

tzb

Thüringer
Zahnärzte
Blatt

Ausgabe 01 | 2001

10 Jahre *Thüringer Zahnärzteblatt*

Lesen Sie ab S. 6

Vergütungstabelle 2001 *ab S. 13*



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

die Feierlichkeiten zum Jahreswechsel liegen hinter uns und wir möchten Ihnen für das neue Jahr unsere besten Wünsche übermitteln, die in erster Linie Ihrem persönlichen Wohl sowie dem Wohl Ihrer Familien und Mitarbeiter gewidmet sein sollen. Wenn wir Ihnen beruflichen Erfolg wünschen, verbinden wir damit die Hoffnung, daß unser aller Pläne und Vorhaben nicht an der rot-grünen gesundheitspolitischen Realität mit ihrer gründlich mißlungenen Gesundheitsreform scheitern, die uns Zahnärzte in Richtung „Krankenkassenangestellte“ treibt.

Oberstes Gebot unserer gemeinsamen standespolitischen Arbeit wird es auch im Jahr 2001 sein, für die Wahrung der Freiberuflichkeit einzutreten und dafür zu sorgen, daß das Vergütungsniveau in den neuen Ländern dem Niveau der KZV-Bereiche der alten Bundesländer angeglichen wird. Selbst wenn es anfänglich im Getriebe etwas knirschen sollte, wollen wir in diesem Jahr versuchen, selbst an den Weichen im Gesundheitswesen mitzuentcheiden, wohin der Zug rollen soll. Die Verantwortung gegenüber den Thüringer Zahnarztpraxen werden wir dabei keinesfalls ausser Acht lassen.

Bereits im vergangenen Jahr haben die standespolitischen Spitzenrepräsentanten der neuen Bundesländer verstärkt das Gespräch mit Bundespolitikern gesucht, um auf spezielle Probleme hinzuweisen. Bei diesen Gesprächen wurde uns klar, wie schwer es unseren Standespolitikern auf Bundesebene fällt, sich für die Belange der Zahnärzte in den neuen Ländern einzusetzen. Über die Gründe mögen wir gar nicht spekulieren. Wir zogen daraus eine klare Schlußfolgerung: Die besten Anwälte einer Sache sind die Betroffenen selbst. Die Standespolitiker aus den neuen Bundesländern haben sich enger zusammengeschlossen und werden energisch für die Gleichstellung der 10 000 Ostkollegen im zahnärztlichen System Gesamtdeutschlands eintreten, sowohl bei BEMA als auch bei der GOZ. Auch wenn diese Aktivitäten von allen Seiten sehr mißtrauisch beobachtet werden, haben wir immerhin erreicht, daß die ostdeutschen Interessen auch durch die KZBV stärker als bisher vertreten werden. Dafür werden wir uns auch weiterhin mit allen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten einsetzen.

Die Diskussion um die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems wird im neuen Jahr voraussichtlich lauter erklingen als je zuvor. Die Standespolitiker aus BZÄK, KZBV und FVDZ stimmen überein in ihren Forderungen nach einem stabilen, zukunftsorientierten Gesundheitswesen. Die Vorschläge liegen auf dem Tisch. Die Gesundheitsministerin und die SPD-Fraktion dagegen sehen für diese Legislaturperiode keinen Bedarf an weiteren Reformen. Während die Zahnärzteschaft klare Konzepte vorstellte, kommen aus der Richtung des Bundesgesundheitsministeriums konfuse, in der Realität nicht praktikierbare Vorschläge zur Überwachung der Leistungserbringer und ihrer Patienten, die sämtliche Datenschützer empört aufschreiben lassen. Wo wir Zahnärzte mit klaren programmatischen Vorstellungen aufwarten, meint man im Gesundheitsministerium immer noch, Staatsdirigismus und Bürokratie seien das Allheilmittel für unser angeschlagenes Gesundheitssystem. Dabei reißt das Stopfen eines Loches im System drei neue Löcher auf. Angesichts der Verschiebung der Einnahmen der sozialen Sicherungssysteme drohen den Krankenkassen im nächsten Jahr Mindereinnahmen in der Höhe mehrerer Milliarden Mark und damit Beitragserhöhungen auf breiter Front.

Oder doch keine Betragserhöhungen und man wird uns wieder einmal die gesamte Zechen zahlen lassen? Dann trifft es wenigstens den Personenkreis, deren Mehrheit Rot-Grün ohnehin nicht wählt. Es liegt auf der Hand: Um die Neustrukturierung des Gesundheitswesens wird man in Deutschland nicht herumkommen, auch wenn die rot-grüne Koalition sich mit aller Macht dagegen stemmt. Wir Zahnärzte haben unsere Hausaufgaben gemacht, jetzt gilt es, uns Gehör in der Bundespolitik zu verschaffen. Der Kreis derer, die dieses solidarische Sozialversicherungssystem auf vernünftigen und realen Fundamenten zukunftssicher gestalten wollen, wird glücklicherweise im gesamten politischen Spektrum immer größer. In unseren zähen standespolitischen Bemühungen werden wir auch im Jahr 2001 nicht nachlassen, damit unsere Praxen von Zukunftsängsten möglichst verschont bleiben.

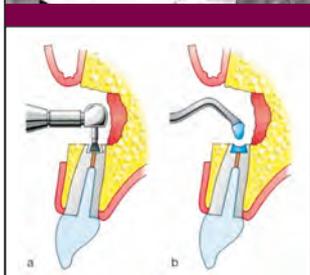
Nochmals die besten Wünsche für das neue Jahr.



Dr. Lothar Bergholz



Dr. Karl-Friedrich Rommel



Editorial

von Dr. Lothar Bergholz und Dr. Karl-Friedrich Rommel 3

Kommentar

von Prof. Dr. Linus S. Geisler 5

LZKTh

10 Jahre Thüringer Zahnärzteblatt 6

Gutachtertagung der LZKTh 9

Gebührenverzeichnis 9

Besondere Rechtsvorschriften für Fortbildungsprüfung 11

Zahnarthelferinnen (ZAH)

Vergütungstabelle 2001 13

KZVTh

23 Kreisstellenversammlungen 16

Aufzeichnungspflicht in der vertragszahnärztlichen Praxis 17

Fortbildung

Chirurgische Zahnerhaltung durch Wurzelspitzenresektion ein- oder mehrwurzeliger Zähne 19

Ästhetik und Funktion aus der Sicht der Kieferorthopädie 25

Wir gratulieren 29

Recht

Betriebsprüfung von Zahnarztpraxen 30

Veranstaltungen

33. Europäischer Zahnärztlicher Fortbildungskongress 32

Wissenschaftlicher Abend in Eisenach 33

Koordinierungskonferenz „Prophylaxe“ in Bonn 34

Praxisservice 36

Buchbesprechungen 37

Aus der Universität 39

Info 41

Kleinanzeigen 44

Thüringer Zahnärzte Blatt

Impressum

Offizielles Mitteilungsblatt der Landes Zahnärztekammer Thüringen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen

Herausgeber:

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

Gesamtherstellung/ Satz und Layout:

Verlag und Werbeagentur Kleine Arche, Holbeinstraße 73, 99096 Erfurt, Telefon (0361) 7 46 74 80, Fax 0361/7467485 eMail reinhardt@kleinearche.de

Redaktion:

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

Anschrift der Redaktion:

Landes Zahnärztekammer Thüringen, Barbarossahof 16, 99092 Erfurt, Telefon 0361/7432-0, 0361/7432-113 eMail LZKTh@t-online.de

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

Druck und Buchbinderei:

Druck- und Verlagshaus Erfurt

Anzeigenannahme und -verwaltung:

Verlag und Werbeagentur Kleine Arche, z.Z. gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 4 vom 1.1.2001

Anzeigenleitung:

Wolfgang Klaus

Heftpreis:

Einzelheftpreis: 6,50 DM
Versandkosten: 2,00 DM
Abopreis: 93,50 DM incl. MwSt.

Redaktionsschluß:

Heft 2/2001: 15.01.00

Anzeigenschluß:

Heft 2/2001: 20.01.00

Ein Jahrhundert der Hoffnungen?

Linus S. Geisler

Das 21. Jahrhundert könnte als Zeitalter der Hoffnungen in die Geschichte eingehen. Wir sind, so der Bioethiker Dietmar Mieth, auf dem Weg zu einer „Wunscherfüllungsmedizin“. Nachdem das Genom weitgehend entschlüsselt ist, steht uns die Ära der Post-Genomics ins Haus. Die Komplexität der Proteine als Resultat codierter Informationen verheißt den Schlüssel zum paradiesischen Wunderland der Medizin. Die Überwindung der großen Menschheitsplagen Krebs, AIDS, Alzheimer-Demenz erscheint greifbar nahe. Der Run auf das Genom hat sich auf das Proteom verlagert. Das Proteom ist zum Heiligen Gral der Biotechnologie geworden. In ihm ruht das Geheimnis vom Verständnis des lebendigen Menschen auf molekularer Ebene. Die Wunschkaskade kann sich anscheinend ungehindert entfalten.

Allerdings werden wir noch etwas Geduld haben müssen, vielleicht sogar einige Jahrzehnte lang. Aber dann werden die Krankheiten des Menschen Zug um Zug überwunden sein, die Utopie der Leidfreiheit wird zur Realität geworden sein und der Tod mit leeren Händen dastehen. Ohne Krankheiten, derer er sich bedienen muß, um sein Handwerk auszuüben, wird er dastehen als abgehalftertes und ohnmächtiges Mythos aus vergangenen Tagen. So die Visionen und Verheißungen der Biotechnologen.

Aber auch unseren Kindern werden wir sinnloses Leiden ersparen können. Das beginnt schon bei ihrer Auslese. Nicht ein animalischer Kopulationsvorgang wird blindlings bestimmen, wer in diese Welt eintreten darf. Die Präimplantationsdiagnostik (= PID) wird ein Embryonenangebot in der Petri-Schale unterbreiten, aus dem die zukünftigen Eltern, quasi wie Reproduktions-Gourmets, ihre Auswahl treffen können. Vom Geschlecht bis zu den letzten Finessen des genetischen Outfits wird beim Embryo ihrer Wahl alles wunschgerecht sein. Kaum geboren, wird dieses kleine Geschöpf vielleicht sogar schon als Lebensretter nutzbar sein: Seine Stammzellen aus dem Nabelschnurblut als ultimative Therapie für das erkrankte Geschwisterchen.

Freilich, hier könnten sich erste Zweifel in das Hochgefühl der neuen Schöpfungsfreiheit mischen. Die Vernichtung eines guten Dutzends Mitkombattanten als Preis für den einen auserwählten Menschen? Diese verworfenen Embryonen, dieses Häuflein Loser, sind sie lediglich „Zellhaufen“ oder doch Embryonen, die sich nicht zum Menschen, sondern als Mensch entwickeln (Ulrich Lüke, Paderborner Philosoph)? Auf der anderen Seite: Wer will den rund zwanzig Ehepaaren in Großbritannien ihr Ansinnen verwehren, ein Retortenbaby zu zeugen, um das Leben ihrer kranken Kinder zu retten?

Sollten wir uns nicht eine „neue Sachlichkeit“ als Denkmuster aneignen, einen pragmatischeren Umgang mit den Makromolekülen in unseren Zellkernen, die unsere (genetische) Identität codieren? Vielleicht werden wir dann leichter begreifen, daß zwischen der Patentierung eines neuen Hundefutters und einer Sequenz unserer DNA kein grundsätzlicher Unterschied besteht, wenn wir ihr nur eine halbwegs plausible Funktion zuschreiben können? Und wenn es ganz unerträglich wird, wenn beispielsweise Stem Cell Sciences in Australien ein Weltpatent (WO 99/21415) auf das Klonen von Zwittern aus Mensch und Schwein anstrebt, können wir uns immer noch auf Greenpeace als zuverlässiges Weltgewissen im Hintergrund verlassen.

Dennoch, über all diesen Szenarien liegt ein Schatten, der sich beklemmend auf unsere Hoffnungen und Wünsche legt. Ein ethisches Zwielficht verdunkelt die schillernden Zukunftsvisionen. Ratlosigkeit mischt sich als bitterer Beigeschmack in überbordenden Fortschrittstaumel.

Spätestens jetzt beginnen wir uns zu fragen, ob die Würde des Menschen, die ihm per se zukommt, ungeachtet seiner Fähigkeiten, ja selbst wenn er sich ihrer nicht bewußt sein kann, noch Gültigkeit besitzt oder als „Begründungsbrei“ von gestern (so ein ehemaliger DFG-Präsident) ihre Schuldigkeit getan hat? Eine Antwort könnte lauten: Wenn wir Menschenwürde nicht nur als Eigenschaft, die dem Menschen zukommt, sondern quasi

als gesellschaftlichen Gestaltungsauftrag verstehen, weitestgehend menschenwürdige Bedingungen zu schaffen, dann müssen wir gleichzeitig erkennen, daß unsere Lebenswelt immer stärker von biotechnologischen Errungenschaften dominiert wird. Und dann begreifen wir weiter, daß diesem Gebirge an Fortschritten ein ebenso gigantisches Potential an Verletzungsmöglichkeiten der Würde des Menschen innewohnt. Das „Wunschkind“, das zugleich als Therapeutikum instrumentalisiert wird – es scheint unser Vermögen einer gerechten ethischen Bewertung zu übersteigen. Vielleicht, so beginnen wir uns zu fragen, gibt es wie die „Unentscheidbarkeitssätze“ in der Mathematik, die Church und Turing 1936 beschrieben haben, nun mehr angesichts der Komplexität des Fortschritts das Phänomen der ethischen Unentscheidbarkeit? Haben die Biowissenschaften den Rubikon überschritten, der das Reich des kategorischen Imperativs vom Neuland des technologischen Imperativs trennt, in dem ethische Abwägungen außer Kraft gesetzt sind? Die ausufernden ethischen Diskussionen, die jeder neue Fortschritt in Gang setzt und deren Widersprüchlichkeit sich kaum mehr auflösen läßt, scheinen diese Befürchtungen zu untermauern.

Was also tun, um das endgültige Auseinanderfallen von Technologie und ethischer Entscheidbarkeit zu verhindern? Vielleicht die Rasanzen der technologischen Entwicklungen verlangsamen, um den Fragen des Gewissens wieder eine Chance zu geben, den rasenden Zug des Fortschritts einzuholen? Der Gedanke scheint eine gewisse Attraktivität zu besitzen - freilich, wohl nur für Idealisten, die sich den Luxus der Verantwortlichkeit glauben leisten zu können.

© beim Autor

Professor Dr. Linus Geisler ist Sachverständiger der Enquête-Kommission des Bundestages „Recht und Ethik der modernen Medizin“

Homepage: www.linus-geisler.de

10 Jahre

Thüringer Zahnärzteblatt

Sind 10 Jahre ein Jubiläum?

Ich glaube schon. Viele Zahnarztpraxen in Thüringen haben das 10jährige Niederlassungsjubiläum bereits hinter sich. Andere Kolleginnen und Kollegen hatten damals nicht sofort das große Glück, geeignete Räumlichkeiten zu finden oder zögerten vor dem Neuanfang. Ihnen steht das Jubiläum noch bevor.



Dr. Wolf

Mit Gründung der Selbstverwaltungen im Mai 1990 wurde mir vom damaligen Präsidenten der Landes Zahnärztekammer, Dr. Junge, aufgetragen, die Öffentlichkeitsarbeit für die Zahnärzte in Thüringen aufzubauen.

Aus der aktiven Zeit im UDZ hatte ich nur wenig Erfahrung mit Presse und Fernsehen. Es verging zwar kaum eine Woche, in der nicht ein „West“-Sender oder eine Zeitung irgendeine Positionierung zum Weiterbestehen des Gesundheitswesens abverlangte. Allerdings war dabei immer die persönliche Meinung relevant. Für einen ganzen Berufsstand eine „Vollarbeit“ zu übernehmen, erforderte Fingerspitzengefühl, Kompetenz, journalistisches Gespür, Idealismus und viel Kraft.

Zum damaligen Zeitpunkt hatte ich nur Idealismus und Kraft. Für das Fingerspitzengefühl brauchte es sehr viel Zeit. Es zu erwerben war wie eine Umschulung. Kompetenz und Journalismus lernte ich durch die Hilfe von Frau Fiedler (Zahnärztliche Nachrichten Sachsen-Anhalt), der Kollegen Dr. Mühlbauer aus Murnau, Dr. Schwalber aus Freiburg i. Br. sowie Peter Küchenmeister aus Schleswig/Holstein, denn bis zur Beschäftigung des ersten Journalisten vergingen noch einige Jahre.

Das erste Thüringer Zahnärzteblatt, das Ende 1990 erschien, bestand aus wenigen Seiten: mit Schreibmaschine getippt und in familiärer Teamarbeit mehr als 2000 mal kopiert, sortiert, geheftet, eingetütet und adressiert. Das war Pionierarbeit. Aber wem ist es schon vergönnt, in seinem Leben so grundlegend an einem Neuaufbau mitarbeiten zu dürfen? Heute bin ich dafür sehr dankbar.

Im Januar 1991 übernahm der Gustav-Fischer-Verlag in Jena die Herausgabe des Thüringer Zahnärzteblattes – tzb. Der Name sollte eigentlich „Thüringer Zahnärzte“ lauten. Das Logo der tz in München gefiel mir in seiner kraftvollen Darstellung. Aus urheberrechtlichen Gründen landeten wir dann beim tzb.

Der Fischer-Verlag war ein sehr geduldiger Auftragnehmer. Ständig hatten wir Terminprobleme mit den Manuskripten. Die Korrekturlesung erfolgte noch im Klebeumbuch im Verlag. Problematisch erwies sich auch die Zusammenarbeit mit den Druckereien. Aus Qualitäts-, Termin- und Kostengründen wurde der Druck von Jena in das (älteste Thüringer) Druckhaus Altenburg verlegt. Die Entfernungen von Suhl zum Herstellungsort wurden immer größer.



Gustav-Fischer-Verlag



Eine Mitarbeiterin des Verlags „Kleine Arche“ beim Erstellen des „Thüringer Zahnärzteblattes“.



Durch Kollegen Luthard kam ich in Verbindung mit dem Ilmtal-Verlag in Bad Berka (später Blankenhain). Das Angebot: Finanzierung des tzb plus Versandkosten aus Werbeeinnahmen. Den Computersatz übernahm die Firma Type Desktop Publishing aus Apolda, den Druck die Gutenberg-Druckerei Weimar.

Als der Inhaber des Ilmtal-Verlages nach einem Jahr mit der „Betriebskasse“ spurlos verschwunden war (helle Aufregung), wurde auf einen Verlag verzichtet. Die Firma Type Desktop Publishing war für die Gesamtherstellung verantwortlich.

Auf der Suche nach immer besseren Angeboten sind wir nun beim Verlag „Kleine Arche“ in Erfurt gelandet.

Bessere Angebote waren immer ein für die Abonnenten, also die Zahnärztinnen und Zahnärzte, günstiges Preis-Leistungs-Verhältnis und die Steigerung des fachlichen und auch ästhetischen Anspruches des Thüringer Zahnärzteblattes.

Eine für die Zahnärzteschaft kostenlose Zeitschrift ist nicht üblich. Hoffentlich können wir diese Bedingungen noch lange halten, obwohl Dentalindustrie und -handel massiv ihre Anzeigenaufwendungen kürzen.

Im Jahr 1992 wurde Frau Meinel Mitarbeiterin des tzb.

Nach Schaffung der gemeinsamen Pressestelle wurde Frau Schmid 1997 als erste Journalistin eingestellt. Ihr folgte Herr Pöhlmann, der in der Öffentlichkeitsarbeit und der Zeitungsredaktion die journalistische Koordination professionalisierte. Seine Nachfolgerin, Frau Pöschel (ehemals Hentschel), ebnete viele Wege in die höheren politischen Sphären und realisierte die Umstrukturierung vom reinen Mitteilungs- und standespolitischen Blatt zu fachlichen und praxisrelevanten Informationen. Mit Frau Pöschel und dem EDV-Wissen von Herrn Dr. Brodersen gelang es, das tzb mittels elektronischer Möglichkeiten besser zu er- und bearbeiten.



↑ **Type Desktop Publishing (Herr Scholz)**

↓ **Frau Meinel, Frau Schmid, Herr Pöhlmann, Frau Pöschel (v. l. n. r.)**





← **Herr Dr. Plaul (rechts)**
Herr Luthardt
Herr Dr. Müller
Herr Radam



Die Redaktion des tzb wurde erweitert um den „Zahnrat“, die Helferinnenbeilage „Zahn-
 arztshelfer aktuell“, die Fortbildungsbroschüren, Begleitbroschüren der Thüringer Zahnärztagung und deren „Vermarktung“ sowie den Internetauftritt der LZKTh.

Im Bereich der KZV Thüringen war Kollege Dr. Plaul aus Weimar mein erster Partner. Seine Arbeit übernahm Herr Luthardt, später gefolgt von Herrn Dr. Müller aus Rudoldstadt und Herrn Radam aus Meiningen. Derzeit habe ich in Kollegen Panzner aus Weimar und in seiner Vertretung, wieder Dr. Müller, kompetente Ansprechpartner.

Als „Dienstältester“ möchte ich an dieser Stelle allen für ihre Mitarbeit am Gelingen des tzb danken:

Den zahnärztlichen Kollegen für ihre engagierte Zuarbeit trotz Praxisstreß, den Mitarbeitern und Verlagen für den journalistischen Schliff, die Fassung und das geduldige Warten auf manches Editorial oder Statement, den Fachautoren aus Hochschule, Praxis und „Pensionärsdasein“ für die ausgesucht guten Fortbeiträge, meinen bereits erwähnten „Lehrern“ und allen Vorstandsmitgliedern beider Körperschaften für ihr Engagement und Unterstützung des tzb als eine anspruchsvolle Lektüre.

Sicherlich hat das Zahnärzteblatt oft sein Layout geändert. Dies soll kein Mangel an Kontinuität bedeuten. Im Gegenteil. Kontinuität bedeutet für uns ständige Verbesserung nach der Devise: Das Bessere ist immer der Feind des Guten.



Ausschreibung

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

Erfurt-Stadt
 ausgeschrieben.

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

Erfurt-Stadt
 ausgeschrieben.

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

Erfurt-Stadt
 ausgeschrieben.

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

Leutenberg
 ausgeschrieben.

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

Sondershausen
 ausgeschrieben.

Bewerbungen und Anträge an den Zulassungsausschuß müssen zur ordnungsgemäßen Bearbeitung spätestens 3 Wochen vor dem Sitzungstermin vollständig in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses, bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen, Theo-Neubauer-Straße 14, 99085 Erfurt, vorliegen. Die nächste Sitzung ist auf den 7. März 2001 terminiert.

Dr. Gottfried Wolf

Gutachtertagung verdeutlichte Kernprobleme bei Dokumentation und Haftpflicht

Die Tagung der Gutachter der LZKTh fand am 15.11.2000 im neuen Kammergebäude statt. Ein Rundgang durch das Haus, der mit der fachkundigen Beurteilung des hochmodernen Fortbildungszentrums einherging, eröffnete den Nachmittag. Im fachlichen Teil wurden laufende Begutachtungsfälle mit den als Sachverständige tätigen Kollegen besprochen und diskutiert. Den Gutachtern wurde so die Möglichkeit gegeben, Fälle aus der Praxis vorzustellen. Dabei wurden einige Fälle geschildert, die aus einem Behandlungsfehler oder auch nur aus einem gestörten Arzt-Patientenverhältnis entstanden waren und sich bis zur Zeugenvernehmung des Gutachters als Sachverständiger vor Gericht entwickelt hatten.

Die Teilnahme der Vorstandsreferentinnen Frau Dr. Krause für die Patientenberatungsstelle und Frau Dr. Brodersen für den GOZ-Bereich sowie von Herrn Dr. Ulitzsch als Vorsitzender der Schlichtungskommission bereicherte die spezielle Diskussion: Themen waren z.B. die Überschreitung des Schwellenwertes bei Privatrechnungen nach komplizierten oralchirurgischen Eingriffen, welche einen Patienten zur Klage veranlaßt hatte

oder die Haftung für nicht mehr vitale Pfeilerzähne nach umfassender voll funktionstüchtiger Zusatzversorgung, wobei der Patient eine hohe Schmerzensgeldforderung an den Behandler stellt.

Die Haftpflichtfrage stand in einem Fall zur Debatte, in dem sich ein Kollege nach Eintritt in den Ruhestand einer immensen Schadenersatzforderung gegenüber sieht, obwohl der angeschuldete Behandlungsfehler bereits Jahre zurückliegt.

Zwei Dinge sollten wir Berufskollegen daraus lernen:

- Die Haftpflichtversicherung auch nach dem Eintritt ins Rentnerdasein bestehen zu lassen.
- Die Behandlungsdokumentation immer mit der notwendigen Sorgfalt zu führen und den Verbleib aller Patientendokumente nach den gesetzlichen Vorschriften zu handhaben und zu überwachen.

