

# tzb

Thüringer  
Zahnärzte  
Blatt

Ausgabe 01 | 2002

Med. Beate  
Zahnärzt  
Tel. | 6 | 32 80

DI	MI
8-13	
4-17	12-19

Arztpra  
d. Norbert  
zt für Allger  
Tel. 6 32 8

DI	MI
8-12	8-12
	13-19

## Gefangen in der Zahnarzt-Angst

*Lesen Sie ab S. 6*

Aktuelles zur Ausweisung von Tätigkeitsschwerpunkten S. 14

biotherap

## *Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,*

am Beginn eines neuen Jahres ist es für uns als Vertreter der zahnärztlichen Körperschaften in Thüringen keineswegs nur eine Pflichtübung, Ihnen persönlich, Ihren Familien und Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern alle guten Wünsche zu überbringen.

Wir sind uns zuallererst bewusst, dass es mit guten Wünschen unsererseits angesichts der Zuspitzung der Probleme im System der gesetzlichen Krankenversicherung künftig allein nicht getan sein wird. Hat sich doch deren Situation in der Amtszeit der gegenwärtigen Bundesregierung innerhalb von drei Jahren dramatisch verschlechtert. Um Wahlversprechen zu erfüllen, wurden die Zuzahlungen nach den Neuordnungsgesetzen von 1997 wieder reduziert, gar neue Leistungen eingeführt und die Budgets für die Ärzte wieder etabliert. Während im Wahljahr 1998 noch ein Finanzpolster von rund 4,6 Milliarden EUR im GKV-System vorhanden war, mussten die gesetzlichen Krankenkassen bereits nach Ablauf des 1. Halbjahres 2001 ein Defizit von 2,55 Milliarden EUR beklagen. Der Anstieg der Kassenbeitragssätze auf über 14 Prozent zu Jahresbeginn bedeutet ebenso einen historischen Höchststand wie der Anstieg der Lohnnebenkosten für das Jahr 2002 auf ein Niveau von etwa 41,5 Prozent.

Bei der Frage nach den Schuldigen der Misere werden unter dem Deckmantel einer ausgiebigen Qualitätsdiskussion immer wieder Ärzte, Krankenhäuser und die Pharmaindustrie genannt. Dabei wird bewusst übersehen, dass Patienten und Ärzte zunehmend unzufriedener werden, weil Therapiefreiheit und medizinischer Fortschritt durch Budgets und Überreglementierung gehemmt sind. Jahrzehntelange Kostendämpfungsmaßnahmen mit ihren Instrumenten der Vergütungsabsenkung durch gezielte Eingriffe in das Bewertungs- und Honorargefüge, Budgetierungen, Degression und Verweigerung der GOZ-Punktwert-Angleichung haben die wirtschaftlichen Grundlagen vieler Praxen erheblich gefährdet. Bewusst wird also übersehen, dass die Budgetierung der Gesundheitsausgaben zu undifferenzierter Leistungsrationierung führt und damit das Morbiditätsrisiko einseitig auf die freiberufliche Praxis verlagert wird.

Bewusst wird weiter übersehen, dass die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der freiberuflichen Zahnarztpraxis sich gegenüber den großen Wirtschaftsunternehmen erheblich verschlechtert haben. Dies betrifft sowohl die steuerliche Ungleichbehandlung als auch die für Kleinbetriebe einschneidenden Regulierungen des Arbeitsmarktes wie Teilzeitgesetz, Erweiterung des Kündigungsschutzes, Einschränkungen bei befristeten Arbeitsverhältnissen, der Karenztage im Krankheitsfall sowie der Änderungen im 630-DM-Gesetz.

Die Einführung des Euro als hoffnungsvolles Zeichen eines künftigen Europas mit den liberalen Rahmenbedingungen für eine freie Dienstleistungsgesellschaft macht überdeutlich, dass die Verteidigung und der Ausbau des Sozialstaates mit den Mitteln eines staatlichen Dirigismus in Form des gegenwärtigen Stückwerkes der kleinen Schritte nicht zum Ziel, die Qualität und die Finanzierbarkeit unseres Gesundheitswesens zu erhalten, führen kann. Was wir brauchen, sind nicht künftige Regularien wie Einkaufsmodelle zur Öffnung des Wettbewerbs, Gruppenverträge in integrierten Netzen und Vergütungen durch Fallpauschalen auch in der Zahnheilkunde, wie sie gegenwärtig in den Krankenhäusern umgesetzt werden. Wir fordern endlich Rahmenbedingungen, die einem wachsenden Gesundheitsmarkt nicht entgegenstehen, welche die Eigenverantwortung stärken und Spielräume für freie Entscheidungen öffnen. Was wir brauchen, ist eine grundlegende Neuorientierung des deutschen Gesundheitswesens. Dafür bietet die Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde als Ergebnis einer mehrjährigen Zusammenarbeit der DGZMK, der KZBV und der BZÄK eine zukunftsfähige Basis, auf der Grundlage befundbezogener Festzuschüsse einen neuen Leistungskatalog so zu formulieren, dass allen Patienten eine Behandlung ermöglicht wird, die ihren individuellen Bedürfnissen und Wünschen gerecht wird, dem derzeitigen Stand der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde entspricht und keine Verluste von Erstattungsansprüchen beinhaltet oder nach sich zieht.



In diesem Sinn stehen wir gemeinsam für die freiberufliche Selbstverwaltung der Zahnärzte in Thüringen. Wir stehen weiter dafür ein, problem-, patienten- und sachnah die zahnmedizinische Versorgung sowie die Qualität der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Berufsausübung zu gewährleisten und weiterzuentwickeln. Selbstverständlich bedeutet dies auch Übernahme gesellschaftlicher und sozialer Verantwortung, der sich der Berufsstand im Interesse der Patienten stellt.

Auf ein gesundes, glückliches und erfolgreiches neues Jahr 2002!

*Dr. Lothar Bergholz,  
Präsident der Landes Zahnärztekammer Thüringen*

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

# Thüringer Zahnärzte Blatt

## Impressum

Offizielles Mitteilungsblatt der Landes Zahnärztekammer Thüringen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen

### Herausgeber:

Landes Zahnärztekammer Thüringen und Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

### Redaktion:

Dr. Gottfried Wolf (v.i.S.d.P. für Beiträge der LZKTh)

Dr. Karl-Friedrich Rommel (v.i.S.d.P. für Beiträge der KZVTh)

Katrin Zeiß

### Anschrift der Redaktion:

Landes Zahnärztekammer Thüringen, Barbarossahof 16, 99092 Erfurt, Telefon 0361/74 32-115, Fax 0361/74 32-150, E-Mail: pressestelle@lzaekthue.de, edv@kzvth.ef.uuonet.de

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

### Anzeigenannahme und -verwaltung:

Werbeagentur und Verlag Kleine Arche, Holbeinstr. 73, 99096 Erfurt, Tel. 0361/7 46 74 80, Fax: 0361/7 46 74 85, E-Mail: reinhardt@kleinearche.de, Internet: www.kleinearche.de

z.Z. gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 4 vom 1.1.2001

### Anzeigenleitung:

Wolfgang Klaus

Anzeigen und Prospekte stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar.

### Gesamtherstellung/Satz/Layout:

Werbeagentur und Verlag Kleine Arche

### Druck und Buchbinderei:

Druck- und Verlagshaus Erfurt

**Titelbild:** Katrin Zeiß

Einzelheftpreis: 3,50 €  
Versandkosten: 1,00 €  
Abopreis: 49,50 € incl. MwSt.

Redaktionsschluss: xx.xx.2002  
Anzeigenschluss: 07.02.2002

**Editorial** 3

## Titelthema

*Gefangen in der Zahnarzt-Angst* 6  
*Den Teufelskreis durchbrechen* 8

## Aktuelles

*Neujahrsempfang der Thüringer Zahnärzte* 11

## KZV

*Informatives nicht nur zum Euro* 12  
*Ausschreibungen* 13

## Meinung

13

## LZKTh

*Klare Richtlinie im Frühjahr* 14  
*Bekanntmachung über die Änderung der Berufsordnung für Thüringer Zahnärzte* 15

## Recht

*Urteile zu den Gebührenordnungen* 16  
*Klagen beim Sozialgericht wird teurer* 16

## Helferinnen

*Zahnarzt hat Pflicht zur Aufsicht* 18  
*Kontinuität im Wechsel* 18

## Fortbildung

*Differentialindikation für den mikrochirurgischen Gewebetransfer von Jejunum-, Radialis-, Rectus-abdominis-, Latissimus-dorsi- und Scapula-Lappen zur Rekonstruktion am Kiefer und im Gesicht* 19  
*Dissertationen* 24

## Bücher

27

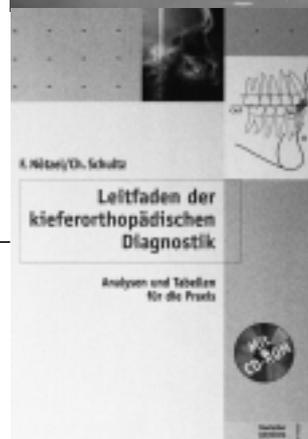
## Veranstaltungen

*Das Jahr 2002 für Thüringens Zahnärzte* 29  
*Wertvoll für Wissenschaftler und Praktiker* 30

## Info

*Zahnärzte erfolgreich im nassen Element* 33  
*Beste Jungzahntechnikerin aus Thüringen* 33  
*Wir gratulieren* 34  
*Zuckerrohr und Zahnbürste* 42

**Kleinanzeigen** 37



# Gefangen in der Zahnarzt-Angst

## Zahnklinik der Friedrich-Schiller-Universität betreut Angst-Patienten

### Wissenswertes zum Thema

#### Studie

Jeder fünfte Deutsche geht nie zum Zahnarzt. Fast immer ist übertriebene Angst vor dem Zahnarzt der Grund dafür. Das ergab eine Studie der Psychologin Gundula Johnke von der Universität Kiel im vergangenen Jahr. Die Psychologin hatte für ihre Studie gemeinsam mit der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein Kassenabrechnungen ausgewertet und außerdem 128 Kassenpatienten befragt. Ergebnis: Mehr als zwei Drittel der Deutschen leiden unter Zahnarztangst, bei jedem Zehnten ist dieser Zustand panisch. Die äußeren Symptome reichen von Schlaflosigkeit bereits Tage vor dem Zahnarztbesuch bis zum extremen Verkrampfen oder Kollabieren auf dem Behandlungsstuhl.

#### Ursachen

Hauptursachen für die übersteigerte Furcht sind laut Johnke oft ängstliche Mütter, die unbewusst ihren Kindern die Angst vor dem Zahnarzt für ein ganzes Leben mitgeben. Wenn die Mutter als Vertrauens- und Bezugsperson Angst vorlebe, nehme das Kind dies automatisch auf. Auch das Kind werde daraufhin verkrampfen und die Behandlung noch erschweren. Die Folge seien weitere Schmerzen.

#### Betreuung

Eine psychologische Betreuung von Angstpatienten ist nach Ansicht der Kieler Psychologin durchaus Erfolg versprechend. Nach einer Versuchsserie hätten sich neun von zehn früheren Verweigerern vom Zahnarzt behandeln lassen.

#### Belastung

Zahnärzte selbst halten ängstliche Patienten für eine außerordentliche Belastung. Nach Angaben der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein haben bei einer wissenschaftlichen Untersuchung 81 Prozent der Zahnmediziner angegeben, Angstpatienten bedeuteten für sie großen Stress. Befragt worden waren 473 Zahnärzte.

Weitere Informationen: [www.aubacke.de](http://www.aubacke.de)



*OÄ Dr. Christiana Diez*

**Sie ist weit verbreitet und gilt vor allem für die Betroffenen dennoch als Tabu: Angst vor dem Zahnarzt ist der Hauptgrund, warum jeder fünfte Deutsche um die Zahnarzt-Praxis lieber einen großen Bogen macht. Zahnärzte wiederum empfinden die Behandlung von Angstpatienten häufig als extreme Belastung, vergleichbar mit der bei schwierigen chirurgischen Eingriffen. In Thüringen betreut das Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZMK) der Friedrich-Schiller-Universität Jena Angstpatienten gezielt. Das „Thüringer Zahnärzteblatt“ sprach darüber mit Dr. Christiana Diez, Oberärztin an der Klinik für konservierende Zahnheilkunde.**

**Glaubt man den Statistiken, scheint sich die Angst vor dem Zahnarzt zu einer regelrechten, allerdings auch tabuisierten „Volkskrankheit“ entwickelt zu haben. Teilen Sie diese Ansicht?**

**Dr. Diez:** Volkskrankheit klingt vielleicht ein wenig übertrieben. Eine echte Zahnarztphobie ist nach meinen Erfahrungen relativ selten. Wie groß der Personenkreis in Thüringen ist, lässt sich nicht feststellen – an der Jenaer Universität haben wir das zumindest bisher nicht detailliert erforscht. Wer aus Angst erst gar nicht zum Zahnarzt geht, den erfassen Statistiken sowieso nicht. Der Personenkreis

der Angstpatienten ist allerdings umfassender als jener der „reinen“ Zahnarztphobiker: Im Grunde geht es um dabei auch Menschen, die ohnehin an einer behandlungsbedürftigen Angststörung erkrankt sind und deren zahnärztliche Behandlung deswegen häufig problematischer ist als die psychisch gesunder Menschen.

#### Woher rührt das Phänomen Zahnarztangst Ihrer Meinung nach?

**Dr. Diez:** Zahnarztangst hat für die Betroffenen in aller Regel etwas damit zu tun, dass der Behandler letztlich in einen Intimbereich eindringt. So etwas verursacht immer eine gewisse „Unbehaglichkeit“. Der Patient kann selbst nicht so genau durchschauen, was mit ihm gemacht wird – wenigstens glaubt er das. Er fühlt sich ausgeliefert. Andererseits spielt das persönliche, familiäre Umfeld des Patienten eine große Rolle. Am deutlichsten wird das bei Kindern. Sie entdecken ihre Umwelt ja eigentlich mit Neugier, unbefangen. Zum Zahnarzt schleppen sie häufig schon beim ersten Besuch die Angst mit – sie haben erlebt, wie unwohl sich Mama oder Papa beim Zahnarztbesuch fühlen. Die Formulierung „du brauchst überhaupt keine Angst zu haben“ erzeugt Angst und „es tut ja überhaupt nicht weh“ ist leider meist unwahr. Die Eltern übertragen also ihre Ängste auf die Kinder, auch Erziehungsfragen spielen da hinein.

#### Sind sich Zahnärzte der Ängste ihrer Patienten überhaupt bewusst?

**Dr. Diez:** Die meisten sind es. Angstattacken sind fast immer mit körperlichen Symptomen verbunden, die Patienten schwitzen und sind verspannt. Ein einfühlsamer Behandler spürt das und geht darauf ein. Immer häufiger sagen ängstliche Patienten ihrem Zahnarzt aber auch ganz offen, dass sie Angst haben.

**Der Umstand, dass die Poliklinik für konservierende Zahnheilkunde an der Jenaer Universität sich gezielt um Angstpatienten kümmert, lässt auf Probleme in der Behandelbarkeit dieser Patientengruppe schließen. Was macht die Behandlung von Angstpatienten für Zahnärzte schwierig?**

**Dr. Diez:** Diese Patienten nehmen enorm viel Zeit in Anspruch. Weil sie Angst haben, kom-

men sie erst dann zur Behandlung, wenn die Zahnschmerzen noch größer als die Angst sind. Der orale Zustand ist dann meist so desolat, dass eine langwierige Behandlung erfolgen muss – was die Angst der Betroffenen noch steigert. Wichtig ist zunächst herauszufinden, wovor die Patienten überhaupt Angst haben, vor Schmerzen oder vor der Spritze oder vor dem Bohrer. Dagegen kann man eine Art Desensibilisierung aufbauen. Doch all das setzt voraus, dass man als Zahnarzt erst das absolute Vertrauen aufbauen muss – das setzt geduldige, oft langwierige Gesprächsarbeit und Beratungen voraus. Es bleibt die Behandlung in Narkose als letzte Möglichkeit, um dem Patienten eine Grundsanierung zukommen zu lassen. Ob dieser danach den Weg zu einer normalen Behandlung findet, hängt von vielen Faktoren ab.

Die gesetzliche Krankenversicherung berücksichtigt diesen Aufwand in der Honorierung der Zahnärzte jedoch nicht. Da besteht die Gefahr, dass solche Problempatienten eben auch ungeliebte Patienten werden.

#### **Ist denn die Jenaer Zahnklinik für die Behandlung von Angstpatienten personell ausreichend gerüstet?**

**Dr. Diez:** Die Personalsituation ist schwierig, eine Psychologin steht uns leider nicht mehr zur Verfügung, auch der Personalabbau bei den Helferinnen macht sich bemerkbar. Wir haben im Zentrum für ZMK gemeinsam innerhalb der Polikliniken einen Modus gefunden. Es beteiligen sich aus allen Polikliniken Zahnärzte, je nach Behandlungsbedarf des Patienten, an der Behandlung des Patienten.

#### **Können niedergelassene Psychotherapeuten, zum Beispiel Verhaltenstherapeuten, die Lücke in der psychologischen Betreuung denn nicht schließen?**

**Dr. Diez:** Lieb wäre es mir, doch in der Praxis ist das schwer zu machen. Es gibt zu wenige niedergelassene Psychotherapeuten, die sich mit diesem Thema befassen und die Wartezeiten sind teils extrem lang, außerdem kann ich die betreffenden Patienten nicht selbst zum Psychotherapeuten überweisen. Das ist alles ziemlich umständlich. Und dann müssten die Betroffenen ja auch zu einer Psychotherapie bereit sein.

#### **Wie muss man sich die Behandlung von Angstpatienten konkret vorstellen?**

**Dr. Diez:** Mit zeitlich konkret auf bestimmte

Wochentage festgelegte Spezialsprechstunden für Angstpatienten arbeiten wir nicht. Die Betroffenen werden zumeist von niedergelassenen Kollegen oder der Poliklinik für Kieferchirurgie direkt in die Poliklinik für konservierende Zahnheilkunde geschickt, bei Kindern ist die Poliklinik für präventive Zahnheilkunde der Ansprechpartner. Eine extra Überweisung ist nicht erforderlich.

Die Patienten werden auf verschiedene Weise auf die eigentliche Behandlung vorbereitet. Wichtig sind Gespräche, Entspannungs- und Atemübungen, Muskelentspannungstraining. Hier bekommen die Betroffenen auch regelrechte „Hausaufgaben“ auf. Auch Techniken aus der Hypnose werden verwendet. Wir haben es auch schon mit Behandlung unter Musik versucht. Das ist aber nicht so günstig, Kopfhörer stören die Kommunikation zwischen Arzt und Patient – und die ist ja enorm wichtig. „Geheimnis“ einer erfolgreichen Behandlung ist im Grunde eine Umorientierung des Patienten, Faustregel „weg vom Mund“. Das kann mit ganz einfachen Verfahren funktionieren, indem ich die Patienten beispielsweise zu konzentrierten Zehen- und Fußbewegungen auffordere.

