

# tzb

Thüringer  
Zahnärzte  
Blatt

Ausgabe 03 | 2002

## Cherubismus

*Lesen Sie ab S. 23*

Informationsoffensive im Wahljahr

*ab S. 6*



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



Die Ära Schirbort in der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung ist zu Ende, die Ära Löffler ist auf einer recht chaotisch anmutenden Vertreterversammlung von der Mehrheit der Delegierten eingeläutet worden. Neue politische Herausforderungen kommen auf die deutsche Zahnärzteschaft zu und so war es auch nicht verwunderlich, dass bereits im Vorfeld dieser Veranstaltung sich einige um das Wohl der deutschen Zahnärzteschaft besorgte Landespolitiker zusammensetzten, um einen – nach Möglichkeit – realpolitisch- und sachorientierten Bundesvorstand zu wählen. Dabei haben die Zahnärzte, so glaube ich, einen großen Erfolg errungen.

Man kann zur Person Schirbort stehen, wie man will. Es ist jedoch unbestreitbar, dass er sich auch große Verdienste in seiner Arbeit an der Spitze der deutschen Kassenzahnärzte erworben hat. Er war es, der mit seiner beharrlichen, oft auch sturen Art den Satz „Für begrenztes Geld kann es nur begrenzte Leistungen geben“ in das Bewusstsein der Politiker eintrommelt hat. Auch das Konzept der Vertrags- und Wahlleistungen ist durch ihn salonfähig geworden. Allerdings zeigte er auch selbst seine Grenzen auf: zum Beispiel bei der Durchsetzung der Festzuschussregelung. Er vermochte es nicht, seinem größten Erfolg für die Zahnärzteschaft politischen Bestand zu verleihen. Die leidige Debatte über die Verblindungen schoss über das Ziel hinaus und verprellte die gerade als Verbündete gewonnenen Politiker. Ein großer Vertrauens-

schaden war entstanden. Vertrauen ist aber gerade in der täglichen Arbeit, egal ob im Umgang mit Politikern oder in der Selbstverwaltung mit den Krankenkassen, ein unverzichtbares Fundament. Auch drängte sich mehr und mehr der Eindruck auf, dass durch eine Verweigerungshaltung Schirborts im letzten Jahr die Gesundheitspolitik im wesentlichen ohne die KZBV gestaltet wurde.

Doch gerade jetzt, in einer Zeit, in der für unseren Berufsstand die Weichen gestellt werden, brauchen wir eine undogmatische, flexible Führung. Das soll nicht heißen, dass die standespolitischen Ziele, die sich die deutsche Zahnärzteschaft in den letzten Jahren erarbeitet hat, über Bord geworfen werden. Ihre Umsetzung aber braucht nicht nur Sturheit, sondern auch Gestaltungswillen und Realismus. Politische Veränderungen gehen sehr, sehr langsam vonstatten. Nicht nur in den Köpfen der Politiker, auch in denen der Wähler müssen neue Ideen Fuß fassen. Das ist besonders schwer in einer Zeit, in der offensichtlich der Großteil unserer Bevölkerung von Besitzstandswahrung träumt. Realisten sind da verpönt. Aber die Realität hat uns schon eingeholt, das Bewusstsein, dass Einschnitte nötig sind, ist in weiten Kreisen etabliert. Allerdings will niemand bei sich selbst anfangen.

Die unterschiedlichen zahnärztlichen Gruppierungen sind sich in ihren grundlegenden Zielsetzungen so nahe wie noch nie. Dies

hätte im Vorfeld dieser KZBV-Wahl der Freie Verband als größte Interessenvertretung erkennen und nutzen müssen. Durch Bündelung der Kräfte und Zusammenführung der Verbände hätte er seiner – sich selbst auferlegten – Führungsrolle gerecht werden können. Leider hat hier der Bundesvorstand des FVDZ jämmerlich versagt. Das vorgelegte Konsensangebot wurde in grenzenloser Selbstüberschätzung abgelehnt, die Quittung dafür haben die Delegierten sofort gestellt. Die Führungsrolle kann sich der Freie Verband nur durch Vertrauen wieder erarbeiten - und diese Arbeit wird hart. Ich meine, auch dazu ist ein umfangreicher personeller Neuanfang sowohl auf Bundesebene wie auf Landesebene vonnöten. Spätestens nach dem Debakel von Berlin sollte man den Rücktritt der Führungsspitze des Freien Verbandes erwarten können, um rechtzeitig noch größeren Schaden von dem Verband abwenden zu können.

Den Vorstand der Berliner Vertreterversammlung hat der Chefredakteur des „DZW“ als neutraler Beobachter treffend beschrieben. Freundlicherweise erteilte uns Herr Pischel eine Nachdruckgenehmigung seines Kommentars, den Sie in unserem „tzb“ finden.

*Ihr 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: ptz@lzaekthue.de,  
edv@kzvth.ef.uunet.de

Die Redaktion behält sich das  
Recht vor, Leserbriefe zu kürzen.  
Als Leserbriefe gekennzeichnete  
Beiträge und wörtliche Zitate müs-  
sen nicht die Meinung der Heraus-  
geber darstellen. Für unverlangt  
eingesandte Manuskripte, Unterla-  
gen 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. 5 vom 1.1.2002

### 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: KZBV

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

### April-Ausgabe:

Redaktionsschluss: 25.03.2002  
Anzeigenschluss: 22.03.2002

Editorial 3

## Standespolitik

Löffler neuer Vorsitzender der KZBV 6  
Informationsoffensive im Wahljahr 6

Gastkommentar 7

## LZKTh

Unsitte „Kollegenschelte“ 8  
Neue Ansprechpartnerin nicht nur für Patienten 9  
Kein Datenschutzbeauftragter in der Praxis 9  
Weiterer Zugang freigeschaltet 10

## KZV

Zahnärztliches Gutachterwesen 11  
Vertreterversammlung der KZV wird neu gewählt 12

## Recht

Rechtsprechung und Zahnärzte 15  
Pfleger kein Bestatter 18  
Bezeichnung „Spezialist“ für Ärzte rechtens 20

## Universität

Karies stand im Mittelpunkt 21  
Akademiker werden „verschrottet“ 22

## Fortbildung

Cherubismus 23  
Norderney – Kontinuität in der Fortbildung 27  
Dissertationen 28

Bücher 31

## Veranstaltungen

Dogmenwechsel in der Implantologie? 35

## Helferinnen

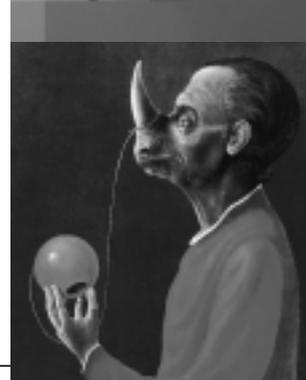
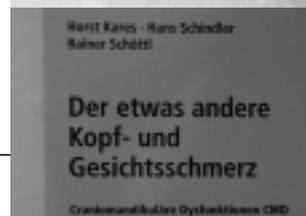
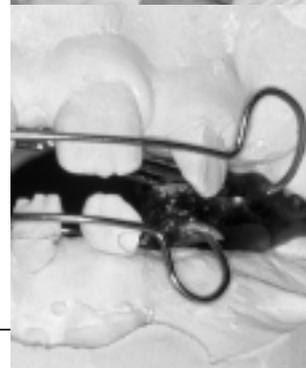
Tanz auf zwei Hochzeiten 36  
„Allround-Genie“ für die Praxis 36

Gesundheitspolitik 37

Info 41

Kleinanzeigen 44

Kunst 50



# Löffler neuer Vorsitzender der KZBV

## Vertreterversammlung wählte Fedderwitz zum Vize-KZBV-Chef

**Berlin** (kzbv). „Der stürmische Wind der Gesundheitspolitik wird uns auch in Zukunft scharf ins Gesicht wehen. Das wird uns aber von unserem eingeschlagenen und richtigen Weg auch in Zukunft nicht abbringen!“ Das sagte der neu gewählte KZBV-Vorsitzende Dr. Rolf-Jürgen Löffler aus München vor den 130 Mitgliedern der KZBV-Vertreterversammlung in Berlin. Dr. Löffler bekräftigte damit seine Entschlossenheit, das Reformkonzept der Zahnärzteschaft – Vertrags- und Wahlleistungen in Kombination mit befundorientierten Festzuschüssen – auch in Zukunft in den Mittelpunkt der zahnärztlichen Berufspolitik zu stellen. Zuvor war Dr. Löffler, der ebenfalls Vorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns ist, mit großer Mehrheit von der Vertreterversammlung zum neuen Vorsitzenden der KZBV gewählt worden. Löffler ist bereits seit acht Jahren Mitglied im KZBV-Vorstand.

Mit großer Stimmenmehrheit wurde Dr. Jürgen Fedderwitz aus Wiesbaden zum stellvertretenden KZBV-Vorsitzenden gewählt. Weitere Mitglieder des neuen KZBV-Vorstandes, der für eine Amtszeit von vier Jahren gewählt

wird, sind Dr. Jürgen Braun-Himmerich, Dr. Günther E. Buchholz, der Kieferorthopäde Eugen Dawirs, Dr. Wolfgang Eßer, ZA Dieter Krenkel, Dr. Peter Kriett, Dr. Dr. Ute Maier, ZA Ralf Wagner und Dr. Holger Weißig.

Der scheidende KZBV-Vorsitzende, Dr. Karl Horst Schirbort, hatte nach seiner achtjährigen Amtszeit nicht mehr für den KZBV-Vor-

sitz kandidiert. Seinem Nachfolger wünschte Schirbort „ein dickes Fell, viel Energie und vor allem Hartnäckigkeit beim Bohren dicker Bretter“ für die kommenden vier Amtsjahre.

Die KZBV vertritt als Körperschaft des öffentlichen Rechts die Interessen der rund 55 000 Vertragszahnärzte („Kassenzahnärzte“) Deutschlands.



*Der neue Vorstand der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung.*

*Foto: KZBV*

## Informationsoffensive im Bundestagswahljahr

### KZBV startete umfangreiche Werbekampagne für das Reformkonzept der Zahnärzteschaft

**Erfurt** (tzb). Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) hat ihre politische Informationskampagne im Bundestagswahljahr gestartet. Unter dem Motto „Wie wir gemeinsam Ihren Zähnen eine gesunde Zukunft sichern“ soll einer breiten Öffentlichkeit das Reformkonzept von Vertrags- und Wahlleistungen in der zahnärztlichen Versorgung vorgestellt werden. Dessen wichtigste Elemente wurden zum „Zukunftsmodell Zahn-gesundheit“ zusammengefasst.

Die Zahnärzte wollen die Öffentlichkeit auf vielfältige Weise mit ihrem Konzept vertraut machen. So sollen bundesweite Anzeigen in

großen Magazinen und Programmzeitschriften in den nächsten Monaten die Aufmerksamkeit wecken. Auch im Internet ist die Kampagne präsent. Zudem baut die KZBV natürlich auch auf die „Basis“ – die Zahnärzte in den Praxen vor Ort. Für diese wurden auch Werbematerialien zusammen gestellt, darunter Plakate und eine Mini-Broschüre für Patienten. Letztere erläutert unter anderem, was Festzuschüsse sind und was die Zahnärzte unter mehr Eigenverantwortung des Patienten verstehen.

**Internet: [www.prozahn.de](http://www.prozahn.de)**



Sprechen Sie mit Ihrem Zahnarzt oder informieren Sie sich unter [www.prozahn.de](http://www.prozahn.de) oder der Infoline: 018 05/63 47 34

*Plakat der Zahnärztekampagne im Wahljahr.*

*Foto: KZBV*

# Unglaubliches, peinliches Schmierstück

Von Jürgen Pischel

Eine Theaterkritik für die konstituierende Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), bei der ein neuer Vorstand zu wählen war, wäre angebracht als ein politischer Kommentar. Das Stück eine furchtbare, inhaltlose, primitive und unwürdige Polit-Schmiere, die Inszenierung ein totales Fiasko, die Darsteller eine Fehlbesetzung in allen Rollen – selbst das äußere Szenario passte letztlich ins Bild: ein Fünf-Sterne-Hotel de Luxe, teuer und schlecht, Tand pur.

Gewählt werden sollte in Berlin ein neuer Vorstand für die KZBV für die nächsten vier Jahre. Dies ist jene Körperschaft öffentlichen Rechts, die die höchste Verantwortung für die Weiterentwicklung der Zahnmedizin in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu tragen und die betriebswirtschaftlichen Grundlagen jeder Vertragszahnarztpraxis zu sichern hat. Gewählt werden musste ein Vorstand für eine Zeit, in der außerordentlich wichtige Weichen für das Überleben jedes Zahnarztes in Deutschland gestellt werden. Eine Bema-Umstrukturierung ist zu vollziehen; eine weitere Gesundheitsreform, die sicher die Pforten für Einkaufsmodelle öffnen wird, ist im politischen Machtspiel vor dieser Bundestagswahl mitzugestalten.

Herausgekommen ist ein unglaublich peinliches Schauspiel der Präpotenz von FVDZ-Funktionären. Aus falscher Machtbesessenheit meinten sie, die KZBV gehöre zum uneingeschränkten Besitzstand des FVDZ – eines Verbands, der gerade noch 20 Prozent der Praxisinhaber repräsentiert. In völliger Fehleinschätzung der Realität glaubten sie, man könne eine Vertreterversammlung durch HV-Beschlüsse des Verbands vorab entmündigen. Wie weit beim FVDZ das Besitzstandsdenken über die Körperschaften geht, zeigt sich darin, dass man in Berlin kurz davor war, die konstituierende Vertreterversammlung so lange zu verschieben, bis eine weitere Hauptversammlung des FVDZ stattgefunden habe. Dies, weil man sich in Fraktionssitzungen auf keine gemeinsame, den HV-Beschlüssen entsprechende Mannschaft einigen konnte. Die Inszenierung dieser Vertreterversammlung durch den FVDZ war für jeden Zahnarzt eine Beleidigung. Sie kann für den FVDZ in den nächsten Monaten existenzbedrohend wer-

den. Vor allem, wenn sich die Führung des Verbands nicht kurzfristig besinnt. Würde man für die deutschen Zahnärzte, die nicht in Berlin anwesend waren, all das beschreiben, was in dieser Vertreterversammlung abgelaufen ist, dann würden die Leser glauben, man berichte aus einem Irrenhaus. Was da an Intrigen gesponnen, welche Beleidigungen und Herabwürdigungen bis tief unter die Gürtellinie dort ausgesprochen, welche menschlichen Vernichtungen hoch angesehener und verdienter Standesvertreter vollstreckt wurden, ist unbeschreiblich.

In nicht einer einzigen Minute der zweitägigen Veranstaltung ging es um die Sache, darum zu ringen, mit welchen Strategien man für die Zahnärzteschaft in den nächsten vier Jahren Besseres erreichen kann, wer dafür der Bessere ist, wer auf welcher Position im neuen KZBV-Vorstand was tun müsse und könne, welche Ziele – die wurden nicht im Entferntesten angesprochen – man sich im neuen Vorstand setzen möchte. Und dies, obwohl es dafür Stoff genug gegeben hätte, denn der Gast aus der Politik, die Parlamentarische Staatssekretärin im Gesundheitsministerium und SPD-Gesundheitspolitikerin Gudrun Schaich-Walch, ließ die Hoffnung aufkeimen, dass die SPD bereit sein könnte, für die Zahnheilkunde einen Sonderweg mit Liberalisierungen zu beschreiten. Kein Vorstandskandidat wurde wirklich vorgestellt, kein politischer Gedanke vorgetragen, keine Position wurde bezogen, es ging bei jedem Wahlgang immer nur darum, einen Beschluss der VF-Hauptversammlung vom Vorjahr zu vollziehen oder dem FVDZ dabei als Ganzes eins auszuwischen. Dazu musste die Opposition nur darauf verzichten, Gegenkandidaten aufzustellen. Die unterschiedlichsten Giftsüppchen wurden von den FV-Lagern ständig weiter am Kochen gehalten, regionalen und Gruppeninteressen im FVDZ wurde hemmungslos gefrönt. Dies alles immer nur mit einem einzigen Ziel: Posten, Posten, Posten, sonst nichts!

Es machte als Kommentator keine Freude, die eigenen Vorberichte der vergangenen Monate bestätigt zu sehen. Das vorhergesagte Chaos war um ein Vielfaches dramatischer. Es resultierte aus der Zwangsjacke, in die sich der FVDZ mit seinem Würzburger HV-Beschluss vom vergangenen Herbst selbst gesperrt hatte. Ein Drama nicht

nur für den Freien Verband, sondern auch für die KZBV und für die Zahnärzte insgesamt. Vor lauter widerstrebenden Interessen im FVDZ war es diesem bei keiner einzigen KZBV-Vorstandsposition mit seinem Vorschlag gelungen, seine Mehrheit in der Versammlung für den eigenen Kandidaten auf die Beine zu stellen. Nach FV-Berechnungen hatte der Verband knapp 100 Mitglieder unter den Delegierten. Die besten Ergebnisse im ersten Wahlgang lagen für einzelne FV-Vorstandskandidaten bei 76 Ja-Stimmen, die schlechtesten bei 45 Ja-Stimmen aus dem Verband, wenn man davon ausgeht, dass die Opposition sich so oder so verweigerte. Das zeigt die ganze Zerrissenheit des FVDZ. Bei der Wahl zum Vorstand der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) im vergangenen Jahr war es nicht anders. Daraus hätte man lernen müssen.

Schien es bis zur Berliner Vertreterversammlung so, als sei das sich abzeichnende Fiasko Ausdruck einer Führungsschwäche an der Spitze des FVDZ, hat Berlin offenbart, dass dieser Verband gar nicht mehr führungsfähig ist. Der Freie Verband strotzt vor lauter politischen Egomaneen und kleinen Mächtegern-Napoleons, denen Solidarität, Verbandsgeschlossenheit völlig wurscht sind, nur das eigene Pöstchen zählt. Dem Freien Verband wird nun zum Verhängnis, dass er sich selbst auf Hauptversammlungen und mit HV-Beschlüssen auf das oberste Ziel der „Posten-Besetzung“ reduziert hat. Für die Politik produzierte er nur Programme der Irrealität, die an den Zahnärzten und den gesellschaftlichen Entwicklungen vorbeigehen. Er hat keine Forderungen, die der einzelnen Praxis helfen, sondern nur solche, die Angst vor der Zukunft machen, statt Hoffnung zu geben. Hoffentlich muss nicht die gesamte Zahnärzteschaft nun darunter zu schwer leiden.

Dem FVDZ kann man nur raten, in Klausur zu gehen und rasch eine außerordentliche Hauptversammlung einzuberufen. Nicht, um ein weiteres personelles Schlachtfest zu veranstalten, sondern um sich neue Aufgaben für einen Weg in die politische Realität zu stellen, mit dem obersten Ziel: sich um das Wohl der einzelnen Praxis, des Zahnarztes durch Hilfe und nicht durch Blockaden verdient zu machen.

*Jürgen Pischel ist Chefredakteur und Mitherausgeber der „DZW“*

# Unsitte „Kollegenschelte“

## Auch für Nachbehandler gelten die Regeln der Kollegialität

Von Dr. Ingo Schmidt

Folgende nicht seltene Situation: Ein Patient wechselt zu einem anderen Zahnarzt – entweder für immer oder nur gezwungenermaßen zum Notdienst bzw. Urlaubsvertretung. Die Regel ist die nahtlose Weiterbehandlung oder auch die kurzfristige und nicht weiterführende Therapie nach Behebung eines akuten Problems. Keine Regel ohne Ausnahme und daraus entsteht manchmal viel Verdross! „Kollegenschelte“, so der geläufige Begriff, beschäftigt in milderer Form die Patientenberatungsstelle. Bei hartnäckiger Verfolgung der Behauptungen müssen Gutachter, Schlichter oder gar Anwälte und Gerichte tätig werden. Eigentlich brauchte das alles nicht zu sein, wenn man als Nachbehandler die einfachen Regeln der Kollegialität, die man sich selbst zubilligt, auch dem „Vorbehandler“ zukommen ließe.

### Verbales Misstrauen löst Ärger aus

Auslöser allen Ärgers sind immer verbales Misstrauen gegen Vorbehandlungsmaßnahmen, besonders bei Unzufriedenheit der Pa-



**Dr. Ingo Schmidt, Referent für Gutachterwesen/Schlichtung der LZKTh: „Kollegenschelte ist kein guter Stil.“** Foto: tzb

tienten mit Zahnersatzversorgungen. Auch verwendete Materialien werden zu gerne kritisiert. Am Ende der überhaupt ersten Sitzung folgt dann schon der Vorschlag der einzig richtigen Behandlungslinie, um den vorgeblichen „Pfuscher“ – so glaubt es auch jetzt der Patient – des Vorgängers gerade noch wieder hinzubiegen.

Das Ganze natürlich unter Einsatz erheblicher finanzieller Mittel, die er, der falsch behandelte Patient ja ohne Probleme beim Vorbehandler wieder einfordern könne. Zwietracht ist gesät, Grundregeln ärztlichen Handelns sind vergessen, ein einmal vorhandenes Vertrauen ist untergraben. Ein neues Vertrauen indes kann in der Kürze der neuen Arzt-Patienten-Beziehung noch gar nicht entstanden sein.

Erfolgreiche Behandlungsmaßnahmen muss man nicht dem Vorbehandler anlasten, ohne zu wissen, wie der Patient mitgewirkt hat, welche fachlichen und sachlichen Umstände zu diesem Ergebnis geführt haben. Immer häufiger treffen Zahnärzte auf psychosomatische oder auch psychopathische Patienten, die sensibel und Mitleid erweckend scheinen, dem mitfühlenden Zahnarzt alles abverlangen, leider eben auch eine Menge therapeutische Kompromisse, die im Konfliktfall mit großer Vehemenz als Behandlungsfehler oder gar Sorgfaltspflichtverletzung ausgelegt werden.

### Patienten schildern nur ihre Sicht

Patienten erzählen nur die halbe Wahrheit, können es auch nicht besser wissen, denn ihre Erwartungen an die Behandlung wurden nicht erfüllt, Schmerzen sind nicht weg, „Plomben“ haben nicht gehalten, Zahnersatz funktioniert nicht und so weiter. Der Vorbehandler hat also keinen vollen therapeutischen Erfolg erzielt. Er hat sich sicher die größte Mühe gegeben, hat allgemein gültige Richtlinien beachtet, zeitgemäße Behandlungsmaßnahmen angewendet, aufgeklärt und erklärt und trotz allem kein wünschenswertes Ergebnis erzielt.

Das ist nun mal die Eigenheit unseres ärzt-

lichen Tuns! Wir unterliegen wie die meisten anderen Freiberufler auch dem Dienstvertragsrecht und damit schulden wir unseren Patienten eine Behandlung nach den anerkannten Regeln der zahnärztlichen Wissenschaft und Heilkunde.

Wer also von der Anamnese über Befund und Diagnose die Therapie nach zeitgemäßem Standard ausführt, alles sachgemäß dokumentiert, rechtzeitig und ausreichend aufklärt, haftet nicht dem Patienten, auch wenn der erwartete Erfolg nicht eintritt. Das ist das Grundprinzip der ärztlichen Haftung und beherrscht natürlich die meisten Rechtsstreitigkeiten. „Schuld“, aus Fahrlässigkeit entstanden, oder „schicksalhafte Fügung“ bei Ausschluss eines Behandlungsfehlers müssen immer gegeneinander abgewogen werden. Fahrlässig handelt, wer nach § 276 BGB „die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer acht lässt“. „Schicksalhafte Fügung“ ist eingetreten, wenn ärztliches Verschulden nicht vorliegt, aber körperliche Eigenheiten und besondere Ereignisse einen Behandlungserfolg verhindert haben.

### Medizinische Standards

Bei möglicher Verschuldungshaftung stellt sich immer die Frage nach der Einhaltung des medizinischen Standards. Das wiederum bedeutet, dass an Wissen und Fähigkeiten vom Zahnarzt nur verlangt werden kann, was der Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft und der zahnmedizinischen Wissenschaft zum Zeitpunkt der Behandlung ist. Daraus ergibt sich folglich, dass der Standard stets dem Tempo der medizinischen Wissenschaftsentwicklung folgt. Jeder ärztliche Tätige ist also gehalten, seinen persönlichen Erkenntnisstand immer wieder dem gültigen Standard anzupassen, um sich nicht bei möglichen Streitigkeiten vorwerfen zu lassen zu müssen, nach längst überholten Methoden zu arbeiten, letztlich also der im Dienstleistungsvertrag verankerten Sorgfaltspflicht nicht mehr zu genügen. Diesen sehr kurzen Ausflug in die ärztlichen Grundpflichten sollte man als Nachbehandler immer beim neuen Patienten gegenwärtig haben.

Und wenn trotz Würdigung aller oben genannter kollegialer Pflichten ein deutlicher Behandlungsfehler offensichtlich wird, dann wäre es der nächste Fehler, an diesem Zustand sofort etwas zu ändern (Ausnahme Schmerzbehandlung). Man nennt so etwas „Beweissicherung“, der wichtigste Fakt für alle folgenden Maßnahmen, die nur der Geschädigte, also der Patient, entweder nach kassenzahnärztlichen Vorschriften –

üblicherweise die Mängelbegutachtung – oder zivilrechtlich einleiten muss.