Nicht ausgelassen wurde auch diesmal wieder die Problematik oraler Allergien. Immer wieder auftretende „Amalgamphobien“ – so auch im vorliegenden Fall vor dem Landgericht Saarbrücken, welches mit Urteil vom 28.04.2000 die Klage einer Patientin abwies –

zielt auf eine ärztliche Haftung für vermeintliche schwere Gesundheitsstörungen nach Einsatz metallischen Füllungsmaterials. Mit seltener Deutlichkeit hat hier das Gericht die Nichtbeweisbarkeit einer Kausalität zwischen gesundheitlichen Störungen und allergischem Potential einer metallischen Zahnfüllung bestätigt, zumal auch ein Austausch durch keramisches Füllmaterial keine Zustandsänderung bewirkte.

Ein vermutlicher Mißerfolg einer langjährigen kieferorthopädischen Behandlung beschäftigt einen unserer Gutachter und erhält besondere Brisanz durch die Nichtauffindbarkeit von Rö-Dokumenten und Modellen.

Zum Abschluß der Tagung verließen wir die Begutachtungskunde, um uns einen mit beeindruckenden Lichtbildern gestalteten Bericht des Jenaer Kollegen Dr. Joachim Hoffmann über seinen Einsatz für die Einrichtung einer Zahnstation in Kathmandu (Nepal) anzusehen – eine bewundernswerte Leistung!

Dr. Ingo Schmidt
Vorstandsreferent
für Gutachterwesen/Schlichtung

Gebührenverzeichnis Anlage zu § 2 der Kostensatzung der LZKTh

Die Kostensatzung der Landeszahnärztekammer Thüringen wurde mit Beschluß der Kammerversammlung der LZKTh vom 25. November 2000 wie folgt geändert:

1. Allgemeine Gebühren

| | | |
|------|--|-----------------|
| 1.1. | <i>Ausstellung von Zertifikaten der LZKTh z. B. Fachkundebescheinigungen im Strahlenschutz/Gleichstellungsurkunden</i> | <i>30,00 DM</i> |
| 1.2. | <i>Wiederholungsausstellungen bei Verlust von Urkunden/Zertifikaten</i> | <i>50,00 DM</i> |
| 1.3. | <i>Ausstellung von Duplikaten oder Kopien</i> | <i>10,00 DM</i> |
| 1.4. | <i>Mahnung offener Forderungen/Einreichung von Unterlagen 2. und 3. Mahnung</i> | <i>10,00 DM</i> |

2. Verfahren zur Anerkennung

- | | | |
|------|---|-------------|
| 2.1. | <i>Durchführung einer Prüfung oder Wiederholungsprüfung zur Erteilung einer Gebietsbezeichnung einschl. Anerkennung</i> | 1.200,00 DM |
| 2.2. | <i>Erteilung einer Gebietsbezeichnung ohne Durchführung einer Prüfung</i> | 50,00 DM |
| 2.3. | <i>Durchführung einer Prüfung zur Feststellung der Gleichwertigkeit</i> | 1.200,00 DM |
| 2.4. | <i>Feststellung der Gleichwertigkeit ohne Durchführung einer Prüfung</i> | 300,00 DM |

3. Ermächtigung zur Weiterbildung

- | | | |
|------|---|-----------|
| 3.1. | <i>Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung</i> | 350,00 DM |
|------|---|-----------|

4. Fortbildung

- | | | |
|------|---|---|
| 4.1. | <i>Fortbildungskurse/-seminare für Zahnärzte</i> | <i>nach Aufwand lt. Angebot im Fortbildungsprogramm</i> |
| 4.2. | <i>Fortbildungskurse/-seminare für Zahnarthelferinnen</i> | <i>nach Aufwand lt. Angebot im Fortbildungsprogramm</i> |

5. Gebühren für die Ausbildung zur Zahnarthelferin/fortgeb. ZAH/ZMF

- | | | |
|------|---|-----------|
| 5.1. | <i>Eintragung in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse</i> | 35,00 DM |
| 5.2. | <i>Durchführung einer Abschlußprüfung einschließlich Zwischenprüfung, der Ausstellung des Helferinnenbriefes, des Prüfungszeugnisses der Kammer sowie der Bescheinigung über den Erwerb der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz</i> | 250,00 DM |
| 5.3. | <i>Wiederholungsprüfung</i> | 200,00 DM |
| 5.4. | <i>Abschlußprüfung für Anpassungsfortbildung Stomatolog. Schwester</i> | 65,00 DM |
| 5.5. | <i>externe Abschluß- und Wiederholungsprüfung (entspr. § 40 (2) BBiG)</i> | 200,00 DM |
| 5.6. | <i>Durchführung einer Abschlußprüfung mit Erteilung der Anerkennung ZMF/Zertifikat fortgebildete ZAH</i> | 300,00DM |

6. Gebühren der „Zahnärztlichen Röntgenstelle“

- | | | |
|------|---|-----------|
| 6.1. | <i>Konstanzprüfung je Prüfung und Gerät</i> | 125,00 DM |
| 6.2. | <i>1. Wiederholungsprüfung</i> | 100,00 DM |
| 6.3. | <i>2. Wiederholungsprüfung</i> | 100,00 DM |
| 6.4. | <i>überlappende Anschlußprüfung bei Filmwechsel</i> | 20,00 DM |

Hauptgeschäftsführer
Jürgen W. F. Kohlschmidt
verabschiedet

Die Landeszahnärztekammer Thüringen hat zum 7.12.2000 den Vertrag mit Herrn Assessor Jürgen W. F. Kohlschmidt, der seit 5 Jahren als Hauptgeschäftsführer der Kammerverwaltung vorstand, in beidseitigem Einvernehmen beendet. Zur kommissarischen Geschäftsführerin der Landeszahnärztekammer Thüringen wurde Frau Diplom-Verwaltungswirtin Elke Magerod benannt.

30. Eisenberger Mühltauf
und 5. Thüringer Zahnärztauf

Es ist wieder soweit:

Am Samstag, dem 17. März 2001 starten um 14.00 Uhr an der Froschmühle alle laufsportbegeisterten Zahnärztinnen und Zahnärzte aus ganz Thüringen.

Meldungen bitte an den Kreissportbund „Holzlandkreis“, PSF 145, 07607 Eisenberg, Tel.: 036691/42208 oder an DM Johannes Wolf, Tel.: 036691/42370.

Nachmeldungen sind bis zum 17.3., 12.00 Uhr ohne Gebühr möglich.

Der Freie Verband, die LZKTh und die KZVTh rufen wie immer gemeinsam zum Mitmachen auf.

Hinweis!

Weil die Kammer immer noch falsch adressierte Post erreicht, möchten wir nochmals auf die neue Anschrift der Landeszahnärztekammer Thüringen hinweisen:

Barbarossahof 16, 99092 Erfurt

Besondere Rechtsvorschriften für die Fortbildungsprüfung

zur Zahnmedizinischen Fachhelferin/-assistentin und zum Zahnmedizinischen Fachhelfer/-assistenten (ZMF)

Inhalt

- § 1 *Ziel der Prüfung und Bezeichnung des Abschlusses*
- § 2 *Zulassungsvoraussetzungen*
- § 3 *Inhalt der Prüfung*
- § 4 *Gliederung der Prüfung*
- § 5 *Schriftliche Prüfung*
- § 6 *Praktische Prüfung*
- § 7 *Mündliche Prüfung*
- § 8 *Anrechnung anderer Prüfungsleistungen*
- § 9 *Bestehen der Prüfung*
- § 10 *Geschlechtsspezifische Bezeichnung*
- § 11 *Inkrafttreten, Genehmigung*

Auf Grund des Beschlusses des Berufsbildungsausschusses vom 7. November 2000 erläßt die Kammerversammlung der Landeszahnärztekammer Thüringen am 25. November 2000 gemäß § 46 Abs. 1 in Verbindung mit § 41 Satz 1 und 5 und § 58 Abs. 2 des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) vom 14. August 1969 (BGBl. I S. 1112), zuletzt geändert durch Zweites Gesetz zur Änderung der Handwerksordnung und anderer handwerksrechtlicher Vorschriften vom 25. März 1998 (BGBl. I S. 596, 606), die folgenden „Besonderen Rechtsvorschriften für die Fortbildungsprüfung zur Zahnmedizinischen Fachhelferin/-assistentin und zum Zahnmedizinischen Fachhelfer/-assistenten (ZMF)“.

§ 1

Ziel der Prüfung und Bezeichnung des Abschlusses

Zum Nachweis von Kenntnissen, Fähigkeiten und Erfahrungen, die durch die berufliche Aufstiegsfortbildung zur „Zahnmedizinischen Fachhelferin/-assistentin und zum Zahnmedizinischen Fachhelfer/-assistenten (ZMF)“ erworben worden sind, kann die Landeszahnärztekammer Thüringen Prüfungen durchführen.

Durch die Prüfung ist festzustellen, ob die Prüfungsteilnehmer die notwendigen Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen besitzen, u.a.

- in der Gewinnung, Übernahme und Interpretation von Befunden,
- in der begleitenden Durchführung präventiver und therapeutischer Maßnahmen,
- für die Motivierung der Patienten zur Verhaltensänderung durch Gesundheitserziehung und -aufklärung,
- zur Durchführung von Tätigkeiten im Bereich des gesamten Abrechnungswesens, der Praxisverwaltung und -organisation und
- in der Mitwirkung bei der Ausbildung der Auszubildenden.

Die erfolgreich absolvierte Prüfung führt zum Abschluß „Zahnmedizinische Fachhelferin/-assistentin“ oder „Zahnmedizinischer Fachhelfer/-assistent“.

Im Zusammenhang mit dem Bausteinsystem besteht auch die Möglichkeit, durch eine Prüfung Teilqualifikationen einer ZMF zu erwerben.

§ 2 Zulassungsvoraussetzungen

Zur Prüfung ist zuzulassen, wer eine mit Erfolg vor einer Landeszahnärztekammer abgelegte Abschlußprüfung als Zahnarzthelferin/ Zahnarzthelfer oder einen gleichwertigen Abschluß, eine mindestens zweijährige Tätigkeit in dem Beruf gem. Ziff. 1 durch Tätigkeitsbescheinigungen, Arbeitszeugnis oder ähnliches, den Kenntnissnachweis gemäß § 23 Ziff. 4 Röntgenverordnung, die Teilnahme an einem Kurs „Maßnahmen im Notfall“ (Herz-Lungen-Wiederbelebung mit mindestens 16 Unterrichtsstunden) und die geforderten Testate und Praktika nachweist.

Im Rahmen einer bausteinbezogenen Fortbildung ist der vollständige und erfolgreiche Abschluß der jeweiligen Bausteine innerhalb eines Zeitraumes von in der Regel drei Jahren erforderlich.

Die Gleichwertigkeit des beruflichen Abschlusses gemäß Abs. 1 Ziff. 1 stellt auf Antrag die Landeszahnärztekammer Thüringen fest.

Für die Entscheidung zur Prüfungszulassung gilt § 10 der Prüfungsordnung für die Durchführung von Fortbildungsprüfungen entsprechend.

§ 3 Inhalt der Prüfung

Die Fortbildungsprüfung erstreckt sich auf die in der „Ordnung für die Durchführung der Fortbildung zur Zahnmedizinischen Fachhelferin/-assistentin und zum Zahnmedizinischen Fachhelfer/-assistenten“ festgelegten Lerngebiete.

§ 4 Gliederung und Reihenfolge der Prüfung

Die Prüfung erstreckt sich auf folgende Prüfungsfächer in den Bausteinen I – III:

I. Baustein: Grundkurs

- Allgemeinmedizinische und Zahnmedizinische Grundlagen
- Psychologie und Kommunikation

II. Baustein: Klinischer Kurs

- Oralprophylaxe
- Klinische Dokumentation
- Behandlungsbegleitende Maßnahmen, Arbeitssicherheit, -systematik/Ergonomie

III. Baustein: Abrechnung, Verwaltung, Pädagogik

- Abrechnungswesen
- Praxisorganisation/Rechts- und Berufskunde/Verwaltung
- Ausbildungswesen/Pädagogik

Die Prüfung wird in folgender Reihe durchgeführt:

1. Schriftliche Prüfung
2. Praktische Prüfung
3. Mündliche Prüfung

§ 5 Schriftliche Prüfung

In den gemäß § 4 genannten Prüfungsfächern ist eine schriftliche Prüfung durchzuführen.

Die Bearbeitungsdauer beträgt für die Prüfungsfächer gemäß Abs. 1 insgesamt höchstens vierzehn Stunden. Sie gliedert sich in den einzelnen Prüfungsfächern wie folgt:

- | | |
|---|--------|
| A Allgemeinmedizinische und Zahnmedizinische Grundlagen | 2 Std. |
| B Psychologie und Kommunikation | 1 Std. |
| C Oralprophylaxe | 2 Std. |
| D Klinische Dokumentation | 1 Std. |

- | | |
|---|--------|
| E Behandlungsbegleitende Maßnahmen | 3 Std. |
| F Abrechnungswesen | 2 Std. |
| G Praxisorganisation/Rechts- und Berufskunde/Verwaltung | 2 Std. |
| H Ausbildungswesen/Pädagogik | 1 Std. |

Einzelne Prüfungsfächer können zeitlich vorgezogen und bewertet werden.

§ 6 Praktische Prüfung

In den Fächern C, D, E gemäß § 4 ist eine praktische Prüfung durchzuführen.

Die praktische Prüfung erfolgt in von der Landeszahnärztekammer Thüringen bestellten Prüfpraxen in Form einer Prophylaxesitzung am Patienten mit einer Höchstzeit von 180 Minuten.

In der Prüfung hat der Prüfling nachzuweisen, daß er die in der Fortbildung aufgeführten Behandlungsmaßnahmen und Fertigkeiten beherrscht und in der Lage ist, im rechtlich zulässigen Rahmen am Patienten zu arbeiten.

Die praktische Prüfung umfaßt u.a. folgende Prüfungsfächer:

Klinische Dokumentation

- Erstellung eines Mundhygienestatus

Oralprophylaxe

- Erstellung eines individuellen häuslichen Mundhygienekonzeptes mit Motivierung und Instruktion
- Fluoridanamnese und Therapie, Fluoridierung einschließlich relativer Trockenlegung
- Entfernung von weichen und harten sowie klinisch erreichbaren subgingivalen Belägen

Behandlungsbegleitende Maßnahmen

- Durchführung einer Glattflächenpolitur
- Durchführung einer Fissurenversiegelung, einschließlich absoluter Trockenlegung
- Durchführung einer Füllungsendpolitur
- Herstellung von Provisorien

- Abformung zur Herstellung von Situationsmodellen
- Erstellung von Röntgenbildern
- Mitarbeit bei der kieferorthopädischen Behandlung
- Reinigung und Politur von Zähnen nach Entfernung von festsitzenden Geräten

§ 7 Mündliche Prüfung

Die mündliche Prüfung wird in den Prüfungsfächern A bis E gemäß § 4 durch einen Prüfungsausschuß der Landes Zahnärztekammer Thüringen jeweils nach der praktischen Prüfung durchgeführt. Sie soll in der Regel dreißig Minuten je Prüfling nicht übersteigen.

Die schriftliche Prüfung kann auf Antrag des Prüflings durch eine mündliche Prüfung in einem Fach ergänzt werden, wenn dies für das Bestehen der Prüfung den Ausschlag geben kann.

Über den Antrag nach Abs. 2 entscheidet die Landes Zahnärztekammer Thüringen; für die Durchführung der mündlichen Ergänzungsprüfung gilt Abs. 1 entsprechend.

§ 8 Anrechnung anderer Prüfungsleistungen

Für die Anrechnung anderer Prüfungsleistungen gilt § 30 der Prüfungsordnung.

§ 9 Bestehen der Prüfung

- Die Prüfungsfächer gemäß § 4 werden auf der Grundlage der erzielten Ergebnisse in der schriftlichen, mündlichen und praktischen Prüfung nach den Paragraphen 5 - 7 jeweils einzeln mit einer Endnote bewertet. Bei Bruchwerten ab „5“ wird die Note aufgerundet.
- Das Gesamtergebnis der Prüfung ergibt sich aus dem Mittel der jeweiligen Endnoten gemäß Abs. 1.
Für die Rundung gilt Abs. 1 Satz 2 entsprechend.

→ Die Prüfung ist bestanden, wenn der Prüfling in allen Prüfungsfächern mindestens ausreichende Leistungen erbracht hat.

→ Über das Bestehen der Prüfung ist ein Prüfungszeugnis gemäß § 23 Prüfungsordnung für die Durchführung von Fortbildungsprüfungen auszustellen, aus dem sich die in den einzelnen Prüfungsfächern erzielten Bewertungen und das Gesamtergebnis ergeben müssen.

→ Im Falle der Anrechnung anderer Prüfungsleistungen gemäß § 8 sind Ort, Datum sowie die zuständige Landes Zahnärztekammer der anderweitig abgelegten Prüfung anzugeben.

§ 10 Geschlechtsspezifische Bezeichnung

Alle personenbezogenen Begriffe dieser Besonderen Rechtsvorschriften für die Fortbildungsprüfung werden im jeweiligen Einzelfall im amtlichen Sprachgebrauch in ihrer geschlechtsspezifischen Bezeichnung verwendet.

§ 11 Inkrafttreten, Genehmigung

Diese Besonderen Rechtsvorschriften für die Fortbildungsprüfung zur Zahnmedizinischen Fachhelferin/-assistentin und zum Zahnmedizinischen Fachhelfer/-assistenten treten nach Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde am Tage nach ihrer Veröffentlichung im amtlichen Mitteilungsblatt „Thüringer Zahnärzteblatt“ in Kraft.

Das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit hat mit Schreiben vom 1. Dezember 2000 unter Aktenzeichen 63-63952-008 gemäß § 41 Satz 5 Berufsbildungsgesetz die Genehmigung erteilt.

Die vorstehenden „Besonderen Rechtsvorschriften für die Fortbildungsprüfung zur Zahnmedizinischen Fachhelferin/-assistentin und zum Zahnmedizinischen Fachhelfer/-assistenten (ZMF)“ werden hiermit ausgefertigt.

Erfurt, den 6. Dezember 2000

*gez. Herbst
Vorsitzender der
Kammerversammlung*

Vergütungstabelle 2001

Nach dreijähriger Pause hat sich der Vorstand der Landes Zahnärztekammer Thüringen in seiner Sitzung am 24. November 2000 entschlossen, für 2001 eine neue Tariftabelle zu veröffentlichen. Darin ist eine zweistufige Steigerung der Vergütungen für die Zahnarztthelferinnen um 5 bzw. 2,4 % vorgesehen. Die Tarife werden damit an die Entwicklung der letzten Jahre angepaßt. Sie entsprechen etwa 85 % der in Berlin und in den alten Bundesländern derzeit bekannten Tariftabellen.

Diese Tabelle stellt eine Empfehlung an die Zahnarztpraxen dar. Eine Verpflichtung zur Übernahme besteht nicht. Der orientierende Charakter für die Praxen ist allerdings sehr groß. Oft wird in der Kammer nach dieser Tabelle gefragt.

Die Vergütungen für die Auszubildenden werden zum 1. August 2001 um 40,00 DM angehoben.

→
Dr. Robert Eckstein

| Monatsvergütung für Zahnarzhelferinnen und Stomatologische Schwestern | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|
| Tätigkeitsgruppe I | | | |
| Steigerung um: | 2,40% | 5,00% | 2,40% |
| | ab 01.01.1998 | ab 01.01.2001 | ab 01.09.2001 |
| 1. Berufsjahr | 1.916,93 DM | 2.012,78 DM | 2.061,09 DM |
| 2. Berufsjahr | 1.977,34 DM | 2.075,85 DM | 2.125,67 DM |
| 3. Berufsjahr | 1.983,49 DM | 2.082,15 DM | 2.132,12 DM |
| 4. Berufsjahr | 2.094,08 DM | 2.198,70 DM | 2.250,75 DM |
| 5. Berufsjahr | 2.136,06 DM | 2.242,80 DM | 2.295,80 DM |
| 6. Berufsjahr | 2.195,46 DM | 2.305,23 DM | 2.360,56 DM |
| 7. Berufsjahr | 2.253,82 DM | 2.365,65 DM | 2.422,43 DM |
| 8. Berufsjahr | 2.352,13 DM | 2.469,60 DM | 2.528,87 DM |
| 09.-10. Berufsjahr | 2.390,02 DM | 2.509,50 DM | 2.569,73 DM |
| 11.-12. Berufsjahr | 2.400,26 DM | 2.520,00 DM | 2.580,48 DM |
| 13.-15. Berufsjahr | 2.469,89 DM | 2.592,45 DM | 2.654,67 DM |
| 16.-18. Berufsjahr | 2.566,14 DM | 2.694,44 DM | 2.759,11 DM |
| 19.-21. Berufsjahr | 2.644,99 DM | 2.776,20 DM | 2.842,83 DM |
| 22.-24. Berufsjahr | 2.743,30 DM | 2.880,15 DM | 2.949,27 DM |

Tätigkeitsgruppe I

Zahnarzhelfer/innen und Stomatologische Schwestern nach erfolgreich abgeschlossener Berufsausbildung

| Monatsvergütung für Zahnarzhelferinnen und Stomatologische Schwestern | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|
| Tätigkeitsgruppe II | | | |
| Steigerung um: | 2,40% | 5,00% | 2,40% |
| | ab 01.01.1998 | ab 01.01.2001 | ab 01.09.2001 |
| 1. Berufsjahr | 2.061,31 DM | 2.164,38 DM | 2.216,32 DM |
| 2. Berufsjahr | 2.125,82 DM | 2.232,12 DM | 2.285,69 DM |
| 3. Berufsjahr | 2.187,26 DM | 2.296,63 DM | 2.351,75 DM |
| 4. Berufsjahr | 2.251,78 DM | 2.364,36 DM | 2.421,11 DM |
| 5. Berufsjahr | 2.297,86 DM | 2.412,75 DM | 2.470,65 DM |
| 6. Berufsjahr | 2.361,34 DM | 2.479,41 DM | 2.538,92 DM |
| 7. Berufsjahr | 2.422,78 DM | 2.543,92 DM | 2.604,98 DM |
| 8. Berufsjahr | 2.529,28 DM | 2.655,74 DM | 2.719,48 DM |
| 09.-10. Berufsjahr | 2.570,24 DM | 2.698,75 DM | 2.763,52 DM |
| 11.-12. Berufsjahr | 2.614,27 DM | 2.744,99 DM | 2.810,87 DM |
| 13.-15. Berufsjahr | 2.654,21 DM | 2.786,92 DM | 2.853,80 DM |
| 16.-18. Berufsjahr | 2.759,68 DM | 2.897,66 DM | 2.967,21 DM |
| 19.-21. Berufsjahr | 2.844,67 DM | 2.986,91 DM | 3.058,59 DM |
| 22.-24. Berufsjahr | 2.949,12 DM | 3.096,58 DM | 3.170,89 DM |

Tätigkeitsgruppe II

Zahnarzhelfer/innen und Stomatologische Schwestern mit kammerrechtlich anerkanntem/anerkannten Fortbildungsnachweis/en (nach Prüfung) von mindestens 150 Unterrichtsstunden auf der Grundlage der jeweiligen Fortbildungsregelungen/-ordnungen.

Die Absolvierung praxistattpflichtiger Zeiten im Rahmen der jeweiligen Fortbildung/en ist auf die Fortbildungsdauer von 150 Unterrichtsstunden anzurechnen.

| Monatsvergütung für Zahnarzhelferinnen und Stomatologische Schwestern | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| Tätigkeitsgruppe III | | | |
| Steigerung um: | 2,40% | 5,00% | 2,40% |
| | | | |
| | ab 01.01.1998 | ab 01.01.2001 | ab 01.09.2001 |
| 1. Berufsjahr | 2.204,67 DM | 2.314,91 DM | 2.370,46 DM |
| 2. Berufsjahr | 2.219,01 DM | 2.329,96 DM | 2.385,88 DM |
| 3. Berufsjahr | 2.274,30 DM | 2.388,02 DM | 2.445,33 DM |
| 4. Berufsjahr | 2.339,84 DM | 2.456,83 DM | 2.515,80 DM |
| 5. Berufsjahr | 2.409,47 DM | 2.529,95 DM | 2.590,66 DM |
| 6. Berufsjahr | 2.457,60 DM | 2.580,48 DM | 2.642,41 DM |
| 7. Berufsjahr | 2.525,18 DM | 2.651,44 DM | 2.715,08 DM |
| 8. Berufsjahr | 2.591,74 DM | 2.721,33 DM | 2.786,64 DM |
| 09.-10. Berufsjahr | 2.705,41 DM | 2.840,68 DM | 2.908,85 DM |
| 11.-12. Berufsjahr | 2.749,44 DM | 2.886,91 DM | 2.956,20 DM |
| 13.-15. Berufsjahr | 2.795,52 DM | 2.935,30 DM | 3.005,74 DM |
| 16.-18. Berufsjahr | 2.952,19 DM | 3.099,80 DM | 3.174,20 DM |
| 19.-21. Berufsjahr | 3.043,33 DM | 3.195,49 DM | 3.272,19 DM |
| 22.-24. Berufsjahr | 3.154,94 DM | 3.312,69 DM | 3.392,20 DM |

Tätigkeitsgruppe III

Zahnarzhelfer/innen und Stomatologische Schwestern mit kammerrechtlich anerkanntem/anerkannten Fortbildungsnachweise/en (nach Prüfung) von mindestens 350 Unterrichtsstunden auf der Grundlage der jeweiligen Fortbildungsregelungen/-ordnungen.