#### **Was halten Sie von medikamentöser Ruhigstellung bei der Behandlung?**

**Dr. Diez:** Manche Patienten nehmen von sich aus Beruhigungsmittel ein. Für mich ist das allerdings problematisch. Um etwas zu bewirken, müssten die Patienten schon recht hohe Dosen einnehmen. Das ist wegen der nach der Behandlung anhaltenden körperlichen Beeinträchtigung allerdings nicht günstig (Verkehrstauglichkeit), außerdem werden nur Symptome unterdrückt.

#### **Welche weiteren „Problempatienten“ behandeln Sie?**

**Dr. Diez:** Neben Angstpatienten – da übrigens vor allem Kinder und bei den Erwachsenen mehr Männer als Frauen – kommen Epileptiker, Drogenabhängige während des Entzugs und Patienten mit Verhaltensstörungen oder psychosomatischen Krankheitsbildern zu uns.

#### **Welche Rolle spielen Angst- und weitere Problempatienten bzw. Strategien zu deren Behandlung in der zahnärztlichen Fortbildung? Ist das Thema ausreichend präsent?**

**Dr. Diez:** Es kommt bereits in der universitären Ausbildung der Zahnärzte zu kurz. Medizinische Psychologie in der Zahnheilkunde wird den Studenten heute im Gegensatz zur Zahnarztausbildung in der DDR nur noch vereinzelt fakultativ angeboten – das ist für meine Begriffe ein Mangel. Am Zentrum für ZMK der FSU Jena haben wir wenigstens fakultative Vorlesungen und Übungen erhalten können. Fachschwestern bzw. fortgebildete Zahnarthelferinnen sind nach ihrer Ausbildung auf dem Gebiet oft beschlagener als ein Universitäts-Absolvent. Für die zahnärztliche Fort- und Weiterbildung sehe ich hinsichtlich des Umgangs mit Patienten mit psychischen Problemen ebenfalls Handlungsbedarf. Wichtig wären Angebote zu Gesprächsführungs- und Motivationstechniken für Praktiker, aber auch das Erkennen und der Umgang mit den entsprechenden Patienten, die z.B. psychosomatische Symptome oder Erkrankungen aufweisen. Da sind die Kammern stärker als bisher auch in der Vielfalt gefragt.



*Einfühlsame und geduldige Beratung durch den Arzt ist für Angstpatienten besonders wichtig.*

*Foto: Pro Dente*

# Den Teufelskreis durchbrechen

## Psychologin über die Ursachen und Auswege aus der Angst

Die Attacken, die unkontrolliert und schlagartig bei 14 Prozent der Deutschen auftreten, kommen wie aus heiterem Himmel, verursachen Schweißausbrüche und sind rational nicht begründbar: Nur fünf Prozent der Deutschen haben keine Angst vor dem Zahnarzt, 75 Prozent mittlere bis leichte Angst und 15 Prozent überdurchschnittliche Angst. Die Angst betrifft alle, unabhängig von sozialer Schicht, Berufszugehörigkeit oder intellektueller Leistungsfähigkeit. Bei manchen Patienten stehen Traumatisierungen hinter einer solchen Phobie, bei anderen scheint die Phobie wiederum aus heiterem Himmel zu kommen.

Eine besondere Kategorie ist jedoch die Zahnarztphobie: Lieber nehmen Patienten unerträgliche Schmerzen in Kauf, betäuben sich mit Medikamenten oder Alkohol, gehen das Risiko von Folgeerkrankungen ein und halten den Mund, statt ihre schlechten Zähne zu zeigen. Das Problem: Viele dieser Patienten vermeiden oft jede professionelle Hilfe, nicht nur die des Zahnarztes, sondern auch die von Psychotherapeuten, die kompetent helfen könnten.

Eine Behandlung unter Vollnarkose, die durchaus möglich ist und Folgekosten verhindern könnte, ist selber sehr teuer und wird von den Krankenkassen meist nicht übernommen. Hier ist nur der pekuniärpotenten Patientengruppe der Weg in die Behandlung unter Vollnarkose offen.

In Holland gibt es speziell ausgebildete Zahnärzte für Phobepatienten. Sie haben oft auch eine Zusatzausbildung in Psychotraumatologie, um Phobepatienten von Traumapatienten diagnostisch unterscheiden zu können. Damit können die Patienten einer adäquaten Behandlung zugeführt werden. In Deutschland sieht die Ausbildung zum Zahnarzt diese Form der psychologischen Schulung nicht vor.

Damit verschärft sich oft der bestehende Verständigungskonflikt, in dem sich Arzt und Patient immer wieder befinden: Für den Patienten ist es schwer, dem Arzt die irrationalen Ängste in ihrer Intensität deutlich und nachvollziehbar darzustellen. Der Arzt wiederum

steht vor dem Problem, zwar von der Irrationalität der Phobie zu wissen, sie aber dennoch als das, was sie ist, zu erkennen, nämlich als Erkrankung, die mit einem "Stellen Sie sich nicht so an!" nicht zu beseitigen ist.

Neben hypnotherapeutischen Behandlungstechniken und EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing) gibt es verhaltenstherapeutische Interventionen und imaginative Verfahren wie die Screen-Technik, die es den Patienten erlauben, nach abgeschlossener Behandlung bzw. Training eine zahnärztliche Behandlung ohne Panikattacken über sich ergehen zu lassen.

Bei Kindern ist einerseits die Behandlung bestehender Zahnarztphobien wichtig und sinnvoll, andererseits muss den Eltern geholfen werden, ihre eigenen Ängste nicht an die Kinder weiterzugeben. Auch für die Zahnärzte gibt es Programme, mit denen sie Kindern helfen können, erste Zahnbehandlungen zu verarbeiten, so dass Tränen in den Augen, Ängste ohne Ende, mehr in den Sessel gedrückt als gesetzt, die Angst vorm weißen und nicht vorm schwarzen Mann der Vergangenheit angehören können und vielleicht ein Lächeln vor dem nächsten Zahnarztbesuch möglich wird.

Der Vorteil der Selbstkontrolltechniken und psychotherapeutischen Techniken vor Betäubung ist der, dass die Patienten die Kontrolle zurückbekommen. Medikamente wie Neuroleptika und Benzodiazepine beeinflus-

sen ihre Angst vor Kontrollverlust, die sie schon durch die sympathotone Erregung erleben, das Herzrasen, das Schwitzen, die Verspannung und all das, was sie nicht beeinflussen können, nur kurzfristig. Langfristig erleben die Patienten statt dessen noch mehr Ohnmacht und damit größere Angst vor weiterem Kontrollverlust. Dies führt wiederum zur Verstärkung des Vermeidungsverhaltens, was den Angstzirkel verschärft.

Zahnärztliche Kollegen arbeiten inzwischen entweder mit psychotherapeutischen Kollegen zusammen oder haben selber den Facharzt für Psychotherapie erworben, um ihren Angstpatienten eine optimale Betreuung zukommen zu lassen und den Teufelskreis der Angst zu durchbrechen. Vor den Behandlungen werden auch kurze psychodiagnostische Tests durchgeführt, um zum Beispiel eine Phobie differenzialdiagnostisch von einer Traumatisierung unterscheiden zu können. Angstexpositionsbehandlungen unter Entspannung im Rahmen von imaginativen Verfahren, aber auch in der Realität helfen dem Patienten, sich mit seinen Ängsten zu konfrontieren und die Kontrolle wieder zu erlangen.

*Dipl. Psych. Gabriele Kluwe-Schleberger (\*)*

**(\*) Die Autorin ist als niedergelassene Psychotherapeutin in Rohr bei Meiningen tätig.**



**Beim "Selbsttest" in der Praxis lernen Kinder, dass Zahnarzt und Angst nicht unbedingt zusammen gehören müssen. Ein Aufgabefeld vor allem für die Thüringer Patientenschaftszahnärzte.**

Foto: KZV

# Informatives nicht nur zum Euro

## Binnen vier Wochen 21 Kreisstellenversammlungen der KZV

**Rudolstadt/Erfurt.** Wie alle Kolleginnen und Kollegen erhielt auch ich eine Einladung zur Kreisstellenversammlung aufgrund der bevorstehenden Umstellung auf den Euro. Wie ich dort erfuhr, absolvierten der Vorstandsvorsitzende Dr. Karl-Friedrich Rommel, sein Stellvertreter Klaus-Dieter Panzner und Dr. Horst Popp mit Unterstützung der Geschäftsführung und der Verwaltungsangestellten 21 Kreisstellenversammlungen innerhalb von vier Wochen. Hierfür soll an dieser Stelle, stellvertretend von mir ein ausdrücklicher Dank aller Thüringer Zahnärztinnen, Zahnärzte und Helferinnen an unseren Vorstand und die Verwaltung stehen.

Zu Beginn hielten die Vorstandsmitglieder ein halbstündiges Referat zur aktuellen standespolitischen Situation der Thüringer KZV. Dabei gingen sie auf die Punktwertentwicklung in Thüringen ein und zeigten auf, wie trotz der immer noch vorhandenen Budgets durch eine gezielte Analyse der Thüringer Gesamtsituation und durch vernünftiges Verhandeln mit den Krankenkassen die Punktwerte an die anderen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in den neuen Bundesländern angeglichen bzw. sogar übertroffen werden konnten. Damit hat der jetzige Vorstand sein gegebenes Wahlversprechen gehalten.

Allerdings wurde auch deutlich, dass in Zeiten begrenzter Kassenzahlungen die Eigenverantwortung der Zahnärzte für die Sicher-



**Die anwesenden Kollegen erfuhren viel Wissenswertes. Fotos (2): KZV**

ung der Vergütung sehr groß ist. Am Beispiel der zunehmenden 100-Prozent-Fälle bei Zahnersatz wurde deutlich, dass die zunehmende Menge hier letztlich durch uns selbst gezahlt wird, da die Gesamtmenge des Geldes nicht gleichlaufend zunimmt. Hier müssen wir den Patienten klar sagen, dass die Krankenkassen in dem betreffenden Bereich nicht genügend Mittel für eine allen Wünschen genügende zahnärztliche Behandlung ihrer Versicherten zur Verfügung stellen. Dies bedeutet, dass die Auswahl der Kassenversorgung einen immer höheren Stellenwert erlangt und die Möglichkeiten der Abdingung und Mehrkostenvereinbarung von uns konsequent genutzt werden müssen.

Nach der Abschaffung der Therapiefreiheit mit Wegfall der Festzuschussregelung durch die rot-grüne Bundesregierung hat der Vorstand gezielt die Mehrkostenvereinbarung eingeführt und weiterentwickelt, um den Patienten den Zugang zu einer modernen Zahnheilkunde wenigstens in einigen Bereichen zu ermöglichen. Mehrkostenvereinbarungen sind modifizierte Festzuschüsse.

Des Weiteren informierten die Mitglieder des Vorstandes über die Entwicklungen in der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Hier wurde deutlich, dass der gesetzliche Auftrag zwar ernst genommen wird, aber die Interessen der Zahnärzte insbesondere durch das Aufholen der Verzögerungen und die Gewährleistung eines fairen und schnellen Verfahrens gewahrt werden. Einigkeit bestand bei allen Anwesenden darüber, dass bei Verdacht des Abrechnungsbetruges diesem konsequent nachgegangen wird und gegebenenfalls eine Ahndung erfolgt.

Anhand des Stellenplanes und der Entwicklung des Verwaltungskostensatzes wurde nachvollziehbar dargestellt, dass der Vorstand die KZV wie eine Zahnarztpraxis führt, das heißt effektiv und kostengünstig.

Die anwesenden Kolleginnen und Kollegen waren sehr interessierte Zuhörer. O-Ton eines Kollegen: „Endlich wurde einem mal vom Vorstand gut verständlich KZV-Arbeit erklärt.“



**Roul Rommeiß, Justitiar der KZV, gab Erläuterungen.**

Wir waren uns einig, dass die KZV im jetzigen System nötig ist und wir vom Vorstand eine gute Arbeit erwarten können. Dem Vergleich auf Bundesebene und insbesondere mit den Kollegen der anderen Ost-Länder brauchen wir nicht mehr zu scheuen. Der Einsatz des Vorstandes, besonders Dr. Rommel, auf Bundesebene sichert, dass die immer noch vorhandenen Besonderheiten unserer Praxen nicht ignoriert werden.

Im zweiten Teil der Veranstaltung informierte die Verwaltung sehr detailliert und anschaulich über die Problematik der Euro-Umstellung in der KZV und der Praxis. An Beispielen wurden die Einreichung von Plänen in der Umstellungsphase erklärt und genaue Terminvorgaben gemacht. Dazu wurde an jeden Teilnehmer eine Mappe, die man sehr gewissenhaft anschauen sollte und ein Starterset mit neuen Formularen ausgehändigt.

Der Vorstand wollte mit dieser Veranstaltung erreichen, dass erstens möglichst wenig Honorarverluste durch die Euroumstellung in den Praxen entstehen und zweitens die konstruktive Zusammenarbeit mit den Zahnärztinnen und Zahnärzten an der Basis verbessert wird. Mein persönlicher Eindruck war, dass dies dem Vorstand auch bestens gelungen ist.

*Dr. Karl-Heinz Müller,  
Beauftragter des Vorstandes  
für Öffentlichkeitsarbeit*

# Ausschreibungen

Gemäß § 103 Abs. 4 SGB V wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Saale-Holzland-Kreis ein Vertragszahnarztsitz in

## Stadtroda

ausgeschrieben.

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

## Jena

ausgeschrieben.

**Bewerbungen und Anträge an den Zulassungsausschuss müssen zur ordnungsgemäßen Bearbeitung spätestens 3 Wochen vor dem Sitzungstermin vollständig in der Geschäftsstelle des Zu-**

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

## Bad Salzungen

ausgeschrieben.

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

## Rudolstadt

ausgeschrieben.

**lassungsausschusses bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen, Theo-Neubauer-Straße 14, 99085 Erfurt, vorliegen. Die Sitzung ist auf den 13. 03. 2002 terminiert.**

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

## Tiefenort

ausgeschrieben.

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

## Saalfeld

ausgeschrieben.

*i.A. Helmboldt,  
Geschäftsstelle  
Zulassungsausschuss*

# Quo vadis, Deutschland?

## Arbeitslosigkeit und Abwanderung – Gedanken zur Situation

Man kommt Montag morgen gut ausgeruht und voller Elan in die Praxis, legt los und gleich die/der erste Patient/in – Geburtsjahrgang 1970 bis Ende 70 – sagt: „Herr Doktor schauen Sie sich bitte noch mal meine Zähne an, ich bin heute das letzte Mal bei Ihnen!“ Sofort schießt es in schneller Folge durch meinen Kopf: „Bin ich irgendwann zu forsch oder aggressiv gewesen? Waren meine Helferinnen an der Rezeption oder am Telefon etwa unfreundlich? War der Termin von der Anmeldung bis zur Behandlung zu lang?“

Laut sage ich einfach nur: „Das ist aber schade, darf ich fragen warum?“ Und auf diese Frage folgt eigentlich immer die gleiche Antwort in Variationen: „Ich habe im Westen einen Job oder eine Ausbildungsstelle gefunden.“ Oder „Mein Mann arbeitet seit einem Jahr in Bayern und er sieht unseren Sohn nur am Wochenende, das ist ihm zu wenig“. Oder: „Ich bin vor über einem halben Jahr arbeitslos geworden und habe trotz über 50 Bewerbungen keine Chance, einen neuen Job zu finden.“

Dann denke ich, den jungen Leuten ist es gar nicht zu verdenken, wenn sie genau so handeln.

Die Arbeitsämter bieten den arbeitslosen jungen Menschen sogenannte Mobilitätshilfen, wenn sie einen Arbeitsplatz nachweisen können und das ist in der Regel in den alten Bundesländern.

### Positive Mobilität

Der Thüringer CDU-Vorsitzende Dieter Althaus sagt in Zeitungsinterviews dazu, dass er die Mobilität der jungen Leute sehr positiv sehe.

Ich meine, dass Einäugige nur relativ gut sehen können!

Es hilft auch gar nicht, wenn – wie unlängst in Altenburg geschehen – die Fraktionsvorstände der Thüringer und der sächsischen SPD feststellen, dass nur durch baldige An-

gleichung der Löhne an das Westniveau die Abwanderung aus Thüringen und Sachsen gestoppt werden kann. Vor allem junge Fachkräfte würden wegen besserer Verdienstmöglichkeiten in den Westen abwandern. Die Tarifparteien seien gefordert, bevor die „demografische Falle“ ab 2006 zuschnappt.

Die demografische Falle ist für mich längst zugeschnappt.

Bei Wochenendspaziergängen oder auf dem täglichen Weg in die Praxis trifft man doch bei genauem Hinschauen vor allem auf die ältere Generation – oder geht es Ihnen, liebe Kollegin, lieber Kollege, anders?

Komisch, dass es immer die anderen sind, die für ungünstige politische Situationen zuständig sind. Ich kann da nur fragen: „Wofür haben wir eigentlich Politiker?“ Quo vadis, Deutschland?

*Dr. Karl-Heinz Müller,  
Rudolstadt*

# Klare Richtlinie im Frühjahr

## Aktuelles zur Ausweisung von Tätigkeitsschwerpunkten in Thüringen

**Erfurt.** Seit einigen Monaten beschäftigt sich der Vorstand der Landes Zahnärztekammer Thüringen mit dem viel diskutierten Thema Tätigkeitsschwerpunkte. Den Auftakt machte im September eine Versammlung mit den Kreisstellenvorsitzenden. Auf diesem Treffen stellte der Vorstand neben den Eckpunkten der geplanten Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichtes zur Ausweisung von Tätigkeitsschwerpunkten in Thüringen auch die entsprechenden Aktivitäten der Bundeszahnärztekammer vor.

### Diskussion seit September

Nach sehr umfangreicher und teilweise kontroverser Diskussion konnte als Meinung dieses Kreises festgehalten werden, dass entgegen der Zielstellung der besseren Information der Patienten die öffentliche Bekanntmachung von Tätigkeitsschwerpunkten wohl eher verwirren wird, wenn nicht auch zukünftig die Arzt-Patient-Beziehung von einem besonderen Vertrauensverhältnis getragen sein wird. Wie bisher sollte jeder Zahnarzt qualifiziert bleiben, alle Behandlungen durchzuführen. Beliebige ausweisbare Tätigkeitsschwerpunkte dürften nicht nur einen Werbeeffect haben und damit die Seriosität der Zahnheilkunde gefährden. Allerdings erfahren Patienten und Kollegen auf diesem Weg, welcher Zahnarzt welche zusätzlichen Qualifikationen erworben hat. Über die Qualität der Behandlung im Einzelfall gibt der Tätigkeitsschwerpunkt jedoch nicht mehr Auskunft als die Berufsbezeichnung selbst. Gegenwärtig nachvollziehbar sei die Benennung des Tätigkeitsschwerpunktes Implantologie, da dieses Tätigkeitsgebiet eine überdurchschnittlich aufwändige Fortbildung voraussetzt.

Als Ergebnis dieser Veranstaltung wurden die Kreisstellenvorsitzenden gebeten, über dieses wichtige Thema in den Kreisstellenversammlungen vor Ort die Kollegen zu informieren und mit ihnen zu diskutieren. Die Ergebnisse wurden dem Vorstand von einigen Kreisstellen übermittelt und decken sich im wesentlichen mit den Feststellungen der Beratung vom September 2001. Für die Rückmeldungen möchten wir uns an dieser Stelle herzlich bedanken.

