchsten Löhne, den längsten Urlaub, die kürzeste Arbeitszeit; wir haben die ältesten Studenten und wir haben die jüngsten Rentner. Genau hier liegen die meisten Probleme. Wundermittel zu ihrer Lösung gibt es nicht, auch nicht das geplante Europageld Euro, wie manche Politiker vollmundig zu behaupten pflegen.

Es wäre ein klassisches Armutszeugnis einer Gesellschaft, würde sie den Wohlstand tatsächlich als Durchgangsstadium von der Armut zur Unzufriedenheit betrachten. Es ist nämlich nicht verboten, den Wohlstand mit Stolz und Zufriedenheit zur Kenntnis zu nehmen und mitzuhelfen, ihn durch Augenmaß zu erhalten.

Freilich wäre ich mißverstanden worden, richtete sich diese Feststellung nur an die Adresse jener Gruppen, die im Verteilungskampf dieses Augenmaß zu verlieren drohen. Ich will – mit Blick auf diese Festversammlung – noch einmal ein Gleichnis bemühen. Dieses stammt von Norbert Blüm, dem von Ihnen gewiß hochgeschätzten Arbeitsminister. Es lautet: „Die Unternehmen spielen täglich 'Untergang der Titanic' – aber im Trockendock!“

Damit Sie nun nicht, meine Damen und Herren, in Trübsal fallen, will ich einen bekannten Kollegen (Johannes Gross) zitieren: „Wer die Trübsal sucht, findet im deutschen Fernsehen täglich Nachschub. Deswegen: Spät und ruhig speisen, den Bildschirm erst nach zehn Uhr öffnen, dann ist das Schlimmste schon vorbei.“

Meine Rede ist es auch.

Ich danke für Ihre bewunderungswürdige Aufmerksamkeit.

*Wir trauern um*

**Herrn Sanitätsrat Rudolf Axmann**

**aus Suhl**

**geboren am 27. Februar 1913**

**verstorben am 1. Februar 1997**

*Landes Zahnärztekammer Thüringen  
Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen*

## Produktinformationen

### Das neue endoskopische Anti- beschlagmittel: FLEXI CLEAR

Der Endoskophersteller NEW-TECH aus Denzlingen bietet ab sofort ein neuartiges Antibeschlagmittel in Gel-Form mit dem Namen FLEXI CLEAR an.

FLEXI CLEAR ist ein autosteriles, alkoholfreies Antibeschlag-Gel, daß im Gegensatz zu konventionellen, alkoholhaltigen Antibeschlagpräparaten nicht verdunstet. Das silikonfreie Präparat läßt sich sehr sparsam und tröpfchenweise anwenden. Es ist langlebig und behält seine Wirkung auch noch nach einer Sterilisation.

FLEXI CLEAR ist biokompatibel und wird ohne Konservierungsstoffe hergestellt. Die Pipettendarreichungsform gewährleistet eine sparsamere Anwendung (eine Packung beinhaltet 20 Pipetten).

FLEXI CLEAR wird in stecknadelkopf-großer Menge auf die intraorale Endoskopoptik bzw. den Mundspiegel aufgetragen und zu einem mikrofeinen Wirkfilm verrieben. Durch das anschließende Klarpolieren wird die Optik wirksam gegen Beschlagen geschützt.

### FLEXI CARTS DS – Der mobile Fahrwagen zur Integration eines digitalen Röntgensystems mit Digora®-Scanner

Der Endoskophersteller NEW-TECH aus Denzlingen bietet ab sofort eine neue, spezielle Ausführung des bewährten medizinischen FLEXI CART Gerätewagens an: FLEXI CART DS.

FLEXI CART DS bietet die besondere Möglichkeit, zusätzlich zu einem intraoralen Endoskopsystem wie FLEXI SCOPE ein digitales Röntgensystem mit Digora®-Scanner zu integrieren.

Damit lassen sich mit FLEXI CART DS die unterschiedlichsten bildgebenden Systeme praxisingerecht, mobil und flexibel auf einem einzigen Gerätewagen unterbringen. FLEXI CART DS sorgt mit seiner hohen Funktionalität und Mobilität für ideale Arbeitsvoraussetzungen in der gesamten Praxis.