Die Absolvierung praxistestpflichtiger Zeiten im Rahmen der jeweiligen Fortbildung/en ist auf die Fortbildungsdauer von 350 Unterrichtsstunden anzurechnen.

| Monatsvergütung für Zahnarzhelferinnen und Stomatologische Schwestern | | | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| Tätigkeitsgruppe IV | | | |
| Steigerung um: | 2,40% | 5,00% | 2,40% |
| | | | |
| | ab 01.01.1998 | ab 01.01.2001 | ab 01.09.2001 |
| 1. Berufsjahr | 2.396,16 DM | 2.515,97 DM | 2.576,35 DM |
| 2. Berufsjahr | 2.471,94 DM | 2.595,53 DM | 2.657,83 DM |
| 3. Berufsjahr | 2.543,62 DM | 2.670,80 DM | 2.734,90 DM |
| 4. Berufsjahr | 2.618,37 DM | 2.749,29 DM | 2.815,27 DM |
| 5. Berufsjahr | 2.671,62 DM | 2.805,20 DM | 2.872,52 DM |
| 6. Berufsjahr | 2.744,32 DM | 2.881,54 DM | 2.950,69 DM |
| 7. Berufsjahr | 2.817,02 DM | 2.957,88 DM | 3.028,86 DM |
| 8. Berufsjahr | 2.940,93 DM | 3.087,97 DM | 3.162,09 DM |
| 09.-10. Berufsjahr | 2.988,03 DM | 3.137,43 DM | 3.212,73 DM |
| 11.-12. Berufsjahr | 3.038,21 DM | 3.190,12 DM | 3.266,68 DM |
| 13.-15. Berufsjahr | 3.087,36 DM | 3.241,73 DM | 3.319,53 DM |
| 16.-18. Berufsjahr | 3.209,22 DM | 3.369,68 DM | 3.450,55 DM |
| 19.-21. Berufsjahr | 3.307,52 DM | 3.472,90 DM | 3.556,25 DM |
| 22.-24. Berufsjahr | 3.429,38 DM | 3.600,84 DM | 3.687,27 DM |

Tätigkeitsgruppe IV

Zahnmedizinische Fachhelferinnen (ZMF), Fachschwestern für Zahn- und Mundhygiene und Zahnmedizinische Verwaltungshelferinnen (ZMV)

23 Kreisstellenversammlungen zur BEL II durchgeführt



Dr. Hubert Engel, Dr. Karl-Friedrich Rommel und Frau Döpping (Bereichsleiterin ZE)

Das war schon ein kleines Mammutprogramm, welches da in knapp vier Wochen absolviert werden mußte. Dafür sei an dieser Stelle allen Beteiligten ein großes „Dankeschön“ gesagt.

Sechs Teams, bestehend aus einem Vorstandsmitglied, oft einem Gutachter, der Geschäftsführung, einer Abrechnungsmitarbeiterin und dem KFO-Fachausschuß waren unterwegs, um die Änderungen des BEL II vorzustellen.



Großes Auditorium im Saal des Hotels „Meininger Hof“

So wie im Meininger Hof in Saalfeld, war auch bei den Versammlungen in Nordhausen, Waldau, Erfurt, Meiningen, Mühlhausen, Altenburg, Suhl, Jena, Triebes, Gotha, Sondershausen, Gera, Oppurg, Bad Salzungen, Bad Klosterlausnitz, Eisenach, Heilingenstadt, Sonneberg, Weimar, Arnstadt die Zuhörerschaft sehr zahlreich erschienen.

Die Vorstandsmitglieder der KZV fanden Unterstützung bei ihren Ausführungen durch Dr. Jens-Michael Plaul, Weimar; Dr. Peter Bracke; Gräfenroda, Dr. Gunder Merkel, Schmalkalden, Dr. Thomas Hünlicher, Gera und Dr. Hubert Engel, Eisenach, denen für ihre Einsatzbereitschaft und Leistung unser Dank gebührt.

Bei allen Veranstaltungen wurden die Kolleginnen und Kollegen durch die Vorstandsmitglieder zu aktuellen, politisch brisanten Themen informiert. Es bot sich die Möglichkeit, am Anschluß an die Referate zur BEL II, alle interessierenden Fragen an die Vorstandsmitglieder und die Geschäftsführung zu stellen.

Erst mit dem Inkrafttreten des BEL II im Januar 2001 und der damit verbundenen täglichen Anwendung in der Praxis werden konkrete Probleme sichtbar und dann auch in Verbindung mit der Abrechnungsabteilung klärbar sein.

Uns Zahnärzten muß dabei immer bewußt sein, daß die Zahnarztpraxis, also wir, für die Richtigkeit der zahntechnischen Abrechnung verantwortlich sind und dieses zu sichern haben.

Dr. K.-H. Müller, Rudolstadt

Last minute

zum



Noch nicht zum IUZ, der innovativen Fortbildungsreihe der Landes Zahnärztekammer Thüringen angemeldet?

**Dann aber schnell entscheiden,
am 26. Januar 2001 ist letzter Termin!!**

Die zahnärztliche Aufzeichnungspflicht in der vertragszahnärztlichen Praxis

1. Allgemeine Grundsätze zur Fertigung von Aufzeichnungen

Die Pflicht zur ordnungsgemäßen Aufzeichnung ist nicht in erster Linie eine vertragszahnärztliche sondern vielmehr eine allgemein berufsrechtliche. So regelt § 21 des Thüringer Heilberufegesetzes, daß Kammerangehörige, die ihren Beruf ausüben, insbesondere die Pflicht haben, soweit sie als ambulant tätige Zahnärzte tätig sind, über die in Ausübung ihres Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen Aufzeichnungen zu machen. Das nähere hierzu regelt die Berufsordnung.

Weitere Rechtsgrundlagen zur Dokumentation finden sich bspw. in Röntgenverordnung, Strahlenschutzverordnung, Geschlechtskrankheitengesetz, Jugendarbeitsschutzgesetz. Auf die Besonderheiten soll an dieser Stelle nicht vertiefend eingegangen werden, soweit sich nachfolgend mit Aufzeichnungen befaßt wird, ist primär die Behandlungs- oder Patientenkartei gemeint.

Gem. § 6 der Berufsordnung für Thüringer Zahnärzte ist der Zahnarzt verpflichtet, Befunde und Behandlungsmaßnahmen fortlaufend und für jeden Patienten getrennt aufzuzeichnen. Zahnärztliche Aufzeichnungen, Krankengeschichten und Röntgenbilder, auch auf elektronischen Datenträgern, sind entsprechend den gesetzlichen oder vertraglichen Vorschriften aufzubewahren. Bei ihrer Herausgabe sind die Bestimmungen über die zahnärztliche Schweigepflicht und des Datenschutzes besonders zu beachten.

Diese allgemeinen berufsrechtlichen Grundsätze erhalten durch die Bundesmantelverträge für die vertragszahnärztliche Praxis eine weitere Ausgestaltung.

§ 5 Abs. 1 BMV-Z bestimmt für den Primärkassenbereich, daß der Kassenzahnarzt verpflichtet ist, über jeden behandelten Kranken Aufzeichnungen zu machen, aus denen die einzelnen Leistungen, die behandelten Zähne und, soweit erforderlich, die Diagnose sowie die Behandlungsdaten ersichtlich sein müssen. Eine ähnliche Regelung enthält § 4 Abs. 2 Satz 1 EKV-Z für die Ersatzkassen. Danach

ist fortlaufend über die Behandlung jedes Anspruchsberechtigten ein Krankenblatt (Karteikarte) zu führen, das genaue Aufzeichnungen über die Behandlungstage und die ausgeführten Leistungen enthalten muß.

2. Art, Inhalt und Umfang der Dokumentationspflicht

Art, Inhalt und Umfang der Dokumentationspflicht sind in den o. g. Vorschriften durch unbestimmte Rechtsbegriffe beschrieben, die einer Ausfüllung bedürfen. Grundsätzlich richten sie sich nach dem Schutzzweck. Der Schutzzweck läßt sich mit drei Begriffen beschreiben. So dient die Dokumentation der Therapiesicherung, der Beweissicherung und der Rechenschaftslegung. Die Dokumentation soll eine sachgerechte Behandlung und Weiterbehandlung ermöglichen. Jeder mit- und nachbehandelnde Arzt muß jederzeit imstande sein, sich über durchgeführte Maßnahmen und angewandte Therapie zu informieren.

Darüber hinaus dient die Dokumentation aber auch der Erfüllung bestehender Rechenschaftspflichten. Die Rechenschaftspflichten sind in der Literatur nicht unumstritten. Jedoch wird der überwiegenden Meinung zu folgen sein, daß sie einmal gegenüber dem Patienten aus vertraglichen Verpflichtungen und zum anderen gegenüber der die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung garantierenden KZV aus dem Mitgliedschaftsverhältnis erwächst.

Daraus ergibt sich, daß sich die ärztliche Dokumentation auf Anamnese, Diagnose und Therapie bezieht. Dabei ist eine strenge Dokumentation, ausgerichtet auf die medizinische Üblichkeit und Erforderlichkeit, zu fordern. Ergänzt wird die Dokumentationspflicht des Vertragszahnarztes durch seine Mitwirkungspflichten im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung. Die nach den Bundesmantelverträgen geforderte Dokumentation, muß im Rahmen der Rechenschaftspflichten befähigen, alle für den Vergütungsanspruch des Zahnarztes und die Leistungspflicht der Kostenträger relevanten

Sachverhalte wiederzugeben. Keinesfalls ausreichend ist die Angabe der für die Erfassungsscheine ausreichenden Angaben.

Da mit der Einführung der Diskettenabrechnung Befunde und Diagnosen nicht mehr auf den Erfassungsscheinen oder den Datenträgern einzutragen sind, kommt der Eintragung in die Dokumentation zur Nachvollziehbarkeit der Leistung weiter gesteigerte Bedeutung zu.

Aus der Verpflichtung zur fortlaufenden Dokumentation ergibt sich, daß bei den Eintragungen auch die Chronologie des Behandlungsablaufes nachvollziehbar wiedergegeben werden muß.

3. Beispiele

Ä1: Der Dokumentation der Beratungsleistungen kommt besondere Bedeutung zu. Sie ist umfassend vorzunehmen. Sie hat insbesondere den Anforderungen an eine ordnungsgemäße Aufklärung zu genügen. Um Wiederholungen zu vermeiden, ist auf die Veröffentlichungen u. a. im tzb 10/97 S. 379-380 und tzb 11/99 S. 38-42 hinzuweisen. Durchgeführte Beratungen sind auch dann zu dokumentieren, wenn eine Abrechenbarkeit nicht gegeben sein sollte. Werden standardisierte Beratungsabläufe oder Aufklärungsbögen verwendet, kann hierauf Bezug genommen werden. Das notwendige eingehende Gespräch und dessen Ergebnis ist aber einzelfallbezogen darzustellen.

Nach durchgeführter eingehender Untersuchung des Zahn-, Mund und Kieferbereiches ist der erhobene Befund umfassend zu dokumentieren. Es sind somit die Ergebnisse der durchgeführten Anamnese sowie die durchgeführten klinischen extra- und intraoralen Untersuchungen und deren Ergebnisse zu dokumentieren. Bei Patienten, die sich in laufender Behandlung bzw. Betreuung des Zahnarztes befinden, kann auf bereits erhobene Befunde zurückgeriffen werden, wobei hier auf Veränderungen bzw. Fortbestehen der Ergebnisse einzugehen ist. In jedem Fall ist unter Verwendung der durch die vereinbarten Abrechnungsbestimmungen festgelegten Abkürzungen der Befund in die Doku-

mentation aufzunehmen. Wird im Zusammenhang mit der eingehenden Untersuchung eine Beratung des Patienten notwendig, dann ist diese zwar nicht gesondert abrechnungsfähig, gleichwohl unter Beachtung der Ausführungen zur Ä1 selbständig zu dokumentieren.

Das Ergebnis der Prüfung ist zahnbezogen z.B. durch + oder - kenntlich zu machen. Ebenfalls ist die Untersuchungsmethode anzugeben. Soweit Besonderheiten ein Abweichen der aus Wirtschaftlichkeitserwägungen zu fordernden Untersuchung aller Zähne in einer Sitzung erfordern, z.B. Beobachtung nach Cp, sind entsprechende Vermerke vorzunehmen.

Bei der Behandlung überempfindlicher Zahnflächen werden der Zahn/die Zähne und das verwendete Medikament angegeben.

Hierbei ist die Angabe des Zahnes oder des Bereiches sowie die durchgeführte Maßnahme (separiert, Zahnfleisch verdrängt, Spanngummi angelegt, Stillung übermäßiger Papillenblutung) notwendig.

Es muß der Zahn oder der Bereich und die Art der Verrichtung (z. B. Beseitigung scharfer Kante, Kürzung Prothesenrand, Antagonist aus der Artikulation geschliffen, bei alter Füllung Glätten des überstehenden Randes) angegeben werden.

4. Formen der Dokumentation:

Die Anforderungen an die Dokumentation sind hoch, aber durch Rechtsprechung und Vorschriften oder Standards nicht spezifiziert, d.h. daß sie sich im Einzelfall am Schutzzweck orientieren. Aus den Anforderungen an den Inhalt ergeben sich die Forderungen an die Form der Dokumentation. Grundsätzlich ist anzuraten, bei der Dokumentation größtmögliche Sorgfalt walten zu lassen, ohne in defensives „Vielschreiben“ zu verfallen. Es sind alle wesentlichen diagnostischen und therapeutischen Bewandnisse, Gegebenheiten und Maßnahmen darzulegen. Wegen der primär medizinischen Funktion der Dokumentation sind die Eintragungen so vorzunehmen, daß sie ein Fachmann hinreichend nachvollziehen kann. Somit sind nachvollziehbare Abkürzungen oder/und Stichwort zulässig. Selbstverständliche Routinehandlungen und -Kontrollen sind ent-

behrlich, wenn sie im ständigen Zusammenhang zu den notwendig dokumentierten Handlungen erbracht werden. Unschädlich ist ebenfalls, wenn die Dokumentation schwer lesbar oder von der Helferin geschrieben wurde. Zu beachten ist jedoch, daß der Beweiswert der Dokumentation leiden kann, wenn sie nicht fortlaufend geführt, sondern in sogenannter Schönschrift oder über Jahre mit demselben Stift geführt wird.

Die Dokumentation hat in unmittelbarem Zusammenhang mit der Behandlung zu erfolgen. Ergänzungen sind möglich ggf. sogar erforderlich, insbesondere, wenn die Eintragungen von der Sprechstundenhilfe vorgenommen werden und eine notwendige Kontrolle durch den Zahnarzt erst nach Sprechstundenende durchgeführt werden kann. Allerdings ist bei jeder nachträglichen Änderung oder dem Zusatz von Eintragungen ein Vermerk zum Zeitpunkt und ggf. Grund vorzunehmen, da der Beweiswert der Eintragung mit fortschreitender Zeit abnimmt. Wann eine Dokumentation als noch rechtzeitig durchgeführt anzusehen ist, richtet sich nach der Art, Schwere und Kompliziertheit des Eingriffs im Einzelfall. Der höchste Beweiswert ist der unmittelbar zur Behandlung durchgeführten Dokumentation beizumessen.

5. Elektronische Dokumentation

Weder aus den allgemeinen berufsrechtlichen Regelungen noch aus den Bundesmantelverträgen läßt sich ein Verbot der Dokumentation mittels EDV entnehmen. Mit der KZBV ist die Auffassung zu vertreten, daß es keine vertraglichen Regelungen dazu gibt, ob die Patientenkartei manuell oder über PC geführt werden kann. Die Wahl des Mediums zur Führung der Karteikarte liegt im Ermessen jeden Zahnarztes. Um den Urkundencharakter aufrechtzuerhalten und zum Ausschluß der nachträglichen Manipulation ist jedoch die manuelle Führung der Karteikarte weiterhin als Medium der Wahl zu empfehlen.

Wird die Dokumentation mittels EDV durchgeführt, sind, um Nachteilen vorzubeugen, wesentliche Grundsätze zu beachten. So müssen die bisherigen Erfordernisse von Anamnese-, Diagnose- und Behandlungsverlaufsdokumentation eingehalten werden. Es sind Sicherheitsstandards für den Fall des überraschenden Versagens der EDV-Technik

vorzusehen und einzuhalten. Da die Meinungsbildung der Rechtsprechung zum Beweiswert dieser Form der Dokumentation noch nicht abgeschlossen ist, sind solche Systeme zu wählen oder Abläufe zu organisieren, die es ermöglichen, den Nachweis zum Ausschluß nachträglicher Veränderungen zu führen. Es wird zu verlangen sein, daß die Speicherung unmittelbar und auf fälschungs- und änderungssicheren Datenträgern erfolgt. Die Reproduzierbarkeit der Datensätze ist zu sichern.

Ergibt sich die Notwendigkeit der späteren Änderung oder des Zusatzes, ist dieses unverfälschbar zu erfassen, da sich aus dem Zeitpunkt der Niederlegung Rückschlüsse auf den Beweiswert der Eintragung ziehen lassen.

Wird die Eintragung während der laufenden Behandlung durch die Helferin vorgenommen und ergibt sich bei der unmittelbar durchzuführenden Kontrolle durch den Zahnarzt, daß unrichtige oder fehlerhafte Eintragungen korrigiert werden müssen, empfiehlt sich die Fertigung und der Ausdruck eines Fehler- oder Änderungsprotokolls. Soweit das Programm eine unveränderbare und unverfälschbare Chronologie der Eintragungen vorsieht, könnte dies auch genügen, allerdings sollte hier auf die Skepsis hinsichtlich des Beweiswertes im Zusammenhang mit elektronischer Speicherung, wie sie noch allenthalben zu finden ist, Rücksicht genommen und entsprechende Vorkehrungen zum Nachweis der unmanipulierten Speicherung getroffen werden.

Obleich davon auszugehen ist, daß sich der Führung elektronischer Karteikarten nicht mehr entzogen werden kann, ist immer daran zu denken, daß die Verletzung der Dokumentationsobliegenheiten zu Beweiserleichterungen bis hin zur Beweislastumkehr im Haftungsfall führen kann. Im Rahmen der Rechenschafts- und Auskunftspflichten bei der vertragszahnärztlichen Versorgung können Dokumentationsprobleme zum Ausschluß von Vergütungs- oder Regreßansprüchen sowie zu disziplinarrechtlichen Sanktionen führen. Solchen Problemen ist durch den Zahnarzt ausreichend entgegenzuwirken, da ein Nachholen der Dokumentation ausgeschlossen ist.

Roul Rommeiß

*Stellv. Hauptgeschäftsführer
und Justitiar*

tzb

Fortbildungs-
themen

zum Heraustrennen und Sammeln

Chirurgische Zahnerhaltung
durch Wurzelspitzenresektion
ein- oder mehrwurzeliger Zähne

Ästhetik und Funktion
aus der Sicht der Kieferorthopädie



*Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde*
(Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. med. dent. H. Graf)

*Klinik und Poliklinik
für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie/Plastische Chirurgie*
(Direktor: Prof. Dr. Dr. med. habil. D. Schumann)

*Poliklinik für Konservierende Zahnheilkunde**
(komm. Direktor: Prof. Dr. med. dent. E. Glockmann)

Chirurgische Zahnerhaltung durch Wurzelspitzenresektion ein- oder mehrwurzeliger Zähne

*Uta Mägdfessel-Schmutzer, D. Schumann, Gisela Klinger**

Einführung

Bereits 1896 inaugurierte PARTSCH die chirurgische Behandlung der chronisch apikalen Parodontitis durch Wurzelspitzenresektion. Die operative Kürzung des apikalen Drittels der Zahnwurzel mit ihren Ramifikationen sowie die Exkochleation des Granulationsgewebes sollen eine noch bestehende chronisch periapikale Otitis eliminieren und der bakteriendichte Kanalabschluß in diesem Bereich eine Reinfektion des Knochens verhindern.

Es ist also eine chirurgische Zahnerhaltung allein durch eine Wurzelspitzenresektion (WSR) ohne eine exakte endodontische Therapie nicht möglich. Diese setzt die Beseitigung von Füllungsresten und Sekundärkaries sowie eine übersichtliche Darstellung des Kanaleinganges bzw. der Kanaleingänge voraus. Zur Vorbereitung der Apektomie gehören die Beseitigung des bakteriellen Inhaltes des Wurzelkanales (infizierte Pulpa, erkranktes Dentin) durch die **mechanische** Reinigung (manuell oder instrumentell gehandhabt) und durch die **chemische** Desinfektion des Kanales sowie das Legen einer hermetisch abdichtenden Wurzelfüllung. Dieses Therapieverfahren ist auch in unserem Hause Standard. Abb.6 zeigt die Verteilung der Anzahl der Patienten nach Jahren.

Wurzelfüllmaterialien

Die heutigen Forderungen an eine Wurzelfüllung sind Volumenstabilität, Randständigkeit, das Erreichen des Apex (bis 1 mm vor dem Foramen), Biokompatibilität, Nichtresorbierbarkeit und Röntgenopazität.

Verwendete Wurzelfüllmaterialien für die definitive Wurzelfüllung sind heute AH 26, Diaketstifte, Guttaperchastifte, Phosphatzemente und Stifte aus verschiedenen Metallen (Titan, Gold), genormt oder individuell gegossen. Stifte aus Keramiken (Aluminiumoxid, Zirkonoxid) werden in der allgemeinen Praxis bisher kaum verwendet. In der konservierenden Abteilung unserer Klinik empfiehlt man für die präoperative Wurzelfüllung Guttaperchastifte in Verbindung mit AH 26, da dadurch für spätere Restaurationen mit Stiftaufbauten der Weg offen gehalten wird.

Die orthograde Kanalaufbereitung gewann durch das von REHRMANN (1951) entwickelte Normbesteck (Kanalaufbereitungsinstrumente, Meßstäbe, genormte Silberstifte) an Bedeutung. Der mit Phosphatzement eingesetzte Silberstift konnte gekürzt und anfiniert werden. Damit war zunächst ein randdichter apikaler Verschluß zu erzielen. Jahrelang war dieses Vorgehen bei uns üblich. Nachteilig waren auftretende Korrosion der Silberstifte und Schleimhautverfärbungen (Tätowierungen der Gingiva). Deshalb suchte man nach Füllmaterialien mit höherer Biokompatibilität. Im Jahr 1978 stellten

SCHILLI, NIEDERDELLMANN und KREKELER ein Normbesteck zur Insertion apikaler Titanstifte vor, die intraoperativ bei der Wurzelspitzenresektion Verwendung fanden. Leider waren diese für die unteren Frontzähne ungeeignet, nicht kürzbar und nicht finierbar und waren deshalb in dieser Hinsicht den Silberstiften unterlegen. KIRSCHNER berichtete 1981 über Experimente mit Aluminiumoxid-Keramik. Dabei wurden auch konische Wurzelspitzen bei Oberkieferfrontzähnen als orthograde Wurzelkanalverschluß eingesetzt. Wurzelspitzen aus hochgoldhaltiger Legierung mit einer Vickershärte, die der von Silberstiften entsprach, wurden 1986 durch JÄNICKE genauer untersucht und lobend erwähnt, da sie apikal bearbeitet werden konnten. Die von HAESSLER et al. (1987) vorgestellten transapikalen Verschlußstifte aus Zirkonoxid-Keramik zeichnen sich durch hohe Biokompatibilität und Radioopazität aus. Sie sind verlängert als Transfixationssystem geeignet und führen zu keiner Korrosion in Kombination mit Stiftstumpfaufbauten aus Metall.

Wurzelfüllungen

Bekanntlich unterscheidet man zwischen der orthograden und der retrograden Wurzelfüllung. Der Zeitpunkt der orthograden Wurzelfüllung sollte im allgemeinen vor der Operation liegen, da eine Ausheilung des apikalen Entzündungsprozesses möglich ist. Andererseits können klinische Symptome nach einer Wurzelfüllung fehlen, und trotzdem können nach Monaten angefertigte Röntgenkontrollaufnahmen eine Vergrößerung der apikalen röntgenologischen Aufhellung zeigen. Die Vorteile einer präoperativen Wurzelfüllung sind die Aushärtezeit von wenigstens 2 Stunden und ein blutrockener Kanal. Außerdem wird die Kontamination der Wunde mit Bakterien reduziert, und die Operation kann zügig durchgeführt werden. Andere Autoren favorisieren die intraoperative Wurzelfüllung und betonen die gute Prognose (REINHART et al.), da intraoperativ eine gute Übersicht besteht und eine ausreichende Trocknung des Wurzelkanales vor der Abfüllung zumeist möglich ist. Die intraoperative orthograde Wurzelfüllung läßt sich auch nach unserer Meinung in bestimmten Fällen nicht vermeiden, insbesondere dann, wenn der Nachbarzahn unerwartet in den Entzündungsprozeß oder in die radikuläre Zyste einbezogen ist oder wenn ein gesunder Nachbarzahn im apikalen Gebiet verletzt wurde.