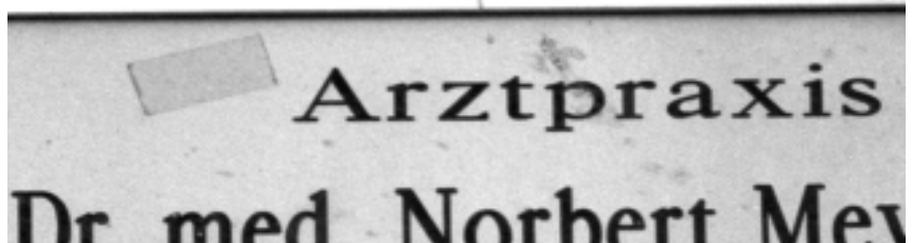
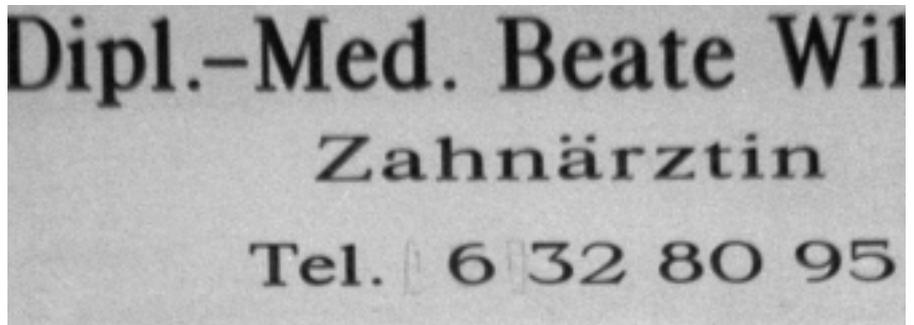
Bekanntlich hatte das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) am 23. Juli 2001 über die Klagen von zwei implantologisch tätigen Zahnärzten entschieden und ihnen das Recht zur Führung des Tätigkeitsschwerpunktes Implantologie zugesprochen unter den Voraussetzungen, dass sie auf diesem Gebiet besondere Kenntnisse und Erfahrungen besitzen, die Ausweisung nicht irreführend ist und diese Tätigkeit nachhaltig erfolgt.

### Qualitätssicherung hat Vorrang

Damit war der Weg geöffnet, Tätigkeitsschwerpunkte ausweisen zu können. Allerdings stellte das BVerfG fest, dass dem berechtigten Interesse der Kammern an Qualitätssicherung Rechnung zu tragen ist. Dies setzt voraus, dass die Selbstdarstellung auf

dem Praxisschild überprüfbar bleibt. Damit hat das BVerfG sowohl den Zahnärzten als auch den Kammern Rechte und Pflichten auferlegt. Letztere haben dafür Sorge zu tragen, dass mit der satzungsgerechten Umsetzung des Beschlusses keine Seite überfordert wird, das heißt liberale Entscheidungen im Sinne der Kollegen zu treffen sind.

Intensiv diskutiert wurde das Thema auch in der Herbstsitzung der Kammerversammlung am 1. Dezember (tzb 12/2001). Nach langem Für und Wider beschloss die Kammerversammlung die Änderung des entsprechenden Paragraphen der Berufsordnung. Gemäß § 17 der geänderten Berufsordnung können nun weitere Bezeichnungen geführt werden, die auf besondere Kenntnisse in einem bestimmten Gebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde hinweisen. Dies kann durch eine Gebietsbezeichnung (Kieferorthopädie,



**Werbung tabu:** Auch wenn es Zahnärzten künftig erlaubt sein wird, öffentlich auf ihre Tätigkeitsschwerpunkte hinzuweisen, wird sich das Aussehen der Praxisschilder in Thüringen wohl kaum gravierend ändern. Die geänderte Berufsordnung trifft dazu klare Aussagen. Foto: tzb

Oralchirurgie) oder durch die Ausweisung von Tätigkeitsschwerpunkten erfolgen.

Zu den genauen Voraussetzungen zum Ausweis von Tätigkeitsschwerpunkten wird der Vorstand der LZKTh im Frühjahr eine Richtlinie erlassen, deren Entwurf der Kammerversammlung vorlag und welche die Schwerpunkte des Beschlusses des BVerfG und die Ergebnisse der Diskussion der Kammerversammlung enthalten wird.

## Schwerpunkte der Regelung

Grundsätzlich werden folgende Schwerpunkte enthalten sein:

- Ausweisung von maximal drei Tätigkeitsschwerpunkten
- nur auf dem Gebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
- Nachweis der Absolvierung von Fortbildungen zur Erlangung der besonderen Kenntnisse. Dabei muss ein Niveau erreicht worden sein, welches in Curricula, die in Zusammenarbeit mit den wissen-

schaftlichen Gesellschaften erarbeitet wurden, festgeschrieben wird.

- Die Nachhaltigkeit der Tätigkeit soll durch zweijährige Tätigkeit auf dem Gebiet ausgewiesen und durch den Nachweis einer gewissen Fallzahl belegt werden.
- Der Ausweis eines Tätigkeitsschwerpunktes ist vorher der Kammer mit den entsprechenden Unterlagen anzuzeigen. Die Kammer teilt mit, wenn die Voraussetzungen nicht erfüllt sind.

Nach Überzeugung des Vorstandes sind dies grundsätzliche Inhalte im Sinne der Kollegen-schaft. Es wird dafür gesorgt, dass Tätigkeitsschwerpunkte immer qualitätsorientiert ausgewiesen und damit eine Sicherheit auch für die Information der Patienten gewährleistet werden kann.

Die bestehende Sorge vor einer Spaltung des Berufsstandes ist berechtigt, denken wir nur an künftige Einkaufsmodelle der Krankenkassen. Es liegt aber an uns Kollegen selbst, wie wir damit umgehen. Wenn wir es nicht als Konkurrenz für uns selbst betrachten, son-

dern als Chance, bei Problemen einen Spezialisten schnell ausfindig machen zu können, ist diese Sorge unberechtigt. Wie die Patienten damit umgehen lernen, bleibt abzuwarten. Aber die Erfahrung aus unserer Patientenberatungsstelle zeigt, dass sehr oft Anfragen gestellt werden, ob die Kammer zu bestimmten Behandlungsmethoden Spezialisten kennt.

Die nun vorliegende Thüringer Lösung beruht in weiten Teilen auf dem Beschluss der Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer vom November zu der Rahmenvereinbarung zu Tätigkeitsschwerpunkten. Damit kommen wir auch den Forderungen einer möglichst bundeseinheitlichen Lösung entgegen.

*Dr. Lothar Bergholz,  
Präsident der LZKTh*

*Dipl.-Verwaltungswirtin (FH)  
Elke Magerod,  
Kommissarische  
Geschäftsführerin*

# Bekanntmachung über die Änderung der Berufsordnung für Thüringer Zahnärzte

Die Kammerversammlung der Landes Zahnärztekammer Thüringen hat in ihrer Sitzung am 1. Dezember 2001 mehrheitlich die Änderung der Berufsordnung für Thüringer Zahnärzte wie folgt (Änderungen sind fett gedruckt und unterstrichen) beschlossen:

## § 17 Führung von Berufs- und Gebietsbezeichnungen, Titeln und Graden, Ziffer 2:

Der Zahnarzt kann weitere Bezeichnungen führen, die auf besondere Kenntnisse in einem bestimmten Gebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde hinweisen (Gebietsbezeichnungen, **Tätigkeitsschwerpunkte**).

Gebietsbezeichnungen bestimmen sich nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung der Landes Zahnärztekammer Thüringen.

**Tätigkeitsschwerpunkte bestimmen sich nach Maßgabe der Richtlinie zur Ausweisung von Tätigkeitsschwerpunkten der LZKTh, die vom Vorstand der LZKTh zu erlassen ist.**

## § 19 Praxisschilder, Ziffer 2:

Der Zahnarzt hat auf seinem Praxisschild seinen Namen und seine Berufsbezeichnung (ggf. Gebietsbezeichnung) anzugeben. **Weiterhin kann der Zahnarzt seine Gebietsbezeichnung und Tätigkeitsschwerpunkte nach den Bestimmungen der Richtlinie zu § 17 ausweisen.** Daneben dürfen die Praxisschilder die in § 17 genannten Zusätze, Privatwohnung, Fernsprechnummer, E-Mail-Adresse, **Internet-Adresse**, Angaben zur Sprechstundenzeit, das Verbandszeichen (gelbes Z) sowie einen Zusatz über die Zulassung zu Krankenkassen enthalten. Das Führen anderer Zusätze ist nicht gestattet.

## § 19 Praxisschilder, Ziffer 5:

**Praxisschilder dürfen nicht größer sein als nach den örtlichen Gegebenheiten üblich. Zulässig ist üblicherweise nur ein Praxisschild; im Falle eines Eckhauses sind zwei Praxisschilder zulässig. Über Ausnahmen entscheidet die LZKTh.**

Die Anbringung von Hinweisschildern bedarf der vorherigen Zustimmung der Landes Zahnärztekammer Thüringen.

Die aufsichtsrechtliche Genehmigung ist mit Schreiben vom 14. Dezember 2001 vom Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit (Az 61-66162-005) erteilt worden.

**Erfurt, 19.12. 2001**

*Ch. Herbst  
Vorsitzender der  
Kammerversammlung*

# Urteile zu den Gebührenordnungen

## Ä5 für Zahnärzte zugänglich, Ä3 neben 001 GOZ berechenbar

**Erfurt.** Am 5. Oktober 2001 diskutierte der Konsultationsausschuss der Bundeszahnärztekammer besonders häufig auftretenden Probleme mit der Beihilfe. Die Atmosphäre war von einer erfreulichen Bereitschaft seitens der Beihilfe gekennzeichnet, den Vorschlägen der Bundeszahnärztekammer nachzugehen bzw. direkt umzusetzen. Ein Thema war ein bekannter „Dauerbrenner“, nämlich die Formulierungen „nicht liquidationsfähig“ bzw. „darf vom Zahnarzt nicht berechnet werden“. Korrekt wäre die Formulierung „Die Leistung ist nicht beihilfefähig, weil nach unserer Auffassung (Beihilfe) nicht berechnungsfähig“. Die Beihilfe hat sich nach der Diskussion bereit erklärt, den Beihilfestellen die Nutzung dieser Formulierung mit einer Dienstanweisung vorzuschreiben. Zur Berechenbarkeit der Position 001 GOZ neben der Position Ä3 GOÄ sowie zur Berechenbarkeit der Position Ä5 GOÄ wurde vom Ausschuss der Bundeszahnärztekammer der Beihilfe die Auffassung der Kammern dargelegt. Die Beihilfe hat zugesagt, ihre Haltung diesbezüglich neu zu überdenken.

Auch in Thüringen sorgt insbesondere die Ablehnung der Berechnungsfähigkeit der Position 5 GOÄ seit langer Zeit für Irritationen. Der Gesetzestext in § 6 Abs. 1 GOZ und der Leistungstext der GOÄ von 1982 und 1995 sind unserer Meinung nach eindeutig. Trotzdem wurde eine Erstattung dieser Position immer wieder verweigert und in diesem Zusammenhang den Zahnärzten auch

Falschabrechnung vorgeworfen. In einem aktuellen Gerichtsverfahren hatte das Verwaltungsgericht (VG) Frankfurt/M. über die Berechnungs- und Erstattungsfähigkeit dieser Position zu entscheiden. Zuvor hatte das Land Hessen dem beihilfeberechtigten Beamten die Kostenerstattung der Position Ä5 verweigert. Hiergegen hatte der Kläger mehrmals Widerspruch und schließlich Klage erhoben. Nachdem sich der Richter eingehend mit dem Gesetzestext der GOZ und GOÄ auseinandergesetzt hatte, wurde am 7. Februar 2001 das Urteil gefällt (VG Frankfurt am Main vom 7.2.2001, Az. 50E/2 – 127/00). In der Urteilsbegründung stellt das Gericht dazu fest: „Zu Unrecht hat sich das beklagte Land demgegenüber darauf berufen, dass Zahnärzten die Abrechnung nach der Gebührenposition Nr. 5 GOÄ verwehrt sei. Die vom beklagten Land in das Verfahren eingeführte Argumentation des Bundesministeriums für Gesundheit zur Anwendung der GOÄ durch Zahnärzte nach § 6 Abs. 1 GOZ findet in den Regelungen der GOZ und der GOÄ keine Stütze; sie ist unzutreffend.“ Denn die Leistung „symptombezogene Untersuchung“ stand einer Berechnung durch Zahnärzte offen. Es entspricht folglich gerade dem Sinn und Zweck des § 6 Abs. 1 GOZ, dem Zahnarzt auch die Berechnung einer Leistung Position Ä5 des geänderten Gebührenverzeichnisses – Abschnitt BI – zu ermöglichen, da der Ansatz einer solchen Leistung nach früher geltendem Recht ebenfalls möglich war. Das Urteil hat zunächst nur Auswirkungen auf Hessen. Unabhängig da-

von wurden die LZKTh mit der Beihilfe in Thüringen diesbezüglich das Gespräch suchen.

Von Bedeutung ist auch ein Urteil zur Berechnung der Position Ä3 GOÄ neben der Position 001 GOZ. Laut Nachsatz zur Position Ä3 darf diese Leistung nur als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Leistung nach den Positionen Ä5, Ä6, Ä7, Ä8, Ä800 oder Ä801 abgerechnet werden. Nach einem Urteil des OLG Düsseldorf (Az.: 3 O 266/98) vom 21. Dezember 2000 erstreckt sich die in der ergänzenden Leistungslegende zur Ä3 enthaltene Einschränkung nur auf die Untersuchungsleistungen der GOÄ und nicht auf Leistungen der GOZ. In der Urteilsbegründung heißt es dazu: „... Die gemeinsame Berechnung der Positionen 001 GOZ und 3 GOÄ ist nicht zu beanstanden. Der Senat schließt sich in diesem Zusammenhang den Schlussfolgerungen des Sachverständigen ... an, der überzeugend zu dem Ergebnis gelangt ist, dass sich die in der ergänzenden Leistungslegende zu Position 3 GOÄ enthaltene Einschränkung nur auf die Untersuchungsleistungen der Gebührenordnung für Ärzte erstreckt und sich nicht mit Leistungen befasst, die auf der Grundlage der Gebührenordnung für Zahnärzte erbracht werden. ...“ Als Fazit kann festgehalten werden: Die Position Ä3 ist neben der Position 001 GOZ berechenbar.

*Dr. Gisela Brodersen  
Referentin für  
Gebührenordnungen der LZKTh*

## Klagen beim Sozialgericht wird teuer

### Kostenfreiheit durch seit Jahresbeginn gültige Gesetzesänderung aufgehoben

**Erfurt.** Am 2. Januar dieses Jahres ist eine weitgreifende Änderung des Sozialgerichtsgesetzes (SGG), des 5. Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) sowie des Gerichtskostengesetzes (GKG) in Kraft getreten (6. SGGÄndG). Mit der neuen Gesetzeslage ist die Kostenfreiheit im sozialgerichtlichen Verfahren für Vertragszahnärzte entfallen. Somit wird ei-

ne Klage vor den Sozialgerichten kostenpflichtig.

### Gerichtsgebühr fällig – Streitwert ist Basis

Die wohl wichtigste Änderung betrifft die Kosten, die bei einem sozialgerichtlichen Verfahren entstehen. Nach der bisher geltenden

Regelung bestand für Klagen vor Sozialgerichten hinsichtlich der Gerichtskosten keine Kostenpflicht. Klagt nunmehr ein Vertragszahnarzt z. B. gegen eine vom Beschwerdeausschuss festgesetzte Honorarkürzung, so muss er im erstinstanzlichen Verfahren, das heißt vor dem Sozialgericht, bei Verfahren im allgemeinen eine Gerichtsgebühr von 1,0 der Gebühr nach § 11 Abs. 2 GKG zu zahlen.

Diese Gebühr richtet sich dabei nach der Höhe des Streitwertes.

Das folgende Rechenbeispiel soll die entstehenden Kosten verdeutlichen:

Ein anwaltlich vertretener Vertragszahnarzt klagt gegen eine durch den Beschwerdeausschuss ausgesprochene Honorarkürzung in Höhe von 25 000 € vor dem Sozialgericht und verliert diesen Prozess.

### 1. Gerichtsgebühr nach GKG

(neue Fassung)

$1,0 \times 279,90 \text{ €}$

(Streitwert bis 25 000,00 € = 311,00 €

./ 10 % gem. Ermäßigungssatz – AnpassungsVO)

---

= 279,90 €

### 2. Urteilsgebühr nach GKG (neue Fassung)

$2,5 \times 279,90 \text{ €}$

---

= 699,75 €

### 3. Außergerichtliche Kosten für den Rechtsanwalt (z.B. für Prozess- und Verhandlungsgebühr)

$2,0 \times 617,40 \text{ €}$

(Streitwert bis 25 000,00 € = 686,00 €

./ 10 % gem. Ermäßigungssatz – AnpassungsVO) = 1.234,80 €

+ Auslagenpauschale 20,00 €

+ Mehrwertsteuer (16 %) = 200,77 €

---

= 1.455,57 €

Somit ergeben sich zunächst für den klagenden Vertragszahnarzt Kosten in Höhe von ca. 2.435 €. Anzumerken ist hierbei, dass die Gerichtskosten für die nächsten Instanzen ansteigen (Berufungsverfahren = 1,5; Revisionsverfahren = 2,0). Im Zusammenhang mit den bei einer Klage entstehenden Kosten ist darauf hinzuweisen, dass diese nur durch die unterlegene Partei des Rechtsstreites zu tragen sind.

## Auswirkung auf bereits anhängige Klagen

Zu beachten ist die Übergangsregelung.

Entscheidend für Verfahrensgebühren ist deren so genannte „Rechtshängigkeit“ bzw. der Zeitpunkt der Auferlegung der Kosten. Dies bedeutet für einen Vertragszahnarzt, welcher eine Klage beim Sozialgericht am

1. Januar 2001 erhoben hat (= Rechtshängigkeit), eine Anwendung der alten Gesetzesfassung des Sozialgerichtsgesetzes und somit das Nichtentrichten einer Verfahrensgebühr. Da jedoch in diesem Fall ein Urteilspruch erst nach dem Stichtag 2. Januar 2002 erfolgen wird, richten sich die Gerichtskosten (Gerichtsgebühr, Endurteilsgebühr) schon nach der neuen Gesetzeslage. Wichtig: Auch für die bereits Ende vergangenen Jahres anhängigen Klagen vor dem Sozialgericht in Thüringen gilt wegen der bestehenden Übergangsregelung, dass für die zu erwartenden Entscheidungen Gerichtsgebühren entstehen werden. Nunmehr ist bei den anhängigen Verfahren auch unter dem Gesichtspunkt der drohenden zusätzlichen Kosten zu prüfen, ob eine Entscheidung herbeigeführt werden soll.

Bei rechtzeitiger außergerichtlicher Beilegung anhängiger Rechtstreite, zum Beispiel durch Rücknahme der Klage oder außergerichtlichen Vergleich, ist die Kostenfreiheit hinsichtlich der Gerichtsgebühren (nicht für Rechtsanwaltsgebühren!) auch weiterhin möglich.