Unkollegiales Verhalten aber schadet dem gesamten Berufsstand. Patienten sind nur Laien, sie reagieren auf Kollegenschelte und vermeintlichen „Pfuscher“ heftig und sehen ihre Erfahrung durch unkritische Mediendarstellungen gerne bestätigt. Wem der gute Ruf der Zahnärzte am Herzen liegt, sollte so

etwas nicht als Kavaliersdelikt betrachten, hier liegt ein klarer Verstoß gegen die Berufsordnung vor. Unangenehme Erfahrungen solcher Art sind doch wohl vermeidbar.

*Dr. Ingo Schmidt ist Referent für Gutachterwesen/Schlichtung der LZKTh*

## Kontakt nicht nur für Patienten

### Claudia Grobe betreut Patientenberatungsstelle der LZKTh

**Erfurt** (tzb). Patienten und Zahnärzte haben seit kurzem eine neue Ansprechpartnerin in der Landeszahnärztekammer Thüringen: Die 36-jährige Erfurterin Claudia Grobe betreut seit dem Jahreswechsel die Patientenberatungsstelle. Sie ist Nachfolgerin von Christiana Meini, die ihre Tätigkeit in der LZKTh beendet hat. Claudia Grobe hat den Beruf einer stomatologischen Schwester erlernt und ging schon mehreren Zahnärzten zur Hand. Zuletzt war sie allerdings „artfremd“ beschäftigt – im Sekretariat eines Erfurter Gymnasiums. Die Kombination aus Praxiser-

fahrungen und Bürokenntnissen sei vorteilhaft für ihre jetzige Arbeit, meint Claudia Grobe, die Patientenfragen entgegennimmt, den Kontakt mit den zuständigen Referenten der LZKTh koordiniert und allerhand Schriftverkehr rund um Patientenberatung, Gutachterwesen und Schlichtung zu erledigen hat. „Patienten stellen vor allem Fragen zu Implantaten und zur prothetischen Versorgung“, berichtet sie. Häufig müssten Fragen zur Rechnungslegung beantwortet werden.



*Claudia Grobe*

*Foto: tzb*

## Kein Datenschutzbeauftragter in der Praxis

### Irritationen zu novelliertem Bundesdatenschutzgesetz nunmehr ausgeräumt

**Erfurt.** Am 24. Mai 2001 ist das Gesetz zur Änderung des Bundesdatenschutzgesetzes in Kraft getreten. Damit sind vor allem die Grundsätze der Datenvermeidung und Datensparsamkeit gesetzlich verankert worden. Irritationen hat jetzt ein Info-Brief der TÜV Akademie GmbH hervorgerufen, der in letzter Zeit den Zahnarztpraxen zugesandt wurde. Dieses Schreiben suggeriert die Auffassung, dass unter anderem nach dem novellierten Bundesdatenschutzgesetz in der Zahnarztpraxis die Bestellung eines Datenschutzbeauftragten nach §4f BDSG notwendig ist, damit die Meldepflicht nach §4d BDSG an die zuständige Aufsichtsbehörde entfallen kann.

Entsprechend der Stellungnahmen von Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung wird die Melde-

pflicht nach § 4d BDSG in der Regel den Zahnarzt jedoch nicht betreffen. Gemäß § 4d Abs. 3 entfällt die Meldepflicht nämlich dann, wenn die personenbezogenen Daten nur für die eigenen Zwecke erhoben werden, hierbei höchstens vier Arbeitnehmer mit der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung beschäftigt sind und entweder eine Einwilligung des Betroffenen vorliegt oder die Verarbeitung der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses mit dem Betroffenen dient.

Die Anforderung zur Bestellung eines Datenschutzbeauftragten ergibt sich aus § 4f BDSG. Einschränkend heißt es jedoch in § 4f Abs. 1 Satz 4, dass dieses Erfordernis nicht besteht, wenn in einer nicht-öffentlichen Stelle höchstens vier Arbeitnehmer

mit der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten beschäftigt werden. In der Zahnarztpraxis wird unter diese Definition jedoch typischerweise nur die Helferin fallen, die mit Verwaltungsaufgaben betraut ist.

Zusammenfassend lässt sich somit feststellen, dass für die Zahnarztpraxis im Regelfall die Meldepflicht nach § 4d BDSG und die Bestellung eines Datenschutzbeauftragten nach § 4f BDSG entfallen werden. Der Verpflichtung nach BDSG zum verantwortungsbewussten Umgang mit den erfassten Daten der Patienten und dem dazugehörigen Datenschutz muss sich der Praxisinhaber jedoch stellen.

*Dr. Olaf Brodersen*

[www.lzkth.de](http://www.lzkth.de)

## Weiterer Zugang freigeschaltet

### Neues zur Internet-Präsentation der Landeszahnärztekammer

**Erfurt.** Lange hat es gedauert – endlich ist es soweit: Um zu der Internet-Präsentation der Landeszahnärztekammer Thüringen zu gelangen, kann man nun auch die Adresse <http://www.lzkth.de> nutzen. Die Freischaltung hatte länger als erwartet gedauert. Wer bei der Anwahl dieser Adresse doch noch auf den Seiten der KZV landen sollte, muss die Aktualisierungsfunktion seines Browser nutzen, um die Seite zu neu zu laden. Alle bekannten E-Mail-Adressen können auch mit diesem Domain-Namen verwendet werden, zum Beispiel ist [fb@lzkth.de](mailto:fb@lzkth.de) gleichbedeutend mit [fb@lzaekthue.de](mailto:fb@lzaekthue.de) und landet im Postkasten der Fortbildung.



Über die Seiten des Referates Zahnärztliche Berufsausübung wurde schon berichtet. Die Seiten zum Abruf der aktuellen Version des „Handbuch & Checkliste“ sind durch einen einfachen Zugangscode gesperrt. Prinzipiell ist der Inhalt nicht geheim, deshalb wurde keine komplizierte Zugangsvariante gewählt, bei der jedem Mitglied eine eigene Kennung zugewiesen wird. Einzugeben ist bitte entsprechend der Abbildung als Benutzername: LKTh und als Kennwort: zaeba\_hc. Bitte darauf achten: Beides ist kontext-sensitiv, das heißt, die Groß- bzw. Kleinschreibung der Buchstaben muss eingehalten werden.

Vom 22. bis 23. November findet in Erfurt auf dem Gelände der Messe der diesjährige Zahnärztetag statt, angekoppelt sind der Helferinnentag und der Zahntechnikertag. Über dieses Ereignis wird natürlich auch im Internet berichtet. Dazu wurde eine eigene Domain <http://www.zae-tag.de> eingerich-

tet. Zu den Informationen kann man entweder über die Startseite der LKTh und der Anwahl des dort eingerichteten Buttons oder durch den direkten Aufruf der Seite gelangen. Das Programm und die Referenten werden vorgestellt, die online-Anmeldung wird möglich sein und auch Informationen zu den Firmen, die an der Dentalausstellung teilnehmen werden, sind zu finden.

Bereits viele Thüringer Zahnärzte haben die Möglichkeit genutzt, der LKTh zusätzliche Informationen für den Zahnarztsuchservice zu schicken. Noch einmal zur Erinnerung: Die LKTh hat für alle niedergelassenen Kammermitglieder einen Zahnarztsuchservice im Internet eingerichtet. Die Patienten können

nach den Namen, den Ort und der Gebietsbezeichnung ihren Zahnarzt suchen. Bei der Anwahl des jeweiligen Namens öffnet sich eine für alle niedergelassenen Kammermitglieder gleich gestaltete Web-Visitenkarte mit Titel, Namen, Gebietsbezeichnung, Praxisadresse, Telefon und Fax. Zusätzlich können noch die Öffnungszeiten, E-Mail-Adresse und Homepage-Adresse auf dieser Web-Visitenkarte angegeben werden. Wer daran interessiert ist, sollte diese zusätzlichen Angaben der Kammer zur Verfügung stellen. Dafür kann das in diesem Heft abgedruckte Formular genutzt werden. Hinweis: Bitte die Angaben des Absenders nicht vergessen.

*Dr. Olaf Brodersen*

## Zusatzinformationen für den Zahnarztsuchservice der LKTh

Bitte nehmen Sie nachfolgende Informationen auf meine Web-Visitenkarte auf:

<b>E-Mail-Adresse</b>	
<b>Homepage</b>	
<b>Öffnungszeiten</b>	
<b>Mo</b>	
<b>Di</b>	
<b>Mi</b>	
<b>Do</b>	
<b>Fr</b>	
<b>Per Fax (0361) 7432-150</b>	
<b>Postanschrift:</b>	
<b>Landeszahnärztekammer Thüringen, z.Hd. Dr. Olaf Brodersen, Barbarosahof 16, 99092 Erfurt</b>	

*Einfacher geht's nicht: Formular ausfüllen und an die LKTh schicken oder faxen.*

# Zahnärztliches Gutachterwesen

## Prothetik und Parodontologie unter den Bedingungen der GKV (II)

**Erfurt.** Auf der letzten Tagung der KZV Thüringen zum Gutachterwesen wurde eine intensive Diskussion dazu geführt, wie unter den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die systematische PAR-Therapie und die prothetische Behandlung durchgeführt werden kann (tzb 12/2001). Die Diskussion wurde begleitet durch verschiedene fachliche Vorträge. Nach dem Beitrag von Dr. Thomas Hünlicher zur Prothetik (tzb 2/2002) setzt das „Thüringer Zahnärzteblatt“ die Veröffentlichung der Vorträge mit einem Beitrag zur Parodontologie fort.

von Dr. Uwe Tesch

Forderungen nach einer parodontalhygienisch günstigen Gestaltung von Zahnersatz sind so alt wie die Erkenntnis über Auswirkungen zahnärztlicher Restaurationen auf das Mundhöhlenmilieu. Unstrittig ist der Zusammenhang zwischen Zahnbelägen und Erkrankungen des Zahnhalteapparates sowie der Hartschichten. Da grundsätzlich ein belagfreier Mund am lebenden Menschen nicht möglich ist, sollen zahnärztliche Maßnahmen darauf ausgerichtet sein, Möglichkeiten für eine artifizielle Belagakkumulation so gering wie möglich zu halten.

### Konzept

Paroprothetik bedeutet vor allem konzeptionell zu entscheiden, welche Zähne (Parodontien) langfristig Kaukraft aufnehmen können bzw. zusätzlich für die Verankerung künstlicher Kauflächen zur Verfügung stehen. Die Forderung nach einer ausreichend zweckmäßigen und zugleich wirtschaftlichen Behandlung setzt hier dem praktisch tätigen Zahnarzt oft Grenzen. Zweckmäßig sollte allerdings jeder Zahnersatz sein. Nach Auffassung des Autors verbinden sich hiermit die Forderungen nach Langlebigkeit, Minimierung nachteiliger Auswirkungen auf das stomatognathe System und die Möglichkeit zur Erweiterung sowie Reparaturfähigkeit einschließlich der Gewährleistung chirurgischer zahnärztlicher Maßnahmen.

Worauf ist besonders zu achten? Der behandelnde Zahnarzt muss ausgehend von den

entsprechenden Befunden und unter Beachtung der Richtlinien entscheiden, ob Zahnersatz angezeigt ist, welche Zähne des Restgebisses zur Verankerung erforderlich und geeignet sind und ob eine systematische Vorbehandlung des Parodonts notwendig ist. Besonders parodontal vorgeschädigte Zähne sind hinsichtlich ihrer Prognose kritisch zu bewerten. Parodontale Destruktionsprozesse führen zu einer Umkehrung der Hebelverhältnisse an den betroffenen Zähnen. Dies ist bei der Zahnersatzplanung zu berücksichtigen. Verblockungen im Sinne einer tangentialen Versteifung können im Einzelfall sinnvoll sein, eine generelle Anwendung ist ebenfalls kritisch zu sehen.

### Vorbehandlung

Insbesondere umfangreiche Zahnersatzbehandlungen bedürfen einer systematischen Vorbehandlung. Unterlassungen werden als Behandlungsfehler angesehen. Die Zahnersatzrichtlinien verweisen auf die Notwendigkeit entsprechender vorausgehender Behandlungen.

### Therapie

Festsitzender Zahnersatz bedarf grundsätzlich einer ausreichenden Präzision, um eine Langzeitbewahrung und -funktion zu ermöglichen. Neben der Randspaltproblematik sowie dem vollständigen Erfassen von präparierten Hartgewebeabschnitten ist vor allem auf eine adäquate Formgebung und Oberflächenqualität zu achten. Belagansammlungen sowie Traumatisierung der marginalen Gingiva sind oftmals durch eine Überkontur der Krone bedingt. Hier tragen Behandler (ausreichende Präparationstiefe) und Zahntechniker (korrekte technische Umsetzung, anatomische Form usw.) eine gemeinsame Verantwortung. Entsprechende Einprobeschritte sowie gegebenenfalls ein „Probetragen“ von Zahnersatz soll Schwachstellen auffinden helfen und eine Korrektur sowie Verbesserung ermöglichen.

Verbindungselemente für kombiniert festsitzend-herausnehmbaren Zahnersatz sollten so gewählt und technisch gestaltet werden, dass eine Selbstreinigung nicht verhindert

und eine übermäßige Plaqueansammlung (zum Beispiel unter extrakoronale Geschiebeanteile usw.) vermieden wird. Kompromisse lassen sich hierbei oftmals nicht völlig vermeiden. In diesem Zusammenhang ist der Motivation und Instruktion der Patienten zu einer geeigneten Zahnpflege ein hoher Stellenwert beizumessen.

Herausnehmbarer Zahnersatz ist möglichst dental gestützt zu gestalten. Modellgusskonstruktionen sind so zu wählen, dass parodontalhygienisch bedeutsame Bereiche (marginale Gingiva, Interdentalräume) nicht völlig abgedeckt werden. Exzentrische Kräfte auf verbliebene Restzähne sind durch eine geeignete Klammerkonstruktion gering zu halten.

Auch Interimplantatlösungen (Plastplattenprothesen) müssen so abgestützt werden, dass eine weitere Traumatisierung des Restgebisses vermieden wird. Einfache Halteklammern erfüllen diese Forderung nicht. Okklusale Auflagen sind unter Beachtung allgemeiner statischer Grundsätze zu bevorzugen.

Sollen Restzähne mit geschwächtem Parodont im stark reduzierten Lückengebiss zur Verankerung herangezogen werden, ist oftmals eine Pfeilerkürzung auf Grund der Umkehrung von Hebelverhältnissen unumgänglich. Eine korrekte endodontische Vorbehandlung ist hierbei als Voraussetzung erforderlich. Für notwendige Stiftverankerungen sollten nur geeignete Systeme und Materialien zum Einsatz kommen.

### Verarbeitung

Zahnarzt und Zahntechniker tragen gemeinsam Verantwortung, dass Zahnersatz in der erforderlichen Qualität in den Mund eingegliedert werden kann. Grundsätzlich muss der Behandler hierbei die Auswahl der Werkstoffe vorgeben. Beim erforderlichen Einsatz von Legierungen sollte auf deren Langzeitwirkungen unter den Bedingungen der Mundhöhle geachtet werden. Es empfiehlt sich, einschlägige Empfehlungen, die von Fachgesellschaften gestützt werden, zu beachten.

Im zahntechnischen Bereich ist eine techno-

logiekonforme Verarbeitung zu gewährleisten. Durch Nutzung moderner Füge-techniken (Laserschweißen, Kleben) kann auf Lötverbindungen und der damit bedingten nachteiligen Auswirkungen auf das marginale Parodont verzichtet werden.

## Verantwortung beim Zahnarzt

Bei Beachtung einer indikationsbezogenen Anwendung ist die Eingliederung von Zah-

nersatz möglich, der eine lange Funktionsicherheit ermöglicht. Der Zahnarzt trägt die Verantwortung für das Konzept und die klinische sowie technische Ausführung. Die korrekte Vorbehandlung, eine vernünftige Unterweisung der Patienten zur Zahnpflege sowie ein entsprechendes Recall tragen zu einer erfolgreichen Behandlung bei. (\*)

Beim Laserschweißen und anderen modernen Füge-techniken kann auf das marginale Parodont verzichtet werden.

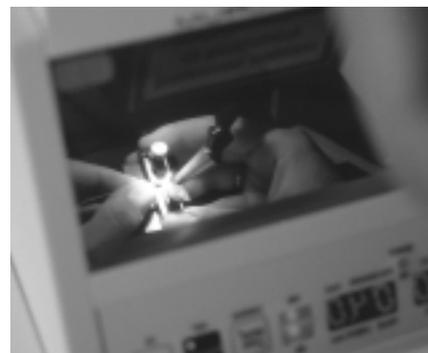


Foto: Wolf

# Vertreterversammlung der KZV wird neu gewählt

## Wahlausschuss hat seine Arbeit aufgenommen

Erfurt (tzb). Gemäß Satzung und Wahlordnung der KZV Thüringen und der Bestimmungen der §§ 77 ff SGB V findet in diesem Jahr die Wahl zur Vertreterversammlung der KZV Thüringen für die neue Legislaturperiode von 2003 bis 2006 statt. Der Vorstand hat in seiner Sitzung am 9. Januar 2002 satzungsgemäß den Wahlausschuss berufen, der sich aus nachfolgend aufgeführten Mitgliedern der KZV Thüringen zusammensetzt:

Dr. Mathias Tumovec (Vorsitzender)  
Magdeburger Allee 6, 99086 Erfurt

MR Dr. Wilhelm Nolte (Mitglied)  
Rubensstraße 18, 99099 Erfurt

Zahnarzt Jörn Krause (Mitglied)  
Friedrich-Ebert-Str. 60, 99096 Erfurt

Dr. Heidrun Piecha (Stellvertreter)  
Michaelisstraße 22, 99084 Erfurt

Dr. Burkard Backmund (Stellvertreter)  
Steubenstr. 27, 99423 Weimar

Dipl.-Stom. Kai Peterlein (Stellvertreter)  
Berta-von-Suttner-Str. 1, 99867 Gotha

In der Sitzung am 18. Februar 2002 hat der Wahlausschuss seine Arbeit aufgenommen und einen Terminplan für die Wahlen erarbeitet.

Anfragen und Hinweise zum Ablauf oder an Mitglieder des Ausschusses sind direkt an die Geschäftsstelle der KZV Thüringen, 99085 Erfurt, Theo-Neubauer-Str. 14, ☎ 0361/67 67 111 (Frau Holze), zu richten.

### Terminplan für die Wahl zur Vertreterversammlung der KZV Thüringen für die Legislaturperiode 2003 bis 2006

	Aktivitäten	Termin
0.	Anschreiben an alle Zahnärzte zur Eintragung ins Wählerverzeichnis	19.03.2002
1.	Rundschreiben des Vorstandsvorsitzenden zur Auslegungsfrist des Wählerverzeichnisses	15.05.2002
2.	Auslage der Wählerverzeichnisse in der KZV Thüringen und den Kreisstellen	27.05. bis 10.06.2002 (zweiwöchige Auslagefrist)
3.	Ende der Beanstandungsfrist für die Eintragungen im Wählerverzeichnis und Festlegung der Sitzverteilung	19.06.2002
4.	Versendung der Unterlagen zur Einreichung der Wahlvorschläge	05.07.2002
5.	Einreichung der Wahlvorschläge (bis spät. 10 Wochen vor Beginn der Wahlfrist)	bis Montag, 19.08.2002
6.	Bestätigung der eingereichten Wahlvorschläge und Aufstellung der Kandidatenliste durch den Wahlausschuß	bis Montag, 30.09.2002
7.	Versendung der Wahlunterlagen	Dienstag, 29.10.2002
8.	Wahlfrist	29.10.2002 bis 4.12.2002
9.	Auszählung der Stimmen (öffentlich)	Donnerstag, 05.12.2002
10.	Veröffentlichung der Wahlniederschrift	Freitag, 06.12.2002
11.	Versendung der Wahlbenachrichtigungen	Montag, 09.12.2002

# Rechtsprechung und Zahnärzte

## Überblick über Urteile und Entscheidungen vor deutschen Gerichten 2000/2001

Die Rechtsprechung auf dem Gebiet des Arztrechts ist schwer zu übersehen. Grund: Die den praktizierenden Mediziner und damit auch die Zahnärzte betreffenden Regelungen stammen aus nahezu sämtlichen Rechtsgebieten – namentlich dem Zivilrecht, dem Strafrecht, dem Sozialrecht, dem Verwaltungsrecht und last but not least dem Verfassungsrecht. Dieser Beitrag soll die für Zahnärzte relevanten Entwicklungen und Stellungnahmen in der Rechtsprechung der Jahre 2000 und 2001 nachzeichnen, wobei aus Gründen des Umfangs der Inhalt der jeweiligen Urteile lediglich leitsatzartig dargestellt werden kann. Einen Anspruch auf Vollständigkeit kann die Darstellung aufgrund täglich ergehender Entscheidungen zum Thema nicht erheben.

Von Alexander Walter

### Berufsausübung

Wie jeder andere Beruf steht auch die Ausübung des Zahnarztberufes unter dem grundrechtlichen Schutz von Artikel 12 des Grundgesetzes. Der Streit über die Reichweite des Grundrechts führt oft zu gerichtlichen Auseinandersetzungen.

Entschieden wurde zunächst, dass kein Grund vorliegt, die Verfassungsmäßigkeit der Altersgrenzenregelungen bei Zahnärzten und sonstigen Ärzten abweichend zu beurteilen. Das BVerfG sieht ferner die Altersbegrenzung zur Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit als verfassungsmäßig an. Entsprechendes gilt für die Grenze von 68 Jahren für die Ausübung vertrags(zahn)ärztlicher Tätigkeit.

Mit der Entziehung der Zulassung als Vertragszahnarzt beschäftigte sich das Landesozialgericht Nordrhein-Westfalen. Nach den gerichtlichen Feststellungen hatte der Vertragszahnarzt seit Beginn seiner Tätigkeit 1983 bis zum Quartal II/1995 mit Ausnahme eines Quartals durchgehend zu Maßnahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung Anlass gegeben. Darüber hinaus mangelte es an einer Mitwirkung im Gutachterverfahren, wo er mehrmals nicht alle erforderlichen Unterla-

gen vorgelegt hatte. Schließlich beschäftigte er einen ungenehmigten Assistenten und legte Röntgenaufnahmen vor, welche teilweise ein erhebliches fachliches Defizit bei der Röntgendiagnostik erkennen ließen. Das Landessozialgericht bestätigte die Rechtmäßigkeit der Zulassungsentziehung. Es führte aus, dass die Zulassung unter anderem zu entziehen sei, wenn der Vertragszahnarzt seine vertragszahnärztlichen Pflichten gröblich verletzt. Dies ist gegeben, wenn durch das Verhalten des Zahnarztes das Vertrauen der KZV und der Krankenkassen erheblich gestört ist, so dass eine weitere Zusammenarbeit nicht mehr zumutbar ist. Aufgrund des Grundrechtsschutzes muss der Zulassungsentzug jedoch das einzige Mittel zur Sicherung und zum Schutz der vertragszahnärztlichen Versorgung hat. Im gegebenen Fall haben diese Voraussetzungen vorgelegen.

### Werbung

Etwas zeitverzögert zur Zunft der Rechtsanwälte wird auch das den Ärzten und Zahnärzten auferlegte Werbeverbot zunehmend gelockert. Unzulässig bleibt die berufswidrige Werbung, die keine interessengerechte und sachgemessene Information darstellt, sondern vielmehr irreführenden Charakter hat. Werbung, die dem Bedürfnis des Patienten an einer umfangreichen sachgerechten Information nachkommt, wird mehr und mehr als zulässig erachtet.

Die Grenzziehung im Einzelfall bleibt schwierig. Im Berichtszeitraum wurden hierzu folgende Entscheidungen getroffen. Zunächst hat der Bundesgerichtshof entschieden, dass es einem Zahnarzt aufgrund des berufsrechtlichen Werbeverbots verwehrt sei, seine Leistungen reklamehaft in einer Publikumszeitschrift anzupreisen. Geradezu bahnbrechende Bedeutung in der bisherigen Rechtsentwicklung dieser Thematik hat ein Beschluss des Bundesverfassungsgericht, in dem es Zahnärzten gestattet wird, auf ihrem Praxisschild auf den Tätigkeitsschwerpunkt „Implantologie“ hinzuweisen (das tzb berichtete). Ein solcher Hinweis auf eine Spezialisierung auf dem Praxisschild sei grundsätzlich erlaubt, sofern der Zahnarzt in dem betreffenden Bereich der Zahnheilkunde über

besondere theoretische und praktische Kenntnisse und Erfahrungen verfügt und in diesem Bereich tatsächlich nachhaltig tätig ist. Durch den Zusatz „Tätigkeitsschwerpunkt“ werde zudem deutlich, dass es sich nicht um eine Gebietsbezeichnung im Sinne der Weiterbildungsordnung handelt. Das Gericht unterscheidet dabei nicht zwischen Tätigkeitsschwerpunkten und anderen speziellen Leistungsangeboten. Das Oberlandesgericht Hamm hatte bereits vorher den Hinweis „Praxis für ganzheitliche Zahnmedizin“ auf dem Praxisbriefbogen eines Zahnarztes zugelassen. Diese Bezeichnung stelle in sinnvoller Weise die spezielle Ausrichtung der Zahnarztpraxis heraus und sei deshalb keine berufswidrige Werbung. Ebenso soll es Zahnärzten erlaubt sein, in der Arzt-Auskunft der Stiftung Gesundheit ihre Diagnose- und Therapieschwerpunkte anzugeben, da es im Interesse des Patienten liegt, derartige Schwerpunkte zu erfahren.