Der Wagen besteht bis in das kleinste Detail aus hochwertigen, langlebigen Materialien. Das Konzept ist so ausgelegt, daß auf zwei soliden Trägersystemen alle Funktionselemente aufgebaut sind.

Die extrem belastbaren Laufrollen garantieren eine optimale Laufruhe und Fahrkomfort. Sie nehmen auch größere Schwellen mit Leichtigkeit und sorgen für eine leichte und sichere Beweglichkeit in der Praxis.

Über eine seitliche am Korpus angebrachte Netzschaltung läßt sich die gesamte Stromversorgung des Fahrwagens Ein- bzw. Ausschalten. Ein integrierter Tastaturauszug gewährleistet eine praxisingerechte Computerbedienung.

Verschiedenste Utensilien lassen sich in einer integrierten Kleinteileschublade aufgeräumt unterbringen. Damit befinden sich alle Zubehörteile, unabhängig vom Einsatzraum, immer in Griffnähe.

### Neuer PRAXISBEDARF-Katalog 96/97 von M+W Dental

Seit Oktober auf dem Markt ist der neue Katalog PRAXISBEDARF 96/97 von M+W Dental. Auch in der neuesten Ausgabe präsentiert das bekannte Versandhaus wieder eine umfangreiche Auswahl an Dentalprodukten zu günstigen Preisen. Alle Produkte im Katalog sind übersichtlich und informativ dargestellt. Besonders angenehm – aus Sicht der Kunden – ist sicherlich auch das sehr klare und einfache Rabatt-System: ab DM 1000,- gibt es 3 %, ab DM 1500,- 4 % und ab DM 2000,- 5 % Rabatt. Zusätzlich gibt es seit Januar 1997 ein Bonus-Angebot.

Zusammen mit dem neuen Katalog stellt M+W Dental auch ein neues Cassettensystem für die Desinfektion, Sterilisation und Sterillagerung von Instrumenten vor. Laut Meinung der M+W Fachberater ist es „endlich mal ein sehr handliches und zudem sehr preiswertes Cassettensystem“.

M+W Kunden erhalten den neuen Katalog automatisch zugeschickt, alle anderen können ihn kostenlos anfordern:

M+W Dental, Postfach, 63652 Büdingen,  
Tel.: 0 60 42/88 00 88, Fax: 0 60 42/88 00 80.

### Praktischer Prophylaxe-Arbeitskurs für Helferinnen

am 14. und 15. März 1997  
in Elsterberg/Vogtl.

Ein theoretischer und praktischer Prophylaxe-Arbeitskurs mit fortlaufenden Übungen zum Aufbau eines 2. Standbeines in Ihrer Praxis.

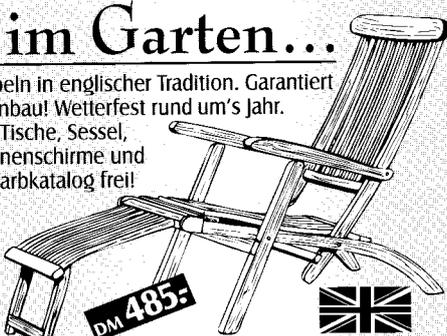
Weitere Informationen erhalten Sie bei:

#### DENT-MIT

Institut für angewandte zahnärztliche Fortbildung  
Bahnhofstraße 35 • 07985 Elsterberg/Vogtl.  
Tel./Fax (036621) 21150

## Wohnen im Garten...

...mit massiven Teakmöbeln in englischer Tradition. Garantiert überwachter Plantagenanbau! Wetterfest rund um's Jahr. Klassisch schöne Bänke, Tische, Sessel, Liegen, Deck-Chairs, Sonnenschirme und Accessoires. 116seitiger Farbkatalog frei! Direkt vom Importeur! Lieferungen frei Haus!

**TEAK & GARDEN SCHMIDT-PARIS**  
Gut Schönau · 21465 Reinbek-Ohe  
Tel. 0 4104/30 33 · Fax 0 4104/43 83 THZÄ

### Streßbedingte Kaufunktionsstörungen

Konsequenzen für den zahnärztlichen Praxisalltag

K. Jäger

120 Seiten, 160 meist farbige Abbildungen, DM 118,-, ISBN: 3-87652-965-4. Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin

Die Anzahl der Patienten mit streßbedingten Kaufunktionsstörungen ist kontinuierlich ansteigend, und in der täglichen Praxis stehen wir diesen „Selbstzerstörungen“ der Abrasionsgebisse manchmal recht ratlos gegenüber. Dies bezieht sich vor allem auf die Frage der Mitarbeit der Patienten bei der konsequenten Therapie.