Indikationen zur WSR

Die Indikationen sind allgemein bekannt. Wir sehen in folgenden Diagnosen hinreichende Gründe für eine Resektion:

- die Persistenz chronisch periapikaler Prozesse nach korrekter Vorbehandlung des Kanales und exakter Wurzelfüllung,
- die unvollständige Wurzelfüllung bei geplanten aufwendigen prothetischen Versorgung,
- die unzureichende Wurzelkanalbehandlung durch mechanische oder anatomische Hindernisse,
- das überpreßte Wurzelfüllmaterial in den Knochen bzw. unter das Periost, in die Kieferhöhle oder in den Mandibularkanal,
- die fortlaufende Sekretion aus dem Kanal, die eine vollständige Trocknung desselben verhindert,
- quere Frakturen im apikalen Wurzel Drittel mit einer Dislokation (Spaltbildung) der Fragmente,
- Perforationen (Via falsa) im apikalen Wurzel Drittel,
- die Fraktur von Kanalinstrumenten während der Aufbereitung, andere Fremdkörper im Kanal, die orthograd nicht zu entfernen sind,
- die operative Freilegung bei Einbeziehung der Wurzeln von Nachbarzähnen, bei Zysten und anderen Erkrankungen,
- nicht entfernbare Wurzelkanalfüllungen bei Schmerzen nach der definitiven Wurzelfüllung,
- vitale einwurzelige Zähne, die im Frakturspalt belassen und devital wurden.

Natürlich lassen sich nicht in jedem Fall die Zähne durch WSR bei genannter Indikation erhalten. Es gibt daher allgemeine und lokale Kontraindikationen.

Kontraindikationen zur WSR

Allgemeine Kontraindikationen

Diese bestimmen die Entscheidung zur WSR grundlegend. Hier sind zu nennen: schwere Allgemeinerkrankungen wie konsumierende Tumorleiden, geplante Organtransplantationen wegen Organversagens, Herzklappenerkrankungen, Bluterkrankungen wie Leukämie und Agranulozytose, hämorrhagische Diathesen, Embolie- oder Thrombosegefahr nach Herzinfarkt bzw. Schlaganfall, die Ordination von Antikoagulantien, psychische Erkrankungen, der Zustand nach Bestrahlung im ent-

sprechenden Quadranten der Mundhöhle sowie Osteopathien.

Das Alter, die Einstellung des Patienten zur Operation, sein Wunsch zur Zahnerhaltung können nicht unberücksichtigt bleiben. Der Patient muß von der Richtigkeit des operativen Eingriffes überzeugt sein, da die Vorbereitung oft sehr aufwendig ist. Dieser Wunsch kann nicht realisiert werden, wenn lokale Verhältnisse dagegen sprechen.

Lokale Kontraindikationen

Diese stellen häufig einen limitierenden Faktor dar. Es handelt sich dabei um folgende Krankheitsbilder:

- die akute Exazerbation des ursprünglich chronischen Prozesses mit Abszedierung in die umgebenden Weichteile,
- die ausgeprägte Gingivaretraktion am betroffenen Zahn,
- die mehr als das apikale Wurzel Drittel einbeziehende, ausgedehnte Ostitis (bei mehrwurzeligen Zähnen mehr als die Hälfte einbeziehend),
- tiefe marginale Tascheneinbrüche nach mehrfachen Abszedierungen,
- eine generalisierte Periodontitis.

Auch desolante Gebißverhältnisse bei mangelhafter Compliance und ein ausgedehntes Lückengebiß mit erweiterbarem Zahnersatz zählen dazu.

Durchführung der WSR verschiedener Zahngruppen

Allgemeine Gesichtspunkte

Vor jeder Wurzelspitzenresektion sind ein Aufklärungsgespräch mit dem Patienten, die Überprüfung der vorhandenen Unterlagen sowie der Indikation zur WSR durch den Operateur erforderlich (Erfüllung der Aufklärungspflicht, der Sorgfaltspflicht und der Dokumentationspflicht).

Für die gewissenhafte Vorbereitung des zu operierenden Zahnes sind eine enge Zusammenarbeit des Oral- oder Kieferchirurgen mit dem überweisenden Zahnarzt sowie eine entsprechende Koordination, z.B. die präoperative Erneuerung einer undichten Wurzelfüllung und die Festlegung des Operationstermines Grundvoraussetzung.

Durchführung der WSR

Die Behandlungsunterlagen des Patienten sowie das aktuelle Röntgenbild (bei zystischen Veränderungen reicht der Zahnfilm häufig nicht aus) sollten mit dem unterschriebenen Aufklärungsbogen zur Operation komplett vorliegen. Vor dem eigentlichen Eingriff steht nach der vorangegangenen Zahnreinigung die **Desinfektion** der Mundhöhle durch Mundspülung mittels Chlorhexidinlösung® bzw. Meridol®. Die **Lokalanästhesie** wird im entsprechenden Quadranten als Leitungsanästhesie und terminale Infiltration mit den bekannten Anästhetika (Ultracain®, Xylocitin®, Xylonest®) vorgenommen. Günstig ist, wenn man aus den bekannten Gründen nicht auf den Adrenalinzusatz verzichten muß, um eine gewisse Ischämie und damit Übersichtlichkeit im Operationsgebiet zu erzielen. Jedoch sollte vor allem bei Risikopatienten der Vasokonstringenzzusatz möglichst niedrig gehalten werden, um systemische Nebenwirkungen zu vermeiden.

Schnittführungen

Von den bogenförmigen Schnitten nach PARTSCH und PICHLER sind wir, wie auch andere Kliniken, abgekommen. Durchgesetzt haben sich der Winkelschnitt nach REINMÖLLER im Vestibulum und bei entsprechender Indikation der Zahnfleischrandschnitt mit einem horizontalen und einem vertikalen Schenkel. Der Winkelschnitt nach REINMÖLLER ist bei einwurzeligen Zähnen im Oberkiefer sowie im Schneidezahn- und Prämolarenbereich des Unterkiefers geeignet. Im Unterkieferprämolarenbereich muß der Nervus mentalis geschützt werden. Die Vorteile des Winkelschnittes sind die Erweiterbarkeit und damit die übersichtliche Darstellung des Operationsgebietes. Man legt den horizontalen Schenkel oberhalb der befestigten Gingiva und koronar der späteren Knochenhöhle und hat bei der Rücklagerung des Schleimhautperiostlappens durch den Winkel, der durch den vertikalen Schnitt entsteht, wieder die ursprüngliche Lage. Außerdem wird die Verziehung der Schleimhaut, wie sie beim Ungeübten nach bogenförmiger Schnittführung auftritt, von vornherein vermieden. Die Länge des horizontalen Schenkels soll jeweils den gesunden Nachbarzahn rechts und links einbeziehen. Der Abstand vom Marginalsaum der Gingiva beträgt zirka 3 bis 4 mm. Der vertikale Schenkel liegt ebenfalls in der beweglichen Schleimhaut des

Vestibulums in Richtung zum Mundvorhof. Der Zahnfleischrandschnitt nach NOVAK-PEETER ist indiziert bei vorhandenen Zahnfleischtaschen (Parodontitis), bei schmaler keratinisierter Gingiva, bei einer Fistel in der Nähe des Zahnfleischrandes, bei ausgedehnteren radikulären Zysten, aber auch bei der Resektion oberer Molaren. Ein Lappen mit breiterer Lappenbasis wird besser durchblutet und schützt durch bessere Übersicht vor Komplikationen in der Nachbarschaft. Gleichzeitig können neben der WSR das marginale Parodontium revidiert und das periradikuläre Knochenlager beurteilt werden. Gegebenenfalls kann man sich bei völliger Einschmelzung der bukkalen Kompakta für eine transdentale Fixation entscheiden. Zur Resektion der palatinalen Molarenwurzel wird zumeist der paramarginale Schnitt gewählt und bis in die Schneidezahnregion ausgedehnt. Hierdurch kann der palatinale Mukoperiostlappen spannungsfrei präpariert und das Gefäßnervenbündel am Foramen palatinum dargestellt werden (Schutz vor Verletzung mit Blutungsfolge). Die Schnitte sollten stets so gewählt werden, daß die spätere Naht immer auf Knochen liegt.

WSR an Front- und Eckzähnen

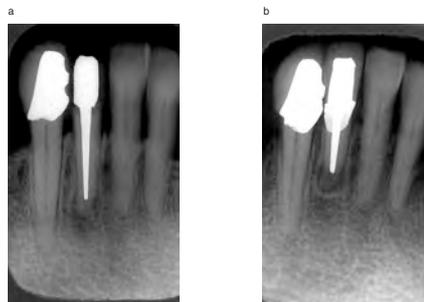
Die Präparation des Schleimhautperiostlappens folgt jeweils stumpf mit einem Raspatorium. Manchmal stellt sich dabei schon der ostitische Prozeß an der Wurzelspitze dar. Ist er versteckt, muß man sich an den Jugalveolara und an der Länge der Zahnwurzel durch einen Vergleich mit dem Röntgenbild (Längenverhältnis Krone zur Wurzel) orientieren, um den pathologischen Prozeß darstellen zu können. Die Osteotomie erfolgt mit Meißel, Rosenfräse oder oszillierender Säge, nachdem man mit der Sonde nach erweichtem oder vorgewölbtem Knochen gesucht hat. Nach Darstellung der Wurzelspitze in einer Länge von zirka 3 mm sollte diese mit einer Lindemann-Fräse leicht nach vorn abgelenkt abgetragen und der apikale Teil in toto entfernt werden (Abb. 1a und 1b).

→ **Abb. 1: Wurzelspitzenresektion (aus: Lexikon Zahnmedizin/Zahntechnik, 2000)**

- a) Abtrennen der Wurzelspitze mit der Lindemann-Fräse nach Darstellung des oberen Drittels der Wurzel
- b) Entfernen der luxierten Wurzelspitze

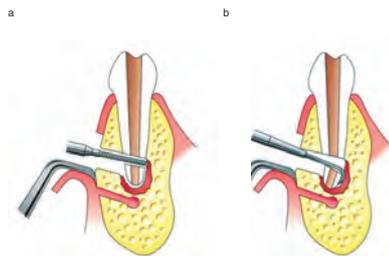
Nach kuppelförmiger Gestaltung (die Fläche des angeschnittenen Wurzeldentins soll klein gehalten werden) und Brechung scharfer Kanten am Wurzelstumpf kann man eine bessere Ausheilung des Knochendefektes erwarten. Wichtig ist, daß der Querschnitt der Wurzel gesäubert und die Dichte der Wurzelfüllung überprüft werden. Nach Exkochleation des Granulationsgewebes oder des Zystenbalges mit dem zahnärztlichen Löffel und nach Entfernen von abgesprengtem Füllmaterial oder Teilen der Wurzelspitze (diese ist nicht immer komplett in einem Stück abzutrennen) wird die Knochenhöhle mit physiologischer Kochsalzlösung gereinigt, nachdem die Knochenränder geglättet worden sind.

Dann läßt man die Höhle einbluten oder, wenn sie sehr tief ist, füllt man sie mit biokeramischem Material (Cerasorb®, Algipore®) auf (Abb. 2a und 2b).



↑ **Abb. 2: Pat. L. L., 58 Jahre**

- a) Chronisch-periapikale Ostitis mit vestibulärer Fistelbildung, ausgehend von 42 (1996)
- b) Vier Jahre nach durchgeführter Wurzelspitzenresektion mit Kürzung des Stiftstumpfaufbaus



WSR der Prämolaren und Molaren

Eine Besonderheit der WSR der Prämolaren im Oberkiefer ist deren Nähe zur Kieferhöhle. Der Abstand der Wurzelspitze des ersten Prämolaren zum Kieferhöhlenboden beträgt im Durchschnitt 7 mm. Häufiger wird die Kieferhöhle bei der WSR am zweiten Prämolaren eröffnet (Abb. 3a und 3b).



↑ **Abb. 3: Pat. H. K., 46 Jahre**

- a) Chronisch-periapikale Ostitis am Brückenpfeiler 25
- b) Drei Jahre nach durchgeführter Wurzelspitzenresektion (Die Patientin ist subjektiv völlig beschwerdefrei.)

Die punkt- oder schlitzförmige Perforation der Kieferhöhlenschleimhaut ist unproblematisch und heilt aus, aber Füllmaterial und rezezierte Wurzelspitze dürfen nicht in die Kieferhöhle luxiert werden. Hier besteht die Gefahr der odontogenen Infektion. Bei den meist zweiwurzeligen 14 und 24 ist bei Drehung des Zahnes und starker Zerstörung der Krone nach Resektion der bukkalen Wurzel manchmal zur Orientierung für die palatinale Wurzel ein erneuter Zahnfilm erforderlich. Eine Darstellung dieser Wurzel von palatinal ist nicht nötig, wenn beide Wurzeln nicht zu stark divergieren. Eine retrograde Wurzelfüllung kann durch topographische Verhältnisse schwierig sein.

Besonderheiten bei der WSR der Molaren im Oberkiefer sind folgende: Je weiter distal der Zahn steht, desto schwieriger erweist sich das operationstechnische Vorgehen. Eine enge Mundspalte oder eine voluminöse Kaumuskulatur können bei einem unruhigen Patienten limitierende Faktoren sein. Präoperativ sollte abgeklärt werden, ob die Nasennebenhöhle gesund ist, da die Wurzelspitzen der zweiten Molaren fast immer, die ersten und dritten Molaren relativ häufig die Kieferhöhle tangieren. Im Oberkiefermolarenbereich geben wir vestibulär der marginalen Schnittführung den Vorzug, um bei ausgedehnten Entzündungen oder radikulären Zysten in Verbindung mit der Kieferhöhle eine sichere Periostabdeckung der Resektionshöhle zu er-

zielen. Die Wurzeln der oberen Molaren müssen zumeist von bukkal und von palatinal dargestellt werden. Bei der Resektion sollte man eine Vereinigung der bukkalen und der palatinalen Knochenkavität nicht anstreben. Die Anfertigung einer palatinalen Verbandsplatte ist zur Vermeidung eines Hämatoms Voraussetzung (Abb. 4a und 4b).

↓ **Abb. 4: Pat. W. A., 26 Jahre**

a) Die Nähe des Sinus maxillaris zu den erkrankten Zähnen 26, 27 ist ersichtlich.

b) Knöcherne Ausheilung drei Jahre nach durchgeführter WSR an 26 und 27



Im Unterkiefer gehört zur Planung der Operation die röntgenologische Bestimmung der Lage des Foramen mentale. Ist die WSR möglich, müssen Kompression und Schädigung des Nervus mentalis ausgeschlossen werden. Dies ist auch durch die Darstellung des Austrittspunktes zu erreichen. Kommt es zu einer iatrogenen Nervschädigung, muß die mikrochirurgische Versorgung durch den Facharzt erfolgen.

Besonderheiten bei der WSR der Molaren im Unterkiefer werden durch die anatomischen Gegebenheiten bestimmt: Eine kräftige bukkale Alveolenwand, die im Seitenzahnggebiet beginnt und nach distal durch die Linea obliqua externa verstärkt wird, dehnt sich lateral von 37, 47 so aus, daß nach Darstellung der Wurzeln die Resektion derselben oder eine erforderliche retrograde Wurzelfüllung unmöglich sind. Die dünne linguale Kortikalis kann mit der Fräse leicht perforiert werden. Der Abstand der Wurzelspitzen zum Mandibularkanal beträgt im Mittel 1 mm, so daß Nervenverletzungen oder Einlagerung von Wurzelfüllmaterial vorkommen können. Bei Irritation über den Verlauf des Nerven im OPG (Kanal verläuft über die Wurzelspitzen), ist

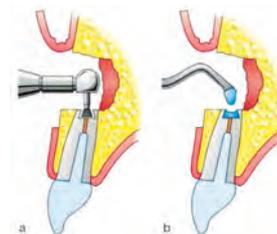
präoperativ eine Schichtaufnahme ratsam. Die Wurzelspitze in der Nähe des Kanals wird durchtrennt und mit einem Handinstrument luxiert. Durch extreme Blutungen aus dem Kanal ist möglicherweise nach Blutstillung eine Unterbrechung der begonnenen WSR erforderlich.

Schließlich seien noch einige Gemeinsamkeiten der obigen Verfahrensweisen genannt: Nach Rücklagerung des Schleimhautperiostlappens werden gegebenenfalls nach vorheriger Fistelexzision die Wundränder mittels Knopfnähten oder Rückstichnähten aus Ethibondfäden dicht adaptiert. Die Naht muß auf Knochen liegen, was bereits bei der Schnittführung geplant wurde. Die Säuberung der Wunde und der Mundhöhle mit physiologischer Kochsalzlösung schließt sich an. Nach Abschluß der WSR empfehlen wir eine Zahnfilmaufnahme, um die korrekte Kürzung der Wurzel zu überprüfen. Gelegentlich wird diese Aufnahme vom Patienten wegen der Strahlenbelastung abgelehnt, da bereits bei der Diagnostik sowie bei der Kontrolle der aufzubereiteten Kanäle, manchmal zusätzlich mesio- oder distoexzentrisch, geröntgt werden mußte. Aber auch aus Gründen der Sorgfalt sollte man die Indikation zur Aufnahme mit dem Patienten besprechen oder deren Ablehnung vom Patienten quittieren lassen.

WSR mit retrograder Wurzelfüllung

Ist eine exakte Aufbereitung der Wurzel bis zum Apex wegen Obliterationen oder extremen Wurzelkrümmungen nicht möglich, oder ist ein Brückenpfeiler in einer aufwendigen brückenprothetischen Restauration, versorgt mit einem zu kurzen Wurzelstift, apikal erkrankt, sollte nach der Resektion des apikalen Drittels der Wurzel eine Retention am Wurzelkanaleingang angebracht werden. Nach der Erweiterung des Wurzelkanals von apikal mit einem umgekehrten Kegel mittels Mikrowinkelstücks wird das Ende des Wurzelkanals sorgfältig gesäubert, getrocknet und abgedichtet. Als Materialien für die retrograden Wurzelfüllungen stehen heute Ketac-Silver, kurze Keramikstifte und Goldpellets zur Verfügung. Amalgam wird aus bekannten Gründen nicht mehr angewendet. Durch nachträgliche Wurzelresorptionen kann es erneut zur apikalen Entzündung kommen. Generell finden wir nach der retrograden WSR schlechtere Ergebnisse, da das Einbringen bei schlechter Sicht Schwierigkeiten in sich birgt und Fehler

im Randschluß nicht ausgeschlossen sind (Abb. 5a und 5b).



↑ **Abb. 5: Retrograde Wurzelkanalfüllung (aus: Lexikon der Zahnmedizin/ Zahntechnik, 2000)**

a) Präparation der retrograden Kavität mittels umgekehrtem Kegel

b) Einbringen der retrograden Wurzelfüllung zur Abdichtung des Kanals

Komplikationen

Die mittleren Schneidezähne im Unterkiefer haben die kürzesten Wurzeln, so daß es nach der WSR durch eine zunehmende Lockerung zum Verlust dieser Zähne kommen kann. Der N. mentalis muß bei der Resektion unterer Prämolaren und der N. alveolaris inferior bei der Resektion unterer Molaren geschont werden, um Sensibilitätsstörungen im Bereich der Schleimhaut des Unterkiefers und Taubheitsgefühl der Unterlippe der gleichen Seite zu vermeiden. Nach Verletzung regeneriert sich der Nerv täglich nur um einen Millimeter, so daß erst etwa nach einem halben Jahr die Sensibilität zurückkehrt.

Arterielle Blutungen aus der Arteria palatina major bei der WSR oberer Molaren, aus der Arteria alveolaris inferior oder aus der Arteria mentalis bei der Versorgung unterer Molaren sind nicht unproblematisch. Die Arteria palatina major muß aufgesucht und unterbunden werden. Bei der Arteria alveolaris inferior muß häufig der Knochenkanal verbolzt werden. Zu Mundbodenhämatomen und Schädigung des N. lingualis kann es beim Durchbrechen der lingualen Kompakta bei der WSR unterer zweiter Molaren kommen.

Die Perforation der Nasenhöhle bei der WSR im Frontzahnbereich ist beherrschbar: Die Nasenschleimhaut verklebt zumeist. Um aber eine Infektion der Knochenhöhle durch Nasensekret zu verhindern, sollte mehrere Tage eine Nasentamponade gelegt werden. Im Seitenzahn- und Molarenggebiet des Oberkiefers können Wurzelspitzen und Füllungsreste bei der Resektion in die eröffnete Kieferhöhle luxiert werden. Während die Eröffnung der Kieferhöhle allein meist komplikationslos ver-

läuft, müssen Fremdkörper möglichst sofort entfernt werden, um eine eitrige Sinusitis maxillaris oder später die chronische Erkrankung einer Kieferhöhle zu vermeiden.

Die Verletzung gesunder Nachbarzähne ist ein operativer Fehler, der wie die Resektion einer falschen Wurzel auf alle Fälle vermieden werden sollte. Pulpentote Nachbarzähne müssen geplant in gleicher Sitzung versorgt werden.

Verhalten nach der WSR

Zeit unmittelbar nach WSR

Bei aseptischem Vorgehen und bei exakter Wundrandadaptation führt der Wundverschluß durch primäre Naht im allgemeinen zu komplikationsloser Wundheilung per primam, so daß acht Tage nach der Operation die Knopfnähte entfernt werden können. Kompliziert wird diese Phase durch auftretenden Wundschmerz, Weichteilödem und Hämatom, das sich bei Infektion zu einem Abszeß entwickeln kann. Man versucht, durch physikalische Methoden (kalte Umschläge, Auflegen von Eisbeuteln) und medikamentös (Ordnation von Antiphlogistika, von schmerzstillenden Medikamenten und in Ausnahmefällen von Antibiotika) entgegenzuwirken. Ist es zur Infektion gekommen, sollte man einen Faden lösen, damit das Sekret abfließen kann, und die Höhle drainieren. Der Gazestreifen sollte in zweitägigen Abständen nach Spülung der Wunde gewechselt werden. Die Wundheilung kann sich durch eine solche Infektion um zwei bis drei Wochen verlängern. Der resezierte Zahn ist vorübergehend druckdolent und geringfügig gelockert. Wird die Infektion an Knochen und Weichteilen nicht beherrscht, stellt sich die Indikation zur Extraktion.

Das klinische Ziel einer erfolgreichen WSR ist ein funktionstüchtiger Zahn bei Beschwerdefreiheit, d.h. es dürfen keine Schmerzen, keine Perkussionsempfindlichkeit, keine Druckdolenzen im Gebiet der ehemaligen Wurzelspitze sowie keine Fistelbildung im Vestibulum oder am Gaumen auftreten. Die Krone des operierten Zahnes sollte konservierend oder prothetisch versorgt werden können. Der Lockerungsgrad des Zahnes darf sich nach der Operation nicht vergrößern. Röntgenologisch wird die knöcherne Regenera-

tion der Ostektomiewunde sowie die bindegewebige Begrenzung des Wurzelstumpfes erwartet. Endgültige Aussagen über den Erfolg können erst nach zirka einem halben bis einem Jahr getroffen werden. Bleiben röntgenologische Restaufhellungen bestehen, finden wir diese häufig bei Tunnelierungsdefekten, d.h. im Oberkiefer wurde das palatinale Periost beim Ausräumen des Entzündungsprozesses von vestibulär her verletzt. Wichtig ist der Vergleich mit dem röntgenologischen Ausgangsbefund. Die definitive konservierende oder prothetische Versorgung des Zahnes kann stattfinden, wenn der Patient beschwerdefrei ist, kein pathologischer Röntgenbefund vorliegt und keine Fistel oder eine ungewöhnliche Zahnlockerung bestehen (Sicherheitsabstand nach der WSR beträgt ein halbes bis ein Jahr).

Nachresektionen

Tritt ein Mißerfolg nach einer Resektion ein (Schmerzen am entsprechenden Zahn, Fistelbildung, Schwellungszustände im Vestibulum, röntgenologische Vergrößerung eines apikalen Prozesses), gibt es die Möglichkeit der Nachresektion. Mit steigender Anzahl der Nachresektionen sinkt die Erhaltungsmöglichkeit des Zahnes, da er durch zunehmende Wurzelkürzung immer stärker gelockert wird. Hier gilt es zu überlegen, ob die Weiterhaltung sinnvoll ist oder ob es bessere Lösungen, z.B. durch brückenprothetischen Ersatz oder durch Implantatversorgung, gibt. Man sollte auch nicht übersehen, daß durch das geringer werdende Knochenangebot (chronische Eiterung, narbiger Ersatz des Knochens durch Bindegewebe) sowie durch Vernarbungen an der Mundschleimhaut spätere prothetische Lösungen schwieriger werden können.