## Keine aufschiebende Wirkung

Eine weitere wesentliche Änderung erfährt das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V). Nach der neuen Rechtslage haben die durch den Vertragszahnarzt eingelegten Rechtsbehelfe, nämlich Widerspruch und Klage, gegen die Honorarfestsetzung sowie ihre Änderung oder Aufhebung durch die KZV Thüringen wie bisher keine aufschiebende Wirkung. Des Weiteren hat eine Klage des Vertragszahnarztes gegen eine vom Beschwerdeausschuss festgesetzte Honorarkürzung keine aufschiebende Wirkung. Dies bedeutet, dass die KZV die festgesetzte Rückforderungssumme trotz eingelegter Klage des Zahnarztes gegen den Beschwerdebescheid aus dem zu zahlenden Zahnarztthonorar einzuhalten hat. In den genannten Fällen besteht für den Vertragszahnarzt die Möglichkeit, im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes vorzugehen. In diesem Verfahren kann auf Antrag des Vertragszahnarztes die aufschiebende Wirkung des eingelegten Rechtsbehelfes durch das Sozialgericht angeordnet werden. Eine Ablehnung des Antrages durch das Gericht ist überdies möglich.

Die Darstellungen der Neuregelungen bzw. Rechtsänderungen soll zur Information und Entscheidungsfindung dienen. Jedoch sollten die Änderungen nicht dazu führen, auch wenn vom Gesetzgeber gewollt, auf die Klärung wichtiger Rechtsfragen zu verzichten. Die gerichtliche Auseinandersetzung kann einen wichtigen Beitrag zu Rechtsfrieden und Rechtssicherheit leisten, weshalb bei der Bewertung des gegebenenfalls bestehenden Kostenrisikos gleichwohl die zugrunde liegende Streitfrage und das damit verbundene Klärungsinteresse bei allen verfahrensrelevanten Entscheidungen im Vordergrund stehen sollte.

*Assessor jur. André Neubacher  
Juristischer Mitarbeiter  
der KZV Thüringen*

## Zeugnis auch bei kurzfristiger Tätigkeit

Erfurt/Köln (tzb). Arbeitnehmer haben selbst bei nur kurzfristiger Tätigkeit Anspruch auf ein Arbeitszeugnis, das den gesetzlichen Anforderungen entspricht. Das berichtet der Anwalt-Suchservice unter Berufung auf ein Urteil des Landesarbeitsgerichtes Köln (Az: 4 Sa 1485/00). Ein junger Mann trat bei einem Unternehmen eine Stelle als Pförtner an. Nach sechs Wochen wurde er krank. Als er auch nach 14 Tagen noch nicht wieder arbeitsfähig war, erhielt er die Kündigung. Das Zeugnis seines Arbeitgebers, umfasste ganze drei Sätze: „Herr B. bemühte sich, die ihm übertragenen Aufgaben zu erledigen.“ Der Mann bat daraufhin um ein ausführlicheres und vor allem besseres Zeugnis, weil er mit dieser schlechten Beurteilung nirgends Aussicht auf eine Neuanstellung habe. Doch die Firmenleitung lehnte ab.

Die Richter des LAG Köln entschieden, das ausgestellte Zeugnis entspreche nicht den gesetzlichen Anforderungen. Der Arbeitgeber könne auch bei kurzer Beschäftigungsdauer kein qualifiziertes Zeugnis verweigern. Ein solches Zeugnis müsse Leistung und Führung des Arbeitnehmers beurteilen.

# Zahnarzt hat Pflicht zur Aufsicht

## Wichtige Hinweise zum selbstständigen Einsatz von Zahnarthelferinnen

**Erfurt.** Aufgrund immer wieder auftretender Fragen zur selbstständigen Tätigkeit von Zahnarthelferinnen in den Praxen soll an dieser Stelle noch einmal auf die Kontrollpflicht des Zahnarztes bei der Delegation von Arbeiten an qualifiziertes Fachpersonal hingewiesen werden.

Im Ergebnis der Koordinierungskonferenz der Bundeszahnärztekammer vom 2. Oktober 1993 wurden Grundsätze zum Einsatzrahmen der nichtzahnärztlichen Mitarbeiter in den Praxen verabschiedet. Darin werden die Anforderungen und Einsatzbereiche der selbstständigen Tätigkeit von Zahnarthelferinnen dargelegt. Je nach Qualifizierungsstufen des Personals eröffnet sich ein zulässiger Rahmen von Hilfeleistungen von der Erstellung von Röntgenaufnahmen bis hin zur Durchführung von Prophylaxemaßnahmen. Als Grundsatz der selbstständigen Tätigkeit gilt, dass dabei die umfassende Begleitung durch den Zahnarzt persönlich, also durch

Anordnung, ständige Aufsicht und Verantwortung garantiert sein muss. Im Bundeskonsens zum Einsatzrahmen von Zahnarthelferinnen heißt es in Abschnitt 5: „Die begleitende Überwachung durch den Zahnarzt beginnt vor einem Tätigwerden der nichtzahnärztlichen Mitarbeiter dadurch, dass der Zahnarzt in Kenntnis des konkreten Falles eine Anordnung über Art und Umfang des Einsatzrahmens trifft. Während des Einsatzes muss der Zahnarzt in der Praxis jederzeit für Rückfragen, für Korrekturen oder bei Komplikationen zur Verfügung stehen. Der Zahnarzt ist darüber hinaus auch verpflichtet, im Rahmen seiner Überwachungspflicht Kontrollen durchzuführen, ob seine nichtzahnärztlichen Mitarbeiter die Anordnungen beachten, den festgelegten Rahmen nicht überschreiten und die Tätigkeit insgesamt ordnungsgemäß durchführen.“

Bei Beendigung des Einsatzes habe der Zahnarzt im konkreten Einzelfall zu kontrol-

lieren, ob die Leistung ordnungsgemäß erbracht wurde und alle weiteren Anordnungen zu treffen.“

Es muss also gewährleistet sein, dass der Zahnarzt seine Mitarbeiter in der Praxis vom Anfang der Anordnung bis zum Ende des Tätigwerdens beaufsichtigt. Diese begleitende Überwachung bietet zum einen Rechtsschutz für den Zahnarzt und die Helferin, zum anderen sichert sie den Charakter der zahnärztlichen Leistung.

Weitere Informationen zu diesem Thema sind im Internet auf den Seiten Zahnärztliche Berufsausübung der Landes Zahnärztekammer nachzulesen.

*Dr. Matthias Seyffarth  
Referent für zahnärztliche  
Berufsausübung der LZKTh*

Informationen: [www.lzaekthue.de](http://www.lzaekthue.de)

# Kontinuität im Wechsel

## Alte und neue Berufsbezeichnungen der Praxis-Mitarbeiterinnen

**Erfurt.** Die Einführung der neuen Berufsbezeichnung „Zahnmedizinische Fachangestellte“ hat zu Nachfragen geführt, ob auch Zahnarthelferinnen die neue Berufsbezeichnung führen dürfen. Dies ist nicht der Fall, da eine Umschreibung von Zeugnissen oder „Helferinnenbriefen“ bei staatlichen Prüfungen in Deutschland nicht zulässig ist. Im folgenden werden die möglichen Berufsbezeichnungen noch einmal dargestellt:

### **Stomatologische Schwester:**

Der Erwerb dieser Berufsbezeichnung war bis 1990 möglich. Sie bleibt unbeschränkt bestehen.

### **„Zahnarthelferin“ (ZAH):**

Noch bis 2003 wird diese Bezeichnung durch Berufschulabschluss und Kammerprüfung erworben. Auch die Auszubildenden der derzeitigen 2. und 3. Ausbildungsjahre

erhalten folglich noch diese Bezeichnung.

Für Stomatologische Schwestern war der Erwerb dieser Berufsbezeichnung durch eine „Anpassungsfortbildung“ mit Prüfung seit 1990 zusätzlich möglich.

### **Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA):**

Erstmals wird diese Berufsbezeichnung für Auszubildende vergeben, die nach dem 1. August 2001 ihre Ausbildung nach der neuen Ausbildungsordnung begonnen haben und die 2004 die Kammerprüfung ablegen. Auch für Umschüler, die ebenfalls in diesem Jahr begonnen haben und 2003 die Prüfung ablegen, erhalten diese berufsbezeichnung.

### **Zahnmedizinische Fachhelferin (ZMF):**

Diese in der Fortbildung erworbene Berufsbezeichnung bleibt unverändert für alle

Kurse bestehen, die bis 2000 ihre Prüfung abgelegt haben.

### **Zahnmedizinische Fachassistentin (ZMA):**

Diese – der ZMF entsprechende – Berufsbezeichnung wird nach der neuen Fortbildungsordnung erstmals mit der Prüfung und dem Kursabschluss im Januar 2002 verliehen.

Im allgemeinen Sprachgebrauch kann natürlich von Schwestern, Helferinnen, Fachangestellten oder Mitarbeiterinnen gesprochen werden. So wird das „Helferinnenreferat“ vielleicht seinen Namen in Zukunft auch ändern müssen.

*Dr. Robert Eckstein  
Referent für Helferinnen  
der LZKTh*

## Differentialindikation für den mikrochirurgischen Gewebetransfer

von Jejunum-, Radialis-, Rectus-abdominis-, Latissimus-dorsi- und Scapula-Lappen zur Rekonstruktion am Kiefer und im Gesicht. Moderne Möglichkeiten und Ergebnisse der Therapie

Hans Pistner, Jörn-Uwe Piesold

### Zusammenfassung

Jährlich erkranken in Deutschland etwa 7,200 Männer und 2,500 Frauen an bösartigen Neubildungen der Mundhöhle und des Kiefers. Die Zahl der bösartigen Erkrankungen der Gesichtshaut liegt noch um ein Mehrfaches höher. Die möglichst primäre Rekonstruktion nach Tumorresektion am Kiefer und im Gesicht ist eine biologische und soziale Notwendigkeit. Moderne Verfahren der Wiederherstellungschirurgie ermöglichen erst eine Resektion der Tumoren ausreichend weit im gesunden umgebenden Gewebe und damit eine tumorbezogene Überlebensrate von bis zu 80 %.

Defekte im Hypopharynx, in der inneren Wange, am weichen Gaumen und mittelgroße Zungendefekte können hervorragend mit den flexiblen Jejunumtransplantaten oder Radialislappen gedeckt werden. Für kombinierte Knochen- und Weichgewebs-Defekte bieten Gewebetransfers aus der Scapularregion die vielfältigsten Möglichkeiten. Langstreckige Knochendefekte sind mit mikrorevascularisierter Fibula gut rekonstruierbar. Patienten mit sehr großvolumigen Weichteildefekten oder vollständigen Zungenresektionen können sehr gut mit dem Latissimus dorsi – Lappen oder dem Rectus abdominis – Lappen wiederhergestellt werden.

Durch routinemäßigen, häufigen und jeweils besonders geeigneten mikrochirurgischen autogenen Lappentransfer mit dichter post-

operativer Überwachung kann mit geringer Komplikationsrate (27 Verluste bei 607 Transfers entsprechend < 5%) die primäre Wiederherstellung dieser Patienten erzielt werden.

### Einleitung

Felix Plater berichtete erstmals 1614 über einen Abriss des Unterkiefers, bei dem der betroffene Artillerist überlebte. Die erste Unterkieferresektion bei Tumor wurde 1728 Lambert zugeschrieben. Der Erfolg einer von Dupuytren 1812 durchgeführten Unterkieferresektion zeigte sich auch darin, dass der Patient seinen Arzt überlebte.

Die Folgen des Unterkieferverlustes beschrieb Bergenfeld 1929:

- die Atemwege können verlegt werden,
- die Nahrungsaufnahme wird erschwert,
- der Speichel wird nicht mehr zurückgehalten,
- die Sprache wird beeinträchtigt und
- nicht zuletzt: Es resultiert eine schwere ästhetische Entstellung.

Nicht behandelte oder radikal ohne Rekonstruktion operierte Malignome von Kiefer und Gesicht führen durch soziale Ausgrenzung noch vor dem biologischen zum sozialen Tod. Die – möglichst – primäre Rekonstruktion ist daher eine biologische und soziale Notwendigkeit. Für unterschiedliche Defekte werden jeweils speziell geeignete mikrochirurgische Gewebetransfers als funktionell und ästhetisch optimal angesehen und haben sich in unserer Hand bewährt:

zum Heraustrennen und Sammeln

### Korrespondenzanschrift:

PD Dr. Dr. Hans Pistner  
 Chefarzt der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Plastische Operationen des Klinikums Erfurt, Nordhäuser Str. 74, D-99089 Erfurt  
 Tel.: 0361/781 2230, Fax: 781 2232  
 E-Mail: hpistner@erfurt.helios-kliniken.de

### Literatur

- Bergenfeldt, E.: Prothesenbehandelter Fall nach halbseitiger Unterkieferexartikulation wegen Adamantinom, nebst einer kurzen Übersicht über die Behandlungsmethoden für Ersatz von Unterkieferdefekten. Acta Chir Scand 64, 473 ff., 1929
- Carell, A.: The Surgery of Blood Vessels. John Hopkins Hosp Bull 18, 18-28, 1907
- Dos Santos, L.F.: Retalho circular: Un novo retalho livre microcirúrgico. Rev brabs Cirurg 70, 133 ff., 1980
- Dresp, B.: Temporäre alloplastische Unterkieferrekonstruktion bei 334 Patienten mit Plattenepithel-Karzinom der Mundhöhle durch funktionsstabile Platte und Polymethylmethacrylat-Interponat: Langzeitergebnisse und Verlauf. Arbeitstitel der Dissertation, Würzburg 2001/2002
- Dupuytren, Guillaume: a) Kystes Osseux développés dans l'épaisseur de l'os. Lancette française 2, 133-134, 1839 b) Leçons orales de clinique chirurgicale. Tomes III et IV. Paris 1833/34
- Hasegawa, K., Amagasa, T., Arai, T., Miyamoto, H., Morita, K.: Oral and Maxillofacial Reconstruction using the Free Rectus Abdominis Myocutaneous Flap. Various Modifications for Reconstruction Sites. Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery 22, 236-243, 1994
- Hemprich, A., Müller, R.: Long-term Results in Treating Squamous Cell Carcinoma of the Lip, Oral Cavity and Oropharynx. Int J Oral Maxillofacial Surg. 18, 39-42, 1989
- Hidalgo, D.: Fibula Free Flap: a New Method of Mandible Reconstruction. Plast Reconstr Surg 84, 71 ff., 1989
- Lambert, zitiert nach Fauchard, Pierre: Le Chirurgien Dentiste. 1. ed. Tome I. Paris 1728
- Mühlbauer, W., Herndl, E., Stock, W.: The Forearm Flap. Plast Rec Surg 70, 3, 336 ff., 1982
- Olivari, N.: The Latissimus Flap. Brit J Plast Surg 29, 126 ff., 1976
- Pistner, H., Reuther, J., Bill, J.: Scapularregion als potentielles Spenderareal für mikrochirurgische Transplantate. in: Schwenzler, N., Pfeifer, G. (Hrsg.): Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie, Band XXXV: Mikrochirurgie in der MKG-Chirurgie. Thieme Stuttgart-New York 1990, 87-90
- Reuther, J.F., Steinau, H.U.: Mikrochirurgische Dünndarmtransplantation zur Rekonstruktion großer Tumordefekte der Mundhöhle. Dtsch Z Mund Kiefer Gesichtschir 4, 131-136, 1980
- Silverberg, B., Banis, J., Newton, E., Ramasastry, S., Jones, N., Acland, R.: The Osteocutaneous Scapular Flap for Mandibular and Maxillary Reconstruction. Amer J Surg 150, 440-446, 1985
- Tansini 1896: zitiert nach Olivari 1976
- Yang, G., Baoqui, C., Yuhzi, G.: Forearm Free Skin Flap Transplantation. National Medical Journal of China 61, 139 ff., 1981

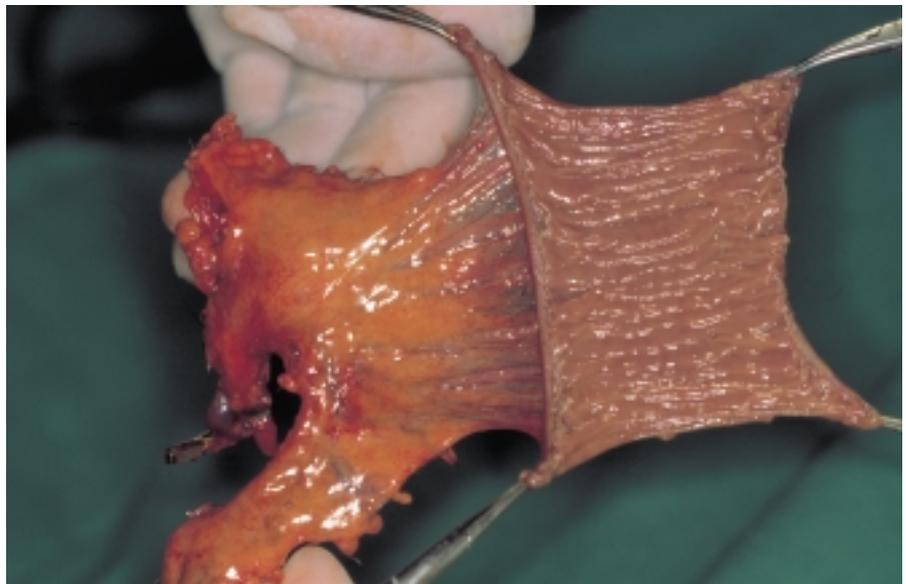
## Methodik der Indikationsstellung

Defekte in Hypopharynx, innerer Wange, am weichen Gaumen und mittelgroße Defekte der Zunge und des Mundbodens wurden mit mikrochirurgischen Dünndarmtransplantaten (Carell 1907, Reuther et al. 1980) oder Radialislappen gedeckt. Die flexible, auch unregelmäßigen geometrischen Formen problemlos anpassbare Dünndarmschleimhaut trug in 434 Fällen mit ihrer Schleimproduktion zur Befeuchtung von vorbestrahlten und dadurch xerostomen Mundhöhlen bei.

Für kombinierte Weichgewebs- und Knochendefekte wurden bei 77 Patienten mikrochirurgische Transplantate von der Scapula verwendet. Der zusammengesetzte osteofasziokutane Scapulalappen (Dos Santos 1980, Silverberg et al. 1985, Pistner et al. 1990) bietet am gemeinsamen Gefäßstiel der Arteria und Vena subscapularis zwei ossäre und zwei fasziokutane räumlich frei orientierbare Lappenanteile. Bei sehr großen Weichteildefekten kann am gleichen Gefäßstiel der Latissimus-dorsi-Lappen hinzukombiniert werden. Die durchschnittliche nutzbare Knochenlänge der Margo lateralis scapulae beträgt 12,5 cm. Der Knochenquerschnitt entspricht dem des Corpus mandibulae und genügt nach unseren Erfahrungen regelmäßig für die Insertion von Dentalimplantaten.