In der Regel sind es ja oft die bewußt „coolen“ Typen, die uns Kopfzerbrechen bereiten, da sie von sich behaupten, keinen Stress zu haben. Zu dieser Thematik nimmt der Verfasser sehr deutlich Stellung: „Akute Gefahr im Straßenverkehr stellt über das Stressgeschehen die Muskelenergie zu Kampf oder Flucht bereit. Es dauert oft Stunden, bis man sich wieder beruhigt hat, weil die Energie nach heutigem Kulturbewußtsein nicht mehr abgeführt werden kann.“

Das reich bebilderte und verständlich geschriebene Buch ist speziell auf die Bedürfnisse der praktizierenden Zahnärzte und Zahnärztinnen ausgerichtet. Dem Verfasser – selbst niedergelassener Zahnarzt und gleichzeitig Universitätsmitarbeiter – war es ein besonderes Anliegen, einen praxisgerechten Leitfaden über die Möglichkeiten und Grenzen in der Behandlung von Patienten mit Dysfunktionen aufzustellen und die Rolle des Zahnarztes im interdisziplinären Team zu formulieren. Daher findet man neben klinischen Fallbeispielen praktisch wertvolle und nützliche Schemen, Hilfsformulare und Tabellen, die sich im zahnärztlichen Praxisalltag unmittelbar einsetzen lassen.

Das Buch wird mit der Symptomatik von Kaufunktionsstörungen eröffnet. Symptome erkennen und werten bestimmt jeden weiteren Handlungsbedarf in der Praxis. Anschließend kommt der Ätiologie ein besonderer Stellenwert zu. Im Verständnis über das Entstehen der Muskelhypertonizität, welche Struktur und Funktion pathologisch verändert, liegt der Schlüssel sowohl der Diagnostik als auch einer erfolgversprechenden Therapie. Diagnostik und Therapie bilden auch den Hauptteil des Buches, welches mit Konsequenzen für die Praxis abschließt.

Das hervorragend dokumentierte Werk mit vielen weiterführenden Literaturhinweisen zeigt auf, daß Kauffunktion und deren Störungen in die synoptische Behandlungskonzeption einer modernen Praxis gehören. Die Informationen des Buches bereichern den Leser aus Praxis, Wissenschaft und Klinik der Zahnmedizin und spezifischer Fachbereiche der Medizin.

Inhaltsübersicht:

1. Dysfunktionspatienten in der Zahnarztpraxis, 2. Symptome von Funktionsstörungen, 3. Ätiologie von Funktionsstörungen, 4. Pathologische Veränderungen durch Kaufunktionsstörungen, 5. Diagnostik, 6. Therapie, 7. Konsequenzen für die Allgemeinpraxis, 8. Literaturverzeichnis, 9. Sachwortregister

Das Buch liest sich ebenso spannend wie ein Kriminalroman und bringt anhand aufschlußreicher Beispiele die Lösung der Probleme inklusive Therapie. Hier ist für den Zahnarzt die ihn betreffende Problematik dargestellt, fast als Pendant zu unserer thematischen Darstellung für den Patienten im letzten „ZahnRat“.

### Der kleine Bär muß Zähne putzen

J. Langreuter und V. Sobat

Ein Bilderbuch für Kinder ab 3 Jahre

DM 19,80, ISBN: 3-7607-1050-6. arsEdition GmbH, München 1995.

In großen bunten Bildern wird die Geschichte vom kleinen Bären erzählt, wie er das Zähneputzen lernt.

Aller Anfang ist schwer, besonders, da ihm die neue Kinderzahncreme überhaupt nicht schmeckt. Da hilft alles Zureden nichts – der kleine Bär läßt sich immer etwas Neues einfallen, um sich vorm Zähneputzen zu drücken. Bis Papa Bär energisch wird ...