Eigene Ergebnisse

Bei unserem Krankengut erfolgten die häufigsten Resektionen bei Patienten im Alter von 20 bis 30 Jahren, zumeist an oberen mittleren und seitlichen Frontzähnen, gefolgt von oberen Prämolaren und Eckzähnen. Seit dem Jahr 1993 haben wir zunehmend obere und untere Molaren in ausgewählten Fällen behandelt. Voraussetzung waren eine gute Mundpflege, ein saniertes und weitgehend vollständiges Gebiß, aber auch der Wunsch des Patienten zur Erhaltung des Zahnes. Insgesamt kann man sagen, daß die Anzahl der Wurzelspitzenresektionen seit 1973/74 auf-

grund der Erfolge in der zahnerhaltenden Therapie und der Fortschritte in der endodontischen Therapie (Saug-Spülbehandlungen, bessere Verdichtungsmöglichkeiten der Wurzelfüllmaterialien) sank (Abb.6). →

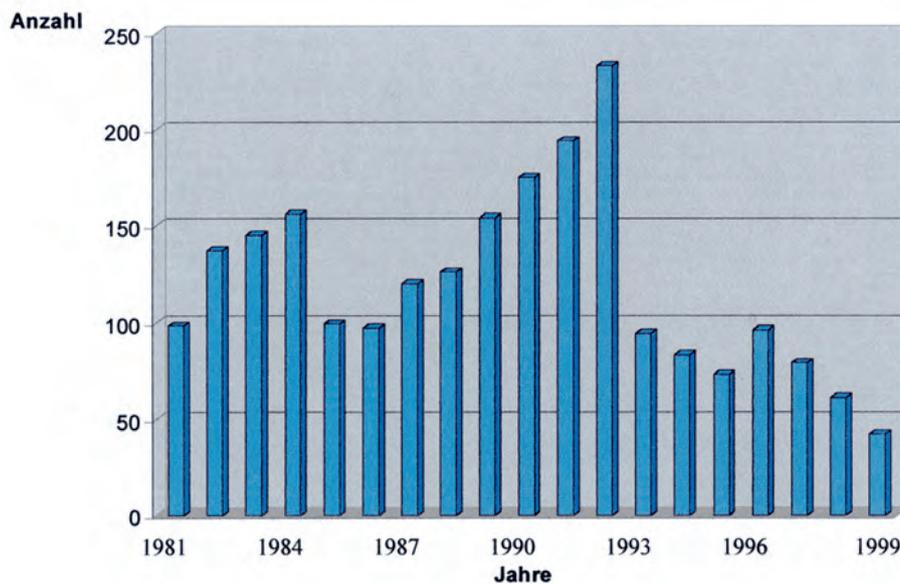
Dazu kommt seit 1993 die zunehmende Versorgung in den privaten Niederlassungen.

Die Resultate werden aus folgenden Zahlenangaben ersichtlich:

Klinischer und röntgenologischer Erfolg in 73 % der Fälle, alleiniger klinischer Erfolg in 20 % der Fälle (röntgenologisch fand man hier einen verbreiterten apikalen Periodontalspalt oder eine fibröse Ausheilung), Mißerfolg in nur 7 % der Fälle (zusammengesetzt aus unvollständiger Abtragung von Wurzelspitzen, zu kurze Wurzelstifte, die zu Schrägfrakturen führten, oder aus einer Überschreitung der Indikation).

Zusammenfassung

Die WSR ist eine alte, bewährte Maßnahme zur chirurgischen Erhaltung von ein- oder mehrwurzeligen Zähnen mit periapikaler Ostitis. Bei jungen Menschen steht ursächlich die Schädigung der Frontzähne durch traumatische Einwirkungen aller Art im Vordergrund, gefolgt von der Erkrankung der Sechsjahrmolaren durch kariöse Zerstörung. Bei älteren Menschen geht es meist um die Erhaltung aufwendiger und teurer festsitzender prothetischer Versorgungen. Unverändert bestehen die Anforderungen an das Wurzelfüllmaterial und an die Wurzelfüllung selbst. Bei den Schnittführungen haben sich der Winkelschnitt nach REINMÖLLER, der Zahnfleischrandschnitt und der palatinale paramarginale Schnitt bewährt. Durch die erweiterte Indikation der WSR auf Prämolaren und Molaren sowie auf untere Frontzähne muß aufgrund der anatomischen Wurzelkanalformen mit einer höheren Mißerfolgsquote gerechnet werden. Hohe Erfolgsquoten zeigen die resezierten oberen mittleren Schneidezähne, da hier eine exakte Aufbereitung und Wurzelfüllung am besten gelingen. Wir glauben, daß unsere Ergebnisse einem Vergleich in der Fachliteratur standhalten.



← *Abb. 6: Durchgeführte Wurzelspitzenresektionen in der Poliklinik der MKG-Chirurgie der FSU Jena in den Jahren 1981 bis 1999*

Ein umfangreiches Literaturverzeichnis liegt bei den Autoren vor.

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. Dr. med.habil. D. Schumann
 Direktor der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Friedrich-Schiller-Universität Jena
 07740 Jena

Tel.: (03641) 93 31 80

Fax: (03641) 93 31 79

Herrn Prof. Dr. Heinz Graf zum 65. Geburtstag

Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena,

Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde,

Poliklinik für Kieferorthopädie, Bachstraße 18, 07743 Jena

Ästhetik und Funktion aus Sicht der Kieferorthopädie

S. Kopp, U. Langbein

Einleitung

Aktuell wird die Rolle von Ästhetik und Funktion in den Medien kontrovers diskutiert. Unter dem Motto Zahn & Co kann man in internationalen (Beauty-) Magazinen lesen: „Image- und Karriere-Killer Nr.1 sind sicherlich schlechte Zähne und alles, was damit zusammenhängt. Man meidet es, diesen Menschen näherzutreten – als wirken sie ungepflegt oder sogar abstoßend. Komischerweise fragen sich gerade diese Personen, warum sie nicht MEGA-IN sind und sich immer mit den Ellenbogen in die erste Reihe kämpfen müssen, um im Zentrum und im Geschehen zu stehen. Dabei wäre es so einfach, sympathisch zu sein – bei den Zähnen fängt es an.“ Mit großen Lettern wird dann die Internetadresse bekanntgegeben, die „Plattform der Hilfe“ sozusagen, die Stelle, wo mehr Infos zum Thema ZAHN & CO bezogen werden können. Auf der Basis dieser externen Meinungsbildung – aus der speziellen Sicht des Marketing – gilt es jedoch, wissenschaftlich fundierte Aspekte zum Thema Ästhetik und Funktion an die Patienten zu vermitteln. →

Zum Begriff des Ästhetischen

Ästhetik kommt aus dem Griechischen und bedeutet so viel wie „durch die Sinne wahrnehmen“. Der Begriff beinhaltet zwei wesentliche Dimensionen, nämlich objektive und subjektive. Objektive (bewundernswerte) Ästhetik basiert auf Betrachtungen, die das Objekt selbst betreffen. Diese Sicht der Dinge setzt stillschweigend voraus, daß das betrachtete Objekt Eigenschaften besitzt, die es ohne Zweifel lobens- oder aner kennenswert machen. Subjektive (angenehme) Schönheit ist eine Qualität der Beurteilung, die sehr von Wertvorstellungen des Einzelnen und seinem Verständnis abhängt. Subjektive Ästhetik bewegt sich oft auf dem Feld des Kosmetischen.

A. G. BAUMGARTEN begündet mit seinem 1750 erschienenen Werk „Aestetica“ die Ästhetik als eigenständige Disziplin und versteht sie als allgemeine Theorie der sinnlichen Erkenntnis, indem er den Bereich des Empfindens und Fühlens in den Zusammenhang des Philosophischen einbezieht. KANT versteht in seinem ästhetischen Hauptwerk „Kritik der Urteilskraft“ (1790) die „Schönheit“ als das, was Lustgefühl im Sinne eines Wohlgefallens weckt und führt eine Analyse des Geschmacksurteils durch. SCHILLER versucht, die Ästhetik als „ästhetische Erziehung des Menschen“ zu fassen. Kunst als schöne und autonome ist der „einzig mögliche Ausdruck der Freiheit in der Erscheinung“, sofern der Künstler im Werk „den Stoff durch die Form vertilgt“. Kunst bewirkt die Erweiterung des rezipierenden Subjekts zu „welthafter Ganzheit als Tonalität“, in der „Sinnlichkeit und Vernunft zugleich tätig sind“. Für HEGEL ist Ästhetik das Schöne als das sinnliche Scheinen der Idee. Er begreift dabei die Idee als Einheit von Begriff und Realität.

Ästhetik aus der Sicht der Zahnheilkunde

Ästhetik in der Zahnheilkunde sollte sich möglichst von objektiven Kriterien leiten lassen (ZACHRISSON, 1998). Dabei muß der gesamte orofaziale Komplex mit in die Betrachtungen einbezogen werden. Neben der Gesamterscheinung des Gesichtes sollte die Form, die Struktur und Farbe der Haut, die Art und Weise der Mimik bzw. des Kauens/Sprechens in die Überlegungen einfließen. Einen nicht zu vernachlässigenden Stellenwert hat die dabei sichtbare Okklusion. (Abb.→)

Abb. 1, 2 ↓

*Parallele Lippen-/Schneidekantenlinie**Umgekehrte Lippen-/Schneidekantenlinie*

Abb. 3, 4 →

*Parallele Lippen-/Schneidekantenlinie**Umgekehrte Lippen-/Schneidekantenlinie*

Wie kommt es nun zum Transport der Information?

Den ersten Kontakt zwischen dem Patienten und dem Zahnarzt stellt sicherlich die Erstberatung dar. Dabei ist es als Arzt zunächst wichtig, festzustellen, aus welchen Beweggründen der Patient die Praxis aufgesucht hat. Auf dieser Basis erfolgt die erste Diskussion über Wünsche und ggf. Probleme des Patienten. Es ist hilfreich, wenn man den Patienten auffordert, seine Gründe für die Konsultation schriftlich niederzulegen. Bei der folgenden klinischen Erstuntersuchung, die eine Vielzahl von subjektiven wie objektiven Informationen zum vorliegenden Befund vermitteln sollte, kann sich der Arzt zur besseren Orientierung der Wünsche des Patienten an dieser Liste orientieren und seine objektiven Betrachtungen den subjektiven gegenüberstellen. Betrachtet man die Gründe, weshalb Patienten im Erwachsenenalter die kieferorthopädische Beratung aufsuchen, so fällt auf, daß der überwiegende Anteil aus ästhetischen Gründen kommt (57%). Schönheitsgründe werden gefolgt von „Angst vor Zahnverlust“ (21%) und unterschiedlichen Schmerzphänomenen (18%). Nur 4% der erwachsenen Patienten suchen die Beratung auf Anraten ihres Hauszahnarztes oder ihrer Freunde auf (STEINHÄUSER und JANSON, 1988). Es bleibt festzuhalten, daß subjektive Einschätzung und Ängste die Hauptgründe ausmachen. Diese Einschätzung gewinnt unter den eingangs erwähnten Marketing-Überlegungen Bedeutung. Die Beurteilung der Funktion – oder besser Dysfunktion – scheint unter diesem Gesichtspunkt vernachlässigbar.

Voruntersuchung

Im Rahmen eines groben Screenings erfaßt der Zahnarzt den ersten klinischen Eindruck vom Gesicht bzw. Schädel, der Okklusion und der Funktion des craniomandibulären Systems (KOPP und SEBALD, 1999). Neben der Form des Gesichtes wird auch die Lage der Mandibula, die Haltung und Funktion der Lippen, der Zustand des Gebisses (Zahnverlust, Lücken, Engstand etc.) unter besonderer Berücksichtigung der Schneidezähne beurteilt. Um zu einem späteren Zeitpunkt die komplette Analyse durchführen zu können, sind ebenfalls Röntgenaufnahmen (Panoramaschichtaufnahme, Fernröntgen, Handwurzel Aufnahme, Kiefergelenkaufnahme) anzufertigen, sowie eine Abformung beider Kiefer vorzunehmen. Es hat sich vielfach als hilfreich erwiesen, zusätzlich Modelle über einen arbiträren Gesichtsbogen und ein Registrat der zentrischen Relation im Artikulator zu montieren.

Auswerten der Unterlagen

Nach Auswertung aller zur Verfügung stehenden Unterlagen kann beurteilt werden, auf welche Art und Weise der Fall behandelt werden kann. Bekanntlich führen gerade in der Kieferorthopädie oftmals viele Wege zum Ziel. Der Arzt tut gut daran, dem Patienten neben einer Maximal- auch eine Minimalvariante der Therapie vorzustellen und mit dem Patienten gemeinsam die gewünschte Strategie festzulegen.

Ästhetische Betrachtungen

Nicht die Vorstellungen des Arztes sind von Bedeutung, sondern die Wunschvorstellungen des Patienten. Dieser Leitsatz sollte alle ästhetischen Betrachtungen beeinflussen. Nicht alle Behandlungsmöglichkeiten bzw. Behandlungsnotwendigkeiten aus der objektiven Sicht der Ästhetik sind für den Patienten – mit seiner subjektiven Auffassung – auch klinisch relevant. Die gute Beratung orientiert sich an den Wünschen des Patienten, ohne die Notwendigkeit des Objektiven aus den Augen zu verlieren.

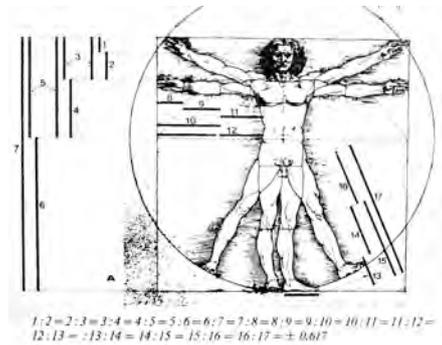
Als grundlegende Position muß man sich logischerweise mit der Frage beschäftigen, was die Schönheit eines Gesichtes ausmacht und ob es meßbare Idealvorstellungen des harmonischen und wohlgefälligen menschlichen Antlitzes gibt.

Für das antike Griechenland war die Harmonie von Geist und Körper von großer Bedeutung. Ein Förderer dieser Sichtweise war sicherlich ARISTOTELES, der Schüler PLATONS, der exakte Angaben über die Form des Schönen machte. Er schreibt, daß (1) Präzision, (2) Symmetrie und (3) Koordination zur Schönheit führen und damit auch für die Ästhetik des menschlichen Körpers unerlässlich sind. Es verwundert nicht, wenn Formen als Teile oder Mehrfaches von Schwingungen (Quarte – Quinte – Oktave) im Sinne der Harmonielehre in der Musik beschrieben werden (DOCZI, 1987). In „Harmonie der Gesichtszüge“ (1982) ergänzt BAUD die Schönheitsvorstellungen der griechischen Antike, indem er die „funktionelle Struktur“ als viertes Schönheitselement hinzufügt. Dies wird verständ-

lich, wenn man die Mimik eines Gesichtes beurteilt, welche für Schönheit und Ästhetik von großer Bedeutung ist. Es ist also die Kombination von ästhetisch harmonischer Proportion mit einer ausdrucksvollen Mimik, die ein Gesicht schön und bewundernswert erscheinen läßt. LEONARDO DA VINCI, ein Meister der künstlerischen Darstellung von menschlicher Schönheit und Harmonie (siehe Abb. 5), hat dies überzeugend ausgedrückt, indem er schreibt: „Die bewundernswertesten Gesichter sind diejenigen, deren Ausdruck die Empfindungen der Seele am besten offenbart“.

Wenn man nach einer meßbaren Definition eines schönen und harmonischen Gesichtes sucht, gibt uns die bildende Kunst die besten Hinweise. So findet man in den künstlerischen Darstellungen, seien es Skulpturen oder Gemälde gewisse geometrisch meßbare „Normen“, die einen Körper oder ein Gesicht als wohlproportioniert und damit schön erscheinen lassen. Dies ist nicht etwa auf eine Kulturpoche beschränkt, sondern es trifft sowohl auf die Antike, das Mittelalter wie auch auf die Neuzeit zu.

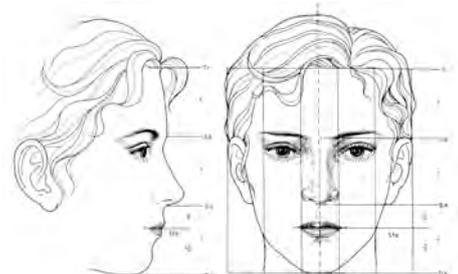
Diese als „Geometrie der Schönheit“ bezeichneten Meßstrecken wurden zu allen Zeiten von Bildhauern und Malern berechnet, unterteilt und gemessen. So hat DÜRER das berühmte Gemälde des Adam geometrisch geplant, wobei der Körper aus einer Zusammensetzung von Kreisen, Dreiecken und Rechtecken entstand. Dem vorausgehend waren seine Analysen der menschlichen Proportionen mit Hilfe der Harmonielehre (Abb. 6)



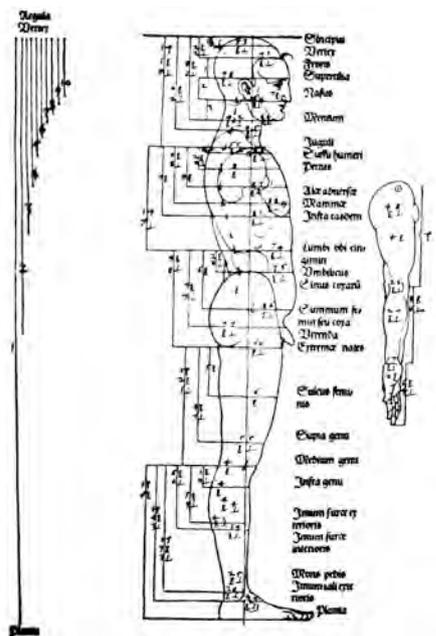
↑ Abb. 5: Leonardo da Vincis Auslegung von Vitruvs Theorie. Die Diagramme dienen zur Verdeutlichung der Proportionen des Goldenen Schnittes

Von LEONARDO DA VINCI stammt die bekannte Dreiteilung des Gesichtes in drei gleiche Abschnitte, die auch heute noch in der Kunst wie in der Gesichtschirurgie angewendet wird. Demnach reicht das obere Gesichtsdrittel vom Haaransatz bis zur Glabella, das mittlere von der Glabella bis zur Nasenbasis (Subnasale) und das untere Gesichtsdrittel von der Nasenbasis bis zum Menton (Abb. 7). Aus unserer heutigen Sicht der Dinge sollte die Dreiteilung des Gesichtes nicht länger aufrechterhalten werden. Die überlappenden Gesichtshälften stellen ein klinisch sinnvoller Beurteilungskriterium dar. Danach sollte die Strecke vom Haaransatz bis zum Subnasale genauso groß sein wie die Distanz der Punkte Glabellare und Menton.

Das untere Gesichtsdrittel wiederum kann nochmals dreigeteilt werden, wobei das obere Drittel von der Nasenbasis bis zum Treffpunkt beider Lippen (Stomion) reicht. Die unteren zwei Drittel erstrecken sich vom Stomion bis zum Unterrand des Kinns, dem Menton (Abb. 7).



↑ Abb. 7: Fotostatanalyse

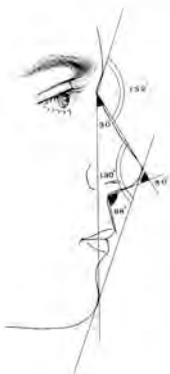


← Abb. 5: Dürers Analysen der menschlichen Proportionen mit Hilfe der Harmonielehre

Während die vertikale Einteilung des Gesichtes an den Weichteilen gemessen wird, bezieht sich eine weitere Messung der Gesichtspunkte auf die Punkte des Skeletts in der Fernröntgenanalyse. Bei dieser Einteilung wird als totale Gesichtshöhe die Strecke vom Punkt Nasion bis zum unteren knöchernen Kinnpunkt, dem Gnathion, bezeichnet. Die obere Gesichtshöhe reicht vom Nasion bis zur Spina nasalis anterior (Spa), während sich die untere Gesichtshöhe von Spa bis zum Gnathion erstreckt. Dabei stehen obere und untere Gesichtshöhe in einem konstanten Verhältnis zueinander – ein Wert, der als Ratio bezeichnet wird. Diese regelmäßige ästhetisch günstige vertikale Unterscheidung des Gesichtes – aus anthropologischen Forschungen bekannt – ist für die Planung der kieferorthopädischen und ebenfalls der kombiniert kieferorthopädischen-kieferchirurgischen Therapie von großer Bedeutung.

Von den einzelnen Gesichtabschnitten ist die Nase ein in ästhetischer Hinsicht äußerst charakteristisches Merkmal des Gesichtes. Hier ist einmal die frontale Ansicht der Nase zu nennen, wobei Länge und Breite eine wichtige Rolle spielen (Abb. 7). Die (1) Nasenlänge sollte etwa einem Drittel des gesamten Gesichtes entsprechen, während (2) die Breite der Nase etwa 30% der Nasenlänge betragen sollte. Ein anderes Maß für die Nasenbreite bezieht sich auf die Relation zu den Augenlidern, wobei der Nasenflügelansatz in gerader Verbindung zum inneren Lidwinkel gelegen sein soll.

Im Profil sind bei der Beurteilung der Nase mehrere Winkel zu beachten. Es handelt sich dabei zunächst um den Nasofrontal-Winkel, der zwischen 125° und 135° liegen soll. Darüber hinaus sollte der Winkel des Nasenrückens zur Vertikalen gemessen werden, ästhetische Nasen weisen einen Winkel von etwa 30° auf. Schließlich ist der Nasolabial-Winkel von Bedeutung, der normalerweise zwischen 90° und 110° liegt (Abb. 8).



← **Abb. 8:**
**Beurteilung
der Nase und
Esthetic Line**

Die Form und Position der Lippen sind von ganz entscheidender Wertigkeit für die harmonische Ausgeglichenheit eines Gesichtes. Die Länge der Oberlippe wird vom Punkt Subnasale zum Stomion superior gemessen und beträgt etwa ein Drittel des unteren Gesichtsdrittels. In der Ruhelage sollte die Oberlippe die Frontzähne soweit bedecken, daß nur etwa 1-2 mm von der Schneidezahnkante sichtbar sind. Beim Lachen sollen dann zwei Drittel der Frontzähne sichtbar sein. Ein Sichtbarwerden der Gingiva gilt im allgemeinen als ästhetisch ungünstig. Weitere wesentliche Faktoren in diesem Zusammenhang stellen die Form, Farbe und Funktion des Parodonts sowie die Stellung der Schneidezähne relativ zum Verlauf der Lippenlinie dar, (Abb. 1, 2, 3, 4). Die Schneidezähne sollen gerade, in einer Linie aufgereiht und parallel zur Kontur der Oberlippe verlaufen.

Die Unterlippe geht in das Kinn über und bildet mit diesem zusammen etwa zwei Drittel des Untergesichtes. Dadurch wird auch die Höhe des Kinns bestimmt („zu hoch“ oder „zu niedrig“). Die Prominenz des Kinns zeigt sich am deutlichsten im lateralen Fernröntgenbild. Eine einfache Bestimmung eines protrudierten oder retrudierten Kinns stellt die Methode nach GONZALES (1961) dar, bei der eine vertikale Linie von der Stirn zum Kinnpunkt angelegt wird. Diese Linie wird in einem Winkel von 90° zur Frankfurter Horizontalen konstruiert. Die Lage des Punktes Pogonion wird beurteilt.

Verschiedene Ebenen zwischen Kinn und Nase dienen ebenfalls zur ästhetischen Evaluation des Untergesichtes. Diese Ebenen werden oftmals mittels Tangenten bestimmt, die an Nase, Lippen und Kinn angelegt werden. Von den angegebenen Linien scheint die „Esthetic Line“ von RICKETTS, die von der Nasenspitze zum vorderen Kinnpunkt angelegt wird, als sinnvolle, praxisbezogene Methode. Dabei sollte bei Idealverhältnissen die Oberlippe 4 mm und die Unterlippe 2 mm hinter dieser Linie liegen (Abb. 8). In der Literatur werden noch eine Vielzahl anderer Ebenen beschrieben, durch welche die Position des Kinns in Relation zu Nase und Gesicht bestimmt werden kann. Von den vielen hierzu bekannten Meßebenen und Meßstrecken sei vor allem auf die Standard-Gesichts-Profilwerte verwiesen, die A. M. SCHWARZ zusammengestellt hat. Seine Einteilung in Mit-

telwertprofil sowie gerades Vor- und gerades Rückgesicht wird heute noch zur ästhetischen Beurteilung des Gesichtes herangezogen.