Schließlich zeigen zwei Entscheidungen des Oberlandesgericht Köln, dass auch das Internet für den Zahnarzt werberechtlich kein rechtsfreier Raum ist. So ist die Grenze zwischen angemessener Information und berufswidriger Werbung überschritten, wenn sich ein Zahnarzt in seiner in das Internet eingestellten Selbstdarstellung als Spezialisten in nahezu allen Bereichen der Zahnmedizin anpreist und seine Teilnahme an zahlreichen in- und ausländischen Fortbildungsveranstaltungen, seine Referententätigkeit sowie seine Beteiligung an Zertifizierungen zu bestimmten Tätigkeitsschwerpunkten herausstellt. Hierdurch werde der zahnmedizinische Laie überfordert und nicht sachgemäß informiert. Unbedenklich ist es hingegen, wenn ein Zahnarzt in seinem Internetauftritt das Panorama der Stadt seiner Niederlassung und sein Porträt nebst Erläuterungen zu seiner Person und der Praxismitarbeiter publiziert sowie Hinweise zur häuslichen Zahnpflege gibt.

### Prüfung der Wirtschaftlichkeit

Der Kostendruck im Gesundheitswesen führt zunehmend zu dem volkswirtschaftlichen Paradoxon, dass die Ärzte und Zahnärzte als

Leistungserbringer einen Großteil der „Zechen“ zahlen müssen. Ein Instrument, mit dem eine Kostendämpfung auf Seiten der Mediziner erstrebt wird, stellt die Wirtschaftlichkeitsprüfung dar. Doch gerade sie birgt einen rechtlichen Angriffspunkt, wenn sie nicht ordnungsgemäß durchgeführt wird. Aufgrund der unüberschaubaren Fülle gerichtlicher Entscheidungen zu diesem Problemkreis können nur einige Fragen angesprochen werden.

Nach der Rechtsprechung begründet die Regelung des § 106 Abs. 1 SGB V nicht nur die Befugnis, sondern auch die Verpflichtung der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen als Träger der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeit der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung zu überwachen. Dabei hat das Landessozialgericht Baden-Württemberg zuletzt bestätigt, dass die statistische Prüfung im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung anhand eines Vergleichs des Arztes mit denjenigen der Fachgruppe im selben Quartal (so genannter Horizontalvergleich) derzeit die Regelprüfmethode ist. Der Horizontalvergleich hat grundsätzlich Vorrang vor anderen Prüfungsmethoden wie einer Einzelfallprüfung. Ein zwingender Grund, davon Abstand zu nehmen, besteht nur, wenn die Grundannahme, die dem Horizontalvergleich zugrunde liegt – nämlich dass es die Ärzte der Vergleichsgruppe im Durchschnitt mit dem gleichen Krankengut zu tun haben und deshalb im Durchschnitt aller Fälle in etwa die gleichen Behandlungskosten benötigen – nicht gerechtfertigt ist. Ein solcher Grund liegt beispielsweise vor, wenn die Fallzahl des zu prüfenden Arztes so gering ist, dass sie Fallzahlenbereiche unterschreitet, unterhalb derer ein statistischer Vergleich nicht mehr aussagekräftig ist. In diesen Fällen können die Prüfungsgremien mangels anderer praktikablerer Methoden einen „Vertikalvergleich“ durchführen. Dieser soll nach Ansicht des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen auch dann anwendbar sein, wenn mögliche andere Prüfmethoden einen erheblichen Verwaltungsaufwand erfordern, der nicht zumutbar bzw. zumindest unverhältnismäßig ist, weil angesichts großer Mengenausweitungen in weiten Bereichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei sehr vielen Ärzten erforderlich sind. Nach diesem Richterspruch soll ferner die Anwendung des Horizontal- und Vertikalvergleichs bei einem Arzt im selben Quartal nicht deshalb zu beanstanden sein,

weil bei Bejahung der Voraussetzungen des Vertikalvergleichs die Voraussetzungen des Horizontalvergleichs nicht gegeben sein könnten.

Mehrere Gerichte haben jedoch bestimmt, dass die statistische Betrachtung nur einen Teil der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausmacht und durch eine intellektuelle Prüfung bereits auf der ersten Prüfungsstufe von Amts wegen – das heißt: nicht erst auf Einwendung des Zahnarztes – ergänzt werden muss. Dabei sind die für die Frage der Wirtschaftlichkeit relevanten medizinisch-zahnärztlichen Gesichtspunkte (z.B. unterschiedliche Behandlungsweisen innerhalb der Arztgruppe oder vorhandene Praxisbesonderheiten) in Rechnung zu stellen. Durch die intellektuelle Betrachtung soll die Aussage der Statistik kontrolliert und notfalls korrigiert werden.

Nach einer Entscheidung des Bundessozialgerichts führt der Einwand eines (Zahn-)Arztes, der Anteil ausländischer Patienten sei in seiner Praxis signifikant höher als in anderen Praxen, bei der Prüfung von Beratungsleistungen nicht generell zur Bildung einer engeren Vergleichsgruppe, bestehend aus Praxen mit ähnlich hohem Ausländeranteil. So sollen als Praxisbesonderheiten des geprüften Arztes nur solche Umstände in Betracht kommen, die sich auf das Behandlungs- und Ordnungsverhalten des Arztes auswirken und in den Praxen der Vergleichsgruppe typischerweise nicht bzw. nicht in der Häufigkeit anzutreffen sind. Allein die Tatsache, dass bestimmte Leistungen erbracht werden, genügt nicht. Ebenso begründet der Hinweis auf die Altersstruktur der Praxis oder eine besondere Behandlungsrichtung keine Praxisbesonderheit. Allenfalls ausnahmsweise kann das Vorliegen besonders kostenaufwändiger Fälle als solcher anerkannt werden.

Nach dem Landessozialgericht Baden-Württemberg setzt die Anerkennung kompensatorischer Einsparungen voraus, dass zwischen dem Mehraufwand auf der einen und den Kostenunterschreitungen auf der anderen Seite ein ursächlicher Zusammenhang besteht. Es muss festgestellt werden, durch welche Leistungen der Arzt in welcher Art von Behandlungsfällen aus welchem Grund welche Einsparungen erzielt hat.

Im Übrigen hat das Bundessozialgericht entschieden, dass Plausibilitätsprüfungen lediglich der Aufdeckung von Abrechnungsfehlern

und unwirtschaftlichen Leistungserbringungen dienen, aber kein eigenständiges Verfahren der Honorarkürzung wie die sachlich-rechnerische Berichtigung oder die Wirtschaftlichkeitsprüfung sind. Die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung darf das Honorar nur kürzen, wenn der Arzt bzw. Zahnarzt falsch abgerechnet hat. Eine vom Arzt zu widerlegende Vermutung, eine als implausibel bewertete Abrechnung sei falsch, kann gesamtvertraglich nicht wirksam vereinbart werden.

## Rund um's Honorar

Nach einer Entscheidung des Bundessozialgerichts sind die Degressionsvorschriften des § 85 Abs. 4 b) – f) SGB V verfassungsgemäß. Diese Regelungen sollen dem Ziel der Kosteneinsparung sowie der Qualitätsverbesserung in der vertragszahnärztlichen Versorgung dienen. Der Gesetzgeber sei aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht gehindert, steuernd in die Vergütung von besonders umsatzstarken zahnärztlichen bzw. kieferorthopädischen Praxen mit dem Ziel einzugreifen, diese entweder zu einer Reduzierung ihres Behandlungsumfanges – insbesondere der Zahl der von ihnen behandelten Patienten – zu veranlassen oder die mit einem besonders hohem Umsatzniveau verbundenen Kostenvorteile und Rationalisierungsmöglichkeiten teilweise an die Krankenkassen weiterzugeben. Der zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassene und ausschließlich kieferorthopädisch tätige Kläger hatte sich gegen eine Kürzung aufgrund der Punktwertdegression in Höhe von knapp 128 000 € gewandt.

Bestätigt hat das Bundessozialgericht auf Klage eines Vertragzahnarztes ferner seine Rechtsprechung, wonach die KZV beim Erlass des Honorarverteilungsmaßstabs grundsätzlich nicht gehindert ist, den auf die Honorierung von individualprophylaktischen Leistungen entfallenden Teil der Gesamtvergütung in solche Honorarverteilungsregelungen einzubeziehen, die der Budgetierung der Gesamtvergütung durch Einführung einer am bisherigen Umsatz der einzelnen Praxis orientierten Bemessungsgrenze Rechnung tragen, bis zu der zahnärztlichen Leistungen nach festen Punktwerten vergütet werden.

Das Oberlandesgericht Düsseldorf hat die Ansicht vertreten, dass im privatärztlichen Bereich die regelmäßige Überschreien

tung des gesetzlichen Gebührenrahmens gerechtfertigt sein kann, wenn ein Zahnarzt seinen Praxisbetrieb nicht auf den Grundsatz einer kostengünstigen Behandlung ausrichtet, sondern in erster Linie darum bemüht ist, hinsichtlich der Präzision und Qualität seiner Leistungen den jeweils bestmöglichen Standard der aktuellen zahnmedizinischen Wissenschaft zu gewährleisten. Auch ist der mehrmalige Ansatz der Leistungsziffer 241 GOZ ausnahmsweise zulässig, wenn die Aufbereitung eines Wurzelkanals aus medizinischen Gründen nicht in einer Sitzung möglich ist. Die willkürliche Aufteilung der Behandlung auf mehrere Termine kann hingegen die wiederholte Berechnung der Gebührensätze nicht rechtfertigen.

Keinen verfassungsmäßigen Bedenken begegnet nach dem Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen die gesetzliche Regelung über den grundsätzlichen Ausschluss implantologischer Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. einer anteiligen Kostenübernahme der Krankenkasse für die Suprakonstruktion in bestimmten Ausnahmefällen. Die gesetzliche Krankenkasse muss ferner nicht die Kosten einer Gore-Tex-Behandlung übernehmen, da es sich hierbei um eine neue Behandlungsmethode handelt, welche nicht zum Leistungskatalog zählt.

## **Pfändung bei Privatpatienten**

Die nachlassende Zahlungsmoral erfasst zunehmend auch die Zahnärzte. Privatpatienten begleichen ihre Rechnungen nicht und wenn der Zahnarzt nicht schnell genug vorgeht, besteht stets die Möglichkeit, dass eine Zwangsvollstreckung mangels pfändbaren Vermögens erfolglos bleibt. Es stellt sich dann meist heraus, dass der Patient sich den Rechnungsbetrag von seiner privaten Krankenversicherung hat erstatten lassen, das Geld jedoch für andere Zwecke verwendet hat. Ein Beschluss des Landgerichts Hamburg eröffnet dem betroffenen Zahnarzt in diesen Fällen eine neue Chance. Danach kann ein privat liquidierender Arzt künftige Erstattungsansprüche eines Privatpatienten gegen seinen Versicherer ausnahmsweise pfänden, wenn die Zwangsvollstreckung in das sonstige bewegliche Vermögen des Patienten nicht zur vollständigen Befriedigung geführt hat und die Pfändung gleichzeitig nach den konkreten Umständen des Einzelfalles der

Billigkeit entspricht. Derartige Umstände sind gegeben, wenn der Patient den Rechnungsbetrag vom Versicherer empfangen hat und dennoch nicht an seinen Arzt geleistet hat bzw. wenn der Patient diese Vorgehensweise auch gegenüber anderen Ärzten praktiziert. Diese die Pfändung zulassenden Gläubigerinteressen – und dies ist der einzige Nachteil – muss der Arzt beweisen.

## **Behandlungsfehler**

Wie die Rechtsprechung immer wieder hervorhebt, ist die entscheidende Frage bei der Beurteilung der Haftung eines Zahnarztes, ob sich der Zahnarzt unter den gegebenen Umständen so verhalten hat, wie es in seinem Berufskreis – also von einem Zahnarzt – erwartet wird, auch wenn es aus seiner persönlichen Lage heraus subjektiv als entschuldigbar erscheinen mag. Ebenso kann der Einwand „das ist unter Zahnärzten so üblich“ nicht entschuldigen. Wer als Zahnarzt auftritt, muss das leisten, was im zahnmedizinischen Verkehr erforderlich ist.

So verhält sich ein Zahnarzt fehlerhaft, wenn er eine nickelhaltige Brücke einsetzt, ohne vorher den Verdacht auf eine Nickelallergie abzuklären. Nach einer Entscheidung des Oberlandesgerichts Düsseldorf sind umfangreiche Verblockungen im Rahmen einer prothetischen Versorgung aufgrund des daraus folgenden teilweisen Verlusts der physiologischen Eigenbeweglichkeit der Zähne sowie der eingeschränkten Reinigungsmöglichkeit mit der möglichen Folge permanenter entzündlicher Prozesse im Bereich der Interdentalräume nur bei einem erheblichen Knochenabbau zahnmedizinisch indiziert. Zumeist als Behandlungsfehler anzusehen ist es auch, neuen Zahnersatz nicht für eine gewisse Zeit provisorisch einzugliedern, um eventuelle Korrekturen problemlos vornehmen zu können. Eine frühzeitige feste Einementierung kann jedoch vertretbar sein, wenn mögliche Okklusionsstörungen durch Schleifmaßnahmen an dem herausnehmbaren Zahnersatz des gegenüber liegenden Kiefers behoben werden können. Jedenfalls kann allein aus dem Auftreten pulpitischer Beschwerden nach einer Überkronung nicht mit der für eine Haftung erforderlichen Sicherheit auf ein Versäumnis des Zahnarztes geschlossen werden.

Entschieden wurde ferner, dass es bei einer Wurzelfüllung am Zahn 25 nicht sicher ver-

meidbar ist, dass Füllmaterial durch eine Überpressung bis in die Kieferhöhle gelangt. Bei einem in dieser Hinsicht „verdächtigen“ Röntgenbild ist aber intraoperativ zu klären, ob Füllmaterial in die Kieferhöhle gelangt ist. Gegebenenfalls muss dieses entfernt werden. Der gesamte Vorgang ist zu dokumentieren. Bei der Indikation von Zahnextraktionen muss nach dem Oberlandesgericht Hamm zwischen der Erhaltungsfähigkeit und der Erhaltungswürdigkeit differenziert werden. Eine Zahnextraktion ist dann indiziert, wenn der Zahn nicht mehr erhaltungsfähig ist. Im zugrunde liegenden Fall wurden einem Sechzehnjährigen ohne Indikation acht Zähne gezogen, woraufhin er eine herausnehmbare Oberkieferprothese tragen muss, was schwere psychische Leiden verursacht hat. Das Gericht erachtete ein Schmerzensgeld von 30 000 DM (entspricht 15 338,76 €) für angemessen.

Der Nachweis eines Behandlungsfehlers ist nach dem Oberlandesgericht München nicht erbracht, wenn ein Gutachter Jahre nach der Behandlung feststellt, es gebe keine Anhaltspunkte dafür, dass die festgestellten Mängel (im Fall eine funktionsuntüchtige Zahnkrone) nicht von Anfang an bestanden hätten. Der dem Patienten bei mangelhafter prothetischer Versorgung zustehende Schadensersatz gegen den behandelnden Zahnarzt kann höher oder niedriger sein als die Vergütung des Behandlers für die mangelhafte Leistung. Schließlich kann der nachbehandelnde Zahnarzt Leistungen mit anderen Gebühren und Materialkosten erbringen. Bei teilweiser Brauchbarkeit der Leistung sind nur die Mehrkosten sowie die durch die fehlerhafte Behandlung entstandenen Zusatzkosten in Rechnung zu stellen. **wird fortgesetzt**

*Alexander Walter ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der Forschungsstelle für Medizinrecht an der Universität Regensburg. Die Urteile liegen dem Autor vor.*

### Korrespondenzanschrift:

*Alexander Walther  
Universität Regensburg  
Lehrstuhl Prof. Dr. A. Spickhoff  
Forschungsstelle für  
Medizinrecht  
03040 Regensburg*

# Arzt nicht verantwortlich, wenn Patient OP verweigert

## OLG Schleswig wies Klage einer Patientin ab

**Schleswig** (tzb). Wenn ein Patient trotz dringender Empfehlung des seines Arztes eine notwendige Operation ablehnt, hat er anschließend keinen Anspruch auf Schmerzensgeld. Voraussetzung ist, dass der Mediziner den Patienten auf mögliche Gefahren der Nichtbehandlung hingewiesen hat. Damit wies das Oberlandesgericht die Klage einer Patientin (OLG) Schleswig ab (Az: 4 U 28/00).

Die Frau hatte sich laut Anwalt-Suchservice in ärztliche Behandlung begeben, weil sie sich an einer Rose gestochen und dadurch am Zeigefinger verletzt hatte. Der Finger entzündete sich. Der Hausarzt verschrieb ein Antibiotikum und überwies die Frau zwei Tage später zur Weiterbehandlung an einen

niedergelassenen Chirurgen. Da sich die Entzündung des Fingers bereits ausgebreitet hatte, riet dieser Arzt zur ambulanten Operation. Doch die Patientin verweigerte die OP. Nach längeren ergebnislosen Gesprächen nahm der Chirurg deshalb lediglich einen Hautschnitt vor und legte der Frau eine Unterarmschiene an. Als sich der Zustand der Entzündung weiter verschlimmerte, überwies er die Patientin zwei Tage später an die chirurgische Abteilung des städtischen Krankenhauses, wo sie noch am selben Tag operiert wurde.

Später verklagte die Frau den niedergelassenen Chirurgen. Sie meinte, er habe die notwendige OP schuldhaft verzögert und sei deshalb verantwortlich für eine Vielzahl

davongetragener Schäden: Vernarbung und Verkrümmung des Fingers, Angstzustände, Schlafstörungen, Bluthochdruck, stressbedingte Neurodermitis und zeitweilige Depressionen. Die Patientin verlangte rund 5000 Euro Schmerzensgeld von dem Arzt ...

Die Richter des OLG Schleswig entschieden zugunsten des Mediziners. Die ärztliche Aufklärungspflicht bestehe darin, den Patienten, der die notwendige Behandlung verweigere, auf mögliche Gefahren der Nichtbehandlung hinzuweisen. Dies habe der Chirurg getan. Er habe der Frau wegen der fortschreitenden Entzündung und akuter Gesundheitsgefährdung eine OP eindringlich nahegelegt und damit seine therapeutische Aufklärungspflicht erfüllt.

### Nicht gleichzeitig für GKV und PKV Gutachter

**Erfurt** (tzb). Ein Arzt darf nicht gleichzeitig als Gutachter für gesetzliche und private Krankenversicherung tätig sein. Das berichtet „zm online“ unter Berufung auf ein Urteil des Bundesarbeitsgerichtes Erfurt. Das Gericht hatte die Klage eines Freiburger Arztes abgelehnt, der für den Medizinischen Dienst der gesetzlichen Krankenversicherung arbeitet. Die gesetzliche Krankenkasse untersagte ihm aus Konkurrenzgründen, die Gutachtertätigkeit nebenberuflich auch für Privatkassen auszuüben. Das BAG hielt die Auffassung der gesetzlichen Kasse für rechtmäßig, zuvor war der Arzt bereits vor dem Landesarbeitsgericht Baden-Württemberg gescheitert.

Eine Nebentätigkeit für die Privatversicherung könne für den Arbeitgeber zu einer Beeinträchtigung führen, entschieden die Richter.

## Pfleger kein Bestatter

### Urteil des Bundesarbeitsgerichts zu Nebentätigkeit

**Erfurt** (tzb). Ein Krankenpfleger darf im Nebenjob nicht als Bestatter arbeiten. Das hat das Bundesarbeitsgericht (BAG) in Erfurt jetzt entschieden. Es wies damit die Revision eines Mannes zurück, der in einem Krankenhaus des Caritasverbandes als Krankenpfleger in der Anästhesie beschäftigt ist.

Der Kläger war seit mehreren Jahren Gesellschafter eines Bestattungsunternehmens und übte für dieses stundenweise auch Bestattertätigkeiten wie Trauergespräche, Einsargungen, Überführungen und Büroarbeiten aus. Nach Auffassung des Krankenhauses ist dieser Nebenjob nicht mit der Tätigkeit als Krankenpfleger vereinbar. Es forderte den Mann auf, jegliche unterstützende Tätigkeit für das Bestattungsunternehmen einzustellen. Einen ausdrücklichen Antrag des Pflegers auf Erteilung einer Nebentätigkeitsgenehmigung lehnte die Klinik ab. Das Arbeitsgericht gab der Klage des Pflegers auf Erteilung der Genehmigung zunächst statt, das Landesarbeitsgericht wies sie ab. Die Re-

vision des Klägers vor dem Sechsten Senat des Bundesarbeitsgerichts hatte keinen Erfolg.

Das BAG begründete seine Entscheidung mit den Richtlinien für die Arbeitsverträge in den Einrichtungen des Deutschen Caritasverbandes (AVR). Nach diesen sei eine Nebentätigkeit unzulässig, wenn durch sie berechnete Interessen des Arbeitgebers erheblich beeinträchtigt werden. Das sei bei der Bestattertätigkeit eines Krankenpflegers der Fall. Die Tätigkeit als Krankenpfleger diene der Rettung und Erhaltung von Leben und Gesundheit der ihm anvertrauten Patienten. Eine Nebentätigkeit als Bestatter, die das Ableben der Menschen voraussetzt, sei damit nicht vereinbar. Eine solche Nebentätigkeit könne Irritationen bei Patienten zur Folge haben. Dem müsse sich die Caritas als Arbeitgeber nicht aussetzen.

*Aktenzeichen: 6 AZR 357/01  
Vorinstanz LAG Hamm 7 Sa 59/01*

# Bezeichnung „Spezialist“ für Ärzte rechtens

## Bundesverfassungsgericht gab Beschwerde einer Orthopädie-Klinik nach

**München** (ots). Erstmals in Deutschland darf eine Klinik für ihre Chefärzte den Begriff „Spezialist“ verwenden. Das hat das Bundesverfassungsgericht auf Antrag der Alpha Klinik für Knie- und Wirbelsäulenchirurgie (München) einstimmig beschlossen. Juristen erwarten, dass dieses Urteil in den Gremien der ärztlichen Berufspolitik für einiges Aufsehen sorgen wird. Rechtsanwalt Clemens Bold, Vertreter der Alpha Klinik vor dem Bundesverfassungsgericht, zu dem Erfolg in der Verfassungsbeschwerde: „Seine Auswirkungen für die Berufsordnungen sind noch nicht abzusehen.“

In einem Informationsblatt hatte die Alpha Klinik ihre Chefärzte Dr. Jürgen Toft und Dr. Thomas Hoogland als „Kniespezialist“ und „Wirbelsäulenspezialist“ bezeichnet. Die Bayerische Landesärztekammer hielt diese Werbung für berufswidrig. Auf ihren Antrag

verurteilte das Landgericht München die Klinik auf Unterlassung (17 HKO 11298/99). Diesem Urteil folgte auch das Oberlandesgericht (29 U 6146/99). Die beiden Chefärzte rügten diese Entscheidungen mit einer Beschwerde vor dem Bundesverfassungsgericht.

### Patienten gut informieren

Dieses folgte dem Antrag der Beschwerdeführer. Die Begründung ist ein Sieg für den Patienten: Die Urteile der Vorinstanzen verletzten die Beschwerdeführer in ihrem Grundrecht. Beide Ärzte würden ausschließlich chirurgische Leistungen im Bereich des Knies (seit 1980) beziehungsweise der Wirbelsäule (seit 1989) erbringen. Der übliche Begriff „Facharzt für Orthopädie“ liefere dem

Patienten nicht den umfassenden Schutz durch Information. Der Verbraucher dürfe wissen, ob ein Arzt innerhalb seines Fachgebiets auf eine besondere Leistung spezialisiert sei.

Der Freistaat Bayern hat den Beschwerdeführern die notwendigen Auslagen für den jahrelangen Rechtsstreit durch alle Instanzen zu erstatten. Ein Sprecher der Alpha Klinik kommentierte: „Das Gericht hat gesunden Menschenverstand gezeigt – wer sich auf etwas spezialisiert hat, ist ein Spezialist.“

Im Sommer vergangenen Jahres hatte das Bundesverfassungsgericht bereits eine ähnliche Entscheidung auf dem Gebiet der Zahnheilkunde getroffen und zwei Implantologen erlaubt, ihre Spezialisierung öffentlich zu benennen (das tzb berichtete).

*Aktenzeichen: 1BvR 1147/01*

# Nach Befristung kein Anspruch auf Wiedereinstellung

## Aktuelles Urteil des Bundesarbeitsgerichts gibt Arbeitgeber recht

**Erfurt** (tzb). Läuft ein befristeter Arbeitsvertrag ab, so hat der Arbeitnehmer keinen Anspruch auf Festeinstellung. Das Bundesarbeitsgericht in Erfurt lehnte jetzt die entsprechende Klage eines Arbeitnehmers ab und bestätigte damit ein Urteil der Landesarbeitsgerichte Niedersachsen.

Geklagt hatte ein Mitarbeiter der Universität Hannover, der seit November 1988 auf Grund sechs befristeter Arbeitsverträge zunächst in Vollzeit sowie ab 1993 in Teilzeit beschäftigt war. Der letzte Arbeitsvertrag war 23. April 1996 geschlossen worden und für die Zeit vom 1. Mai 1996 bis 30. April 2000 befristet. Der Kläger vertrat in dieser Zeit wie auch in der Vergangenheit als Studienberater die dem Personalrat und dem Gesamtperso-

nalrat angehörende Stelleninhaberin. Diese war ab 1984 vollständig bzw. seit April 1993 zur Hälfte ihrer Arbeitszeit von der Arbeit freigestellt. Im Frühjahr 2000 wurde sie erneut in den Personalrat gewählt und freigestellt. Das beklagte Land lehnte eine Weiterbeschäftigung des Klägers über den 30. April 2000 hinaus ab und stellte als Vertretung für die Stelleninhaberin eine jüngere Angestellte ein.