Doch warum es so wichtig ist, daß man sich die Zähne putzt, begreift der kleine Bär erst, als Mama Bär ihm eine spannende Geschichte erzählt: der „Angriff“ der Bakterien auf die Zähne. Begeistert zieht er sogleich in den „Kampf“ gegen sie und putzt sich nunmehr gründlich die Zähne. Moral der Geschichte: Kinder sollen nicht gezwungen werden, etwas Neues und vorerst Unliebsames zu tun. Mit liebevoller und geduldiger Zuwendung und gelegentlicher trickreicher Überredungskunst werden sie von selbst begeistert an die Sache gehen. Und das gilt nicht nur für das Zähneputzen.

Meinl

### Parodontologie für die Zahnmedizinische Fachhelferin

Anatomie, Physiologie, Diagnostik, Therapie und Abrechnung

A. Herforth

3., überarbeitete Auflage, 147 Seiten, 114 Abbildungen, DM, ISBN: 3-87652-773-2. Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin 1997.

Die Verhütung und Behandlung von Parodontalerkrankungen gewinnt im Rahmen der zahnärztlichen Patientenversorgung immer mehr an Bedeutung. Eine umfassende Gebißsanierung ist in den meisten Fällen ohne integrierte systematische Parodontalbehandlung in der modernen Zahnheilkunde nicht mehr denkbar.

Dieser erweiterte Behandlungsbereich erfordert auch von der interessierten Zahnarzt-helferin und der zahnmedizinischen Fachhelferin ein erweitertes und vertieftes Fachwissen über die ursächlichen Zusammenhänge zwischen mikrobieller Plaque, ihren Stoffwechselfvorgängen und der Reaktion der parodontalen Gewebe sowie eine gute Kenntnis der einzelnen Behandlungsmaßnahmen einer systematischen Parodontalbehandlung.

Das Buch vermittelt in verständlicher Form die Grundlagen der Anatomie, Physiologie und Funktion des stomatognathen Systems und der parodontalen Gewebe. Befunderhebung, Diagnostik und Therapie der marginalen Parodontopathien werden systematisch erläutert. Weiterhin ist die vertragliche Abrechnung der systematischen Parodontalbehandlung in einem gesonderten Kapitel abgehandelt.

Inhalt:

1. Anatomie und Physiologie des stomatognathen Systems

2. Formen parodontaler Erkrankungen  
Nomenklatur der marginalen Parodontopathien
  3. Epidemiologie der entzündlichen marginalen Parodontopathien
  4. Ätiologie und Pathogenese der marginalen Parodontopathien
  5. Behandlungsplanung, Indizes, Befunderhebung und Parodontalstatus
  6. Die systematische Parodontalbehandlung
  7. Nachsorge und Recall
  8. Vertragswesen und Abrechnung
  9. Instrumentarium für die Par-Chirurgie
  10. Einsatz und Aufgabenbereich der ZMF bei der systematischen Parodontalbehandlung
- Literaturhinweise/Sachregister

Dieses Arbeitsbuch vermittelt sicherlich ein fundiertes Grundlagenwissen für die ZMF, verfolgt aber in der Bewertung der Therapiemaßnahmen immer noch den klassischen Weg der „aggressiv chirurgischen“ PA-Therapie, wie wir sie jahrzehntelang kannten und noch kennen. Sicherlich ist es wichtig, diese Zusammenhänge für die Fachhelferin zu interpretieren und komplex darzustellen. In Anlehnung an eine der letzten IUZ-Veranstaltungen zum Thema „Moderne Parodontalbehandlung“ mit Herrn Prof. Renggli hätte ich mir von dieser Philosophie mehr für vorliegendes Buch gewünscht. Ebenso fehlt mir die Erwähnung der GTR sowie die Arbeit mit Ultraschall- bzw. ultraschallähnlichen Geräten zur Eliminierung parodontaler Taschen.

Der Abrechnungsteil ist eine große Hilfe für die Fachhelferin. Aber warum wird dann das Kapitel Recall und Nachsorge nur sehr knapp abgehandelt? Gerade das Recall ist doch ein entscheidender Co-Faktor für den Erfolg der PA-Therapie. Hier steht die Fachhelferin allein und findet keine Anleitung zum selbständigen Handeln.