Für sehr langstreckige Defekte der Mandibula von mehr als 12 cm wurde bei 8 Patienten an der Arteria und Vena peronea revascularisierte Fibula zur Unterkieferrekonstruktion verwendet. Kaudal soll mindestens 10 cm Fibula mit Syndesmose zur Tibia hin unangetastet bleiben, um die Funktion des Sprunggelenkes zu erhalten. Bei 11 % der Patienten fehlt die Arteria tibialis anterior oder posterior oder ist nur rudimentär vorhanden. Daher ist eine präoperative Angiografie zwingend notwendig (Hidalgo 1989).

Defekte der äußeren Haut sowie Defekte im anterioren, prothesenbelasteten Mundboden und Alveolarkambereich wurden in 22 Fällen mit mikrochirurgischen Radialislappen (Yang et al. 1981, Mühlbauer et al. 1982) rekonstruiert. Dieser Lappen hat den Vorzug des längsten Gefäßstieles und ist nach dem Dünndarm das dünnste und flexibelste Transplantat.



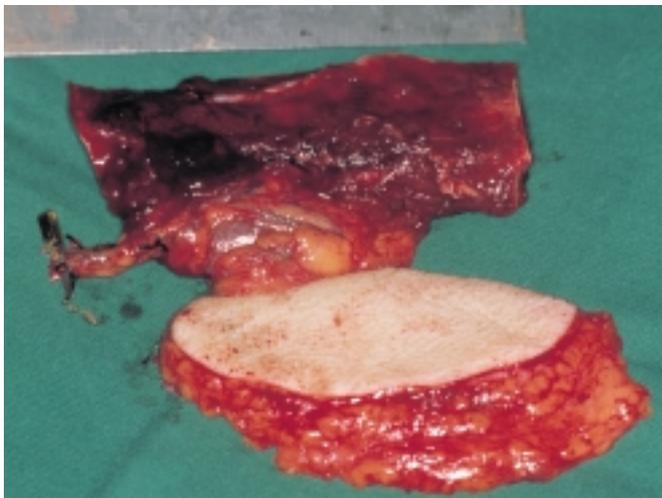
**Abb. 1 a:** Dünndarmtransplantat vor dem Zuschnitt und Einnähen.



**Abb. 1 b:** Plattenepithelkarzinom des harten und weichen Gaumens vor der Resektion.



**Abb. 1 c:** Dünndarmtransplantat zur Rekonstruktion des weichen Gaumens in situ.



↑ *Abb. 2 a: Osteofasziokutaner Scapula-lappen*

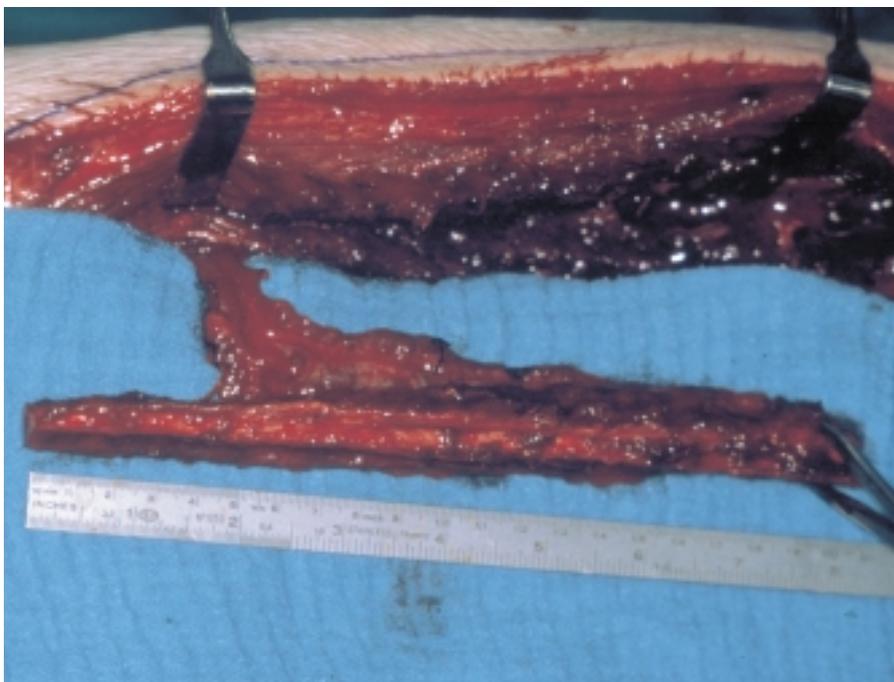
← *Abb. 2 b: Plattenepithelkarzinom des rechten Unterkiefers*



*Abb. 2 c: Rekonstruierter Unterkiefer und Alveolarkamm; sehr gute Zungenbeweglichkeit.*



*Abb. 2 d: Inkorporierte Dentalprothese auf Dentalimplantaten und Scapulalappen.*



*Abb. 3 a: Mikrochirurgisches Fibulatransplantat*



*Abb. 3 b: Clementschitsch-Aufnahme des weitstreckig rekonstruierten Unterkiefers*



**Abb 3 c: Normales Profil des fast von Kieferwinkel zu Kieferwinkel Unterkieferrekonstruierten Patienten.**



**Abb. 4 a: Radialis-Hautlappen mit sehr langem Gefäßstiel**

Sehr großvolumige Weichteildefekte oder vollständige Zungenresektionen konnten durch den Transfer von defektangepaßten Musculus-latissimus-dorsi-Transplantaten (Tansini 1896, Olivari 1976) in 55 Fällen behandelt werden. Die Sprachfähigkeit der Patienten konnte hierbei mit und ohne Mikronervanastomose wiederhergestellt werden. Mikrochirurgische Rectus abdominis –



**Abb. 4 b Rekonstruiertes Unterlid; 10 Tage vorausgegangen war die Unterfütterung des umschnittenen Lappens mit Mundschleimhaut; Lappenmonitoring durch pO2-Sonde.**



**Abb. 5 a: Durch endophytisch wachsendes Plattenepithelkarzinom im Mundboden fixierte Zunge; wegen der weiten infiltrierenden Ausdehnung subtotale Glossektomie notwendig.**

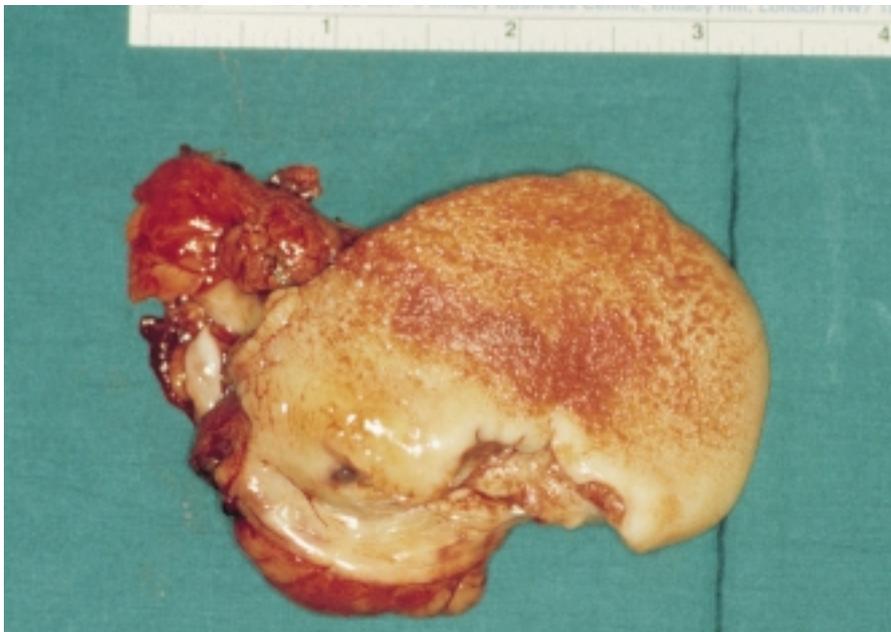
Transplantate können leichter als der Latissimus – Lappen simultan von zwei Teams gehoben werden (Hasegawa et al. 1994). Auch hier ist der Wundverschluss primär möglich.

## Diskussion:

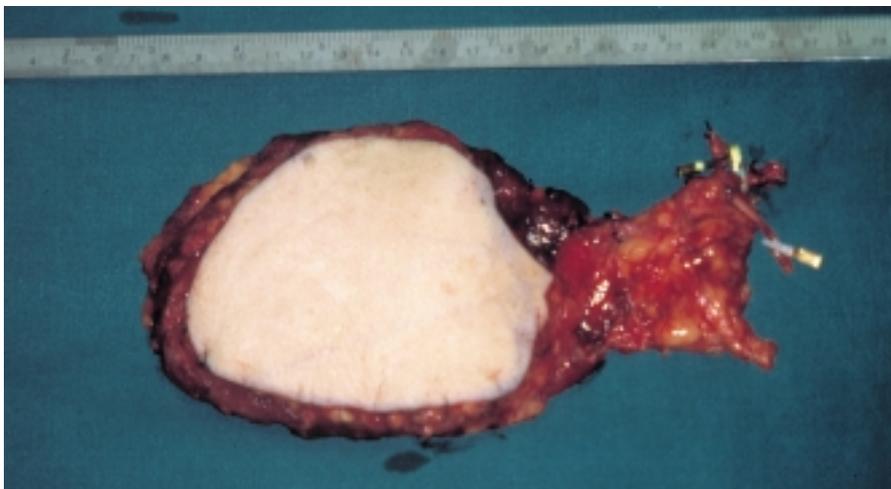
Jährlich erkranken in Deutschland etwa 7.200 Männer und 2.500 Frauen an bösartigen Neubildungen der Mundhöhle und des Kiefers. Die Zahl der bösartigen Erkrankungen der Gesichtshaut liegt noch um ein Mehrfaches höher. Die Erfolgsaussicht der Behandlung sinkt mit der Zeit, die bis zum Erkennen und Behandeln des Tumors benötigt wird. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate beträgt in großen Statistiken bei Männern 43 %, bei Frauen 56 % („Krebs in Deutschland, Häufigkeiten und Trends“. Robert-Koch-Institut, Saarbrücken 1999).

Beim Würzburger Krankengut von 334 Patienten mit Plattenepithel-Karzinom der Mundhöhle beobachteten wir insgesamt eine tumorbezogene 5-Jahres-Überlebensrate von 71,8 % und eine 10-Jahres-Überlebensrate von 62 %.

Patienten mit T1-2 und ohne Lymphknotenmetastasen (N0) Tumoren entwickelten eine Überlebensrate über 5 Jahre von 80,5 %. Ein Tumorbefall der Lymphknoten bei gleicher Tumorausgangsgröße (N1-3) verschlechterte die Prognose auf 52,4 %. Auch Patienten mit größeren Tumoren ohne Lymphkno-



**Abb. 5 b: Subtotales Zungenresektat: Tumor vollständig im Gesunden entfernt.**



**Abb. 5 c: Latissimus dorsi – Myokutanlappen.**



**Abb. 5 d: Rekonstruierte Zunge ermöglicht Schlucken und allgemeinverständliches Sprechen**

tenausbreitung (T3-4 N0) überlebten zu 82,3 % 5 Jahre. Ein Lymphknotenbefall (T3-4 N1-3) verschlechterte die Überlebensaussicht auf 53,3 % (Dresp 2001).

Kleine Tumoren können also durch kleine Eingriffe mit hoher Wahrscheinlichkeit geheilt werden. Fortgeschrittene Tumoren der Gesichtshaut und der Mundhöhle haben dennoch eine Heilungschance, wenn sie durch weiträumige Resektion und therapeutische und prophylaktische Lymphknotenausräumung behandelt werden.

Zum Behandlungsprinzip gehört es, dass möglichst in der gleichen Sitzung der Patient durch mikrochirurgische Verfahren wie Radialislappen, Scapulalappen oder Rectus abdominis-Lappen sofort rekonstruiert wird. Die Kontur des Gesichtes wird durch Osteosyntheseverfahren alloplastisch bewahrt. Entscheidend ist auch eine gute und engmaschige Nachsorge, da Lokalrezidive und Manifestationen im Lymphabflußgebiet zu 80 % während der ersten 2 Jahre nach Abschluss des primären Behandlungsblockes auftreten (Hemprich et al. 1989).

Bei insgesamt 607 mikrochirurgischen Gewebetransfers der Jahre 1981-1998 kam es im Würzburger Krankengut zu 27 Verlusten entsprechend einer Verlustrate von 4,5 %. Von 53 mikrochirurgisch transferierten „Lappen“ am Klinikum Erfurt in den Jahren 1999 bis Mitte 2001 verloren wir 2 entsprechend einer Verlustrate von 3,8 %. Als Reserveverfahren zur Sanierung bei diesen Verläufen sind gefäßgestielte Fernlappen wichtige Hilfsmittel. Auch andere mikrochirurgische Rekonstruktionen sind möglich, doch sollte bedacht werden, daß nur bei häufig geübter und routinemäßiger Verpflanzung von standardisierten mikrochirurgischen Lappen eine hohe Erfolgsrate von mehr als 95 % erzielt werden kann.

Bei Heilungsbewährung und Rezidivfreiheit kann sich die weitere Wiederherstellung durch autogene Knochentransplantate und Dentalimplantate zur funktionellen und ästhetischen Restitutio ad (nahezu) integrum fortsetzen.

→ Fortsetzung – bitte umblättern!

		Anzahl	Verluste	%
Dünndarm		434	21	4,8
Myokutanlappen	M. pect. maior	1	1	5
	M. lat. dorsi	56	2	
	M. rectus abd.	3		
Hautfettlappen	Leistenlappen	6	1	2,8
	Fußrücken	3		
	Unterarm	63	1	
Osteokutanlappen	Beckenkamm	7		3,8
	Scapula	79	3	
	Fibula	8		
gesamt		660	29	4,4

**Mikrochirurgische Gewebetransfers zur Rekonstruktion von Kiefer und Gesicht an der MKG-Chirurgie Würzburg 1980–1998 und MKG-Chirurgie Erfurt 1999–Mitte 2001: Lappen-Art, -Anzahl und -Verluste.**

## Danksagung:

Für das Überlassen der Würzburger Zahlen (1980 – 1998) danke ich meinem akademischen Lehrer, Herrn Prof. Dr.Dr. J.F. Reuther, Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie der Julius-Maximilians-Universität Würzburg.

Die Chirurgie der bösartigen Tumoren in Kiefer und Gesicht ist immer Teamarbeit: Im Namen der Patienten danke ich den Mitarbeitern in allen beteiligten Berufen, insbesondere aber den engagierten ärztlichen Mitarbeitern.

*PD Dr. Dr. Hans Pistner*

# Dissertationen

## Untersuchungen zur Fluoridfreisetzung und Fluoridaufnahme unterschiedlicher Füllungsmaterialien

*vorgelegt von Berno Lorenz*

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, durch verschiedene Versuche zu überprüfen, ob der fluoridhaltige Kompositwerkstoff Tetric Ceram® eine kariesprotektive Wirkung besitzt.

In Versuchsreihe 1 wurde die Langzeitfluoridfreisetzung aus drei verschiedenen Füllungsmaterialien (Tetric Ceram®, Compoglass®, Ketac Fil®) bei Lagerung in künstlichem Speichel und Aqua bidest. über einen Zeitraum von zwei Jahren verglichen. Der Glasionomerwerkstoff Ketac-Fil® gab mit Abstand die größte Fluoridmenge an die Lagerungsmedien ab. Die kumulative Fluoridfreisetzung des Compoglass® war geringer als die des Ketac-Fil®, jedoch deutlich höher als die des Tetric Ceram®. Um einen erneute Fluoridaufladung der Proben zu überprüfen, lagerten wir nach einem halben Jahr ausge-

wählte Proben aller drei Füllungsmaterialien für zehn Minuten in einer Fluoridsuspension aus 1 ml Elmex-Gelee und 2 ml künstlichem Speichel. Die untersuchten Füllungsmaterialien waren in der Lage, Fluoride aus einer Fluoridsuspension aufzunehmen und über einen Zeitraum von drei Wochen wieder an die Lagerungsmedien abzugeben, wobei die Fluoridabgabe in der ersten Woche verstärkt war. Bemerkenswert ist, dass die Schmelzproben mit „aufgeladenen“ Tetric Ceram®- bzw. Compoglass®-Füllungen vorübergehend deutlich mehr Fluoride abgaben als die neu applizierten Füllungen. Beim Ketac-Fil® war es umgekehrt.

Im Rahmen der Versuchsreihe 2 wurde untersucht, ob sich im Füllungsrandbereich der verwendeten drei Füllungsmaterialien eine artifizielle Karies auslösen lässt oder ob durch Fluoridabgabe aus der Füllung in den füllungsnahen Zahnschmelz dieser die Entstehung der Läsionen verhindern kann. Bei der polarisationsmikroskopischen Untersuchung der Proben mit Tetric Ceram®-Füllungen wurden stets ausgeprägte Kariesläsionen beobachtet.

Im Vergleich zum Glasionomerzement Ke-

tac-Fil® und zum Kompomer Compoglass® wurden deutlich stärkere Läsionen erzeugt.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass im beschriebenen Versuchsansatz dem Kompositwerkstoff Tetric Ceram® kein inhibierender Einfluss auf die Auslösung und Progression der artifiziellen Karies zugesprochen werden kann. Der Glasionomerzement Ketac-Fil® zeigt dagegen eine sehr gute kariesprotektive Wirkung. Für den Kompomerwerkstoff Compoglass® konnte ein geringerer hemmender Einfluss auf die Auslösung und Progression der künstlichen Karies nachgewiesen werden.

Aufgrund der Tatsache, dass die beiden Füllungswerkstoffe Tetric Ceram® und Compoglass® in der Lage sind, erneut Fluoride aufzunehmen und anschließend wieder an die Umgebung abzugeben, könnte durch regelmäßige Anwendung fluoridhaltiger Zahnpasten und Fluoridgele ein besserer kariesprotektiver Effekt erwartet werden. Dies müsste in weiterführenden Studien kontrolliert werden.

→ Fortsetzung auf S.26.

## Quantitative analytische und mikromorphologische Bewertung der Erosion des Zahnschmelzes und der protektiven Wirkung der Pellikel

vorgelegt von  
Yuri Nekrashevych

Das Ziel der vorliegenden In-vitro-Studie war es, die erosive Einwirkung 0,1- und 1,0prozentiger Zitronensäure nach 1-, 5- und zehnminütiger Exposition auf den Zahnschmelz quantitativ bzw. qualitativ zu untersuchen. Weiterhin erfolgte die Bewertung der protektiven Wirkung einer innerhalb von 24 Stunden in vitro experimentell gebildeten Pellikel. Die Beurteilung des erosiven Potenzials bzw. der protektiven Effektivität der Pellikel erfolgte an polierten Rinderzahnschmelzproben durch Mikrohärtemessung nach Vickers (Ausgangswert  $306 \pm 14$  HV;  $n = 120$ ), Profilometrie, Rasterelektronenmikroskopie sowie Bestimmung des erosiv freigesetzten Calciums mittels AAS.