Der Kläger hielt die Befristung des letzten Arbeitsvertrags für unwirksam und verlangte vom beklagten Land den Abschluss eines weiteren Vertrags. Die Klage hatte ebenso wie bereits in den Vorinstanzen beim 7. Senat des Bundesarbeitsgerichts keinen Erfolg. Die Befristung des letzten Arbeitsvertrags

war aus Sicht des Gerichts durch den Sachgrund der Vertretung gerechtfertigt. Ein Anspruch des Arbeitnehmers auf Wiedereinstellung bestehe nach Ablauf eines wirksam befristeten Arbeitsverhältnisses grundsätzlich auch dann nicht, wenn sich entgegen der ursprünglichen Prognose auf Grund neuer Umstände eine Möglichkeit zur Weiterbeschäftigung ergibt, urteilte das Gericht. Die Rechtssprechung des Bundesarbeitsgerichts zum Wiedereinstellungsanspruch nach betriebsbedingter Kündigung sei auf befristete Arbeitsverträge nicht übertragbar.

*Aktenzeichen: 7 AZR 600/00, Vorinstanz LAG Niedersachsen 5 Sa 289/00*

# Karies – stand im Mittelpunkt

## Symposium „Preventive Dentistry 2002“ an der Friedrich-Schiller-Universität Jena



**Jena.** In Zusammenarbeit mit dem WHO-Kollaborationzentrum „Prävention oraler Erkrankungen“ und dem Verein zur Förderung von Forschung und Lehre in der Zahnmedizin am Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena e.V. veranstaltete die Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde am 22./23. Februar das Symposium „Preventive Dentistry 2002“ unter der Leitung von Prof. Lutz Stöber. Die Themenschwerpunkte waren „Diagnostik und Management der initialen Kariesläsion“ und die „Beurteilung der kariespräventiven Wirksamkeit von Fluoriden und antibakteriellen Maßnahmen“. Darüber hinaus wurden Posterbeiträge zu freien Themen präsentiert.

### Computer errechnet Kariesrisiko

Zum ersten Schwerpunkt stellte Prof. van Palenstein Helderma (Niederlande) ein Computerprogramm zur Vorhersage des Kariesrisikos vor. Dieses Programm erlaubt nach Eingabe des Alters der Patienten, der Anzahl kariesfreier Milchmolaren, der Anzahl kariöser bleibender Zähne und der vom Zahnarzt eingeschätzten Kariesaktivität des Patienten eine Beurteilung der zukünftigen Kariesentwicklung. Anhand der kariesstatistischen Daten niederländischer Kinder von 7,5, 9,5 und 11,5 Jahren konnte eine weitere Kariesentwicklung mit einer Sensitivität von mehr als 80 Prozent und einer Spezifität von 38 bis 85 Prozent vorhergesagt werden. Nach Ansicht von Prof. van Palenstein Helderma erlaubt das Programm vor allem eine Gruppierung von Kindern, die keinerlei Präventionsmaßnahmen bedürfen.

Ausgehend von den WHO-Kriterien zur Kariesdiagnostik entwickelte Prof. Nyvad (Dänemark) ein neues Diagnostiksystem, das neben der Schwere auch die Aktivität kariöser Läsionen erfasst. Die Kriterien „kavitiert“ und „nicht-kavitiert“ werden zur Charakterisierung der Läsionsschwere herangezogen. Die Läsionenaktivität wird anhand der Oberflächenbeschaffenheit der Läsion (rau, weißlich, opak, glatt, glänzend, entfärbt) beurteilt. Nach Ansicht der Autorin erlaubt das Diagnostik-System im Vergleich zu den WHO-Kriterien eine „realistischere“ Einschätzung des Kariesbefalls, da die Erfassung initial kariöser Läsionen das „mögliche Kariespotential“ einer Population aufgezeigt werden kann.

Die Nutzung der elektrischen Widerstandsmessung (ECM) zur Diagnostik okklusaler Läsionen wurde von Prof. Huysmans (Niederlande) kritisch hinterfragt. Aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung mit ECM kam die Expertin zu der klaren Schlussfolgerung, dass diese Methode für die klinische Nutzung gegenwärtig keinen diagnostischen Gewinn bringt.

Die Leistungsfähigkeit der Laserfluoreszenz zur Okklusalkaries-Diagnostik im Hinblick auf eine präventive oder restaurative Behandlungsentscheidung wurde durch einen Methodenvergleich der Laserfluoreszenzmessung (DIAGNOdent), der Bissflügel-Röntgendiagnostik und der visuellen Inspektion beurteilt (R. Heinrich-Weltzien, FSU). Die Studie kommt zu der Schlussfolgerung, dass nach einer sorgfältigen visuellen Befundung eine ergänzende Diagnostik mit Bissflügelaufnahmen und/oder Laserfluoreszenz zur sicheren Detektion der okklusalen Dentinkaries vorgenommen werden sollte. Für eine sichere Erkennung von Schmelzläsionen erwies sich die Laserfluoreszenz weniger geeignet.

Schmelzläsionen der Glattflächen werden durch die quantitative lichtinduzierte Fluoreszenz (QLF) mit hoher Reproduzierbarkeit erfasst (Angmar-Månsson, Schweden). Gegenüber subjektiven Diagnostikmethoden (visuelle Untersuchung, Röntgendiagnostik, FOTI) erlaubt QLF eine quantitative Erfassung des Mineralverlustes und die Bestimmung der Größe einer Läsion. Als positiver Nebeneffekt

wurde eine erhöhte Motivation zur Verbesserung der oralen Hygienegewohnheiten bei den Patienten nach der bildliche Darstellung ihrer kariösen Läsionen beobachtet. QLF könnte zukünftig die Durchführung klinischer Studien mit einer größeren Probandenzahl und einer kürzeren Untersuchungszeit erlauben.

Dr. Mejare (Schweden) stellte klar heraus, dass die Röntgendiagnostik mit Bissflügel-Aufnahmen ein wichtiges Hilfsmittel zur Kariesdiagnostik der Approximalfächen darstellt, obwohl es der Methode an Reliabilität und Validität fehlt. Anhand von Bissflügel-Aufnahmen kann dem Patienten die Notwendigkeit von Präventionsmaßnahmen zur Vorbeugung der Progression von approximalen Schmelzläsionen sowie die Indikation zur restaurativen Behandlung aufgezeigt werden. Die faseroptische Transillumination (FOTI) wurde in diesem Zusammenhang als eine wertvolle nicht-invasive Diagnostikmethode herausgestellt, die die klinische Untersuchung im Hinblick auf eine restaurative Behandlungsentscheidung unterstützen kann (C. Pine, Großbritannien).

Im Ergebnis der Methodenvergleiche wurde deutlich, dass keine Diagnostikmethode derzeit in der Lage ist, ausreichend sicher eine differenzierte Behandlungsentscheidung zwischen einer invasiven und präventiven Intervention an der einzelnen Zahnfläche zu ermöglichen.

### Effizienz von Fluoriden

In der Runde „Kariespräventive Effizienz von Fluoriden“ wurden die lokale und systemische Fluoridapplikation einer vergleichenden Bewertung unterzogen. Einleitend stellten Prof. Robinson (England) und Prof. ten Cate (Niederlande) die physiko-chemischen Grundlagen der Wechselwirkung von Fluorid und Zahnschmelz dar. In Gegenwart von Fluorid wird die Löslichkeit von Hydroxylapatit verringert und die Remineralisation des Zahnschmelzes begünstigt. Dieses Gleichgewicht kehrt sich bei fehlender Fluoridverfügbarkeit um. In Abhängigkeit vom pH-Wert fällt ab einer Konzentration von >10 ppm Fluorid als Kalziumfluorid auf der Zahnoberfläche aus. Dieser Mechanismus begründet

im wesentlichen die lokale Effektivität der Fluoride und die Notwendigkeit einer regelmäßigen Fluoridanwendung. Patienten mit einem erhöhten Kariesrisiko sollten hochdosierte Fluoridpräparate erhalten, um ein Kaliumfluoriddepot auf der Zahnoberfläche zu schaffen.

Der kariesprotektive Effekt fluoridhaltiger Zahnpasten ist bei Patienten mit geringer Kariesaktivität ausreichend, während bei Patienten mit einem erhöhten Kariesrisiko der zusätzliche Gebrauch von Fluorid-Gelen oder -Lacken sowie Mundspüllösungen ratsam ist (Prof. E. Hellwig, Freiburg). Darüber hinaus wurde aufgezeigt, dass unterschiedliche Fluoridverbindungen (NaF, MFP) in Zahnpasten keine Unterschiede bezüglich des kariespräventiven Effekts aufweisen, jedoch höhere Fluoridkonzentrationen in den Zahnpasten stets zu einem geringeren Karieszuwachs führten (Koch, Schweden). Untersuchungen zur Gesamtfluorid-Aufnahme bei Vorschulkindern (3 bis 6 Jahre) wiesen aus, dass etwa die Hälfte des Fluorids durch Fluoridtabletten aufgenommen wurde, 30 Prozent durch das Verschlucken von fluoridhaltiger Zahnpasta und 22 Prozent durch die Nahrung (Hetzler, Dresden). Die Essentialität von Fluorid für die Allgemeinentwicklung zeigte Prof. Bergmann (Berlin) im Rahmen einer Untersuchung von Säuglingen auf. Die Säuglinge hatten ab der 1. Lebenswoche oder ab dem 7. Lebensmonat eine Fluorid-

supplementierung (0,25 mg/Tag) erhalten. Im ersten Halbjahr wuchsen Kinder ohne Fluoridsupplement langsamer, der Wachstumsrückstand wurde jedoch bis zum 12. Lebensmonat aufgeholt, wenn ab dem 7. Lebensmonat Fluorid supplementiert wurde. Bei Kindern, die ab ihrer Geburt ein Fluoridsupplement erhielten, begann der Milchzahndurchbruch zwei Wochen früher als bei Kindern ohne Fluoridverabreichung.

Nach Ansicht von Prof. Stöber (Jena) kann aufgrund eines fehlenden Zusammenhangs zwischen der Fluoridkonzentration in der Plaque und Zahnhartsubstanz momentan keine Aussage getroffen werden, ob das Kariesrisiko durch Fluoridapplikation evidenz-basiert reduziert werden kann, obwohl die kariespräventive Wirkung der Fluoride unumstritten ist. Zusammenfassend wurde in der Diskussion klar herausgestellt, dass die systemische Verfügbarkeit von Fluoriden im Vergleich zur Lokalapplikation für eine effektive Kariesprävention von untergeordneter Bedeutung ist.

### **Antibakterielle Maßnahmen**

Die Frage nach der kariespräventiven Effektivität antibakterieller Maßnahmen ergibt sich unter anderem aus der Beobachtung, dass die Höhe der Mutans-Streptokokkenzahl im Speichel bei der frühkindlichen Karies ein be-

deutender Kariesrisiko-Faktor darstellt (Borutta, Jena). Nach Ansicht von Prof. Holbrook (Island) können jedoch weniger kariogene Mutans-Stämme mit der übrigen oralen Mikroflora bei kariesfreien Probanden wirksamer konkurrieren als stärker kariogene. Dies lässt den Einsatz von antibakteriellen Maßnahmen eher fragwürdig erscheinen, zumal eine Elimination der Mundflora weder möglich noch wünschenswert ist. In diesem Zusammenhang wurde der kariespräventive Langzeiteffekt von Chlorhexidin-Applikationen kontrovers diskutiert, da nur einige Studien einen kariesprotektiven Effekt aufwiesen (Kneist, Jena/ Grindefjord, Schweden). Die Kombination von Chlorhexidin- und Fluoridpräparaten führt nach Ansicht von Prof. Twetman (Schweden) zu keinen besseren Ergebnissen als der Einsatz von Fluorid allein, so dass überzeugende Beweise für die Wirksamkeit einer Kombinationstherapie nach wie vor fehlen.

Das Symposium zeichnete sich durch eine kreative und kritisch-konstruktive Arbeitsatmosphäre aus und wurde dadurch für Vortragende wie Zuhörer zu einem gelungenen Austausch von neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und von Problemen der täglichen zahnärztlichen Praxis.

*Dr. Thorsten Henning  
Poliklinik für Präventive  
Zahnheilkunde*

## **Akademiker werden „verschrottet“**

### **Jenaer Universitätsprotest gegen neues Hochschulrahmengesetz**

**Jena** (fsu). Mit einem Protestbrief haben sich Ende Februar Wissenschaftler der Friedrich-Schiller-Universität Jena an Bundeskanzler Gerhard Schröder (SPD) gewandt. Darin wenden sie sich gegen das neue Hochschulrahmengesetz (HRG). Der Kanzler wird aufgefordert, das HRG überarbeiten zu lassen. In seiner jetzigen Fassung gefährde es die Zukunft der deutschen Hochschulen und ihres wissenschaftlichen Nachwuchses.

Hintergrund der Befürchtungen: Bisher mussten junge Wissenschaftler, die eine Professur anstrebten, nach ihrer Promotion eine Habilitationsschrift anfertigen. Das neue Gesetz sieht stattdessen eine Juniorprofessur vor, die auf sechs Jahre befristet ist. Wem nach Ablauf dieser Zeit der Sprung auf eine volle

Professorenstelle nicht gelingt, der muss die Universität verlassen. Darüber hinaus legt das neue HRG fest, dass künftig Nachwuchswissenschaftler an Hochschulen und öffentlichen Forschungseinrichtungen höchstens 12 Jahre befristet beschäftigt dürfen – in der Medizin maximal 15 Jahre. Da nur wenige Nachwuchswissenschaftler eine Professur oder eine unbefristete Stelle an einer Hochschule oder Forschungseinrichtung erhalten können, würden die meisten von ihnen nach Ablauf der Frist außerhalb des wissenschaftlichen Arbeitsmarktes unterkommen müssen, heißt es in einer Presseerklärung der Universität.

Die Wissenschaftler der FSU Jena halten das HRG für nicht geeignet, die Leistungsfähig-

keit der deutschen Hochschulen zu verbessern. Vielmehr sei es eine international einmalige bürokratische Gängelung, die die Anpassungsfähigkeit und Kompetenz des Wissenschaftsbetriebs einschränke. Die geplanten Maßnahmen gingen zu Lasten der Qualität in Forschung und Lehre. So müssten zahlreiche Stellen abgebaut werden, um die Juniorprofessuren finanzieren zu können.

Die Begrenzung der Arbeitsverhältnisse auf höchstens 12 bzw. 15 Jahre führe zu einer „Verschrottung“ des wissenschaftlichen Nachwuchses. Das Niveau der Lehre an den Unis werde daher zwangsläufig sinken, eine akademische Laufbahn zum unkalkulierbaren Wagnis.

S. Richter<sup>1</sup>, P. Hyckel<sup>2</sup>, U. Langbein<sup>1</sup>,  
Abteilung für Kieferorthopädie<sup>1</sup>, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie<sup>2</sup>,  
Friedrich-Schiller-Universität Jena

Cherubismus ist eine seltene hereditäre, autosomal-dominante, Erkrankung der maxillo-fazialen Region, die durch Deformierung von Unter- und Oberkiefer sowie Entwicklung fibröser Gewebemassen gekennzeichnet ist. Charakteristisch ist die faziale Schwellung des unteren Gesichtsdrittels. Die Pathogenese ist unvollständig aufgeklärt, allgemein akzeptierte Therapiestrategien existieren nicht. In der vorliegenden Arbeit berichten wir über eine Familie, in der Vater und Sohn an Cherubismus erkrankten. Die Therapie wird im Hinblick auf die aktuelle Literatur diskutiert.

Cherubismus ist eine seltene autosomal-dominante Erkrankung und bedeutet für den Behandelnden eine diagnostische und therapeutische Herausforderung<sup>1</sup>. Der Name „Cherubismus“ geht auf den Kanadier Jones (1933) zurück. Er verglich die betroffenen Patienten mit Cherubinen auf den Gemälden von RUBENS, die durch ihre Pausbäckigkeit und die nach oben gerichteten Augen auffielen<sup>2</sup>. Die Vererbbarkeit des Cherubismus wurde bereits 1962 an 65 Fällen, die sich auf 21 Familien verteilten, nachgewiesen<sup>3</sup>. Die Autoren schlussfolgerten, dass dem Cherubismus ein autosomal-dominant vererbbares Gen mit wechselhafter Expressivität und einer Penetranz von 100% beim männlichen und 50-70% beim weiblichen Geschlecht zugrunde liegt<sup>4</sup>. Das verantwortliche Gen wurde auf Chromosom 4p16.3 lokalisiert<sup>5</sup>. Es wurde auch über autosomal-rezessive Vererbungsmuster berichtet, ebenso existieren Fallberichte über Patienten ohne Familienanamnese<sup>6</sup>.

Die Diagnose wird während der Pubertät klinisch sowie mit Hilfe von radiologischen und pathohistologischen Befunden gestellt. Charakteristisch sind die beidseitigen symmetrischen Auftreibungen des Unterkiefers verbunden mit der Ausbildung von Pausbacken. Die knöchernen Auftreibungen lassen sich

zunächst in den Molarenregionen des Unterkiefers nachweisen und später im Kieferwinkelbereich; im dorsalen Vestibulum sind sie besonders ausgeprägt und lassen sich gut palpieren. Mit zunehmender Progredienz werden Rami mandibulares, Unterkieferkörper und schließlich Oberkiefer erfasst. Am Oberkiefer sind die Tuber maxillae betroffen und der Alveolarkamm verbreitert. Ein isolierter Befall des Oberkiefers ohne Unterkieferbeteiligung wurde bisher nicht beschrieben. Insgesamt verläuft der Cherubismus in Schüben, Erstmanifestationen wurden nicht vor dem zweiten Lebensjahr beobachtet. Bis zur Pubertät nimmt die Aktivität der Erkrankung häufig wieder ab und zeigt später die Tendenz zur Regression.

Die Knochenwucherungen bewirken ein Verdrängen der Augen nach oben, so dass bei nach oben gerichtetem Blick und Sichtbarwerden eines schmalen weißen Sklerastreifens die jungen Patienten das Aussehen betender Engel annehmen (Cherubinen). Allerdings tritt der himmelwärts gerichtete Blick, verbunden mit dem zwangsläufigem Hervortreten der Skleren, nur bei extremer Ausweitung des Oberkiefers nach kranial und frontal auf. Ursächlich sind die Verdickungen des unteren Orbitalrandes beteiligt.

Oft kommt es zu vorzeitigem Milchzahnverlust, Durchbruchstörungen der permanenten Zähne und Zahnfehlstellungen. Die bleibenden Zähne können aus dem Zahnbogen verdrängt, gelockert, teilretiniert oder nicht angelegt sein. Paraklinisch finden sich normale Kalzium- und Phosphatwerte. Die Röntgenbefunde zeigen aufgetriebene Mandibular- und Maxillarknochen mit trabekulären Zeichnungen und Zystenbildungen. Diese Zysten können gekammert imponieren, die Ursache dafür ist der Ersatz des Knochens durch fibröses Gewebe. Durch den Verbleib feiner Knochen trabekel bilden sich multilokuläre Aufhellungen, die radiologisch Zystenforma-

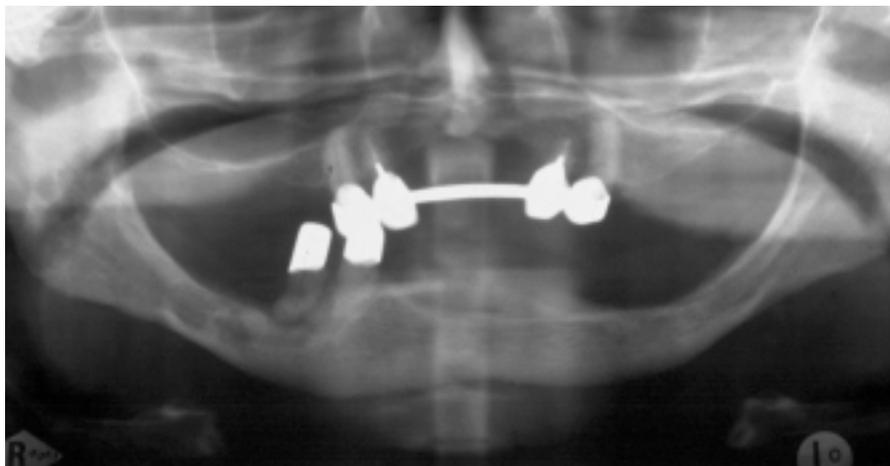
zum Heraustrennen  
und Sammeln

### Korrespondenzanschrift:

Dr. Sabine Richter  
Friedrich-Schiller-Universität Jena  
Zentrum für Zahn-, Mund-  
und Kieferheilkunde  
Abteilung für Kieferorthopädie  
An der Alten Post 4  
07743 Jena

### Literatur:

- Morley KR, Stoneman DW: Cherubism: a diagnostic and orthodontic challenge. *Ont Dent* 1984, 61 :22-23.
- Jones WA: Cherubism. *Amer J Cancer* 1933, 17:946.
- Anderson DE, McClendon JL: Cherubism. *Oral Surg* 1962, 15:5.
- Haunfelder D: "Cherubism", a familial disease of the jaw bones. *Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd Zentralbl Gesamte* 1967, 49:59-71.
- Mangion J, Rahman N, Edkins S, Barfoot R, Nguyen T, Sigurdsson A, Twonend JV, Fitzpatrick DR, Flanagan AM, Stratton MR: The gene for cherubism maps to chromosome 4p16.3. *Amer J Hum Genet* 1999, 65:151-157.
- Kozakiewicz M, Perczynska-Partyka W, Kobos J: Cherubism – clinical picture and treatment. *Oral Dis* 2001, 7:123-130.
- Stiller M, Urban M, Golder W, Tiziani V, Reichenberger E, Frege J, Opitz C, Peters H: Craniosynostosis in cherubism. *Amer J Med Genet* 2000, 95:325-331.
- Kuepper RC, Harrigan WF: Treatment of mandibular cherubism. *J Oral Surg* 1978, 36 :638-341.
- Yalcin S, Yalcin F, Soyuncu M, Gunham O: Gingival fibromatosis combined with cherubism and psychomotor retardation: a rare syndrome. *J Parodontol* 1999, 70:201-204.
- Faircloth WJ, Edwards RC, Farhood VW: Cherubism involving a mother and daughter: case reports and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 1991, 49:535-542.
- Zachariades N, Papanicolaou S, Xypolyta A, Constantinidis I: Cherubism. *Int J Oral Surg* 1985, 14:138-145.
- Grau H, Hardt N, Steinhauser EW: Forms of the course of the disease and therapeutic measures in cherubism. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 1986, 96:835-843.



**Abb. 1:** OPG des Patienten im Alter von 28 Jahren. Die bleibenden Zähne wurden überkront und dienen als Prothesenlager.



**Abb. 3:** OPG vor Behandlungsbeginn mit multiplen zystischen Aufhellungen und Verlagerung der Zahnkeime.

tionen ähneln. Die ebenfalls häufig nachweisbaren umschriebenen radioluzenten symmetrischen Areale im Kieferwinkelbereich stellen Riesenzellläsionen dar. Die Kiefergelenke sind bei der Prozessausdehnung in die Rami mandibulae nicht osteolytisch verändert. Die Inzisura mandibulae wird durch die Ausbuchtung der Kortikalis nach kranial und durch die Aufblähung des Processus muscularis aufgehoben. Der Canalis mandibularis wird nach kaudal verlagert. Der Unterkieferkörper ist verschmälert. Extrakranielle skelettale Manifestationen sind selten<sup>7</sup>. Besonders in der regressiven Phase lässt sich als Ausdruck des gesteigerten Knochenumbaus szintigraphisch eine hochgradige Aktivitätsanreicherung radioaktiver Isotope nachweisen.

Vor der endgültigen Diagnose Cherubismus und dem Beginn der Behandlung müssen einige Differentialdiagnosen ausgeschlossen werden. Dazu gehören vor allem die ver-

schiedenen Varianten der fibrösen Dysplasie, Hand-Schüller-Christian's Erkrankung (Histiozytosis X, maligne Retikulozytose), Morbus Paget, Oberkieferosteomyelitis, chronische Zahnkeimabszedierung, Zahnzysten, Enuliden, Adamantinome, Osteoklastome, sowie der umschriebene Riesenzellwuchs des Gesichts. Häufig werden beim Cherubismus zervikale Lymphknotenschwellungen beobachtet, die in der Regel auf einer chronischen unspezifischen Entzündung mit Sinuskatarrh beruhen. Es wird gegenwärtig noch kontrovers diskutiert, ob eine Beziehung zum Grundleiden besteht.

Die histologische Untersuchung der entnommenen Gewebeareale zeigt Fibroblasten mit unterschiedlichem Kollagenanteil, ausgeprägter Vaskularisierung, Ablagerungen von Hämosiderin und Einlagerungen zahlreicher mehrkerniger Riesenzellen.