## Biotop Mundhöhle - Atlas der parodontalen Mikrobiologie

Wissenschaftliche Leitung: L. Flores-de-Jacoby und R. R. Lehmann

Das Gesamtwerk, Buch und Videofilm im Schuber, mit 20 % Preisvorteil. ISBN: 3-87652-094-0, Best.-Nr. 212, DM 380,-. Quintessenz golden line, Berlin.

Die internationale Quintessenz-Edition „Golden Line“ steht für eine besondere Präsentation von ausgewählten Themen und für ein neues Fortbildungserlebnis in

der direkten Kombination von Buch und Videofilm. Somit ergänzen sich die Theorie im Buch und die Praxis im Film in hervorragender Weise.

Beide, sowohl Atlas als auch Video sind beeindruckend. Das Buch ist geeignet für „Neueinsteiger“ in die PA-Therapie als Grundlagenvermittler der entsprechenden Kenntnisse über Erfolg und Mißerfolg der Behandlungsverfahren. Für den versierten Parodontologen ist es ein brauchbares Kompendium. Die Möglichkeiten der pathogenen Keimfloraabestimmung im Mund in der Zahnarztpraxis hätte detaillierter und praxisrelevanter dargestellt werden können. Eine Anleitung zur einfachen Dunkelfeldmikroskopie oder einer gram-Färbung fehlen total. Die vorgestellten Verfahren bedeuten, daß der Zahnarzt wieder bestimmte Anbieter einbeziehen muß. Das bedeutet einmal zusätzliche wirtschaftliche Abhängigkeit und keinen schnellen Zugriff auf die Untersuchungsergebnisse.

Das Video wie auch die Fotos im Buch sind von sehr guter und beeindruckender Qualität. Für Aufklärungsdemonstrationen am Patienten sollte das Video nicht verwendet werden – ist es wohl auch nicht vorgesehen. Vom Patienten wird ein hoher Motivations- und Wissensgrad verlangt, wenn man in Ausnahmefällen dieses Video im Vorgespräch zur PA-Behandlung verwenden will. Für den Zahnarzt ist es beeindruckend und immer wieder lehrreich. Der Preis ist allerdings m. E. zu luxuriös. Hier ist zu befürchten, daß der Einsatz zur individuellen Fortbildung sehr gering sein wird.

### Das Fachbuch:

#### Atlas der parodontalen Mikrobiologie

141 Seiten, 103 meist farbige Abbildungen, DM 186,-, ISBN: 3-87652-089-4. Quintessenz golden line.

Ebenso faszinierend wie lehrreich präsentiert sich der Atlas zur parodontalen Mikrobiologie. Der erste Teil – die Ätiologie mit der internationalen Klassifizierung der parodontalen Erkrankungen – liefert die theoretischen Grundlagen für die detaillierten Darstellungen der nichtpathogenen und pathogenen Mikroorganismen im zweiten Teil des Werkes.

Der Atlas besticht vor allem durch die Brillanz und Einmaligkeit der Abbildungen, für deren Herstellung die Techniken der REM-Aufnahmen, der Dunkelfeldaufnahmen, der Immunfluoreszenzmikroskopie sowie weitere Nachweisverfahren zum Einsatz kamen.

# Zum Glück gibt's TITAN.

## TITAN

- Natürlicher Werkstoff
- Lösungssicher gegenüber chemischen Prozessen im Mund
- Neutral gegenüber bestehendem Zahnersatz
- Kein Risiko für Allergiker

## TITAN

- Komfortabel leicht im Mund
- Keine Schmerzen bei thermischen Reizen
- Mechanisch hoch belastbar
- Geschmacksneutral

## TITAN

- Universell einsetzbar für:
- Kronen
  - Brücken
  - Modellguß-Teilprothesen
  - Implantatversorgungen

Wir arbeiten mit  
TITAN  
Sprechen Sie uns bitte an -  
wir beraten Sie gern!

**Schieritz**  
Zahntechnik

Schieritz Zahntechnik GmbH  
Riethstraße 1a • 99089 Erfurt  
Telefon (03 61) 73 49 88 • Telefax (03 61) 73 49 89

### Der Videofilm: Biotop Mundhöhle

VHS, 30 min, DM 289,-. Quintessenz golden line.