Diskussion und Zusammenfassung

Seit der Definition des Behandlungsergebnisses als individuelles funktionelles und ästhetisches Optimum durch ANDRESEN (1936) haben sich viele Analysemethoden etabliert, die zum Teil weit in die Antike zurückreichen und in der Harmonielehre der Renaissance ebenfalls zur Blüte gekommen sind. Die in der Literatur dargestellten Unterschiede der Angaben lassen sich zum einen auf verschiedene Studien bezüglich ethnischer Gruppen, Geschlecht, Wachstumsreife, Gruppengröße und zum anderen auf zumeist voneinander abweichende Auswertmethoden zurückführen. Bei allen Untersuchungen wird deutlich, daß die individuelle Variation der Einzelbefunde überaus groß ist und ein errechneter Mittelwert nicht als generelle Normgröße der Orientierung dienen kann. Als Leitlinie für die Beurteilung der klinischen und technischen Analyse gilt demzufolge die Orientierung nach der individuellen Norm, die nach dem Gesichtstyp der einzelnen Patienten auszurichten ist (HASUND, 1972).

Die topographischen Beziehungen werden mit dem individuellen biologischen Erscheinungsbild des Patienten stets in Beziehung gesetzt. Dabei muß gelten, daß die angewandten Korrelationen umso genauer und informationsreicher sein werden, je größer und homogener die zu Grunde gelegte Untersuchungsgruppe ist. Die Hauptaufgabe der kephalometrischen Analyse ist es, die der jeweiligen individuellen Norm zugehörigen morphologischen Kombinationsmöglichkeiten zu erkennen. Die Orientierung nach einer Mittelwertangabe als Idealwert für die gesamte interindividuelle Variation der Patientenbefunde kann als Bewertungsmaßstab keinesfalls akzeptiert werden. Dies würde zwangsläufig zu Fehlinterpretationen im Rahmen der Diagnose des individuellen Optimums führen. Die „fließenden“ Normen helfen mit Sicherheit, die großen individuellen Variationen innerhalb der skelettalen Beziehungen im Viszerokranium besser zu verstehen und zu beurteilen, als ein Idealwert und als eine Normgröße. Darüber hinaus sollte jedoch nicht vergessen werden, daß alle kephalometrischen Variablen nur als eine Diskussionsgrundlage für die Diagnosefindung dienen können.

Der Kieferorthopäde trifft seine Entscheidung immer unter Einbeziehung einer Vielzahl von klinischen sowie cephalometrischen Informationen. Um den unterschiedlichen Bausteinen des Gesamtsystems mit ihren vielfältigen und teilweise sehr facettenreichen Befunden gerecht zu werden, sollte die Diagnostik in Einzelbereichen erfolgen. Am Anfang steht (1) die Anamnese und das Aufzeichnen der Wünsche des Patienten. Es folgt die (2) Einteilung des Gesichtstyps des Patienten und (3) die Beurteilung der basalen Relation im Rahmen der Analyse der maxillären und mandibulären Basis, die letztendlich nur durch eine systematische Analyse des Fernröntgenbildes möglich wird. Nach der Bewertung der (4) Stellung der Frontzähne in Abhängigkeit vom knöchernen Profil und dem Weichgewebsprofil folgt die (5) Beurteilung der dento-alveolären Relation nach der Angle-Klassifizierung. Es muß (6) dringend eine Analyse der Zahnstellung im gesamten Zahnbogen – Platzverhältnisse – im Rahmen einer kieferorthopädischen Modellanalyse folgen. Eine Reihe von Besonderheiten beschließen die kieferorthopädische Diagnostikkaskade. Eine Behandlung sollte erst dann vorgenommen werden, wenn die Beurteilung der (7) dentalen und (8) parodontalen Situation des Patienten und die Beurteilung des (9) Funktionszustandes des gesamten cranio-mandibulären Systems dies erlaubt.

Das Literaturverzeichnis liegt bei den Autoren vor.

Korrespondenzadresse:

**Dr. Stefan Kopp &
PD Dr. Udo Langbein**

**Klinikum der Friedrich-Schiller-
Universität Jena**

**Zentrum Zahn-, Mund-,
Kieferheilkunde
Poliklinik Kieferorthopädie
Bachstraße 18
07740 Jena**

**Tel.: (03641) 03 45 45
Fax: (03641) 93 45 46**

**Email:
stefan.kopp@med.uni-jena.de
udo.langbein@med.uni-jena.de**

Wir gratulieren!

zum 79. Geburtstag am 17.1.

Herrn Dr. Kurt Eberhard
Am Volkshaus 14, 98673 Eisfeld

zum 75. Geburtstag am 7.1.

Frau SR Emmy Hopf
Mürschnitzer Straße 38, 96515 Sonneberg

zum 74. Geburtstag am 30.1.

Herrn Dr. Dietrich Berlinghoff
Löbdergraben 8a, 07743 Jena

zum 73. Geburtstag am 4.1.

Herrn SR Dr. Hans-Karl Heil
*Ammerbacher Straße 103,
07745 Jena-Ammerbach*

zum 73. Geburtstag am 15.1.

Herrn SR Dr. med. dent. Horst Lüdecke
Oststraße 30, 99867 Gotha

zum 71. Geburtstag am 13.1.

Herrn Dr. med. dent. Jürgen Junge
Hauptstraße 34, 99880 Schnepfenthal

zum 70. Geburtstag am 6.1.

Frau Dr. Christa Falk
Georg-Büchner-Straße 43, 07548 Gera

zum 65. Geburtstag am 22.1.

**Herrn Dr. med. dent.
Engelbert Knieknecht**
Weimarerische Straße 55b, 99441 Mellingen

zum 65. Geburtstag am 23.1.

Frau Dr. med. dent. Jutta Grzempa
Corona-Schröter-Straße 20, 98693 Ilmenau

zum 60. Geburtstag am 25.1.

Frau Barbara Greiner
Dornburger Straße 161, 07743 Jena

zum 60. Geburtstag am 26.1.

Frau Dr. med. Loni Schorcht
Johannisstraße 9, 99817 Eisenach

Betriebsprüfung von Zahnarztpraxen

Von Lutz W. Formanski, Rechtsanwalt im Büro Jena der Lohr & Partner GbR

Betriebsprüfungen, sogenannte Bps, haben in den vergangenen Jahren stets zu rechtskräftigen Mehrsteuern in Milliardenhöhe geführt. Wen wundert es da, wenn der Ruf der Politiker nach Verkürzung der zeitlichen Abstände für Betriebsprüfungen immer größer wird? Selbst wenn der Wunsch, z.B. Mittelbetriebe im Abstand von höchstens sechs Jahren zu prüfen, weiterhin Utopie bleibt, können Sie vor Betriebsprüfungen zu keiner Zeit sicher sein, auch wenn Ihr Betrieb in der Vergangenheit bereits einer solchen unterlag.

Gehen Sie immer davon aus, daß die Betriebsprüfung ein steuerlich normaler Vorgang ist, mit dem jederzeit gerechnet werden muß.

Ist eine Betriebsprüfung angekündigt, sollten Sie umgehend mit Ihrem Rechtsanwalt/Steuerberater Kontakt aufnehmen. Er verfügt über die dazu notwendigen Fachkenntnisse, aber auch über taktisches Verhandlungsgeschick, um Sie vor eventuellem Schaden zu bewahren. Lassen Sie sich über Ihr Verhalten während der Prüfung aufklären! Darüber hinaus ist Ihr Berater in der Lage, die Prüfungsanordnung gründlichst auf formelle Mängel zu prüfen und dementsprechend zu reagieren.

Wie kommt es zu Betriebsprüfungen?

Praxen werden gezielt oder nach Zufallskriterien ausgewählt. Soweit eine gezielte Auswahl erfolgt, können Anlässe hierfür sein:

- sprunghafte Änderungen und Unglaublichkeiten von Posten der Bilanzen sowie der Gewinn- und Verlustrechnung,
- andauernde Verluste (Liebhaberei),
- fehlende oder niedrige Privatentnahmen,
- Kontrollmitteilungen anderer Finanzämter,
- anonyme Anzeigen, z.B. von entlassenen Angestellten, geschiedenen Ehepartnern, ehemaligen lästigen Gesellschaftern oder Neidern.

Im sogenannten Innendienst (Veranlagungsstellen) kann keine umfassende, abschließende Prüfung aller steuerlich relevanten Vorgänge erfolgen. Die deshalb vorgenommene Steuerfestsetzung unter dem Vorbehalt der Nachprüfung gem. § 164 Abs. 1 AO ist ein Zeichen dafür, daß der Vorgang noch nicht abschließend geprüft wurde oder geprüft werden konnte und daß der Betrieb eventuell für eine Betriebsprüfung vorgesehen sein könnte.

Der durchschnittliche Prüfungsturnus in Jahren betrug bei geprüften Großbetrieben:

| | |
|------|-----|
| 1995 | 5,4 |
| 1996 | 4,9 |
| 1997 | 4,6 |
| 1998 | 4,4 |

bei geprüften Mittelbetrieben:

| | |
|------|------|
| 1995 | 14,5 |
| 1996 | 13,9 |
| 1997 | 12,8 |
| 1998 | 11,8 |

Die Betriebsprüfung kann erst nach einer Prüfungsanordnung erfolgen!

Jeder Betriebsprüfung muß in angemessener Zeit eine Prüfungsanordnung vorausgehen. Die Zeit beträgt in der Regel bei Großpraxen vier Wochen, bei Mittel-, Klein- und Kleinstpraxen zwei Wochen.

Die Prüfungsanordnung enthält die Rechtsgrundlage, die zu prüfenden Steuerarten sowie den Prüfungszeitraum. Ferner sind in ihr der voraussichtliche Beginn der Prüfung, der Name des Prüfers und der Ort der Prüfung enthalten.

Die Prüfung findet grundsätzlich in den Praxisräumen und während der üblichen Sprechstunden statt. Hier kann jedoch mit dem Prüfer in der Regel recht unkompliziert eine Vereinbarung gefunden werden, die eine Prüfung in der Kanzlei des Rechtsanwaltes/Steuerberaters vorsieht. In einem solchen Fall behält sich der Prüfer jedoch die Option für einen Praxisrundgang beim Praxisinhaber offen.

Sofort nach Erhalt der Prüfungsanordnung sollte unbedingt eine Prüfung der formellen Richtigkeit durch den Rechtsanwalt/Steuerberater als eine Voraussetzung für deren Rechtmäßigkeit erfolgen.

Welche Zeiträume werden geprüft?

Die allgemeine Verwaltungsvorschrift für die Betriebsprüfung (Betriebsprüfungsordnung BpO) schreibt gem. § 4 vor, daß die Finanzbehörde den Umfang der Prüfung nach pflichtgemäßem Ermessen bestimmt.

Bei erstmaliger Prüfung einer Großpraxis gibt es z.B. keine Begrenzungen. Bei anderen Praxen soll der Zeitraum nicht über die letzten drei Besteuerungszeiträume hinausgehen. Das FA legt sich jedoch nicht fest, welche drei Jahre geprüft werden sollen. Die bisherige Regelung, daß nur die letzten drei Jahre geprüft werden, für die bis zur Unterzeichnung der Prüfungsanordnung Steuererklärungen beim FA vorliegen, ist mit der neuen BpO entfallen.

Können die Besteuerungsgrundlagen nicht ohne Erweiterung des Prüfungszeitraumes festgestellt werden oder rechnet das FA mit Steuernachforderungen von insgesamt mindestens 3000 DM für das Kalenderjahr oder 1000 DM je Steuerart und Kalenderjahr oder besteht der Verdacht einer Steuerstraftat oder einer Steuerordnungswidrigkeit, müssen Sie mit der Erweiterung des Prüfungszeitraumes rechnen. Lediglich in diesen begründeten Ausnahmefällen ist eine Erweiterung des Prüfungszeitraumes zulässig.

Muß der Prüfer dagegen für die Beurteilung eines Sachverhaltes im Prüfungszeitraum einzelne Belege oder andere Schriftstücke einsehen, die außerhalb des Prüfungszeitraumes erstellt wurden, stellt dies keine Erweiterung des Prüfungszeitraumes dar.

Wie bereiten Sie sich am besten auf eine Betriebsprüfung vor?

Überprüfen Sie Ihre Unterlagen auf Vollständigkeit und Richtigkeit und legen Sie diese bereit.

Dazu gehören vor allen:

- eine ordnungsgemäße Buchführung mit vollständigen Belegen, Kontoauszügen, ordentlich geführter Barkasse sowie Inventarverzeichnisse,
- aktuelles Verzeichnis über eventuell vorhandene Gebäude, Praxisgeräte und Betriebsvorrichtungen,
- aktuelle Verträge einschließlich der vertraglichen Vereinbarungen zwischen nahen Angehörigen oder verbundenen Praxisen,
- Lohnkonten der Beschäftigten einschließlich der Aushilfskräfte,
- Gesellschaftsverträge und Gesellschafterabschlüsse und
- Fahrtenbuch, Reisekosten und Bewirtungskostenabrechnungen.

Wichtige/größere Rechnungen sollten Sie selbst noch einmal auf ihre Richtigkeit (u. a. Adressat der Rechnung) prüfen.

Sollte eine Prüfung in den Praxisräumen unangenehm sein, dann überlegen Sie bitte, in welchem Raum Sie den Prüfer unterbringen wollen. Das eigene Büro ist nicht der geeignete Ort, da Sie selbst dort beschäftigt sind und Ihre Telefonate von dort aus führen müssen. Halten Sie nach Möglichkeit einen **separaten Raum** bereit, in dem der Prüfer ungestört seine Prüfungshandlungen vornehmen kann. Benennen Sie gegebenenfalls eine **verlässliche und geschickte Auskunftsperson**. Nur diese sollte während der Prüfungsdauer für Fragen des Prüfers bereitstehen. Im übrigen müssen der Steuerpflichtige selbst, die benannte Auskunftsperson und der Rechtsanwalt/Steuerberater im Rahmen der Mitwirkungspflicht für Auskünfte zur Verfügung stehen.

Informieren Sie Ihre Angehörigen und zumindest das Praxispersonal über die bevorstehende Prüfung und die von Ihnen benannte Auskunftsperson.

Halten Sie andere Personen vom Prüfer fern, denn der Prüfer kann jeden anderen Mitarbeiter Ihrer Praxis zu Prüfungszwecken befragen. Ein Auskunftsverweigerungsrecht steht diesem Personenkreis nach der Betriebsprüfungsordnung 2000 nicht mehr zu.

Hier hilft nur eine eindeutige vorherige Unterweisung des Personals, wie in solchen Fällen zu reagieren ist. Damit sollte sich der Praxisinhaber und sein Rechtsanwalt/Steuerberater wieder in die Lage versetzen können, über die gegebenen Auskünfte bis ins Detail informiert zu sein.

Beachten Sie insbesondere, daß mit dem Erscheinen des Prüfers eine strafbefreiende Selbstanzeige bei Steuerhinterziehung nicht mehr möglich ist!

Das heißt:

Stellen Sie bei der Vorbereitung auf die Betriebsprüfung fest, daß – aus welchem Grund auch immer – nicht alle steuerlich relevanten Tatsachen berücksichtigt wurden, haben Sie bis zum Erscheinen des Betriebsprüfers vor Ort die Möglichkeit einer strafbefreienden Selbstanzeige. Dabei sollten Sie allerdings Ihren Rechtsanwalt/Steuerberater hinzuziehen.

Wie läuft die Prüfung überhaupt ab?

Gehen Sie davon aus, daß der Prüfer steuerliche Schwerpunkte Ihrer Praxis bereits aus der Aktenlage genau kennt. Auch scheinbar beiläufige Fragen haben deshalb häufig einen tieferen Hintergrund.

Die Prüfung sollte in einem freundlichen Klima ablaufen, da der Prüfer auch nur seiner Tätigkeit nachgeht. Der Prüfer ist sogar dazu angehalten – soweit er Mindersteuern feststellt – hierauf gesondert hinzuweisen.

Die Anwesenheit des Rechtsanwalts/Steuerberaters zu Prüfungsbeginn ist empfehlenswert, da ein gemeinsames Einführungsgespräch, an dem der zu prüfende Praxisinhaber, der Rechtsanwalt/Steuerberater und ggf. die Auskunftsperson teilnehmen sollten, im Interesse der Praxis liegt. In diesem Gespräch ist der zeitliche und sachliche Ablauf der Prüfung festzulegen.

Lassen Sie bei der u. U. danach erfolgenden Praxisbesichtigung keinen Alleingang des Prüfers zu.

Einer Besichtigung der Privatwohnung steht Art. 13 GG entgegen.

In Abhängigkeit von der Unternehmensform (Einzelfirma/Personengesellschaft/Kapitalgesellschaft) gibt es spezielle Anknüpfungspunkte für die Prüfung.

Das sind insbesondere:

- Vollständigkeit der Praxiseinnahmen,
- ungeklärter Vermögenszuwachs, Abgrenzung Praxisvermögen/Privatvermögen, Praxiseinnahmen/Einlagen, Praxisausgaben/Entnahmen,
- Verträge zwischen nahestehenden Personen,
- Gesellschaftsverhältnisse,
- Praxiserwerb, -umwandlung, -verpachtung, -aufgabe, -veräußerung,
- Grundstückskäufe und -verkäufe, Nutzungsänderung bei Grundstücken,
- Wertansätze in der DM-Eröffnungsbilanz (die besondere Festsetzungsverjährung beträgt sechs Jahre), Prüfung wesentlicher nichtbetrieblicher Einkünfte

Lassen Sie den Prüfer niemals selbständig Kopien von Ihren Unterlagen anfertigen. Diese Verfahrensweise sollten Sie bereits im Einführungsgespräch regeln. Bitten Sie den Prüfer, eventuelle Kopierwünsche nur durch die von Ihnen benannte Auskunftsperson anfertigen zu lassen.

Erstellen Sie dabei die Kopien zweifach, um zu wissen, woran der Prüfer gerade arbeitet und über welche Unterlagen er von Ihrer Firma verfügt. Auch Sie selbst haben kein Auskunftsverweigerungsrecht. Taucht während der Prüfung der Verdacht einer Steuerhinterziehung bzw. leichtfertigen Steuerverkürzung auf, muß Sie der Prüfer davon in Kenntnis setzen. Ab diesem Zeitpunkt haben Sie durch ein in Gang gesetztes gesondertes Verfahren nunmehr Aussageverweigerungsrecht.

Machen Sie davon strikt Gebrauch und informieren Sie in diesem Fall umgehend Ihren Rechtsanwalt/Steuerberater.

Das Verlangen der Einsichtnahme in die Privatkonten ist grundsätzlich nicht gestattet. Liegen aber konkrete Anhaltspunkte für ungeklärte Vermögenszuwächse vor, die der Prüfer detailliert begründen muß, kann er auch in Privatkonten einsehen.

Wie wichtig ist die Schlußbesprechung?

Nachdem Ihnen in angemessener Zeit vor der Schlußbesprechung die Prüfungsfeststellungen übergeben wurden, beginnt **die wichtigste Phase einer Betriebsprüfung**: die Vorbereitung und Durchführung des Abschlußgesprächs.

Sein Ausgang ist wesentlich geprägt von gründlicher Vorbereitung, Rechtskenntnis, Durchsetzungskraft, Standvermögen und Verhandlungsgeschick. In dieser „orientalischen Phase“ sollten Sie sich auf das Können Ihres Steuerberaters/Rechtsanwaltes verlassen, der über die entsprechenden Kenntnisse verfügt, bei welchen strittigen Sachverhalten die eigenen Rechtspositionen weiter verfolgt werden, und wo eventuell Kompromißbereitschaft gezeigt werden sollte. In vielen Fällen

geht es dabei tatsächlich wie auf einem orientalischen Basar zu. In der Regel sind beide Seiten bestrebt, eine Einigung über möglichst alle strittigen Punkte in der Schlußbesprechung zu erreichen.

Am Ende der Betriebsprüfung sollte der Betriebsprüfungs-Bericht zur Prüfung vorab zur Stellungnahme beantragt werden. Sollte dieser von dem Gesprächsprotokoll abweichen, kann bzw. muß ergänzend vortragen werden.

Die Betriebsprüfung ist beendet, wenn die danach ggf. geänderten Steuerbescheide bestandskräftig geworden sind. Haben Sie zu Prüfungsfeststellungen Vorbehalte, die im Rahmen der Abschlußgespräche nicht ausgeräumt werden konnten, können Sie nur gegen die geänderten Steuerbescheide Einspruch einlegen. Eine eventuell zurückweisende Entscheidung des Finanzamtes ist durch Einlegung von Rechtsmitteln bei den jeweils zuständigen Finanzgerichten überprüfbar. Versäumen Sie deshalb nicht, geänderte Steuerbescheide umgehend Ihrem Rechtsanwalt/Vermögensberater vorzulegen!

Eine Betriebsprüfung gibt dem Unternehmer Auskunft darüber,

- wie effizient und vorausschauend sein Rechtsanwalt/Steuerberater arbeitet und
- wie die eigene kaufmännische Führung der Praxis von dritter Seite eingeschätzt wird.

Je nach Auftrag endet die Betriebsprüfung mit Zufriedenheit, oft aber mit viel Aufregung, Ärger und nicht selten mit Steuernachforderungen des Finanzamtes, wobei nicht in erster Linie die Mehrsteuern entscheidend sind, sondern eher die rechtzeitige Kenntnis der Risiken und der dahinterstehenden „drohenden“ Belastungen für Ihre Praxis.

Nur so können Sie das Ergebnis einer Betriebsprüfung richtig beurteilen.

33. Europäischer Zahnärztlicher Fortbildungskongreß

24. Februar bis 3. März 2001 in Davos

„Permanent neue Gesichtspunkte bestimmen das Handeln“, das war die Maxime, die die Kongreßleitung bei der Gestaltung des wissenschaftlichen Programms begleitete. Neuerungen, wie beispielsweise Seminare mit Internet-Schulung und ein Internet-Café wechseln ab mit den klassischen Disziplinen des Fachs. Alle fortschrittsbewußten Praktiker sind eingeladen, nach Davos zu kommen und die einzigartige Symbiose von Weiterbildung und Erholung fernab der Hektik großer Städte zu erleben.

Nähere Informationen und Programm:
Freier Verband Deutscher Zahnärzte e. V.,
Ursula Holscher, Mallwitzstraße 16,
53177 Bonn, Tel.: (0228) 8 55 70,
Fax: (0228) 34 06 71,
E-Mail: hol@fvdz.de, www.fvdz.de



**Freier Verband
 Deutscher
 Zahnärzte e.V.**

Wissenschaftlicher Abend in Eisenach

„Maschinelle Wurzelkanalaufbereitung – Neue Instrumente, Neue Technik, Neue Erfolge?“ – zu dieser Thematik war es dem Vorstand der Mitteldeutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zu Erfurt e.V. gelungen, Herrn Prof. Dr. D. Heidemann, Leiter der Abteilung für Zahnerhaltungskunde am ZZMK der Goethe Universität Frankfurt/Main einzuladen. In bereits traditioneller Form trafen sich am 29.11.2000 etwa 50 Kolleginnen und Kollegen zum „Wissenschaftlichen Abend“ in den Räumlichkeiten des Hotels „Thüringer Hof“ in Eisenach.

Ausgehend von der früher oft geprägten Meinung „immer besser manuell“ stellte Herr Professor Heidemann zunächst einige Besonderheiten endodontischer Behandlungen wie die spezielle Ausgangssituation, vorhandene Seitenkanäle, Kanalwandung und -krümmung, Zahl und Variantenvielfalt der Kanäle, physiologisches Foramen apicale, interne Resorptionen usw. vor. Querschnittsuntersuchungen in unterschiedlichem Abstand zum Apex zeigen, daß natürlicherweise kaum runde Querschnitte vorzufinden sind.

Maschinelle Wurzelkanalaufbereitungssysteme werden in unterschiedlichem Maß diesen Anforderungen gerecht. Derzeit sind Systeme mit alternierender und Volldrehbewegung verfügbar.

Zur ersten Gruppe gehören beispielsweise Canal Leader (SET), Excalibur (M & W) und Mecasonic (MicroMega). Neben der Drehung werden teilweise zusätzliche Hub- oder Seitwärtsbewegungen durchgeführt.

Vollrotierende Verfahren werden u.a. durch Profile (Maillefer), Lightspeed (Tulsa), Hero 642 (MicroMega) und Flexmaster (VDW) repräsentiert. Verändert hat sich das Instrumentendesign hinsichtlich Form und Anzahl schneidender Elemente. Verändert ist auch die Philosophie der Kanalaufbereitung wie sie sich beispielsweise in der Crown-down-Technik niederschlägt. Zunächst werden koronale und mittlere Kanalabschnitte aufbereitet und erst in der abschließenden Phase die gesamte Kanallänge bearbeitet. Dabei kommen Instrumente unterschiedlicher Konizität zum Einsatz. Konsequenterweise ist dies beim Hero 642 und Flexmaster-System umgesetzt worden. Gleit- und Schmiermittel erleichtern darüber hinaus die Aufbereitung.