Die Ergebnisse der Mikrohärtemessung zeigten, dass mit steigender Expositionszeit und Säurekonzentration die Mikrohärte des Zahnschmelzes um bis zu 54 % des Ausgangswertes (1,0prozentige Säure, 10 min Expositionszeit) reduziert wurde. Die maximale Rautiefe  $R_t$  hatte durch diese Säurekonzentration bereits nach 1 min um 502 nm zugenommen. Die rasterelektronenmikroskopische Betrachtung bestätigte einerseits

die weitgehend glatte Oberfläche des polierten Schmelzes und andererseits die zeit- und konzentrationsabhängige Zunahme der Erosion durch Zitronensäure. Mikromorphologische Veränderungen der Zahnschmelzoberfläche reichten von der initialen Demineralisation bereits nach einminütiger Exposition bis hin zum vollständigen Verlust der oberen Schmelzschicht nach 10 Minuten (1,0%ige Zitronensäure).

Die gebildete In-vitro-Pellikel reduzierte signifikant die Ausprägung der erosiven Schmelzdestruktionen. Die Effektivität des protektiven Einflusses der Pellikel betrug in Abhängigkeit vom methodischen Beurteilungsverfahren zwischen 6 und 10 Prozent für die Mikrohärtebestimmung und bis zu 50 Prozent bei der Rauheitsmessung. Im Gegensatz zu diesen Befunden stand die gleich starke Calciumfreisetzung aus dem Schmelz während der Erosion mit oder ohne Pellikel von 103 nmol Ca  $2^+$ /mm $^2$  nach 10 min mit 1,0prozentiger Zitronensäure.

Möglicherweise sind in der erzeugten In-vitro-Pellikel aufgrund der Thermolabilität von Speichelproteinen und durch die Aufbereitung des Speichels mit Zentrifugation und Filtration einige Funktionen dieses Proteinfilms verloren gegangen. Ungeachtet dessen gibt die vorliegende Studie deutliche Hinweise darauf, dass die protektive Funktion der Pellikel im Fall einer durch Säure bedingten Erosion des Zahnschmelzes effektiv wirksam ist, aber von der Konzentration der sauren Substanz und der Expositionszeit abhängt.

## Zur Effektivität der manuellen Aufbereitung gekrümmter Wurzelkanäle mit flexiblen Instrumenten. Eine In-Vitro-Studie

vorgelegt von  
Susanne Lieder

Ziel der In-vitro-Studie war die Untersuchung der Effektivität der Aufbereitung gekrümmter Wurzelkanäle natürlicher Zähne mit Flexoreamern mit Battspitze (Maillefer, Ballaigues-CH), K-Flexfeilen mit Battspitze (Maillefer, Ballaigues-CH), Flexicutfeilen (VDW, München-D), K-Flexfeilen (Kerr, Karlsruhe-D) und Safety-Hedströmfeilen (Kerr, Karlsruhe-D). Die Aufbereitung

erfolgte standardisiert nach der Step-back-Technik bis ISO 40. Während der Aufbereitung wurden die Arbeitssicherheit der Instrumente und auftretender Arbeitslängenverlust beurteilt.

Nach der Aufbereitung wurden je Prüfgruppe 22 Wurzeln mikromorphologisch untersucht. Als Kriterien für die Bewertung der Effektivität der Aufbereitung wurden die Oberflächenbearbeitung und die Debrisverteilung herangezogen und in einem Codesystem erfasst. Charakteristische Oberflächmuster und die Struktur der Schmierschicht wurden deskriptiv beurteilt.

Safety-Hedströmfeilen stellen eine sinnvolle Erweiterung des Instrumentariums bezüglich der Aufbereitung gekrümmter Wurzelkanäle dar und sind für die Praxis zu empfehlen.

## Untersuchungen zur In-vitro-Adhärenz von Streptococcus mutans an verschiedenen Füllungswerkstoffen

vorgelegt von  
Berit Brandl

Das Anliegen der vorliegenden Arbeit war die Entwicklung eines dynamischen Plaquemodells zur Untersuchung der In-vitro-Adhärenz von oralen Mikroorganismen an verschiedenen Füllungswerkstoffen über einen längeren Zeitraum. Im besonderen wurde der Einfluss der dentalen Materialien auf das Retentions- und Wachstumsverhalten von Streptococcus mutans geprüft.

Bestimmt wurden das Gewicht des bakteriellen Belages und die Anzahl der koloniebildenden Einheiten von Streptococcus mutans. Das Anfärben der Ausgangskeimsuspension mit Fluoresceindiacetat und Ethidiumbromid ermöglichte die fluoreszenzmikroskopische Beurteilung der Vitalität der Bakterien. Diese Ergebnisse wurden mit der mittels eines berührungslosen, optoelektronischen Lasermessgerätes ermittelten Oberflächenrauigkeit in Beziehung gesetzt. Zur weiteren Interpretation dienten die rasterelektronenmikroskopischen Aufnahmen der zahnärztlichen Materialien, die in verschiedenen Versuchsstadien vorgenommen wurden.

Es wurden zehn Füllungsmaterialien aus sechs Werkstoffgruppen untersucht: Keramik (Empress), Komposite (Tetric, Ariston pHc), Kompomere (Dyract, Compoglass), kunststoffmodifiziertes Glasionomerzement (Vitremmer), konventionelle Glasionomerzemente (Ketac Fil Aplicap, Aqua Ionofil) und metallplastische Werkstoffe (Amalca p Plus, Galloy). Die Materialien wurden nach den Herstellerangaben zubereitet und in eine angefertigte Teflonplatte eingebracht. Nach Sterilisation und 24-stündiger feuchter Aufbewahrung in einem Inkubator erfolgten die entsprechende Politur und eine erneute Sterilisation. Anschließend wurde die Teflonplatte in eine sterile Durchflussskammer eingesetzt und mit künstlichem Speichel benetzt. Nach 60 Minuten erfolgte die Beimpfung mit einer Suspension mit Streptococcus mutans und nach weiteren 20 Minuten die Zufuhr einer Herz-Hirn-Glukose-Bouillon. Durch einen Infusomaten wurde eine konstante Durchflusgeschwindigkeit von 10 ml/h gewährleistet.

Die Versuchs-Apparatur befand sich in einer Brutkammer mit 37 °C. Nach 48 Stunden erfolgte die Durchspülung mit Kochsalzlösung und anschließend die Entnahme der Probenkörper.

Die statistische Analyse erfolgte mit dem Kruskal-Wallis Test, dem Mann-Whitney Test und dem Spearman Test. Die Ermittlung der Oberflächenrauigkeit ergab, dass Glasionomermemente die größten Rauigkeiten zeigten, gefolgt von den metallplastischen Werkstoffen, den Kompomeren, den Kompositen und der Keramik. Die Mittelwerte der Plaque-

menge korrelieren mit denen der Oberflächenrauigkeit, wogegen die koloniebildenden Einheiten weder mit der Rauigkeit noch mit dem Plaquegewicht korrelieren. Den größten Anteil vitaler Bakterien wiesen das Glasionomermement Ketac Fil und die Keramik auf, den niedrigsten Anteil die Komposite, Dyract, Vitremer und die metallplastischen Werkstoffe. Die höchste Anzahl koloniebildender Einheiten zeigten Ketac Fil und Compoglass, die geringste Anzahl die Komposite und Keramik. Die REM-Aufnahmen verdeutlichen die gemessenen Oberflächen-

rauigkeiten und legen dar, dass sowohl die Kettenlänge als auch das Kolonisierungsmuster werkstoffspezifisch sind.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Füllungs-werkstoffe die bakterielle Anlagerung und Vitalität beeinflussen. Die Ursachen hierfür sind vielfältig, wobei der Oberflächenrauigkeit die größte Bedeutung zukommt. Als zweitrangig können Substanzen, die von den Werkstoffen freigesetzt werden, sowie Oberflächeneigenschaften, welche generell die Adhäsion beeinflussen, betrachtet werden.

## Humanbiomonitoring zur Quecksilberfreisetzung aus Amalgamfüllungen durch Zahncremeprodukte im quantitativen Vergleich zur Belastung durch Zahnpflegekaugummis

vorgelegt von  
Markus Erler

Im Rahmen der vorliegenden Studie sollte die Frage beantwortet werden, welchen Anteil Mundhygienemaßnahmen wie das Zähneputzen mit verschiedenen Zahncremeprodukten und die Anwendung eines Zahnpflegekaugummis an der täglichen Quecksilberfreisetzung aus Amalgamfüllungen leisten. Verglichen wurden hierzu 19 verschiedene Zahncremes aus den Kategorien Sensitiv-, Kinder-, Standard- und Antibelagprodukte sowie die Spezialzahncreme AMAGuard™ mit dem Zahnpflegekaugummi Wrigley's extra™. Teilnehmer waren 20 Probanden mit unterschiedlicher Amalgamfüllungszahl, welche hinsichtlich der Quecksilberbelastung in der Oralluft und im Speichel sowohl vor als auch nach Anwendung der einzelnen Zahncremes bzw. des Zahnpflegekaugummis untersucht wurden. Zusätzlich wurde die Quecksilberkonzentration im Urin vor und nach Durchführung der Studie gemessen.

Bereits unter Ruhebedingungen sowie hinsichtlich der Quecksilberfreisetzung in den Speichel während und nach den Mundhygienemaßnahmen zeigt sich die Amalgamversorgung als wesentlichste Determinante. Zusätzlich war die gefundene Quecksilbermenge im Speichel abhängig von der Einord-

nung der Zahncremes in Produktkategorien anhand der Abrasivität, die im wesentlichen den Gehalt an Mikropartikeln bestimmt. Das Kaugummikauen sowie auch die Anwendung des Spezialproduktes AMAGuard™ verursachten dabei Werte in der Größenordnung von Sensitiv- und Milchzahnprodukten.

Die Freisetzung des toxikologisch bedeutenderen elementaren Quecksilbers in die Oralluft war vor ebenso wie nach der Anwendung der Mundpflegeprodukte vor allem durch die Amalgamfüllungszahl bestimmt, zeigte sich aber unabhängig vom Zahncremeprodukt und lag mit Werten um das Dreifache der Ruhewerte in derselben Größenordnung wie die Freisetzungsraten nach Anwendung des Zahnpflegekaugummis. Damit trugen die Mund-

hygienemaßnahmen in der Summe zu maximal 5 bis 10 Prozent zur Gesamtquecksilberaufnahme des Menschen bei.

Als Maß der inneren Quecksilberbelastung wurde vor und nach der Studie die Hg-Konzentration im Urin der Probanden bestimmt. Diese zeigte sich von den Mundhygienemaßnahmen im Untersuchungszeitraum unbeeinflusst und in einer Größenordnung um 1 µg/g Kreatinin. Sie erreichten damit im Median nur etwa 1/100 des derzeit gültigen BAT-Wertes

Die in dieser Ausgabe veröffentlichten Promotionsarbeiten wurden am 4. Dezember 2001 an der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena erfolgreich verteidigt.

## Tipps zur erfolgreichen Kommunikation

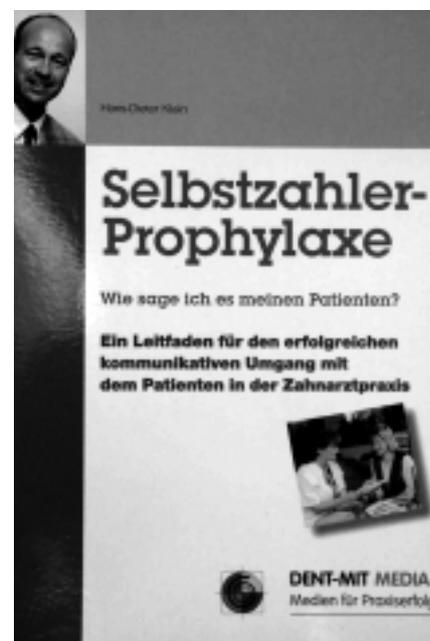
Hans-Dieter Klein

### „Selbstzahlerprophylaxe – Wie sage ich es meinem Patienten?“

Eigenverlag Dent-Mit media, 2000, Elsevier, 70 S., 60 DM (30.61 €)

Der Leitfaden will zum erfolgreichen kommunikativen Umgang mit dem Patienten in der Zahnarztpraxis verhelfen. Vorgelegt werden kreative Denkstrukturen, handfeste Argumente und praxiserprobte Formulierungen. Damit sollen Zahnärzte in die Lage versetzt werden, Patienten präzise und ohne Umschweife an die Selbstzahlerprophylaxe heranzuführen.

Dr. Gottfried Wolf



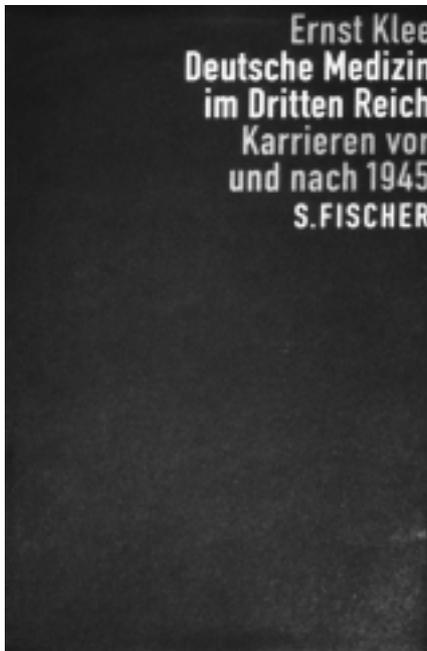
→ Fortsetzung auf S. 28

## Ärzte im Zwielficht

Ernst Klee

### „Deutsche Medizin im Dritten Reich. Karrieren vor und nach 1945“

Verlag S. Fischer Frankfurt/Main 2001, 416 S., geb., ISBN 3-10-039310-4, 25 Euro



In seinem neuen Buch dokumentiert der Ende vergangenen Jahres mit der Goetheplakette der Stadt Frankfurt/Main geehrte NS-Forscher und Publizist Ernst Klee weit mehr als nur die Beteiligung deutscher Ärzte an den Verbrechen des Nationalsozialismus. Er nennt auch Biochemiker, Genetiker oder Botaniker – insgesamt 750 Namen aus dem Tätermilieu im weiteren Sinne sind aufgeführt. Thematischer Schwerpunkt ist die Nazi-Vergangenheit der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft, Vorläuferin der heutigen Max-Planck-Gesellschaft. Klees Urteil über die in den Kaiser-Wilhelm-Instituten (KWI) versammelte deutsche Wissenschaftselite ist eindeutig: Nicht die Nazis missbrauchten die Wissenschaft, vielmehr benutzten skrupellose und jede ethischen Grundsätze über Bord werfenden Forscher die Nazis für ihre Zwecke. Das gilt zum Beispiel für den Nobelpreisträger Adolf Butenandt (1903–1995), der das Kaiser-Wilhelm-Institut für Biochemie leitete und Hormone erforschte. Der „biochemische Baustein der Auschwitz-Forschung“, so Klee, war die zentrale Figur bei Menschenversuchen an Auschwitz-Häftlingen. Butenandts Forscherverbund, zu dem auch Otmar von

Verschuer, Leiter des KWI für Anthropologie, und dessen Assistenten Karin Magnussen und Josef Mengele gehörten, arbeitete an geheimen Wehrmachtsprojekten. Die Max-Planck-Gesellschaft betrieb auf ihre Weise Vergangenheitsbewältigung mit Butenandt – indem sie ihn 1960 zu ihrem Präsidenten und 1972 zum Ehrenpräsidenten machte. Sein Forscherkollege Verschuer erhielt 1951 in Münster den ersten bundesdeutschen Lehrstuhl für Humangenetik überhaupt. Typische Mutationen deutscher Wissenschaftlerbiographien, wie Klee nachweist.

Ein eigenes Kapitel hat Klee der Jenaer Universität gewidmet. Er reflektiert die – von ihm mit beförderte – Debatte um den an der „Euthanasie“ beteiligten Kinderarzt Jussuf Ibrahim (1877–1953) und benennt weitere an NS-Medizinverbrechen beteiligte Jenaer Ärzte. Nicht neu ist in diesem Zusammenhang der Name Berthold Kihn, Psychiater, von 1938 bis Kriegsende Chef der Universitäts-Nervenklinik. Kihn schickte als Gutachter der so genannten „Aktion T 4“ Behinderte und psychisch Kranke in die Gaskammer. Nach Kriegsende wechselte er in den Westen, er blieb unbehelligt. Als später „Euthanasie“-Vorwürfe gegen ihn laut wurden, berief er sich darauf, dass die gesamte medizinische Fakultät „geschlossen“ hinter ihm stehe. Ausdrücklich benannte Kihn in diesem Zusammenhang auch den Zahnarzt Adolf Klughardt, Direktor der Zahnklinik. Klughardt, ab 1933 förderndes SS-Mitglied und seit 1937 in der NSDAP, denunzierte unter anderem 1944 eine Kriegsaushilfsassistentin aus Lettland bei der Gestapo. Der Psychiater Rudolf Lemke, der 1940 die „rassehygienische Betreuung“ von Homosexuellen forderte, war Richter am Erbobergesundheitsgericht, das Zwangssterilisationen anordnete. Den Hauptanteil daran, dass das ehemalige NSDP-Mitglied Lemke sich später eine Legende als aktiver Antifaschist zusammenbasteln konnte, hatte sein Psychiaterkollege Erich Drechsler. Drechsler, ebenfalls ehemaliger Richter am Erbobergesundheitsgericht, stellte Lemke einen Persilschein aus. Und schließlich verweist Klee auch auf die Zusammenarbeit Jenaer Universitätsmediziner mit dem KZ Buchenwald. Es waren Jenaer Ärzte, die ermordete Buchenwald-Häftlinge obduzierten und in deren Totenschein den Vermerk „Auf der Flucht erschossen“ eintrugen.

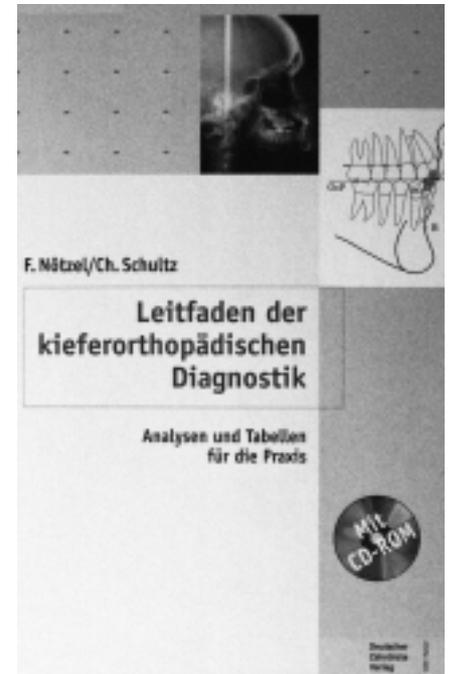
Katrin Zeiß

## Kompendium mit Mängeln

F. Nötzel/Ch. Schultz

### „Leitfaden der kieferorthopädischen Diagnostik“

Deutscher Zahnärzteverlag 2001, 176 S., incl. CD-ROM, ISBN 3-934280-31-5, 91,01 Euro



Eine wichtige und umfangreiche Aufgabe in der täglichen Arbeit des Kieferorthopäden bilden Befunderhebung und -auswertung, Diagnose und Therapieplanung. Bei der Vielfalt möglicher Verfahren ist die Kenntnis der verschiedenen Methoden zur Analyse von Modellen, Fotos und Röntgenbildern sowie die Beschreibung und Einteilung der Dysgnathien von entscheidender Bedeutung.