Hier werden einmalige Einblicke in das Leben der Mikroorganismen sowie die schrittweise Entstehung des Zahnbelages mit faszinierenden Aufnahmen gewährt. Die Mundhöhle ist Grenzraum zwischen Umwelt und Organismus. Zähne, Mundschleimhaut, Mikroorganismen und Speichel bilden ein komplexes Wirkungsgefüge – das Ökosystem. Solche Systeme entstehen durch Selbstorganisation und besitzen die Fähigkeit zur Selbstregulation und Kompensation. Folglich zeigt eine ökologische Betrachtungsweise den Weg auf, der für Therapie und Vorbeugung von entscheidender Bedeutung ist.

### Atlas der Anatomie des Menschen auf CD-ROM

Sobotta

Hrsg.: Putz/Pabst

ca 1340 Abbildungen, DM 198,-, ISBN: 3-541-17491-9. Urban & Schwarzenberg, München 1996.

Der Anatomie-Atlas von Sobotta ist jetzt auf CD-ROM erschienen. Nach 92 Jahren in Buchform hat er sich somit die neue Medienwelt erobert.

Diese Sobotta-CD-ROM enthält die Abbildungen und Tabellen der 20. Auflage des Sobotta-Atlases: klassische topographisch-anatomische Zeichnungen, Funktionsschemata, Bilder zur Schnittbildanatomie, Zeichnungen der klinisch wichtigen Varietäten, Abbildungen der modernen bildgebenden Verfahren, endoskopische Aufnahmen und Farbfotos von Operationsstellen.

Im Vergleich zum Buch bietet Ihnen diese CD-ROM folgende Vorteile:

- alle Abbildungen aus beiden Bänden des Buches auf einer CD-ROM
- schneller und komfortabler Zugriff über das visualisierte Inhaltsverzeichnis oder das Register
- interaktives Erforschen der anatomischen Strukturen durch Überfahren der Markierungspunkte im Bild
- direkte Auswahl eines bestimmten Begriffes durch Anklicken in einer Liste
- persönliche Notizen zu jedem Bild
- Verknüpfung zwischen Tabelle und Abbildung
- Verzeichnis aller Tabellen
- Ausdruck einzelner Seiten

Diese CD-ROM ist nicht nur etwas für Computerfreaks. Ich habe mir dieses „Buch“ Seite für Seite durchgelesen und war fasziniert, wie leicht man heute Anatomie lernen kann. Im Bereich des anatomi-

schen Atlases kann man entweder auf die entsprechenden Körperregionen klicken (topographische Anatomie, Muskelgewebe, Innervation usw.) und erhält hier in einer task-Leiste die richtige Antwort. Sehr gut und ausführlich dargestellt sind alle Regionen des Kopfes und des Halses. Als Beispiel möchte ich nur die praxisrelevanten Abbildungen zur Kaumuskulatur erwähnen, die wichtig sind bei der Kiefergelenksymptomatik. Aus dem während der Studienzeit am meisten verabscheuten Fach könnte fast eine Leidenschaft werden!

Systemvoraussetzungen: IBM-kompatibler PC mit MS Windows ab Version 3.1, CD-ROM-Laufwerk, mind. 4 MB RAM, ca. 3 MB freier Festplattenspeicher, VGA-Bildschirm mit mind. 256 Farben, Maus.



Buchbesprechungen:  
G. Wolf



**39. Fortbildungstagung**  
der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein  
mit integrierter Helferinnen-Fortbildung  
und einer Dentalausstellung  
**Westerland/Sylt**  
**12. bis 16. Mai 1997**

**Hauptthema:**  
Zahnheilkunde unter den Zwängen von  
Gesetzen und Verordnungen

**Auskunft**  
Zahnärztekammer Schleswig-Holstein  
Westring 498, 24106 Kiel  
Telefon 0431/3897-280, Frau Kuchenbecker

### 4. Jahreskongress der International Health Care Foundation – IHCF, Deutschland

**4. bis 5. April 1997, Leipzig**

Thema: Plaqueentfernung oder Plaquekontrolle –  
worin liegt nach heutigen  
Erkenntnissen die Basis für Karies- und  
Parodontitis-Prävention

Leitung: Prof. Dr. K. Merte

#### Anmeldung über:

IHCF, P.O.Box 1246, Austraße 24, FL-9490 Vaduz,  
Tel.: 0041/75-237 28 50, Fax:  
0041/75-237 28 51.