Guttapercha ist auch bei maschineller Aufbereitung als Wurzelfüllmaterial zu bevorzugen. Beim Theramfil-Verfahren sind Alpha- und Beta-Guttapercha in einem Stift kombiniert, der nach Erwärmung in einem speziellen Ofen gezielt im Wurzelkanal appliziert wird.

Problematisch stellt sich noch immer die Frakturgefahr von Instrumenten bei maschineller Aufbereitung dar. Neben dem Mehrfachgebrauch (Sterilisiervorgang) ist vor allem die mechanische Überlastung zu sehen. Verschiedene Verfahren besitzen deshalb Drehmomentbegrenzungen bzw. integrierte Stop- und Rücklauffunktionen. Für den Einstieg in diese Technik sind unbedingt Übungen an extrahierten Zähnen zu empfehlen.

Nach Ansicht von Prof. Heidemann stellen maschinelle Wurzelkanalaufbereitungssysteme mittlerweile eine sinnvolle Ergänzung therapeutischer Möglichkeiten dar. Auch stark gekrümmte Kanäle lassen sich damit gut aufbereiten. Mit zahlreichen klinischen Bildern wurden erfolgreiche Therapien dokumentiert.



↑ Dr. Andreas Wagner empfängt den Präsidenten der Landes Zahnärztekammer



← Dr. Andreas Wagner, Vorsitzender der MGZMK, bei der Begrüßung

Daraus resultierende Bearbeitungstechniken wie circumferential und anti-curvature filing versuchen, diesen anatomischen Bedingungen gerecht zu werden. Durch Kanalkrümmungen bedingt kann es zu teilweise erheblichen Abweichungen des Aufbereitungsquerschnitts i.S. von elbow bzw. zipping-Effekten kommen, wobei teilweise Perforationsgefahr mit entsprechenden Folgen für die Zahnerhaltung besteht.

Eine Favorisierung eines alleinigen Verfahrens ist gegenwärtig jedoch nicht möglich. Bei besonders schwierigen Kanalsituationen wird eine Kombination von maschineller und manueller Bearbeitung zu bevorzugen sein.

↓ **Die Atmosphäre der kollegialen Begegnung zieht viele Gäste an.**



In der anschließenden Diskussion wurden Fragen der Kollegen beantwortet. Dabei kam es zu einem interessanten Gedankenaustausch zwischen den Gästen, der bei dem sich anschließenden Abendessen in sehr angenehmer Umgebung fortgesetzt werden konnte.

Insbesondere die Atmosphäre der kollegialen Begegnung macht den Reiz dieser Veranstaltungsreihe aus. Deshalb beabsichtigt der Vorstand der MGZMK, erneut einen wissenschaftlichen Abend am Mittwoch, dem 21. März 2001 zur Thematik „Galvano-Prothetik“ durchzuführen. Die Einladungen werden rechtzeitig versandt bzw. im tzb veröffentlicht. Interessierte Kolleginnen und Kollegen, die noch nicht Mitglied in unserer Gesellschaft sind, können sich gern telefonisch (0361) 2 25 19 30 bzw. (0361) 7 91 24 54 über unsere Gesellschaft und weitere Vorhaben informieren.

*Dr. Uwe Tesch,
2. Vorsitzender MGZMK*

Koordinierungskonferenz „Prophylaxe“

Bonn 22.11.2000

Der Begrüßung durch den Vorsitzenden der AG Prophylaxe und Vizepräsidenten der Bundeszahnärztekammer, Dr. Oesterreich, folgte die Vorstellung eines Fragebogens zur Prophylaxe in der Zahnarztpraxis durch Herrn Micheelis vom IDZ. Die Zeit der Feldstudie lag im Zeitraum Mai/Juni 2000. Im Frühjahr 2001 sollen Ergebnisse erarbeitet sein, die bei der nächsten Koordinierungskonferenz vorgestellt werden.

Als fachliche Grundlage dieser Koordinierungskonferenz referierte **Prof. Noack** von der Universität Köln zum Thema „**Präventionsorientierte Zahnmedizin – Impulse für berufs- und wissenschaftspolitisches Handeln**“. Prof. Noack: „Die Zahnmedizin hat sich inhaltlich und in der Ausübung seit einem Jahrhundert kaum geändert. Eine inhaltliche Neubewertung muß erfolgen.“

Er stellte den Lebenslauf eines Zahnes folgendermaßen dar:

- Füllung
- Krone
- Wurzelbehandlung (15% der Restaurationen werden Wurzelbehandlung)
- Extraktion

Nach Darstellung Noacks reparieren wir die Schäden, die wir im Laufe eines Zahnlebens verursachen. Unsere Therapievorgaben stimmen nicht mehr mit den modernen Möglichkeiten der heutigen Zeit und mit unserem derzeitigen Wissen überein. Als Ziel formulierte er die „Präventionsorientierte Zahn-, Mund und Kiefermedizin“. Dies erfordere einen Paradigmenwechsel.

Die Jahrhunderte andauernde Extraktionsära in der Zahnheilkunde wurde abgelöst durch die restaurative Epoche (Black), die fast 100 Jahre die Zahnmedizin bestimmte. Nun gewinnt ganz langsam die Prävention als Vorbehandlung vor bestimmten Restaurationen einen größeren Raum. Die Forderung müßte aber sein: Prävention statt Restauration, d. h. Karies mit Medikamenten heilen statt durch „Operationen“. Hierzu bemühte Noack einen einleuchtenden Vergleich aus der Medizin:

Das Heilen von durch Heliobakter verursachten Magengeschwüren mittels Antibiotika hat Operationen nach Billroth II völlig verdrängt. Letztere wären nach heutigen Erkenntnissen mehr als ein ärztlicher Kunstfehler.

„Dementsprechend können wir Zahnärzte nicht mehr nur bohren und so tun, als ob die Zeit der Wissenschaft stehen geblieben sei. Daher scheint es bedenkenswert, ob die Ein-

zelpraxis der derzeit überwiegenden kurativen Art noch lange Bestand haben kann und soll. Die Zerstörung oraler Strukturen beginnt durch Infektionen, denen wir mittels minimalinvasiver Therapie und später durch Füllungen bzw. Überkronungen begegnen. In vielen Fällen erfolgt irgendwann die Extraktion und dieser zwangsläufig der Zahnersatz.

Noack schlug ein Kariesmanagement in 3 Schritten vor:

- Infektionskontrolle vor Restauration, damit Restauration kein neues Erkrankungsrisiko wird: „Wir bekämpfen Mutansstreptokokken mit Regenschirmen und nennen es Prophylaxe.“
- Versiegeln und Reparieren statt Ersetzen
- Antimikrobielle Behandlung im Recall-Programm

In den nächsten fünf Jahren werden die Zahnärzte erkennen, daß rotierende Instrumente überflüssig und durch andere Methoden zu ersetzen sind.

Zum Thema Prävention und Parodontologie unterstrich **Noack**, daß man Karies nicht von der parodontalen Prophylaxe trennen kann und stellte neueste Ätiologiehypothesen vor:

Systemische Erkrankungen und systemische Risikofaktoren als orale Risikofaktoren:

1. Diabetes
2. HIV/ AIDS
3. genetische Faktoren
4. Rauchen
5. Streß

Orale Infektionen als Risikofaktoren für modifizierte systemische Erkrankungen:

1. Herz-Kreislauf-Erkrankungen
2. Diabetes Mellitus
3. Frühgeburten (doppeltes Risiko im Vergleich zum Alkoholeinfluß)

Parodontitis und koronare Herzkrankheit:

Infektion der Koronarsklerose (Clamydie pseumon.)

Parodontale Pathogene in Atheromen

Patienten mit dentogenen Entzündungen haben stärkere Sklerose der Gefäße

Gemeinsame Risikofaktoren: Rauchen, Alter, Geschlecht

In den neuen Bundesländern stehen 40% PA-Erkrankungen nur 3% Ausgaben für deren Therapie gegenüber.

Untersuchungen und deren statistische Auswertungen belegen: Karies ist auch eine soziale Problematik. Dem begegnet die „sozial engagierte“ Regierung „sozial“ durch Budgetierung.

Die Schlußfolgerungen formulierte **Noack** in einem Appell:

„Das Budget wird von der Politik nicht wieder beseitigt werden. Richten Sie sich auf einen Verteilungskampf einer endlich fixierten Menge ein. Die Zahnmedizin hat keine Chance, das Budget zu sprengen, egal welche Partei die Regierung bilden wird. Gewinnen Sie den kommunikativen Wettlauf der Prävention. Prophylaxepaxen haben fachlich mehr Erfolg als Gruppenprophylaxe. Vergrößern Sie die Evidenz. Fördern Sie den Aufbau eines Netzwerks, in dem Praxen mit Wissenschaftlern zusammenkommen, um den Nutzen effektiver zu gestalten. Dies ist auch ein Weg zur Qualitätssicherung.“

Zur progressiven Wirkung von Qualitätszirkeln traf **Noack** die Einschätzung, daß sich zu wenige Zahnärzte daran beteiligen. „Man findet die Zahnärzte wieder, die es eigentlich nicht nötig haben, dorthin zu gehen“.

In der Diskussion wurden folgende Statements abgegeben:

Prof. Einwaag:

Parodontitis- und Gingivitisprophylaxe können nicht von GKV getragen werden. Die Kariesprophylaxe ist fachlich realisiert worden - bis auf Risikogruppen. Wichtig ist heute die Parodontitisprophylaxe. Dabei ist allerdings der derzeitige PA-Vordruck und die Arbeit damit als „Körperverletzung“ anzusehen.

Zu den zahnärztlichen Gruppenuntersuchungen wurde festgestellt, daß Kariesdiagnostik nur möglich sei, wenn ausreichende Beleuchtung, Röntgendiagnostik (Bißflügel), Fluoreszenz und entsprechende Geräte (Diagnodent®) zur Verfügung stehen.

„Wie gut können heute durch Gruppenuntersuchungen mit der Taschenlampe Diagnosen gestellt werden? Das ist seit 30 Jahren veraltet. Ergo gehören Diagnostik sowie Prävention heute in die Einzelpraxis.“ Dies erfordert auch ein Umdenken in den jeweiligen LAGJ.

Prof. Noack forderte:

„Weg vom Aktionismus hin zur Strategie in der Politik. Zur Prävention gehört in der nächsten Zeit auch die Prävention der Wurzelkaries bei älteren und alten Patienten. Dies ist auch nicht in Gruppen möglich. Die Alterszahnmedizin ist total unterentwickelt. Das Konzept „Vertrags- und Wahlleistung“ ist keine Antwort auf Morbidität. Um medizinisch ethisch glaubwürdig zu sein, muß auch ein soziales Konzept existieren“.

Ein weiterer Tagesordnungspunkt war die Diskussion der Kinderuntersuchungshefte (Zahngesundheitspässe), die in einigen Bundesländern bzw. Zahnärztekammerbereichen existieren. Eine Vorstellung wird in einem der nächsten tzb erfolgen.

Prof. Wagner:

Positiv ist die politische Einbindung der Zahnmedizin in die Medizin und entspricht der wissenschaftlichen Erkenntnis von Frühgeburten und untergewichtigen Neugeborenen durch das PA-Risiko.

Prof. Noack:

Es besteht ein Infektionsrisiko durch die Mutter – Der Wunsch nach gesunden Kindern sollte die Vorsorge der werdenden Mutter vor Übertragungsrisiken auf ihr Kind durch eine gezielte Prophylaxe fördern.

Beraten wurde ein Koordinationsprojekt mit der Zielstellung, aus den bereits vorhandenen Kinderpässen eine bundesweit vereinheitlichte Form zu erarbeiten.

Der Kinderpaß ist verbraucherberatend und damit Angelegenheit des Patientenschutzes sowie auch ein Mittel für gute Öffentlichkeitsarbeit.

Tagesordnungspunkt Prophylaxeleitfaden:

Die 20 000 Exemplare „Individualprophylaxe“ sowie 5 000 Exemplare „Gruppenprophylaxe“ sind bereits vergriffen. Die Neuauflagen sollen aktualisiert und nach Bedarfsabfragen der Zahnärztekammern neu gedruckt werden. Der Bedarf für Thüringen kann bei der Pressestelle der Thüringer Zahnärzte angemeldet werden.

Der Leitfaden „Alterszahnheilkunde“, der maßgeblich vom Ehrenpräsidenten der LZKTh, **Dr. Junge**, erarbeitet wird, soll möglichst in derselben Reihe mit dem Layout der Prophylaxeleitfäden erscheinen.

Im Tagesordnungspunkt Fluoridierung wurde diese kritisch bewertet. Anfangs wurde auf die Studie von Prof. Gülzow, der auch an der Koordinierungskonferenz teilnahm, in der DZZ hingewiesen. Kritisiert wurden die beiden Stellungnahmen der DGZMK im Internet (1998 u. 2000) zur Fluoridierung. Die lokale Fluoridierung wurde als die wichtigste Prophylaxekomponente dargestellt.

Prof. Einwaag:

„Die Wissenschaft hat bewiesen: Fluoride wirken am besten lokal. Alle bisherigen Maßnahmen waren ausreichend. Die Ursache für die derzeit häufig erhöhte Fluoridgabe ist im Vorgehen der Industrie zu sehen, die entgegen den Absprachen und Empfehlungen nun auch in Kinderzahnpasten Fluoride in höherer Dosierung einbringt. Dies ist toll für die Wirkung, aber negativ für die Nebenwirkung.“ Früher lauteten die Empfehlungen Tablettenfluoridierung ohne Fluoridzahnpaste im Alter von 0 bis 2 Jahren. Heute: Keine Tablettenfluoridierung, da hohe Fluoridkonzentration der Zahnpasta. Wenn Zahnpasta verschluckt wird, dann sind 100% Fluorid verfügbar. Ebenfalls spielt der Haloeffekt eine Rolle bei der Fluoridkonzentration.

Dr. Oesterreich:

„Es kommen immer mehr Fluoride dazu.“

Prof. Gülzow:

„Tabletten sind die Ursache für das vermehrte Auftreten weißer Flecken. Eine Diaplazentarschranke gibt es nicht. Allgemein müssen neue Fluoridierungskonzepte erarbeitet

werden. Der Zahnarzt ist der einzige Fachmann, der mit Fluoriden umgehen kann. Dies gehört aber in die Praxis. Man kann im Kindergarten nicht mehr mit dem „Duraphat“-Eimer herumlaufen!“

Die Problematik Fluoridierung erfordert eine intensivere Kooperation mit Kinderärzten auf den jeweiligen Landesebenen. Die Schuleingangsuntersuchungen werden von Kinderärzten durchgeführt. Aber welche Daten liefern sie über die Zahngesundheit an die Gesundheitsministerien der Länder und welche Konsequenzen ergeben sich daraus?

Eine stärkere interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pädiatern und Stomatologen unter Einbeziehung des Gesundheitsministeriums macht sich erforderlich.

Die Neustrukturierung der Zahnheilkunde ist ein Hauptanliegen verschiedener Arbeitsgruppen der Bundeszahnärztekammer.

Dr. G. Wolf

Literatur:

Auf dem Weg in die Zukunft – Zahnarzt zwischen Tradition und Innovation. Qualitativ psychologische Grundlagenstudie zur beruflichen Situation der Zahnärzte in Deutschland. ESPE Dental AG, Seefeld 2000

Evidence-Based Dentistry. Evidenz-basierte Medizin in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. IDZ-Materialienreihe, Band 23, 2000

Stellungnahme DGZMK (Gülzow-Studie): „Empfehlungen zur Kariesprophylaxe mit Fluoriden“ vom 27.3.2000

GT™ Rotary Files – maschinelle Wurzelkanalaufbereitung mit System

Mit den neuen GT Rotary Files ist ein weiterer großer Schritt zur Vereinfachung der Wurzelkanalaufbereitung getan.

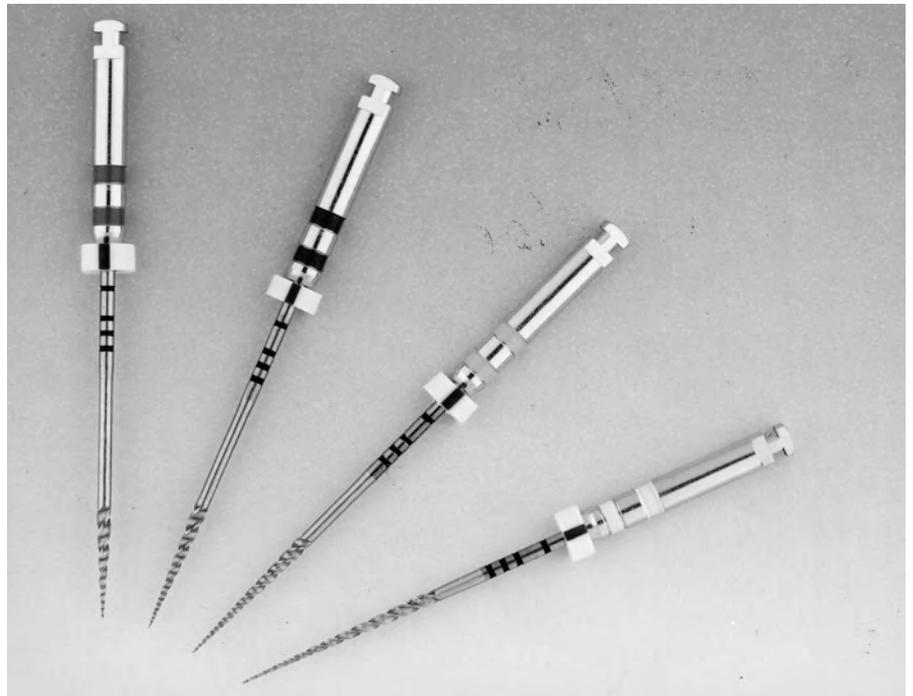
Der Marktführer DENTSPLY Maillefer bietet neben den seit über drei Jahren bewährten ProFile-Instrumenten ein neues System zur maschinellen Wurzelkanalaufbereitung an, das durch sein innovatives Instrumentendesign neue Maßstäbe in Effizienz und Systematisierung der rotierenden Wurzelkanalaufbereitung setzt.

Denn so unterschiedlich die Anatomie von Wurzelkanälen auch sein mag, eines haben sie gemeinsam: die konische Form. Dieser Tatsache trägt das außergewöhnliche Instrumentendesign der GT Rotary Files Rechnung. Schnell und einfach kann dadurch die Wurzelkanalaufbereitung je nach Anatomie mit nur drei bis vier Instrumenten durchgeführt werden. Das Ergebnis der Aufbereitung mit GT Rotary Files ist ein konischer Kanalverlauf, der das Spülen und Abfüllen wesentlich erleichtert.

GT Rotary Files sind bei sachgerechter Anwendung dank ihres außergewöhnlichen Instrumentendesigns sehr bruchstabil. Inte-

ressierten Zahnärzten, die sich selbst von der Einfachheit und Effizienz des Systems überzeugen möchten, bietet DENTSPLY seit September Kurse zur maschinellen Wurzelkanalaufbereitung mit GT Rotary Files an.

DENTSPLY DeTrey GmbH Maillefer-Produkte
Deutschland, Konstanz



Twin-Bloc – der Helfer für die Praxis:

Eine praktische Neuheit für den reibungslosen Ablauf einer Endodontie-Behandlung ist der Maillefer Twin-Bloc. Der Twin-Bloc vereint zwei Funktionen in einem:

- einen Messblock zum Einstellen der Arbeitslänge mittels Silicone-Stops und
- den beliebten Clean-Stand als Zwischenablage für Instrumente während der Behandlung.

Der Twin-Bloc verfügt über eine große Ablagefläche mit auswechselbarem Schaumstoffeinsatz und kann mit einer desinfizierenden Lösung gefüllt werden. Der Meßteil ist ergonomisch geformt und leicht zu reinigen. Durch seine Form bietet er einen sicheren Stand auf allen Ablageflächen.

DENTSPLY DeTrey GmbH Maillefer-Produkte
Deutschland, Konstanz



Die neue Diamantscheiben-Bestellhilfe von D+Z ist da.

Auswählen und bestellen ist mit der neuen Diamantscheiben-Bestellhilfe noch einfacher geworden. Das aktuelle Sortiment ist übersichtlich präsentiert und mit Anwendungshinweisen versehen, die Ihnen die Auswahl und richtige Anwendung erleichtern helfen.

Wenn Sie über das aktuelle Angebot informiert sein wollen, fordern Sie die Bestellhilfe an.

Sie erhalten diese bei D+Z in Berlin oder bei Ihrem Dental-Depot.

Drendel+Zweiling DIAMANT GmbH,
Goerzallee 307, 14167 Berlin, Germany

fon: +49 3 08 47 29 60,

fax: +49 3 08 17 40 87,

email: info@drendel.de



Allgemeine Chirurgie

Hrsg.: *N. Schwenger, M. Ehrenfeld*

327 Seiten, 284 meist farbige Abbildungen,

59 Tabellen, DM 148,-,

ISBN: 3-13-593403-9/695.

Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1999.

Das Standardwerk der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde erscheint im neuen Outfit und in drei Bänden. Herausgeber sind N. Schwenger und nunmehr M. Ehrenfeld (in der ersten und zweiten Auflage noch von Schwenger und Grimm).

Dieses Werk setzt den Erfolg seiner Vorgänger fort und definiert den Standard neu.

Eine erhöhte Leserfreundlichkeit wird erreicht durch Vierfarbdruck mit naturgetreuen klinischen Befunden und didaktisch ansprechenden Grafiken, klare Gliederung und ein sehr gutes Lernkonzept.

Dieser Band beschäftigt sich mit den Kapiteln:

- Wundlehre
- Blutung und Blutstillung
- Transfusionsmedizin
- Hygiene und Infektionsprävention
- Anamnese, Befunderhebung und Dokumentation
- Allgemeinanästhesie
- Weichteilinfektionen
- Spezifische Infektionen, Pilzkrankungen, Allergie
- Entzündungen des Knochens
- Bildgebende Verfahren
- Notfallmedizin

Anfangs irritierend war die dem Inhaltsverzeichnis dieses Bandes nachgestellte Themenauflistung von Band 2 „Spezielle Chirurgie“ und Band 3 „Zahnärztliche Chirurgie“, die aber bei Vollständigkeit dieses Lehrbuchklassikers didaktisch sehr hilfreich sein wird.

Arzneimittelgesetz

H. J. Pabel

143 Seiten, DM 29,-, ISBN: 3-7692-2373-X.

Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart 1998.

Das Werk enthält die aktuelle Fassung des Arzneimittelgesetzes und der EG-Recht-Überleitungsverordnung sowie eine übersichtliche Kurzdarstellung des deutschen Arzneimittelrechts.

Benötigt der Zahnarzt Kenntnisse über den Umgang mit Arzneimitteln? Ich glaube schon. Unwissenheit schützt auch hier nicht, selbst wenn der Anteil der von einer Zahnärztin/einem Zahnarzt verordneten Arzneimittel sehr gering ist und unsere Praxen nicht dem Angebot von Medikamentenmustern unterliegen wie eine allgemeinmedizinische oder eine Facharzt-Praxis.

Trotzdem - auch für den eventuellen Einzelfall mit gegen Null gehender Wahrscheinlichkeit eines Problems ist die Kenntnis des Arzneimittelgesetzes notwendig.

Die prothetische Versorgung des Lückengebisses

Befunderhebung und Planung

Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln

4., völlig neu bearbeitete Auflage,

366 Seiten, 244 Abbildungen, Hardcover,

ISBN 3-934280-07-2, DM198,00

Kurz und bündig wird dem Zahnarzt Befunderhebung und Planung von Zahnersatz in einer Art eines ausführlichen Kompendiums dargelegt. Das vorliegende Buch soll dem praktisch tätigen Zahnarzt helfen, die vielschichtigen Einflußfaktoren bei der Vorbereitung und Planung restaurativer Therapien in einer ganzheitlichen, auf wissenschaftlicher Erkenntnis beruhenden Sichtweise kennenzulernen. Pathophysiologie, Anamnese und Funktionsanalysen werden eingehend beschrieben, bevor für die Planung und Vorbereitung der Behandlung Empfehlungen gegeben werden. Klare Richtlinien für den konstruktiven Aufbau des Zahnersatzes sowie aktuelle Betrachtungen zu prothetischen Technologien runden das Thema ab. Als wesentlich erachte ich auch die Darstellung der Problematik der Materialauswahl. Leider erscheint die Erklärung bestimmter Verfahren durch ein sparsames Abbildungsangebot mangelhaft. Auch hätte ich mir die verschiedenen Anamnesebögen in einer zusätzlich gestalteten Kopiervorlage gewünscht.