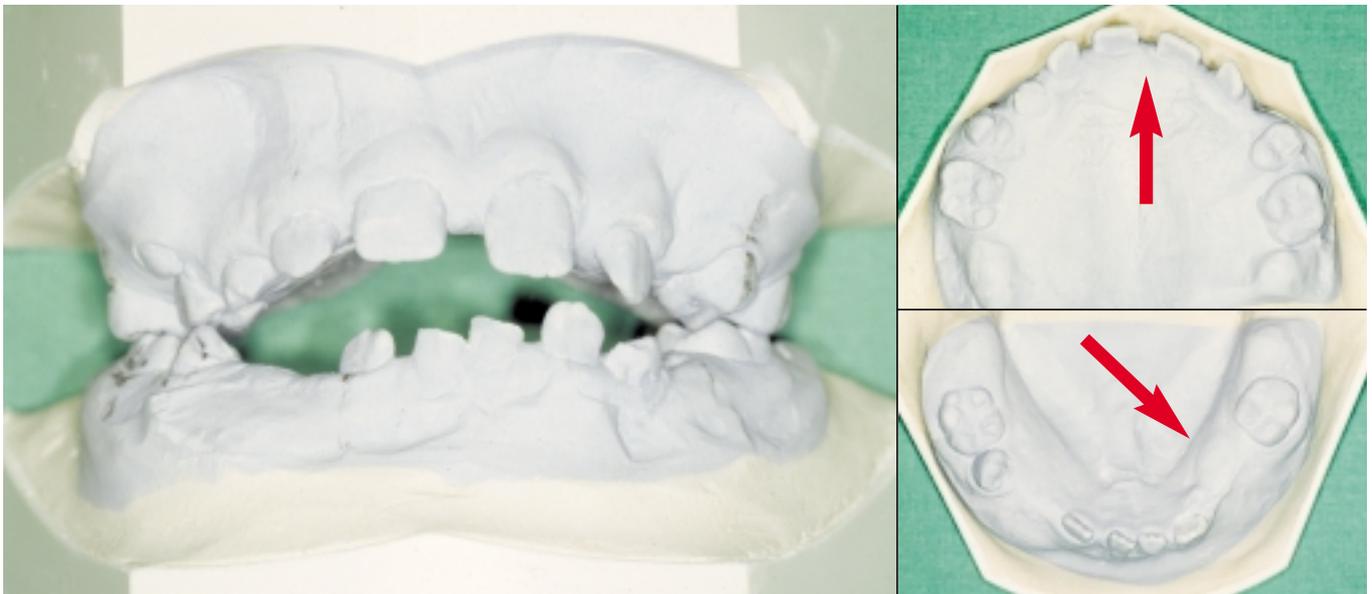


**Abb. 2:** Patient im Alter von 10 Jahren mit den charakteristischen Cherubismus-Pausbacken und prominentem unteren Gesichtsdrittel. Es besteht weiterhin eine Zahnfehlstellung bei erschwerter Mundschluss.

Über den Cherubismus existiert nur eine geringe Anzahl von Veröffentlichungen, unter denen Fallberichte überwiegen (211 Literaturangaben laut Medlinerecherche 1964–2002). Es wird eine Vielzahl von unterschiedlichen therapeutischen Möglichkeiten diskutiert. Generell erstreckt sich die Behandlung über mehrere Jahre und erfolgt multidisziplinär. Zu den chirurgischen Therapieoptionen gehören Zahnextraktionen und Zahnkeimentfernungen, Unterkieferkürretagen, Gingivaektomien und Rekonturierungen<sup>1,8,9</sup>. Dagegen favorisiert eine konservative therapeutische Schule das Zuwarten ohne aktive Behandlung<sup>4,6,10–12</sup>, da Spontanremissionen wiederholt beobachtet wurden<sup>10</sup>. Die psychische Situation der Patienten sollte dabei nicht vernachlässigt werden. Als weitere Therapiemöglichkeit wurde die Bestrahlung der Unterkieferregion vorgeschlagen, die jedoch heute aufgrund unbefriedigender Ergebnisse abgelehnt wird<sup>10</sup>.

Die Diagnose Cherubismus wurde bei dem Vater unseres Patienten als Sechsjähriger gestellt. Im Alter von zehn Jahren wurde bei ihm eine chirurgische Kürretage durchgeführt. Aufgrund von ausgeprägter Karies erfolgten zahlreiche Zahnextraktionen. Seit dem 12. Lebensjahr ist er Prothesenträger. Die verbliebenen Zähne zeigen starke Wurzelresorptionen. Gegenwärtig ist er durch eine zunehmende kraniomandibuläre Dysfunktion belastet. Beide Kiefergelenkköpfe weisen starke Abbauvorgänge auf (Abb. 1).

Der Sohn wurde im Alter von zehn Jahren in unserer Klinik vorgestellt (Abb. 2). Bei



**Abb. 4:** Ausgangsmodelle der kieferorthopädischen Behandlung mit knöchernen Auftreibungen und Zahnstellungsanomalien.

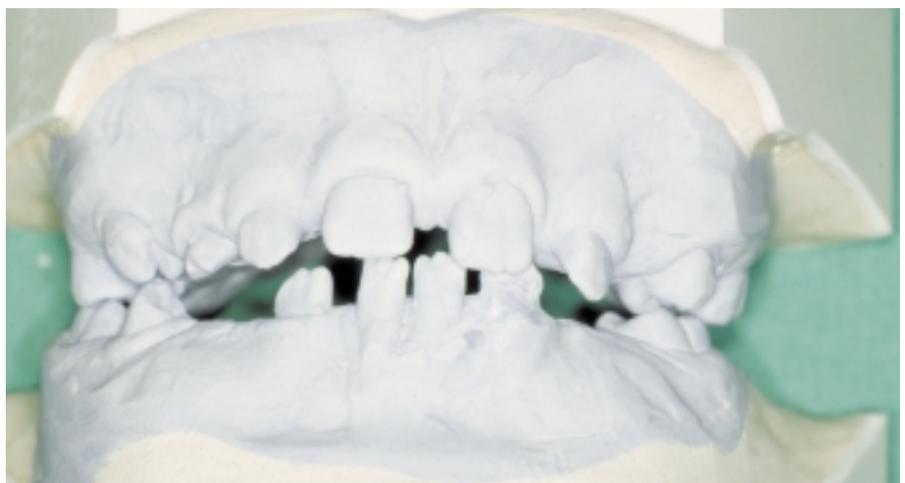
der kieferorthopädischen Vorstellung fanden sich bilaterale symmetrische Schwellungen des Unterkiefers. Er war in gutem Allgemein- und Ernährungszustand, von normaler Statur und wies einen altersentsprechenden Intellekt auf. Die ophthalmologischen Untersuchungen waren regelrecht. Das Orthopantomogramm (OPG) zeigte multiculäre zystische Läsionen und eine verdickte Kortikalis des Mandibularknochens. Die Zahnkeime lagen gestaffelt und wiesen Wurzelresorptionen auf (Abb. 3). Der kieferorthopädische Untersuchung ergab die folgenden Merkmale: Unterkieferrücklage, offener Biss, Zungendysfunktion, Zahnformanomalien und ausgeprägte Zahnfehlstellung (Abb. 4). Bis zu der Vorstellung in unserer Klinik waren keine chirurgischen oder kieferorthopädischen Maßnahmen erfolgt.

Wir behandelten den Patienten über einen Zeitraum von zwei Jahren. Die interdisziplinäre Therapie bezog Kieferchirurgen, Kieferorthopäden und Logopäden gleichermaßen ein. Zunächst wurden vier Zahnkeime extrahiert, um den Durchbruch der Prämolaren zu ermöglichen. Danach erfolgte die Anfertigung eines modifizierten Elastischen Offenen Aktivators (EOA) (Abb. 5), der von dem Patienten Tag und Nacht getragen wurde. Gleichzeitig wurde die Zungendysfunktion durch intensive logopädische Behandlung therapiert. Zur Konditionierung der perioralen Muskulatur wurden myofunktionelle Übungen verordnet.

Gegenwärtig ist das von uns angestrebte Behandlungsziel erreicht, das heißt, der offene Biss wurde geschlossen, die Zungenfunktion



**Abb. 5:** Modifizierter EOA zur funktionellen Umorientierung der perioralen Muskulatur und zur Umstellung der Bisslage.

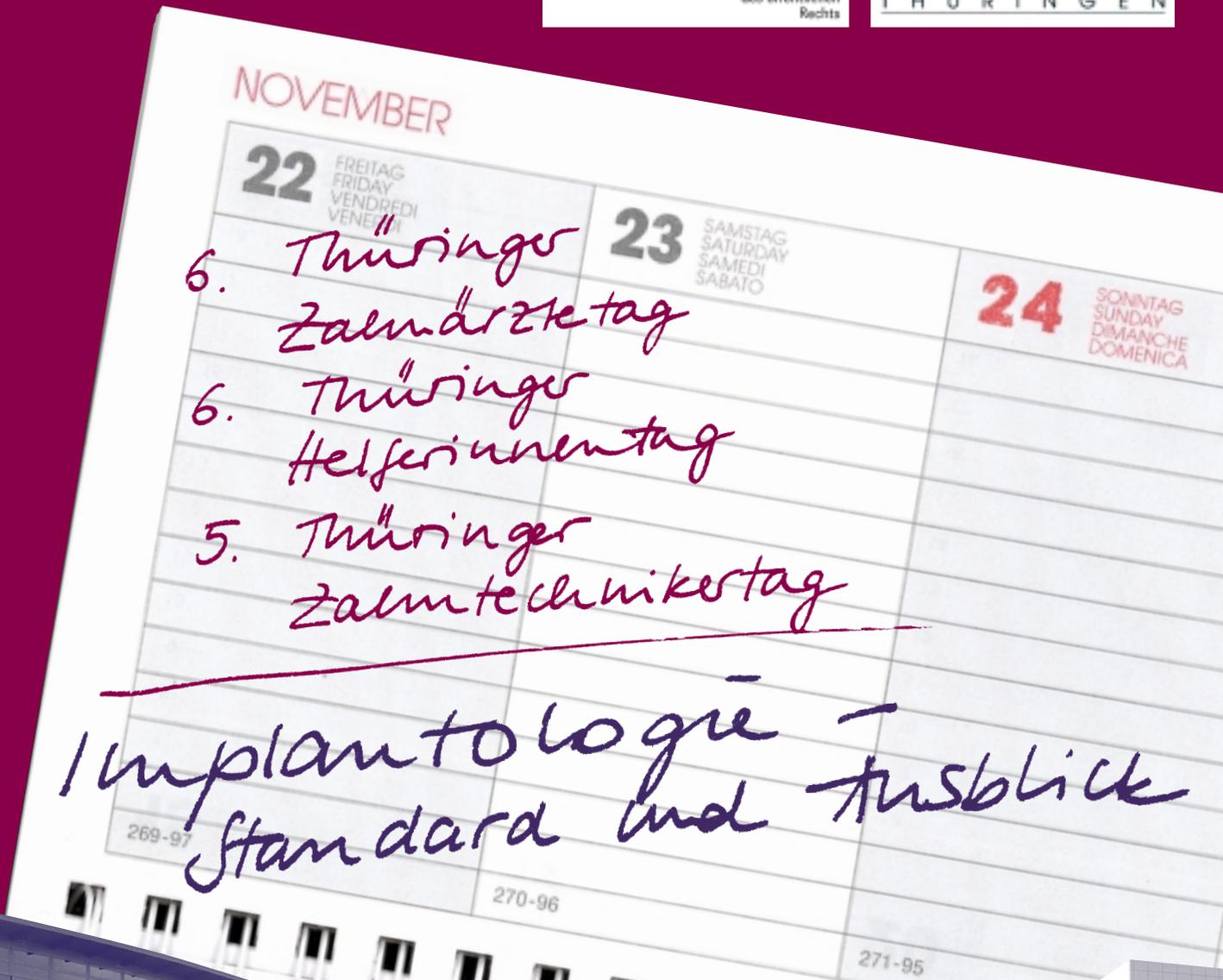


**Abb. 6:** Abschlussmodell nach funktioneller Behandlung mit gutem kieferorthopädischem Ergebnis.

normalisiert und die Kieferbasen in Neutralbisslage eingestellt (Abb. 6). Der Patient verbleibt zur Stabilisierung der Behandlungser-

gebnisse sowie zur gegebenenfalls erforderlichen weiteren kieferorthopädischen Therapie in unserer Betreuung.

Internet: <http://www.zae-tag.de>  
E-Mail: [zaet-info@zae-tag.de](mailto:zaet-info@zae-tag.de)



22. bis 23. 11. 2002

Messe Erfurt

Dentalausstellung

# Norderney – Kontinuität in der Fortbildung

## Reichhaltige Kurs- und Seminarangebote vom 25. Mai bis 1. Juni

**Norderney.** Vom 25. Mai bis 1. Juni 2002 veranstaltet federführend das Karl-Häupl-Institut als Fortbildungszentrum der Zahnärztekammer Nordrhein mit der LZK Thüringen, der KZV Nordrhein und der Vereinigung Umfassende Zahntechnik (VUZ) die 37. Fortbildungswoche (FW) in Norderney.

Erfahrungsgemäß verlieren jährliche Fortbildungsveranstaltungen zunehmend an Attraktivität, da die aktuellen Themen ausgehen. Nicht so bei den Veranstaltern der in Norderney, da sie sich durch Tradition und Kontinuität als eine der wenigen einwöchigen Veranstaltungen behaupten konnte, ganz nach dem Motto „Das Angenehme mit dem Nützlichen zu verbinden“. Beides ist im Überfluss da.

Für den Sonntag ist als Rahmenprogramm eine Wattwanderung mit Botanischer Exkursion, eine Fahrradtour über die Insel oder der Besuch des Meerwasserwellenbades organisiert. Für die vielen anderen Angebote auf der Insel läßt das wissenschaftliche Programm von 9.15 Uhr bis Mitternacht (ab 20.00 Uhr ist jeweils Kongressstammtisch) leider keine Zeit.

### Programm für Praktiker

Ging es im vergangenen Jahr vor allem um neue Aspekte in der Prothetik, Parodontologie, Kieferchirurgie (bestritten von Referenten der FSU Jena), Kieferorthopädie und Praxismanagement, hat die diesjährige Fortbildungswoche folgenden Themenkatalog:

- Montag:** Kinderzahnheilkunde
- Dienstag:** Parodontologie  
(Thüringer Referenten)
- Mittwoch:** Berufspolitischer Tag
- Donnerstag:** Zirkonkeramik mit Schwerpunkt der CAD/CAM-Technik
- Freitag:** Endodontie
- Samstag:** Praxismanagement und „Neue Konzepte und Leitlinien in der zahnärztlichen Chirurgie“

Das Seminarangebot ist wieder reichhaltig: Es umfasst einen Computerworkshop über 50 Stunden, einen fünfteiligen Kurs NLP (Neurolinguistisches Programmieren), einen dreiteiligen Kurs Parodontologie, einen

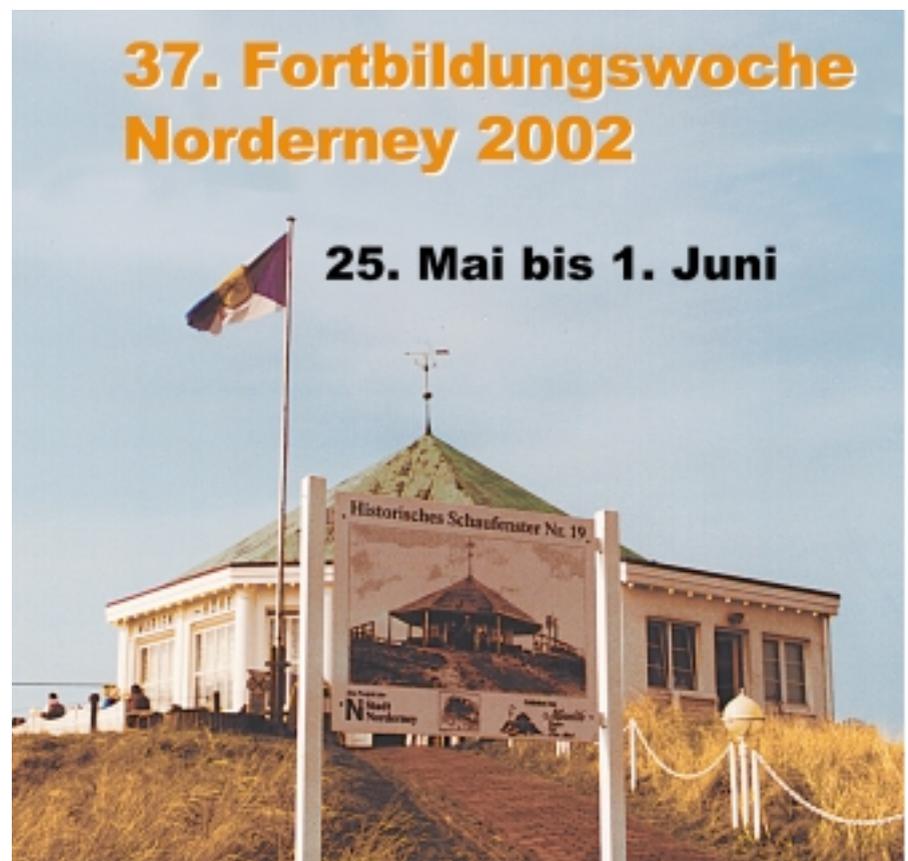
zweiteiligen Kurs Geweberegenerationstechnik und einen dreiteiligen Kurs Kinderzahnheilkunde. Weitere praktische Unterweisungen in „Pflege und Wartung von Hand – und Winkelstücken“, einem Schleifkurs für Parodontalinstrumente, in Kofferdamhandhabung, sowie Informationen über Abrechnung und Umsetzung gesetzlicher Vorschriften in der Praxis werden geboten.

Die Referenten vermitteln keine wissenschaftlichen Sensationen, sondern praxisre-

levantes Fachwissen, seitens der Organisatoren wird der pädagogische Grundsatz der Wiederholung zu dessen Festigung angewandt.

### Rückblende und Vorschau

Besonders augenfällig in Tradition und Kontinuität ist der berufspolitische Tag. Im letzten Jahr war es gelungen, mit Peter Schmidt, gesundheitspolitischer Referent der SPD-Bun-



### Gemeinschaftsveranstaltung



Karl-Häupl-Institut  
Fortbildungszentrum der  
Zahnärztekammer Nordrhein



### Informationen und Anmeldung:

Telefon: (0361) 7432-107 Frau Held  
(0361) 7432-108 Frau Westphal  
Fax: (0361) 7432-185  
E-Mail: fb@lzkth.de

destagsfraktion, einen kompetenten Vertreter der Gesundheitspolitik zu gewinnen. Das Tagesthema: „Im Spannungsfeld von Gesundheitspolitik und gesetzlicher Krankenversicherung“ und das Resümee „Wege aus dem gesundheitspolitischen Dschungel“ klangen verheißungsvoll, aber blieben im Inhalt orientierungslos.

Die Regierungspartei ist lediglich in der Phase der Standortbestimmung mit ernüchternden Ergebnissen: Für die nächste Generation müsste der Beitragssatz auf 31 Prozent steigen, wenn weiterhin die Versorgung nach aktuellem Standard vorgenommen werden soll, dabei wurde aber im vergangenen Jahr noch die Senkung der Arbeitslosenzahlen vorausgesetzt. Für die SPD steht das Solida-

ritätsprinzip in der Gesundheitsversorgung nicht zur Disposition mit den Grundsätzen „Die Gesunden für die Kranken, die Jungen für die Alten, die Reichen für die Armen“ mit dem Anspruch, dass jeder Patient das Recht hat, nach modernen Kriterien optimal versorgt zu werden. Die wirtschaftliche Basis bröckelt aber unaufhaltsam, das medizinische Wissen explodiert geradezu und jede Innovation ist kostenintensiv und Peter Schmidt musste seinerzeit bekennen, dass ein lebenslanger Vollbeschäftigungsstatus ein Auslaufmodell ist, viele Jobs werden versicherungsfrei und damit sinkt das Beitragsaufkommen und die stetig alternde Gesellschaft hebt das Solidaritätsprinzip endgültig aus den Angeln. Politisch will die Koalitionsregierung sicher bis zur Bundestagswahl am

Solidaritätsprinzip festhalten, aber operativ wird schon für den Tag danach gearbeitet. Lösungsvorschläge könnten lauten: Beiträge erhöhen oder Beiträge stabil halten, aber Leistungen streichen oder aber Beiträge stabil halten, aber nur Regelleistungen finanzieren.

Für den berufspolitischen Tag der diesjährigen Fortbildungswoche wurde der FDP-Obmann im Gesundheitsausschuss des Bundestages, Detlef Parr, verpflichtet.

Das besondere Flair der Kurinsel Norderney lässt aber zumindest für die Tage der Fortbildungswoche alle Probleme vergessen, da alles nur Theorie ist und nützlich zu wissen.

*Prof. Dr. Gerold Löwicke, Gotha*

## Dissertationen

### Die Oberflächenbearbeitung von gegossenem Titan mit rotierenden Instrumenten – experimentelle Untersuchungen zum Nachweis optimaler Hilfsmittel und Methoden

*vorgelegt von Norbert Voß  
(Wutha-Farnroda)*

Titan ist ein in der Medizin und zahnmedizinischen Implantologie erprobtes Material. Seine Biokompatibilität wurde experimentell bewiesen und durch klinische Erfahrungen abgesichert. Das Einsatzspektrum von Titan reicht heute von Zahnrestaurationen über Brücken und Gussprothesen mit Klammern bis hin zu aufwändigem kombiniert festsitzend und herausnehmbaren Zahnersatz. Bei der klassischen Anwendung rotierender Instrumente kommt es zu einer schlechten Wärmeableitung. Lokale Überhitzungen der Oberfläche fördern die Einlagerung von Sauerstoff und weiteren Elementen (z.B. N, H, C) in die obersten Schichten und somit eine Oberflächenhärtung.

Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist die Notwendigkeit zur Optimierung der Oberflächenbearbeitung von gegossenem Titan. Das Ziel der experimentellen Untersuchungen war eine Oberflächenbewertung nach verschie-

denen laboratoriumsüblichen Bearbeitungsmethoden (Korundstrahlen, Fräsen, Schleifen,...) zum Nachweis optimaler Hilfsmittel und Methoden. Die Bearbeitungszustände der Oberflächen wurden durch Auflichtmikroskopie, Profilographie und Reflexionsgradbestimmung ausgewertet.

Folgende grundlegenden Bearbeitungshinweise müssen bei der Anwendung rotierender Instrumente zur Oberflächenbearbeitung von Titan beachtet werden: Titan sollte ständig schneidend, mit geringem Druck, niedriger Drehzahl, in kleinen Bearbeitungsschritten und mit intermittierender, wechselseitiger Handführung des Handstückes bis zur Hochglanzpolitur bearbeitet werden. Vor dem Kontakt mit Wasser ist auf eine ausreichende Passivierungszeit von mindestens zehn Minuten achten.

Für die Bearbeitungsmittel gelten folgende „speziellen Bearbeitungshinweise“:

1. Das Sandstrahlen der Gussobjekte zur Entfernung von Einbettmasseresten und „a-case“-Resten sollte nur mit einem Druck bis 2 bar erfolgen.
2. Die neu entwickelten Fräserformen und -größen sowie -feinheitsgrade eignen sich für den Einsatz in schlecht zugänglichen Stellen bis zum Erreichen einer recht hohen Oberflächengüte.

3. Silikongebundene Feinstschleifer und keramische Schleifkörper verschmieren schnell aufgrund der schlechten Spanableitung. Nur der Titapol-Vorpolierer, ein silikongebundener Feinstschleifkörper, erreicht eine Oberflächengüte ähnlich dem 1000er Schleifpapier.

4. Das Schleifpapier ausgehend von einer 240er bis zu einer 1000er Körnung stellt eine gute Möglichkeit zur schneidend-abtragenden Ausarbeitung von größeren Flächen dar.

5. Die Unterschiede zwischen den Polierpasten sind sehr groß. Die Verwendung nur einer Polierpaste zur Erzielung einer optimal- hochglanzpolierten Oberfläche ist nur mit wenigen Produkten möglich. Die „Tiger-Brillant“-Polierpaste (Dentaurum) entwickelte im Rahmen der Untersuchungen die beste Oberflächengüte.

Ergebniszusammenfassung: Die unkritische Übertragung der Bearbeitungsmethodik für die herkömmlichen Dentallegierungen führt bei Titan nicht zum Erfolg. Eine Beachtung der völlig anderen spezifischen Eigenschaften von Titan und eine darauf abgestimmte Modifizierung der Bearbeitungsmethodik ist zur individuellen Verarbeitung des Materials Titan zu Zahnersatz erforderlich.

*Fortsetzung auf S. 30*

## Bewertung verschiedener Therapiemethoden bei Patienten mit Parodontitis – Einfluss des Rauchens, des Zahntyps und des Geschlechts auf die Parodontitistherapie

vorgelegt von *Arndt Güntsch*  
(*Saalfeld*)

Die Parodontitis stellt neben der Karies eine der Hauptursachen für Zahnextraktionen dar. Sie ist eine Infektion und resultiert aus einem Ungleichgewicht zwischen potenziell pathogenen Mikroorganismen sowie der Art und Effizienz der lokalen und systemischen Immunabwehr. Die Auslösung und der Verlauf der plaquebedingten entzündlichen Parodontalerkrankungen werden durch verschiedene Risikofaktoren beeinflusst. Die wichtigsten Risikofaktoren, die wir heute kennen, sind Rauchen und Diabetes mellitus.