## Es war eine Abschieds-Sinfonie, doch kein Abschied

So lautete der Titel der Leipziger Volkszeitung vom 2. Januar 1997 zum letzten Auftritt Kurt Masurs als Gewandhauskapellmeister. Dem Rücktritt waren Querelen mit der Stadtverwaltung Leipzig vorausgegangen. Dieser Vorgang wurde wohl in unserer Region kaum bemerkt, und die öffentlich-rechtlichen Medien haben ihm kaum Beachtung geschenkt. Zu peinlich wäre es gewesen, wenn man den von ihnen gekürten „Polit-Star“ der ostdeutschen Wende nun noch einmal erwähnen müßte im Zusammenhang mit seiner Kapitulation vor der Bürokratie, die wieder einmal einen Sieg zu verbuchen hat.

Für uns geht ein Symbol sowohl einer exzellenten konzertanten Interpretation als auch der in Deutschland so selten gewordenen Zivilcourage.

Zitat Leipziger Volkszeitung: „... daß Gewandhauskapellmeister Kurt Masur mit diesem Konzert zu Silvester 1996 sein Amt niederlegte, war vor allem eine kulturpolitische Geste. Er wolle nicht abbauen müssen, was er in einem Vierteljahrhundert aufgebaut habe, so der Maestro, den die Gewandhausfreunde ‚unser Herr Professor‘ titulieren, den die alten Leipziger lieben und die neuen schätzen. Sie haben ihm für die zuversichtliche Abschieds-Sinfonie gedankt, stehend, mit minutenlangem Beifall. Mancher mit schwimmenden Augen.“

Masurs Musiker hatten den rettenden Einfall: Um die Bitterkeit der Stunde zu versüßen, kürten sie ihren Chef zum ersten Ehrendirigenten in der 25jährigen Gewandhausorchster-Historie. Der Geehrte, auch er sichtlich bewegt, schloß nicht nur im Ersten Konzertmeister Karl Suske zugleich einen Freund in die Arme. Dieser Moment des einmütigen Jubels dürfte ihn für die kleinlichen Querelen der Monate zuvor entschädigt haben. „Wie traurig, daß dieser Mann geht“, ein Satz, den man im Publikum des Abends immer wieder hörte. Versteht sich, daß jede Menge Kulturprominenz darunter war, von Regisseur Peter Konwitschny bis Opernintendant Udo Zimmermann.

Der Große Saal war seit Wochen ausverkauft, an der Kasse warteten viele lange auf nicht abgeholte Karten. In das Gefühl, daß da nicht allein eine Ära in der Geschichte des weltberühmten Klangkörpers endet, mischte sich die bange Erwägung, was aus dem Gewandhausorchester wird. Denn der Neue im Kapellmeisteramt, Herbert Blomstedt, kommt erst im Herbst



1998. Und die Zeit bis dahin dürfte schwierig werden, da sich das Bekenntnis der Stadt zu ihren kulturellen Leuchttürmen, wenn es das Rechnen und Bezahlen anbelangt, zunehmend in genervte Absichtserklärungen auflöst. 21 Millionen Einsparungen bis 1999, dieses Muß hängt wie ein Damoklesschwert über den großen Kulturinstitutionen ...“

Trotzdem wird Kurt Masur dem kulturell Interessierten als Gastdirigent des Leipziger Gewandhausorchesters erhalten bleiben. Dazu nachfolgend Termine aus dem Jahresprogramm mit Masur als Dirigent:

### 13./14. März Ludwig van Beethoven

5. Klavierkonzert ES-Dur op. 73  
5. Sinfonie c-Moll

### 6. Mai Pjotr I. Tschaikowski

3. Klavierkonzert ES-Dur op. 75, Fantasie für Klavier und Orchester op. 56, 5. Sinfonie e-Moll, op. 64

### 15./16. Mai Pjotr I. Tschaikowski

Fantasie-Overtüre „Romeo und Julia“

### Robert Schuman

Violoncellokonzert a-Moll op. 129

### Franz Liszt

Symphonie zu Dantes Divina Commedia

Der Vorverkauf von Konzertkarten ist in der Regel 8 Wochen vor Konzertbeginn an der Gewandhauskasse im Klinger-Foyer, Tel.: 0341/1270-280 oder Fax: 0341/1270-222.