Dr. G. Wolf, Suhl

Keramikverblend- schalen - Veneers

Klinische Erfahrungen und neue Methoden – Von der klassischen Keramik bis zu Preßverfahren

Alliessandro Caleffi, Daniello Berardi, Michael J. Noack

152 Seiten, 290 Abbildungen, Quintessenz Verlags GmbH Berlin, Hardcover, ISBN 3-87652-243-9, DM 98,00

Für den Zahnarzt ist vor allem die Arbeit interessant, die im Sprechzimmer durchgeführt wird. Diese wird für jeden Arbeitsschritt in sehr anschaulichen Abbildungen dargestellt, ebenso der stufenweise Einsatz der Schleifkörper verschiedenster Körnungen für die unterschiedlichen Präparationsabläufe, Abdrucknahme und Herstellung der Provisorien. Keramik-Veneers haben sich unter den verschiedenen Lösungen der Ästhetik im Frontzahnbereich entschieden durchgesetzt. Großen Aufschwung konnten sie in den letzten Jahren erleben infolge der beachtlichen Fortschritte auf dem Gebiet der Keramikverarbeitung, der dentalen Haftsysteme und der Fortentwicklung der Materialien bis zur Schaffung verformbarer Keramik. Keramik-Veneers bieten in vielen Fällen eine bewährte und ansprechende Alternative zu den Komposit-Rehabilitationen, ohne einen orthodontischen und prothetischen Eingriff auszuschließen. Ihr Vorteil besteht in der Lösung der Probleme sowohl ästhetisch als auch funktionell. Die Autoren vermitteln ihre langjährigen täglichen Erfahrungen auf einfache und lehrreiche Weise, von der klinischen Präparation zu den Ausarbeitungen in der Technik, in der Hoffnung, sowohl dem Zahnarzt wie dem Zahntechniker eine leicht durchführbare und zu sicherem Erfolg führende Arbeitsmethode zu bieten.

Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeits- prüfung

Argumentationshilfen Strategien Rechtsgrundlagen

Dr. Dr. Klaus Oehler

Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln, 2. ergänzte Auflage 2000, gebunden, 318 Seiten, 12 Abbildungen, 6 Tabellen, DM 178, ISBN: 3-934280-04-8

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung - immer noch ein Horrorszenario in der Vorstellung der Zahnärzte. In der 2. ergänzten und erweiterten Auflage des Autors wird die Wirtschaftlichkeitsprüfung als sachliches Verfahren dargestellt. Eine Honorarkürzung wegen vermuteter Unwirtschaftlichkeit, die bereits im Beschwerdeverfahren beschlossen wird, kann heute für den Zahnarzt existenzgefährdend sein. Der Wirtschaftlichkeitsprüfung der zahnärztlichen Behandlungsweise werden statistische Durchschnittswerte zugrunde gelegt. Daher geraten auch überdurchschnittlich vielseitige und fleißige, den Forderungen der medizinischen Wissenschaft folgende Zahnärzte in die Mühlen der Prüfung. In der Notwendigkeit, Praxisbesonderheiten oder sonstige Abweichungen vom statistischen Mittel zu rechtfertigen, muß der Zahnarzt in der Lage sein, sachlich begründet und überzeugend zu argumentieren. „Der Zahnarzt in der Wirtschaftlichkeitsprüfung“ ist das erste von einem Zahnarzt verfaßte Buch zum Thema und gibt dem Kollegen die Möglichkeit für eine stichhaltige Stellungnahme unter Berücksichtigung der neuesten Rechtsprechung und Literatur. Der Zahnarzt erfährt auch, welche vorsorglichen Maßnahmen er sich während der Behandlung – etwa bei der Karteiblattformführung – zur Regel machen muß, um im Prüfungsverfahren ggf. die Sorgfalt seiner Behandlungsweise dokumentieren zu können, was nach Einführung des chronologischen Erfassungsscheines noch wichtiger geworden ist.

Neu in der 2. ergänzten und erweiterten Auflage: Praktikable und sachverständige Vorschläge für die vom BSG geforderte „intellektuelle Prüfung“, Aktuelle Rechtsprechungen und Gesetzesänderungen, neue Literatur, Aufsätze und Urteilsbesprechungen, Kapitel „Überweisungen“, Kapitel „Modelle zur Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen“ mit Wegen zurück zur vorteilhafteren Einzelfall-

prüfung mit Hilfe der Oehler-Methode, „Fall-schnittfaktormethode“ und „Gegenrechnungsmethode“

Weitere Informationen über: Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln Irmgard Jung, Telefon 02234-70 11-459

Konventionelle Parodontalchirurgie und gesteuerte Gewebe- regeneration (GTR) mit nicht resorbier- baren und biologisch abbaubaren Barrieren

Eine vergleichende klinische Untersuchung unter besonderer Berücksichtigung von Reproduzierbarkeit und Validität der erhobenen Parameter bzw. verwendeten Meßverfahren

Habilitationsschrift

Berlin Quintessenz Verlags GmbH 1999, ISBN 3-87652-942-5

Peter Eickholz

Die vorliegende Untersuchung beschäftigte sich mit Fragen parodontaler Diagnostik in Hinblick auf die Evaluation von Behandlungsergebnissen nach konventioneller und regenerativer parodontalchirurgischer Therapie. In 1 sollte I) die Reproduzierbarkeit klinischer Funktionsparameter (horizontale Attachmentlevels [PAL-H], Funktionsgrade) durch Erhebung von Doppelmessungen bestimmt werden. II) Durch Vergleich mit einem geeigneten Goldstandard sollte die Validität klinischer Funktionsparameter ermittelt werden. III) Schließlich war die Frage zu klären, von welchen Faktoren (Funktionslokalisierung, Furkationssonde, Ausmaß des Furkationsbefalls) Reproduzierbarkeit und Validität der Meßgrößen abhängen. In Teilprojekt 2 sollte die Validität zweier Verfahren zur Analyse von Röntgenbildern bestimmt werden. Das überlegene Verfahren sollte für die Auswertung der Therapiestudien Anwendung finden. In Teilprojekt 3 sollte I) die Reproduzierbarkeit der Erhebung vertikaler Sondierungsparameter (Sondierungstiefen [STI], vertikale Attachmentlevels [PAL-V]) an Eckzähnen sowie Prämolaren bestimmt und II) für intraalveoläre parodontale Läsionen überprüft werden, ob parodontalchirurgische Maßnahmen nach dem biologischen Prinzip der gesteuerten

ten Geweberegeneration bei Verwendung einer biologisch abbaubaren Barriere aus Polyglactin 910 günstigere Therapieresultate ermöglichen als konventionelles parodontalchirurgisches Vorgehen. Schließlich sollte mit Teilprojekt 4 mit Hilfe des Modells einer randomisierten kontrollierten Halbseiterstudie nach Abschätzung der erforderlichen minimalen Stichprobengröße die Frage geklärt werden, ob bei Anwendung einer biologisch abbaubaren Barriere aus Polyglactin 910 nach dem biologischen Prinzip der gesteuerten Geweberegeneration ähnliche Therapieergebnisse möglich sind wie bei Verwendung einer nichtresorbierbaren Barriere aus ge-
ecktem Polytetrafluorethylen (ePTFE).

Bis zu 6 und 12 Monate postoperativ lassen sich keine statistisch signifikanten bzw. klinisch relevanten Unterschiede zwischen GTR-Therapie mit nicht-resorbierbaren und biologisch abbaubaren Materialien feststellen. Insofern können biologisch abbaubare Membranen zur Anwendung in der GTR-Therapie empfohlen werden, da sie einen chirurgischen Zweiteingriff zur Membranentfernung überflüssig machen.

Dr. G. Wolf, Suhl

Weil die gesamte Praxis darüber geschmunzelt hat, schickte Zahnärztin Angelika Stoß aus Plau dieses Gedicht ihres Mannes an das tzb.



Zu spät

***Es lag die Bürste für den Zahn
dicht neben einem Wasserhahn.
Indes, man tat sie nicht benutzen,
besonders nicht zum Zähneputzen.
So lag sie da bis zu dem Tag,
als 'ne Prothese bei ihr lag.
Die zwei hätten sich nie gekannt,
hätt' man die Bürste angewandt***

Kunst im Saal

Um das Ambiente im neuen studentischen Behandlungssaal An der Alten Post 4 für die Patienten noch angenehmer zu gestalten, hat die Fachschaft Zahnmedizin der Friedrich - Schiller Universität Jena zu einem Photowettbewerb unter den Studenten aufgerufen. Unter den 80 Einsendungen wählte eine Jury aus Professoren, Schwestern und Studenten 12 Bilder aus, die drei Siegerphotos wurden auf dem Zahnmedizinerball im Juli gekürt. Dank der finanziellen Unterstützung durch den Förderverein Zahnmedizin konnten die Bilder rechtzeitig zu Beginn des neuen Studi-

enjahres aufgehängt werden, so daß die kleine Galerie am Montag, dem 23.10.2000 von Frau Prof. Klinger eröffnet werden konnte. Den Patienten bietet sich nun eine abwechslungsreiche und hoffentlich spannende Photoreise durch Europa und Afrika. Ziel unserer Fachschaft ist es, den Wettbewerb 1x jährlich durchzuführen, um jeweils zu Beginn eines neuen Studienjahres unseren Patienten neue Eindrücke präsentieren zu können.

Dieter Börner,

Fachschaft.Zahnmedizin@med.uni-jena.de



„Tanzania“ heißt das Bild von Steffen Pflieger, das Dieter Börner, Mitinitiator des Photowettbewerbs, hier zeigt. Im Hintergrund ist ein Bild von Nicole Willing zu sehen, die mit einem weiteren Photo den ersten Preis belegte. Foto: Glasser, TLZ



Ulrike Nestler, Mitinitiatorin des Photowettbewerbs mit Mitgliedern der Jury (Timm Sakrzewa und Katja Oelkers) vor dem Bild „Sonnenblumen“ von Christian Nacke. Foto: Börner

Bundesfachschaftstagung Ulm

Wie gut die Studienbedingungen in Jena sind, konnten am Wochenende vom 1. - 3. Dezember auf der Bundesfachschaftstagung in Ulm unsere acht angereisten Fachschaftsvertreter wieder einmal erkennen:

Nach der Anreise gab es ein großes Wiedersehen im „Barfüßer“, wo das selbstgebraute Bier gleich in Fässern auf den Tisch kam (dank Shuttle-Service zum Hotel konnte man auch davon probieren). Die eigentliche Tagung begann am Samstag irgendwo im tiefen Wald, wo sich zum Wunder aller doch noch eine Zahnklinik versteckt hielt. Nach einer Begrüßung durch Prof. Haller gab es bei der Aussprache der Fachschaften neben den üblichen Problemen (lange Wartezeiten, teure Vor- und Klinikskoffer und Durchfallquoten von bis zu 30 – 50 %) auch einige Neuigkeiten: In Düsseldorf konnten einige Studenten kein Examen machen wegen Patientenmangels und in Bonn wurden gar versteckte Studiengebühren eingeführt: Ein Nutzungsentgelt für die Kurse von bis zu 2000DM ist dort zu entrichten. Erfreulich hingegen: neue Kursräume in Erlangen, ein neues Labor in Freiburg und eine immer stärker werdende Internetpräsenz der Fachschaften.

Anschließend wurden verschiedene Seminare angeboten, da jedoch nur ein Finanzdienstleister noch freie Plätze offerierte, zog es uns auf den Weihnachtsmarkt und auf den mit 161,5m und 762 Stufen höchsten Kirchturm der Welt.

Zur Klinikführung trafen wir uns wieder im Wald vor den Toren der Stadt und waren froh über den familiären Charakter unserer Jenaer Fakultät: die Laborräume in Ulm gleichen Werkhallen und auch den Charme der 70er Jahre des Ulmer Behandlungssaales vermißt in unseren modernen Räumlichkeiten in Jena wohl niemand.

Im Abschlußplenum wurden die Ergebnisse der Arbeitsgruppen vorgetragen, dann ging es nach einer kleinen Pause zum Buffet. Der Nachschub rollte etwas zögerlich, doch hungrig blieb wohl niemand, so daß endlich die Party eröffnet werden konnte. Leider waren Saal und Foyer viel zu groß, als daß ihn die über 200 Teilnehmer hätten füllen können und auch die ständigen Unterbrechungen durch vier Stripteasetänzer/innen taten der Stimmung nicht wirklich gut. Dennoch kamen wieder viele erst in den frühen Morgenstunden in ihre Betten. Nach einem ausgiebigen Frühstück machten wir uns auf die Heimreise und freuen uns schon jetzt auf die nächste BuFaTa in Berlin.

Dieter Börner,

Fachschaft.zahnmedizin@med.uni-jena.de

Hörsaal: v.l.n.r.: Gabriel Mohr, Diana Mischek, Susann Zeuner, Nicolle Brandenburg, Heidi Meckel, Dieter Börner ↓



Gruppenbild: v.l.n.r.:
Diana Mischek, Heidi Meckel,
Ulrike Nestler, Dieter Börner,
Nicolle Brandenburg, Steffen Pfleger,
Susann Zeuner, Gabriel Mohr →

Zufriedene Studenten am ZZMK

Im vergangenen Studienjahr führte die Fachschaft Zahnmedizin erstmals eine Evaluation der Lehre unter den Studenten durch, deren Ergebnis sich sehen lassen kann:

Ga. 120 Studenten nahmen die Mühe auf sich, die teilweise sehr umfangreichen Fragebögen auszufüllen, das Ergebnis wurde von der Fachschaft zusammengefaßt in einem DIN A 5 Heft veröffentlicht, alle Professoren und Kursleiter erhielten ihre Einzelergebnisse schriftlich. Die Mühe hat sich gelohnt, denn Studenten und auch die Lehrenden reagier-

ten meist positiv: Insbesondere in den zahnmedizinischen Fächern sind die Studenten sehr zufrieden mit den Vorlesungen, Seminaren und Kursen sowie den zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten. Lediglich an Seminarräumen herrscht ein Mangel, der aber hoffentlich mit den Umbauarbeiten in der alten Zahnklinik Bachstraße beendet wird.

Leider glauben viele Studenten nicht, daß sich etwas ändern wird. Wir hoffen, daß diese von unseren Professoren und Oberärzten eines Besseren belehrt werden.

Wir werden in Zukunft ein mal pro Studienjahr evaluieren, die Fragebögen werden überarbeitet und dann rein dozenten- und nicht mehr fachspezifisch sein, um Überschneidungen zu vermeiden.

*Dieter Börner,
Fachschaft.zahnmedizin@med.uni-jena.de*

Thüringer Kassenärzte haben ihr neues Kassenarztparlament 2001 bis 2004 gewählt

Unter Aufsicht des Wahlausschusses der KV Thüringen wurde am letzten Novemberwochenende 2000 das Ergebnis der Wahlen zur Vertreterversammlung für die Legislaturperiode 2001 bis 2004 ermittelt. Um die 40 Plätze der Vertreterversammlung der KV Thüringen hatten sich 133 Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychologische Psychotherapeuten beworben. Wahlberechtigt waren 3,235 ordentliche ärztliche Mitglieder, 698 außerordentliche ärztliche Mitglieder und 135 Psychologische Psychotherapeuten.

24 Plätze sind lt. Wahlordnung durch Wahlen innerhalb der regionalen politischen Kreise des Freistaates Thüringen zu besetzen. Sieben weitere Plätze stehen den Bewerbern landesweiter Wahllisten zur Verfügung. Darüber hinaus konnten neun Plätze durch außerordentliche Mitglieder und Psychologische Psychotherapeuten besetzt werden.

In den Wahlkreisen gewannen 18 der hausärztlichen Versorgung zuzuordnenden Ärzte sowie sechs Gebietsärzte. Die Wahlbeteiligung in den Wahlkreisen differierte zwischen 64 % und 84 %.

Bei den sieben Plätzen, die über die Landeslisten an ordentliche ärztliche Mitglieder zu vergeben waren, setzten sich Kandidaten durch, die der Vertreterversammlung auch früher schon angehörten. Die begehrten Plätze konnten vier Hausärzte und drei Gebietsärzte erringen. An der Wahl über die sogenannten Landeslisten beteiligten sich 73 % der Wahlberechtigten.

Die Wahlbeteiligung bei den Psychologischen Psychotherapeuten war mit 72 % der Wahl der ärztlichen Mitglieder vergleichbar. Auf zwei zu vergebende Kandidatenplätze bewarben sich auch nur zwei Psychotherapeuten, so daß das Wahlergebnis feststand. Bei der Wahl der außerordentlichen ärztlichen Mitglieder war mit 36 % eine sehr geringe Wahlbeteiligung zu verzeichnen. Sieben zu vergebende Abgeordnetenplätze außerordentliche ärztliche Mitglieder gingen an sechs Gebietsärzte und einen Hausarzt.

Die neue Vertreterversammlung begrüßt 24 neue Abgeordnete und kann auf die Erfahrung von 16 ehemaligen Abgeordneten zurückgreifen.

Mit besonderer Spannung wurde erwartet, wie der bisherige 1. Vorsitzende, Dr. med. Wolf-Rüdiger Rudat, Internist in Jena, die Wahl bestehen würde. Er kandidierte auf der Landesliste der Hausärzte und konnte sich dort auf den vorderen Plätzen behaupten. Von den Mitgliedern des bisherigen KV-Vorstandes wurden alle, bis auf den 2. Vorsitzenden, Dr. med. Thomas Schröter, wiedergewählt. Welche Abgeordneten schließlich dem neuen Vorstand angehören werden, wird die Vertreterversammlung am 20. Januar 2001 bei ihrer konstituierenden Zusammenkunft beschließen.

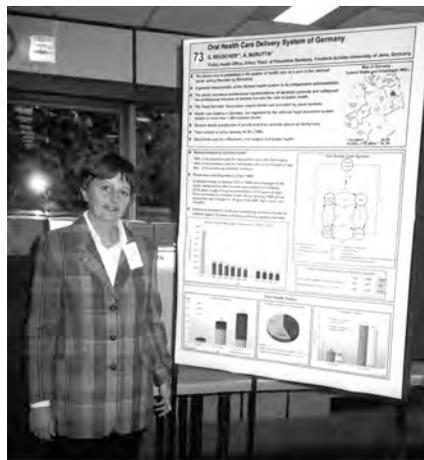
Die hohe Wahlbeteiligung und das positive Votum für den bisherigen Vorstand betrachtet die KV Thüringen als erfreuliche Bestätigung der kassenärztlichen Selbstverwaltung.

European Association of Dental Public Health (EADPH)

Die EADPH ist eine relativ junge wissenschaftliche Gesellschaft. Sie wurde 1996 in London mit dem Ziel, den Gesundheitsschutz für die öffentliche Zahngesundheit zu fördern, gegründet. Die im Statut der EADPH aufgeführten speziellen Zielstellungen konzentrieren sich auf die Unterstützung effektiver Mundgesundheitsstrategien in europäischen Ländern, auf eine enge Kooperation mit der EU-Kommission, auf die Förderung der Dental Public Health bezogenen Wissenschaft und auf die Umsetzung ihrer Erkenntnisse in die Praxis. Die EADPH tritt aber auch für die Konzipierung und Koordinierung von Aus- und Fortbildungsprogrammen auf dem Gebiet der Dental Public Health ein und ist an der Zusammenarbeit mit anderen wissenschaftlichen Gesellschaften sowie mit den auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung arbeitenden Industriebranchen interessiert. Juristisch ist die EADPH ein eingetragener Verein (e.V.) mit Sitz in Marburg, Deutschland. Die Organe der EADPH sind der Vorstand mit dem Präsidenten, dem Vizepräsidenten, dem Schatzmeister und dem Sekretär (Executive Board), der erweiterte Vorstand (Council) und die Generalversammlung. Alle zwei Jahre finden Wahlen statt. Gegenwärtig ist Professor Ferro, Italien, der Präsident. Aus Deutschland gehören Herr Professor Pieper, Marburg (Schatzmeister) und Frau Professor Borutta, Erfurt (Executive Officer Membership) zum Vorstand der Gesellschaft. Die Zeitschrift „Community Dental Health“ ist das gemeinsame Publikationsorgan der EADPH und der British Association for the Study of Community Dentistry (BASCD). Es wird jedem Mitglied vierteljährlich zugestellt.

Alljährlich veranstaltet die EADPH einen Kongreß mit aktuellen Themen aus dem weiten Gebiet der „Dental Public Health“. Der 4. EADPH-Kongreß fand vom 14. bis 15. September 2000 in Cork, Irland, als Gemeinschaftsveranstaltung mit der BASCD unter dem Leitthema „Reduzierung der Ungleichheit hinsichtlich der Mundgesundheit in Europa: Die Rolle der Fluoride“ statt. Nahezu 100 Beiträge (Vorträge und Poster) von internationalen Autoren wurden zu dieser Thematik geboten. Durch die Bereitstellung von EU-

Fördermitteln konnte je ein Repräsentant aus insgesamt 22 europäischen Ländern eingeladen werden, der im Rahmen einer Postersession das jeweilige zahnärztliche Versorgungssystem und die aktuelle orale epidemiologische Situation vorstellte. Aus Deutschland erhielt diese Gelegenheit Frau Dr. Gudrun Reuscher, Vorsitzende des Arbeitskreises Jugendzahnpflege am Gesundheitsamt Erfurt.



Frau Dr. Reuscher während der Posterdemonstration

Eine Besonderheit der Jahreskongresse sind die Workshops verschiedener Arbeitsgruppen (Epidemiologie, Public Health, Aus- und Fortbildung), die von namhaften Wissenschaftlern geleitet werden. Die Kongreßteilnehmer können wählen, welcher Arbeitsgruppe sie angehören möchten.

2001 ist Deutschland Gastgeber des 5. Jahreskongresses, der unter der organisatorischen Leitung von Herrn Professor Pieper vom 20. bis 21. September an der Phillips-Universität Marburg stattfindet. Für weitere Auskünfte steht Herr Prof. Dr. Klaus Pieper unter folgender Anschrift zur Verfügung:

Department of Pedodontics, University Dental School, Marburg, Germany

Tel.: +49 64 21 2 86 32 24

Fax: +49 64 21 2 86 66 91

e-mail: pieper@post.med.uni-marburg.de

Da in Deutschland der Bereich Dental Public Health durchaus zu optimieren ist, sowohl als Wissenschaftsdisziplin als auch in der praktischen Umsetzung, die ausschließlich durch die Landesarbeitsgemeinschaften Jugendzahnpflege realisiert wird, bietet der kommende Kongreß eine hervorragende Möglichkeit zum internationalen Erfahrungsaustausch auf dem Gebiet der Dental Public Health. Es ist wünschenswert, daß aus Deutschland möglichst viele Zahnärzte, vor allem aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, aber auch niedergelassene Zahnärzte und andere Interessenvertreter der Dental-Public-Health-Bewegung die Chance der Teilnahme an diesem internationalen Kongreß nutzen. Für die Entwicklung der Gesellschaft, vor allem aber zur Profilierung interessierter Zahnärzte auf dem Gebiet der Dental Public Health bietet sich die Mitgliedschaft in dieser Gesellschaft an. Gegenwärtig vereint die EADPH Mitglieder aus 20 europäischen Ländern. Über Fragen zur Mitgliedschaft erteilt Ihnen Frau Professor Borutta Auskunft.

Korrespondenzanschrift:

**Prof. Dr. med. habil.
Annerose Borutta**

**Poliklinik für
Präventive Zahnheilkunde**

**Zentrum Zahn-, Mund-
und Kieferheilkunde**

Friedrich-Schiller-Universität Jena

**Nordhäuser Str. 78
D-99089 Erfurt**

Praxisabgabe

Landeshauptstadt Erfurt,
schöne Praxis in zentraler Lage zu verkaufen.

Chiffre: tzb 0035

Dringend!

**Moderne, gutgehende Zahnarztpraxis
im Raum Zwickau-Schmölln**

sucht wegen Todesfall zum sofortigen Antritt
einen berufserfahrenen

**Zahnarzt zur Vertretung
oder Praxisübernahme.**

Chiffre: tzb 0036

**Rechtsberatung – Vertragsgestaltung
Prozessvertretung**

Michael Linß – Rechtsanwalt

Tätigkeitsschwerpunkte:

- Gestaltung von Gemeinschaftsverträgen und Praxisübernahmeverträgen
- Arzthaftpflichtrecht
- Vertragsarztrecht, insbesondere Zulassungsrecht, Honorarverteilung, Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen

außerdem:

- Berufsausübungs- und Gebührenrecht, Werbung, Personalarbeitsverträge, Mietverträge für Ärzte etc.
- Forderungseinzug

Für weitere Auskünfte bzw. Beratung stehe ich Ihnen jederzeit gern unter folgender Adresse oder Telefonnummer zur Verfügung:

**Schillerstraße 5
99096 Erfurt**

**Telefon: 0361 / 3 45 47 65
Telefax: 0361 / 3 45 47 67**

Straßenbahnlinien 4/5, 5 Min. vom Hbf. – Nähe Kaffeetrichter

**Auftraggeber:**

Name, Vorname _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Ausgabe(n):

(Monat/Jahr)

Rubrik:

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

Chiffre: ja nein

Chiffregebühr 12 DM; Ausland 20 DM

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

Den Rechnungsbetrag buchen Sie bitte von meinem Konto ab.

Nr. _____

BLZ _____

Bank _____

Unterschrift nicht vergessen
und abschicken an:

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

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

Datum _____

Unterschrift _____