Bei den parodontalen Infektionen kann man nach Ätiologie und Schwere der Ausprägung der Erkrankung verschiedene Formen unterscheiden. Die häufigste Form ist mit circa 90 Prozent der Parodontitiden die Erwachsenenparodontitis (adulte Parodontitis = AP), welche nun als chronische Parodontitis bezeichnet wird. Die zweithäufigste Form ist die rasch fortschreitende Parodontitis (RPP), welche nun zusammen mit den juvenilen Formen als aggressive Parodontitis bezeichnet wird.

Zur Therapieoptimierung müssen die eigenen Behandlungsergebnisse beurteilt werden. So können Therapieergebnisse besser vorausgesagt werden, dies entspricht den Forderungen nach einer auf Evidenz basierenden zahnärztlichen Therapie. Aus diesem Grund wurde das Therapiekonzept des Funk-

tionsbereichs Parodontologie der Poliklinik für konservierende Zahnheilkunde an der FSU Jena kritisch bewertet.

In der vorgestellten retrospektiven Studie wurde die Effizienz von vier Methoden der Parodontitistherapie bei 86 Patienten mit chronischer und aggressiver Parodontitis untersucht. Es wurde die geschlossene Kürettage und der modifizierte Widman-Flap jeweils mit und ohne adjuvante, systemische Antibiose bewertet. Die Auswertung der Ausgangsbefunde und der Befunde sechs Monate nach der Therapie, basierend auf der Untersuchung von insgesamt je 9318 Sondierungsstellen, erlaubt statistisch relevante Aussagen über die Effektivität der Therapie.

Es zeigte sich, dass durch alle vier Therapiemethoden pathologische Sondierungstiefen weitestgehend beseitigt werden konnten. Da in der Medizin und Zahnmedizin ein allgemeiner Trend zur minimalinvasiven Therapie besteht, ist die geschlossene Kürettage einem offenen Vorgehen vorzuziehen. Die mechanische Therapie ist möglichst in einer Sitzung in allen vier Quadranten durchzuführen, um eine Transmission von Bakterien von unbehandelten Taschen in therapierte Taschen zu vermeiden. Nach der Therapie sollte zum Schutz des Koagulums ein Wundverband appliziert werden. Die adjuvante Antibiose mit Metronidazol (2 x 500 mg/d über 7–8 Tage) – bei entsprechender Indikation – kann zu einer Verbesserung des Therapieergebnisses führen.

In der Gesamtgruppe konnte eine signifikante Reduktion der Sondierungstiefe von 5,4 mm auf 3,0 mm erzielt werden. Die Sondierungsblutung wurde signifikant von 75,2 % auf 17,6 % verringert. Der prozentuale Anteil an Zahnfleischtaschen mit Sondierungstiefen bis 3,5 mm konnte bei Patienten mit AP von 51 % auf 89 % sowie bei Pa-

tienten mit RPP von 55 % auf 88 % signifikant erhöht werden. Pathologische Sondierungstiefen (> 3,5 mm) wurden signifikant reduziert.

Im Oberkiefer waren tendenziell größere Sondierungstiefen als im Unterkiefer feststellbar. Mehrwurzelige Zähne wiesen größere Sondierungstiefen auf als einwurzelige Zähne. Unterschiede im Therapieergebnis bestanden zwischen den Zähnen nicht. Die Parodontitistherapie ließ sich an allen Zähnen effektiv durchführen.

Rauchen als Risikofaktor einer Parodontitis führt zu tendenziell größeren Sondierungstiefen vor der Therapie. Sechs Monate nach der Therapie bestanden diese Unterschiede zwischen Rauchern und Nichtrauchern nicht mehr, es ist jedoch aus der Literatur bekannt, dass es nach einem Jahr zu einer Verschlechterung des Therapieergebnisses bei Rauchern kommen kann.

Bei epidemiologischen Untersuchungen wurde ermittelt, dass Frauen häufiger an den aggressiven Formen der Parodontitis erkranken, Männer vermehrt an der chronischen Parodontitis. Hinsichtlich der klinischen Parameter Sondierungstiefe und Sondierungsblutung unterschieden sich Frauen und Männer nicht in den Ausgangs- und Kontrolluntersuchungen der vorgelegten Arbeit.

Voraussetzung zur langfristigen Sicherung des Therapieergebnisses ist nach Etablierung einer effizienten Mundhygiene das regelmäßige Recall.

*Die in dieser Ausgabe veröffentlichten Dissertationen wurden am 5. Februar an der Medizinischen Fakultät der Universität Jena erfolgreich verteidigt.*

## Deutscher Millerpreis 2003 ausgeschrieben

**Erfurt** (tzb). Die Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) hat den Millerpreis 2003 ausgeschrieben. Der mit 7500 Euro dotierte Preis wird für die beste eingereichte wissenschaftliche Arbeit, die für die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde von Wert ist, vergeben. Beteiligten können sich deutsche sowie in der Bundesrepublik Deutschland tätige ausländische Zahnärzte, wenn ihre Approbation der deutschen gleich-

wertig anerkannt ist. Teilnahmeberechtigt ist auch jeder an der zahnärztlichen Forschung tätige Wissenschaftler, soweit er eine gleichwertige akademische Ausbildung besitzt.

Die Arbeiten können von einem Autor oder dann von einer Autorengruppe verfasst sein. Sie ist in fünf Exemplaren in deutscher Sprache druckfertig einzureichen. Sie dürfen noch nicht veröffentlicht, nicht zur Veröffent-

lichung angeboten und nicht für ein Ausschreibungsverfahren eines anderen wissenschaftlichen Preises eingereicht sein.

Die Arbeiten müssen anonym – mit einem Kennwort versehen – an „Deutscher Millerpreis“, Notare Bünten und Dr. Schwarz, Grafenberger Allee 87, 40237 Düsseldorf, ☎ 0211 66 96 76 60, eingereicht werden. Einsendeschluss ist der 31. Dezember 2002.

## Nachschlagewerk für den Praktiker

*Charlotte Opitz, Regine Witkowski, Sigrid Tinschert*

*Witkowski, Sigrid Tinschert*

### Genetisch bedingte Fehlbildungen im orofaziokraniellen Bereich

*Fachgebiet: Kieferorthopädie; 1. Auflage; Quintessenz Verlag Berlin 2001; 228 Seiten; 258 Abbildungen (207 farbig, 51 s/w); Best.-Nr. 23240; ISBN 3-87652-324-9; 128 €*

Wenn auch Fehlbildungen zur Erstdiagnostik in unseren Praxen sehr selten geworden sind, da sie sofort in Spezialkliniken eruiert und therapiert werden, ist ihre Kenntnis doch wichtig für die mögliche Nachsorgebehandlung. Gerade durch die „tägliche“ Seltenheit bedingt ist die Darstellung in einem guten Bildatlas für den Praktiker sehr wichtig und unerlässlich. Das Buch hat den Charakter eines Nachschlagewerkes zur Orientierung über Ursachen, vor allem auch genetische Grundlagen, über Genese, Diagnose und Differentialdiagnose von Störungen im



Mund-, Kiefer-, Gesichts- und Schädelbereich, die isoliert oder im syndromalen Zusammenhang auch mit extrazephalen Symptomen vorkommen.

Behandelt werden gingivale, parodontale und Mundschleimhautrekrankungen sowie

morphologische Auffälligkeiten einschließlich Kiefer-Gebissanomalien und Lippen-Kiefer-Gaumenspalten. Die Beschreibung der Fehlbildungen bzw. Krankheitsbilder erfolgt nach einem einheitlichen Schema: Ätiologie und Genese, klinische Symptomatik, Differentialdiagnose, Genetik und Familienprognose, komplexe syndromale Zusammenhänge, relevante Literatur.

Besonderer Wert wird dabei auf eine umfangreiche Bebilderung mit Farbaufnahmen gelegt, die die Diagnostik vor allem seltener Störungen erleichtern und auf Besonderheiten und Varianten hinweisen soll.

Der mit dem entsprechenden Patienten oder seiner Familie konfrontierte Zahnarzt oder Arzt soll mit Hilfe dieses Buches die Möglichkeit haben, eine Diagnose oder Verdachtsdiagnose zu stellen, Möglichkeiten weiterführender diagnostischer Maßnahmen zu erkennen, Informationen über Familiarität und Erbgänge zu erhalten, entsprechende Beratungen durchzuführen oder Situationen zu erfassen, in denen eine gezielte genetische Fachberatung nötig ist.

## Wichtig für Studenten

*P. A. Reichart/Jarg-Erich Hausmen,*

*J. Becker/F. W. Neukam/H. Schliephake/R. Schmelzeisen (Hrsg.)*

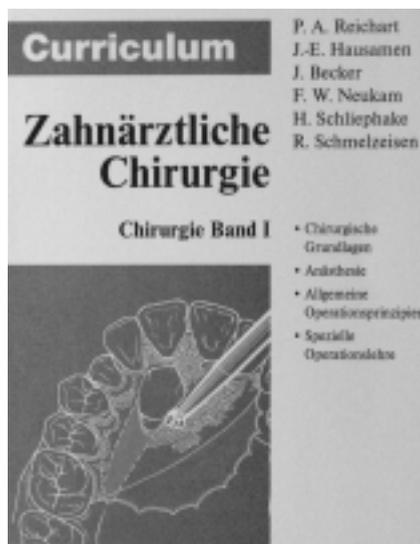
*phake/R. Schmelzeisen (Hrsg.)*

### Curriculum Zahnärztliche Chirurgie, Band 1

*Reihe: Curriculum; Fachgebiet: Chirurgische Zahnheilkunde; 1. Auflage; Quintessenz Verlag Berlin 2001; 612 Seiten; 299 Schwarz-Weiß-Abbildungen; Best.-Nr. 26240; ISBN 3-87652-627-2; 48 €*

Das Curriculum Chirurgie stellt in drei Bänden die Lehr- und Lerninhalte der zahnärztlichen Chirurgie und der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie vor. Der erste Band beschreibt die klassische zahnärztliche Chirurgie und deren Spektrum einschließlich allgemeingültiger chirurgischer Grundlagen. Neuere Entwicklungen wie die Distraktionsverfahren oder Neuerungen in der Implantologie sind ebenfalls Thema.

Das Curriculum wendet sich vor allem an die Studierenden der Zahnmedizin. Damit soll das Curriculum ein das Studium begleitender Lehrtext sein, mit dem das Verständnis für die Grundlagen, die Diagnostik sowie für



chirurgische Verfahren wachsen soll. Eine große Zahl von Autoren verschiedener Kliniken, die in der ersten oder zweiten Generation aus der Medizinischen Hochschule Hannover stammen, konnte für die Bearbeitung der jeweiligen Klinikschwerpunkte gewonnen werden.

Band 1 beinhaltet: Chirurgische Grundlagen, Anästhesie, Allgemeine Operationsprinzipien, Spezielle Operationslehre

Band 2 und Band 3 sind in Vorbereitung.

*Charlotte Opitz*

### Kieferorthopädische Behandlung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten

*Quintessenz Verlag Berlin 2001, 176 Seiten, 213 Abbildungen (200 farbig, 13 s/w), Best.-Nr. 23290, ISBN 3-87652-328-1, 98 €*



Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten – eine Symptomatik, die heute in der allge-

meinen zahnmedizinischen Praxis als untherapierter status praesens nicht mehr bekannt ist. Im ambulanten Versorgungsbereich ist der Kieferorthopäde direkt in die Therapie mit einbezogen. So ist das Buch denn auch als Hilfe für die Kieferorthopäden gedacht, die Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten behandeln. Die Autorin hat das Wissen und die Erfahrungen einer über 30-jährigen Tätigkeit als Kieferorthopädin, die in einem interdisziplinären Spaltteam mitarbeitete, zusammengefasst. Das Buch vermittelt dem Leser, über welche Zeiträume und mit welcher Intensität der Kieferorthopäde den Rehabilitationsprozess eines Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte begleitet, welche kieferorthopädischen Behandlungsaufgaben in den einzelnen Behandlungsphasen zu erfüllen sind und wie die Behandlungsmaßnahmen mit denen anderer beteiligter Fachdisziplinen koordiniert sein sollen.

Das Buch soll als Informationsquelle für praktisch tätige Kieferorthopäden dienen, die danach streben, ihren Patienten mit einer Spaltbildung im Lippen-Kiefer-Gaumen-Bereich eine verantwortungsvolle Behandlung zu bieten. Die Möglichkeiten zwischen Wünschenswertem und Machbarem sind in den einzelnen Behandlungsphasen aufgezeigt. Es werden diagnostische und therapeutische Besonderheiten sowie bewährte Apparaturen für die effektive Behandlung dargestellt. Die internationale aktuelle Literatur findet Berücksichtigung. Eigene Untersuchungen zu Teilaspekten der kieferorthopädischen Behandlung und zum Wachstum im Kiefer-Gesichtsbereich unter den Bedingungen der Spaltbildung sind angefügt.

Sehr eindrucksvoll sind die zahlreichen klinischen Abbildungen und die graphisch tabellarischen Dokumentationen.

Die Autorin wurde nach Abschluss des Zahnmedizin-Studiums an der Humboldt-Universität Berlin zur Kieferorthopädin ausgebildet und ist seit fast 40 Jahren in der Lehre und Forschung auf dem Gebiet der Kieferorthopädie tätig. Enge Zusammenarbeit mit Kieferchirurgen bei der Behandlung von Patienten mit angeborenen Fehlbildungen im Kiefer-Gesichtsbereich; Mitarbeit im interdisziplinären Spaltteam an der Charité; Leiterin der Abteilung Kieferorthopädie am Zentrum für Zahnmedizin von 1985 bis 1995; nach der Fusion mit dem Virchow-Klinikum stellvertretende Leiterin der Abteilung Kieferorthopädie und Orthodontie am Zentrum für Zahnmedizin der Charité.

*Gareth Jenkins*

## Geschiebe

*Quintessenz Verlag Berlin. 2000,  
168 Seiten, 368 Abbildungen,  
Best.-Nr. 10760, ISBN 3-87652-397-4, 86 €*



„Ein erfolgreicher Weg zum Zahnersatz“ lautet der Untertitel des Buches. In den letzten Jahren ist mit dem gesteigerten Wissen der Bevölkerung um die Vielfalt der Behandlungsformen nach Zahnverlust auch die Nachfrage nach verbesserten Restaurationsarten angewachsen. Unter anderem bieten hier Geschiebe ein hohes Maß an Flexibilität

und eröffnen den Zahnärzten, die mit ihnen arbeiten, eine neue Dimension ihrer Behandlungsmöglichkeiten. Anhand von Fallbeispielen zeigt Jenkins die zahlreichen Möglichkeiten und Vorteile von Geschieben, so dass dieses Buch eine sinnvolle Referenz für die Behandlungsplanung darstellen kann.

Der Aufbau der einzelnen Kapitel macht es leicht, für Patienten mit speziellen Bedürfnissen geeignete Hinweise zu finden.

Nach Behandlungsplanung beschäftigt sich der Autor mit den Situationen Freiendsattel, begrenztem Sattel und Deckprothesen. Interessant ist auch die Einbeziehung des Steggeschiebes. Die Darstellung der wurzelstiftverankerten Konstruktionen ist meines Erachtens vor allem für deutsche Begriffe überholt, da heute schon völlig andere und wurzelfraktur sichere Stiftsysteme empfohlen und angewendet werden. Vor allem für den Zahntechniker interessant sind die Kapitel „Fräsen mit dem Präzisionsparallelometer“ und das Thema „Aufstellungsprobleme“ im Kapitel „Hilfsverankerungen“. Geschiebe in Verbindung mit Implantaten beim teilbezahnten Patienten werden für den Leser in sehr deutlicher Form abgehandelt und auf das „möglichst Machbare“ zahnärztlicher Rekonstruktionskunst ausgedehnt.

Sehr interessant ist sie schematische und beschreibende Zusammenfassung aller Geschiebearten, wobei die Herstellerliste sehr dürftig erscheint.

*Dieter Kerner*

## Grosse Musiker- Leben und Leiden

*Neubearbeitung v. Schadewaldt, Hans,  
5. Auflage, Schattauer 1998, 647 S.,  
62 Abb., 1 Tab., geb., 25,95 € ,  
ISBN/ISSN: 3-7945-1775-X*

„Der Kerner“ gehört seit Jahrzehnten zu den großen Klassikern der medizinhistorischen Weltliteratur und dank der Musikbegeisterung vieler Ärztinnen und Ärzte zur favorisierten Lektüre einer ganzen Berufsgruppe. Aus historischen Dokumenten hat Kerner die Krankengeschichten berühmter Komponisten rekonstruiert und die Verflechtungen mit ihrem Ouvre einfühlsam herausgearbeitet.

Zahlreiche Abbildungen und Ausschnitte aus Partituren illustrieren diese medizinisch-lite-

rarische Fundgrube für den Arzt und Musikfreund.

In der Neubearbeitung durch den Medizinhistoriker Professor Dr. Dr. h.c. Hans Schadewaldt stellt die 5. Auflage einen besonderen Meilenstein in der Entwicklung dieses Buches dar. Schadewaldt hat neue pathographische Erkenntnisse vor allem von Mozart und Beethoven in den Biographien ausgewertet und das Buch um neue, zum Teil überraschende medizinhistorische Erkenntnisse erweitert. Das Werk ist ein literarischer Thesaurus für Ärzte, Musikliebhaber und Musiker sowie für alle Leser, die an authentischen biographischen Zeugnissen aus dem Leben großer Komponisten und Musiker interessiert sind. Hierbei handelt es sich weniger um ein Fachbuch als um das – auch manchmal amüsante – Vermitteln von Lebensmomenten und gesundheitlichen Plagen der bekanntesten Komponisten von Bach bis Ravel.

*Dr. Elfi Laurisch/Dr. Lutz Laurisch*

## Ein Leben lang gesunde Zähne

Selbstverlag 2000, ISBN 3-9807442-0-6, 12,80 € zzgl. Versandkosten

Fortschrittliche Zahnheilkunde ist nicht mehr nur allein auf eine Behandlung von Erkrankungen der Zähne und des Zahnhalteapparats fixiert. Eine weitaus wichtigere Aufgabe wird es in Zukunft werden, diese Erkrankungen von vornherein zu vermeiden. Wissenschaftliche Erkenntnisse der letzten 30 Jahre haben gezeigt, dass es möglich ist, durch eine entsprechende systematische Vorsorge Karies und Parodontitis von Anfang an zu verhindern bzw. ein Wiederauftreten dieser Erkrankungen nach erfolgreicher Therapie weitestgehend auszuschließen. Hierbei ist das tägliche Zähneputzen wichtig, aber letztlich nicht immer entscheidend für die Zahn- und Mundgesundheit. Erst die systematische Prophylaxebetreuung in der Zahnarztpraxis eröffnet dem Patienten zum ersten Male in der Geschichte der Menschheit die Möglichkeit, dass seine Zähne genauso lange leben wie er selbst.

Bereits seit Anfang der 80er-Jahre ist die systematische Prophylaxebetreuung ein wesentlicher Bestandteil in der Praxis der Autoren. Bei den betreuten Patienten in den verschiedenen Altersgruppen konnte durch systematische Betreuung erfolgreich über Jahrzehnte zum Aufbau bzw. zur Stabilisierung einer gesunden Mundsituation und zur Vermeidung von Karies und Parodontitis beigetragen werden.

Das Buch vermittelt dem Patienten die nötigen Kenntnisse, welche er benötigt, um in Zusammenarbeit mit einer präventiv orientierten Zahnarztpraxis seine Zähne und sein Zahnfleisch lebenslanglich gesund zu erhalten. „Das Prinzip des Erklärens step by step, ein pädagogisch-didaktisches Prinzip, dessen Wirkungskraft noch nie angezweifelt worden ist (und das doch die allermeisten vergessen, die sich als Fachleute schreibend an Laien wenden, um sie zu etwas Gutem anzuregen) - in diesem Buch ist es konsequent angewendet“, so schreibt Dr. Herbert Michel (Würzburg). Dieses Buch ist nur für den Patienten gedacht und soll ihm die entsprechenden Kenntnisse zur Zahngesundheit vermitteln. In der heutigen Zeit der kurzen und schnellen Informationen wird dieser Patientenratgeber aber wohl nur einen bestimmten Personenkreis ansprechen.

*Manfred Just*

## Rückenschule für das zahnärztliche Team

2. überarbeitete Ausgabe, Thieme Verlag Stuttgart 2001, 252 Seiten, 170 Abbildungen, 49,95 €, ISBN 3131194227

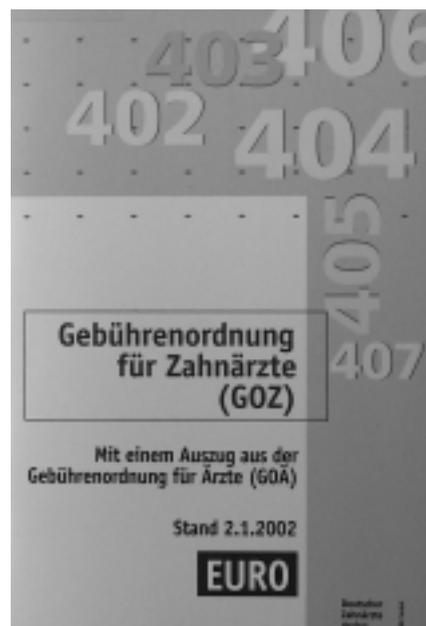


Zahnarzt und Helferin sind durch ihre vorwiegend gebückte und verdrehte Arbeitshaltung für Schmerzen und Verspannungen im Rücken- und Wirbelsäulenbereich besonders anfällig. Der Autor geht auf typische Beschwerden im zahnärztlichen Beruf, entsprechende Prävention und Selbstbehandlung durch gezielte gymnastische Ausgleichsübungen, Entspannungs- und Atemtechnik, Just-Five-Methode, Hydro- und Balneotherapie sowie Akupressur ein. Ein Kapitel zur ergonomischen Praxiseinrichtung, optimalen Arbeitshaltung sowie korrekte Absaugtechnik rundet die Darstellung ab. Zum Nachschlagen sind Grundzüge der Anatomie und ein kleines Lexikon enthalten. Das Werk richtet sich an das zahnärztliche Team, also Zahnarzt und Mitarbeiterinnen gleichermaßen.

Das Buch ist so gehalten, dass entsprechende isometrische und isotonische Entspannungsübungen während des Behandlungsablaufs in kürzesten Zeiträumen durchgeführt werden können, um auftretenden Beschwerden sinnvoll zu begegnen oder sie zu vermeiden.

## Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Deutscher Zahnärzte Verlag Köln 2002, Stand 2.1.2002, 72 Seiten; brosch., ISBN 3-934280-36-6, 16,95 €



Die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ist die amtliche Grundlage für die Privatliquidation des Zahnarztes. Die vorliegende Ausgabe beinhaltet jetzt alle Abrechnungsbeträge in Euro. Das Leistungsverzeichnis enthält neben Punktzahl und einfachem Punktwert auch den häufig verwendeten Schwellenwert, den Höchstwert und den Standardtarif.

Das Gebührenverzeichnis der GOZ enthält Leistungen aus folgenden Gebieten:

- A Allgemeine zahnärztliche Leistungen
- B Prophylaktische Leistungen
- C Konservierende Leistungen
- D Chirurgische Leistungen
- E Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums
- F Prothetische Leistungen
- G Kieferorthopädische Leistungen
- H Eingliederungen von Aufbißhilfen und Schienen
- J Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- K Implantologische Leistungen

Die Ausgabe enthält außerdem einen Auszug aus der GOÄ mit Stand vom 2.1.2002 und ist vollständig auf € ausgerichtet.

*Horst Kares,*

*Hans Schindler,*

*Rainer Schöttl*

## **Der etwas andere Kopf- und Gesichtsschmerz**

Schlütersche 2002, 112 Seiten, 17 Abb., kart., ISBN 3-87706-665-8, 19,90 €

Der Begriff „Craniomandibuläre Dysfunktionen“ – auch als Costen Syndrom oder Myoarthropathie bekannt – umfasst eine Vielzahl klinischer Beschwerden der Kiefermuskulatur und der Kiefergelenke einschließlich der mit ihnen verbundenen Gewebe. Strukturelle, funktionelle, biochemische und psychische Fehlregulationen der Muskel-, Kiefer- und/oder Kiefergelenkfunktion sind die Ursachen. Die häufigsten Symptome sind Schmerzen in der Mundregion, im Gesicht, im Kopf oder im Nacken. Immer mehr Menschen leiden unter dieser besonderen Form des Kopf- und Gesichtsschmerzes. Dennoch ist die Erkrankung noch relativ unbekannt.



Dieses Buch informiert über den aktuellen Stand der Wissenschaft. Die Autoren erläutern Symptome, Risikofaktoren, Diagnose und Behandlung. Sie stellen verschiedene Therapieformen und komplementäre Heilverfahren vor. Dieser Leitfaden unterstützt

Zahnärzte, Ärzte und Co-Therapeuten bei der Behandlung und Untersuchung. Patienten und ihre Angehörigen finden Ratschläge und wichtige Informationen über die Krankheit.

Aus dem Inhalt: Symptome der CMD, Wer ist betroffen – Risikogruppen, klinische Aspekte, Risikofaktoren, systemische und psychische Faktoren, zahnärztliche Untersuchung, zahnärztliche Behandlung, physikalische Therapie, Physiotherapie, Entspannungstechniken, Psychotherapie, komplementäre Heilverfahren.