Der „Leitfaden der Kieferorthopädischen Diagnostik“ gibt eine Orientierung über die in der Praxis angewandten und in der Literatur beschriebenen Analysen, Leitsätze, Tabellen und Formeln. In sieben Abschnitten vermitteln die Autoren beginnend mit der Gebissentwicklung über die Terminologie und Nomenklatur der Dysgnathien, der Modellanalyse bis hin zu den bildgebenden Verfahren der kieferorthopädischen Diagnostik einen Überblick über die vielfältigen Möglichkeiten des Fachgebietes. Aufbau und Inhalt des Buches lehnen sich dabei stark an bereits in der Vergangenheit erschienene Kompendien an.

Im Kapitel Gebissentwicklung werden in tabellarischer Form die Durchbruchzeiten der Zähne und Modifikationen der Gebissentwicklung dargestellt. Das zweite Kapitel des Buches gibt einen Überblick über Terminologie und Einteilung der Dysgnathieformen, ohne dabei einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben. Dass dabei den Autoren Fehler bei der Zuordnung der beschriebenen Einteilung und den angegebenen Verfassern unterlaufen sind, muss kritisch angemerkt werden. So wird in Abschnitt 2.5. die Biogenetische Einteilung nach Kantorowicz und Korkhaus beschrieben, in der dazugehörigen Tabelle ist aber die Bonner Klassifikation nach Reichenbach und Brückel dargestellt.

Falsch ist auch die Zuordnung der Autoren Reichenbach, Bredy und Harzer zu den Leitsymptomen nach Klink-Heckmann (Kap. 2.7.)

Im Abschnitt Modellanalyse werden die wichtigsten Analyseverfahren beschrieben und die Messwerte der unterschiedlichen Verfahren in Tabellen gegenübergestellt. Überaus gelungen ist die Darstellung der Röntgen- und Fotostatdiagnostik in den Kapiteln 4 bis 7. Hier werden an anschaulichen Beispielen, hinterlegt durch überzeugende klinische Bilder, die vielfältigen Möglichkeiten und Verfahren der röntgenologischen Befundung beschrieben. Allerdings sind in den schematischen Abbildungen 4-2 bis 4-

13 Fehler bei der Darstellung der dentoalveolären Kompensation der sagittalen Kieferrelationen aufgetreten.

Insgesamt vermittelt das Buch einen Überblick über große Teile der Diagnostik des Fachgebietes. Als Nachschlagewerk für alle kieferorthopädisch Interessierten bietet es eine qualifizierte Hilfe. Ein umfangreiches Literaturverzeichnis gibt Hinweise auf weiterführende Quellen. Allerdings erscheint der Preis für die aktuelle Ausgabe unangemessen hoch.

*Dr. Matthias Seyffarth,  
Jena*



## Das Jahr 2002 für Thüringens Zahnärzte

### Januar

- 16. Neujahrsempfang der Thüringer Zahnärzte
- 25. Feierliche Exmatrikulation der Absolventen der Zahnmedizin an der Friedrich-Schiller-Universität Jena
- 30. Neujahrsempfang von Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung

### Februar

- 13. Auftakt zu den Abschlussprüfung der Zahnarzthelferinnen in Thüringen
- 18. konstituierende Sitzung des Wahlausschusses für die Neuwahlen zur Vertreterversammlung der KZV
- 22./23. Internationales Symposium „Preventive Dentistry“ Friedrich-Schiller-Universität Jena
- 22./24. Winterfortbildung und Landesmeisterschaften der bayrischen Zahnärzte im Skilanglauf (Bischofsgrün)

### März

- 5./7. Fachtagung „E-Health – Telematik im Gesundheitswesen“ (BZÄK)

### 7./10. Zahnärztetag Westfalen-Lippe

- 16. Schleswig-Holsteiner Zahnärztetag (Neumünster)
- 20. Wissenschaftlicher Abend der Mitteldeutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Mühlhausen)

### April

Auftakt zu Neuwahlen zur Vertreterversammlung der KZV Thüringen mit Bekanntgabe des Terminablaufplans sowie der Mitglieder des Wahlausschusses

### Juni

- 12. Frühjahrssitzung der Kammerversammlung der LZKTh
- 14./15. Jahrestagung der Europäischen Gesellschaft für Zahnärztliche Ergometrie (Piestany/Slowakei)
- 15. Verleihung des Forschungspreises der AG für Keramik in der Zahnheilkunde (Leipzig)

### Juli

Feststellung der Sitzverteilung in der neuen Vertreterversammlung

### September

- 20./21. Fachmesse „Fachdental“ für Zahnarztpraxis und Dentallabor (Leipzig)
- 22. Wahlen zum Deutschen Bundestag
- 28. Sitzung der Vertreterversammlung der KZV Thüringen

### November

- 8./9. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Röntgenologie (Erfurt)
  - 15./16. 6. Thüringer Zahnärztetag, 6. Thüringer Helferinnentag, 5. Thüringer Zahntechnikertag (Messe Erfurt)
  - 30. Herbstsitzung der Kammerversammlung der LZKTh
- Wissenschaftlicher Abend der Mitteldeutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Weimar)

### Dezember

Bekanntgabe der Ergebnisse der Neuwahlen zur Vertreterversammlung der KZV Thüringen

# Wertvoll für Wissenschaftler und Praktiker

## Fortbildungsveranstaltung der Zahnklinik Jena war gut besucht

**Jena/Erfurt.** Mit entzündlichen, pseudotumorösen und tumorösen Erkrankungen des zahntragenden Kieferknochens beschäftigte sich die jüngste Fortbildungsveranstaltung der Zahnklinik Jena. Sie wurde veranstaltet vom Arbeitskreis Onkologie der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie/Plastische Chirurgie und vom Förderverein Zahnmedizin an der Friedrich-Schiller-Universität. Die inzwischen traditionellen Fortbildungsveranstaltungen, dieses Mal unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Dr. P. Hyckel und Prof. Dr. H. Kosmehl (beide Jena) zeichnen sich durch eine Themenvielfalt aus, die sowohl Wissenschaftler als auch Praktiker und Studenten der Zahnmedizin ansprechen. Die diesjährige Herbstveranstaltung war von der Thematik sehr interessant und sprach nicht nur den Kiefer-Gesichtschirurgen an, wie es nach dem ersten Überlesen des Tagungsprogrammes schien.

### Falldarstellungen für Praktiker

Neben allen diagnostischen und klinischen Falldarstellungen wurde vor allem der Praktiker angesprochen, der den Problempatienten häufig zuerst zu sehen bekommt und über den Faktor Zeit bis zur Überweisung in die Fachklinik über Wohl und Wehe beherrschbarer Krankheitsverläufe mit entscheidet. Die Begrüßung des Auditoriums erfolgte durch Professor Eike Glockmann, anschließend führte Professor Dieter Schumann in die Thematik ein.

Der erste Vortrag wurde von Professor Dr. Dr. Neukam (Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Friedrich-Alexander-Universität-Erlangen) zum Thema „Rekonstruktionsverfahren mit Implantaten“ gehalten.

Mit dem Verlust eines Zahnes sind häufig zusätzliche knöcherne bzw. Weichteildefekte verbunden. Darin liegt der Schwierigkeitsgrad bei Rekonstruktionsverfahren mittels Implantaten. Oft muss im Vorfeld eine Rekonstruktion des Alveolarfortsatzes erfolgen. Die Knochenregeneration wird erzielt u. a. durch Verpflanzung autogenen Knochens: Dessen Eigenschaften bestehen in der Osteoinduktion. Weitere Techniken sind Sinusbo-

denelevation mit reduzierter Invasivität und reduziertem Augmentationsvolumen sowie der Steigerung der Primärstabilität. Die Wirkung der Knochenersatzmaterialien sieht man heute vor allem in der osteokonduktiven Funktion, d. h. das Knochenersatzmaterial hat lediglich eine Leitschiene-funktion. Es wurden verschiedene Materialien und die mit ihrer Anwendung eruierten Erfahrungen vorgestellt.

Weiterführend wurde der klinische Fall vorgestellt mit der Rekonstruktion von Gesichtsknochendefekten. Der Aufbau eines Oberkieferdefektes mittels Knochenrekonstruktionen (z. B. Material aus der Fibula) und zwei Monate später die Versorgung mit Implantaten.

### Knochenheilung in der Traumatologie

Das Thema „Histomorphologische Charakteristik der Knochenheilung in der Traumatologie“ wurde von PD Dr. Dr. H. A. Merten (Georg-August-Universität Göttingen) begonnen mit einem geschichtlichen Abriss über Forschungsarbeiten über das Knochenwachstum. Die Wichtigkeit der Vaskularisation und Durchblutung als wesentlicher Faktor wurde durch v. Haller (1708 – 1777) festgestellt. Heute weiß man, dass die Knochenperfusion nur 5 % des Herzzeitvolumens (HZV) beträgt. Bei (chronisch) Kranken oder bei Rauchern ist sie geringer. Weiter zeichnen einige nachfolgend aufgeführte Namen verantwortlich für folgende therapeutisch wichtige und notwendige Erkenntnisse:

- X. L. Ollier: Osteoblastenlehre (1867), heute wichtig für das Wissen zur Therapie des freien Transplantats
- E. Lexer (1911) definiert die Lagerqualitäten des Knochens in ersatzstarkes, ersatzschwaches und ersatzunfähiges Lager (z. B. nach Bestrahlung)
- Bart stellte 1893 fest: Zentrale Transplantatanteile sterben ab und werden schleichend vom Lager aus durch Knochen ersetzt
- Die Bedeutung des Periostes für die freie Transplantation wurde durch G. Axhausen (1908) festgelegt; die Revascularisation ist bei Verlust von Periost verzögert
- Schenck u. Willenecker stellten 1963 fest:

Die primäre (direkte) Frakturheilung ist eine Kontaktheilung. Es erfolgte weiterhin die Darstellung der Spalthheilung mittels Osteosynthese anhand histomorphologischer Befunde und Aufnahmen mittels Raster-Elektronen-Mikroskop.

- Eine Spalthheilung kann sowohl für Lagerknochen als auch für freies Transplantat festgestellt werden. Voraussetzung ist eine ausreichende Stabilität durch Fixation; sekundäre (indirekte) Frakturheilung erfolgt über Knorpel-Faser-Callus-Bildung. Die verzögerte Heilung (Pseudarthrose) ist dadurch gekennzeichnet, dass sich kein sekundärer Brückencallus bildet. Dies bedeutet das Ausbleiben einer mechanisch adäquaten internen und externen Callusbildung.

Die Voraussetzung für eine günstige Knochenheilung sind:

- entzündungsfreies Lager
- intakte Vaskularisation
- anatomische Reposition
- Stabilität und ausgewogene kinematische Ruhe

### Mangel an Fachliteratur

Aus der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie des Klinikums Erfurt berichtete PD Dr. Dr. Hans Pistner zu Ursachen und heutigem Stand der Osteomyelitistherapie. Der Referent wies darauf hin, dass zu Entzündungen des Kieferknochens keine aktuellen Handbücher greifbar sind. Daraus resultiert, dass keine einheitlichen Therapieanleitungen vorhanden sind, basierend auf einschlägigen allgemeingültigen Therapierichtlinien. Pistners Literaturrecherchen in den Jahren 1995 – 2001 ergaben, dass gerade mal etwas mehr als 40 Arbeiten einzusehen sind.

Die Definitionen koppelte PD Pistner mit folgenden Erscheinungsformen:

- A Ostitis: Akut bakteriell (posttraumatisch)
  - B Osteomyelitis: Chronisch bakteriell (hämato-gen?; Druckstellen; Operationen)
- Wichtig sind die Differentialdiagnose sowie die Knochensequestersuche. Dabei wird unterschieden in:
- Sklerosierend (mit/ohne Knochen-Auftreibung)

- chronische fokale sklerosierende Knochenentzündung (ohne Knochenauftreibung, häufig)
  - chronische nicht eitrige Knochenentzündung Typ Garré
  - chronisch diffus sklerosierende Knochenentzündung (Osteomyelitis sicca)
- C Post radiotherm: infizierte Osteoradionekrosen (infizierte Osteoradionekrose)
- D Sonderfälle wie AIDS.  
Wichtig ist die DD zu Tumoren und Dysplasien.

Das Behandlungskonzept der chronischen Osteomyelitis besteht in der chirurgischen Therapie. Bei der hyperbaren Oxygenation wird der inspiratorische Sauerstoffdruck erhöht. Es kommt zur temporären Anhebung des Gewebesauerstoffdruckes. Kontraindikationen: Neuritis n. optici, Neoplasie, Epilepsie etc.

Die gemeinsame Arbeit von J. Wurdinger und H. G. Siebert aus der Klinik für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie/Plastische Chirurgie der Friedrich-Schiller-Universität Jena „Die fibröse Dysplasie und ihre Therapie“ trug Wurdinger vor.

Einleitend erfolgte die WHO-Definition, gefolgt von einer Einführung in die Historie (Jaffe 1926, Lichtenstein 1938, Uehlinger 1940) sowie der Darstellung von Ätiologie und Epidemiologie der monoostotischen Form bei langen Röhrenknochen, flachen Knochen (Schädel, Gesicht) und polyostotische Formen.

Die Darstellung der Klinik der monostotischen Form erfolgte in Verbindung mit den differentialdiagnostischen Fragestellungen zu Morbus Paget, fibröses Histiozytom, Ewing Sarkom, Osteosarkom, ossifiziertes Fibrom. Die Therapiesieht folgende Maßnahmen vor: modellierende Osteotomie, Zahnextraktion, Beseitigung des auslösenden Faktors bei Funktionsausfällen.

„Ätiologie und Differentialdiagnose des Cherubismus“ (Hyckel/Thiel) aus der Klinik für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie/Plastische Chirurgie der Friedrich-Schiller-Universität Jena wurde Vorgetragen von Prof. Dr. Dr. P. Hyckel. Hypothese: Parallel zur Entwicklung des 1. Molaren beginnt der Cherubismus und genau mit Abschluß des 2. Molaren endet er. (Cherubismus – „himmelwärts

gerichteter Blick“). Von dieser seltenen Erkrankung wurden bis 1982 weniger 200 Fälle publiziert. Die Anzahl der Publikationen zu diesem Thema hatte sich bis 2001 verdoppelt. Das Krankheitsbild wurde von Jones erstmals beschrieben. In der DD sind abzugrenzen Riesenzellgranulom, odontogene Cyste. Die Symptome sind allgemein und dentogen. Es handelt sich um den Fall eines autosomal dominanten Erbganges. Nach der Pubertät kommt es zu Stillstand und Rückgang.

Die Therapie sollte bestehen in Erhaltung aller bleibender Zähne. Es besteht die extreme Gefahr der Spontanfraktur. Notwendige parodontaltherapeutische Eingriffe beinhalten zurückhaltende Kürettagen. Eine Langzeitbeobachtung wurde empfohlen. Radiologie könnte Sarkome induzieren.

Die Forschung beschäftigt sich in der Entschlüsselung der Erkrankung mit den Genen Fgf 3 und MSX 1 sowie dem Chromosomenabschnitt 4p16.3. Daraus können die Schlussfolgerungen gezogen werden: Cherubismus ist als Erkrankung odontogener Genese wahrscheinlich in einer Störung der Signaltransduktion von Fgf 3 zu MSX 1 im Kapfenstadium der 2. Molaren zu sehen.

Nach der Pause wurde die Vortragsreihe fortgesetzt von Frau Dr. G. Schirrmeister. Sie stellte ihre Gemeinschaftsarbeit mit Frau Oberarzt Dr. C. Robotta, beide ebenfalls aus der Klinik für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie/Plastische Chirurgie der Friedrich-Schiller-Universität Jena, zum Thema „Die Myositis ossificans localisata im Kieferbereich – eine Fallbeschreibung“ vor. Hier handelt es sich um eine sehr selten beschriebene Erkrankung mit Möbiussyndrom mit Parese von N. facialis u. N. abducens.

Zur Genese ist wenig bekannt über die heterotopie Ossifikation.

Es erfolgte die Vorstellung eines Patientenfalls mit Ersttherapie mit muskulärer Neurotisation n. Lexer-Rosenthal und anschließenden Spättherapien mit häufigem Abtragen von Exostosen. Leider ging der Anfang des Vortrages akustisch unter wegen technischer Qualitätsmängel und eben leider auch eines etwas undisziplinierten Auditoriums.

Dr. Schleier erörterte als Vortragender die gemeinsame Arbeit mit Prof. Dr. Dr. Zenk (beide



**Prof. Dieter Schumann (Universität Jena) führte die Teilnehmer in die Thematik ein.**  
Foto: Wolf

Klinik für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie/Plastische Chirurgie der FSU „Heutiger Stand der Therapie odontogener Zysten“. Nach einer kurzen Einführung in die Diagnostik und Therapie der odontogenen Zyste (z.B. durch Partsch 1855-1932) wurde die Therapienotwendigkeit in der Beseitigung jeder Zyste gesehen, da sie eine latente Gefahrenquelle darstelle. Dies stehe allerdings im Widerspruch zur Ansicht der Vertreter der Konservierenden Zahnheilkunde und der Möglichkeit der konservierenden Therapie dentogener Zysten. Es wurde betont, dass die histologische Untersuchung des Zystenbalges sehr wichtig ist. Heute wird die Zystektomie favorisiert (Parsch II) mit einer Stabilisierung des Koagels in der Operationshöhle. Dies fördert eine primäre Heilung.

Durch das Auffüllen des Defektes wird einem Verlust von Alveolarknochen vorgebeugt, um möglichst frühzeitig wieder einen prothetisch belastbaren Kieferabschnitt mit Schleimhaut zu erreichen. Es wurden Ergebnisse mit Knochenersatzmaterialien

(KEM-Bioverit®) und Knochenaufbaumaterial (KAM-Cerasor®) beschrieben. Einteilung: Dentogene Zysten (radikuläre Zyste), nichtdentogene Zysten bzw. gingivale Zysten, follikuläre Zysten., Keratozysten, laterale Zysten. Bei Keratozysten bilden sich häufig Rezidive; die Therapie muss in der Klinik erfolgen. Die moderne OPG-Technik macht das Auffinden von Zysten bzw. zystenähnlichen Gebilden leichter.

Der Beitrag „Odontogene Tumoren und ihre Therapie“ von Prof. Dr. Dr. Schwenzer aus Tübingen musste leider wegen Krankheit ausfallen.

Zum Thema „Mesenchymale Tumoren des Binde- und Stützgewebes der Kiefer“ referierte Prof. Dr. H. Kosmehl vom Institut für Pathologie der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Nach einer Einteilung ihrer Lokalisation im Knochen- oder Knorpelgewebe (mesenchymale Tumoren sind sehr selten) erfolgte die Differenzierung. Bei gutartigen Tumoren entstehen niemals Metastasen, Rezidive sind aber möglich. Bösartige Tumoren sind durch Metastasenbildung gekennzeichnet.

Die Prinzipien der histologischen Graduierung von Sarkomen des Weichteilgewebes folgen dem Differenzierungsgrad, der Mitosezahl und der Nekrose. Diese wiederum werden mit einer Punktzahl von 1 bis 3 bewertet.