G. Wolf

## Strahlenschutzkurse – 1. Halbjahr 1997

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

### 1. Strahlenschutzkurs Stoma-Schwestern (8 Stunden)

Gebühr: 80,- DM (incl. MwSt.)

**03.05.1997**

**Ort: Schwarzburg; Hotel „Zum Wildpark“**

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

Erfahrene **Zahnarzhelferin** für Assistenz und Verwaltung in Friedrichroda **gesucht**. Bereitschaft zur Weiterbildung und Kenntnisse zum PC sollten vorhanden sein.  
Zuschriften unter Chiffre **tzb 044** an TYPE-DTP, Müllerstr. 9, 99510 Apolda.

Ungelernte **ZH** mit 6jähriger Berufserfahrung **sucht** ab 01.07.1997 **neuen Wirkungskreis**. Sehr gute Kenntnisse im gesamten Praxisablauf und PC.  
Interessenten wenden sich bitte unter **tzb 045** an TYPE-DTP, Müllerstr. 9, 99510 Apolda.

**Zahnmedizinische Verwaltungsassistentin (ZMV)**, 28 Jahre, in ungekündigter Stellung **sucht neue Tätigkeit** im Raum Gotha/ Erfurt.  
Interessenten wenden sich bitte unter **tzb 043** an TYPE-DTP, Müllerstr. 9, 99510 Apolda.

#### Wolfsburg

**Langjährig etablierte**, durch hohen Privat-Anteil existenzsichere **Praxis**, 2 BHZ, kl. Labor, EDV-Netz, und Wohnhaus wegen Wegzugs **abzugeben**.

Interessenten wenden sich bitte unter **tzb 046** an TYPE-DTP, Müllerstr. 9, 99510 Apolda.

**Praxisvertretung in Thüringen** wird von erfahrenem Kollegen, Dr., 32 J. kompetent und zuverlässig **übernommen**.  
Tel. 0 36 41/39 6747 oder 0172/790 86 84.

#### 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.: 03 43 21/500 29 ab 19.00 Uhr

#### Inserentenverzeichnis

#### Seite

R. + R. Daume Finanzdienstleistungen, Erfurt	2. US
G. Jopp Gebäudedienste, Erfurt	53
U. Platzack Dental-Service, Elsterberg/Vogtl.	53
Freier Verband Deutscher Zahnärzte, Thüringen	55
DELAB, Erfurt	57
ChreMaSoft GmbH, Bremen	59
DELAB, Erfurt	63
Auktionshaus Mehliß, Plauen/Sachsen	75
DENT-MIT, Elsterberg/Vogtl.	77
Teak & Garden GmbH, Reinbek-Ohe	77
Schieritz Zahntechnik, Erfurt	79
MioS Ing.-Büro für Strahlenschutz, Halle/Sa.	82
VOCO, Cuxhaven	4. US
Kleinanzeigen	82

## Wir gratulieren!

- zum **85. Geburtstag** am **10.2.** **Herrn SR Wilhelm Sondern**  
Straße des 8. März 48 c, 98544 Zella-Mehlis
- zum **84. Geburtstag** am **27.2.** **Herrn SR Dr. med. dent. Heinz Häußner**  
Bertolt-Brecht-Straße 7, 07745 Jena
- zum **70. Geburtstag** am **10.2.** **Frau Dr. Ruth Günther**  
Emma-Heintz-Straße 2 a, 07745 Jena
- zum **65. Geburtstag** am **2.2.** **Herrn OMR Dr. med. dent. Fritz Ziegler**  
Haeckelstraße 32, 07548 Gera
- zum **65. Geburtstag** am **22.2.** **Herrn Dr. med. dent. Siegmund Große**  
Trebnitzer Straße 3, 07545 Gera
- zum **60. Geburtstag** am **12.2.** **Frau Brigitte Jahr**  
Fritz-Ritter-Straße 8, 07747 Jena-Lobeda