In übersichtlichen farbigen schematischen Darstellungen wird dem Behandler der Weg zur Diagnostik erleichtert. Dies gilt auch für die Symptomliste, die aber leider nicht als Kopiervorlage vorhanden ist.

Die Autoren sind niedergelassene Zahnärzte mit eigener Praxis. Sie behandeln schwerpunktmäßig Patienten mit Craniomandibulären Dysfunktionen.

*Manfred Spitzer*

## **Musik im Kopf**

Schattauer – Verlag 2002, 468 Seiten, 146 Abb., geb., 29,95 €, ISBN/ISSN: 3-7945-2174-9



Musik als Therapeutikum – das Hören von Musik beeinflusst unser Wohlbefinden oder erzeugt aber auch Missempfinden. Eine entsprechende musikalische Auflockerung der (Zahnarzt-) Wartezimmeratmosphäre kann den Erwartungsstress des Patienten vor ei-

ner Behandlung beeinflussen. Welches ist die richtige Musik? Das zu verstehen, könnte dieses Buch vermitteln.

Warum machen Menschen Musik? Was ist überhaupt Musik? Wie wirkt Musik auf uns? Was geschieht im Gehirn, wenn wir Musik hören, machen oder verstehen? Was ist Begabung? Wie muss ein Konzertsaal aussehen? Warum versteht man Opernsängerinnen so schlecht? Warum gibt es Liebes- und Wiegenlieder? Was ist Musiktherapie? Warum singen Männer in der Badewanne?

Manfred Spitzer sucht die Antworten auf solche Fragen dort, wo Musik „eigentlich“ stattfindet: im Kopf, im neuronalen Netzwerk unseres Gehirns.

Die Erforschung dieses Organs, das für Wahrnehmen, Erleben, Handeln und Verstehen zuständig ist, hat in den vergangenen zehn Jahren einen beispiellosen Aufschwung genommen. Was für die Musik daraus folgt, ist Thema dieses Buchs: Sie selber ist ein Konzert aus der Physik der schwingenden Körper und der Physiologie unseres Organismus. Wer die zugrunde liegenden Mechanismen kennt, wird nicht weniger staunen, sondern mehr, wird Musik nicht weniger schätzen, sondern noch mehr bewundern, wird bewusster hinhören und besser musizieren.

*Grötz, Knut A.*

## **Prophylaxe und Therapie der Folgen therapeutischer Tumor-Bestrahlung im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich**

Reihe: Habilitationsschriften, Quintessenz Verlag Berlin 2001, 204 Seiten, 80 Abbildungen (54 farbig, 26 s/w), Best.-Nr. 26280, ISBN 3-87652-633-7, 62 €

Neben wissenschaftlichen Grundlagen zu Bestrahlungstechniken, Strahlenbiologie und Bestrahlungsfolgen werden alle wichtigen Maßnahmen des etablierten periradiotherapeutischen Betreuungskonzeptes der Mundhöhle sowie aktuelle Forschungsergebnisse präsentiert. Das Buch wendet sich damit neben Zahnärzten und Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen insbesondere an Strahlentherapeuten/Radioonkologen und Hals-Nasen-Ohren-Ärzte.

*Buchbesprechungen und Fotos:  
Dr. Gottfried Wolf*

# Dogmenwechsel in der Implantologie?

## Traditionelle Winterfortbildung für Zahnärzte am Spitzingsee war ein Erfolg

Von Dr. Gottfried Wolf

**Spitzingsee.** Die Vorzeichen für die diesjährige traditionelle Winterfortbildung am Spitzingsee erschienen anfangs nicht sehr günstig. Durch Unstimmigkeiten in der zahnärztlichen standespolitischen Führung drohte die Veranstaltung abgeschafft und durch eine Gegenveranstaltung an einem anderen Ort ersetzt zu werden. Herrn Kollegen Dr. Schubert (Freising) ist es zu verdanken, dass es dazu nicht kam. Im Gegenteil – die Veranstaltung war ausgebucht. Die Kolleginnen und Kollegen, die in den vergangenen Jahren anwesend waren, hielten dem Spitzingsee die Treue.

Einige Jahrzehntelang schon fand diese Fortbildung in dieser malerisch schönen Landschaft statt, wurde von den Kollegen Dr. Mühlbauer (Murnau) und Dr. Bauer (Miesbach) als reine zahnärztliche private Fortbildungsinitiative begründet. Später erfolgte die Integration in das Fortbildungsprogramm des Zahnärztlichen Bezirksverbandes Oberbayern und wurde seit 1999 von den Kollegen Dr. Reißig (Ingolstadt) und Dr. Schubert (Freising) in diesem Sinne weiter geführt. Seit der Wende wuchs auch die Teilnehmerzahl der sächsischen und Thüringer Zahnärztinnen und Zahnärzte. Traditionell weist diese Veranstaltung mehrere angenehme Besonderheiten auf: Sie umfasst ein zweitägiges wissenschaftliches Programm mit immer hochkarätigen Referenten für Zahnärzte im kleinen Rahmen ein eintägiges Kurs- und Trainingsprogramm für Praxismitarbeiterinnen, eine speziell auf die wissenschaftlichen Themen ausgerichtete Dental-Ausstellung und wird ergänzt durch sportliche Veranstaltungen, etwa die „Oberbayerischen Zahnärzte-Skimeisterschaften“ oder Eisstockschießen.

Für das diesjährige zahnärztliche wissenschaftliche Thema Implantologie war Prof. Dr. Dr. Spiekermann, Direktor der Klinik für Zahnärztliche Prothetik am Universitätsklinikum der RWTH Aachen gewonnen worden. Unterstützt wurde er durch Co-Referate seines Oberarztes Dr. Murat Yildirim. Interessant war die Thematik unter dem Aspekt der prothetischen Versorgungsplanung. Dabei handelt es sich wohl beim Universitätsklini-

kum der RWTH Aachen um eine Besonderheit: Neben der Klinik für Mund-, Kiefer- Gesichtschirurgie wird auch in der Klinik für Prothetik implantiert. Diese Tatsache ergibt interessante Aspekte der implantologischen plus prothetischen Rehabilitationen. Unter letzterem Gesichtspunkt boten beide Referenten vor allem einfache und in jeder Praxis zu realisierende Lösungen an.

So vertritt der implantierende Prothetiker die Meinung, dass die Planung der oralen Rehabilitation mit Zahnersatz in den Etappen prothetische Planung – chirurgisch implantologische Maßnahmen – prothetische Versorgung erfolgen sollte, natürlich unter Berücksichtigung von Kosten, Nutzen und Risiko. Dabei sind die Ante-Gesetze der Prothetik zu wahren, denn sie bestimmen die Anzahl der Implantate und ihre Stärke. Bei starkem Knochenabbau und einer zum Erhalt der Bisshöhe zu erwartenden langen Krone ist die Wirkung der Hebelgesetze zu beachten und durch Pfeilervermehrung zu stabilisieren.

Im weiteren Verlauf wurden Orientierungsschablonen für die Pilotbohrungen sowie präimplantologische kieferorthopädische Maßnahmen vorgestellt.

Die Sofortbelastung von Implantaten ist abhängig von der knöchernen Situation. Starre Verbindungen von Implantaten mit natürlichen Zähnen, z.B. in Form von Brücken, werden empfohlen.

Die verschiedenen Oberflächenmodifikationen der Implantate sollen den Heilungsverlauf verkürzen und werden als additive (Beschichtungen) und subtraktive (Sandstrahlung, Säureätzung, TiO<sub>2</sub>-gestrahlte Oberflächen) angeboten.

Unterkiefer	Zeit	Oberkiefer
91 %	5 Jahre	84 %
89 %	10 Jahre	81 %
86 %	15 Jahre	78 %
95%*	15 Jahre*	
<b>Erfolgsquote der Implantate n. Ledermann</b>		
*gilt f. zahnlosen UK (Spiekermann)		

Anhand von Beispielen wurde die Versorgung mit implantatgetragenen Zahnersatz unter den Aspekten von Versorgungs- und

Belastungsmodalitäten diskutiert.

Faktoren für den Erfolg sofort belastbarer Implantate sahen die Referenten in einer sehr guten Primärstabilität, die unter anderem durch einen hohen Anteil an direktem Implantatknochen, einer großen Implantat-Knochen-Kontaktfläche, einem qualitativ hochwertigem Implantatlager gewährleistet werden.

Zur Problematik Implantatversorgung beim zahnlosen Patienten dominierte die Therapie mit vier Implantaten und Extensionssteg. Als Alternative zu Stegen wurden Magnete, Knopfanker, Teleskope und Riegel vorgestellt. Die Variante vier Implantate mit anschließend festsitzendem Zahnersatz hat in der Klinik in Aachen lediglich einen Anteil von 20 Prozent. Die Schwierigkeit bei älteren und lange zahnlosen Patienten wird im Rückgang der Kieferknochen (OK nach palatinal, UK nach anterior) und den damit verbundenen komplizierten Aufbauten des Schrumpfungsausgleiches gesehen.

Es folgten als weitere Themen die klinische Vorstellung von Augmentationsverfahren und die Verwendung von Keramikabutments sowie die Versorgung im zahnlosen Oberkiefer. Hier werden für eine stabile Versorgung mehr Implantate benötigt als im Unterkiefer entsprechend einer Formel

OK : UK = 1,5 Implantate : 1 Implantat

Die anschließende Diskussion wurde bereichert durch die Erfahrungen des langjährigen Vorsitzenden der DGI, Dr. Hartmann (Starnberg), und des moderierenden Dr. Schubert. Wenn auch implantologische Aspekte überwogen, so war es keine Veranstaltung nur für Implantologen.

Viele Kapitel der Vorträge von Prof. Dr. Dr. Spiekermann und Dr. Yildirim entsprechen in den Grundlagen dem von Spiekermann herausgegebenen Band Implantologie der Reihe Farbatlanten der Zahnmedizin, der im Thieme Verlag Stuttgart erschienen ist.

Ich glaube, der Mut von Herrn Dr. Schubert wurde belohnt mit dem großen Erfolg der Veranstaltung. Dies spricht für sein bescheidenes, fachlich kompetentes und engagiertes Auftreten.

## Ärztewunschliste an PDS-Politikerin übergeben

**Saalfeld.** Ihrem Unmut über die aktuelle Gesundheitspolitik machten niedergelassene Ärzte kürzlich in einem Diskussionsforum mit der früheren Speerwurf-Olympiasiegerin und jetzigen PDS-Bundestagsabgeordneten Dr. Ruth Fuchs in Saalfeld Luft. Es wurde eine „Wunschliste“ mit Forderungen an die Politik übergeben.

In ihrem Eingangsplädoyer stellte die Oppositionspolitikerin klar, dass das Gerede von einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen irreführend sei. Alles was zur Heilung notwendig sei, wäre auch bezahlbar. Die explodierenden Verwaltungskosten und die fehlende Gesundheitsreform, die schon seit Jahren von einer verknöcherten Lobby verhindert werde, waren aus ihrer Sicht Ursache für die steigenden Kassenbeiträge.

Die versammelten niedergelassenen Ärzte kritisierten, dass die über 650 existierenden Krankenkassen, die sich gegenseitig Konkurrenz machen, nicht zur Verbesserung der Betreuungsqualität beitragen. Man wolle zwar keine Einheitskrankenkasse, aber das Überangebot beeinflusse die betriebsökonomischen Belange der ärztlichen Versorgungspflicht nur negativ.

Die Gesprächsteilnehmer kritisierten außerdem, dass die Politik nichts gegen die schon seit Jahren bekannte Überalterung der Hausärzte unternehme. Der geringere Abrechnungspunktwert, der zu keinem Wertschöpfungszuwachs in den Praxen führe und die daraus resultierenden schlechteren Arbeitsbedingungen bewirkten, dass junge Kollegen keinen Anreiz verspüren Praxen hier zu übernehmen.

Die anwesenden Ärzte stellten klare Forderungen an die Politik. Dazu gehörten ein Werbeverbot für Krankenkassen, eine Positivliste für Medikamente und eine Ausgliederung von Fremdleistungen, die durch die Krankenkassen zu Lasten der verfügbaren Mittel getragen werden.

*Dr. Karl-Heinz Müller,  
Referent für Öffentlichkeits-  
arbeit der KZV Thüringen*

## Tanz auf zwei Hochzeiten

### Marina Frankenhäuser ist für Helferinnen und GOZ-Abrechnung zuständig

**Erfurt (tzb).** Für Thüringens Zahnarzthelferinnen ist sie längst kein neues Gesicht mehr: Marina Frankenhäuser verstärkt seit einigen Monaten das Helferinnen-Referat in der Landes Zahnärztekammer. Die 43-Jährige aus der Nähe von Erfurt ist Ansprechpartnerin speziell für die Fortbildung der Zahnmedizinischen Fachangestellten. Selbst gelernte stomatologische Schwester und Fachschwester für Zahn- und Mundhygiene und zuletzt an der Zahnklinik der Friedrich-Schiller-Universität Jena tätig, kümmert sie sich um all die vielen „Kleinigkeiten“, die im Zusammenhang mit Fortbildungskursen zu erledigen sind: von den Anmeldungsformalitäten bis hin zu den praktischen Wochen für die Kursteilnehmerinnen im Weiterbildungszentrum der Kammer. In ihrer Arbeit tanzt Marina Frankenhäuser sozusagen auf zwei Hochzeiten: Ihr zweites Aufgabenfeld ist die GOZ-Abrech-

nung. Sie hält den Kontakt zwischen Zahnärzten und dem GOZ-Referat der Kammer und kümmert sich um jene Probleme, die das mitunter so komplizierte Feld der privaten Liquidation mit sich bringen. Marina Frankenhäuser ist verheiratet und hat einen erwachsenen Sohn.



*Marina Frankenhäuser*

*Foto: tzb*

## Allround-Genie für die Praxis

### Neuer Kurs Zahnmedizinische Verwaltungsassistentin

**Erfurt (tzb).** Die Landes Zahnärztekammer Thüringen möchte ab Herbst 2002 einen Kurs zur Fortbildung als „Zahnmedizinische Verwaltungsassistentin“ (ZMVA) anbieten. Dieser wird parallel zur bisherigen berufsbegleitenden Fortbildung zur Zahnmedizinischen Fachassistentin (ZMFA) – bisher Zahnmedizinischen Fachhelferin (ZMF) durchgeführt. In circa 400 Unterrichtsstunden sollen die Zahnarzthelferinnen befähigt werden, in qualifizierter Form die gesamte Verwaltungsarbeit der Praxis zu organisieren und durchzuführen, den Praxisinhaber sachkundig und verantwortlich in der Praxisverwaltung zu entlasten, komplizierte Abrechnungsfragen zu lösen sowie bei der Ausbildung der Auszubildenden mitzuwirken.

Folgende Fächer werden unterrichtet: Abrechnungswesen, Praxisorganisation und –management, Rechtskunde und Betriebswirtschaftslehre, Anwendungsbezogene Datenverarbeitung, Kommunikation/Rhetorik/Psychologie sowie Ausbildungswesen/Pädagogik. Die Fortbildung endet mit einer Prü-

fung. Die entsprechenden Fortbildungs- und Prüfungsordnungen werden zurzeit erarbeitet.

Zulassungsvoraussetzung ist eine mindestens einjährige Tätigkeit als Zahnarzthelferin oder Zahnmedizinische Fachangestellte und die Teilnahme an einem Eignungstest. Grundlegende Abrechnungskennnisse sollten vorhanden sein. Die Fortbildung wird berufsbegleitend voraussichtlich freitags und samstags in Erfurt stattfinden. Voraussichtlich dreimal finden sich die Kursteilnehmerinnen zu einer Woche Blockunterricht in Erfurt ein. Die Unkosten werden etwa 1900 € betragen.

Interessierte Zahnarzthelferinnen können sich ab sofort im Helferinnenreferat der Landes Zahnärztekammer Thüringen schriftlich anmelden und erhalten dann weitere Informationen.

**Anmeldung:**  
LZKTh, Barbarossahof 16, 99092 Erfurt

# Reformkonzept der Unions-Länder gegen Grund- und Wahlleistungen in GKV

## Konzept einer umfassenden Gesundheitsreform von Baden-Württemberg vorgestellt

**Stuttgart/Erfurt** (tzb). Die baden-württembergische Landesregierung hat ein gemeinsames Eckpunktepapier der unionsgeführten Bundesländer für eine Gesundheitsreform beschlossen. Es steht unter dem Titel „Patient im Mittelpunkt eines wettbewerblichen Gesundheitssystems“. Das Papier war unter Federführung Baden-Württembergs erarbeitet worden und sieht neben der Beibehaltung des solidarischen Grundprinzips auch mehr Eigenverantwortung, Selbstbestimmung und Wahlmöglichkeiten für Patienten vor.

### Eigenverantwortung stärken

Das Konzept spricht sich ausdrücklich gegen eine Aufteilung in Grund- und Wahlleistungen aus. Vielmehr sollen alle medizinisch notwendigen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie deren paritätische Finanzierung erhalten bleiben. Die Versicherten sollen sich jedoch freiwillig für eine Selbstbeteiligung entscheiden können. Wählen die Versicherten eine Selbstbeteiligung, steht ihnen ein Bonus zu. Die Kassen sollen in eigener Verantwortung über die medizinisch notwendigen Leistungen hinaus weitere Leistungen – so genannte satzungsgemäße Mehrleistungen – bestimmen. Diese über die notwendigen Leistungen hinausgehenden Leistungen müssten von den Patienten selbst finanziert werden. Die Versicherten sollen das Recht erhalten, einzelne oder auch sämtliche Leistungen einer Krankenkasse, die über die medizinisch notwendigen Leistungen hinausgehen, abzuwählen. Als Gegenleistung winkt ihnen ein Bonus oder eine Beitragsrückerstattung.

Weitere wesentliche Eckpunkte sind mehr Transparenz im Gesundheitssystem; diese fördere die Verantwortung aller Beteiligten, verbessere die Effizienz der Leistungen und schöpfe bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven aus. Patienten sollen über die Leistungen des Arztes und dessen Abrechnung eine Quittung erhalten. Gesetzliche Krankenkassen sollen zur Vorlage eines Geschäftsberichts verpflichtet werden, in dem die Mittel-

verwendung offengelegt und die Vorstandsgehälter ausgewiesen sind. Die Gesetzliche Krankenversicherung müsse von versicherungsfremden Leistungen entlastet werden.

### Ärztepflicht zur Fortbildung

Die Qualität der Gesundheitsversorgung wollen die unionsgeführten Länder durch bedarfsgerechtere und effizientere medizinische Leistungen verbessern. Es sollen Leitlinien für die ärztliche Behandlung entwickelt werden, die Qualitätsstandards setzen. Ärzte sollen zur Fortbildung mit Zertifizierung verpflichtet werden. Bei der Einführung eines neuen leistungsgerechten und transparenten Entgeltsystems für Krankenhausleistungen (DRG) müsse die Letztverantwortung der Länder für die Krankenhausplanung erhalten werden.

### Für kassenindividuelle Abschlüsse

Statt staatlicher Steuerung und Budgetierung sollen die Elemente der Selbststeuerung durch die Selbstverwaltung verbessert werden. Dazu wollen die unionsregierten Länder das ausschließlich körperschaftlich strukturierte System flexibilisieren, um zum Beispiel arztgruppenspezifische und kassenindividuelle Abschlüsse möglich zu machen. Der Selbstverwaltung bleibt es dabei selbst überlassen, in welchen Organisationsformen sich die Leistungserbringer bzw. Kassen zusammenschließen. Nicht zuletzt müsse das bundesdeutsche Gesundheitswesen auch europatauglich gemacht werden. Gesundheitsleistungen aus Deutschland sollen vermehrt auch für den europäischen Wirtschaftsraum erbracht werden.

Das Eckpunktepapier fordert außerdem eine Neuordnung des Finanzausgleichssystems in der gesetzlichen Krankenversicherung, also des Risikostrukturausgleichs.

Die je nach Krankenkasse unterschiedlichen Versicherungsrisiken müssten zwar in einem gewissen Rahmen ausgeglichen werden, um

Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden. Dabei müsse es aber transparent und gerecht zugehen.

### West-Benachteiligung durch Finanzausgleich

Aus Sicht Baden-Württembergs ist es nicht hinzunehmen, dass im letzten Jahr beispielsweise die Beitragssätze der AOK Sachsen von 14,2 auf 13,4 Prozent sanken, während die AOK Baden-Württemberg die Beiträge von 13,5 Prozent auf 14,2 Prozent habe anheben müssen.

Der Risikostrukturausgleich müsse sich künftig auf wenige Ausgleichsfaktoren beschränken und vor allem länderspezifische Aspekte stärker berücksichtigen, meint man in Stuttgart. Baden-Württemberg, Bayern und Hessen klagen derzeit vor dem Bundesverfassungsgericht gegen den Risikostrukturausgleich. Diese Klage stößt jedoch bei allen Ost-Ländern auf Missfallen – auch bei den CDU-geführten (siehe diese Ausgabe).

### Kritik an Bundesregierung

Den unionsgeführten Ländern gehe es vor allem darum, Richtung und Grundzüge einer zukunftsfähigen Gesundheitspolitik zuverlässig zu bestimmen, begründete der baden-württembergische Ministerpräsident Erwin Teufel (CDU) den Vorstoß. „Nahezu jede Woche jongliert die Bundesregierung mit neuen Vorschlägen, um den drohenden Kollaps im Gesundheitswesen vielleicht doch noch abzuwenden. Das dabei entstandene Flickwerk wird immer undurchsichtiger, eine Grundlinie ist nicht zu erkennen, ein Nutzen nicht feststellbar“, kritisierte er.

Stattdessen steige die Verwirrung bei Ärzten, Leistungsanbietern und den Krankenkassen gleichermaßen. Gleiches gelte für die Kas senbeiträge.

## RSA: Ost-Länder gegen Stoiber-Klage

**Erfurt** (tzb). Die ostdeutschen Bundesländer wollen gemeinsam gegen die Verfassungsklage der unionsregierten Länder Bayern, Baden-Württemberg und Hessen gegen den Risikostrukturausgleich (RSA) der Krankenkassen vorgehen. Nach Angaben des Thüringer Sozialministeriums arbeiten die Ostländer unter Federführung des CDU-geführten Sachsen an einer gemeinsamen Stellungnahme zur Verfassungsklage. Die Stellungnahme soll bis zum 15. April in Karlsruhe vorliegen. Ziel sei, die Verfassungsklage abzuwehren.

Bayern, Baden-Württemberg und Hessen hatten im vergangenen Sommer Verfassungsklage gegen den Risikostrukturausgleich und die dort geregelte Umverteilung der Gelder der Krankenkassen zu Gunsten Ostdeutschlands eingereicht. Durch die Umverteilung sollen die Nachteile des Ostkassen ausgeglichen werden, die geringere Einnahmen – wegen niedrigerer Löhne – bei gleich hohen Ausgaben wie im Westen zu verkräften haben. Bei einem Erfolg der Verfassungsklage befürchten die ostdeutschen Länder einen Anstieg der Kassenbeiträge auf über 20 Prozent.

Kritik an der Haltung Bayerns, Baden-Württembergs und Hessens kam auch von der Thüringer PDS. Die Klage sei „Ausdruck politischer Kurzsichtigkeit und des Egoismus“, sagte die PDS-Gesundheitsexpertin Ursula Fischer. Sie zeige, was von den Wahlkampf-Aussagen des Unionskanzlerkandidaten und bayrischen Ministerpräsidenten Edmund Stoiber tatsächlich zu halten sei.

# Statt Wohnortprinzip vorerst weiter Fremdkassenausgleich

## Kassen technisch noch nicht für Neuregelung gewappnet

**Erfurt** (tzb). Über zwei Monate nach seinem Inkrafttreten wird das Wohnortprinzip bei der Verteilung der Honorare für niedergelassene Ärzte und Zahnärzte in Thüringen noch immer nicht angewendet. Die Umsetzung der gesetzlichen Neuregelung verzögere sich wegen organisatorischer Probleme der Krankenkassen, hieß es dazu aus dem Landesverband Ost der Betriebskrankenkassen (BKK). In Thüringen betrifft dies außer den etwa 1900 Vertragszahnärzten über 3000 Kassenärzte.

Die Verzögerung hängt nach BKK-Angaben mit der erforderlichen Neuerfassung der Versichertendaten nach regionalen Gesichtspunkten zusammen. Diese solle voraussichtlich erst Mitte des Jahres abgeschlossen sein, dann könne die Neuregelung praktisch umgesetzt werden. Bis dahin greift an Stelle des Wohnortprinzips der bisher gültige Fremdkassenausgleich. Die Verzögerung sei bedauerlich, räumten die BKK ein. Für Kassenärzte und -zahnärzte dürfte sie aber letztendlich keine Nachteile mit sich bringen.

Das Wohnortprinzip gilt für die Verteilung der so genannten Kopfpauschalen, die die gesetzlichen Krankenkassen an die jeweili-

gen Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen überweisen. Demnach ist für die Verteilung der Kopfpauschalen der Wohnort der Patienten entscheidend – und nicht wie bisher der Sitz der Krankenkasse. Weil viele Krankenkassenversicherte in BKK mit Sitz in den alten Bundesländern wechselten, sahen sich vor allem die Ost-Kassenärzte dadurch benachteiligt. Allein in Thüringen sind über 300 000 oder 14 Prozent der gesetzlich Krankenversicherten Mitglied einer BKK. Lediglich 7000 Thüringer gehören einer der zwei im Freistaat ansässigen BKK an.