Verdeutlicht wurde dies mit der WHO-Klassifizierung von 1994. Der Name Weichteilgewebetumor gibt keinen Anhalt zur malignen oder benignen Charakterisierung. Durch die Vielzahl der Erscheinungsformen und Lokalisationen können Benennungen von Tumoren auftreten, die total unbekannt bzw. nicht in der WHO-Klassifikation bezeichnet sind. Eine exakte Diagnose intraoraler benigner Fibromatosen ist nur mittels der Immunhistochemie erfolgreich. Professor Kosmehl beendete seinen Vortrag mit den Schlussfolgerungen: „1. Die Diagnostik der oralen Weichteilgewebetumoren ist eine Herausforderung an all klinisch und histologisch tätigen Ärzte und Zahnärzte.

2. Der Malignitätsgrad bestimmt die Prognose und das therapeutische Vorgehen.“

Professor Dr. Dr. Schumann hielt den Vortrag „Klinik und Therapie des osteogenen Sarkoms“, eine gemeinsame Arbeit mit Frau Dr. C. Frank (Klinik für Mund-, Kiefer und

Gesichtschirurgie/Plastische Chirurgie der FSU). Das osteogene Sarkom ist ein maligner Tumor, der dadurch charakterisiert ist, dass die Tumorzellen direkt Osteoide bilden. Dies wird an Klassifikation und Charakterisierung dargestellt. Das Auftreten der osteogenen Sarkome ist hauptsächlich auf die maskuline Population in der Altersgruppe 11 bis 75 Jahre verteilt. Dabei ist die bevorzugte Häufigkeit im Oberkiefer anzutreffen.

Als Symptome sind zu sehen:

- Zahnlockerung ohne Beschwerden
- Wenig Blutungsneigung
- Abgeschlagenheit
- VINCENT-Syndrom
- Schwellung
- Schmerzen
- selten Rötung
- Fieber

Das diagnostische Vorgehen besteht in Probeexcision, konventionellen Röntgenverfahren, Computertomographie, Kernspintomografie. Tumormarker sind nicht bekannt. Eventuell ist die alkalische Phosphatase erhöht.

In der Röntgendiagnostik steht die Differentialdiagnose zu

- ossifiziertem Fibrom
- Zysten
- Riesenzellgranulom
- fibröse Dysplasie
- Chondrosarkom
- Fibrosarkom
- Ameloblastom

Die Einteilung Osteosarkome erfolgt in Grade I bis III.

Die Therapie besteht in einem radikalen tumorchirurgischen Vorgehen. Die Chemotherapie wird in einer präoperativen und einer postoperativen Phase durchgeführt. – Die Metastasierung erfolgt weitestgehend hämatogen in Zunge und Knochen.

## Patientenbeispiele vorgestellt

Zwei Patientenbeispiele wurden vorgestellt. Fall 1 beschrieb diagnostisch eine periapikale Ostitis bei 36 mit einer Schwellung. Bei Fall 2 handelte es sich um Zustand nach operativer Entfernung eines Zementoms der regio 14. Differentialdiagnostisch muss ein Ameloblastom abgeklärt werden.

Bei Schwellungen mit kurzer Anamnese muss ein Osteosarkom abgeklärt werden.

Professor Schumann mahnte die rechtzeitige Zusammenarbeit mit der Klinik an und verwies auf die Onkologische Sprechstunde seiner Klinik als Konsultationstelefon unter 03641/93376 hin. Es erfolgte ein weiterer Hinweis auf die Knochentumorregister im deutschsprachigen Raum, die sich in Basel, Freiburg, Gießen, Hamburg, Magdeburg, Münster und Wien befinden.

Prof. Dr. Dr. Riediger (Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen) würdigte einleitend die gute Zusammenarbeit mit der Jenaer Klinik auf dem Gebiet der Mikrochirurgie und referierte anschließend zu „Knochenersatz in der Wiederherstellungschirurgie des Kieferbereiches“. Zur Thematik des freien Transplantates bemerkte er, dass es nicht durchblutet ist und eine hohe Verlustquote von 28–42 % ausmacht. Weiterhin besteht ein hohes Infektionsrisiko, die Pseudarthrosebildung, unkontrollierte Resorption sowie Volumenverlust.

Das vaskularisierte Knochenransplantat bleibt nach seiner Transplantation vital und reagiert auf biologische Belastungen wie „normaler“ Knochen. Weiterhin zeichnet es sich aus durch Infektionsresistenz, primäre Ernährung, Volumenkonstanz und als exzellentes Implantatlager. Die Indikation ist vor allem auf extreme Unterkieferdefekte fixiert. Zum Einsatz kommen Materialien aus Beckenkamm (favorisiert wegen Durchblutung A. und V. circumflexa ilium prof.), Scapula, Fibula, Radius und Rippe. Die Mandibula kann ideal nachgeformt werden.

In die Tagungsleitung hatten sich die Professoren Schumann, Kosmehl und Hyckel geteilt. Bis zum Ende war die Veranstaltung sehr gut besucht. Die anschließenden Diskussionen waren sehr rege. Dies bestätigte das erfolgreiche gemeinsame Konzept der Fortbildung vom Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität und dem Förderverein Zahnmedizin an der Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Die Adressen der Referenten liegen vor bei der Redaktion des „Thüringer Zahnärzteblatt“.

# Zahnärzte erfolgreich im nassen Element

## Ex-Olympionikin gewann beim Master-Schwimmfest in Luxemburg

**Erfurt.** Da Zahnärzte in ihren Praxen mitunter schon mal ins Schwimmen kommen, soll diesmal gezeigt werden, dass sie auch dieses Metier – natürlich im Becken – auch gut beherrschen. Dr. Sabine Recknagel und Dr. Jörg Scholtissek (Erfurt) sind schon seit ihrer frühesten Kindheit mit dem Schwimmsport verbunden. Beide verbrachten in den 70er Jahren einen Teil ihrer Kinder- und Jugendzeit an der Kinder- und Jugendsportschule beim SC Turbine Erfurt. Dabei wurde Sabine Recknagel unter ihrem Mädchennamen Kahle 1976 über 400 m Lagen sogar Fünfte der Olympischen Spiele im kanadischen Montreal. Beide haben ihre Liebe zum Schwimmsport bis heute bewahrt. Sie trainieren als Masters („Senioren“) beim Erfurter Schwimm-Sport-Club und sind als Mannschaftsbetreuer bzw. Schiedsrichter auch außerhalb des Schwimmbeckens aktiv.

Nach über 15 Jahren Wettkampfpause haben sie im Herbst des vergangenen Jahres eine neue Herausforderung angenommen und am 7. Internationalen Schwimmfest der Masters



*Schwimmende Zahnärzte aus Erfurt: Dr. Sabine Recknagel und Dr. Jörg Scholtissek (Mitte).*

*Foto: privat*

in Dudelange (Luxemburg) teilgenommen. Diese Veranstaltung war vom sportlichen Geist der Teilnehmer von 70 Vereinen aus 14 Nationen getragen. In den Einzeldisziplinen der Alterklasse 40–44 Jahre kletterten die beiden Thüringer Zahnärzte mehrfach aufs Treppchen. Dr. Recknagel siegte über 50 m Rücken und Dr. Scholtissek schlug über 100

m Lagen als Sieger an. Mit ihren Einsätzen in insgesamt fünf Staffelwettbewerben konnten sie ihr Medaillenkonto weiter erhöhen. Ihre Leistungen haben entscheidend dazu beigetragen, dass das Erfurter Team einen hervorragenden 2. Platz in der Mannschaftswertung belegte.

*J. Sch.*

## Beste Jung-Zahntechnikerin kommt aus Thüringen

### Marisa Haak (Arnstadt) gewann Bundeswettbewerb

**Arnstadt** (tzb). Deutschlands bester Zahn-technikernachwuchs kommt aus Thüringen. Aus dem 50. Bundeswettbewerb der Zahn-technikerprüflinge Ende vergangenen Jahres ging Marisa Haak aus Arnstadt als Siegerin

hervor. Die 22-Jährige, die sich mit ihrer Gesellenarbeit unter etwa 1000 angehenden Zahntechnikern durchsetzen konnte, wird in der Firma Wege Zahntechnik GmbH in Arnstadt ausgebildet. Marisa Haak war zuvor bereits Landessiegerin der Zahntechnikerlehrlinge geworden. Die junge Arnstädterin ist erst die zweite Zahntechnikerin aus den neuen Bundesländern, die mit diesem Preis ausgezeichnet wurde. 1997 hatte Silke Heyder aus Suhl den Nachwuchswettbewerb gewonnen.

Alljährlich messen junge Handwerker aus ganz Deutschland im „Praktischen Leistungswettbewerb der Handwerksjugend“ ihre fachlichen Fähigkeiten. Die Schirmherrschaft für den Jubiläumswettbewerb hatte Bundespräsident Johannes Rau (SPD) inne.



*Bundessiegerin Marisa Haak. Foto: tzb*

## Ausverkauf in Zahnärztebibliothek

**Berlin** (tzb). Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und Bundeszahnärztekammer trennen sich von Restbeständen der ehemaligen Deutschen Zahnärzte-Bibliothek. Der Hauptbestand an zahnmedizinischer Literatur wurde bereits der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin übergeben. Übrig blieben ältere Exemplare, die nun zum Verkauf anstehen. Dabei handelt es sich um Bücher unterschiedlicher Themenbereiche von der Geschichte der Zahnheilkunde bis hin zu Randgebieten. Bei fast allen Titeln sind Schätzpreise angegeben, es darf aber gehandelt werden. Für Bücher ohne Preisangabe werden Angebote entgegengenommen.

### Auskünfte:

KZBV, Universitätsstraße 73, 5093 Köln  
Eva-Marie von Loe  
☎ 0221/4001-261  
Fax: 0221/4061655  
E-Mail: e.v.loe@kzbv.de

## Wir trauern um

*Frau Zahnärztin*

**Dipl. Stom. Anke Wilke**

*aus Tiefenort*

*geboren am 17. Oktober 1965*

*verstorben am 10. Dezember 2001*

**Landes Zahnärztekammer**

**Thüringen**

**Kassenzahnärztliche**

**Vereinigung Thüringen**

## Für Anke

Nicht schweigen, Du bist schon tot.  
Viel zu jung, um dorthin zu gehen.  
Viel zu erfahren, um von solchen  
Selbstzweifeln geplagt zu sein.  
Und trotzdem ist es geschehen.  
Wir sind alle fassungslos.  
Du bist im Beruf aufgegangen  
und am Leben, mit ihm, zerbrochen.  
Wir alle sollten noch enger  
zusammenrücken, beruflich  
wie privat, und Zeit schenken, um  
miteinander zu reden!

*Andrea Hopf,  
Deine Freundin*

Hörst Du denn nicht den Trommler, der  
beharrlich in Dir schlägt.  
Der Dich bei aller Gegenwehr  
Auch durch Feindeslager trägt.  
Hör' auf ihn – er sagt Dir was!  
Wenn er sich nicht mehr regt –  
ist das ein Zeichen dafür, dass sich  
gar nichts mehr bewegt...

*Aus "Herz"  
von Herman van Veen, den  
Du so gemocht hast*

## Dankeschön

Ich möchte an dieser Stelle meinen besonde-  
ren Dank aussprechen allen ehemaligen  
Schülern und Kollegen für das ehrende Ge-  
denken anlässlich meines 75. Geburtstages.

*Prof. Dr. sc. med.  
Ruth Reichardt, Jena*

# Wir gratulieren!

zum 89. Geburtstag am 29.01.

**Herrn Zahnarzt Erwin Meinike**  
Körnbachstr. 10, 98716 Elgersburg

zum 80. Geburtstag am 17.01.

**Herrn Zahnarzt Dr. Kurt Eberhard**  
Am Volkshaus 14, 98673 Eisfeld

zum 76. Geburtstag am 07.01.

**Frau Sanitätsrat Emmy Hopf**  
Mürschmitzer Str. 38, 96515 Sonneberg

zum 75. Geburtstag am 30.01.

**Herrn Zahnarzt Dr. Dietrich Berlinghoff**  
Löbdergraben 8 a, 07743 Jena

zum 74. Geburtstag am 04.01.

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

zum 74. Geburtstag am 15.01.

**Herrn Sanitätsrat Dr.med.dent. Horst Lüdecke**  
Oststr. 30, 99867 Gotha

zum 72. Geburtstag am 13.01.

**Herrn Zahnarzt Dr.med.dent. Jürgen Junge**  
Hauptstr. 34, 99880 Schnepfenthal

zum 71. Geburtstag am 06.01.

**Frau Zahnärztin Dr. Christa Falk**  
Georg-Büchner-Str. 43, 07548 Gera

zum 70. Geburtstag am 06.01.

**Herrn Sanitätsrat Arkadius Kokott**  
Grabental 28 a, 99817 Eisenach

zum 69. Geburtstag am 11.01.

**Frau Sanitätsrat Evelyn Werner**  
Berliner Str. 51 a, 98617 Meiningen

zum 69. Geburtstag am 12.01.

**Herrn Zahnarzt Prof.Dr.Dr. Wolfgang Müller**  
Nottlebener Weg 7, 99092 Erfurt

zum 69. Geburtstag am 15.01.

**Herrn Sanitätsrat Dr. med. dent. Ulrich Kurbad**  
Bahnhofstr. 15, 37339 Wintzingerode

zum 67. Geburtstag am 24.01.

**Herrn Sanitätsrat Erwin Höhn**  
Schloßstr. 27 b, 07407 Rudolstadt

zum 66. Geburtstag am 22.01.

**Herrn Zahnarzt Dr. med. dent. Engelbert Knieknecht**  
Weimarische Str. 55 b, 99441 Mellingen

zum 66. Geburtstag am 23.01.

**Frau Zahnärztin Dr.med.dent. Jutta Grzemba**  
Corona-Schröter-Str. 20, 98693 Ilmenau

zum 60. Geburtstag am 09.01.

**Frau Zahnärztin Dr.med.dent. Anneliese Grimm**  
Nordstr. 14, 98711 Frauenwald

zum 60. Geburtstag am 16.01.

**Herrn Zahnarzt Erhard Steidl**  
Topfmarkt 15, 99638 Kindelbrück

# Zuckerrohr und Zahnbürste

## Thüringer Zahnärzte helfen in Kenia – Spenden erwünscht



**Prophylaxeunterricht für Schulkinder vor der Behandlung**



**Die Herstellung der ersten Kunststoffprothesen im Labor**



**Erste Bekanntschaft mit der Behandlungseinheit**



**Dr. Schinkel mit Schwester Sylvia bei der Behandlung (linkes Bild) Trans Care Max im Einsatz (rechtes Bild)**

*Fotos (5): Autor*

**Sömmerda.** Zuckerrohr gibt es reichlich in Kenia, aber Zahnbürsten besitzen über 90 Prozent der in den ländlichen Gebieten Kenias lebenden Menschen nicht. Die traditionelle Zahnpflege mit aufgefasernten Stöcken stößt auch angesichts des Einzugs von Coca Cola und ähnlicher Errungenschaften unserer Zivilisation an ihre Grenzen. Wir Zahnärzte der von Thüringern im Jahr 1999 gegründeten „Arzt- und Zahnarzthilfe Kenya“ konnten uns in Nyabondo in der Nähe des Victoriasees davon überzeugen, dass Zahnkrankheiten besonders bei Kindern und Jugendlichen zu einem großen Problem werden. Für die 150 000 Menschen, die zum Einzugsgebiet des St. Joseph's Hospitals gehören und bisher ohne zahnärztliche Betreuung waren, richtete unsere Organisation im August 2000 zwei zahnärztliche Behandlungsplätze ein. Die Franziskanerinnen, die das Krankenhaus leiten, sind stolz auf nun ihre Zahnstation, die einen Standard aufweist, der ansonsten bestenfalls in der kenianischen Metropole Nairobi zu finden ist. Genau das ist auch die richtige Einstellung, die wir für unsere Hilfe zur Selbsthilfe brauchen. Dadurch werden unsere zahnärztlichen Geräte, Instrumente und Materialien zusammen- und instand gehalten, was unter dem extremen Mangel in Kenia nicht einfach ist. Durch das Engagement von Torsten Rauch vor Ort, einem Techniker der Fa. Pluradent in Erfurt, funktionieren die Maschinen wie in Deutschland und können nun auch durch einen einheimischen Techniker repariert werden, den Torsten Rauch entsprechend schulte.

Mittlerweile haben acht deutsche Zahnärzte im Missionshospital Nyabondo gearbeitet. Die meisten Erwachsenen und vor allem Tausende von Schulkindern hatten durch sie erstmalig Kontakt zu Zahnärzten. Weil Zahnbehandlungen nicht zur Normalität gehören, ist Aufklärung enorm wichtig. Einheimische Schwestern sind nun schon selbst in der Lage, engagierte und fundierte Vorträge über Zahnpflege sowie Karies- und Parodontitisprävention mit Hilfe der Informationsmaterialien aus Deutschland zu halten und außerdem effektiv bei den Behandlungen zu assistieren. Es wird noch einige Zeit dauern, bis der an der Zahnheilkunde sehr interessierte Anästhesist des Krankenhauses selbständig

zahnärztliche Behandlungen durchführen kann.

Durch die Anregung und Hilfe der Zahnärzteorganisation werden auch zahnmedizinische Inhalte in die Lehrpläne der Ausbildung für die über 100 Schwesternschülerinnen aufgenommen. Die Schulung der Lehrer erfolgt vorerst durch Deutsche. Außerdem wurde im August 2001 ein zahntechnisches Labor im Krankenhaus eingerichtet und damit begonnen, zwei Afrikaner als Zahntechniker auszubilden. Weiterhin brachten die Helfer ein mobiles zahnärztliches Behandlungsgerät (Trans Care Max, Fa. Satelec) nach Kenia, so dass nun auch Behandlungen in abgelegenen Schulen ohne Stromversorgung möglich sind. Ein kieferchirurgisch tätiger Kollege schafft die Voraussetzungen, dass seit einigen Wochen vorerst durch ihn selbst Lippen-Kiefer- Gaumenspalten, Tumoren und Frakturen des Kiefer- Gesichtsbereichs u.ä. im hiesigen Op. operiert werden können.

„Arzt- und Zahnarzthilfe Kenya“ ist auf breite Unterstützung angewiesen, sei es vor Ort, durch Mitgliedschaft und Mitdenken im Verein oder durch Geldspenden.

### Kontakt und Informationen:

[www.zahnarzthilfe-kenya.de](http://www.zahnarzthilfe-kenya.de) oder Dr. Hans-Joachim Schinkel, ☎ 03634/ 621079.

### Spenden:

Konto 38013111, BLZ 82054112, Sparkasse Sömmerda (Spendenquittungen werden ausgestellt).

*Dr. H.-J. Schinkel*

## Hilfswerk-Gründer Bartels verstorben

**Erfurt/Göttingen** (tzb). Der Zahnarzt und Begründer der Stiftung „Hilfswerk Deutscher Zahnärzte für Lepra- und Notstandsgebiete“, Dr. Carl Heinz Bartels, ist tot. Bartels starb am 9. November 2001 im Alter von 81 Jahren, teilte das Hilfswerk mit. Bartels hatte das Hilfswerk 1981 ins Leben gerufen. Es betreut Leprakranke, Arme und Obdachlose in vielen Teilen der Welt.