Das Gesetz über die Einführung des Wohnortprinzips hatte im vergangenen Herbst nach langem Hin und Her den Bundesrat passiert. Es sieht außerdem Steigerungsraten für die Gesamtvergütung um jährlich jeweils drei Prozent bis zum Jahr 2004 vor – vorausgesetzt, die Beitragsstabilität der Kassen gerät durch die Honorarerhöhung nicht in Gefahr. Die damit verbundenen Mehrausgaben sind durch Einsparungen bei den Leistungen der Krankenkassen zu erwirtschaften. Allerdings haben zahlreiche Krankenkassen, darunter auch die großen Ersatzkassen Barmer und DAK, bereits zu Beginn dieses Jahres ihre Beiträge teils kräftig erhöht.

## Kliniken nach Fallpauschalen bezahlt

### Bundesrat: Ab 2004 sind DRG für alle Kliniken verbindlich

**Berlin** (tzb). Der Bundesrat hat im zweiten Anlauf die Änderung der Krankenhausfinanzierung in Deutschland gebilligt. Ab 2004 sollen alle 2000 Kliniken nach diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG: diagnosis related groups) vergütet werden.

Dem Beschluss waren Änderungen durch den Vermittlungsausschuss von Bundestag und Bundesrat vorangegangen. Entfallen ist die zunächst vorgesehene Regelung, wonach den Krankenkassen gemeinsam die

Möglichkeit eröffnet wird, mit einzelnen Krankenhausträgern Verträge zu schließen. Vom Tisch ist nunmehr die Regelung, wonach Krankenhäuser bestimmte Behandlungen nur dann erbringen dürfen, wenn sie eine bestimmte Mindestzahl dieser Leistungen nicht unterschreiten. Das hätte vor allem kleine Krankenhäuser in ländlichen Regionen benachteiligt.

Die Auswirkungen des neuen Vergütungssystems auf die ambulante Versorgung sollen

untersucht werden. Dies sei nötig, um einen gegebenenfalls entstehenden Anpassungsbedarf rechtzeitig erkennen und abschätzen zu können. Eine weitere Empfehlung des Vermittlungsausschusses betrifft die Auswertung von DRG-Daten, die das Bundesministerium für Gesundheit auch den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden übermitteln soll. Die Länder sollen befugt sein, dem Bundesministerium zusätzliche Auswertungen zu empfehlen.

# Allergien, Infektionen und Narben – Piercings bergen reichlich Gefahren

## Lokale Entzündungen treten bei zehn bis 20 Prozent der Träger auf

**Jena** (tzb). Piercings in Zunge, Brustwarze und im Intimbereich liegen voll im Trend. Mit der gesellschaftlichen Akzeptanz wächst aber auch die Komplikationsrate und die Zahl derer, die ärztliche Hilfe benötigen. „Dieser Entwicklung müssen sich Mediziner stellen, um auf Gefahren hinweisen und Patienten mit Komplikationen kompetent behandeln zu können“, so die Ansicht von Martin Kaatz, Oberarzt an der Universitäts-Hautklinik in Jena. Die Rate schwerer Komplikationen durch Piercings erscheint nach seinen Angaben mit weniger als einem Prozent zwar relativ gering. Dennoch sieht der Dermatologe in der Modeerscheinung ein gesundheitsökonomisches Problem auf die Ärzte zukommen. Kaatz nennt als Begründung für seine Warnung eine Untersuchung über drei Monate bei Zahnärzten, Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgen vor (Kosmetische Medizin 4, 2001, 188).

Danach hatten von den 273 Patienten mit insgesamt 699 Piercings 47 Anzeichen lokaler Komplikationen wie Keloide, temporäre Infektionen bis zur Knorpelnekrose. Neun Patienten mussten wegen Allgemeinsymptomen nach Piercing, hauptsächlich Hepatitiden und Allergien, stationär behandelt werden. Dauerschäden waren bei 14 Patienten

nachweisbar.

Als mögliche Komplikationen durch den Körperschmuck nennt Kaatz lokale Infektionen bei etwa zehn bis 20 Prozent aller Piercings. Generell sei die Gefahr für STD (sexuell übertragbare Erkrankungen) erhöht und es seien mögliche Übertragungen von Viruserkrankungen wie Hepatitis B, C, D oder G belegt.

Eine der häufigsten, auch klinisch relevanten Allergien ist eine Spättypreaktion auf Nickel-II-Sulfat. Inwiefern sich die von der EU erarbeitete Richtlinie, die den maximalen Nickelgehalt auch in Piercingschmuck seit Mitte vergangenen Jahres vorschreibt, auf die Prävalenz auswirkt, muss sich noch erweisen. Ein Problem bei Wundheilungsstörungen, vor allem an den Ohrfläppchen, sind hypertrophe Narben und Keloide. Sie können bei prädisponierten Menschen extreme Ausmaße erreichen. Starke Blutungen können beim Piercing der gut durchbluteten Zunge auftreten. Beim Genitalpiercing kann es durch Verletzung des Schwellkörpers zu massiven Blutungen und zu Funktionsverlust kommen.

Mehrere Monate bis zu einem halben Jahr dauert die Einheilungszeit beim Nabel- sowie beim Intimpiercing an Penis, Skrotum oder

im Bereich der Vagina – mit hoher Rate an lokalen Infektionen, Missempfindungen und Taubheitsgefühlen. Klare hygienische Standards für das Piercing hält der Dermatologe für entscheidend, um die Zahl schwerer Komplikationen zu verringern.

Der Dermatologe appelliert an Kollegen, schon in der Anamnese gezielt nach Piercings zu fragen und sich spezielle Fähigkeiten anzueignen, etwa das Öffnen des Verschlussmechanismus der Stecker und Ringe. Das scheint nötig: In einer aktuellen Studie konnten nur sechs von 28 Notärzten und Anästhesisten die drei häufigsten Verschlussmechanismen von Piercings erklären. Diese Kenntnisse sind jedoch Voraussetzung für das rasche Entfernen im Notfall.

Aus den USA kommt indes ein neuer Schönheitskick: Das Implanting inerter Kunststoffe, seltener auch von Metallen, unter die Haut, die sich dann als Silhouette abbilden. Eine erhöhte Rate von Abstoßungsreaktionen, Blutungen und Wundheilungsstörungen ist nach Ansicht von Kaatz bei diesem Verfahren wahrscheinlich.

*Quelle: Ärzte-Zeitung online*

## Wissenschaftliche Stellungnahme

### Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Piercing ist das dauerhafte Durchbohren von Gewebe. Diese aus religiösen oder ästhetischen Gründen praktizierte Selbstverletzung hat bei vielen Naturvölkern (als Ohrenschmuck auch in Europa) eine sehr lange Geschichte. Erst in den letzten 20–30 Jahren ist es auch in den westlichen Industrieländern zu einer größeren Verbreitung dieser intentionellen Verletzungen besonders bei Jugendlichen gekommen. Piercings werden praktisch auf der ganzen Körperoberfläche vorgenommen, bevorzugte Regionen sind die Mamillen, das Genitale sowie Gesicht

und Ohrmuscheln. So ist auch der Zahnarzt mit dieser Modeerscheinung und ihren möglichen Folgen konfrontiert.

Im und um den Mund finden sich hauptsächlich seitliche und mittige Lippenpiercings, sog. Labretpiercings und Zungenpiercings.

**Lippenpiercings** durchdringen als Ring das Gewebe am Übergang des Lippenrots zu Epidermis.

**Labretpiercings** finden sich meist in der Mitte der Kinnlippenfurche, manchmal auch in

der Höhe der unteren mittleren Inzisivi. Diese Piercingform besteht aus einem Stab, der sich innen mit einer T-förmigen Platte verankert, während von extraoral verschiedenen Aufsätzen aufschraubbar sind.

**Zungenpiercings** werden als Ringe oder Stäbe unterschiedlicher Länge und Dicke vorwiegend in der medianen Zungenfurche gestochen. Auf die Enden werden meist kugelförmige Kappen aufgeschraubt.

Komplikationen können durch den Vorgang des Piercens selbst wie auch durch die An-

wesenheit eines Metallfremdkörpers im Gewebe (Abgabe von Ionen) oder durch mangelhafte Sterilität hervorgerufen werden. Während bei den systemischen Komplikationen am häufigsten und gefährlichsten virale und bakterielle Komplikationen durch Piercings nachgewiesen wurden, überwiegen bei den lokalen Komplikationen mechanisch/traumatische Ursachen. Nebenstehende Tabelle nennt die häufigsten Komplikationen.

Die Hauptursache der Infektionen sind Verstöße gegen die Hygieneregeln während des Piercings, weil die bestehenden Hygienevorschriften für das Durchführen von Piercing und Tätowieren völlig unzureichend sind. Hinzu kommt, das Piercing und schon gar die Verwendung von Lokalanästhetika juristisch unter den Begriff der Heilkunde fallen und somit nur von Personen mit ärztlicher oder heilkundlicher Fachausbildung durchgeführt werden dürfen. Andererseits hat die Bundesärztekammer das Piercing eindeutig als eine nicht ärztliche Tätigkeit klassifiziert. Auch dem Bekenntnis des Weltärztebundes zum „Primum nihil nocere“ widerspricht die willentliche Verletzung der Körperintegrität.

Die Bundesärztekammer sieht Piercing als nicht ärztliche Tätigkeit an. Da die Hauptursache der Infektionen nach Piercing auf Verstößen gegen die Hygieneregeln beruhen, übernehmen immer mehr Ärzte im Interesse des einzelnen Patienten die Durchführung des Piercings.

Der Deutschsprachige Arbeitskreis für Krankenhaushygiene hat deshalb eine Empfehlung über „Anforderungen der Hygiene beim Tätowieren und Piercing“ vorgelegt, die im Journal DGPW N. 21, Mai 2000 publiziert und auch im Internet abrufbar ist (<http://www.hygiene-klinik-praxis.de>). Hier werden in Anlehnung allgemeine ärztliche Hygienevorschriften konkrete Anweisungen zur Vermeidung von Hygieneproblemen gegeben.

Um nur die wichtigsten zu nennen:

#### Systemische Komplikationen

Allergien  
Endokarditis  
Hepatitis B-Infektionen  
Hepatitis C-Infektionen  
HIV-Infektionen  
Infektiöse Leberabszesse  
Kontakallergie  
Ludwig-Angina  
Obstruktive Atembehinderung  
Osteomyelitiden  
Postsreptokokken  
Glomerulonephritis  
Sepsis  
Tetanus  
Toxisches Schocksyndrom  
Weitere Virusinfektionen

#### Lokale Komplikationen

Beschädigung zahnärztlicher Arbeiten  
Fremdkörpergranulome  
Funktionsstörungen  
Hämatombildungen  
Hämorrhagien  
Korrosionen  
Lückenbildung der Zähne  
Narbenkeloide  
Nervenschäden  
Ödeme  
Parodontale Rezessionen  
Schmelzabrasionen  
  
Sprachbehinderung  
Schmelz-Dentin-Frakturen  
Traumatisieren der linguale Schleimhaut  
Wundinfektionen

- alle an der Haut oder Schleimhaut eingesetzten Geräte und Instrumente sollen steril sein;
- die Haut- oder Schleimhautoberflächen sind vor dem Eingriff zu desinfizieren;
- es sollten möglichst sterile Handschuhe getragen werden, die Ablageflächen sind nach Ende des Eingriffs zu desinfizieren;
- die verwendeten Zangen müssen zunächst desinfiziert und später sterilisiert werden;
- alle Abfälle wie Braunülen und Plastikgefäße sind zu entsorgen.

haltlos über die lokalen und systemischen Risiken eines Piercings informiert werden.

Stellt sich der Patient mit vorhanden Piercings vor, sollten die Fremdkörper vor elektiven Eingriffen und vor Röntgenuntersuchungen vorbeugend entfernt werden. Außerdem sind besonders pünktliche Mundkontrollen durch den Zahnarzt zu empfehlen, um lokale Komplikationen nach Piercing zeitgerecht diagnostizieren und therapieren zu können.

Besteht bei einem gepiercten Patienten der Verdacht auf systemische Gesundheitsschäden, ist sofort der behandelnde Arzt hinzuzuziehen. Bei lokalen Schäden bietet sich die ganze Palette zahnärztlicher Therapiemöglichkeiten zur Behebung an. Das Tragen der Piercings sollte aber sofort eingestellt werden.

*S. Peters, Leichlingen*

*DZZ 56 (01)*

## Wie verhält sich der Zahnarzt bei Piercing-Patienten?

Gelegentlich wird an den Zahnarzt die Frage herangetragen, wie er die Risiken eines Piercings einschätzt. In diesem Falle sollte rück-

## Implantate Thema

**Kiel** (tzb). Vom 13. bis 17. Mai findet die 44. Fortbildungstagung der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein statt. Das Hauptthema der Veranstaltung lautet „Implantatversorgung – Eine Aufgabe der zahnärztlichen Praxis“. **Auskunft:** Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, Westring 498, 24106 Kiel, ☎ 0431/260926-80, Fax: 0431/260926-15, E-Mail: [hhi@zaek-sh.de](mailto:hhi@zaek-sh.de).

## Sommersymposium des FVDZ

**Heringsdorf** (fvdz). Das 9. Europäische Sommersymposium des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ) findet vom 25. Mai bis 2. Juni in Heringsdorf (Usedom) statt. Themen der Fortbildungswoche sind unter anderem die Integration manueller Techniken in praxisbezogene Diagnostik und Therapie, Grundzüge und Grenzen der zahnärztlichen Chirurgie und die unsichtbare Restauration.

Ein Vortrag beschäftigt sich mit der Kommunikation und Gesprächsführung zum Umgang mit Problempatienten. Außerdem werden zahnärztliche Notfälle erörtert. Eine Dentalausstellung ergänzt das Angebot.

**Informationen:** ☎ 0228/85570, Fax: 0228/340671, [www.fvdz.de](http://www.fvdz.de).

# Wir gratulieren!

zum 77. Geburtstag am 23.03.

**Herrn Sanitätsrat Eberhard Bachmann**  
Ebeleben

zum 77. Geburtstag am 13.03.

**Herrn Sanitätsrat Günter Schwindack**  
Suhl

zum 75. Geburtstag am 26.03.

**Herrn Sanitätsrat Dr. Horst Oehler**  
Gera

zum 71. Geburtstag am 25.03.

**Frau Medizinalrat Dr. med. dent.**  
**Ruth Bräutigam-Junto**  
Jena

zum 71. Geburtstag am 09.03.

**Herrn Medizinalrat Dr. med. dent.**  
**Ferdinand Spangenberg**  
Nordhausen

zum 70. Geburtstag am 17.03.

**Herrn Zahnarzt Dr. med. dent. Günter Klimke**  
Saalburg

zum 70. Geburtstag am 15.03.

**Frau Zahnärztin Erna Baude**  
Gotha

zum 69. Geburtstag am 30.03.

**Herrn Medizinalrat Dr. med. dent.**  
**Karl-Heinz Roskothen**  
Bad Frankenhausen

zum 68. Geburtstag am 13.03.

**Frau Zahnärztin Dr. med. dent. Hannelore Wurschi**  
Wittenberg

zum 67. Geburtstag am 20.03.

**Herrn Medizinalrat Dr. med. dent. Horst Bergk**  
Ohrdruf

zum 66. Geburtstag am 22.03.

**Frau Zahnärztin Dr. med. dent. Karin Theus**  
Heiligenstadt

zum 66. Geburtstag am 01.03.

**Frau Zahnärztin Dr. med. dent. Sophie Schletz**  
Gotha

zum 60. Geburtstag am 31.03.

**Frau Zahnärztin Ingrid Brosche**  
Jena

zum 60. Geburtstag am 28.03.

**Frau Zahnärztin Dr. med. dent. Hannelore Voigt**  
Zeulenroda

zum 60. Geburtstag am 15.03.

**Herrn Medizinalrat Dr. med. dent. Lothar Engelke**  
Nordhausen

zum 60. Geburtstag am 14.03.

**Frau Zahnärztin Dr. med. dent. Ingrid Glockmann**  
Jena

zum 60. Geburtstag am 11.03.

**Herrn Zahnarzt Dr. med. dent. Götz Ritter**  
Apolda

## Praxisbörse in Sachsen

**Dresden** (tzb). Mit einer Neuerung will die KZV Sachsen Zahnärzte vor dem Ruhestand bei der Suche nach einem geeigneten Praxismachfolger unterstützen. Die KZV plant erstmals eine „Praxisbörse“, berichtet das „Zahnärzteblatt Sachsen“. Angesprochen sind Zahnärzte, die planen, in nächster Zeit ihre Praxis zu veräußern oder aber eine Praxisgründung anstreben. In der Veranstaltung können sie miteinander in Kontakt kommen. Zahnarztpraxen werden unter den Gesichtspunkten Profil, Lage, Personal und geplanter Abgabezeitpunkt vorgestellt. Potenzielle Praxisgründer können sich über Übernahmbedingungen, Rechtsgrundlagen, Verträge,

Steuer- und Versicherungsrecht, Praxiseinrichtung und anderes informieren.

In Sachsen werden nach Berechnungen der dortigen KZV mehr Zahnärzte die Altersgrenze erreichen als Absolventen nachrücken. In Sachsen kommen derzeit auf einen Vertragszahnarzt 1352 Einwohner.

Geplant ist die erste Praxisbörse für Mittwoch, den 29. Mai, von 15.00 bis 18.00 Uhr im Hörsaal des Dresdener Zahnärzteshauses, Schützenhöhe 11.

### Anmeldung:

☎ 0351/8 05 34 16, Fax: 0351/8 05 34 17,  
E-Mail: Katrin\_stark@kzv-sachsen.de

## Dixieland-Nacht in Dresden

**Dresden** (tzb). Dass Dresden ein gutes Pflaster für Dixieland ist, hat sich längst herumgesprochen. Natürlich sind auch die Zahnärzte vom Dixie-Fieber ergriffen und geben sich ihm in einer eigenen Konzertreihe hin – der „Dixieland-Night“. In diesem Jahr steigt sie zum vierten Mal, teilt die KZV Sachsen mit. Wer sich für stimmungsvollen, erdigen Dixie begeistern kann, sollte sich den Termin vormerken: Dienstag, der 30. April. Für Live-Musik sorgen die „HOT & BLUE Jazz-Band“, „Setzman's Dixie Six“ und die „Elb Medaow Rambler“. Wer sich das Ereignis nicht entgehen lassen will – die KZV Sachsen hat ein Kartentelefon geschaltet: ☎ 0351/805 35 58.

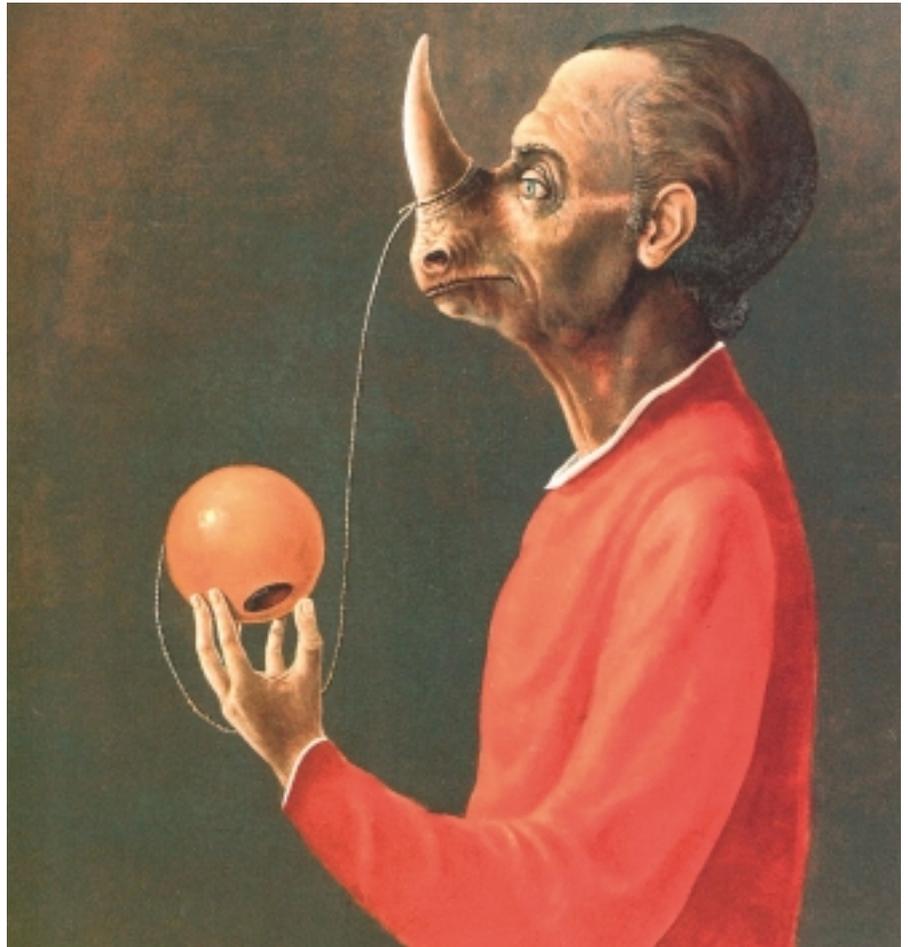
# Bilder voll mystischer Geheimnisse

## Panorama-Museum Bad Frankenhausen entdeckt Stanislao Lepri

**Bad Frankenhausen** (tzb). Das Panorama-Museum Bad Frankenhausen ist eigentlich wegen Werner Tübkes Monumentalgemälde über den Bauernkrieg ein Begriff. Doch seit seiner Eröffnung hat sich der Kunsttempel zu Füßen des Kyffhäusers auch einen Namen als Ort von Sonderausstellungen gemacht, die Entdeckungstouren gleichen. Mit einer solchen Schau ist das Museum auch in das Ausstellungsjahr 2001 gestartet. Seine erste Ausstellung in diesem Jahr widmet es dem italienischen Künstler Stanislao Lepri. Im Mittelpunkt der etwa 140 Exponate umfassenden Ausstellung steht die Malerei aus dem Schaffenszeitraum von 1946 bis 1980, ergänzt durch 60 Zeichnungen und einige Bühnensentwürfe des Künstlers.

Stanislao Lepri (1905 in Rom geboren und 1980 in Paris verstorben) gehört zu den großen Unbekannten in der Geschichte der neueren Kunst. Selbst zu Lebzeiten war es nur ein ausgewählter Kreis von Sammlern, Kunstschriftstellern und Händlern, die sein Werk zu schätzen wussten und in Ausstellungen, Katalogen und monografischen Publikationen der Öffentlichkeit präsentiert haben. Dabei erweist sich Stanislao Lepri in der Retrospektive als einer der faszinierendsten, wenngleich auch geheimnisvollsten Meister des Visionär-Phantastischen in der Kunst des vergangenen Jahrhunderts. Er ist Schöpfer ganz eigener, metaphysischer, rätselhafter Bildwelten, die voller Metaphern und Rätsel stecken (Fotos).

Stanislao Lepri wurde 1905 in Rom als Sohn einer Grafenfamilie geboren. Nach dem Jura-Examen absolvierte er die Offiziersschule von Lucca, um seinen Militärdienst schließlich als Leutnant der Kavallerie in Mailand abzuleisten. Unmittelbar nach Beendigung seiner Militärzeit begann er, sich auf eine Laufbahn im diplomatischen Dienst vorzubereiten.



1942 lernte er in Monte Carlo die bereits international bekannte Malerin Leonor Fini kennen. Als zeichnerisch begabter Autodidakt schon seit längerem selbst künstlerisch tätig, brach er unter ihrem Einfluss die Diplomatenaufbahn ab und wandte sich ganz der Malerei zu. 1950 übersiedelte Lepri nach Paris. Dort lebte und arbeitete er bis zu seinem Tod.

Neben seiner malerischen und zeichnerischen Arbeit hat Stanislao Lepri auch eine Reihe von Bühnenausstattungen und verschiedene Illustrationswerke geschaffen. Seine erste Ausstellung fand 1945 in Rom in der Galleria La Finestra statt. Von da an hat er mehr oder weniger regelmäßig in Frankreich, Italien, England, Belgien und den USA ausgestellt. Die Ausstellung im Panorama-Museum Bad Frankenhausen ist die bisher umfangreichste Retrospektive seines Schaffens. Zu sehen ist sie bis zum 20. Mai täglich außer montags.

Das Panorama-Museum Bad Frankenhausen wurde 1989 eröffnet. Seitdem pilgern jährlich mehr als 100 000 Kunstfreunde auf den Schlachtberg, weit über eine Million waren es seit der Eröffnung. Ihr Interesse gilt natürlich in erster Linie dem Tübke-Rundbild über den Bauernkrieg 1524/25. Dessen entscheidende Schlacht wurde im Mai 1525 an jener Stelle geschlagen, an der heute der Museumsrundbau steht.

Am 14./15. Mai 1525 standen etwa 8000 aufständische Bauern vor der Stadt einem rund 6000 Mann starken Fürstenheer gegenüber. Die Rebellen führte der radikale Pfarrer Thomas Müntzer, 6000 Aufständische kamen um. Thomas Müntzer wurde gefangen genommen, in die nahe gelegene Wasserburg Heldrungen gebracht und brutal gefoltert. Am 27. Mai wurde er in Mühlhausen hingerichtet.

Internet: [www.panorama-museum.de](http://www.panorama-museum.de)